

Los determinantes socioculturales en la salud sexual y reproductiva de mujeres indígenas

*Maria Dolores Castro Mantilla**

Resumen

El presente artículo se circunscribe en la investigación sobre Salud Sexual y Reproductiva de Pueblos Indígenas de Bolivia, llevada a cabo durante el año 2007 y principios del 2008 por el Fondo de Población de las Naciones Unidas y Family Care International-Interarts con apoyo del Ministerio de Salud y Previsión Social. La investigación fue publicada en formato impreso y CD. Fue promovida y financiada por UNFPA y FCI Bolivia. De carácter cualitativo, el trabajo de investigación apunto a establecer referencias en torno a algunos determinantes socioculturales en la salud sexual y reproductiva de mujeres indígenas en 8 comunidades en Bolivia, considerando el idioma, la socialización de la sexualidad, las normas de parentesco, las organizaciones de base, la migración y trabajo y la influencia de instituciones como la escuela, el cuartel y los agentes de salud, entre otros.

Introducción

La investigación sobre determinantes socioculturales en la salud sexual y reproductiva de mujeres indígenas, se llevo a cabo en ocho comunidades de cuatro pueblos indígenas:

* Antropóloga, egresada del Doctorado Estudios Multidisciplinarios en Ciencias del Desarrollo del CIDES-UMSA. Fue coordinadora de la investigación en Salud Sexual y Reproductiva en Pueblos Indígenas de Bolivia.

Comunidades	Pueblo indígena	Departamento
Genechiquia	Ese ejja	Pando
Galilea	Cavineño	Pando
Molle Pampa, Santa María Ch'aqui Mayu (Aiquile)	Quechua	Cochabamba
Puerto Acosta, Jupani Grande Pococata	Aymara	La Paz

Se aplicó una metodología cualitativa mediante entrevistas en profundidad, entrevistas grupales y registros de observación. Se llevó a cabo en dos fases. La fase I correspondió a la elaboración de una base de datos y al análisis de la información existente relacionada con sexualidad y pueblos indígenas.¹ La segunda fase consistió en el desarrollo de la investigación en profundidad en las comunidades mencionadas. Se contó con un equipo de investigadores/as de las carreras de Antropología de la UMSA.²

Para fines del presente artículo interesa resaltar las determinantes socio culturales que impactan las decisiones y la salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas. La investigación partió de un marco conceptual y de variables identificadas en la fase I como factores que determinan la situación de la sexualidad y la reproducción en las poblaciones indígenas. En este sentido tanto en la fase I como en la Fase II de la investigación se encontró que factores como idioma, la socialización de la sexualidad, las normas de parentesco, las organizaciones de base, la migración y trabajo y la influencia de instituciones como la escuela, el cuartel y los agentes de salud, entre otros, explican en gran medida la situación de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en estas comunidades indígenas.

Idioma

En las comunidades investigadas el bilingüismo es predominante en los hombres frente a la mayoría de las mujeres que son monolingües. Esta

1 Los resultados de la Fase I pueden consultarse en los informes contenidos en el CD y un resumen de la misma se encuentra en la publicación: UNFPA, FCI Bolivia, 2008. *La salud sexual y reproductiva de los pueblos indígenas de Bolivia*: La Paz, Bolivia

2 Las referencias de los y las investigadores/as participantes se encuentran en la publicación mencionada.

situación incide en la apreciación que se tenga del conocimiento sobre sexualidad y reproducción que tienen los hombres y las mujeres, pues no necesariamente la condición del bilingüismo asegura un mayor o mejor conocimiento acerca de la sexualidad y la reproducción. Sin embargo, esta diferencia si incide para que las decisiones en salud sexual y reproductiva recaigan sobre los hombres y genere mayor dependencia en las mujeres.

Dado que son los hombres los que más migran o están en contacto con los centros urbanos, su información se amplía con valoraciones provenientes de otros hombres de los lugares donde van: el cuartel, las barracas, el mercado, las ciudades fronterizas, etc. Esta información, casi siempre en castellano, contiene juicios sobre los comportamientos sexuales, que por lo general estigmatizan a la mujer, identificándola como la transmisora de las ITS (infecciones de transmisión sexual) o de ser infieles cuando usan un método anticonceptivo moderno para no embarazarse. Además de estos juicios, la información que llevan a sus comunidades no es actualizada ni completa, pues la obtienen de las experiencias de sus compañeros o de otras fuentes como las farmacias.

Así, cuando éstos retornan a sus comunidades transmiten esta información a las mujeres y a los jóvenes de sus comunidades. Es común escuchar en casi todos las personas de una comunidad que las ITS son un asunto de las ciudades, por lo general transmitidas por las mujeres que se “meten” con los hombres o que usan un anticonceptivo como el dispositivo intrauterino que las vuelve “locas”³ o les causa cáncer. Cuando se pregunta por la fuente de información hacen referencia a alguien que vino de la ciudad.

El bilingüismo no asegura mejor conocimiento en los hombres pero si les proporciona mayores ventajas, pues son los que están más capacitados para comprender mensajes provenientes de los agentes de salud o de educación ya sea en sus propias comunidades o cuando van a los centros de salud en las ciudades. Además, les permite acceder a cargos como promotores de salud.

3 “Loca” es un término que se utiliza tanto en las comunidades indígenas como en las ciudades para referirse a las mujeres que pueden tener relaciones sexuales extramaritales o ser infieles cuando usan un método anticonceptivo moderno.

La influencia del monolingüismo y el bilingüismo en las decisiones de los hombres y las mujeres en torno a la sexualidad y reproducción no puede generalizarse, pues hay diferencias entre las comunidades que se deben resaltar.

En las zonas quechuas por ejemplo, la influencia del proyecto Bi Alfabetización del UNFPA⁴ que alfabetiza en quechua y castellano en temas de salud sexual y reproductiva ha permitido que en algunas comunidades como en Molle Pampa las mujeres tengan mayor información y familiaridad con estos temas, conozcan sus derechos e incluso desarrollen liderazgos en sus sindicatos agrarios. No obstante, esto no sucede en todas las comunidades donde está el proyecto, muchas de ellas siguen siendo monolingües y aún en aquellas donde está presente el bilingüismo, las decisiones de los hombres siguen siendo las más importantes. Quizá, una de las razones sea que el proyecto enfatiza principalmente en las mujeres y son muy pocos hombres quienes acceden. Por otro lado, el uso del bilingüismo es de uso predominante en las ciudades, de manera que aunque las mujeres sean bilingües tienen menos posibilidades de salir fuera de sus comunidades.

En la zona de Puerto Acosta, el aymara es la lengua materna del lugar y es usada tanto por jóvenes y adultos hombres y mujeres la mayor parte del tiempo. El castellano es hablado sobre todo por los hombres adultos y en menor medida por las mujeres, mientras que los y las jóvenes lo hablan sin excepción. A pesar de su cercanía a La Paz y el mayor acceso a fuentes de información en salud en comparación con los otros pueblos estudiados, la transmisión de la información en sexualidad en las mujeres es en aymara.

En las dos comunidades de Tierras Bajas, las mujeres *ese ejja* son exclusivamente monolingües y la mayoría de los hombres son bilingües. Las mujeres prácticamente permanecen en las comunidades, algunas no conocen las capitales ni van las poblaciones urbanas más cercanas. Son los hombres los que migran o transitan a los centros urbanos. En cambio, los y las cavineños/as son casi todos bilingües. Quizá su mayor exposición a la

4 Para mayor referencia sobre el trabajo del Proyecto Bi-Alfabetización revisar: Ministerio de educación/UNFPA/UNESCO 2003. *Bi- Alfabetización: Una experiencia pedagógica en Salud Reproductiva desde la Perspectiva Cultural y de Género del Pueblo Quechua*. Sucre, Bolivia.

evangelización y con ello al bilingüismo les ha posibilitado mayor acceso a centros y trabajos urbanos. Muchas familias cavineñas tienen doble residencia en sus comunidades y en Riberalta.

El bilingüismo de los varones es reforzado por las organizaciones de base como la CIDOB (Central Indígena del Oriente Boliviano), organización que apoya a que los hombres se capaciten como promotores de salud o favorecen a los varones jóvenes con el Bachillerato Intercultural Bilingüe.

Es importante tomar en cuenta que el monolingüismo no implica que no se conozca sobre salud sexual y reproductiva y que más bien para profundizar en los significados y valoraciones sobre sexualidad se hace necesario conocer y comprender las lenguas maternas de los distintos pueblos⁵. Como lo afirmaba una de las investigadoras, no es que las mujeres *ese ejja* no sepan sobre una ITS, lo que pasa es que tienen otras denominaciones y las reconocen por otros síntomas distintos al castellano y al lenguaje médico urbano occidental⁶.

Así por ejemplo, entre los *ese ejja* desde tiempos muy antiguos se usa la *oneshája*⁷ para evitar un embarazo, distinguen la gonorrea en dos fases en el hombre: *Cuijje pojo*⁸ y *cuiinacuayaquiani*⁹ y se la diferencia de la mujer: *huejja bojo* y *buejja chiji*.¹⁰ Otros términos tienen que ver con relaciones sexuales, órganos reproductores femeninos y masculinos, estados civiles de hombres y mujeres, entre otros. Los y las cavineñas también refieren en su propio idioma los eventos relacionados con la menstruación (*ami*) y resaltan las diferencias entre órganos femeninos y masculinos. Las personas con o sin hijos: *cabacuatibaeya* y *cabacuatibaecua*¹¹ cobran importancia.

5 Para mayor información refiérase al apartado de Vocabulario de Salud Sexual y Reproductiva en Pueblos Indígenas. UNFPA, FCI, 2008. Op.Cit.

6 CANAZA, Miguel y LEDEZMA, Lily, 2007. Informe trabajo de campo sobre Salud Sexual y Reproductiva en Genechiquia y Galilea, Pando.

7 *Oneshája*: Planta que sirve para evitar el embarazo (se la amarra con algún alambre o pita dura, evita que haya concepción; para lograr el efecto contrario, se desata la planta).

8 *Cuijje pojo*: Pene con pus (gonorrea 1ª fase).

9 *Cuiinacuayaquiani*: Pene con sangrado (gonorrea 2ª fase).

10 *Huejja bojo* y *Huejja chiji*: Vagina con pus (gonorrea) y con llagas internas, que se inician como ampollas y luego revientan dejando costras (“carachas”). También se usa este término para denominar el flujo vaginal.

11 *Cabacuatibaeya* que tiene hijos/as. *Cabacuatibaecua* No tener hijos/as.

Los quechuas refieren con frecuencia en su vocabulario a la *awasa* que tiene distintas acepciones. En Molle Pampa la *awasa* tiene que ver con la ITS adquirida por la mujer que tiene relaciones coitales con varios hombres; También designa la enfermedad padecida por la mujer que ha consumido alimentos frescos durante la menstruación o el posparto y se la utiliza para referirse al cáncer cervico uterino (CCU). Casi todas las acepciones refieren una secreción vaginal maloliente, adelgazamiento, temperaturas, ardor vaginal, sangrado y dolor corporal. Otras expresiones quechuas tienen que ver con el uso de la medicina tradicional en la salud sexual y reproductiva, siendo muy interesante la riqueza de vocablos para referirse a las expresiones de sexualidad masculina y femenina¹².

Entre los aymaras resalta el vocabulario para distinguir los roles de género y las edades sociales¹³. Estas categorías están relacionadas con la infancia (*asucus*, sin distinción del género), niñez temprana (*wawa*, sin distinción de género), niñez (*imilla* para la mujer y *llokalla* para el hombre). A partir de estas edades varones y mujeres van desarrollando actividades diferenciadas. Las mujeres se quedan en casa a cuidar a los hermanos menores y realizar las labores del hogar, como el tejido y otros oficios de acuerdo a su edad. Por su parte, los varones se dedican a la agricultura, siguiendo los pasos de sus padres, o migran a los centros urbanos en busca de trabajo o a seguir sus estudios. En la edad de la pubertad y adolescencia (*k'aju tawaku* para la mujer y *k'aju wayna* para el hombre), los padres ejercen mayor control sobre éstos con el fin de evitar relaciones sexuales prematrimoniales. Es en la juventud (*tawaku* para la mujer y *wayna* para el hombre) y soltero/a adulto/a (*tutir tawacu* para la mujer y *tutir wayna* para el hombre), cuando están aptos para buscar pareja. Y finalmente se consideran personas completas: *jaqi* cuando se casan o conviven y tienen hijos para conformar *el Chachawarmi* (*hombre y mujer en pareja*.)¹⁴

12 SUAZO, Susana, SULLCA, Mónica y PLAZA, Oswaldo, 2007. Informe de trabajo de campo sobre Salud Sexual y Reproductiva en comunidades quechuas de Aiquile, Cochabamba.

13 Las edades sociales son entendidas como la edad en la cual las personas cumplen un rol social y no necesariamente coincide con una edad biológica

14 RAMOS, Gladys, DELGADILLO, Fabiola y SOTO, Pablo, 2008. Informe de trabajo de campo sobre Salud Sexual y Reproductiva en comunidades aymaras de Puerto Acosta, La Paz.

En los diferentes pueblos los juegos, mitos¹⁵, rimas, versos, frases de doble intencionalidad, y los piropos, son expresiones que se utilizan para hablar de la sexualidad y por lo general, éstos son en lengua materna.

En el uso del idioma también se observa un cambio generacional importante. Los y las jóvenes sobre todo por su acceso a la escuela y a medios de comunicación tienen otras informaciones así como otras expectativas. En comparación con los adultos son los que más hablan de los métodos anticonceptivos modernos, pero siguen valorando las conductas sexuales y al igual que los hombres adultos atribuyen al condón o a la depoproevera efectos negativos sobre el cuerpo y comportamiento de las mujeres.

Durante la investigación se observó que el monolingüismo de las mujeres constituye una de las principales limitantes para su acceso a información sobre salud sexual y reproductiva proveniente del Ministerio de Salud o de otras instituciones. Esta situación resalta en Tierras Bajas en donde ni las brigadas de salud que llegan a las comunidades pueden comunicarse con ellas y sólo lo hacen a través de un promotor comunitario hombre. El único hospital bilingüe que hay es el de la Misión Evangélica Suiza que si bien ofrece servicios de salud sexual y reproductiva lo hace a partir de sus valores religiosos.

No se observa un esfuerzo por conocer y aprender las diferentes expresiones y conocimientos que tienen los pueblos indígenas, particularmente las mujeres, sobre la sexualidad y la reproducción. Desde las instituciones públicas se privilegia el uso del castellano o se acude al bilingüismo de los hombres para incorporar los diversos temas de la salud sexual y reproductiva.

La socialización de la sexualidad

El proceso de socialización¹⁶ en relación con la sexualidad y la reproducción ha cambiado a través del tiempo. Los procesos de colonización y evangelización trastocaron los valores y significados de la sexualidad generando la

15 En los *ese ejja*, se tiene referencia del mito del mono *icháj* que enseñan a los hombres como tener hijos. Véase: BAMONTE, Gerardo y KOCIAANICIH, Sergio, 2007. *Los Ese Ejja. El mundo de los hombres y el mundo de los espíritus entre los indios del río*. La Paz: Plural.

16 Socialización, es entendido aquí como las técnicas de enseñanza deliberadas de la crianza.

culpa y el temor propios de la ética cristiana. En la literatura sobre el tema se arguye que la sexualidad no era un tabú y por lo general, el aprendizaje de distintos eventos del comportamiento sexual se daba a partir de la observación y la instrucción. Se prepara a los niños/as para responder a las necesidades de lo que implicaba la cuestión sexual incluida la reproducción. Así se menciona, por ejemplo, que en algunas comunidades de tierras bajas los/as niños/as y las jóvenes eran animadas a observar el parto para saber cómo actuar cuando llegue la ocasión. (Prost, 1997).

El ámbito familiar así como las fiestas y los rituales eran los espacios propicios para el aprendizaje de la sexualidad. Así eventos como el enamoramiento, casamiento, alumbramiento, relaciones sexuales, expresiones de placer y erotismo se conocían o eran explícitos en estos espacios.

En la actualidad, pese a que todavía predomina la observación más que la instrucción y hasta cierto punto no es un tabú expresar la sexualidad, se habla muy poco de ella y por lo general adquiere significados restringidos a las relaciones sexuales y por tanto al embarazo.

Por ejemplo, en las comunidades quechuas hablar sobre sexualidad a niños, niñas y jóvenes es considerado por los/as adultos/as como algo “malo”, que puede incitarles a tener relación sexual y a embarazos no deseados.

Podría decirse que es con la menstruación y los cambios corporales que se inicia un proceso de consejos y recomendaciones relativas al comportamiento sexual para los varones y las mujeres. Casi todas las recomendaciones están dirigidas a evitar un embarazo en edad temprana o evitar contagiarse de una infección de transmisión sexual (ITS). No obstante, esto no implica hablar sobre anticoncepción y reproducción o como se contrae y previene ITS, los consejos están dirigidos a evitar las relaciones sexuales y a censurar las conductas “riesgosas” de las mujeres.

Hasta hace unas décadas, los adultos *ese ejjas* ejercían una vigilancia constante y drástica sobre la actividad sexual de sus hijos e hijas solteras, incluso llegaban a revisar sus genitales para verificar que no hayan tenido relaciones coitales.

En las comunidades aymaras la visión que se tiene sobre la sexualidad asociada con relaciones sexuales y embarazo incide para que a partir de los cambios corporales los padres tengan la vigilancia de la hija mujer. Se

cuida que la joven soltera no trabaje en espacios lejanos o que camine sola, prefieren tenerla en el hogar cerca de la mirada de los padres. Por el contrario se cree que los varones en su juventud tienen que tener experiencias para tener un mejor desempeño en sus futuras relaciones y matrimonio. Así una relación sexual implica varias etapas: amistad, conocerse, enamorarse y, pasado algún tiempo, concretar la relación, la cual va acompañada de algunas estrategias de seducción, como acariciar el cuerpo de la chica para que “caiga” y para luego tener relaciones sexuales.

En lo quechuas, es el hombre, en su etapa de juventud, quien para afirmar su masculinidad puede tener relaciones sexuales con diferentes mujeres, es “cholero”; en cambio, cuando pasa a la etapa del concubinato o matrimonio debe olvidar este comportamiento porque tiene una esposa.

En los tres pueblos la menstruación marca el inicio de las relaciones sexuales y el inicio de la vida matrimonial, por lo tanto, también esto explica porque este evento tiene importancia en la socialización de la vida sexual. En vista de que la menstruación puede ocurrir desde los 12 años en adelante o quizá antes, ello implica que también a estas edades inician las relaciones sexuales.

El evento de la menstruación cobraba visibilidad en las poblaciones de Tierras Bajas pues antes se simbolizaba la primera menstruación con el rapado de la cabeza de la mujer o la perforación del septo nasal, pasados estos ritos se podían iniciar las relaciones sexuales. En la actualidad, se mencionó que si bien estos rituales ya no se usan, y no se expone públicamente el cambio corporal, se cree que las mujeres cuando buscan pareja se depilan las cejas y se colocan aretes. Una vez que tienen su pareja ya no lo hacen.

En la actualidad, la mayoría de las jóvenes indígenas manifestaron que los cambios corporales les generaban miedo porque no conocían que acontecía en sus cuerpos, y en otras, temor por no querer iniciarse sexualmente. Estos cambios se expresan con llanto, miedo y culpa. Muchas jóvenes en las comunidades quechuas se asustan y lloran con el primer sangrado, recién entonces las parientes consanguíneas mayores les brindan explicaciones. Lo mismo acontece con las jóvenes *ese ejjas* y *cavineñas* quienes aprenden cuando recién experimentan los cambios en su cuerpo o en el de sus pares. Durante el intercambio de experiencias y de conocimientos, ellas comparten y aprenden sobre sus cambios biológicos, sus sensaciones y sentimientos.

En las comunidades aymaras tan pronto llega la menstruación, la madre recomienda a la hija cuidarse de “caminar con los hombres”, “tener una sola pareja”, “ser fiel”. Un temor explícito es al “chancro” (ITS) a la cual las mujeres son vistas como las más vulnerables.

En las comunidades quechuas y aymaras, los significados de la sangre menstrual determinan la situación de salud de las mujeres e incluso pueden llegar a ser rechazadas por los hombres cuando ellas desean tener una relación sexual. Se piensa que durante el periodo menstrual, el frío entra al cuerpo ocasionando problemas en su salud reproductiva desde un mal parto hasta la aparición del “tumor de la matriz” (cáncer). Los hombres piensan que no se deben tener relaciones sexuales con una mujer que está en los días de su menstruación porque pueden enfermarse al tener contacto con la “sangre muerta” de la mujer.

En la comunidad cavineña de Galilea muchas mujeres consideran que el sangrado de la primera menstruación es producido por la primera penetración. Cuando ellas empiezan a menstruar sus madres se preocupan y las llevan donde el promotor de salud para que las revise, pues se piensa que el sangrado ha sido producido por una relación sexual.

En este mismo sentido los *ese ejja* consideran que los días del sangrado menstrual son “sucios”, por tanto, mientras dure no se deben tener relaciones sexuales, incluso se piensa que el pene del hombre puede dañarse.

Estos sentimientos y significados de la menstruación no son conocidos y si se conocen no son tomados en cuenta por los agentes de salud, quienes consideran a la menstruación como un proceso biológico, por tanto, los significados menstruales son considerados despectivamente como “creencias”.

En las comunidades *ese ejja* y cavineñas se conoce y se habla de los cambios corporales. Por el contrario, las mujeres aymaras poco conocen su propio cuerpo y se menciona que el contacto con la ciudad les da la posibilidad de mirarse el cuerpo y conocerse:

“Cuando los senos nos han crecido, para mí era natural, los vellitos no me acuerdo cómo he pasado. En la ciudad siempre te ves tu cuerpo, te duchas, te ves en los espejos, pero aquí en el campo no hay duchas, no hay espejos grandes, de repente nomás has cambiado” (Mujer adulta, Puerto Acosta).

En todas las comunidades la madre sigue siendo la principal socializadora de las hijas incluso de los hijos ya que cada vez asume este rol ante la ausencia del padre por razones de migración. En las comunidades aymaras resalta la afectividad de las mujeres para inculcar reglas y normas, en tanto que los hombres tienen un rol más controlador, sancionador y represor. Sin embargo, en los tres pueblos se encontró que la socialización de la sexualidad está trascendiendo el marco familiar y son otros agentes sociales, entre ellos, los pares, el cuartel, la escuela, las instituciones de salud, los lugares de comercio, etc. que suplen el rol instructor de los padres. Este proceso ocasiona nuevas significaciones de la sexualidad y cambios generacionales drásticos en las comunidades.

En la comunidad *ese ejja* las nuevas generaciones desean retardar su inicio en las relaciones sexuales y la edad para tener hijos/as, por ello algunas jóvenes intentan ocultar sus cambios corporales. Por ejemplo, algunas jóvenes hablaron de darse de “palmazos” para que no aparezcan los senos.

Algunos padres de los tres pueblos indígenas creen que el acceso a la ciudad y los nuevos conocimientos adquiridos por los y las jóvenes los vuelve más vulnerables a embarazos tempranos, ITS incluido el SIDA. Cuestionan que antes las parejas llegaban más tarde al matrimonio, la fidelidad era una norma y no había mujeres solas o abandonadas porque no se embarazaban fuera del matrimonio. Algunas madres por el contrario, ven que el acceso a nuevas informaciones permite a sus hijas tomar sus propias decisiones y no sufren como ellas lo hicieron cuando las obligaban a casarse o a tener relaciones sexuales.

Normas de Parentesco

Las normas de parentesco prescriben desde la elección de la pareja, el matrimonio hasta la conformación de una familia. Las reglas relativas a fijar la residencia de la nueva pareja posibilitan la influencia de la familia del padre o de la madre en las decisiones de la nueva pareja, y ello puede durar mientras convivan en su residencia.

En la mayoría de los pueblos indígenas de Tierras Bajas, la elección de la pareja es dentro del mismo grupo por lo que todavía existe la endogamia (casarse dentro). Esta situación, junto a la reducida población en las comunidades, incide

para el inicio temprano de relaciones sexuales, embarazo y matrimonio; lo cual, a su vez, afecta principalmente a las mujeres, quienes tienen más restringidas las actividades fuera de la comunidad, a diferencia de los hombres que pueden buscar tener relaciones sexuales fuera por sus actividades económicas. En las dos comunidades de Tierras Bajas la vigilancia del comportamiento sexual de las mujeres comienza en la juventud y continúa cuando son esposas. En el momento en que la mujer tiene familia se le exige fidelidad, “respeto” a su esposo, sobre todo cuando éste se ausenta del hogar por algún motivo.

En las comunidades aymaras hay la norma de restringir el emparejamiento entre parientes cosanguíneos hasta una cuarta generación (entre primos). Para evitar estos matrimonios los padres elegían a la pareja de sus hijas. Debido a la migración, estas normas a veces no se cumplen. Si bien, la familia influye en la elección de la nuera o el yerno, esta elección no siempre determina su unión.

Por el contrario en las comunidades *ese ejja* y cavineña, las normas de parentesco permiten la unión entre primos, pues dado lo reducido de la población y la práctica de la endogamia, la unión entre parientes cosanguíneos es común. Actualmente, se siente “vergüenza” al ser primos y algunos optan por cambiarse el apellido.

Las prácticas de enamoramiento y la búsqueda de pareja todavía siguen siendo muy propias del lugar. En las comunidades aymaras el enamoramiento se expresa en una serie de comportamientos como el jugueteo, un medio para conquistar a la pareja. El juego consiste en forcejeos, jalones, quitones de prendas uno del otro o en Jupani Grande, los hombres inician la conversación con la mujer cuando se le quita alguna prenda de vestir o se la zarandea. En Puerto Acosta los y las jóvenes demuestran su interés por una persona a través de juegos de palabras. Se trata de una especie de duelo de piropos: si el hombre le dice algo a la mujer, ella debe responderle con algo mucho mejor, superando cada vez el halago anterior:

“Nos dicen piropos los chicos: ‘por ti pasaría el mar con botas’, las chicas les contestamos: ‘por ti yo moriría en este lugar’. Los chicos nos dicen también: ‘por ti yo mataría esa paloma’. Nosotras todo lo contrario les decimos: ‘por ti yo reviviría esa paloma’.” (Mujer joven, Puerto Acosta).

En estas comunidades, el beso no es parte de los rituales de enamoramiento.

Por lo general las fiestas y ferias son los espacios donde acontece el encuentro de las parejas aymaras y quechuas. En los *es ejja* y cavineños, la escuela y particularmente el deporte (fútbol) representan un nuevo espacio de enamoramiento y donde los jóvenes expresan su sexualidad mediante el coqueteo y la búsqueda de pareja.

Hacer pareja, convivir o casarse y tener hijos resulta fundamental para los tres pueblos estudiados. Tanto en los Andes como en los pueblos amazónicos el matrimonio y los hijos cumplen funciones sociales, económicas y políticas. Durante el incario era fundamental el casamiento y hacer pareja, el matrimonio contribuyó en el funcionamiento y equilibrio del Tawantinsuyo (Mamani, 1999; Hernández Astete, 2005; Guamán Poma de Ayala, F. Crónicas)

En los pueblos amazónicos, el matrimonio es casi obligatorio, en general, se dice que “no hay indígenas que queden solteros” (Rivero Pinto, sf) El matrimonio es visto como una institución fundamental para tener hijos o hijas, para la distribución de deberes y obligaciones, otorga estatus de adulto o adulta y aporta a la organización de las tareas y actividades económicas

Por lo general, en Tierras Bajas los matrimonios o uniones se daban a una edad temprana y esto continua en la actualidad. Entre los cavineños y *ese ejjas* el matrimonio se realiza a partir de los 15 años para las mujeres y de los 20 para los hombres. Por lo general los hombres son uno o dos años mayor, sin embargo, cuando una mujer enviuda y tiene un segundo esposo, éste puede ser menor que ella.

Entre aymaras y quechuas la edad del matrimonio ha cambiado, la literatura menciona que antes las personas se casaban llegando a los 30 años y que las mujeres debían ser mayores que sus parejas. El matrimonio marcaba la adultez (Guaman Poma, Crónicas) En la actualidad, en las comunidades quechuas se considera que la “edad para casarse” es entre los 15 y 25 años, etapa en la que no se es ni muy joven ni muy “viejo o vieja” para hacerse responsable de una familia. Una mujer puede casarse desde los 15 años, en cambio, un hombre puede esperar un poco más, se espera que piense en casarse a partir de sus 20 años. Por eso, cuando un hombre permanece

soltero no causa tanta extrañeza, en cambio, el hecho que una mujer esté soltera a sus 25 años o más, resulta preocupante.

En Tierras Bajas, la literatura refiere que partir de los procesos de evangelización, el matrimonio poligámico ha ido desapareciendo a favor de la monogamia y de la familia nuclear. (Arnott, 1935; Prost, 1970; Suaznábar, 1995; Brieger, 2001; Canedo, 1999). No obstante, en las comunidades de Galilea y Genechiquia más que nucleares las familias son extensas, pues además de los padres e hijos conviven la nuera o el yerno y los nietos/as. En la comunidad *ese ejja*, si bien predomina la monogamia, en algunos casos se puede dar una especie de poliginia sororal (un hombre casado con dos hermanas, aunque no convive al mismo tiempo con ambas). Estas familias fijan su residencia por línea materna (lugar de la madre) pero también pueden fijar la residencia en casa de ambos padres (ambilocalidad).

En las comunidades quechuas y aymaras el matrimonio es monogámico pudiendo buscar esposa/o en la misma comunidad pero sin vínculos consanguíneos. Al contrario que las comunidades de Tierras Bajas aquí las reglas de residencia están fijadas por la línea paterna (patrilocalidad) y el nuevo matrimonio mientras se independiza, se establece en la casa de los padres del esposo. Es decir, la mujer al conformar una familia, rompe vínculos con sus padres y hermanos/as. Por una serie de razones, entre ellas de tenencia de tierra, algunas parejas jóvenes aymaras indican que el lugar de residencia depende de la cantidad de tierras que dispongan las familias, así, cuando el esposo no accede a su herencia, la pareja puede convivir con la familia de la esposa para obtener tierra. Esta última situación está provocando que algunas mujeres adquieran cierto poder y en momentos de conflicto con el cónyuge reclamen su independencia. En las comunidades aymaras las unidades familiares pueden ser nucleares o extensas; también, se encuentran las familias monoparentales, compuestas de la madre y el hijo o hija.

Entre los quechuas las reglas de residencia permiten que los padres del esposo influyan en las decisiones de la pareja, sobre todo, en lo referente al embarazo, parto y planificación familiar, ni la mujer ni su familia deciden.

En casi todos los grupos el matrimonio es preferente, es decir, se puede elegir libremente la pareja con quien casarse, pero sigue siendo muy importante la aceptación de la familia como aprobación de la nueva unión

matrimonial. Casi siempre la convivencia se inicia cuando la mujer está embarazada.

Tanto *ese ejjas* como cavineños reconocen a una nueva familia en el momento en que la pareja empieza a convivir. No se acostumbra celebrar ningún ritual para reconocer socialmente la unión, aunque en Galilea se organiza una fiesta en honor del matrimonio. Entre los quechuas la unión de la pareja implica un ritual que puede iniciarse a través del *suanaku* o robo de la novia, que resulta del acuerdo de los novios cuando los padres de la mujer se oponen a la unión. Posteriormente viene el *tantanaku* o concubinato. Después de varios años de convivencia la pareja recién decide casarse por lo civil o religioso, lo que implica la consolidación de la familia.

En las comunidades aymaras es en donde los rituales del matrimonio sobresalen y son expresión de la cosmovisión andina. Todavía en algunas comunidades, el grupo de la novia va a “pagar” (ofrecer un ritual) al ayllu del novio; la noche antes de la boda se ofrece coca y alcohol a las deidades masculinas y femeninas. Existe una relación 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).

En las comunidades aymaras investigadas una serie de eventos transcurren antes del matrimonio. Uno de ellos es la *irpakaña* o *irpaka* practicado desde épocas antiguas cuando el joven se robaba a la mujer y la llevaba y encerraba en su casa hasta el momento de pedir la mano e ir a hablar con la familia o padres de la joven. Esta práctica todavía se da en distintas comunidades de Puerto Acosta. Luego de la *irpaka* o robo de la pareja, viene el matrimonio, que incluye a su vez varios pasos. En general se da después de varios años de convivencia de la pareja cuando ha alcanzado estabilidad económica y social en la comunidad. Una vez que esto sucede corresponde la “petición de mano”, como una forma de guardar respeto entre las familias.

En algunos casos, pese a realizar la petición de mano como es debido, la familia de la novia puede rechazar “formalmente”. Esto forma parte del ritual, pues el matrimonio en algunos casos ya está consumado por la convivencia. Tras años de convivencia muchas parejas deciden casarse a través de una ceremonia en el registro civil o cumpliendo el ritual católico.

Una pareja debe tener hijos, pues no se concibe lo contrario. Si no hay hijos, entre los *ese ejja* se practica la adopción. Los hijos o hijas adoptados provienen de los hermanos o hermanas de las mujeres. También se habla de “dar” o “regalar” hijos/as a los/as que no tienen. Llaman la atención los casos de esterilidad o infertilidad mencionados en esta comunidad lo que probablemente refuerza la práctica de la adopción, pues en la literatura se menciona que para algunos pueblos indígenas la esterilidad no es objeto de divorcio pero sí de tristeza y vergüenza. (Rivero Pinto, sf; Canedo, 1999; Idogaya, 1976). Por lo general, es a la mujer a la que se juzga como responsable de no haber podido embarazarse, la infertilidad es percibida como propiamente femenina y no masculina.

Entre los *ese ejjas* y cavineños se acostumbraba a tener varios hijos e hijas (entre ocho a 12) hoy en día, aunque el número sigue siendo alto (seis en adelante), la expectativa de las parejas jóvenes por razones económicas está cambiando pues prefieren tener dos a tres hijos/as.

Entre los quechuas, la llegada de los hijos o hijas consolida la unión de la pareja. El promedio es entre los cinco y ocho, aunque manifiestan haber querido tener menos hijos/as o desear hacer algo para controlar los embarazos.

La preferencia por el sexo del primogénito/a varía en cada lugar. Hay una tendencia general a preferir al varón, pues es él quien trabajara la tierra. Entre los quechuas, si el primer hijo es varón se le llama *llank'ador* –el que trabaja– y la expresión *wayk'udora* –la que cocina– es para la mujer. Por el contrario en Tierras Bajas no se observo preferencias por el sexo del primogénito.

Las familias aymaras tienen entre tres a doce hijos. Los niños y niñas son siempre bienvenidos. En la comunidad de Pococata, si el primer hijo es mujer es sinónimo de augurio y prosperidad para la familia, si nace varón es lo contrario. Esta valoración responde al significado que le dan a la niña, considerada como símbolo de fertilidad, abundancia y buena suerte. También se la considera como la “*ispalla*” porque la mujer es el principio de vida, al igual que los productos agrícolas que son fuente de su subsistencia. El significado de *ispalla* no sólo se lo utiliza para significar el nacimiento de las hijas, también lo utilizan para denominar a las mujeres que tienen el don de curar como un designio o señal divina.

En las comunidades aymaras existe el llamado “miramiento” o “imaginarios”, especie de control social implícito para controlar un número no determinado de hijos/as. Este control es sobre la mujeres, pues el tener muchos hijos las expone a la crítica social como el no “ser responsables”. El tener pocos hijos o no querer más, las expone a la consideración que se quieren “cuidar” porque anda con otro hombre.

Otros imaginarios de control social se transmiten a las jóvenes cuando se les dice que tener hijos a temprana edad afecta su crecimiento. Sin embargo, a los jóvenes que tienen relaciones sexuales tempranas se les menciona que ello puede augurar una mejor descendencia porque ya tiene experiencia. En otras comunidades se cree que las mujeres que no tienen relaciones sexuales hasta adultas corren el riesgo de tener cáncer.

Para evitar el control social los jóvenes aymaras se esconden o prefieren acordar encuentros durante la noche y en espacios alejados, o aprovechar las ferias comerciales o los viajes a La Paz. Ello, también incide para que la joven oculte su embarazo usando fajas o mucha ropa.

Otra condición importante a tomarse en cuenta es la situación de los solteros y las solteras. En la comunidad *ese ejja* las personas que permanecen solteras o solteros o no tienen hijos/as son más aceptadas y no son víctimas de la crítica social. En las zonas quechuas, el hombre puede permanecer mayor tiempo soltero, mientras que una mujer es presionada por los padres y la colectividad para casarse. En las comunidades aymaras no se conciben a los hombres y las mujeres solos/as. Hacer pareja, casarse y tener familia es fundamental, tanto mujeres como hombres solteros/as son criticados y mal vistos.

Por ello, cuando alguien vive demasiado tiempo soltero o soltera es considerado/a un ser incompleto, porque no está cumpliendo con los roles que dan sentido a la vida. Así los solteros y solteras son cuestionados y estigmatizados, en el caso del hombre se pone en duda su masculinidad y se utilizan adjetivos despectivos como *giusa*, “maricón” o “pollerudo”; si se trata de una mujer se dice que está soltera porque ha sido “despreciada” por los hombres. Las madres solteras son cuestionadas en la comunidad, lo que incluye a las familias de éstas; son estigmatizadas porque se considera que no han sabido hacerse respetar y que deshonoran su persona y a su familia.

En las comunidades quechuas cuando una mujer soltera queda embarazada, el temor a la reacción familiar y a la estigmatización social le hace optar por el aborto. A partir de la valoración moral del cuerpo de la mujer soltera se construyen colectivamente dos imágenes: aquella que no es activa sexualmente es pura, y aquella que tiene relaciones sexuales prematrimoniales es “cochina” o “prostituta”, adjetivos cargados de valores negativos, además suponen que estas mujeres tienen relaciones sexuales con varios hombres.

Una situación diferente sucede en Genechiquía, donde no existe ningún tipo de discriminación a las madres solteras, las mujeres con hijos/as de otros hombres tienen las mismas facultades para juntarse o hacer pareja sea viudas o solteras. Es normal adoptar a algunos sobrinos o nietos, pero las madres solteras son denominadas de forma diferente que una mujer soltera sin hijos, se la llama “*awemá-ani*”.

En general en las comunidades, el “chisme” y el “miramiento” se constituyen en elementos del control social sobre el número de hijos/as, los solteros/as y madres solteras, los que se casan a una edad muy temprana o tardan en casarse.

Asuntos relativos a las distintas opciones sexuales surgieron de forma indirecta durante la investigación. En la revisión de la literatura se encontró que en la cultura quechua la homosexualidad es considerada una enfermedad de la inversión del sexo conocida como: *Q'ewa Ongoy*. Tiene dos sinónimos: Kari macho = maricón (para hombres afeminados) y Wari Macho para mujeres hombrunas. “*Qewayllu-ongoy*”: 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) (Aguiló, 1980). En el campo dicen que las causas son por herencia o mala conformación prenatal, por educación errada en la primera edad, un excesivo apego a los propios padres, por puritanismos educativos o por falta de contactos heterosexuales.

En las Tierras Bajas no existen referencias de las relaciones de parejas homosexuales, aunque hay narraciones de homosexualidad en los cuentos de los animales. En los relatos del siglo pasado realizados por Erland Nordenskiöld se habla de homosexualidad en los chané y chiriguanos, llamada “*tevi*”. (Nordenskiöld, 2002). Cuando existe infidelidad de la mujer, los

chané chiriguano practican la homosexualidad y luego abandonan a la mujer. En las comunidades investigadas se menciona que ser hombre activo homosexual no es malo, ser el pasivo sí es malo, es decir, estar en el papel de mujer significa una ofensa. Así mismo, tomarse la mano entre los hombres es un alto signo de amistad y fraternidad. Es habitual que los hombres amigos se agarraren de las manos y caminar; tomarse de las manos no es motivo de burla ni sospecha de homosexualidad.

Violencia y sanciones

Un aspecto que llama la atención en las comunidades aymaras es la violencia contra la mujer desde el enamoramiento. En esta etapa los jóvenes varones agreden físicamente a las jóvenes por celos. Esta conducta agresiva del varón se acentúa en el matrimonio, cuando las mujeres no acceden a tener relaciones sexuales y se piensa que la negativa es a causa de infidelidad. Aún cuando las mujeres conocen sus derechos, por costumbre y temor aceptan y consideran que la violencia hacia ellas es normal y que el varón es quien debe decidir.

En una de las comunidades aymaras se encontró que se ejerce presión social sobre el comportamiento de los/as jóvenes a través del pago de sanciones económicas; en caso de romper con alguna norma o valor se debe pagar una multa a la comunidad. Los castigos son variados, dependiendo del caso, se sanciona, por ejemplo, cuando un joven niega su paternidad o el pago de pensiones a su hijo/a, o cuando se encuentra a una pareja en demostraciones amorosas.

En casos en que se encuentra a una pareja teniendo relaciones sexuales o cuando se sabe de un embarazo, la comunidad puede obligar a la pareja a convivir juntos; en aquellos casos en que el joven no admite su responsabilidad, la situación puede llegar a instancias legales como la policía, la fiscalía o las defensorías. En las situaciones en que las mujeres son abandonadas con su hijo o hija, además deben sufrir la crítica de la comunidad, quienes consideran que ella es la responsable de lo que le sucedió.

Se conocen casos en que la esposa, víctima de agresión física, denunció el hecho ante el sindicato de la comunidad, el cual trató de conciliar a la pareja pero como el problema era muy grave se tuvo que acudir a la policía.

Esto sucede muy pocas veces, en general, aun ante una denuncia pública el esposo no suele cambiar de actitud, más bien responde con mayor violencia, por eso muchas mujeres prefieren callar y resignarse: *“No nos quejamos porque nos va peor. Una vez casi me mata por ir a la policía”* (EG con mujeres adultas, Puerto Acosta).

Las y los proveedores de salud aseguran que debido al control social sobre la sexualidad y la estigmatización de las mujeres que mantienen relaciones sexuales y quedan embarazadas, las mujeres aducen violación, situación que hace que la comunidad intervenga en la resolución de conflictos, que se arreglan mediante acuerdos, pago de dinero, fiestas, cerveza o con la convivencia de la pareja.

Organizaciones de base

En las dos comunidades de Tierras Bajas, las organizaciones de base, entre ellas la OTB y las autoridades originarias, tienen cierta influencia en lo que se refiere a la resolución de conflictos familiares. En casos de embarazo antes del matrimonio o conflictos entre parejas que pueden conducir al divorcio, las autoridades intervienen dialogando con los involucrados, ya sea para conseguir el matrimonio o evitar el divorcio. Intervienen también en casos de aborto, considerado un crimen. Cuando hay reincidencia las autoridades originarias denuncian el caso ante la policía.

Otro aspecto importante es la diferenciación entre el capitán grande y el presidente de comunidad. El capitán grande es el líder natural y por tanto él tiene legitimidad para resolver conflictos entre familias, tierras, u otros. Su autoridad tiene alcance en todas comunidades. En tanto el presidente de la comunidad o de la OTB (nuevas autoridades a raíz de la Participación Popular) sólo tiene tuición en su comunidad y es quien resuelve conflictos burocráticos legales ante el municipio, la prefectura y SEDES.

En Tierras Bajas, la existencia de organizaciones como la Central Indígena de Mujeres Amazónicas de Pando (CIMAP) es una iniciativa importante para la inclusión de género, aunque todavía se requiere de un proceso más largo de trabajo para el empoderamiento y el ejercicio de derechos tanto de las mujeres como de los hombres.

En las comunidades quechuas la vida comunitaria y familiar se organiza alrededor del sindicato. A través de él se planifican y coordinan actividades locales, se establecen normas para el acceso a la tierra y las formas de trabajo, también se dictan prescripciones para el bienestar familiar –cuando se presenta un caso de violencia física, por ejemplo, se imparte un castigo. El sindicato es un espacio masculino y de adultos dentro de la comunidad. En las Asambleas participan los hombres adultos, mientras los jóvenes escuchan para aprender los futuros roles que deberán cumplir. Las mujeres adultas que asisten no suelen participar en las discusiones.

Un factor común en estos lugares es la presencia de una norma social que indica que el hombre no puede golpear a la esposa. Quien desobedece esta prescripción es sancionado por el sindicato con el aislamiento –durante horas o días– para corregir su actitud. La sanción se hace efectiva cuando la mujer lastimada denuncia a su agresor ante la organización sindical. Sin embargo, esta sanción no es suficiente para frenar la violencia, por eso, las mujeres no confían en estas medidas.

En Puerto Acosta el sindicato es la principal organización social de base. A partir de él los pobladores establecen acciones y normativas para la agricultura, generan relaciones y coordinan actividades con las instituciones de la zona; el sindicato también interviene en la vida familiar conciliando a los matrimonios en crisis.

El sindicato está conformado por cada una de las unidades familiares representadas por los hombres esposos. También son afiliadas las viudas o madres solteras, que en ocasiones ocupan cargos dentro de la estructura, pero de menor importancia. Las mujeres esposas no participan directamente de la organización, lo hacen a través de sus cónyuge, pero cuando ellos se ausentan deben reemplazarlos.

La presencia de hombres es predominante; las mujeres que asisten se ubican en los rincones o en la parte posterior del lugar de reunión, no toman la palabra y al final asumen las decisiones resueltas entre hombres. Para la mayoría de los/as comunarios/as de Puerto Acosta la tierra es un recurso decisivo, a partir de ella que se organiza la estructura económica, social, política y familiar de las comunidades. Es con la tenencia de la tierra

que hombres y mujeres ejercer algunos de sus derechos, como el ejercicio político de cargos dentro la comunidad.

Aún cuando la mujer haya heredado tierras de su madre, al casarse pierde este derecho y el varón es quien realiza todas las actividades a nombre de la familia. Igualmente, es parte de sus responsabilidades pasar los cargos de autoridad; las mujeres casadas no son tomadas en cuenta para pasar los cargos, por lo que ellas, al no ser partícipes de las organizaciones políticas de base, no acceden directamente a la herencia y tenencia de la tierra.

El ejercicio de autoridad se realiza en pareja, sin embargo, cuando excepcionalmente no existe un varón en la familia, las mujeres que tienen tierras pueden asumir los cargos de autoridad. En algunos casos, la tenencia de la tierra les permite a las mujeres el ejercicio de algunos derechos y oportunidades como ser dirigente en la comunidad, ya que los cargos de autoridad según usos y costumbres se pasan de acuerdo a las tierras que tiene la familia. De este modo, en caso de que en la familia no exista el hermano mayor varón y en su lugar haya la hija mujer mayor, ésta puede pasar el cargo, pero en la mayoría de los casos son cargos inferiores, los superiores están en manos de los varones.

Trabajo, comercialización y migración

El trabajo diferencia espacios masculinos y femeninos. Entre *ese ejjas* y *cavineños*, el monte y las actividades relacionadas con este (caza y recolección) es un espacio masculino, en tanto que el hogar y sus actividades corresponden al espacio femenino. Una serie de imaginarios sirven como fronteras para mantener las diferencias de género en el trabajo. Los imaginarios están relacionados con prescripciones sexuales. Por ejemplo, antes de ir al monte, o durante el posparto no se pueden tener relaciones sexuales para que no se malogre el producto de la caza. Así mismo no es de buen augurio cuando las mujeres van al monte.

La migración de los hombres hacia Riberalta o Cobija o a países como Brasil y Perú por razones de trabajo y comercialización de productos están provocando cambios en estos imaginarios, algunas mujeres se ven obligadas a entrar al monte y buscar alimentos para la familia. De la misma forma la

migración sea por razones de trabajo o capacitación incide para las nuevas generaciones deseen abandonar los trabajos de la caza y la pesca y prefieran prepararse para trabajos de albañiles, técnicos, maestros o promotores. Con estas expectativas también surge la necesidad de no casarse o tener hijos/as a edades tempranas.

En las comunidades quechuas los espacios de trabajo masculino son el campo, el monte y sus actividades (agricultura, pastoreo de ganado vacuno) y el espacio femenino es la casa además de atender a los animales pequeños. Si bien hay situaciones en que está permitido ingresar al espacio de trabajo que le pertenece al otro, también existen situaciones en que se le niega la entrada. Durante la época de siembra, la mujer no puede arar, se considera que la descendencia podría tener alguna deformación física y la producción agrícola se malogrará.

El tejido es una actividad compartida por ambos pero con roles muy específicos para algunas especialidades del tejido. En Santa María las mujeres adultas no pueden tejer un *phullu* (cobija), es una tarea y un saber masculino. La mujer se encarga de hilar la lana de oveja que después será usada por el hombre en la elaboración del tejido. En Ch'auqui Mayu la costura y el bordado con máquina de pedal son conocimientos masculinos, En cambio, el bordado a mano es un saber femenino. En estas poblaciones los hombres y los jóvenes que migran a Santa Cruz, Cochabamba, Chapare o a otros países, como Argentina y España provoca que ellos sean los que tengan mayor acceso a la información y también deseen retardar su inicio en relaciones sexuales y en el matrimonio. Las mujeres jóvenes que migran a las ciudades a trabajar en servicios domésticos, llegan a cuestionar las construcciones de sexualidad de sus comunidades, aunque cuando retornan a su lugar de origen y ante sus padres, mantienen una conducta de aceptación de lo que se piensa y se practica.

Entre los aymaras los espacios de trabajo son compartidos por hombres y mujeres. El arado, tender la red para la pesca y el comercio de abarrotes y gas son actividades de los hombres. La colocación de la semilla, la recolección del pescado y la venta de productos agrícolas y textiles son de las mujeres. Con la migración y ausencia prolongada de los varones, las mujeres deben asumir casi todas las responsabilidades relativas al trabajo. Para acti-

vidades que requieren esfuerzo físico como el arado, es un pariente varón de la mujer quien le ayuda. En la actualidad los varones invierten mucho tiempo en viajar para aprovisionarse de garrafas, diesel y abarrotos (arroz, fideos, azúcar, etc.) para venderlos en el Perú, La Paz y otros departamentos. Sin embargo, algunos hombres cuando es tiempo de siembra los hombres retoman el trabajo agrícola.

La particularidad de la zona aymara es Puerto Acosta, como centro urbanizado comercial y de tránsito entre la ciudad de La Paz y la frontera con el Perú. Esto incide en el acceso a otros valores y comportamientos de sexualidad y reproducción, al mismo tiempo que los expone al riesgo de contraer ITS. La migración de las mujeres es más restringida lo que refuerza la dependencia de ellas hacia los varones. Cuando los y las jóvenes migran, los nuevos valores adquiridos en las ciudades se observan en: valores ciudadanos respecto a cómo enamorar, nueva información sobre los cambios corporales, anticoncepción e ITS y el deseo de retardar la edad matrimonial y de tener menos hijos/as.

Agentes externos: Escuela, salud, cuartel y otras instituciones

En las tres comunidades la escuela juega un rol importante en el acceso a información sobre sexualidad y reproducción. Así mismo, la escuela es un espacio para los y las jóvenes de interacción mediante la cual se transmiten información y aprenden a conocer sus cuerpos y a compartir experiencias en temas relativos a la salud sexual y reproductiva.

La escuela genera otras expectativas de vida para los y las jóvenes quienes desean seguir estudiando o capacitándose. Ello se observa en el deseo de retardar el matrimonio, usar métodos anticonceptivos y de no tener muchos hijos/as.

No obstante una serie de limitaciones se presentan con la escuela como espacio socializador importante. Una de ellas es la resistencia de algunos padres para que se hable de estos temas. Principalmente sucede en zonas quechuas y aymaras. Por otro lado, los profesores reproducen sus propios estereotipos y valores sobre sexualidad basadas en la inequidad de género.

Los y las jóvenes que van a las ciudades a estudiar son los que más están expuestos a distintas informaciones que intentan reproducirlas cuando retornan a sus comunidades. No obstante una vez, allí continúan practicando las normativas de la comunidad.

Las instituciones de salud y los promotores comunitarios de salud son otros factores que inciden las valoraciones sobre sexualidad y reproducción. Una de las principales problemáticas que resalta en los tres pueblos es el acceso escaso o limitado a las instituciones de salud. Aquí se presentan diferencias importantes en los tres lugares: Las comunidades de Genechiquia y Galilea no cuentan con ningún acceso a centros de salud. Para acceder a la atención básica deben trasladarse a poblados cercanos o las ciudades de Riberalta o Cobija. El costo y la distancia a estos lugares son muy altos.

Muy esporádicamente cuentan con brigadas de salud que ofertan básicamente el Seguro Materno Infantil pero no incluyen otras atenciones u orientaciones en sexualidad. Los proveedores de salud tienen su propia visión sobre la SSR en pueblos indígenas y manifiestan en su mayoría que dado que estas poblaciones tienen muy poca población, lo mejor es no hablarles de anticoncepción.

Respecto a ITS y cáncer la información es muy limitada por no decir inexistente. Cuando las mujeres han accedido a realizarse una prueba de Papanicolaou, no llegan a conocer sus resultados pues éstos no son devueltos a las comunidades

La presencia y acción de la Misión Evangélica Suiza es muy importante para las poblaciones indígenas, sin embargo, existe restricción hacia la salud sexual y reproductiva; las decisiones que toman los comunarios están influidas por “consejos” sobre sexualidad y reproducción que contienen valores de comportamiento de contenido religioso occidental. En Galilea la influencia religiosa ha marcado mucho a sus pobladores. Su manera de pensar y tomar decisiones está mediada por sus percepciones religiosas, por ejemplo, el pensamiento de que la mujer ha sido creada para procrear es muy fuerte, además que es un mandato divino tener todos los hijos o hijas que “Dios mande”.

En las zonas quechuas, el acceso a las instituciones de salud también es muy limitado. Los hospitales y centros de salud más cercanos se encuentran

en la ciudad de Aiquile, en época de lluvia es imposible llegar a esta ciudad. Aquí las brigadas de salud han jugado un rol importante y ellos han logrado incluir temas de sexualidad y reproducción. El principal problema en estas comunidades es la situación del cáncer cervico uterino, a pesar de la morbimortalidad alta en la zona las políticas de prevención e información son muy escasas. En dos ocasiones se llevaron a cabo campañas de Papanicolaou, los resultados no se conocieron o nunca llegaron. En Santa Maria donde han acontecido varias muertes por CCU los resultados se extraviaron.

En las comunidades de Aiquile, el trabajo del Proyecto de Bi-Alfabetización claramente interviene favoreciendo algunas mujeres para la toma de decisiones no solo en sexualidad y reproducción si no en otros aspectos de la vida cotidiana de las comunidades. No obstante, el proyecto tiene sus limitaciones en el sentido que todavía no hay una apropiación por parte de las mujeres, no todas las mujeres acceden y hay un involucramiento muy débil de los hombres.

En todas las comunidades el papel del promotor de salud es muy restringido. El hecho de que lo promotores sean familiares o conocidos incide para que los y las jóvenes no accedan a solicitar información ellos en la práctica se limitan a otorgar información muy básica en salud y en salud materna. Los/as proveedores/as de salud y agentes comunitarios tienen poca información sobre las causas del cáncer cérvico uterino, no lo asocian con las ITS y tampoco brindan información en sus comunidades.

Para las tres comunidades, el cuartel militar es un espacio importante para la socialización de los hombres jóvenes; allí adquieren nuevas experiencias porque viajan a diferentes lugares como Cochabamba, La Paz o Santa Cruz y se relacionan con personas de otros grupos étnicos.

En el cuartel también se obtiene información sobre SSR, entre camaradas comparten conocimientos y experiencias en anticoncepción, sobre cuáles son los síntomas, la forma de transmisión o cómo se previenen las ITS:

“Cuando estaba en el cuartel, en el Chapare, y había un médico que revisa... vi a un camarada que botaba pus por el pene y no sé qué le hicieron, dice que tiró con una puta y se contagió... Uno puede evitar cuidándose, usando preservativos, así uno puede cuidarse” (Hombre joven, Galilea).

“Pa’ no contagiarse con gonorrea en cuartel he aprendido. Dice que la mujer tiene heridas en su vagina..., con la cabeza del fósforo se hace tocar (en la vagina) y no aguanta (si está mal). En ese caso no hay que meterse” (Hombre adulto, Molle Pampa).

Las percepciones e imaginarios de sexualidad masculina están influenciadas por el acceso que tienen los hombres al cuartel, el comercio, a organizaciones, a la escuela, etcétera, reforzando el patrón occidental de narrar las experiencias sexuales ensalzando su sexualidad y devaluando la de las mujeres. Para los hombres, son las mujeres las que se embarazan, las que saben del aborto y quienes transmiten ITS.

El uso de la medicina tradicional y el rol de los especialistas en SSR es muy poco conocido, en Tierras bajas el conocimiento de la medicina tradicional se está perdiendo. La fuerte influencia de las iglesias mediante los agentes sanitarios ha contribuido a esta situación. Muchos prefieren ser sanitarios o auxiliares de salud.

En las zonas quechuas las personas acuden primero a especialistas en medicina tradicional. El partero o partera, además del parto, indica diferentes cuidados para prevenir el cáncer cérvico uterino. Los/as *jampiris* curan infecciones que se pueden presentar después de la menstruación y del posparto, como la *awasa* o el cáncer cérvico uterino.

En las zonas aymaras también hay preferencia por el uso de la medicina tradicional. De los especialistas que intervienen en la salud sexual y reproductiva, las parteras y parteros cumplen un rol importante en el buen desarrollo del periodo de gestación hasta el momento del parto y también del post parto, proporcionando información sobre cuidados que debe tener la mujer para prevenir el cáncer cérvico uterino. La creencia en el *khari khari* limita en muchos casos que las personas se atiendan en los centros de salud, bajo el argumento de que morirían inmediatamente si reciben alguna inyección. La percepción de la existencia de este ser es un factor importante que impide e influye en el acceso a los servicios de salud. El *khari khari* también puede verse como una forma de control social para el comportamiento de los hombres, pues se dice que éste ataca a los hombres que pasan la noche fuera de su casa o están hasta altas horas de la noche en el monte.

Consecuencias de los determinantes socio culturales en la SSR de las mujeres indígenas

Claramente se observa que los determinantes sociales y culturales influyen en las decisiones de las mujeres sobre salud sexual y reproductiva en pueblos indígenas. Una de las principales consecuencias es la falta de acceso a información clara y adecuada para las mujeres. La migración y otros agentes como la escuela, instituciones de salud, la influencia religiosa, entre otros, contribuyen a reproducir las inequidades de género con consecuencias importantes para la salud de las mujeres.

Un estudio sobre los determinantes del comportamiento reproductivo de las mujeres indígenas muestra que son pocas las mujeres indígenas que usan métodos anticonceptivos, sólo el 3% los utiliza. El estudio muestra que las que usan métodos anticonceptivos los usan luego del segundo hijo. (Vidal, 1993) El informe Pueblos Indígenas Originarios y Objetivos de Desarrollo del Milenio 2007 brinda datos relevantes sobre el uso de métodos anticonceptivos en los pueblos indígenas. Sostiene que el 58% de la población no indígena sabe del uso del condón como forma de prevención; entre la población indígena –según análisis por condición etnolingüística (CEL)– sólo el 34% conoce esta información.

El porcentaje de conocimiento del método siempre es mayor entre hombres que entre mujeres. Sin embargo, en las poblaciones indígenas, el 70% de la población masculina sabe del uso del condón como forma de protección, frente al 29% de las mujeres indígenas.

Llama la atención que en las poblaciones indígenas el conocimiento sobre la regulación de la fertilidad siempre ha existido sea mediante plantas naturales, observación del flujo menstrual hasta el aborto. No obstante, en la actualidad a pesar de la existencia de métodos anticonceptivos modernos (dispositivos, píldoras, preservativos) su uso es muy reducido. Sobre estos últimos predomina el temor a las consecuencias de enfermedades, cáncer entre ellas, hasta la distorsión de conductas y comportamientos como la infidelidad. El temor a la censura y a conflictos con su pareja incide para que las mujeres prefieran continuar con el uso de métodos tradicionales.

La presencia de hospitales religiosos (Misión Suiza en Tierras Bajas y hospital de Escoma en Puerto Acosta) si bien son muy bien aceptados por la población por el buen trato que reciben, estos no otorgan métodos anticonceptivos modernos. La orientación en anticoncepción está relacionada con los métodos que promueve la iglesia: abstinencia, Billings, y coitus interruptus.

Varones y mujeres en las comunidades refieren una serie de plantas y preparativos con propiedades anticonceptivas pero también abortivas.

Estas valoraciones provienen principalmente de los hombres, la familia, los parientes y proveedores de salud y agentes escolares. Es decir, hay una insistencia en el uso de métodos naturales. Las mujeres adultas tienden a aceptar más estas valoraciones, en tanto que las mujeres jóvenes son las que más las cuestionan y expresan su deseo por conocer más acerca de los beneficios de usar métodos anticonceptivos modernos.

En relación con las con las infecciones de transmisión sexual, en casi todos los lugares de investigación son los hombres los que tienen mayor información proveniente de las ciudades, del cuartel y de sus lugares de trabajo. Si bien conocen que estas infecciones se contraen por relaciones sexuales sin protección, adquieren otras valoraciones que no permiten una prevención adecuada. Además, entre los valores se socializa la idea de que son las mujeres las que contagian, que son enfermedades de las ciudades y no de las comunidades. Consideran que el uso de condón es solo para usarlo en relaciones sexuales casuales y no con sus propias esposas. Además se considera que el condón es para prevenir una ITS pero no para prevenir un embarazo. En este sentido, no lo usan con sus esposas. En algunas comunidades aymaras, los hombres sostuvieron que las ITS se curan teniendo relaciones sexuales con personas sanas.

En la zonas quechuas es importante tener cuidado en afirmar que las ITS forman parte de su cultura, como lo indican la mayoría de los agentes de salud. En la investigación no se encontró que las ITS sean un rito de paso, más bien se observó que éstas han estado presentes en las comunidades desde hace mucho tiempo y han llegado a ser parte de su vida cotidiana. Sin embargo, las personas manifiestan preocupación por las mismas y por eso acuden a tratamientos naturales para detenerlas. En relación a los hombres, las mujeres quechuas son

las que menos conocen sobre ITS en su terminología occidental, sin embargo, las identifican con denominaciones propias así como por los síntomas.

El cáncer cérvico uterino es un tema poco identificado y aludido en las comunidades de Tierras Bajas, sobre todo entre los ese ejja. No obstante, en la comunidad de Galilea las personas hablaron más sobre cáncer cérvico uterino e identificaron dos casos que fueron reportados a los hospitales urbanos, aunque dijeron que estas mujeres habían fallecido. Por el contrario, en las comunidades quechuas los casos de cáncer cérvico uterino son muy frecuentes, aunque llama la atención la poca atención oportuna que reciben. Se nota que no se accede a los servicios, básicamente, por falta de información, por la distancia, o por temor y vergüenza al personal de salud.

Bibliografía

- AGUILO, Federico
 1980 *Enfermedad y salud según la concepción aymaro-quechua*. Sucre: Qori Llama.
- ARNOTT, John
 1935) “La vida amorosa y conyugal de los indios del chaco” en: Revista geográfica americana, Año III. N° 3 noviembre. Buenos Aires.
- BAMONTE, Gerardo y KOCIAANCICH, Sergio
 2007 *Los Ese Ejja. El mundo de los hombres y el mundo de los espíritus entre los indios del río*. La Paz: Plural.
- BASTIEN, Joseph
 1996 *La montaña del cóndor: Metáfora y ritual en un ayllu andino*. La Paz: Hisbol.
- BRIEGER, R., Heidy Gladys
 2002 *Factores relacionados a la sexualidad y las relaciones de género en la cultura Weenhayek del chaco de Tarija*. La Paz: CIDEM.
- CANEDO, María Isabel
 1999 “Diagnóstico de género en el pueblo guaraní. Compendio y resumen por proyecto de apoyo a la mujer guaraní (PAMG)” APG-Coordinadora de instituciones.

- CASTRO, María Dolores
 1997 “La viva voz de las tribus. El trabajo del ILV en Bolivia”.
 CEPAL; BID
- 2001 *Diagnóstico sociodemográfico de los pueblos indígenas a partir del Censo 2001*.
- GUAMAN, Poma de Ayala, Felipe
 1615/1987 Nueva Crónica y Buen Gobierno. Madrid: Ed. JV.
- HERNANDEZ, Astete, Francisco
 2005 *La mujer en el tarwaintinsuyo*. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- IDOGAYA, Molina, Anatilda
 1976 “Matrimonio y pasión amorosa entre los matakó”. Scripta Ethnologica, N° 4 tomo I, 46-67 pp. Buenos Aires.
- MAMANI, Bernabé, Vicenta
 1999 *Identidad y espiritualidad de la mujer aymara*. Misión de Basilea, Suiza y Fundación SHI Holanda. La Paz.
- NORDENSKIÖLD, Erland
 2002 *La vida de los indios. El gran Chaco* (Sudamérica). APCOB, La Paz: Plural.
- PROST, D., Marian
 1997 *Costumbres, habilidades y cuadro de la vida humana entre los Chacobos*. La Paz: PROCOSI.
- RIVERO, Pinto, Wigberto
 (s/f) *Sexualidad y sociedad en los indígenas amazónicos*. (Mimeo).
- SUAZNABAR, Bertha E.
 1995 *Identidad étnica, género e intervención. Posición de género de la mujer ayoreo en un contexto de cambios socio-culturales. Estudio de caso en una comunidad ayoreo del Oriente Boliviano*. Tesis de licenciatura en Sociología, Universidad Mayor de San Simón. Cochabamba (Inédito).
- VIDAL, Zevallos, David
 1993 “Determinantes del comportamiento de las mujeres indígenas de Bolivia”. En: Seminario Taller “Investigación sociodemográfica contemporánea de los pueblos indígenas”, Santa Cruz de la Sierra.