

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

**ENTRE LA POSTA Y LA SABIDURÍA ANCESTRAL: LAS NECESIDADES DE
SALUD REPRODUCTIVA Y MATERNA EN LAS COMUNIDADES
ASHÁNINKA QUEMPIRI Y POTSOTENI DEL RÍO ENE Y LAS RESPUESTAS
DEL ESTADO**

Tesis para optar por el Título de licenciada en Sociología, que presenta:

Andrea Ximena Bernal Gonzalez

ASESOR: Robin Thierry Florent Cavagnoud

Lima, noviembre del 2018

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo principal conocer la medida en la que los servicios de salud estatales ofrecidos en las comunidades Asháninka Quempiri y Potsoteni del Río Ene adoptan un enfoque intercultural para responder a las necesidades de salud reproductiva y materna de las mujeres en edad fértil. Para ello, se ha buscado, en primer lugar, descubrir cuáles son las necesidades de las mujeres Asháninkas en edad fértil; en segundo lugar, evidenciar la oferta de los servicios de salud estatales para responder a estas necesidades; luego, comprender la manera en la que las mujeres en cuestión entienden su propia salud reproductiva y materna y; por último, la manera en la que se desarrolla el enfoque intercultural que ofrecen las postas de salud.

Para lograr estos objetivos se ha planteado utilizar los métodos cualitativo, a través de entrevistas guiadas y observación participante, y cuantitativo, a partir de la información pública de la ENDES. El modelo utilizado ha sido descriptivo y analítico, de manera que se logre comprender las racionalidades de ambos sistemas de salud, el tradicional y el estatal, en dos comunidades Asháninka, que difieren por factores geográficos, económicos y demográficos.

A partir de la experiencia de campo y discusión con el marco teórico propuesto, se han logrado obtener los siguientes hallazgos. En primer lugar, las postas de salud de ambas comunidades cuentan con recursos insuficientes para atender una emergencia y el sistema de movilización dentro de la Red de Salud tampoco supone una opción real por factores geográficos y económicos, lo cual cristaliza en el uso parcial de la posta por parte de las mujeres Asháninka. En segundo lugar, los conocimientos tradicionales sobre la salud componen un sistema permeable a la medicina biomédica, pero no necesariamente alteran las narrativas ni las costumbres respecto a los procesos biológicos de las mujeres. Por último, la relación intercultural que se produce desde la posta es de poder, en tanto reconoce los conocimientos sobre salud tradicionales de la comunidad, pero no las integra al sistema de salud, puesto que son considerados un error que debe corregirse con el tiempo.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi hijo hermoso, Leonardo, la luz de mi camino y el mejor maestro que la vida me pudo dar.

Agradezco a mis papás, Consuelo y Gonzalo, por apoyarme siempre durante mi carrera y en mis locuras personales. Por darme las facilidades y el lujo de poder estudiar en tranquilidad. Por amarnos sin condiciones, a mí y a mi hijo.

A mi hermano, Gonzalo, que siempre me da su soporte y estabilidad cuando más lo necesito.

Agradezco a mis abuelos y abuelas por haber facilitado esta situación y a mis ancestros antes de ellos.

A mi familia, el núcleo en donde siempre me siento más segura.

A mis amigas de la universidad, quienes comprendieron mi situación y me supieron apoyar en los trabajos en grupo, así como en las desveladas para estudiar.

A mi asesor de tesis, Robin, por siempre leer mi trabajo en conciencia y guiarme en mis mil y un crisis y cambios de tema.

Gracias.

ÍNDICE

Resumen	1
Agradecimientos	2
Introducción.....	4
Capítulo 1: Planteamiento del problema	7
1.1: Elementos culturales de la comunidad Asháninka.....	7
1.2 La salud materna en las comunidades amazónicas	10
1.3 La medicina tradicional y la salud en las comunidades Asháninka	14
1.4 El Problema	19
Capítulo 2: Marco Teórico	28
2.1 El perspectivismo y el multinaturalismo	28
2.2 La medicalización.....	29
2.3 La salud intercultural	31
Capítulo 3: Metodología.....	35
Capítulo 4: El Contexto y la Salud en la Comunidad Asháninka.....	43
4.1 La fecundidad y la educación en la Amazonía	43
4.2 La salud en la Amazonía	47
4.3 La demografía y fecundidad en Potsoteni y Quempiri.....	53
4.4 La situación de la salud en Potsoteni y Quempiri.....	54
4.5 La educación en Potsoteni y Quempiri.....	57
4.6 El territorio y la economía en Potsoteni y Quempiri	63
Capítulo 5: La oferta de las postas de salud estatales	71
5.1 La situación de la infraestructura de las postas de salud.....	71
5.2 El abastecimiento y equipamiento de las postas de salud	80
5.3 El personal de salud de las postas	83
5.4 La movilización dentro de la Red de Salud estatal	87
5.5 Atención de la salud reproductiva y materna.....	91
Capítulo 6: La salud reproductiva y materna tradicional.....	97
6.1 Los conocimientos tradicionales sobre la salud y brujería	97
6.2 La salud materna tradicional	101
6.3 Los métodos anticonceptivos	103
6.4 El embarazo	108
6.5 El parto y el puerperio.....	113
Capítulo 7: Conclusiones	119
Reflexiones Finales.....	119
Recomendaciones finales	125
Bibliografía.....	126

INTRODUCCIÓN

La salud en las comunidades de la selva peruana es un ámbito que ha sido trabajado por diferentes trabajos académicos, así como organizaciones estatales y no gubernamentales, puesto que aún falta mejorar la manera de aproximarse a las diferentes culturas de la selva. Si bien se han logrado mejoras para el establecimiento de las postas de salud en las comunidades nativas, la relación intercultural entre los actores todavía es considerada un tema de debate académico y práctico. En este sentido, se generan dos sistemas de salud paralelos: el tradicional y el institucional - o estatal -, los cuales tienen los mismos fines pero difieren en los métodos y costumbres históricas.

Del mismo modo, la salud es un problema social dentro del cual las mujeres y los niños son los más afectados, sobre todo en las zonas más alejadas y con poco acceso a la educación. Por ello, se torna importante conocer la realidad de estas comunidades nativas, en donde la presencia del Estado es mínima y los servicios básicos son limitados. En este sentido, la presente investigación es un esfuerzo por dar voz a las mujeres de una de las comunidades más grandes de la selva peruana en relación a la manera en la que ellas conciben su propia salud. Por ello, en los siguientes capítulos se aborda el tema de la salud reproductiva y materna en dos de las comunidades Asháninkas del Río Ene, Potsoteni y Quempiri, y la manera en la que las postas de salud estatales aplican la interculturalidad para generar un diálogo equitativo con las vecinas de las comunidades.

Las comunidades Asháninkas presentadas pertenecen a la cuenca del Río Ene, en Junín, y son organizadas por la Central Asháninka del Río Ene (CARE), organización sin fines de lucro que se creó a partir del repoblamiento del pueblo Asháninka luego de la invasión de los grupos terroristas. Ambas comunidades son centros poblados de reunión, ya que muchas de las familias vecinas pasan la mayor parte del tiempo en sus casas del monte. Esto es así porque a partir de la violencia política que vivió el pueblo Asháninka se hizo imprescindible organizarse para protegerse y, por otro lado, el Estado instaló

colegios de primaria y puestos de salud, lo cual hizo que estos dos centros sean lugares de interés para instalarse.

Al igual que en muchas de las comunidades del Ene, las autoridades (líderes, y curanderos) fueron perseguidos por las fuerzas subversivas, por lo cual es poco común que las autoridades tradicionales de la salud se encuentren en el centro poblado. Sin embargo, aquellos siguen atendiendo los problemas de salud de los vecinos y vecinas, siendo una alternativa importante culturalmente. Del mismo modo, el uso de los puestos de salud también es común para las vecinas de la comunidad, a pesar de que no se conoce ciertamente el alcance y uso de los tratamientos. De esta forma, ambos sistemas, el tradicional y el estatal, sirven igualmente para solucionar los problemas de salud de las comunidades nativas, en donde las personas eligen qué enfermedades o procesos tratarse con qué especialista.

En el caso de las mujeres y su salud reproductiva y materna, es un tema poco explorado académicamente, a pesar de su importancia en la reproducción de la población, así como en la salud de sus integrantes. Por ello, es menester conocer la realidad de la salud de las vecinas del Ene en cuanto en relación con su cosmovisión y contexto cultural para poder garantizar su supervivencia y calidad de vida. En este sentido, la pregunta propuesta para el presente estudio es ¿en qué medida los servicios de salud estatales ofrecidos en las comunidades Asháninka Quempiri y Potsoteni del Río Ene adoptan un enfoque intercultural para responder a las necesidades de salud reproductiva y materna de las mujeres en edad fértil?, mientras que la hipótesis que se maneja es que el enfoque intercultural que ofrecen las postas de salud estatales de las comunidades Quempiri y Potsoteni no es suficiente ni acorde a la realidad cultural, por lo cual limita la satisfacción de las necesidades en la salud reproductiva y materna de las mujeres.

De esta forma, la importancia del presente estudio es visibilizar la problemática de la salud reproductiva y materna de las mujeres fértiles en las comunidades nativas, en este caso dos comunidades Asháninkas del Ene, de manera que se

pueda conocer el uso que las vecinas de las comunidades le dan al servicio de salud estatal y las limitaciones que existen para la posta en aplicar un sistema intercultural. Para ello, el objetivo de la investigación es conocer la medida en la que los servicios de salud estatales ofrecidos en las comunidades Asháninka Quempiri y Potsoteni del Río Ene adoptan un enfoque intercultural para responder a las necesidades de salud reproductiva y materna de las mujeres en edad fértil. Por esto, se ha buscado, en primer lugar, descubrir cuáles son las necesidades de las mujeres Asháninkas en edad fértil; en segundo lugar, evidenciar la oferta de los servicios de salud estatales para responder a estas necesidades; luego, comprender la manera en la que las mujeres en cuestión entienden su propia salud reproductiva y materna y; por último, la manera en la que se desarrolla el enfoque intercultural que ofrecen las postas de salud.

Para lograr tales objetivos, a continuación, se plantea, en el primer capítulo, el problema de investigación, de manera que se aborden los estudios previos acerca de los elementos culturales de la comunidad Asháninka, la salud en las comunidades amazónicas, y acerca de la medicina tradicional y la salud en las comunidades Asháninkas. En el segundo capítulo, se presenta el marco teórico con la explicación de los conceptos que se utilizan para analizar los hallazgos del campo. En el tercer capítulo, se presenta la metodología utilizada para el recojo de información y el análisis de datos. El cuarto capítulo presentan los hallazgos en relación con el contexto y la salud en las comunidades Asháninkas, en donde se utilizan datos estadísticos, así como información general acerca de las comunidades nativas Quempiri y Potsoteni. El quinto capítulo trata la oferta de las postas de salud estatales, así como un análisis social de la pertinencia cultural. El sexto capítulo trata sobre la salud reproductiva y materna tradicional y la forma en la que los servicios de salud responden a tales necesidades y cosmovisiones. Por último, el capítulo séptimo contiene las conclusiones de la presente, así como las reflexiones y algunas recomendaciones.

CAPÍTULO 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1: ELEMENTOS CULTURALES DE LA COMUNIDAD ASHÁNINKA

El territorio Asháninka comprende las regiones de Junín, Pasco y parte de Ucayali y se considera una zona estratégica “tanto económica como políticamente”, por lo cual han sido y son víctimas de constantes ataques por parte de distintos grupos de intereses, desde otros pueblos amazónicos, empresas, narcotraficantes y hasta del mismo Estado peruano en complicidad con la Peruvian Corporation (Fabián, 1997: 12-24). Se encuentran situados en el piedemonte oriental de los Andes centrales, por lo que su bosque es alto y no inundable, como otros territorios amazónicos. Se compone por los valles de los “ríos Urubamba, Tambo, Ene, Perené, Pichis y la zona interfluvial del Gran Pajonal” (Rojas, 2014: 26). Se encuentran ahí, puesto que fueron desplazados de los llanos inundables del Ucayali por comunidades de origen Pano (ahora conibo y shipibo) (Rojas, 2014: 26).

El modo de vivir tradicional Asháninka se caracterizan por ser “trekking people”, o nómadas, término usado por Ballée para denominar a un grupo de personas que pasan al menos la mitad del año fuera de sus lugares de origen, a los que retornan constantemente (Rojas, 2014: 27). En este sentido, los hogares se encuentran dispersos en el monte y migran constantemente sus chacras, de acuerdo a la riqueza y bonanza de los suelos. Tienen un lugar de encuentro de la comunidad que les sirve para realizar intercambios y forjar alianzas interfamiliares, el cual es llamado grupo local (Rojas, 2014: 31).

En tal sentido, el Buen Vivir para los Asháninka es básico para la convivencia y las buenas prácticas. Aquello brinda salud y bienestar a la persona misma como a sus afines, por lo cual la envidia y mezquindad pueden causar las enfermedades como vómitos, diarrea y otros males (CARE, 2013: 9). En este sentido, “un buen Asháninka sabe compartir, ser generoso, ser alegre, reír antes que pelear, controlar la rabia, respetar a sus parientes, escuchar los consejos y obedecer” (CARE, 2013: 8). Otra virtud consiste en asumir sus roles dentro de la familia y comunidad, lo cual garantiza una buena convivencia.

Durante el Conflicto Armado interno que sufrió el Perú, la población Asháninka fue la comunidad indígena más golpeada, sobre todo, por los grupos terroristas Sendero Luminoso y el MRTA. Ambos grupos subversivos lograron el retiro de los colonos mestizos y a las firmas de narcotraficantes que invadían las comunidades asháninkas, lo cual fue bien visto, en un primer momento (CVR, 2003: 246). Sin embargo, la relación que se gestó entre los grupos subversivos y las comunidades indígenas no fue diferente. Los grupos subversivos fueron sumamente violentos y asilaron a física y psicológicamente a la comunidad, por lo cual los comuneros consideraron una etapa como deshumanizante. Gracias a “los recursos culturales tradicionales como el conocimiento del medio ambiente para sobrevivir en el monte o a la interpretación de sueños para decidir cuándo escapar, cuándo callar, qué decir” (CVR, 2003 :257), muchos Asháninkas pudieron escapar de las torturas, no sin dejar atrás a muchos familiares más débiles como niños y ancianos.

El informe de la CVR resalta los nuevos actores que entraron en la escena al salir los subversivos. Estos son las “empresas madereras, petroleras nacionales e internacionales, y grupos de colonos de origen andino” (CVR, 2003: 272). Hasta la fecha, algunas de las comunidades del Río Ene se encuentran acosadas por colonos, en su mayoría narcotraficantes o madereros, los cuales atacan a los comuneros o simplemente se instalan en su territorio con el objetivo de desplazarlos y hacerse dueños de partes de su territorio. Ante esta ofensiva constante, muchas comunidades se defienden física y legalmente, mediante comunicados formales y públicos, así como cooperación entre las diferentes comunidades nativas que se han unido para brindar su apoyo a los comuneros Asháninka. Esta relación con los madereros ilegales y narcotraficantes, además, amenaza la forma de vida Asháninka, puesto que ciertas especies básicas de la alimentación tradicional ya no se logran encontrar en los bosques y, del mismo modo, los hombres cazadores deben adentrarse cada vez por más tiempo para conseguir sus alimentos animales (CARE, 2013: 27).

La presencia de los grupos terroristas MRTA y Sendero Luminoso, así como los campos de rescate que instauraron las Fuerzas Armadas cambiaron las relaciones sociales de la comunidad Asháninka. De esta forma, en lugar de considerarse entre Asháninkas como amigos, creció la desconfianza y la división política (Fabián, 1994: 289). La relación familiar y comunal cambió fuertemente, ya que los hombres se dedicaban “a las rondas de autodefensa, mientras que las mujeres, al no poder trabajar en las chacras fuera del centro del núcleo poblado, se volvieron dependientes de la ayuda alimentaria” (Paredes, 2015: 22), al mismo tiempo que comienzan a dominar mucho más el espacio de la comunidad y a ocupar posiciones de dirigencia política indígena (Ego-Aguirre, 2010). Inclusive algunas se convirtieron en líderes y comerciantes; sin embargo, “la tendencia actual es a regresar a los patrones tradicionales” (Paredes, 2015: 22-23).

En cuanto a la familia Asháninka, la estructura tradicional se organiza de acuerdo a clanes familiares; en este sentido, como se ha visto, las comunidades nativas se componen por 4 ó 5 clanes familiares extensas (Fabián, 1997: 54). Asimismo, el matrimonio no es considerado por muchas familias Asháninka, por lo cual su situación civil suele ser de convivencia únicamente; sin embargo, el fenómeno del matrimonio religioso está creciendo debido a la presencia de sectas religiosas que continúan ingresando a las comunidades (ídem).

En la comunidad Asháninka, las mujeres y los hombres tienen como destino social el ser padres y madres, por lo cual hay una serie de ritos de paso y costumbres que van a preparar a las personas desde pequeñas para una exitosa vida adulta. En esta línea, el principal rito de paso de las adolescentes mujeres es el de la menarquía, o primera regla, en la cual la joven deberá permanecer por un mes entero separada de la vivienda familiar, en una especie de choza o “*noshinto*” oscura, en donde aprenderá a tejer, hilar y masticar la yuca para hacer masato (Fabián, 1997: 47-50). En el caso del joven, el rito de paso consiste en construir una pequeña vivienda de soltero o “*notomi*” con su padre, quien le entregará un “cordón sexual”. En este nuevo hogar, el joven

realizará una dieta especial, saldrá a cazar, pescará y buscará una compañera. Este rito se justifica por el mito de Tzia, en el cual un pájaro cometió incesto al violar a su madre; de manera que el rito consiste en el corte del vínculo materno psicológico (Fabián, 1997: 50).

Un tema importante es que, puesto que la sociedad Asháninka es muy activa sexualmente, las jóvenes, cuando empiezan a menstruar, empiezan a mantener – si no han empezado ya – una vida sexual activa. Aquello produce, entonces, no solo deserción escolar, sino también madres jóvenes solteras, ya que ella no dirá quién es el padre, si es casado, por pudor y si lo dice el hombre lo puede desmentir (Cavero, 2014: 122). Es común, entonces, que mujeres menores de 25 años hayan tenido 4 o 5 hijos, ya que es el hombre quien decide cuándo mantener relaciones con su pareja y cuántos hijos tener (Cavero, 2014: 123). De esta forma, muchos embarazos son no deseados y se dan casos de relaciones sexuales forzadas por el esposo y violencia familiar (Cavero, 2014: 128), sobre todo cuando el hombre ha ingerido una bebida alcohólica (Cavero, 2014:124). En la misma línea, algo importante de resaltar es que en el caso de que un hijo ya nacido se enferma, la culpa es de la madre y aquello se considera un signo de infidelidad o adulterio, por lo cual es posible una disolución matrimonial luego de un evento de esta índole (Rojas, 1994: 95).

También es importante rescatar que la organización feminista Flora Tristán ha encontrado algunos puntos importantes sobre la fecundidad Asháninka. Por ejemplo, las mujeres Asháninkas desearían tener menos hijos que sus esposos, por lo cual aceptan los métodos anticonceptivos ofrecidos por las postas (Paredes, 2015: 23).

1.2 LA SALUD MATERNA EN LAS COMUNIDADES AMAZÓNICAS

Existen una gran variedad de esfuerzos respecto a la pertinencia de la interculturalidad y multiculturalidad en la salud para entender las formas en las que las comunidades amazónicas hacen frente a las enfermedades y procesos corporales cotidianos. “En la mayor parte de las culturas indígenas no existe

(...) un término equivalente a 'salud'" (Hvalkof, 2003: 182), ya que se considera un tema integral del ser humano. Si una persona se enferma es porque el equilibrio armonioso con la mente, espíritu y cuerpo se ha alterado con respecto a la naturaleza. Por ello, el tratamiento debe ser siempre holístico.

En primer lugar, el uso de medicinas naturales y ancestrales es común en las comunidades, por lo cual, en el caso de los Sharanahua, hay conocimientos naturales para el control de la natalidad en la forma de brebajes de 2 tipos: para no tener hijos y para ser fértil. También se tienen una serie de medicinas para ayudar a la parturienta a parir, así como para curar las heridas propias del parto, tanto de la madre como del recién nacido (Álvarez, 2010: 40).

El embarazo también contiene ciertas especificidades y compone un sistema de creencias en torno a los cuidados. En este sentido, las comunidades nativas Awajun y Wampis conocen de algunas señales de peligros durante el embarazo, así como cuidados específicos para las mujeres embarazadas, como son el sangrado vaginal y ciertas dietas con alimentos específicos para el buen nacimiento del bebé. Existen, además, una serie de rituales, cantos mágicos y señales de los astros que van a determinar las relaciones de pareja, así como los comportamientos de una madre embarazada, la cual va a ser constantemente vigilada por la comunidad para que cumpla con sus dietas y actividades específicas (Medina, 2006: 23).

En cuanto al parto, para los Sharanahua, es importante recalcar que la mujer no debe llorar, gritar o quejarse durante el parto, y debe enterrar la placenta en la tierra para ayudar a crecer al niño. Por otro lado, si el bebé que nace es mujer y la madre muere, cuando crezca la niña deberá ser esterilizada y, por lo tanto, será marginada en su adultez. Además, en caso la mujer se comporte mal durante el embarazo (come alimentos prohibidos, es chismosa o ha sido infiel), su hijo podrá nacer con un gemelo o una malformación por ser un espíritu malo y este tendrá que ser tirado al río para convertirse en un bufeo. La mujer en estas situaciones puede ser abandonada por el marido. En caso el niño esté bien, se quedarán madre e hijo durante una semana en la casa hasta

que se demuestre que el niño está bien. Solo así la mujer podrá dejar a su hijo con otras mujeres para insertarse nuevamente en la vida pública del poblado (Álvarez, 2010: 41). En el caso de la comunidad Yine (Piro) las mujeres deben estar en la capacidad de parir de manera independiente, sin ayuda y sin gritar o llorar. Para esta comunidad, las mujeres deben ser capaces de parir solas para demostrar que son “agentes y entres de decisión en lo que concierne el parto de sus hijos; al utilizar esta expresión [“yo solita haciendo fuerza”] se posicionan como autoras responsables del esfuerzo desplegado para expulsar al bebé de su vientre, con o sin la presencia y ayuda de otros”, aquello es para la sociedad y para las mujeres “un signo de orgullo y decoro femeninos” (Belaunde, 2003: 133). En este texto de Luisa Elvira Belaúnde también presentan una experiencia de un parto con complicaciones, el cual al acudir a la clínica pasó por desesperantes momentos en los que obligaron a la mujer a recostarse a lo que ella exclamó naturalmente: “pero cómo iba a poder hacer fuerza si estaba echada sobre la espalda? Estaba solita y no sabía qué hacer. Así es como son las cosas en la ciudad” (Belaunde, 2003: 140). Con esta última cita se puede observar la diferencia en la ontología de la salud, así como en cuanto al trato al cuerpo femenino.

Del mismo modo, se evidencia, en las comunidades Awajún y Wampis, la vergüenza de la parturienta para llamar un promotor de salud. El parto, para las comunidades indígenas en cuestión, tiene una significancia que “trasciende el ámbito biológico para convertirse en un fenómeno social y cultural” (Medina, 2006: 23), por lo que este proceso reproductivo compete a la comunidad entera. De tal manera, “muchas mujeres optan por el parto atendido por parteras, en su propia casa, buscando respeto por sus costumbres y su forma de concebir y actuar en ese momento (...), ya que ello recrea todo un sistema de conocimientos y prácticas que le da significado a su propia existencia, y al mundo que le rodea” (Medina, 2006: 23; cursivas mías). La atención del parto será un evento familiar en el cual participan tanto la madre como las hermanas y esposo de la parturienta y, por último, alguna especialista en partos de la comunidad, que se le conoce académicamente como “partera”. En ambas comunidades, el nacimiento es una actividad familiar y, por ende, tanto el lugar

como los elementos le darán una connotación que trasciende a la actividad misma de parir.

Por otra parte, el estudio de la ONG Manuela Ramos demuestra la vulnerabilidad en la que se encuentran las niñas y mujeres en la región de Ucayali, puesto que son más propensas a suicidarse y están expuestas a abortos inseguros. Las cifras que se muestran son alarmantes, puesto que en el 2012 se han detectado 134 casos de abortos incompletos únicamente en adolescentes entre 12 y 17 años (Movimiento Manuela Ramos, 2014: 7). Asimismo, se cuenta de un caso emblemático, cuya situación no es abarcada por las estadísticas por ser adolescente de 11 años. Esta niña acudió en compañía de un familiar y denunció relaciones sexuales con un hombre desconocido; sin embargo, se le diagnosticó micosis vaginal. En una segunda visita, se denunció como víctima de una violación sexual y solicitó anticonceptivos, pero no se le pudo brindar los medicamentos. En una tercera visita, la niña presentó una ecografía que presentaba embarazo, y en la cuarta y última visita busca atención porque había tenido un aborto; sin embargo, no se la pudo atender porque el Hospital estaba de huelga (Movimiento Manuela Ramos, 2014: 8). En tal sentido, se puede ver que los derechos sexuales y reproductivos no son garantizados por el Estado, y el acceso a la salud es muy restringido y poco humanitario.

En cuanto a la relación con los servicios de salud, las quejas que pueden tener las mujeres Wampis y Awajún sobre los servicios de salud suelen estar centradas en el comportamiento del personal, tales como actitudes discriminatorias, por lo cual se ve la importancia de introducir los conocimientos de medicina tradicional a la salud institucional (Correa et. al, 2014: 64-65). Asimismo, un factor que se considera importante en la asistencia de las mujeres a los controles prenatales, controles de crecimiento y desarrollo, y vacunación es el beneficio del programa Juntos (Cárdenas et. al, 2015: 39 y Correa et. al, 2014: 66). De tal forma, la relación con los servicios de salud suele ser de inseguridad y desconfianza, sobre todo para un cierto grupo que rechaza los servicios, pero sí acude a los controles de sus hijos (Cárdenas et.

al, 2015: 40). Por otro lado, algunas de las razones que desmotivan a las mujeres a acceder a los servicios de salud son la vergüenza de parir en una camilla y con un varón que le revise, los celos e inseguridad del esposo a que la mujer utilice métodos anticonceptivos, desconfianza en la vacunación, y creencias religiosas que impiden el uso de medicina biomédica (Cárdenas et. al, 2015: 41).

1.3 LA MEDICINA TRADICIONAL Y LA SALUD EN LAS COMUNIDADES ASHÁNINKA

La salud en las comunidades nativas de la selva se va a separar en dos grandes instancias: la salud tradicional y la salud estatal, las cuales no van a ser excluyentes. De tal forma, los conocimientos ancestrales y tradicionales de las propiedades medicinales de las plantas van a ser mucho más valoradas que la salud estatal, puesto que las causas y tratamientos van a ser mucho menos invasivos y suficientemente efectivos la mayoría de las veces. Las enfermedades, entonces, para los Asháninka, significan un daño que ha creado una gente - sea persona, animal, planta, agua o mineral – y que se dan por la interacción social con estos seres (CARE, 2013: 7). “El daño se materializa como problemas de salud” y se tratan con un sheripiari o vaporera, quienes diagnostican y tratan las enfermedades (CARE, 2013: 7). Las personas que causan daño pueden ser desde ancianos hasta niños, quienes son llamados brujos y pueden ser expulsados de la comunidad. Otro elemento que se relaciona con el cuidado de la salud tradicional es el conocimiento del entorno y respeto por las prohibiciones y normas, desde la alimentación hasta el respeto por los animales y seres dueños de los mismos (CARE, 2013: 15). “El origen de las enfermedades puede estar en los espíritus del bosque”, por lo cual, “la ruta de cuidado de salud inmediata es la tradicional y los puestos de salud, en el último de los casos” (Cavero, 2014: 125). La salud, entonces, es entendida a través de la noción de equilibrio: con la familia, con la comunidad y con el medio ambiente (Cavero, 2014: 124). Asimismo, la alimentación, así como la buena relación con el entorno y naturaleza, van a ser virtudes importantes para mantenerse saludable (CARE, 2013: 23).

Existen dos especialistas de la salud dentro de la medicina tradicional Asháninka: los sheripiarí, comúnmente hombres, y las vaporeras. Los primeros influyen en el “mundo invisible” o “realidad espiritual” para reponer y restaurar las relaciones con los seres del entorno cuando están alteradas (CARE, 2013: 17). En este sentido, estas personas pueden influir en los seres divinos para controlar epidemias o males que aquejen la sociedad en su conjunto (CARE, 2013: 19). Para ejercer como sheripiarí existen ciertas normas tales como la castidad, vivir lejos de sus familias, constantes tomas de ayahuasca y tabaco, pero no de masato (CARE, 2013: 18-19). Las vaporeras o shimpokantantatsiro se ocupan de diagnosticar y curar los daños o las enfermedades que le puedan dar a una persona Asháninka mediante el conocimiento de las hierbas y piri-piris (CARE, 2013: 20). También participan de los rituales de la menarquía y embarazo (CARE, 2013: 23).

De esta forma, para la medicina tradicional, los ivenkis o piri piris son plantas fundamentales para la resolución de una serie de enfermedades o males que se puedan dar en la selva. Las mujeres son consideradas como las más diestras en el manejo de este arte, de manera que la mayoría de hogares cultiva estas plantas en los alrededores (CARE, 2013: 31). Estas van a ser usualmente la primera opción de las personas enfermas, ya que deben descartar primero que la enfermedad que tengan se deba a algún mal o alguna maldición. Para ello, deberán visitar a los especialistas en medicina de sus comunidades para agotar las posibilidades y que les ayuden a mejorar su falencia. Asimismo, para los Asháninka, su medicina tradicional ha sido de gran importancia para poder “procesar secuelas psicosomáticas” (CVR, 2003: 276) de la época de la violencia, así como para superar las enfermedades con las que llegaron a los campos de refugiados y se propagaron en los mismos.

En cuanto a los ciclos femeninos de las mujeres y su relación con la salud, es importante mencionar que el embarazo no es considerado una enfermedad, por lo cual seguirán sus actividades cotidianas hasta los últimos meses y, en caso se den complicaciones o dolores, acudirán a la vaporera para que les cure (Bazán, 2008: 28). La mujer Asháninka debe seguir una serie de

restricciones en cuanto a su alimentación, tales como el nulo consumo de sal y otros alimentos que podrían causarle daño al feto (lagarto o culebras, porque el bebé no podrá caminar en sus primeros años; pescados, porque el alma del bebé será arrastrada al fondo del río; mono, porque el bebé sería inquieto y mañoso; cuy, para que no vengan más hijos; harinas, porque retienen la placenta, entre otras). Aquellas indicaciones, muchas veces, reducen altamente el consumo de alimentos por parte de la madre y producen enfermedades como anemia o desnutrición (Bazán, 2008: 31). Otra creencia importante que influye en estas peligrosas enfermedades es que comer mucho hará que el bebé sea muy grande y dificultará el parto (ídem). Por otro lado, no solo las mujeres deben cuidar sus alimentos, sino que los hombres también tienen incidencia en el nacimiento de sus hijos, puesto que, si es infiel, el bebé podría enfermarse y generar asma o la muerte (Bazán, 2008: 33).

Este tipo de experiencias tiene varias connotaciones y contiene mucha tradición y conocimientos ancestrales que permiten, no solo la perpetuación de la cultura, sino también una especie de cohesión social de la cual todos los miembros de la comunidad participan. De esta forma, el parto, para las comunidades indígenas en cuestión, tiene una significancia que “trasciende el ámbito biológico para convertirse en un fenómeno social y cultural” (Medina, 2006: 23). Existen, además, una serie de rituales, cantos mágicos y señales de los astros que van a determinar las relaciones de pareja, así como los comportamientos de una madre embarazada, la cual va a ser constantemente vigilada por la comunidad para que cumpla con sus dietas y actividades específicas. De tal manera, los ciclos reproductivos femeninos tienen, además, una relación muy estrecha con la familia y la comunidad, ya que, dadas sus connotaciones sagradas, influyen en la relación con el mundo espiritual. En este sentido, temas como las pescas comunales son evitadas por las embarazadas, puesto que si la mujer en este estado entra al río es altamente probable que las redes se rebalsen y que haya una mala pesca; por ello, cuando hay días pobres de pesca, siempre se preguntan si es que alguna mujer está gestando (Bazán, 2008: 33). Además, el padre y sus acciones también tienen incidencia en el buen crecimiento del niño, puesto que, si le es

infidel a la mujer embarazada, el bebé podría nacer con problemas respiratorios que le podrían causar la muerte (ídem). Luego del parto, la dieta cambia y es a base de pollo y caldos de gallina, “plátano, sachapapa y caracoles”. Si las mujeres toman mucho masato con camote luego del parto, podrían volverse chismosas y mentirosas (Bazán, 2008: 54). Además, durante el primer mes el padre y la madre no saldrán mucho, no matarán animales ni cortarán las plantas, puesto que aquello le podría generar un daño al recién nacido; en caso de que lo saquen de la casa, lo tapan con una manta, ya que algún ser podría llevarse su alma o hacerle daño (Bazán, 2008: 51). Tampoco reciben visitas, ya que el recién nacido y la madre pueden enfermar a la persona visitante con náuseas y hasta anemia (Bazán, 2008: 53). De todas maneras, muchas de las prácticas se han perdido o no son tan importantes como otras y la razón que se le da a aquello es que “la naturaleza se ha civilizado ahora” (Bazán, 2008: 53).

En cuanto al parto, la medicina tradicional juega un fuerte papel durante este momento, puesto que los partos son usualmente en las chacras y con la familia que conoce las propiedades de los ivenkis y el tabaco. Asimismo, se utiliza ceniza mezclada con agua que se le hace tomar a la parturienta: todo ello garantizaría un buen parto (Bazán, 2008: 47) Es común que participe el esposo en el parto y que la familia esté presente para ayudar frente a cualquier complicación. “muchas mujeres optan por el parto atendido por parteras, en su propia casa, buscando respeto por sus costumbres y su forma de concebir y actuar en ese momento (...), [ya que] ello recrea todo un sistema de conocimientos y prácticas que le da significado a su propia existencia, y al mundo que le rodea” (Medina, 2006: 23). La atención del parto será un evento familiar en el cual la participación tanto la madre como las hermanas y esposo son indispensables, en tanto que en ellos encuentran “soportes emocionales” y “ayuda”, ya que se les atiende “de acuerdo a su cultura” (Bazán, 2008: 41 y 42). El esposo atiende a la mujer y corta el cordón umbilical del bebé de manera que permita que la placenta caiga en su totalidad, puesto que es abiertamente conocido que si se queda algún pedazo es sumamente peligroso para la madre (Bazán, 2008: 45). Además, hay un conocimiento natural sobre los partos, porque las mujeres dejan de caminar y se ponen en cuclillas al

momento que se rompe la fuente o a partir de los dolores más intensos (Bazán, 2008: 44). Un elemento importante es que las mujeres Asháninka “acostumbran dar a luz en el monte (a unos 20 ó 30 metros de su hogar) con el tapete o la estera. Se sujetan a un árbol o palo y dan a luz al aire libre para que el olor a sangre o del niño no enfermen a quienes se encuentran dentro” (Bazán, 2008: 44). Existe toda una connotación detrás de la sangre de la mujer, puesto que se considera que enferma a las personas, sea quien fuera. Del mismo modo, el recién nacido, así como la reciente madre pueden llegar a enfermar a las personas por la presencia de la sangre (Bazán, 2008: 47).

El nacimiento es una actividad familiar y, por ende, tanto el lugar como los elementos le darán un sentido trascendental a este proceso. Asimismo, el parto es considerado una actividad íntima y al mismo tiempo pública, ya que participan los miembros de la familia, desde las tías y la abuela hasta el esposo. Todos se juntan durante la ocasión y esperan pacientemente tomando masato y celebrando mientras la mujer pare. Giovana Caveró explica que el parto se desarrolla en las casas y las mujeres son asistidas por sus madres u otro familiar cercano (Caveró, 2014: 129). Cuando empiezan las contracciones, las mujeres ya han preparado todos los materiales que van a utilizar para el momento y alistan el lugar barriendo e hirviendo el agua y sus plantas. Las mujeres Asháninka saldrán a parir fuera del hogar en donde utilizarán necesariamente sus *cushmas* - vestimenta tradicional -, tomarán hierbas medicinales y el esposo estará comúnmente cerca para atenderla. Existe, además, un ritual importante que tiene que ver con la placenta, ya que se considera parte del bebé y debe estar segura; en este sentido, será enterrada cerca de la casa o en la cocina para que no la muerdan las hormigas y el bebé enferme. Si enfermara el niño, se tendría que desenterrar la placenta para revisar que siga completa. Por último, hay creencias distintas respecto al calostro de la primera leche, ya que algunas piensan que es bueno para los bebés y otras lo botan porque piensan que es dañino (Bazán, 2008:44-46).

Algunas veces las mujeres mismas se atienden, sobre todo cuando se trata de una madre soltera, a la cual la familia no desea ayudarle (Cavero, 2014: 129).

Una mujer relata para Salud sin Límites lo siguiente:

“No me gusta que nadie me vea, yo aguanto el dolor hasta que ya no aguanto, ahí recién me siento y doy a parir... yo sola me lavo, cargo, nadie se da cuenta. Pero ahora último me han dicho que estoy en peligro... pero cuando me viene el dolor no me gusta que me toquen, ni mi esposo” (Bazán, 2008: 45)

1.4 EL PROBLEMA

Como se ha visto anteriormente, si bien existen investigaciones sobre los servicios de salud desde un enfoque antropológico (Álvares, 2010; Belaúnde, 2003; Cavero, 2004; Medina, 2006), se han encontrado pocos estudios que se enfoquen en las limitaciones de los servicios de salud estatales frente a las necesidades de las mujeres habitantes de la Amazonía peruana. En ese sentido, la presente investigación representa un aporte para conocer más acerca de las limitaciones de los servicios de salud estatales ofrecidos en las comunidades de Quempiri y Potsoteni para responder a las necesidades de salud reproductiva y materna de las mujeres indígenas de la Amazonía Asháninka.

La Amazonía compone el 60% del territorio peruano y, a su vez, las poblaciones indígenas, para el Censo del 2007, sumaron aproximadamente 330 mil habitantes, es decir una minoría del 1.7% de la población nacional. Igualmente, dentro de la población indígena en el Perú, la comunidad Asháninka es la más numerosa, puesto que compone el “18% de la población indígena amazónica del país” (Fabián, 1997: 11). De esta forma, considero que el estudio de la comunidad Asháninka podría ser muy rico para la teoría sociológica en sus diversas ramas: cultural, socio-económico, de género, entre otras, puesto que, siendo la comunidad indígena amazónica más numerosa, cuenta con poca presencia estatal, altas cifras de pobreza, así como necesidades particulares en educación, salud y saneamiento. Es importante

conocerla, sobre todo, porque la cultura amazónica es muy distinta a la urbana occidental, así como a la cultura andina, sobre la cual se han producido una serie de estudios y políticas para la aplicación de un enfoque intercultural en distintos ámbitos. Sin embargo, estas aproximaciones no pueden ser aplicadas a la realidad amazónica, la cual tiene un bagaje cultural, así como una historia completamente distintos a otras partes del Perú.

La comunidad Asháninka cuenta con conocimientos tradicionales sobre la salud, los cuales siguen siendo vigentes hasta el día de hoy para curar una serie de males, atribuidos muchas veces a intenciones o brujerías, tanto de personas como de otras especies no humanas. Inclusive, el Informe de la CVR le atribuye un papel importante a la salud tradicional Asháninka, ya que pudo ayudar a sanar algunas secuelas psicosomáticas que sufrieron las víctimas en manos de los grupos subversivos. Sin embargo, también es importante mencionar que muchos de los representantes de la salud tradicional, como son los y las vaporeras, así como los sheripiaris fueron puntualmente atacados durante los años de violencia política, por lo cual ahora solo quedan unos pocos que lograron sobrevivir. Del mismo modo, el regreso a las comunidades, luego de la huida masiva por la violencia terrorista, ha permitido que se formen centros poblados, de alguna manera, más urbanizados y con mayor concentración de gente, en comparación a la costumbre tradicional Asháninka, por lo cual la salud tradicional no se da abasto para cubrir la totalidad de las necesidades de salud de las nuevas comunidades y sus respectivos anexos poblados. Son muy comunes las enfermedades de TBC, Infecciones respiratorias, así como diarreas, puestas las condiciones de pobreza y falta de servicios a las que está expuesta la población. Del mismo modo, la anemia y desnutrición son problemáticas preocupantes, tanto para las organizaciones que trabajan en el Ene para el Estado y funcionarios que conocen la realidad. Este problema se genera por la falta de alimentos proteínicos, tanto del monte como del río, los cuales son cada vez más escasos por la contaminación producida por comerciantes y narcotraficantes.

En este contexto, las postas de salud se convierten en una necesidad latente para los nuevos centros poblados; sin embargo, por las mismas condiciones de las comunidades, así como la poca pertinencia de las políticas estatales para abarcar el territorio amazónico, las postas no se encuentran preparadas para brindar una atención de calidad a los pobladores. En primer lugar, no cuentan con personal especializado en salud ni, mucho menos, en interculturalidad, sino que se contratan técnicos de enfermería. Del mismo modo, no existe ningún tipo de regulación del funcionamiento ni atención de la posta, por lo cual se producen ocasiones en las que la posta permanece cerrada por 3 días o más. Además de ello, las instalaciones son insuficientes para atender algún tipo de emergencia, ya que no se cuenta con todas las medicinas necesarias, ni con servicios de agua, luz y desagüe (en el caso de la posta de Potsoteni). Asimismo, el servicio de salud estatal no cuenta con una eficiente red de apoyo económico para trasladar a los y las pacientes con riesgos, puesto que el hospital más cercano queda a mínimo 5 horas de viaje y el traslado conlleva un gasto considerable que lo asumen las comunidades, las familias o, incluso, los enfermeros. Inclusive, el traslado es pocas veces una opción real, puesto que no solo se trata del viaje, sino también de la estadía, la alimentación y, sobre todo, el trato que recibe un Asháninka cuando llega al hospital de una ciudad.

Dentro de esta situación que viven las comunidades Asháninkas en el ámbito de la salud, uno de los ejes más importantes para las políticas estatales es la salud materna e infantil, en la cual el Estado atribuye una considerable inversión, siendo las mujeres y niños las poblaciones más vulnerables. No obstante, los esfuerzos económicos y humanos para hacer llegar los complementos vitamínicos y alimenticios para esta población se vuelven insignificantes si es que no existe un estudio más profundo acerca de las respuestas de la población frente a los mismos, así como la percepción frente a los posibles beneficios que pueden otorgar estos medicamentos. La pertinencia cultural que tienen estos medicamentos para las mujeres Asháninkas solo puede traducirse a partir de los discursos propios de la población frente a las experiencias pasadas, así como conocimientos tradicionales en lo que respecta a la salud materna y reproductiva. En este sentido, a pesar de que la posta

cuenta con la capacidad para brindar a la población métodos anticonceptivos efectivos y multivitamínicos para las embarazadas, el consumo es mínimo, tanto por las creencias en torno a estos métodos, así como por la falta de costumbre del consumo diario de los anticonceptivos o los multivitamínicos.

En este sentido, para los Asháninka, los Centros de Salud y postas son asociados usualmente como “centros de abastecimiento de medicamentos” (CARE, 2013: 33), por lo cual las mujeres únicamente acuden a estos lugares cuando se sienten enfermas y su medicina tradicional no les soluciona el malestar. Aún así, no se percibe algún grado de confianza en que la medicina estatal pueda hacer mucho más que la tradicional. De todas formas, la combinación entre los dos sistemas de salud, el tradicional y el estatal, es común entre los Asháninka, por ello reclaman la presencia de postas y personal capacitado en interculturalidad para Vivir Bien. Sin embargo, “el personal de salud tiene poco o ningún conocimiento de la visión de la salud Asháninka” (CARE, 2013: 34), lo cual, adicionado al enfoque científico que conlleva la salud biomédica, empodera el discurso de los funcionarios acerca de la veracidad y superioridad de sus indicaciones. En este sentido, muchas de las tradiciones y costumbres relacionadas en el subtítulo anterior no son tomadas en cuenta en los Centros de Salud estatales, en donde la discriminación y la castración de todo lo que no sea occidental sucede todos los días y de maneras violentas. En este sentido, Margarita Huauya en su Cuaderno de Trabajo (Huauya, 2006: 7), describe cómo las formas en las que el personal de salud trata a las personas indígenas se inscribe dentro de una jerarquía marcada. Esto permite actos de violencia simbólica hacia los indígenas así como poca comprensión y empatía con las distintas maneras de concebir el mundo, ya que la salud estatal muchas veces va a ser violenta y poco adecuada para las realidades y creencias (Cavero, 2014: 128). En el caso de los Centros de Salud y la medicina estatal, un estudio con mujeres asháninkas de 4 comunidades del Río Ene demostró que existe una desigualdad en las relaciones con los proveedores, quienes son usualmente de otras regiones. En este sentido, los servicios de salud así como los conceptos que se manejan y las curaciones difieren mucho de la manera en la que las mujeres entienden

sus propios cuerpos y procesos (Cavero, 2014; 110). Asimismo, identificaron, mediante talleres, que el control sobre su sexualidad es fundamental para su salud, pero que la desigualdad y violencia de género imposibilita una mejora en ese aspecto.

Del mismo modo, las postas y otros servicios de salud estatales están pobremente equipadas y los centros de salud se encuentran lejos de las comunidades nativas, por lo cual movilizarse requiere de un presupuesto alto para las personas (CARE, 2013: 33); sin embargo, en las comunidades del Río Ene, el personal de salud realiza visitas periódicas a las casas para hacer controles prenatales a las mujeres, ya que estas no irían a la posta por propia iniciativa (Cavero, 2014: 128). Aquello se debe a los siguientes problemas encontrados por el estudio de Salud sin Límites: 1. Porque las mujeres Asháninka no le ven un beneficio directo a los controles y al parto institucional, 2. Porque el embarazo no se considera una enfermedad y hay la creencia de que las postas y centros de salud son para curar enfermedades, 3. Por los protocolos utilizados en los centros, los cuales incentivan la vergüenza y pudor en las mujeres de que les vean o las toquen, lo cual se agrava por los celos del esposo, 4. Por los gastos y tiempo del transporte y alimentación, 5. Por las malas experiencias que han tenido otras mujeres: cuentan que les hacen cesáreas, lo cual las inhabilita por largo tiempo, o que les reprenden por haber tenido más hijos, 6. Porque la medicina tradicional es considerada igual, más accesible y que respeta, además, sus intereses, y 7. Porque no se considera que existan consecuencias negativas de no acudir a los controles y al parto (Bazán, 2008: 36 y 42). Algunas estrategias utilizadas por las postas para que las mujeres acudan a los controles y al parto es el condicionamiento mediante la inscripción al Vaso de Leche, la entrega de vitaminas y hierro, la entrega de pañales de posparto, y las visitas de los promotores de la salud para realizarle los controles en sus hogares (Bazán, 2008: 36 y 41).

Se puede ver que todas estas razones demuestran la preferencia por la atención del embarazo y parto desde la medicina tradicional, puesto que responde a actitudes y costumbres propias de las familias Asháninka. En este

sentido, la mujer no se siente enferma cuando está embarazada y debe seguir con sus actividades cotidianas; sin embargo, si se sintiera mal, lo más accesible, en cuestiones de cercanía y ahorro económico, es tratarse con sus piri piris o ivenkis que funcionan igual que los servicios médicos. En caso ya no pudiera curarse con sus plantas medicinales, la mujer recién se acercaría a la posta (Bazán, 2008: 40). Es importante recalcar que, si es que sucede una complicación durante el parto o el posparto, tales como retención de la placenta, sobreparto o hemorragias, se utilizan hierbas medicinales que podrían controlar estos síntomas; sin embargo, mientras se revisan los resultados del tratamiento, la situación de la mujer se podría agravar. En este caso, la distancia y el estado del camino son factores importantes para la atención de mujeres en riesgo (Bazán, 2008: 48). Además, es común que se consideren los controles de los hijos en la posta o centro de salud, mas no necesariamente para revisar la salud de la madre (Bazán, 2008: 55).

Usualmente, los esposos acompañan a sus compañeras a la posta, de manera que ellas se sientan más cómodas y seguras, pero si la relación con la posta es de confianza, las mujeres podrán ir solas (Bazán, 2008: 34). El problema más importante radica, entonces, en la poca capacitación que se le da al personal de salud en cuanto al trato y la cultura Asháninka. En este sentido, las Casas Maternas no satisfacen de forma integral los desafíos interculturales que demanda la comunidad (Bazán, 2008: 72). Algunos de los problemas que rescato y considero más importantes detectados por la investigación de Salud sin Límites son las siguientes: 1. Escasez de recursos humanos que puedan atender a las mujeres en sus hogares que se sabe que están prontas a parir, pero el cronograma de visitas exige seguir a las siguientes comunidades; 2. Alta rotación de los funcionarios, puesto que cuando ya se comienzan a adaptar y comprender la cultura, los cambian de localidad; 3. Poca comunicación en tanto no hay radios u otro tipo de artefacto que permita comunicar sobre las emergencias; 4. Lejanía de los puestos de salud, por lo cual se hace peligroso y caro movilizarse, sobre todo, en una situación de riesgo; 5. “Las prácticas como enviarlas a bañar con agua fría o no dejarlas tomar ningún líquido durante el trabajo de parto (...) evidencian un contraste

negativo con la atención cálida que reciben en sus hogares”; y 6. Pobre equipamiento e infraestructura (Bazán, 2008: 58-76).

Frente a estos problemas, se han generado una serie de esfuerzos para atender la demanda de interculturalidad en el sector de la salud de las poblaciones indígenas. En este sentido, en el año 2016 se aprobó la Política Sectorial de Salud Intercultural, la cual reconoce la medicina tradicional y propone apoyar las investigaciones y estudios sobre la misma, propone erradicar la discriminación, así como mejorar la calidad y servicio de los puestos de salud estatales. Ante ello, se ha creado en el año 2016 en la Dirección Regional de Salud de Junín, una dirección que se ocupa de la salud en las poblaciones indígenas, a cargo de una enfermera, Betsy Rojas. Sin embargo, poco es lo que se ha logrado a partir de la fecha, ya que la información con la que se cuenta es muy pobre y se cuenta con un bajo presupuesto para realizar investigaciones a más profundidad. Asimismo, antes de esta nueva política existía ya una Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural; sin embargo, esta norma no resuelve la integridad del problema de la salud materna en cuanto al parto, puesto que la verticalidad del parto es únicamente una arista del problema que es más complejo, ya que el parto, así como la salud materna, contienen una serie de connotaciones que trascienden al individuo en la cultura amazónica.

En este contexto, se torna necesario conocer los alcances que ha tenido la salud intercultural aplicada desde los programas estatales para atender, sobre todo, a las poblaciones más vulnerables como son las mujeres y niños. En este sentido, es pertinente conocer las razones por las que las mujeres hacen uso o no de los servicios de salud estatales y si la calidad de los servicios está ligada a la pertinencia intercultural de los mismos. Es posible notar que los modos de vida de las mujeres Asháninka no concuerda con la lógica bajo la cual funciona la salud estatal, puesto que parten de realidades distintas en costumbres y lenguaje. De esta forma, la pregunta que guiará la presente investigación es la siguiente: ¿en qué medida los servicios de salud estatales ofrecidos en las comunidades Asháninka Quempiri y Potsoteni del Río Ene adoptan un enfoque

intercultural para responder a las necesidades de salud reproductiva y materna de las mujeres en edad fértil?

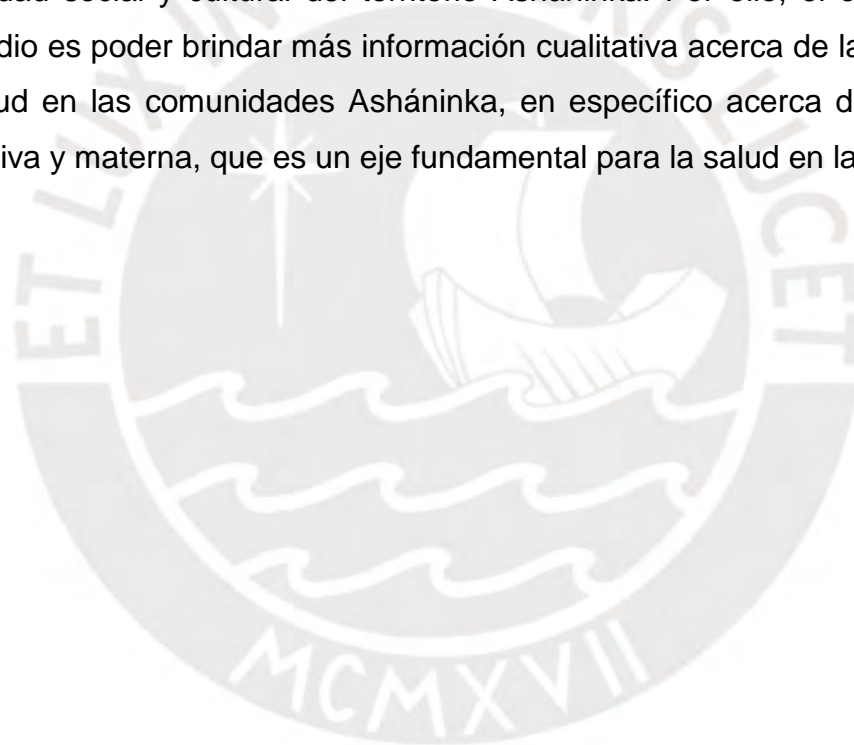
Para responder esta cuestión, es necesario responder tres preguntas específicas:

1. ¿Cuáles son las necesidades de salud que presentan las mujeres en edad fértil de las dos comunidades?
2. ¿Qué ofrecen los servicios de salud estatales para responder necesidades de salud reproductiva y materna de las mujeres en edad fértil de las comunidades?
3. ¿De qué manera las mujeres en edad fértil de ambas comunidades entienden su salud reproductiva y materna?
4. ¿Cómo se desarrolla el enfoque intercultural de las postas de salud frente a las necesidades en salud materna y reproductiva?

La hipótesis propuesta para contestar a la pregunta general es la siguiente: El enfoque intercultural que ofrecen las postas de salud estatales de las comunidades Asháninkas Quempi y Potsoteni del río Ene no es suficiente ni acorde a la realidad cultural, por lo cual limita la satisfacción de las necesidades en la salud reproductiva y materna de las mujeres. En este contexto, se mantiene una separación hermética entre la salud tradicional y la propuesta por el Estado, en donde esta última adquiere un carácter medicalizador que no permite un diálogo equitativo entre ambas partes. De tal forma, las mujeres realizan un uso parcial de la posta.

Para responder a las preguntas específicas, se revisará, en primer lugar, la situación de salud de la población Asháninka, los usos y limitaciones de la posta para tratar la salud materna y reproductiva, y, por último, las maneras en las que las mujeres Asháninka comprenden su propia salud. De esta forma, se podrá analizar la pertinencia del enfoque intercultural que propone la salud estatal para las comunidades Asháninkas.

Además, es importante conocer las realidades sociales de la Amazonía, sobre todo, en lo que concierne a temas de necesidades básicas como son la educación, la salud y el saneamiento, tomando en cuenta la cultura e historia propias de la zona. En este sentido, la Amazonía, siendo el territorio que abarca la mayor parte del Perú, ha sido una zona históricamente excluida, además de usurpada por distintos intereses económicos hasta el día de hoy. Del mismo modo, sigue siendo una zona altamente desatendida por los servicios estatales. Ante ello, se vuelven necesarios estudios e investigaciones para conocer las necesidades de los actores sociales, en particular de las mujeres en edad reproductiva, y, de esa forma, reflexionar sobre cuál es la mejor manera en la que las políticas se deben dirigir para que sean pertinentes a la realidad social y cultural del territorio Asháninka. Por ello, el objetivo de este estudio es poder brindar más información cualitativa acerca de la situación de la salud en las comunidades Asháninka, en específico acerca de la salud reproductiva y materna, que es un eje fundamental para la salud en la familia.



CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

Para responder a la pregunta presentada en el Capítulo 1, se necesita conocer, en primer lugar, el modo de vivir en la Amazonía y las lógicas propias del estilo de vida en la selva. Por ello, se va a comprender la cosmología amazónica a partir del perspectivismo y multinaturalismo, que son conceptos utilizados por especialistas en la Amazonía para comprender y explicar el modo de actuar y pensar en las comunidades amazónicas. Luego de ello, se presentará el concepto de medicalización, proceso mediante el cual la salud es abordada a través de la medicina - que se conoce como - institucionalizada, a los distintos procesos humanos y es controlada por las entidades estatales y/o privadas. Por último, se abordará el concepto de la interculturalidad para poder aplicarla a la salud ofrecida por las postas y cómo es que con ella se podría garantizar, o no, un mejor acceso a la salud para las comunidades indígenas.

2.1 EL PERSPECTIVISMO Y EL MULTINATURALISMO

En primer lugar, la cosmología amazónica ha sido estudiada por algunos autores especialistas en la Amazonía, quienes han planteado distintas formas de aproximación a la realidad social amazónica. Por ejemplo, según Eduardo Viveiros de Castro, reconocido autor brasileño, las nociones de Naturaleza y Cultura, que son dicotómicas para la sociedad occidental, tienen los mismos contenidos para las sociedades indígenas amazónicas. En este sentido, “la condición original común a humanos y animales no es la animalidad, sino la humanidad” (Viveiros de Castro, 2004: 41); por lo tanto, los indígenas amazónicos “consideran sus propios hábitos y características como una especie de cultura” y “sus atributos corporales (...) como adornos o instrumentos culturales” (Viveiros de Castro, 2004: 39). Esto significa que tanto humanos como animales, plantas y espíritus comparten una misma humanidad y, por lo tanto, una misma cultura; de tal manera, todos se consideran como gente que se viste de forma distinta según especie, un tipo de ropa que se puede cambiar y desechar de acuerdo a las circunstancias. En este sentido, esta ropa o envoltorio que utiliza cada grupo de gentes no es un atributo constante, sino que el ropaje puede mutar sin alterar la cultura misma del grupo.

Estos conceptos, el perspectivismo (diferentes perspectivas del mundo) y multinaturalismo (una sola cultura y diferentes naturalezas), son herramientas que permiten comprender la cosmovisión amazónica y, así mismo, la manera en la que los indígenas amazónicos entienden los cambios sociales en sus comunidades. En este sentido, para Viveiros de Castro, la conversión religiosa supone más “la incorporación y encorporación de las prácticas corporales occidentales (...) que en la idea de una asimilación espiritual”, puesto que “su ‘pensamiento’ está diferentemente asociado a su ‘cuerpo’” (Viveiros de Castro, 2004: 63). En otras palabras, la asimilación de una práctica o creencia no afecta la manera en la que los indígenas perciben y comprenden el mundo, sino que conforma simplemente un ropaje que puede, o no, perdurar en el tiempo. De este mismo modo, se puede comprender que la manera en que se relacionan los sistemas de salud estatales con las comunidades no suponga un cambio en el pensamiento o cultura del grupo humano, sino que tiene una connotación líquida o cambiante, según las circunstancias. Es decir, se utiliza normalmente sin que se confíe completamente en el mismo. De ahí, se explica que las mujeres utilicen las postas de salud para el control de su fecundidad y embarazos, pero que el parto suponga un tipo de resistencia, la cual el sistema de salud estatal no logra permear.

2.2 LA MEDICALIZACIÓN

En cuanto la medicalización, es un concepto analizado por varios autores en distintas maneras, desde el poder y control que ejerce la medicina y sus actores, hasta la posibilidad de una conspiración multimillonaria que sobrepasa los límites nacionales. La medicina supone, entonces, la expansión de “un poderoso discurso sobre la vida, la muerte, el bienestar” (Murguía et al., 2016: 636), por lo cual ha crecido exponencialmente durante los dos últimos siglos, abarcando ahora esferas que no le competían, tales como las llamadas enfermedades mentales y procesos naturales como son la reproducción, el embarazo, el parto y el puerperio. En este marco, se genera un modelo hegemónico que produce tanto la promoción como la resistencia a los procesos por parte de los usuarios y otros actores.

Dentro de los análisis de este concepto, hay dos vertientes que interesan especialmente para el análisis de la presente investigación: la que se apropia de los procesos biológicos naturales y la medicalización a medias. La primera de ellas tiene que ver con la medicalización de los procesos naturales entendidas como patologías sin un sustento razonable (Conrad, 2007 en Murguía et al., 2016: 640). Un ejemplo de ello es que no solo son las enfermedades los objetos de interés de la medicina, sino que también lo son el rendimiento y el mejoramiento de las capacidades de los individuos, tales como “la alimentación, la sexualidad (Jones, Gogna, 2012), el embarazo y el parto (Cecchetto, 1994), la menopausia (Pelcastre, Garrido, 2001), el envejecimiento (Parales, Ducley, 2002)” (Murguía et al., 2016: 643). En este sentido, los procesos naturales comienzan a ser apropiados por la medicina moderna, la cual pretende mejorar la calidad de vida de los individuos, ya sea por razones estéticas o por comodidad.

Existe, inclusive, una relación entre la ciencia biomédica y la política, entendida como Estados nacionales. En tal sentido, los Estados modernos, asociados al progreso y la tecnología, asumen la obligación de proporcionar la tecnología biomédica como derecho que se debe garantizar a sus ciudadanos, así como estos últimos lo consideran una necesidad básica (Armus, 2002 en Murguía et al., 2016: 641). Bajo esta línea, se puede agregar que las propuestas para mejorar la salud en zonas rurales han sido diseñadas bajo la lógica occidental y desde una óptica homogeneizadora de la población, los cuales responden a “intereses modernizadores” (Pizarro, 2009: 104). De tal manera, se han planteado políticas de salud que excluyen a muchos sectores, sobre todo, a los indígenas y otras minorías étnicas. Sin ir tan lejos en el tiempo, las políticas de Planificación Familiar (tanto del gobierno de Fujimori como el de Toledo) han mantenido a muchos sectores de la selva peruana en la marginalidad (Huauya, 2006: 13). De esta forma, la manera de entender a las comunidades desde los funcionarios de la salud va a estar siempre sesgada desde una óptica civilizadora y modernizadora. Entonces, el parto, así como otros protocolos

referidos a la salud materna se van a entender dentro de la misma lógica industrializada de los hospitales y clínicas modernas.

La segunda vertiente de la medicalización que interesa muestra la posibilidad de que la medicalización no se institucionalice o se acabe por asentar, dadas ciertas condiciones históricas o de contexto, por lo cual “los médicos no terminen de ganar la autoridad cultural necesaria para gobernar totalmente los asuntos de la enfermedad, ni el poder de conquistar las decisiones de los ‘pacientes’ con respecto del control de sus cuerpos” (Platarrueda, 2008: 189 en Murguía et al., 2016: 645).

2.3 LA SALUD INTERCULTURAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como el bienestar biológico, psicológico y social de los individuos. Por ello, el concepto de la salud interculturalidad tiene que ver con lograr un diálogo equitativo entre los sistemas de salud tradicionales y el sistema de salud de las ciencias biomédicas, de tal manera que prime el respeto y la diversidad para el beneficio de la salud de las personas. A esto se le llama justicia cultural (Tubino, 2004 en Cárdenas et al., 2015: 11). De esta manera, se arguye que la única manera de que las sociedades indígenas mejoren su salud es a partir de la incorporación de la salud intercultural para evitar las relaciones de poder asimétricas entre los dos sistemas de salud (Cárdenas et al., 2015: 13). De esta manera, el ex Presidente de Aidesep, Henderson Rengifo, explica que la interculturalidad en salud debe “ir más allá de la incorporación de ciertos elementos culturales o lingüísticos a los servicios de salud para su adecuación; es reconocer que existen otros sistemas de salud tan válidos y legítimos como el occidental para, a partir de este reconocimiento, construir un sistema de salud estatal en salud intercultural” (Cárdenas et al., 2015: 16). En este sentido, la lógica de la equidad del diálogo es fundamental para lograr una salud intercultural para las comunidades indígenas y mejorar sus condiciones de vida.

Si bien la interculturalidad ha sido una relación histórica en la vida del ser humano, actualmente se conoce como proyecto intercultural a la relación pacífica que se da entre culturas distintas que aprenden a convivir sin necesidad de generar un conflicto (Ansion, 2007:43-44). En este sentido, un eje central para lograr este proyecto es el respeto “que signifique tomar en serio las diferentes culturas, dando la oportunidad a quienes las practican de desarrollarlas en interacción con otras culturas” (Ansion, 2007: 45). Para ello, es fundamental reconocer la variedad de formas de conocer y relacionarse con el mundo, lo cual no siempre concuerda con los conocimientos de la cultura hegemónica. “Por ello, un proyecto intercultural no puede confundirse con un proyecto para indígenas: si no es un proyecto para todos, no tiene sentido” (Ansion, 2007: 45).

Para comprender la salud intercultural, se parte del principio de que los sistemas médicos parten de ciertos modelos culturales y son validados por la credibilidad y uso de los pacientes. De esta manera, si bien gran parte de los sistemas médicos buscan causas, alternativas y consecuencias (Alarcón, 2003), es notable que la biomedicina occidental se ha posicionado como la lógica médica más respetada mundialmente y, por consecuencia, hermética hacia otros tipos de lógicas. Esta relación de poder ha producido, sobre todo en comunidades indígenas, “situaciones como rechazo y falta de adhesión a las prácticas médicas occidentales, conflictos de poder entre agentes tradicionales y médicos, desarticulación de la estructura social de la comunidad” (Alarcón, 2003). En este contexto, hay dos niveles para lograr la interculturalidad en salud: la primera tiene que ver con estrategias y acciones planteadas - por ejemplo, desde el Estado - para afrontar los retos interculturales, como el idioma y el diálogo; y la segunda supone un proceso más evolucionado que comprenda, respete e integre el sistema del otro como legítimo y válido para el contexto cultural (Alarcón, 2003).

Sin embargo, existen dos posibles escenarios que dificultan la interculturalidad en salud con poblaciones indígenas. La primera es que la relación sea de dominación, en donde uno de los sistemas médicos se asuma legítimo y

verdadero y niegue otros sistemas. La segunda relación es que los sistemas se reconozcan, pero no se modifican, ya que “admiten temporalmente la presencia del otro tolerando su ‘error epistemológico’” (Parra, 2006: 117). La relación en la que sí se da un diálogo intercultural es la que admite modificaciones en ambos sistemas, ya que asume que hay diferencias epistemológicas, pero no ontológicas (Parra et al., 2006: 117).

Por un lado, la lógica indígena de la salud tiene que ver con maneras de relacionarse con el cuerpo en tanto equilibrio con la naturaleza y entorno. En cuanto a los procesos biológicos femeninos, estos contienen en sí mismos una serie de connotaciones culturales acompañadas de significados importantes para la colectividad, los cuales otorgan un orden normativo a la sociedad en su conjunto. Por el otro lado, estos procesos han sido mecanizados dentro de la lógica occidental de la salud, y van a tener otras connotaciones para los indígenas, ya que trascienden el ámbito biológico para convertirse en un fenómeno social y cultural (Medina, 2006: 23). En este sentido, en tanto se entiendan los sistemas de salud como sistemas culturales vivos, se puede validar su veracidad, puesto que ha preservado la vida de una población específica en el tiempo y contiene conocimientos locales de importancia (Parra et al., 2006: 115).

* * * *

A partir de los conceptos revisados, se puede notar que serán las herramientas en las que se van a basar los análisis de los hallazgos a continuación. En el caso del perspectivismo y el multinaturalismo, estas son herramientas importantes para comprender la manera en la que las culturas amazónicas, en general, comprenden la realidad y se aproximan a las demás culturas y costumbres. De esta forma, si se parte de esta realidad, se torna más fácil comprender las actitudes que tienen las vecinas de las comunidades nativas hacia el servicio de salud estatal.

Por el otro lado, también es importante conocer la manera en la que estos servicios se aproximan a las comunidades, por lo cual la medicalización es el

concepto mediante el cual se abordarán los métodos y perfil de los servicios estatales, en tanto portadores de la medicina occidental. Por último, la interculturalidad se va a utilizar para medir la pertinencia de los métodos utilizados por las postas para garantizar un diálogo equitativo con las comunidades.

De esta forma, mientras que los primeros conceptos de perspectivismo y multinaturalismo permitirán comprender la racionalidad de las comunidades amazónicas y la medicalización explicará los modos de funcionamiento de la medicina occidental, la interculturalidad será el puente para evaluar si verdaderamente se produce una interacción igualitaria entre ambos sistemas.



CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

La metodología que se utilizó en el presente estudio es, en gran parte, cualitativa, en tanto se han hecho entrevistas a profundidad, tanto a mujeres Asháninkas, autoridades y otros actores clave de las comunidades Quempiri y Potsoteni. El modelo que se ha utilizado es descriptivo y analítico, en tanto se trata de un esfuerzo por describir los datos obtenidos, así como analizar las características del fenómeno que se intenta evidenciar. Asimismo, para complementar la investigación, se ha optado por complementarlo con el estudio de dos comunidades Asháninka de la cuenca del Ene con diferencias socioeconómicas y de acceso. En este sentido, si bien ambas comunidades comparten el modo de vida Asháninka, es indiscutible que las diferencias contextuales hacen que las costumbres se modifiquen o cambien de significados, de manera que los hallazgos puedan ser más inclusivos.

Para la presente investigación se realizó un trabajo de campo en cada una de las comunidades en cuestión, con lo cual se aplicaron entrevistas a distintos actores importantes. Si bien el sujeto del estudio son las mujeres Asháninkas, la información más rica se obtuvo a través de otros actores como los encargados de albergue, enfermeros, promotores de salud, entre otros. Esto es debido al poco manejo del español por parte de las mujeres, así como la desconfianza hacia personas extrañas. Por ello, para el análisis se incluirán estadísticas nacionales (sección 5.1), las entrevistas realizadas durante el campo y los datos obtenidos de la observación participante.

En Potsoteni se entrevistaron a 8 mujeres y en Quempiri a 5 (por entrevista había, muchas veces, más de una mujer). Asimismo, la información más importante se obtuvo de actores secundarios, quienes manejan mejor el idioma español y tienen mayor predisposición a brindar una entrevista. Las personas entrevistadas fueron las siguientes:

Entrevistado/ Entrevistada	Información
Ángel	Presidente de la CARE desde el año 2017. Vice-presidente de Ruth Buendía hasta el 2017. Nació y creció en Potsoteni y fue desplazado por la violencia terrorista. Fue promotor de salud y ha participado activamente en actividades de su comunidad.
Enfermera de Potsoteni	Estudió para ser técnico de enfermería en Huancavelica. Habla español y quechua. Ha trabajado en comunidades nativas desde el 2012. Trabajó en Puerto Ocopa durante un año; en Unión Puerto Asháninka, 2 años; y en Potsoteni, 2 años.
Martin Persh	Como parte de sus estudios en Ciencias Agrícolas en Bohn, Alemania, viajó a Perú para realizar sus prácticas profesionales sobre el tema del cultivo de coca. Terminó sus estudios de Antropología en la Universidad Nacional Federico Villareal. Ha trabajado con comunidades Asháninkas desde el 2012. Durante el 2016 trabajó en el área de comunicación y educación y, actualmente, es encargado del albergue de Potsoteni.
Mari Luz Santos	Nació en la comunidad nativa Asháninka Yavir Ironi, cerca a Satipo y Río Negro. Estudió educación en la Universidad de La Cantuta y trabajó en Lima durante algunos años como profesora. Durante el 2016 trabajó en como profesora en la escuela secundaria y durante el 2017 ha sido encargada de albergue de Potsoteni.
Ever Arturo Quispe	Comunero de Potsoteni. Tiene 45 años, terminó la primaria y es promotor de salud de su comunidad desde el año 2004. Desde que existe la posta, él apoya durante la ausencia de las enfermeras.
Federico	Comunero de Potsoteni. Es promotor de salud desde el 2015, porque la comunidad lo eligió. Participó en los talleres para ser promotor que se dictan una vez al año.
Andrea	Profesora de Ciencia, Tecnología y Ambiente e Inglés. en la escuela secundaria de Potsoteni desde marzo del 2017. Estudió Lingüística en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Josias Aguilar Quispe	Jefe de la comunidad de Quempiri desde el 2016. Desde el 1998 ha sido promotor de salud. Hasta el año 2003 se manejaba solo un botiquín para solucionar los problemas de salud de la comunidad.
Promotor de salud	Promotor de salud de la comunidad de Quempiri desde el 2014.
Luis	Enfermero nombrado de Quempiri desde el 2015. Estudió enfermería en Lima. Ha trabajado como enfermero en otras comunidades colonas y ha trabajado con otra comunidad Asháninka durante el 2005.
Raúl	Profesor de Teología de la escuela secundaria de Quempiri. Proviene de una comunidad colona de Pangoa y ahora está casado con una mujer Asháninka de 21 años, con quien ha tenido su primer hijo.

Estos hallazgos del campo se han complementado también con la información de las fichas de las mujeres que asisten a las postas de dichas comunidades y cumplen con sus controles, así como observación participante realizada en las postas y la comunidad misma.

La selección de las comunidades se dio por el acceso a las mismas, puesto que son lugares en donde se han instalado escuelas secundarias Asháninka, por lo cual se ha generado una fuerte consolidación poblacional en ambas comunidades. Por ello, la ONG Central Asháninka del Río Ene (CARE) ha construido un albergue en cada comunidad para alojar a los y las jóvenes de otras comunidades que quieran cursar la educación secundaria en estas escuelas. Dentro de este contexto, se propiciaron las facilidades para mi estadía en ambos albergues con la colaboración y respaldo de los funcionarios de CARE y encargados de albergue.

Anteriormente al trabajo de campo, se realizaron dos visitas a la CARE, una en el mes de enero del 2017 y otra en abril del mismo año. Ambas visitas fueron importantes para crear el vínculo con esta ONG, puesto que uno de los ejes de la Estrategia 2021 de la CARE para lograr el “Vivir Bien” o “Kametsa Asaika”,

en Asháninka, de los vecinos Asháninka es justamente mejorar los servicios de salud; sin embargo, la organización no cuenta con información suficiente para incidir sobre el tema. De tal forma, la investigación que se propuso fue de especial interés y se brindó el apoyo para el contacto con los vecinos y vecinas de las comunidades, así como alojamiento en los albergues que se encuentran en las comunidades nativas Potsoteni y Quempiri. Durante la primera visita a la CARE, se pudo contactar al encargado del albergue de la CCNN Potsoteni, Martín Persh, quien amablemente facilitó información y material para revisar sobre las comunidades de la cuenca del Ene. Del mismo modo, se logró el contacto con una miembro de la Mesa Directiva de la CARE, Dita Guzmán, quien brindó muchas luces acerca de la situación que se vive en las comunidades del Ene. Sin embargo, el contacto no perduró en el tiempo, puesto que la señal de la CCNN Potsoteni es muy baja. Por ello, se realizó una segunda visita, durante la cual se pudo presentar una propuesta más estructurada sobre la investigación que se quería realizar, la cual fue revisada y aprobada por una miembro del equipo de la CARE, Steffi Rojas, quien amablemente brindó una entrevista y con quien se coordinó luego para la entrada al campo en el mes de agosto. Luego de ello, se coordinó con otro miembro del equipo de la CARE y encargada de albergue, Andrea Valverde, quien dio la orientación para la realización de unos talleres sobre alimentación saludable con los niños y niñas de los albergues, a modo de reciprocidad con la CARE por la ayuda brindada.

Por otro lado, se logró establecer un contacto con la encargada de las comunidades indígenas de la Dirección Regional de Salud de Junín (DIRESA), Betsy Reyes, quien otorgó las facilidades para gestionar un permiso especial para que los encargados de las postas brinden la información requerida para la presente investigación.

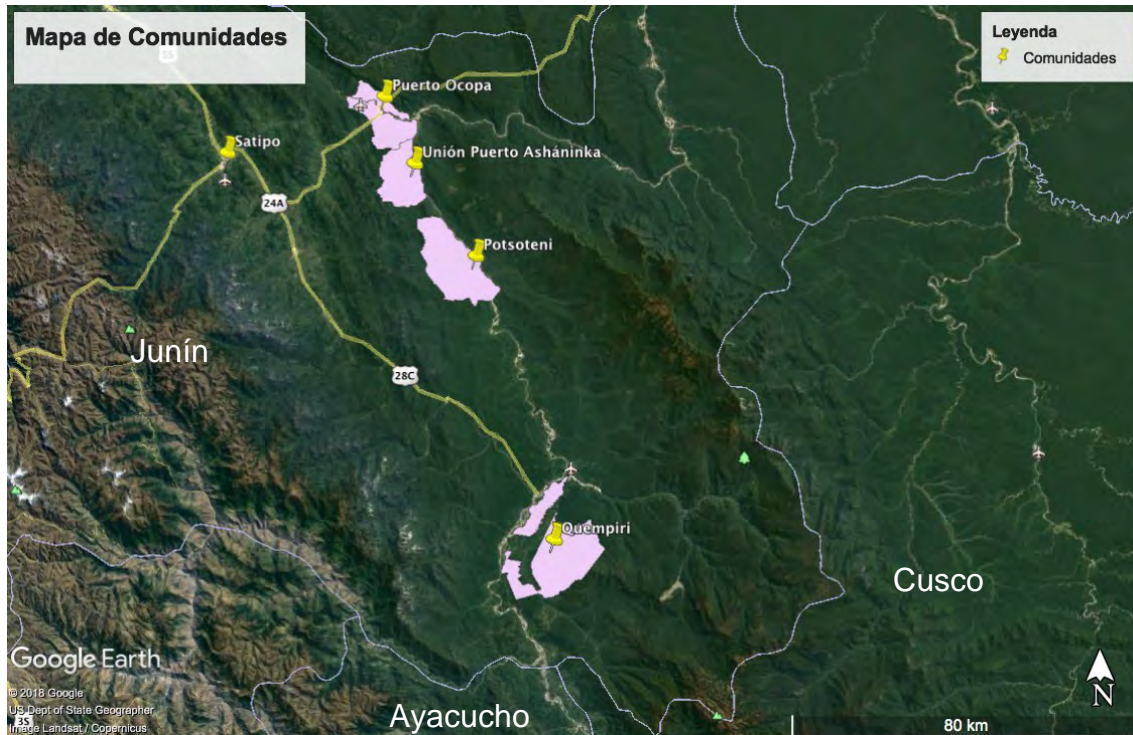
Si bien el tema de la salud en la comunidad Asháninka estaba propuesto desde un principio, el tema central ha ido cambiando mientras se avanzaba con la presente investigación. En un principio, fascinada por el trabajo de Luisa Elvira Belaúnde con la comunidad Yine, la propuesta del estudio fue analizar el parto

Asháninka desde un punto de vista sociológico. Sin embargo, los tiempos que se tenían para realizar un trabajo de campo exhaustivo no eran suficientes, ya que para un trabajo sobre el parto se tendrían que tener mínimo 9 meses de campo constantes y se habría convertido en un trabajo antropológico. En este contexto, se decidió optar por un enfoque más amplio como es la problemática de la salud materna y reproductiva que abarca el uso de métodos anticonceptivos, el embarazo, el parto y el puerperio, todo en relación con la posta de salud, así como con la salud tradicional.

La entrada que se realizó en el mes de agosto fue durante una campaña de identidad, organizada por el Estado peruano, en coordinación con la CARE. Estuvieron presentes diferentes entidades como la RENIEC, la Defensoría del Pueblo, el Programa JUNTOS, Pensión 65, entre otras. Por ello, se tuvo la oportunidad de subir a un peque-peque bastante espacioso, en donde fueron los vecinos de la cuenca del Ene que querían participar de la campaña. Además, se pudo conocer parte de cada comunidad nativa que está en el camino desde la CCNN Puerto Ocopa (principal puerto del Ene, ubicado a dos horas de Satipo), puesto que se debía llamar a los vecinos y vecinas que quisieran participar de la campaña. De tal manera, se pudo también tomar fotos de la posta de salud de la CCNN Unión Puerto Asháninka, que es de las comunidades más grandes del Ene. El mismo día se llegó a la comunidad de Potsoteni, en donde se estuvo 7 días, durante los cuales la compañía e información brindadas por los encargados del albergue, Mariluz Cullanco y Martín Persh fue de gran orientación. Sobre todo, fue importante el contacto que se podía hacer con las mujeres a través de Mariluz, quien es Asháninka. Luego de esa semana, se partió en una chalupa hacia el Puerto de Yoyato, que es el puerto más cercano de la CCNN Quempiri. Ahí se encuentran colectivos que pasan por las distintas comunidades y centros poblados cercanos. Al llegar al centro de Quempiri había un gran letrero que me guio hacia el albergue de CARE, en donde Marco, el encargado del albergue, fue un gran contacto para lograr conocer a las familias Asháninkas, así como con las autoridades más representativas del centro poblado. En esta comunidad se estuvo 5 días más. A

continuación, se muestra el mapa de la localización de las comunidades visitadas (Mapa 1).

Mapa 1: Mapa de las Comunidades



La localización geográfica de la investigación se encuentra en la cuenca del río Ene, una de las afluentes del VRAEM, por lo cual se sitúa como una de las rutas de la coca y madereros ilegales. Aquello, le ofrece a las CCNN de la cuenca una diferenciación importante de acuerdo a la cercanía o lejanía al VRAEM. Asimismo, ha sido una zona fuertemente golpeada durante la época del terrorismo, aunque la época del terror se ha mantenido junto con las actividades ilegales cocaleras y madereras. Aquellas comunidades se dedican principalmente al autoconsumo, mientras que solo algunas se dedican a la producción y venta de cacao, café y ajonjolí. Por ello, el flujo económico es muy bajo en comparación a los centros colonos o a otras comunidades Asháninka como las de las cuencas del Perené o Tambo, quienes están más insertos en el mercado.

Del mismo modo, ambas comunidades, siendo Asháninkas, son distintas respecto a varios factores. En primer lugar, Potsoteni está situada en un territorio poco fértil, en el mismo centro no crece mucha flora, de tal forma las familias caminan de 3 a 5 horas para llegar a sus chacras en donde plantan y cosechan sus alimentos. Por ello, en las épocas de vacaciones del colegio, el centro poblado se vacía, ya que todos suben a sus chacras. Sin embargo, estos territorios alejados siguen siendo poco productivos, en donde cosechan mayormente yuca, plátano y naranjas. Aquella falta de alimentos vegetales también propicia que no haya muchos animales para cazar en el monte. Por el contrario, Quempiri se sitúa en un territorio sumamente fértil, en donde crecen variedad de alimentos, no solo para el autoconsumo, sino también cacao (llamado kemito) y ajonjolí para el comercio. Este contexto propicia un suelo que permite que las familias asháninkas siembren y cosechen sus alimentos en el mismo centro, así como que tengan sus chacras mucho más cerca del centro. Del mismo modo, muchas familias tienen una pequeña choza en el monte, a donde van recurrentemente para expediciones de cacería. Ambas comunidades, indiferentemente de la fertilidad de sus tierras, tienen un alto índice de desnutrición infantil¹.

En segundo lugar, en cuanto a la economía y accesibilidad, Potsoteni es una comunidad a la que no llegan servicios básicos, tales como luz y cañería para agua y desagüe. Tienen, sin embargo, acceso al río Potsoteni que se encuentra paralelo al Ene, al otro lado de la comunidad. Puesto que el agua que viene del Ene es turbia y, se dice, contaminada por las acciones madereras y coccaleras ilegales, los vecinos de la CCNN se abastecen diariamente del agua del río Potsoteni y se utiliza tanto para el aseo personal como para lavandería. El único acceso a Potsoteni se produce a pie, para ir a otras comunidades cercanas o para ir a la chacra. El flujo más constante se da a través del puerto de la CCNN que da al río Ene, en donde se ubican dos tiendas escasamente abastecidas. Por el contrario, Quempiri forma parte de una red de comunidades, tanto de colonos (se les dice colonos a las personas

¹ Según últimos estudios de la CARE, más del 90% de niños y niñas tienen desnutrición, en la cuenca del Ene.

de descendencia quechua) como de nativas asháninkas, unidas por carreteras y pistas hechas de piedras, por donde diariamente pasan camionetas y motocicletas. Esta comunidad nativa se encuentra más cercana al VRAEM y a ciertas actividades ilegales. Quempiri, además de la carretera, cuenta con un puerto que da al Ene, el cual se encuentra a 15 minutos de caminata, por lo cual la ruta más accesible es a través del puerto de Yoyato, que se encuentra a 10 minutos de la CCNN en camioneta. La CCNN Quempiri tiene un fuerte vínculo económico, tanto con otras comunidades colindantes como con empresas dedicadas a la compra y venta de cacao y ajonjolí. Este contexto le ofrece a la CCNN la posibilidad de participar de cierto flujo económico, así como tener mayor acceso a servicios básicos, tales como cañería para el agua, luz e, incluso, televisión satelital.



CAPÍTULO 4: EL CONTEXTO Y LA SALUD EN LA COMUNIDAD ASHÁNINKA

Para comprender la situación de salud, así como las lógicas de la salud reproductiva y materna, es necesario contextualizar la realidad que se va a abordar desde los datos más generales a los más específicos, puesto que la sociedad Asháninka está situada en un territorio con una historia y una cultura particulares. Por ello, en este capítulo se presentará a la población de estudio a partir de dos aproximaciones: primero, desde los datos estadísticos acerca de las características socio-demográficas, socio-económicas y educativas de la Amazonía o zonas rurales; para, luego, pasar a los datos primarios y poder conocer más a fondo el contexto social, así como la situación de salud de las comunidades de Potsoteni y Quempiri.

4.1 LA FECUNDIDAD Y LA EDUCACIÓN EN LA AMAZONÍA

En primer lugar, acerca de la composición familiar y fecundidad, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES, demuestra que, si bien el ámbito urbano tiende a tener menos hijos que el rural, la disminución de la fecundidad rural es más pronunciada que la de la urbana (Cuadro 1). Del mismo modo, la selva es la región en la cual se tiene más hijos en promedio y, además, hay una relación indirecta entre la cantidad de hijos y el nivel de educación, es decir que en los lugares donde hay menos educación se tiende a tener más hijos. Bajo la misma línea, se demuestra que hay una gran ventaja que le lleva el ámbito rural frente al urbano, así como la selva frente a las dos otras regiones en la cantidad de adolescentes - entre 15 y 19 años - que ya son madres (Cuadro 2).

Cuadro 1: Perú: Tasas Globales de Fecundidad para varias encuestas, según característica seleccionada, 1986-2013

	ENDES	ENDES	ENDES	ENDES	ENDES
	1986	1991-1992	1996	2009	2013
Área de residencia					
Urbana	3,1	3,0	2,8	2,3	2,1
Rural	6,3	6,2	5,6	3,6	3,4
Región natural					

Lima Metropolitana	2,5	2,5	2,5	2,1	1,9
Resto Costa	3,8	3,3	2,9	2,4	2,5
Sierra	5,4	4,9	4,6	2,9	2,5
Selva	6,0	5,1	4,7	3,5	3,3
Nivel de educación					
Sin educación	6,6	7,3	6,9	4,4	4,2
Primaria	5,0	5,4	5,0	3,6	3,5
Secundaria	3,1	3,4	3,0	2,6	2,5
Superior	1,9	2,2	2,1	1,9	1,8

FUENTE: INEI – ENDES, 2013

Cuadro 2: Perú: Adolescentes (15-19 años) que ya son madres o que están embarazadas por primera vez, según ámbito geográfico, 2013 (porcentaje)

Ámbito geográfico	Adolescentes alguna vez embarazadas		Total: alguna vez embarazadas
	Ya son madres	Embarazada con el primer hijo	
Área de residencia			
Urbana	8,5	3,4	11,9
Rural	16,6	3,8	20,3
Departamento			
Amazonas	24,1	6,4	30,5
Áncash	6,7	2,9	9,5
Apurímac	9,5	2,0	11,5
Arequipa	4,5	3,2	7,7
Ayacucho	14,6	7,6	22,2
Cajamarca	16,6	2,8	19,4
Cusco	6,0	4,1	10,1
Huancavelica	7,3	2,7	10,0
Huánuco	15,8	1,2	16,9

Ica	11,3	4,7	16,0
Junín	4,7	3,0	7,7
La Libertad	13,1	5,3	18,4
Lambayeque	8,9	2,5	11,4
Lima	8,3	3,0	11,3
Loreto	20,6	4,7	25,3
Madre de Dios	19,5	4,6	23,1
Moquegua	9,4	1,2	10,6
Pasco	15,8	3,4	19,2
Piura	13,0	5,1	18,1
Puno	7,0	0,8	7,8
San Martín	17,5	4,2	21,7
Tacna	7,4	4,5	11,8
Tumbes	11,2	6,8	18,0
Ucayali	24,4	2,9	27,3
Región natural			
Lima Metropolitana	7,9	2,7	10,6
Resto Costa	10,4	5,1	15,4
Sierra	9,7	2,7	12,3
Selva	19,2	4,8	23,7
Total 2013	10,5	3,5	13,9
Total 2009	11,1	2,7	13,7

FUENTE: INEI – ENDES, 2013

Bajo esta línea, se puede notar que las mujeres en la selva tienden a tener, en promedio, una mayor cantidad de hijos y que este fenómeno concuerda, además, con las bajas tasas de educación. Del mismo modo, el porcentaje de mujeres adolescentes que son madres es también más alta en la región de la selva, así como en el área urbana. Es decir que las mujeres que viven en la selva rural son las mujeres que tienden a tener más hijos que en otras zonas

geográficas y que, por su misma localización, tienen tasas más bajas de educación.

En este sentido, los datos estadísticos del INEI sueltan información importante acerca de la brecha educativa que existe, no solo entre las poblaciones urbanas y las rurales, sino también la brecha educativa que hay entre hombres y mujeres de cada ámbito (Cuadro 3).

Cuadro 3: Que sabe leer y escribir en Junín (en porcentajes por filas), INEI, Censo de Población y Vivienda 2007

Sexo	área	Sí sabe leer y escribir	No sabe leer y escribir	Total
Hombre	Urbano	92	8	100
	Rural	86	14	100
	Total	90	10	100
Mujer	Urbano	88	12	100
	Rural	76	24	100
	Total	84	16	100
Total	Urbano	90	10	100
	Rural	81	19	100
	Total	87	13	100

FUENTE: INEI, 2007

Con ello se demuestra la vulnerabilidad de las mujeres frente al promedio nacional, en términos de educación, y frente a los mismos hombres en ambos ámbitos. Ante ello, se ha dicho que, especialmente en la Amazonía Asháninka, “las primeras en desertar de las escuelas son las niñas porque culturalmente está establecida su función en la familia; por lo que ‘normalmente’ acuden hasta la primaria” (Paredes, 2015: 16). Esta deserción se puede dar por matrimonios obligados o embarazos precoces e, inclusive, puede haber madres jóvenes solteras, quienes resultan ser las más vulnerables (Cavero, 2014: 134, 135 y 122). Es común, entonces, que mujeres menores de 25 años hayan tenido 4 o 5 hijos, ya que se ha estudiado también que es el hombre quien

decide cuándo mantener relaciones con su pareja y cuántos hijos tener, por lo cual puede forzar a la mujer a mantener relaciones (Cavero, 2014: 123 y 124). Aquella costumbre ha permitido casos de violaciones o violencia familiar y agresiones físicas hacia mujeres Asháninkas (Cavero, 2014: 128). Sin embargo, frente a esta violencia, las autoridades indígenas - usualmente hombres – han encubierto los hechos y han dejado en impunidad las denuncias presentadas por las mujeres (Paredes, 2015: 38). En esta situación, la brecha en la educación por género y etnia afecta el acceso a la justicia, puesto que muchas mujeres no tienen un dominio del idioma español para escribir cartas ni tampoco cuentan con influencias, entre otras razones que les impide defenderse legalmente frente a la violencia (Paredes, 2015: 48).

Aquello supone, entonces, una posición de desventaja de las mujeres frente a los hombres, sobre todo, para las mujeres que manejan un idioma indígena y no logran comunicarse en la lengua llamada “oficial”. En este sentido, el acceso de estas mujeres a cualquier servicio, sobre todo, estatal se ve limitado por el aspecto lingüístico.

4.2 LA SALUD EN LA AMAZONÍA

En cuanto a la salud en la Amazonía, a pesar de los datos que muestran los censos del INEI, que muchas veces no distinguen entre ámbitos urbano y rural, las mujeres de las comunidades rurales de la Amazonía acuden muy poco a las postas y Centros de Salud estatales. En este sentido, según “Mamás del río”- ONG que apoya a las mujeres gestantes de un distrito rural en Loreto - el 80% de las mujeres en la Amazonía da a luz en sus casas, ya que los Centros de Salud se encuentran lejos de sus comunidades. Además, según el estudio “Madre Nativa”, de la ONG Salud sin Límites Perú, en la región de Junín existe una mortalidad materna de 91.68 muertes por cien mil nacidos vivos (menos del promedio nacional que es de 93); mientras que solo en Satipo, distrito de Junín en donde cohabita una gran cantidad de comunidades amazónicas, la cifra se duplica y asciende a 172 muertes por cien mil nacidos vivos.

Los principales problemas que se evidenciaron en la aplicación de la salud estatal en el estudio de “Madre Nativa” aplicado a comunidades Asháninka y Nomatsiguenga fueron los siguientes: “1) Débil adecuación al contexto cultural e inadecuado enfoque de género, 2) Tarifas poco equitativas, 3) Deficiente actividad de información, educación y comunicación en el trabajo con los agentes comunitarios, 4) Deficiente trabajo en red, 5) Deficiente servicio de atención prenatal e infantil, 6) Deficiente atención de las urgencias obstétricas” (Bazán, 2008: 16). En este sentido, se puede observar que el problema va desde los factores de lejanía y económicos, hasta los del trato, servicios y calidad de la salud estatal y su adecuación intercultural.

Frente a los resultados de este estudio, se puede corroborar la información con los datos del INEI. Solo en la comparación de Junín frente al promedio nacional se puede observar la desatención del sector salud entre el 2014 y 2015 (cuadros 4 y 5). En el primer cuadro, las tasas de mortalidad post-neonatal en Junín superan en 5 (durante el 2014) y 6 (durante el 2015) puntos porcentuales al total nacional y, mientras que la tasa nacional se mantiene, en Junín aumenta un punto. En el siguiente cuadro, el porcentaje de partos en establecimientos de salud en Junín está por debajo del promedio nacional y, mientras que el total nacional de partos en establecimientos de salud aumenta en 1.5 puntos porcentuales, el porcentaje de Junín aumenta únicamente en 0.6 puntos.

Cuadro 4: Tasa de mortalidad post-neonatal (por 1000 nacidos vivos)

año	Junín	Total nacional
2014	12	7
2015	13	7

FUENTE: INEI, 2015

Cuadro 5: Porcentaje de partos en establecimientos de salud (porcentaje)

año	Junín	Total nacional
2014	85,8	89,5
2015	86,4	91

FUENTE: INEI, 2015

Con esta información se puede verificar la situación de salud del departamento de Junín, la cual demuestra vulnerabilidad y falta de acceso y uso de los servicios de salud, tanto para infantes como para mujeres. Como se va a ver a continuación, las mujeres de las zonas rurales y de la selva tienden a ser las más vulnerables dentro de estas cifras globales.

Por otro lado, se puede verificar la causalidad de las variables de educación, nivel socio-económico y ámbito con el acceso que se tiene a la salud calificada y de calidad, sobre todo para las comunidades rurales más alejadas y vulnerables (cuadro 6). En primer lugar, en cuanto al ámbito, se puede observar que en el urbano la tendencia es la misma que a nivel nacional; sin embargo, en el caso de los resultados rurales, son las obstetras las que tienen el mayor porcentaje de atención tanto en el 2007 como en el 2014, mientras que los médicos se mantienen iguales y nuevamente los puntos porcentuales de las enfermeras sube con los años. En el caso del nivel de educación, la atención por médicos sube en proporción directa con el nivel de estudios (secundaria y superior); mientras que a menor nivel de estudios (sin educación y primaria), son las obstetras las que van a atender los controles posnatales. Lo mismo sucede con el nivel socioeconómico, los dos primeros quintiles son atendidos generalmente por obstetras, mientras que los tres últimos son atendidos por médicos. Aquellos resultados demuestran, entonces, la calidad y el acceso de la atención en el servicio de salud de acuerdo a las condiciones socioeconómicas de las poblaciones peruanas: a mayor nivel adquisitivo, mejor educación y, por lo tanto, mayor acceso a una buena calidad en la atención del servicio de salud; mientras que a menor nivel adquisitivo, no hay el acceso ni personal calificado para la atención, sobre todo, en lugares alejados y rurales.

Cuadro 6: Profesionales de la salud que atendieron el primer control posnatal según característica seleccionada (porcentaje)

PERÚ: Profesionales de la salud que atendieron primer control posnatal, según característica seleccionada (Porcentaje)							
Característica seleccionada	2007 2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Nacional							
Médico	40,8	38,0	38,3	35,5	34,4	36,8	37,1
Obstetriz	32,4	34,9	34,1	32,6	35,1	32,8	30,4
Enfermera	14,7	16,4	17,6	20,9	20,9	21,7	24,3
Área de residencia							
Urbana							
Médico	50,7	47,6	47,4	44,2	41,5	42,6	42,1
Obstetriz	33,4	33,5	32,0	30,3	33,1	31,5	29,3
Enfermera	11,8	14,9	16,6	20,6	20,9	22,4	24,5
Rural							
Médico	24,2	18,8	20,7	17,6	20,0	23,6	24,4
Obstetriz	30,7	37,9	38,2	37,3	39,3	35,7	33,3
Enfermera	19,5	19,5	19,4	21,6	21,1	20,0	23,8
Nivel de educación							
Sin educación							
Médico	20,2	18,0	17,2	18,1	18,1	24,7	38,3
Obstetriz	26,9	33,0	33,5	31,4	30,4	36,8	32,4
Enfermera	24,1	22,4	23,1	21,8	24,4	16,1	23,5
Primaria							
Médico	25,8	23,9	24,1	23,2	22,5	27,1	38,3
Obstetriz	31,1	36,7	36,3	35,2	37,1	34,6	32,4
Enfermera	18,6	17,8	19,5	20,7	20,7	18,4	23,5
Secundaria							
Médico	44,4	41,4	42,0	37,8	35,0	37,3	38,3
Obstetriz	36,9	37,2	34,5	34,2	37,5	34,4	32,4
Enfermera	12,6	15,2	17,2	21,5	21,3	23,3	23,5

Superior							
Médico	59,3	52,0	53,0	48,3	48,1	46,7	45,3
Obstetriz	27,1	29,0	30,2	26,7	29,0	27,6	24,7
Enfermera	11,1	16,1	14,9	20,0	20,2	22,5	26,7
Quintil de riqueza							
Quintil inferior							
Médico	15,3	16,7	16,6	13,8	15,4	20,6	21,5
Obstetriz	26,3	35,4	34,5	35,4	38,9	35,5	33,2
Enfermera	21,2	17,8	21,1	20,9	19,6	19,3	23,3
Segundo quintil							
Médico	25,5	28,0	32,2	27,9	29,1	33,9	32,4
Obstetriz	32,9	43,3	40,7	41,5	41,5	39,1	38,4
Enfermera	19,6	18,5	17,2	20,8	20,8	20,2	23,0
Quintil intermedio							
Médico	40,1	43,4	44,1	42,9	37,0	40,9	42,1
Obstetriz	39,6	38,6	36,2	33,2	37,0	33,1	29,9
Enfermera	13,2	13,9	16,2	19,1	21,4	22,3	24,2
Cuarto quintil							
Médico	50,7	52,5	51,5	45,8	46,7	45,6	43,7
Obstetriz	34,6	30,6	29,7	27,6	28,5	27,4	26,0
Enfermera	10,2	14,2	15,8	22,7	21,8	24,2	26,9
Quintil superior							
Médico	62,2	59,7	58,1	57,4	53,1	51,2	53,1
Obstetriz	24,8	20,9	24,3	19,0	23,6	24,0	19,1
Enfermera	11,5	17,7	17,0	20,8	21,4	23,5	25,3

FUENTE: INEI - ENDES, 2015

Del mismo modo, la brecha en el acceso a la salud de calidad también se da de acuerdo a la región (cuadro 7). Se puede observar, entonces, que el porcentaje de partos atendidos en establecimientos de salud en las zonas rurales pasaron de un 15.2% para el año 1991 a un 72.6% para el año 2014.

Del mismo modo, la selva, si bien no ha tenido tanto crecimiento como la sierra, ha pasado de un 33.5% a un 77.2% de partos atendidos en los mismos años. En Junín la corriente sigue en la misma línea con un 40.5% en 1996 a un 85.8%. Si bien todas tienen tendencia a aumentar, vemos siempre que el total nacional es considerablemente mayor en todos los casos, ya sea a nivel rural, regional o departamental. Esto se da porque los altos y desproporcionados porcentajes urbanos y de Lima Metropolitana alteran la curva con respecto a las otras regiones y departamentos. Aquello demuestra el contraste que hay en cuanto el acceso y uso de los servicios de salud, según diversos factores, dentro de los cuales las poblaciones más vulnerables se encontrarán en situaciones de pobreza, sin educación y localizadas en las zonas rurales de la selva.

Cuadro 7: Partos atendidos en establecimientos de salud, según ámbito geográfico (porcentaje del total de partos)

Ámbito geográfico	1991 1992	1996	2000	2004 2006	2007 2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nacional	45,5	49,6	57,9	71,6	79,5	82,0	84,4	85,1	86,8	88,6
Área de residencia										
Urbana	65,2	73,4	82,4	90,5	93,7	93,4	95,1	95,2	95,7	96,8
Rural	15,2	15,4	23,8	44,8	55,5	59,0	63,7	64,2	68,6	69,8
Región natural										
Lima Metropolitana	84,5	89,9	93,5	95,7	99,0	97,8	99,0	97,9	98,7	99,2
Resto de la costa	56,1	61,3	73,3	85,7	89,7	92,4	91,9	93,7	93,0	95,3
Sierra	25,4	26,8	33,8	54,5	66,4	70,4	77,3	77,3	79,2	80,6
Selva	33,5	32,5	40,6	57,1	69,0	67,8	67,5	67,6	75,8	75,4
Departamento										
Junín	-	40,5	46,0	63,4	84,4	71,1	72,7	80,4	83,2	79,8

FUENTE: ENDES,

Con esta información se puede tener una idea acerca del territorio al que se va a ingresar, a partir de sus características socio-culturales, ya que de esta forma se puede comprender la realidad que tienen las mujeres Asháninkas en edad fértil en relación con la salud estatal. Por lo tanto, es notoria la relación que hay entre el territorio, el género y la educación con respecto al acceso a los servicios de salud de calidad brindados por el Estado. De tal forma, las mujeres de la selva rural tienen el menor acceso a la salud estatal.

4.3 LA DEMOGRAFÍA Y FECUNDIDAD EN POTSOTENI Y QUEMPIRI

En cuando a la demografía en las dos comunidades, se sabe que las comunidades de la cuenca del Ene suelen ser poblaciones dispersas, en tanto pasan una parte del año fuera del centro poblado o en sus chacras del monte, mientras que la otra parte del año la pasan en el centro. Del mismo modo, según las entrevistas y conversaciones, se conoce también que hay una gran movilidad de personas entre comunidades.

En el caso de la CCNN de Potsoteni, esta cuenta con una población de aproximadamente 500 personas adultas. En esta comunidad siempre hay un constante movimiento de personas, entre el centro poblado y las chacras.

"Siempre hay unas 150 que están constantemente aquí en el centro. Pero siempre son también otros, o sea viene fulano tal, se queda un mes, pero el de acá ya se ha ido. O sea, nunca son las mismas personas que se quedan." (Martin, encargado de albergue, 2017)

En el caso de Quempiri, hay un aproximado de 100 familias, según Marco, y aproximadamente 500 personas, según Josías, el jefe de la comunidad. El movimiento que existe en Quempiri no solo es para llegar a la chacra, sino también con otras comunidades cercanas de colonos. Asimismo, la cantidad de hijos por mujeres es alta.

"Tienen entre 5 y 8, 9, 10 hijos sí el caso es extremo. Diría en promedio 5." (Martin, encargado de albergue, 2017)

"En promedio, hasta 7, 8... 9 hasta. Mínimo tienen pe 2, 3. ¡Mínimo!
Los demás, todos" (Enfermera, posta de Potsoteni, 2017)

En el caso de la fecundidad, existe una alta tasa de hijos que se puede relacionar con la información acerca de la deserción escolar, puesto que la fecundidad es un tema que incide sobre la educación de las mujeres, sobre todo si se trata de embarazos precoces. De tal forma, como se ha visto, las mujeres de la selva tienden a tener un número de hijos mayor al del promedio nacional, así como a tener más embarazos adolescentes que las otras regiones; por lo tanto, es natural que al tener obligaciones familiares y ya tener un proyecto de familia, la educación no sea una prioridad para las vidas de las mujeres de las comunidades de Potsoteni y Quempiri.

4.4 LA SITUACIÓN DE LA SALUD EN POTSOTENI Y QUEMPIRI

Para la ONG Central Asháninka del Río Ene (CARE), la salud es uno de los ejes centrales para garantizar el ejercicio de los derechos y ciudadanía de la comunidad Asháninka del río Ene. Para ello, se propone reforzar el servicio de salud mediante la atención intercultural y adecuada al contexto con personal capacitado y suficiencia en el equipamiento y presupuesto. En tal sentido, la CARE ha traducido las demandas de los vecinos Asháninkas de la siguiente manera: "La salud depende de muchas cosas que deben estar en equilibrio, controlada. Las plantas saben curar muchas enfermedades y hay otras que se curan con la atención y las medicinas de la posta y las brigadas de salud. Es un derecho que esa atención sea respetuosa (tenga en cuenta lo que decimos y lo que sabemos), constante (las visitas fugaces no pueden curar de verdad) y de calidad (con profesionales dedicados y preparados, con medicinas disponibles)" (CARE, 2016 :13).

Por otro lado, los principales problemas de salud que han brotado de las entrevistas han sido, en primer lugar, la anemia y desnutrición; luego, la tuberculosis, enfermedades diarreicas, enfermedades respiratorias y; por último, malaria o paludismo.

"Las principales enfermedades que encontramos aquí, más que nada en los niños es respiratorias y la ERA, lo que le dicen." (Ángel, presidente de la CARE, 2017)

"Más comunes son diarrea y, este, IRA - infecciones respiratorias agudas -. Eso. Eso son las más comunes. Y también mayormente hay anemia, desnutrición. (...) Casi 90% " de niños con desnutrición." (enfermera, posta de Potsoteni, 2017)

"Bueno, como en todo el Ene, hay mucho, por la misma desnutrición, mucha debilidad, o sea el sistema inmunológico es muy bajo, lo que implica que también se enfermen muy rápido de TBC. Hay una epidemia de TBC. (...) Esos son los principales problemas, diarrea y enfermedades respiratorias, sobre todo los niños. Como están mal nutridos, (...) casi todos tienen tos permanente. En CARE tenemos el diagnóstico, ya no me acuerdo... la cifra, pero casi 3/4 de los niños aquí tienen enfermedades respiratorias crónicas. (...) También tienes la malaria, la fiebre y las constantes diarreas por la mala agua, la baja calidad de los alimentos." (Martín, encargado de albergue, 2017)

"En ese tiempo, había problema de anemia más que nada. Anemia, cuando ya han recuperado toda la gente cuando estaba en sus manos del subversión, casi mayoría han salido todos son anémicos. Paludismo, desnutrición más que nada. (...) Había, este, neumonía, este, más que nada niño neumonías, así. TBC así casi de mayores, algunos también le agarran TBC. Ese, sí, TBC han agarrado mayores, este año, el año pasado, ha habido muerte por TBC. (Josías, jefe de Quempiri, 2017)

"Problemas de salud, este... mucho desnutrición en los niños. Claro en su mismos, de repente, falta de alimentación en los niños. A veces, por eso los niños hay bajo peso. (...) Enfermedades, más que nada de

TBC. Más que los hermanos colonos... Otra cosa de enfermedad es la diarreica aguda, pero es no más, no es gravedad. Casi este año no tenemos problema, normal. No hay causa de mortalidad.” (promotor de salud de Quempiri, 2017)

“Los problemas más importantes... uno es la anemia, la desnutrición y parásitos en general.”(enfermero, posta de salud de Quempiri, 2017)

“Bueno, de las enfermedades relacionadas al estómago. Diarreas, la desnutrición... qué más he visto, aunque no tanto, a un chico también le dio dengue. Bueno, ¿qué más? El primer caso también he visto los dolores de estómago. De diarrea, ese es el número uno. De ahí también parásitos, que hay bastante, y TBC.” (profesora de Potsoteni, 2017)

Asimismo, uno de los problemas más importantes es la calidad del agua que se consume, ya que el agua del río Ene está contaminada por la gasolina derramada, así como por la actividad de narcotráfico ilegal que se produce en el VRAEM. Del mismo modo, es poca la disponibilidad de alimentos, sobre todo en Potsoteni, en donde la tierra no permite que haya variedad de alimentos cultivables ni mucha vida animal para la cacería.

“Mayormente los niños también tienen diarrea, pero ese siempre, ahorita casi, ya no hay mucho. Porque más antes éramos así... como poco a poco nos han enseñado así a medidas preventivas, más que nada. Más antes, consumía algo así crudo sin cocinar. Ahora casi desde ese momento ha habido epidemia, también de cólera. Ahí empezó también el estudio del agua y salía que había un... este, contaminación ¿no? De ahí empezó también a echar toda la gente, ahora vamos a empezar a hervir el agua para consumir. Ahí han bajado el este, pues, el cólera, el diarrea. Desde 2010, creo que me acuerde, vieron eso del agua, más antes creo 2000, 2005, ya hasta casi mayoría consumen agua hervida, para preparar su masato también. Todo

hacen, primero hervir agua para preparar. De ahí han paralizado todo, casi no mucho de diarrea, cólera, todo.” (Josías, jefe de Quempiri, 2017)

A través de estos extractos de las entrevistas, se puede observar la cantidad de problemas de salud que existen en la comunidad y, de cierta forma, la manera en la que ha llegado el Estado para capacitar a las personas y atenderlas. Si bien los problemas reiterativos tienen que ver con enfermedades respiratorias y digestivas, así como TBC, es importante reconocer que todos son males que pueden ser tratados y curados; sin embargo, el problema recurrente de la desnutrición y anemia facilita que las enfermedades comunes se conviertan en problemas de salud significativos. En tal sentido, la escasez de una alimentación de calidad y balanceada desde edades tempranas es fundamental para mejorar la salud de las comunidades en cuestión.

4.5 LA EDUCACIÓN EN POTSOTENI Y QUEMPIRI

En cuanto a la educación, es importante aclarar que las escuelas como sistema, así como la concentración de la comunidad en centros poblados, son recientes para los Asháninka, puesto que se instalaron a partir de la reubicación luego del conflicto armado. La escuela secundaria ha sido producto del esfuerzo conjunto de la población Asháninka con la Central Asháninka del Río Ene. Esta escuela secundaria se encuentra en las dos comunidades del presente estudio, Potsoteni y Quempiri, por lo cual cuentan con un albergue en cada uno para poder alojar, atender y alimentar a los estudiantes de otras comunidades o de la misma comunidad, como en el caso de Quempiri, que quieren estudiar la secundaria. En tal sentido, si la comunidad Asháninka del río Ene tiene tales servicios es por demanda de los mismos pobladores, así como sus propios esfuerzos, y por ello también la calidad de los mismos servicios es evidentemente limitada

"Al terminar el conflicto, el Estado se olvida totalmente, y todo lo que tú ves acá lo ha hecho los Asháninkas con los recursos que tenían y sin el apoyo... por eso no tenemos hasta ahora ni agua potable, ni luz. El

colegio, mira cómo está. Lo han hecho como han podido. Pero obviamente muy deficiente. Porque para el Estado peruano, cuando termina el conflicto, también para él se resuelve el problema aquí." (Martin, encargado de albergue Potsoteni, 2017)

“En educación, al menos, el Estado, como no tiene docentes en esta zona, pone docentes que acaban secundaria con el menor análisis de cuál es la necesidad o demanda educativa aquí realmente, y más cuando sabemos que es una población de adolescentes que no pueden rendir una prueba ECE como se quisiera o como el Estado quisiera para su juventud. Y no ahí hay una política clara de cómo definir, ni siquiera la educación intercultural define eso” (Marco, encargado de albergue Quempiri, 2017)

Del mismo modo, siendo este sistema uno nuevo para la comunidad existen dos problemas: por un lado, la poca pertinencia de la educación brindada para la realidad social del territorio y, por otro lado, la ausencia de un respaldo familiar para el cuidado y manutención de los y las estudiantes. En cuanto a la pertinencia, es importante reconocer que la localización de estas comunidades no permite una fácil inserción al mercado laboral, ni mucho menos accesibilidad para la aplicación de los conocimientos otorgados por las escuelas. A los jóvenes les interesa estudiar para poder negociar con los colonos y que no les engañen, no necesariamente porque vayan a poder aplicar en su vida lo que aprenden en la escuela.

“(…) los varones, sí ellos quieren aprender para que sean dirigentes o para que sean presidentes, líderes de su comunidad. No anhelan un cargo más. Ser profesionales, no. Con tal que sepan escribir, hacer un acta, escribir un oficio, eso les sirve. La mayoría acá solamente quieren, anhelan ser autoridad de mi comunidad, presidente de mi comunidad, para saber leer y escribir, para que los colonos no me engañen con mis productos. O también para saber defenderme, así

conocer mis derechos, todo." (Mariluz, encargada de albergue Potsoteni, 2017)

"O sea obligación en sentido muchos no lo ven. Si yo veo muchos chicos que han pasado por 5to de secundaria, o sea que han terminado el colegio los últimos 4 años y los ves en la comunidad y ¿qué son?, van a la chacra, o sea son chacareros. Y muchos jóvenes dicen, ¿para qué voy a ir 5 años a la escuela si al final voy a estar en la chacra con mi papá? O sea ¿qué estoy aprendiendo ahí que me ayude? Nada. Entonces, por ahí algunos que le falta la motivación, no ven el sentido. Y si eso es así, los papás no tienen mayor posibilidad de presionar, porque muchos de los chicos a partir de los 13, 14 tienen su... muchas veces su esposa, tienen su chacra." (Martin, encargado de albergue, 2017)

En cuanto a la ausencia del respaldo familiar, es posible notar que las familias están poco tiempo en el centro poblado, ya que las chacras se encuentran a 3 o más horas de distancia. En tal sentido, puesto que la vida de un Asháninka depende de lo que se pueda cosechar en el monte, los padres y madres viven prácticamente ahí y van al centro poblado por actividades puntuales. Los niños y niñas, entonces, se ven obligados a vivir y estar solos.

"Hay muchísimos niños que se quedan solos. O sea, tienen 12, 13 años y se quedan solos, se cocinan. Viven solos porque sus papás están en la chacra. Es muy difícil ese ritmo para una familia, porque ¿qué hacen acá? Si no crece nada, tienen que estar en su chacra arriba, pero al mismo tiempo su hijo va a la escuela, es una situación muy difícil, pero los chicos acá desde muy jóvenes son autónomos, independientes." (Martin, encargado de albergue Potsoteni, 2017)

Aquellos temas producen la deserción de estudiantes, sobre todo si se adiciona algún otro estímulo, como un embarazo o un matrimonio.

“Hay algunos que no les importa y no van, y no regresan más. Sobre todo, en las chicas. Hay una chica que está en primero, se embarazó y está acá no más. O sea, el colegio no está lejos, está acá. No es que nosotros la vayamos a expulsar porque está embarazada, pero ya no va. Es así de simple. Hablas, yo también le dije un día, ¿por qué faltas? le digo. ‘No, sí voy a ir’. Pero ya, no va.” (Andrea, profesora de Potsoteni, 2017)

En este sentido, se puede ver que son las mujeres las que, generalmente, abandonan la escuela o simplemente no acceden a la educación, ya sea mediante el abandono por motivos culturales o a través de constantes faltas por razones rituales como, por ejemplo, la “enchozada”. Este ritual se realiza a partir de la menarquía de la niña y se la encierra para que aprenda las artes de las mujeres, por lo cual evidentemente pierde clases. Asimismo, muchas veces no se considera la importancia de que las mujeres accedan a la educación, ya que igualmente no existen muchas más oportunidades luego del término de los estudios, tal como se ve a continuación:

“¿Por qué crees que en el albergue hay pocas chicas? Hay 21 chicos y mujeres solamente 5. En total son 26 en el albergue. Por eso, a veces los papás no dejan que sus hijas vayan al colegio porque dicen no, para qué van a estudiar, si igual van a conseguir marido, que por gusto van.” (Mariluz, encargada de albergue Potsoteni, 2017)

“Y en el colegio también me han pedido permiso, una chica así faltó un mes, justamente por eso (la enchozada). Un mes completito no fue al colegio. (...) No la puedo obligar a venir al colegio y tampoco me puedo acercar. Es algo como que privado. No todas lo hacen (...). Yo, hasta el momento, he visto dos casos, tres casos.” (Andrea, profesora de Potsoteni, 2017, paréntesis mías)

“Ahora ya es bastante relativo, según me han contado. Cuando se enteran que la hija ya le viene su primera menstruación, cada familia,

mínimo era de dos meses a tres meses encerrarla en la choza. Especialmente una choza bajita para que esté sentada no más. Y bien cerrado, solamente su mamá tenía que verla para llevarle la comida. De dos a tres meses cerradita. Ahora, eso sí es relativo. Eso antes practicaba, porque no había colegio, solo había primaria. Pero ahora, debido a eso, los papás también, los profesores han hablado la importancia de no hablar. Y los papás, así, a regañadientas han aceptado, así una semana nada más o días nada más, 4 o 5 días, que antes era meses. Comparado con una semana. (Raúl, profesor Quempiri, 2017)

Aquello incide en la asimilación de la educación, así como en la capacidad del manejo del español por parte de las mujeres Asháninka jóvenes, si bien esta situación ha mejorado con respecto a las generaciones anteriores, como se muestra a continuación:

“Los hombres deberían tener mayor dominio del idioma castellano. Es difícil, hasta cierto punto es cierto. Pero las mujeres jóvenes hablan también muy bien el español ya. Quizá en la generación anterior hayan habido más limitaciones, y hasta ahora hay, sobre todo, personas mayores que no hablan el español o no lo entienden.” (Marco, encargado de albergue Quempiri, 2017)

"La mayoría hablan, te entienden en español casi todo. Que hablan, que pueden hacer una... son más los hombres, definitivamente, que manejan el castellano. Las mujeres te entienden, pero difícilmente te hablan en castellano." (Martín, encargado de albergue Potsoteni, 2017)

El dominio del español también se debe a la preparación de los hombres, no solo mediante lo aprendido en el colegio, sino, además, la experiencia que puedan tener a partir del contacto que tienen con otras culturas colindantes, así como experiencias fuera de su comunidad.

"Como las mujeres son las que mayormente no van al colegio, porque son embarazadas a los 12, 13, 14 años, o van al colegio por eso, cuidan a los niños. En cambio, el hombre sí va al colegio. Los hombres se han ido a hacer servicio militar. Puede parecer poca cosa, pero acá es un contacto importante con el mundo real que se ha tenido, entonces manejan mucho más conocimiento." (Martin, encargado de albergue Potsoteni, 2017)

"En el caso de los hombres, generalmente, son los que tienen mayor nivel. En el caso de la lectura, o sea están un poquito más preparados. Creo que es más que nada porque las chicas son tímidas. (...) Ellos, uno, que son más desenvueltos y, otro, que (...) hay más casos en los que ellos responden, captan también. (...) Yo pienso que es por las mismas costumbres de ellos, que las mujeres son un poquito más retraídas. Esa es la explicación que yo le doy. Y eso también, de alguna u otra forma, limita algunas cosas: limita cuando los chicos hablan y yo le digo no es así, bueno ellos están captando, están participando y es algo mutuo. En cambio, si las chicas solamente se quedan calladas, tal vez, me imagino que quieren hablar y, ya pues, se quedan con eso." (Andrea, profesora de Potsoteni, 2017)

Un tema importante, que salió a la luz en las entrevistas y que influye en las capacidades con las que cuentan los y las jóvenes para captar la información brindada en el colegio, es el de la nutrición adecuada. En este sentido, la alimentación, como se ha visto, depende básicamente de los y las mismas jóvenes, puesto que sus padres se encuentran lejos.

"Tenemos que ya primeros diagnósticos en los que los niveles son muy bajos en comprensión lectora o matemática y más bajo al nivel de expectativas todavía, qué se quiere ser, que van a construir, etc.; y eso acompaña ya desde los problemas reales que tiene la población Ashánika, como la desnutrición crónica en niños, otros problemas o vicios que hay en la misma sociedad como el consumo de masato, por

ejemplo, en exceso, eso” (Marco, encargado de albergue Quempiri, 2017)

“En educación, el principal factor es, a parte de la alimentación, los papás. No tienen gran participación en la vida de sus hijos. (...) Su mamá a veces está en casa haciendo el masato. Los niños que estudian, si no encuentran a nadie en casa, ellos se van a jugar. Y gran factor que ellos no avanzan a nivel educativo es que su alimentación es muy baja.” (Raúl, profesor de Quempiri, 2017)

Lo expuesto hasta este punto demuestra la desventaja de las mujeres frente a los hombres, en cuanto a la educación, la cual es necesaria para tener acceso a otros conocimientos, experiencias y servicios. En tal sentido, si bien la educación en general es precaria en las comunidades, son las mujeres las más limitadas en el dominio del castellano, puesto que, por motivos culturales y rituales, tienden a abandonar sus estudios. Ello, consecuentemente, les restringe el acceso a los servicios otorgados por el Estado en castellano, tales como el servicio de salud, el cual no ofrece ningún servicio en idioma Asháninka, sino que suelen ser egresados de enfermería de institutos de ciudades.

4.6 EL TERRITORIO Y LA ECONOMÍA EN POTSOTENI Y QUEMPIRI

Para empezar, el nombre Potsoteni viene de ‘potsoni’ que, en Asháninka, significa achiote; por lo tanto, Potsoteni vendría a ser el lugar donde abunda el achiote, según la entrevistada Mariluz, profesora Asháninka y encargada del albergue de Potsoteni. En el caso de Quempiri viene de ‘quempi’ que, en Asháninka, es un tipo de pez; por lo tanto, Quempiri significa río con peces, según el entrevistado Marco, encargado de albergue de Quempiri. Ambas comunidades son zonas repobladas a partir del enfrentamiento armado que se tuvo con los grupos subversivos; sin embargo, siendo Asháninkas, tienen realidades muy distintas. Potsoteni, por ejemplo, está situada en un territorio seco, en donde no crecen muchas plantas ni viven muchos animales, por lo

cual la diversidad de alimentos y la posibilidad de hacer negocio a partir de la tierra son muy limitadas. Ello se demuestra en los siguientes fragmentos:

“Acá siempre ha sido un lugar seco, porque como ves los árboles, con las justas está. Mucho sol, hace mucho calor. Y eso pues, las plantas se mueren.” (Mariluz, encargada de albergue Potsoteni, 2017)

“Aquí café, caco no crece por el microclima, muy seco, se muere la planta, no produce. Y café, principalmente, en las alturas.” (Martin, encargado de albergue Potsoteni, 2017)

A continuación, se puede ver el mapa del centro poblado de Potsoteni, a un lado el río Ene y al otro el río Potsoteni, el cual se usa para lavar, cocinar y bañarse, así como para obtener agua potable, dado que el Ene se encuentra propenso a las descargas de elementos tóxicos de los transportes ilegales que se producen en la zona.

Mapa 2: Mapa de CCNN Potsoteni



Por el contrario, Quempiri vive una realidad distinta por el territorio que ocupa,. No solo cuenta con suelo mucho más fértil y rico en alimentos, sino que, además, tiene conexiones con otros centros poblados de colonos y carreteras que conectan con pueblos de Cusco y Ayacucho. Aquello, les permite tener más acceso a productos, comercio y trabajos esporádicos.

“Ahora, esta comunidad vive rodeada de centros poblados colonos también y estos centros poblados tienen diferente tipo de cultura (...) ellos tienen otra visión: de sembrar el cacao, de tener chacras, de vivir, de educar a sus hijos. Todo es distinto y bueno al relacionarse los asháninkas con estos centros poblados obviamente mistifican ciertas costumbres o valoran o no, (...), y ahí se da un cambio de perspectivas de vida.” (Marco, encargado de albergue Quempiri, 2017)

A continuación, se muestra el mapa del centro poblado de Quempiri, en donde se pueden notar la carretera de acceso a otros centros poblados, así como la densidad del bosque alrededor de la comunidad.

Mapa 3: Mapa de CCNN Quempiri



Se da, entonces, otra dinámica entre los colonos en Quempiri que en Potsoteni, puesto que la primera comunidad tiene relaciones mercantiles y de cooperación con las comunidades colonas que la circundan. Del mismo modo, la distribución de Quempiri es más dispersa que la de Potsoteni, de manera que las familias no siempre tienen la necesidad de tener chacras lejanas en donde sembrar y cosechar, sino que lo pueden hacer en el mismo centro poblado.

“Y el otro es compra de insumo, por ejemplo, las familias también necesitan comprar como leche, fideos, que son cosas que también se consumen aquí a parte de la yuca y el masato, que son cosas que nunca faltan. Ahora, en la comuna misma se han instalado 3 tiendas de colonos que ya son grandes, aquí se compra todo y se vende todo.” (Marco, encargado de albergue Quempiri, 2017)

En cuanto a la economía de Potsoteni, se puede ver que, por su microclima, en comparación a otras comunidades cercanas, no es posible generar grandes ganancias por lo que se genera mayor dependencia de los programas estatales de ayuda económica.

“Acá en Potsoteni no da ni café, ni cacao. Solamente da plátanos, nada más que utilizan para comer, yuca, comen. Pero no lo venden. A veces siembran ajonjolí y ya cosechan el ajonjolí y eso sí lo venden. Pero así un trabajo remunerado, no. Solamente en sus chacras.” (Mariluz, encargada de albergue, 2017)

“Ahora hay una gran dependencia de programas, como programa JUNTOS y pensión 65. Y bueno achiote, cosas así, ajonjolí. Pero hay muy pocos ingresos económicos en esta parte, diferente a la parte alta en donde sí crece bastante cacao. Entonces, se crea cada vez más desequilibrio entre las comunidades del alto Ene, a partir de Quiteni, donde tienes... o vas a ver en Quempiri donde tienen realmente

ingresos, para la cultura Asháninka, ingresos considerables. Eso también implica que la desnutrición es un poco menos, hay más posibilidades de comprar comida, tienen más calidad de vida." (Martin, encargado de albergue, 2017)

En este sentido, si bien Quempiri cuenta con más posibilidades de generar ingresos monetarios, se puede percibir que la forma de vida Asháninka no acostumbra vivir de ingresos económicos, sino que se tiende al autoconsumo.

"El concepto de chacra, ellos no tienen, así como los colonos que siembran cantidades, ellos solamente donde viven, en su casa, solamente alrededores no más siembran unos cuantos plantas para consumir, y es autoconsumo. Casi nunca siembran en cantidades. El único producto que aquí están cultivando para venta comercial es el cacao y, de vez en cuando, plátanos y el ajonjolí. Más más es el caco, porque por temporadas se cosecha. Y si siembran, siembran así por su casa es pa consumo no más." (Raúl, profesor de Quempiri, 2017)

Esta forma de vida se complementa, además, con la vida en comunidad mediante actividades comunales que se orientan al beneficio de todos y todas.

"Hay algo que evita que esa brecha se abra, que son las redes de solidaridad que abre la comunidad, que se dan al margen de todo: el ayni, la pesca, las faenas; son actividades en las que todo Asháninka, tenga o no tenga, está, porque es algo que hay que hacer, es una obligación moral. Es algo interesante donde tengas o no tengas eres Asháninka, y te ponen en un estatus social igual al otro. Porque el que tiene no va a decir: 'Ah ya, yo tengo y puedo comprar peces en selva y ya que pesquen ellos', eso no existe. (...) Porque se van a burlar de esa persona que no hace nada, y aquí quien no hace nada no es Ashaninka, y eso, evidentemente, es algo que controla mucho las redes de solidaridad, y eso ayuda a que no haya brechas, son iguales, solo que algunos tienen más posibilidades (...) Brechas como tal no

hay, todavía, es difícil saber si va a haber o no. (Marco, encargado de albergue, 2017)

Un problema recurrente para ambas comunidades, y en general para todas las comunidades del Río Ene, es la contaminación de los ríos, dada la masificación de personas, así como la presencia de narcotraficantes y transportistas. Ello no solo afecta la dinámica social, como se ha visto, sino que también afecta la calidad del agua, que se consume normalmente, y el ecosistema, tanto de los bosques como de los ríos. Aquello, a su vez, disminuye la cantidad de alimentos proteínicos, tales como peces y animales de monte.

“Según ellos, dicen que antes (...) había muchos animales, había muchos peces en el río, pero que ahora todo ha cambiado, ya no hay, todo está extinguiéndose, los animales, y ahora para que vaya a cazar la gente, tienen que ir más lejos, porque acá no hay mucho, pues. Y los peces también, ya antes había mucho carachama, chupadora, más peces, pero ahora no hay, que tienen que ir a pescar más allá del río. Además, los peces como que no son tan ricos como había antes, como eran antes. Ahora no son tan ricos por la misma contaminación, que contaminan el río. A veces echan gasolina, a veces echan basuras todo ahí y bueno eso comen los peces. Y eso hace que su carne no es tan agradable como debería ser. Echan gasolina los botes que van, que suben. Por el mismo movimiento que hacen, dejan gasolina.” (Mariluz, encargada de albergue Potsoteni, 2017)

“Hay una fuerte contaminación y sufren, sobre todo, los Asháninkas, porque se bañan en los ríos, toman el agua de ahí (...) Contaminación por la producción de pasta básica, entonces, se necesitan unos componentes químicos y los juntan con gasolina (...) y todo eso, obviamente, (...) lo tiran al río sin ningún control ni filtro. Entonces por ahí tenemos los ríos bastante contaminados.” (Martin, encargado de albergue Potsoteni, 2017)

Asimismo, el sector de la población que se ha comenzado a insertar en el mercado laboral son los más jóvenes. De esta manera, consiguen trabajos ocasionales que no requieran tanta preparación o conocimientos previos.

"Los chicos, sobre todo, van a Satipo, trabajando: cosechando café, cosechando naranjas, cosechando papayas, así, como peones. Trabajan en las chacras de los colonos" (Martin, encargado de albergue Potsoteni, 2017)

Sin embargo, también pueden presentarse trabajos accesibles que no son del todo saludables para la población Asháninka, como es la prostitución o la prestación de servicios a colonos que realizan actividades ilícitas.

"Hay más jóvenes que quieren salir a la ciudad para experimentar cómo es allá, o cómo ellos trabajan en restaurantes. Las chicas a veces se meten en la prostitución. No saben en dónde trabajar, pues, no. Porque si vas a trabajar en una casa te van a decir que tienes que saber cocinar, que tienes que atender, que saber hacer limpieza todo eso. Pero ellas no saben, porque no lo han hecho en su casa todo eso. (...) Hay algunas chicas que van, que lo llevan, le dicen quiero que trabajes en casa, pero al final no lo hacen trabajar en su casa, pues. Lo llevan a otros lugares. A veces regresan con un hijo, con dos hijos y son madres solteras." (Mariluz, encargada de albergue, 2017)

"Ahora, está en el imaginario de los jóvenes asháninkas en irse a trabajar con los narcotraficantes, porque eso genera mayor ingreso, porque es cierto y no es una mentira: los grupos estos ilícitos, tráfico de drogas, genera una economía muy particular en esta zona (...). Los jóvenes tienen esa expectativa negativa, quizá: ahí se gana más o no sé, con lo que saben hacer, trabajo de limpiar, de fuerza. Entendiendo que se hace eso, se van pues, entendiendo que tienen que cargar costales, van a cargar costales; entendiendo que van a limpiar, van a limpiar una zona, etc. Entonces, ahí es donde trabajan y para ellos no

significa que son narcotraficantes, son personas normales.” (Marco, encargado de albergue, 2017)

De esta forma, hay diferencias notables entre las dinámicas de Quempiri y las de Potsoteni por distintos factores ya mencionados, lo cual permite que una de ellas tienda a ser más tradicional que la otra. Sin embargo, a pesar de la mayor apertura que pueda tener una comunidad hacia los servicios de salud, hay ciertos conocimientos y tradiciones que no se van a ceder a la posta de salud, como se verá en los siguientes capítulos.



CAPÍTULO 5: LA OFERTA DE LAS POSTAS DE SALUD ESTATALES

5.1 LA SITUACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DE LAS POSTAS DE SALUD

Las postas de salud en las comunidades Potsoteni y Quempiri cuentan con recursos limitados en cuanto a infraestructura, herramientas y personal, puesto que la cantidad de personas a las que se atiende es relativamente poca. Asimismo, no existe una constante fiscalización de las postas, como se muestra en el extracto siguiente:

"En caso de lo que es monitoreo, se le llama monitoreo a todos los establecimientos de salud. Se hace conjuntamente con la Red de Salud y con la Micro Red correspondiente. Entonces, al año salen 3 a 4 veces, pero a diferentes lugares. En caso de la Municipalidad es a 3 diferentes lugares" (funcionario del Sistema Integral de Salud, Potsoteni, 2017)

Si bien el monitoreo se realiza 3 o 4 veces al año, este se realiza a distintos lugares, por lo cual no existe un verdadero seguimiento del funcionamiento de cada posta.

Las postas en las que se ha trabajado son las de Potsoteni y Quempiri, pero también se cuenta con un registro fotográfico de la posta de Unión Puerto Asháninka, que se presentan a continuación.

En primer lugar, la posta de la CCNN Potsoteni (Fotografías 1 y 2) se encuentra al lado del colegio inicial y frente a la escuela primaria, en el camino de la entrada a la comunidad desde el puerto del Río Ene. La infraestructura amarilla es la posta, mientras que al lado derecho se encuentran los servicios higiénicos (casetas de color blanco) de las funcionarias de salud, probablemente silos. A la derecha, luego de un camino, se encuentran los cuartos de las funcionarias. Como se puede observar, el material de las paredes es de ladrillo y concreto, mientras que el techo es de madera con tejas. Asimismo, el piso es de concreto.

Fotografía 1: Puerta del Puesto de Salud de la CCNN Potsoteni



Fuente propia, fecha 26 de agosto del 2017

Fotografía 2: Puesto de Salud de la CCNN Potsoteni y baños



Fuente propia, fecha 26 de agosto del 2017

Del mismo modo, la posta de la comunidad de Quempiri (fotografía 3) tiene los mismos materiales de construcción, pero es más grande, puesto que una parte de la estructura está destinada para la residencia de los funcionarios de salud. La posta se encuentra en uno de los lados de la plaza principal, que es por donde pasan las camionetas que funcionan como colectivos para llegar o salir de la comunidad. Al lado de la posta se encuentra una farmacia hecha de madera, la cual le pertenece a uno de los funcionarios de salud y utiliza la misma energía eléctrica de la posta.

Fotografía 3: Puesto de Salud de la CCNN Quempiri



Fuente propia, fecha 1 de setiembre del 2017

Por último, el puesto de salud de Unión Puerto Asháninka (fotografías 4 y 5) se encuentra frente a la cancha de fútbol y el material es de concreto, con puertas de metal y ventanas de madera. El techo contiene los mismos materiales que las dos postas anteriores. En este caso, la posta se encontraba cerrada, en el momento en que se visitó la comunidad, con un cartel informativo que dice: “Personal salió a entrega de informes Agosto.22”. Como se va a ver más adelante, este tiende a ser un problema para los vecinos de las comunidades.

Fotografía 4: Puesto de Salud de la CCNN Unión Puerto Asháninka



Fuente propia, fecha 24 de agosto del 2017

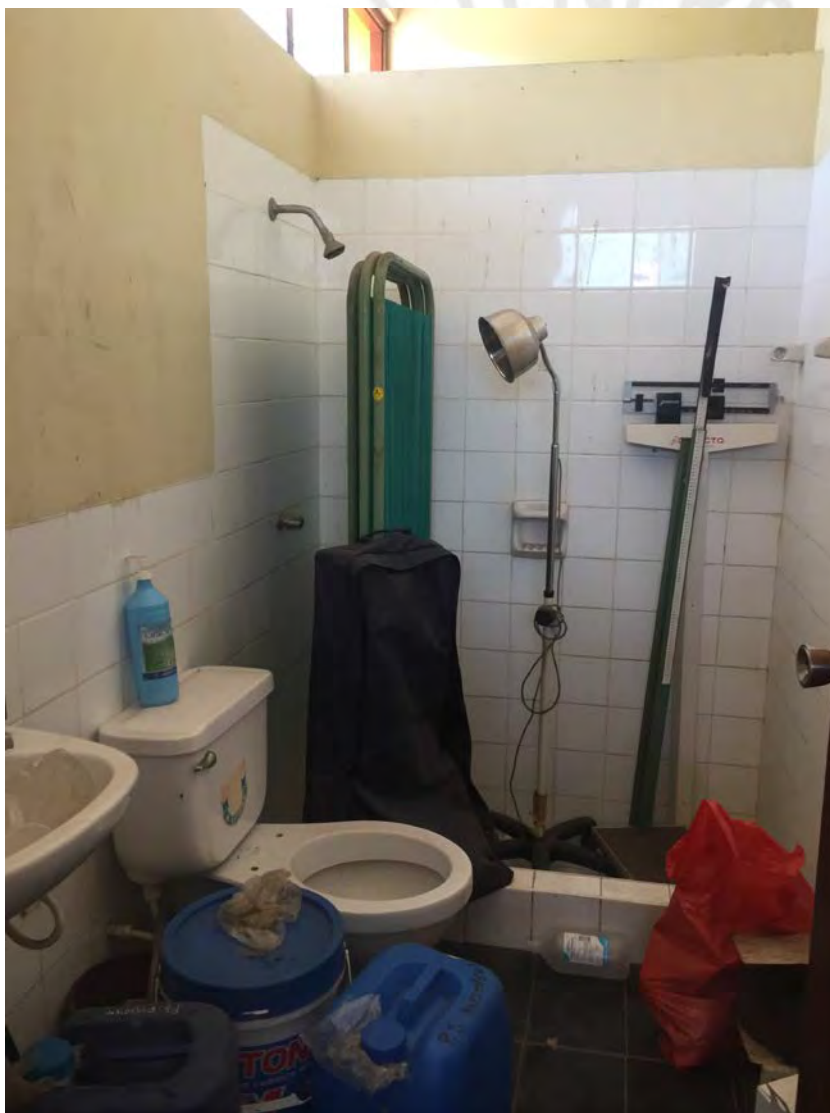
Fotografía 5: Puerta de la Posta de Salud de la CCNN Unión Puerto Asháninka



Fuente propia, fecha 24 de agosto del 2017

En cuanto a los servicios básicos, estos son limitados por la misma localización de las postas. En este sentido, la posta de Quempiri cuenta con un sistema de luz, pero no de agua ni desagüe, mientras que la posta de Potsoteni no cuenta con ningún servicio básico. Aquella realidad fomenta que los servicios ofrecidos por la posta se vean limitados por la higiene de los mismos, en el caso del agua y desagüe, así como en sus capacidades para atender correctamente a los vecinos, en el caso de la limitación de la luz. En Potsoteni, a pesar de no tener acceso a un servicio de luz, agua desagüe, la instalación cuenta con cableado, focos y un baño que se utilizaba de depósito (fotografía 6).

Fotografía 6: Baño interior del Puesto de Salud de CCNN Potsoteni



Fuente propia, fecha 26 de agosto del 2017

Por dentro, las dos postas visitadas cuentan con escritorios, sillas y documentos de seguimiento. Ambas postas poseen una sala principal, un cuarto para recién nacidos y niños, uno para enfermería en general y otro para seguimiento del embarazo. En cuanto a la posta de Quempiri, también cuenta con un cuarto de farmacia interna.

Fotografía 7: Cuarto de maternidad del Puesto de Salud de la CCNN Potsoteni



Fuente propia, fecha 26 de agosto del 2017

El método para realizar el seguimiento a las madres gestantes era a través de fichas con los datos de las mujeres que habían asistido a uno o más controles:

Fotografía 8: Método de seguimiento de las gestantes en CCNN Potsoteni



Fuente propia, fecha 26 de agosto del 2017

Los demás documentos de seguimiento se almacenan de la siguiente manera: Fotografía 9: Documentación del Puesto de Salud de la CCNN



Potsoteni

Fuente propia, fecha 26 de agosto del 2017

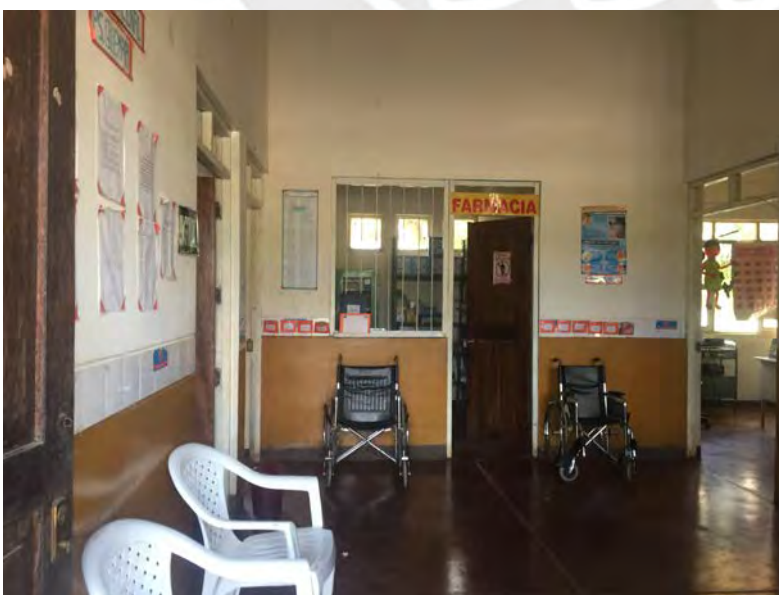
En cuanto a la posta de Quempiri, la sala principal era la siguiente: Fotografía 10: Interior del Puesto de Salud de la CCNN Quempiri (1)



Fuente propia, fecha 1 de setiembre del 2017

Al fondo está la farmacia; a la derecha, la entrada a la sala de gestantes; a la izquierda y al fondo, la sala para pacientes en general y; a la izquierda, adelante, la puerta para recién nacidos.

Fotografía 11: Interior del Puesto de Salud de la CCNN Quempiri (2)



Fuente propia, fecha 1 de setiembre del 2017

A la derecha, un pasadizo del dirige al área de residencia de los

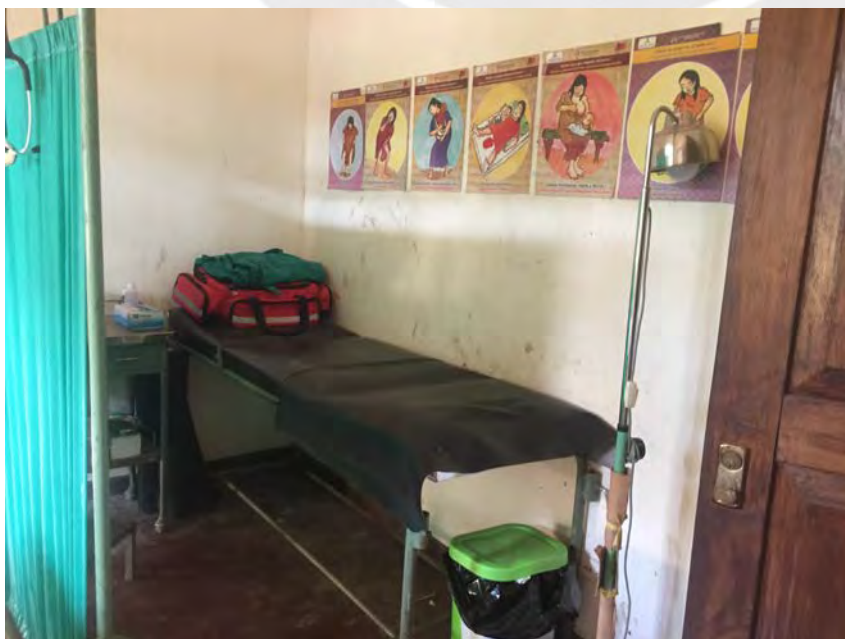
enfermeros. Fotografía 12: Entrada al área de residencia de enfermeros de



Fuente propia, fecha 1 de setiembre del 2017

La sala de gestantes lucía de esta manera:

Fotografía 13: Cuarto de maternidad del Puesto de Salud de la CCNN Quempiri



Y el método de seguimiento de gestantes era igual al de Potsoteni:

Fotografía 14: Método de seguimiento de las gestantes en la CCNN Potsoteni



Fuente propia, fecha 1 de setiembre del 2017

Como se puede observar, las postas cuentan con poco espacio y recursos limitados para atender a personas que viven a más de 3 horas de un centro de salud más especializado. Las condiciones precarias de las postas no permiten brindar un servicio de salud de calidad, ni tampoco garantizar las condiciones de saneamiento, al no contar con acceso a los servicios básicos. Del mismo modo, cuentan con artefactos e instalaciones que no pueden ser utilizadas por carecer de los servicios básicos.

5.2 EL ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO DE LAS POSTAS DE SALUD

Como ya se ha visto, la vida en las comunidades nativas está llena de peligros, desde la forma de vida y modos de sustento, como la pesca y cacería, hasta el uso de los recursos naturales contaminados, como el consumo de agua del río Ene. En este contexto, existe también una diversidad de problemas de salud fundamentales, como la anemia, TBC, enfermedades diarreicas y respiratorias. Frente a esta problemática, según las entrevistas y observación participante,

las postas de salud no se dan abasto para cumplir con la diversidad de necesidades de salud que tienen las comunidades Asháninkas, ya sea por falta de medicamentos y equipamiento de la posta, capacidad del mismo personal de salud o la falta de confianza en un sistema de salud que no logra cubrir las necesidades.

Según la observación participante, se pudo notar que los pacientes que llegaban con alguna dolencia o enfermedad eran atendidos amablemente por la enfermera o enfermero. Se les medía, se les pesaba, se les sacaba muestras de sangre y se les escuchaba. Sin embargo, no había una explicación clara de la causa de la enfermedad o de su tratamiento, sino que se simplemente les ofrecía pastillas y suplemento.

Asimismo, según las personas entrevistadas, se puede observar que el abastecimiento de medicamentos es limitado y no siempre está disponible, y lo que se prioriza son los micronutrientes y las vitaminas de maternidad.

“Bueno, ahorita lo que es en la estrategia de niño y de materno, sí en esa estrategia siempre está abastecido. En lo que es salud reproductivo siempre está abastecido. Los medicamentos sí faltan, porque hay momentos donde hay incremento de IRAS, entonces a veces nos falta, de enfermedades respiratorias, en otro tiempo que hay problemas a la piel, los hongos. Entonces, también como que se nos desabastece los medicamentos. (...) Pedimos, pero a veces acabamos casi con todo. Empezamos con jarabes y pastillas... Demora bastante para que traigan, normalmente los medicamentos nos llega cada 3 meses.” (Enfermero, posta de salud Quempiri, 2017)

“Sí llega, pero ahora último no tengo para ERAs, IRAs, mi colega va a traer. Tiene que hacer requerimiento a la Red. (...) Recién ahora falta. Si en caso tienen a la mano, al instantáneo nos atienden, pero si en caso no tienen, un mes así. Pero de todas maneras, siempre nos

tratamos de solucionar, aunque sea con poco." (Enfermera, posta de salud Potsoteni, 2017)

"No tienes medicamentos. Prácticamente, tienes ahí todo el botiquín lleno de amoxicilina y, como casi todas las enfermedades vienen vinculados con alguna infección, pues le dan amoxicilina y eso es." (Martín, encargado de albergue Potsoteni, 2017)

"A veces no hay suficiente pastilla. Hay veces, cuando, llega mucho, se ha amontonado mucho, pero desaparece. Camiones llenos y cuando ha salido a entregar su informe, la enfermera dice no hay pastillas. No sé, quién consume, depende de la enfermera, se la ha llevado... Cada mes el Estado trae, cuando sale a entregar ahí su informe en Puerto Ocopa, trae un poco de pastilla..." (Ever, promotor de salud Potsoteni, 2017)

Del mismo modo, las personas que habitan en las comunidades dan cuenta de que el problema no es solo la falta de medicamentos, sino en general la falta de equipamiento de la posta de salud que no es suficiente para las condiciones de vida y vulnerabilidad de los vecinos de las comunidades nativas.

"Tenemos un puesto de salud que es muy pequeña, como usted lo ha visto, no tiene infraestructura adecuada para que pueda hacer atenciones de salud efectivamente, no está equipada, no tiene los medicamentos indispensables para poder hacer atención de calidad." (Ángel, presidente CARE, 2017)

"Las instalaciones también son muy deficientes, y ese el problema del mismo Estado que no tiene procedimientos adecuados para el tratamiento en comunidades. (...) De acuerdo a la población no tienes cómo instalar un mini hospital aquí, porque, siempre dicen, hay muy poca gente. Entonces siempre te ponen una posta, y en todos los lugares hay una posta. Y la posta en sí ya recibe muy pocos recursos

por parte del Estado. (...) Si alguien está grave lo tienen que llevar hasta Puerto Ocopa y de Puerto Ocopa, si es muy grave, lo llevan hasta Satipo. Pero es un viaje de 4 hasta 5 horas. Mucha gente fallece en ese camino." (Martin, encargado de albergue Potsoteni, 2017)

Como se puede observar, en términos generales, la posta no cuenta con todos los medicamentos necesarios para tratar las diversas enfermedades que se puedan adquirir en las comunidades. Del mismo modo, hay cierta desconfianza hacia los funcionarios de salud acerca de la manipulación de los recursos del Estado. La infraestructura tampoco satisface a los vecinos, puesto que el lugar no está totalmente preparado para albergar una urgencia que no tenga tiempo de ser atendida; de esta forma, un sistema alternativo se hace necesario para tratar las enfermedades de las que la posta no se puede hacer cargo. En este sentido, la falta de capacidad de la posta, sumado a la lejanía de otro centro de salud más especializado, hace que la idea de realizarse un tratamiento con el sistema de salud estatal sea muy poco probable.

5.3 EL PERSONAL DE SALUD DE LAS POSTAS

Otro tema importante que se reveló en las entrevistas es la calidad del personal que tienen los servicios de salud de las comunidades nativas, el cual no siempre está totalmente calificado para realizar las actividades que requieren algunas enfermedades, sobre todo en emergencias. Por ello, una emergencia básica podría ser fatal si se necesita el traslado del paciente al hospital. Entonces, si bien la calidad de la atención es cuestionable, no hay problemas con el trato del personal de salud, por lo cual es probable que no haya muchas quejas.

"El trato es bueno, sí son buena gente, no es que sean malos o los maltratan. Ese es quizá uno de los factores por los cuales no se quejan. Porque es buena gente sí, siempre me atiende. Como tú dices, siempre me mide, hace aparentemente mil esfuerzos para tratar." (Martin, encargado de albergue, 2017)

“El personal de salud sigue ahí 3 ingenieros. Técnico, licenciado y obstetrix. Pero eso lo que pasa, no hay quién va a ver, como dice, quién monitorea. A veces se van, a veces se va y desaparece... Aparece. Yo quisiera que haya ese monitoreo por ellos, como de escuela de profesores, que ve. Yo le pido que vea a los enfermeros cómo trabaja. Por ejemplo, acá falta equipamiento.” (Promotor de salud Quempiri, 2017)

Por otra parte, el personal contratado para las postas de las comunidades nativas es de origen colono, es decir, técnicos de enfermería procedentes de zonas serranas, su idioma común es el castellano, pero con esta herramienta no se puede acceder a las personas que no comprenden ni hablan este idioma. Como se ha visto, la población que menos domina el castellano son las mujeres adultas.

“Conmigo todo chévere, ¿no? Porque hablo castellano, pero a veces me pregunto a ver la gente que no habla castellano, no le entienden pues. Qué es lo que tienen, y ellos tampoco saben cómo explicarle qué es lo que les duele o en qué parte le duele, nada, pues. Solamente... le aplicará cualquier cosa o le dará cualquier cosa. Ellos son colonos, pues. Acá lo que necesita es alguien que hable asháninka, pues, que sepa hablar y explique a la gente que es lo que se necesitaría, ¿no? porque así como está, puede que también un día haiga una intoxicación por medicina por dar la medicina que no es adecuada.” (Mariluz, encargada de albergue Potsoteni, 2017)

“Entonces, a veces, las mamás por desconocimiento en el habla del castellano, las engañan de que no está enfermo y no te puedo atender. Tienes que venir cuando estás grave. (...) También cuando les dicen tu hijo no está mal, tienes que regresar cuando está peor. (...) Ahora, si hay síntomas de alguna enfermedad, obviamente la persona o las mamás tiene que ir a llevarlo al puesto de salud antes que se empeore, entonces para poder retener esa enfermedad. Pero, sin embargo, acá

el personal de salud te dice no. Lo revisa, lo mide la temperatura. Se acabó, no tiene fiebre y no te puedo atender.” (Ángel, presidente de la CARE, 2017)

Asimismo, otro tema recurrente es que los funcionarios suelen cerrar la posta por varios días, dejando el trabajo a cargo de los promotores de salud, quienes solo están permitidos de brindar atenciones básicas.

“Como no hay personal, están dos no más y si llegas el día de vacaciones, de descanso, cierran pues, una semana, quince días. A veces dejan algún encargado, pero un encargado no conoce nada de eso, no vas a ir a pedir pastilla, vacunas, nada de eso. Solamente dicen a que te den lo básico, paracetamol e ibuprofeno, nada más lo que conocen acá.” (Raúl, profesor Quempiri, 2017)

"La vez pasada quise tratarme, habían salido los 3 el mismo día, que también es una cosa curiosa porque se supone que son 3 personas y siempre uno, mínimamente debería quedarse. Pero como viene un bote, llega el alcalde, ahí pueden aprovechar un bote gratis, se han ido las 3. (...) Se ha quedado 2 días cerrada. (...) me quedo en la cama y, cuando llega, no tenía medicamentos. Y me termina dando amoxicilina, lo que le hace a todo el mundo." (Martín, encargado de albergue Potsoteni, 2017)

Otro problema que salió a la luz en una entrevista es el del nombramiento del personal de salud sin consulta previa a la comunidad, lo cual genera que personas que no necesariamente trabajan bien, sean nombradas como personal permanente.

“la personal que está a cargo del puesto de salud ha trabajado años y se ha nombrado (...) cuando no hay participación de la organización ni de las autoridades comunales. El Estado también tiene que ver que, si quiere hacer un nombramiento, tiene que hacer partícipe a las

organizaciones representativas (...) para que puedan nosotros dar opinión si es realmente bueno de que salga nombramiento de esta clase de personas. Pero, sin embargo, como lo hacen ellos solos, sin saber qué es lo que pasa dentro de las comunidades...” (Ángel presidente de CARE, 2017)

En esta lógica, los servicios de salud que ofrece el Estado no cumplen con las expectativas de una asistencia de calidad para los vecinos de las comunidades nativas del Ene. Sobre todo, es resaltante para las personas que vienen de otras ciudades y conocen lo que debería ser una atención de calidad.

“De manera personal, cuando he ido a la posta, es bastante informal. Primero, para recetarte algo, tendrían que hacerte un examen o preguntarte un poquito más. Es de simplemente un doloflam o un desinflamante. Algo así. Para mí no es confiable. No creo que sea culpa de las enfermeras, creo que es en sí, la planificación de poner una posta aquí (...). No me han dado algo en verdad necesitaba. Me lo han dado, porque bueno, es lo que tenían y lo que podían hacer. ‘Y si no te va bien, vienes por otra pastilla’, así me dijeron.” (Andrea, profesora de Potsoteni, 2017)

De esta forma, un recurso que se utiliza en la posta es atender a los pacientes con ciertos procedimientos de manera que estos sientan que han sido observados y, de alguna forma, tratados.

“Entonces, como ella [la enfermera] sabe que no tiene ni medicamentos ni los medios para tratarlos realmente, para curarles esa enfermedad por la cual vienen, pues te hace mil... prácticamente jugando contigo: te toma la presión, te mide y etcétera para que tú al final crees que algo ha hecho. (...) Si entrarían ahí y dice ‘mira tengo esa enfermedad’, en vez de decirle ‘realmente no puedo hacer nada por ti, porque no sé ni qué es, ni cómo tratarlo’ o ‘no tengo medicamentos’, se quedaría quizás seguramente insatisfecho o molesto el comunero. En cambio,

cuando te mido, te peso, te sacó la presión, te toco por ahí por allá, escucho tu tos y de alguna forma he hecho algo, disimulando." (Martín, encargado de albergue Potsoteni, 2017)

5.4 LA MOVILIZACIÓN DENTRO DE LA RED DE SALUD ESTATAL

La Red de Salud de Satipo supone un soporte para las pequeñas sedes del servicio de salud que se encuentran en zonas alejadas. De esta forma, las postas de Potsoteni y Quempiri forman parte de esta Red de soporte y, en cuanto una enfermedad es muy grave, se tiene que trasladar al paciente al hospital más cercano. Asimismo, se supone que el parto institucional consiste en trasladar a la parturienta hasta el hospital durante su trabajo de parto. Si bien la posta de Quempiri pertenece a la Red de Salud de Satipo, en la realidad su localización geográfica hace que sea más accesible trasladar a los pacientes a Pichiquia y, luego, a un hospital de Cusco o de Ayacucho.

Sin embargo, esta situación de baja calidad de la salud, tanto de los servicios como del personal, genera también la desconfianza de los vecinos de las comunidades, sobre todo, cuando se trata de movilizarse hacia las demás sedes. Los vecinos prefieren no ser trasladados al hospital, en primer lugar, por el tema económico, puesto que ello consiste en una inversión en pasajes de la comunidad al hospital más cercano, lo cual supera, en ambas comunidades, los 300 soles. Asimismo, el costo de vida en una ciudad definitivamente no es el mismo que tienen en sus comunidades, por lo cual se adicionan los costos del almuerzo y de la estadía de los enfermos, así como de sus acompañantes, si tuvieran.

“Si hay muchas emergencia, pero (...) acá pero una simple enfermedad no te solucionan y vas a empeorar. Entonces, va a llegar un momento en que te van a decir: tienes que trasladarte y ¿con qué voy? ¿quién me va a llevar? Entonces... el gasto es ... 15 a 20 galones, vas a llegar a 300 y tantos soles... Es ida y vuelta, ¿no? (...) Ahí tienes que tener tu pasaje del carro y tu alimentación cuando te dan de alta, porque cuando te internan al hospitalización te dan alimentos. (...) Entonces, a

veces las familias no tienen la capacidad de ir, seguirlos allá, porque no te dan a ti, como familiar no te van a dar alimentos. Solamente al paciente.” (Ángel, presidente de CARE, 2017)

“Algunos van al hospital de Satipo, solo que algunos no quieren. Porque dicen que es muy lejos, quién me va a cuidar ahí. No tienen comida, no tienen familiares, entonces qué voy a hacer ahí solo. (...) Tenemos acá ahora a Rambo, pues, tiene una infección fortísima a los pulmones y no quiere ir. (...) pero no quiere ir porque no conoce a nadie ahí, no se atreve, se quiere quedar acá.” (Martín, encargado de albergue Potsoteni, 2017)

Del mismo modo, la poca confianza en seguir los procedimientos de las postas para trasladar a los enfermos es porque, si fueran movilizados, tendrían que ir solos, ya que su familia no podría pagar su acompañamiento y el sistema de salud tampoco se responsabiliza por ese paciente.

“Pero ahí, este, lo que he visto también del personal de salud, se supone que, si hay dos o tres personales de salud, un personal tiene que acompañar al paciente. Eso es lo que yo tengo entendido. Pero, sin embargo, no lo hacen, se van y lo dejan, se regresan el personal.” (Ángel, presidente de CARE, 2017)

“Sino que la enfermera los lleva y lo dejan ahí no más, pues. Ella regresa y no van porque no tienen plata, pues, ¿dónde se va a quedar su familia? porque en el hospital no te dejan entrar a veces con toda tu familia. También, por ejemplo, en el hospital hay medicamentos que no todos son gratuitos, sino que tienes que pagar, o tienes que comprar afuera. A veces no quieren ir porque no tienen plata.” (Ever, promotor de salud Potsoteni, 2017, traducción: Mariluz)

Según las entrevistas, otra razón por la cual los vecinos se rehúsan a trasladarse es por experiencias previas de fallecimientos por la movilización

dentro de la Red. Esto puede producirse por dos razones que no son excluyentes: la primera es la distancia y poca capacidad de los hospitales nacionales para atender la demanda de salud, y la segunda es que los pacientes esperan mucho para animarse a ser trasladados, lo cual aumenta la posibilidad de que la enfermedad esté más avanzada y sea más riesgosa.

"No quieren salir. (...) a veces cuando llegas al hospital, a veces llegan muertos y por ese motivo creo. (...) O sea, por ejemplo, yo he tenido una experiencia en Puerto, este, en UPA [CCNN Unión Puerto Asháninka]. Teníamos niños y nosotros le mandábamos para Puerto, Satipo, ¿no? Entonces, los bebés volvían muertos. (...) Entonces, yo un día así le he insistido a un bebé que estaba mal, así le dije al jefe. (...) Yo le he insistido, le dije '¿sabes qué?, tiene que salir ese bebé, porque está mal'. Me dijo, 'enfermera para qué lo vamos a mandar a Satipo, porque a Satipo nos vuelve muerto, encima nos hace gasto. Volver no es fácil. Se hace gasto. Mejor, si vive, vive acá; si muere, muere'." (Enfermera de Potsoteni, 2017)

Otra arista del problema de la poca confianza en el sistema es el pudor de las mujeres, así como la poca costumbre de que se las examine. En este sentido, según las entrevistas, algunas mujeres consideran que sus problemas reproductivos se deben a envidia o brujerías que les hacen para no tener hijos y no consideran la posibilidad de ir a la posta para que se les revise.

"Por ejemplo, en caso de cáncer, en su mayoría están dando cáncer de cuello uterino. Y tratamos llegarnos al tope, al... de sacar Papanicolaou a las mujeres, pero hasta 20, 21 anual. Pero lo que es Potsoteni, se deja sacar su Papanicolaou. Se deja, no por 100%, como mínimo, se dejan algunas. Pero lo que es Chiquireni, Pichiquia, no se deja. Ese dos comunidades no se deja. Ni uno. Y tenemos uno ya ahora cáncer en Pichiquia, una señora, no sé qué vamos a hacer. (...) A veces por la infección, no se cura. También puede ser por estar en hongo, se puede contagiar. (...) Lo que es Potsoteni se deja, la vez pasada lo sacaron 20

no más. Y ¿cuántas mamás hay? unas 300, mínimo." (Enfermera de Potsoteni, 2017)

Por último, una consecuencia de la desconfianza en el sistema de salud estatal es que los vecinos, al preferir no ser trasladados, optan por quedarse más tiempo en la comunidad hasta que la enfermedad empeora. Ya para ese momento, es probable que sea tarde para tratarse.

"Hay pacientes que cuando ya se enferman, de TB tienen, no quieren ir al hospital, se van a vivir al cerro hasta que esperan sus últimos días. Y, cuando ya están graves, la misma desesperación de la enfermedad también les hace salir ya del cerro. (...) ya pues, por más que tú lo refieres, ya es imposible. La enfermedad, por último, atenciones, atenciones, se les manda a San Francisco, al final ya hasta el hospital de Ayacucho. Y la mayor parte de los pacientes vienen ya cadáveres, por el mismo hecho que ya está avanzado su enfermedad." (Enfermero de Quempiri, 2017)

"Por ejemplo, en cuando de salud, más que nada presenta algún enfermedad o sienten, necesita referencia, a veces no tienen economía ellos no pueden salir. Eso es lo que nosotros... también tienen bastante creencia de brujería. Ellos se van... a veces ellos se van a sus curanderos y no, no, a veces no le sana y ya recién viene al puesto de salud, cuando ya no pueden esconderse." (Enfermera de Potsoteni, 2017)

Con esta sección se puede evidenciar la poca capacidad del Estado, a través de sus redes de salud, para brindar un servicio de calidad que proteja la vida humana. De tal forma, la confianza y credibilidad de los vecinos de las zonas alejadas disminuye cuando obtienen un mal trato o, simplemente, cuando el tratamiento no es suficiente y termina siendo mortal. En este sentido, se intenta iniciar un proceso de medicalización en las zonas rurales, sin garantizar una buena calidad del servicio, lo cual produce resistencias al proceso, así como

tratamientos alternativos que son mucho más accesibles para los y las vecinas de la comunidad.

5.5 ATENCIÓN DE LA SALUD REPRODUCTIVA Y MATERNA

La atención que brinda la posta en cuanto a la salud materna contiene una serie de esfuerzos importantes desde el Ministerio de Salud para lograr la llegada de los suplementos alimenticios de madres y menores; sin embargo, el alcance de las postas para conseguir el consumo de las medicinas es limitado. En este sentido, las mujeres suelen aceptar las vitaminas o algunos métodos anticonceptivos, pero no necesariamente las consumen por algunas creencias respecto a los efectos que producen, los cuales no siempre corresponden a lo que las mujeres buscan. Asimismo, ellas cuentan con métodos tradicionales que han sido y son efectivos para el cuidado reproductivo y materno. De tal manera, muchas mujeres prefieren cuidar su salud reproductiva con sus propias medicinas naturales y no siempre aceptan los métodos de la posta, como se va a ver más adelante. A pesar de ello, la posta cuenta con una variedad de métodos anticonceptivos gratuitos, así como con un sistema de fichas para mantener el registro de las mujeres que utilizan los métodos anticonceptivos, de manera que puedan buscarlas y hacerles recordar la renovación del método.

En el caso de los controles prenatales, los funcionarios de salud también tienen el deber de realizar un seguimiento de las mujeres embarazadas; sin embargo, es una tarea difícil por el mismo territorio y porque algunas mujeres no necesariamente quieren ser controladas a través de los servicios de la posta.

"En temas de los... de las gestantes, madres, no lo hace las visitas domiciliarias, porque su función del personal de salud también es ir. Si la paciente no está, el personal tiene que ir a ver cuál es el problema, por qué no está yendo a su control. Esas cosas, el personal de salud tiene que estar capacitado, tiene que tener ese interés de atender a las personas, pero sin embargo no lo hace. (Ángel, presidente de la CARE, 2017)

Las mujeres que no quieren asistir a los controles de la posta usualmente conocen otros métodos de cuidados que no necesariamente son compatibles a los del servicio de salud estatal. Por ello, inclusive en los centros poblados como Potsoteni y Quempiri hay mujeres embarazadas de las cuales los funcionarios no saben.

"Me imagino que no van mucho, porque ellas no controlan el embarazo, ellas tienen sus propias formas y lo ves en el registro que no... o sea a la fuerza tienen que llevarlos casi a la posta para hacer sus controles. Ellas tienen sus propios indicadores para saber si están embarazadas. O si están tranquilos ya una mujer que ha tenido su octavo hijo o su noveno hijo, ya tiene experiencia. Si estoy bien para qué voy a la posta. Yo voy a la posta cuando hay algo. (...) ¡Cuántas embarazadas hay de las cuales la enfermera no está ni enterada, porque no van a la posta!" (Martin, encargado de albergue Potsoteni, 2017)

En este sentido, además de los cuidados tradicionales, existen creencias en torno a la salud de la posta, así como a las medicinas que ésta ofrece.

"Iba a sus controles si es que le hacía recordar. Pero generalmente, no quieren ir. No quieren ir porque, uno, les van a dar tipos de medicamentos para que se le cure la anemia. Casi todos tienen anemia acá y a ellos no gusta tomar ningún tipo de pastillas por el mal olor que tienen. Uno, porque dice tiene muy feo olor, otro porque tienen creencias que si tomas ese ya no vas a quedar embarazada, si tomas ese tu hijo va a salir color de pastilla. (...) Por ejemplo, la mía [su esposa] tenía anemia, también tenía y le daba pastilla el enfermero y no lo tomaba, lo botaba, lo quemaba. Ya pues si no das otro sustituto... si la mamá tiene anemia, el bebé ¡qué va a nacer!" (Raúl, profesor de Quempiri, 2017)

Asimismo, es más común que en los centros poblados acudan con más frecuencia a la posta, a pesar de que lo hagan cuando ya falta poco para dar a luz.

“Ellas mismas vienen ya. Hay algunas que a veces no están conscientes. Vienen al séptimo mes, pero es un mínimo, al segundo, ellos mismos vienen, te piden que le hagas su análisis y te dicen de frente, estoy embarazada. Y ahí se les hace su control. (...) Aquí en Quempiri, de las 10 mujeres que son gestantes, las que son conscientes pues son 8 que vienen a sus controles. Otras, a pesar de que saben cuáles son las consecuencias, sabiendo, no acuden. Entonces, solo mínimo, pero sí hay.” (Enfermero, posta de salud de Quempiri, 2017)

Sin embargo, en los anexos y demás comunidades, la realidad del alcance del sistema de salud es limitado, en tanto no conocen a las personas y no se les realiza ningún tipo de seguimiento ni visita.

“Hay casos que avisan que van a dar a luz, pero no sabía que la mujer estaba embarazada. De las 10, será pues 1 o 2 que no vinieron nunca a los controles. A veces de sorpresa nos agarran. Pero, ese mayormente, de aquí de Quempiri no son, pero son las que viven así a los alrededores, en el pueblo, en el pueblo, todititos sabemos quiénes están embarazadas. Sí conocemos acá, pero los que viven en los alrededores, viven de sus chacras y ni conocemos.” (Enfermero, puesto de salud de Quempiri, 2017)

Inclusive, en los centros poblados en donde las mujeres tienden a participar de los controles prenatales, el parto es realizado en sus domicilios y los funcionarios de salud no pueden participar del evento. Si bien, en algunos casos, se avisa al funcionario, éste no puede ingresar o solamente puede mirar.

“Cuando están ya con... en trabajo de parto, las mujeres... los esposos o algún familiar se acerca al establecimiento y avisa al personal que está dando a luz. Y vamos. Vamos allá, observamos. En algunas veces, te dejan agarrar, ayudarle, pero normalmente solo hay que mirar. A veces, ellos no te dejan ingresar tampoco, te dicen no más está dando a luz. Pero ellos no quieren que ingresen (...). A veces los esposos no quieren. No, va a tener bebe ahí mi señora, dice, ya te voy a avisar cuando va a nacer, dice. Entonces, nosotros ya no podemos actuar ahí directamente.” (Enfermero, puesto de salud de Quempiri, 2017)

“Ellos no te dejan [participar], rara vez te dejan las mamás. No se deja tocarse, entonces tienes que ver no más si hay, ocurre hemorragia algo y para referencias. Así estar presente. Y no puedes insistir. Como que de costumbre están acostumbrados.” (Enfermera, puesto de salud de Potsoteni, 2017)

En el caso de Quempiri, se han tenido partos dentro de la posta que incluyeron ciertas costumbres tradicionales como es la presencia de familiares, partera, así como el uso de medicinas tradicionales.

“Sí hemos tenido parto, que la partera viene aquí y, entonces, como ellos quieren, entonces para no estar creando ahí unas malas expectativas de los esposos, de los familiares, dejamos entrar a veces la partera. Muchas veces la partera o familiares le traen su agüita, y sí le dejamos tomar. De 8 gestantes que dan a luz, 2 dan en la posta. Como que ellas mismas dicen ‘sí, me ha atendido así’ y ellas mismas incentivan a las demás.” (Enfermero, posta de salud de Quempiri, 2017)

Sin embargo, el parto domiciliario sin avisar al personal de salud conlleva un problema que va más allá del aspecto de la salud, puesto que tiene que ver con un tema de registros del recién nacido. En este sentido, cuando hay partos

domiciliarios y no acuden a la posta inmediatamente, es posible que se tenga problemas de registro del recién nacido.

“Aquí en Quempiri, habrá uno o dos así que no avisan. Aparecen, al mes. A veces cuando tiene dos meses, así el niño. Pero en las comunidades aledañas, ahí sí no te avisan nada. Ahí sí ellos vienen bueno, porque del niño tiene que tener DNI. Entonces a pedir su certificado vienen, y ya pues los niños ya están de dos meses, tres meses, sin vacuna, sin peso, sin nada. Ahora es difícil conseguirles una partida, porque el registrador les pide varios requisitos y si no tiene, les imposibilita obtener esa partida. Claro, no es que no le van a dar, pero les dificulta. Nosotros les pedimos los certificados de nacidos vivos, pero ahí le piden tarjeta de control, todo eso. Si no tienen controles, no tienen nada.” (Enfermero, puesto de salud de Quempiri, 2017)

Con estos hallazgos, se puede notar el perfil de las mujeres que sí asisten a la posta y el perfil que no. Por ejemplo, el primer discriminante es la capacidad de la mujer para hablar el idioma, puesto que todos los enfermeros hablan en español. Luego de ello está la cercanía de la mujer a la posta; es decir, si se encuentra en el centro poblado. También está la opción de que se encuentre ahí y decida no ir a controlarse. En este sentido, la posta es un actor prácticamente pasivo, que se encuentra al margen de la comunidad y se utiliza cuándo y cómo parezca conveniente. Asimismo, las pastillas o tratamientos que ofrece la posta en cuanto a cuidados reproductivos y maternos no siempre son utilizados por las mujeres, a pesar de que se les brinda las facilidades, puesto que no siempre están acostumbradas a ese tipo de medicamentos. De alguna manera, esto supone una resistencia a la medicalización y una cohesión importante de la comunidad para proteger sus espacios privados.

Por otro lado, es notable la diferencia entre las mujeres de Potsoteni a las de Quempiri, puesto que las de la segunda comunidad están más inmersas en la lógica medicalizadora, en tanto algunas deciden parir en la posta misma. Sin

embargo, en la comunidad de Potsoteni eso no sucede, puesto que no tiene contacto con otras culturas como sí lo tiene Quempiri.

Por lo tanto, bajo esta premisa, es entendible que en las comunidades Asháninkas las mujeres asistan a las postas para monitorear su embarazo, pero luego no consuman las pastillas que les ofrece la enfermera. Asimismo, es común que las mujeres quieran controlar su fecundidad y acudan a los métodos anticonceptivos otorgados por la posta; sin embargo, los efectos secundarios pocas veces suelen ser agradables, por lo que muchas abandonan los tratamientos. Del mismo modo, el parto supone cierta resistencia a la posta médica, en tanto lo realizan en sus casas y con sus propios conocimientos ancestrales, tal como sigue el modelo de medicalización inacabada. En estos casos, se pueden notar las dos vertientes analizadas de la medicalización del marco teórico, ya que las mujeres no confían a las ciencias biomédicas el total control de sus cuerpos y procesos, sino que utilizan sus servicios según la necesidad y lo que ellas mismas consideran útil; mientras que ciertos procesos son propiedad de ellas mismas y de sus comunidades.

CAPÍTULO 6: LA SALUD REPRODUCTIVA Y MATERNA TRADICIONAL

6.1 LOS CONOCIMIENTOS TRADICIONALES SOBRE LA SALUD Y BRUJERÍA

La salud tradicional para las comunidades Asháninkas es importante, puesto que contiene una tradición ancestral y sigue teniendo gran autoridad por sus atribuciones curativas. Sobre todo, la medicina tradicional se utiliza para solucionar dolencias o problemas de salud relacionados con males del bosque, así como de personas con malas intenciones. Por ello, las comunidades confían en los saberes de las personas que tienen los conocimientos ancestrales de la salud Asháninka, cuyos representantes son los Sheripari, quien se comunica con otros seres del universo para mantener un orden, y los vaporeadores, quienes descifran el mal y pueden curarlo.

“Ellos creen en brujería, más que todo priorizan a eso y no llegan a acudirse, no llegan al hospital y, ya pues.” (Enfermero de Quempiri, 2017)

"Acude primero a las curanderas. Sheripari ya no existe, solo vaporeadores. Antes sí teníamos. (...) En toda la cuenca del Ene ya no, solamente vaporeadores, no más. Que vaporean, nada más. No sabes si te han hecho una brujería, cualquier enfermedad te puedes evaporearte. Cuando te evaporeas te das cuenta si es algo maligno que te han hecho brujería. Desde ahí sacas la conclusión. Pero no te dice quién es, pue, no conocen." (Ángel, presidente de la CARE, 2017)

Una de las razones que podrían explicar tal comportamiento es la convicción acerca de la brujería y los males que pueden ser realizados tanto por personas como por otras entidades vivientes. En tal sentido, muchas veces, el motivo de las enfermedades es una brujería que no necesariamente se cura con una pastilla o un tratamiento de la posta, sino con otro tipo de procedimientos que, además, suelen ser más rápidos y eficaces que la medicina occidental. Es decir, para curarse de una enfermedad a través de un tratamiento en la posta,

el procedimiento dura al menos una semana; sin embargo, a través de un vaporeo, el malestar desaparece a penas se termina el ritual.

“Tienen tuberculosis y no quieren a veces, ay no, dicen, que me han hecho brujería, todas las veces dicen. Entonces ya, lo pasan como brujería y van a la posta, pero le dan un tratamiento que a veces no lo cumplen ellos, no lo toman. Como no mejoran y siguen tosiendo y siguen tosiendo, piensan ‘ay que por gusto estoy tomando, que no me mejoro, que no me pasa’... ellos quieren tomar una pastilla que al toque se sane y no es así. Es un tratamiento largo. Si es una maldad, claro que va a funcionar rápido, ahí sí te sana, pero si no es una maldad, si es una enfermedad, no te va a funcionar, por más que te bañes con el sheripiari, por más que te vaporees, igual sigues.” (Mariluz, encargada de albergue, 2017)

"Ellos, pue, le hacen hervir un poco de agua, sin calentar, ahí le echan las... qué tipo de hierba, ellos ya conocen. Lo bañan con esa agua más su hierbita, lo bañan. Ya, en eso, sale pluma de gallina o cualquier objeto. Es su creencia que, según el objeto, le definen, pue, qué es. Así yo le digo. Por ejemplo, una fecha también, un chico se ha desmayado, gritaba, todo. Entonces lo han hecho evaporación, lo calmó al chico. En UPA [Unión Puerto Asháninka]. El joven gritaba, ha estado gritando. Cuando le ha salido, ha salido vidrios, así botella partida en partes... eso dice le hinca. Así es, loco. Sí, ha mejorado..." (Enfermera de Potsoteni, 2017)

De todas maneras, tanto la medicina tradicional como la ofrecida por la posta se encuentran, dentro del imaginario Asháninka, como equivalentes y disponibles para su uso. De tal forma que algunos van a acudir primero a la medicina tradicional y, luego, a los servicios de la posta, y otros vecinos lo harán al revés. Esto no quiere decir que uno sea mejor que otro, sino que los dos son igual de válidos y serán utilizados según corresponda.

"(...) también tienen bastante creencia de brujería. Ellos se van... a veces ellos se van a sus curanderos y no, no, a veces no le sana y ya recién viene al puesto de salud, cuando ya no pueden esconderse." (Enfermera de Potsoteni, 2017)

"Ellos no vinculan, si, por ejemplo, ellos, por ejemplo, está con diarrea, va a la posta. Si no le pasa con ese jarabe, ya va con el curandero, que quizá el curandero pueda curarlo. Si no va con el curandero, si ese mal no pasa, van recién a la posta." (Ever, promotor de salud Potsoteni, 2017, traducción: Mariluz)

Es posible que los que prefieren la salud estatal como primera opción lo hagan, porque resulta más económico.

"Sí cobra también el sheripiari, ¡50 soles! Sí cobra cuando te sanas, dice va a cobrar. Pero yo no pago, pues, sheripiari. Mejor en la posta, es gratis. En cambio, acá cuando te cobra acá una curandera, se cobra 10 soles, 5 soles, 20. Donde sabe." (Ever, promotor de salud Potsoteni, 2017)

Por esta razón, muchas veces los vecinos de las comunidades llegan ya a la posta luego de haberse vaporeado y, según la medicina tradicional, ya saben qué es el mal que los aqueja.

"Lo primerito que hacen cuando están enfermos, ya, hay que vaporearse. Y de ahí cuando vienen aquí dice, me duele mi cintura, mis huesos. Me he vaporeado y ha caído hongos, ha caído hojas. Lo primero tienen que ir ellos al curandero y, de ahí, aquí. Así es su costumbre de ellos. No puede venir de frente. Aquí, lo que yo sé, hay más o menos, 1, 2, habrá pues 5 vaporeros, así." (Enfermero de Quempri, 2017)

Si bien el vaporeo sirve para saber cuál es la causa de la enfermedad, algunas veces puede curar a las personas sin necesidad de acudir a un Sheripiarí.

"Sí, porque mi colega, ahí en UPA [Unión Puerto Asháninka] también, mi colega dice, le dolía la cabeza, todo, todo le dolía, total, dice estaba... Y se ha ido hacerse evaporar con una niña. Lo calmó. Igual también, yo también, parece, sufría de gastritis, de estómago. Ta lleno, no más, no pasa. Así es cuando sufres de gastritis. Entonces asustamos y me daba hincazón en mi pie y nos hemos hecho evaporar con mi colega, hemos pasado esa experiencia (risas). Entonces, hay que evaporarle, tal vez algo es eso, ¿no? Algo nos... nos hacemos evaporar y sale un... ¿cómo se llama esto? de cable... corriente. Y eso, me pasó (risas). Ajá, me pasó eso, no hay gastritis. De verdad, así nos hemos experimentado. Único ha sido eso. Me he experimentado." (Enfermera de Potsoteni, 2017)

No obstante, algunos funcionarios de la salud estatal pueden resultar ajenas a estas creencias, lo cual solamente hace crecer la desconfianza de los vecinos.

"Porque ellas, las enfermeras no creen, por ejemplo, si te han hecho una maldad, ellas no creen. Ellas, si tienes una diarrea, si te duele la barriga es porque tienes infección. Ellas nunca te van a decir ah te han hecho una maldad y no te van a decir que te vea el sheripiarí o te tiene que ver la curandera. Ellas te dan su pastilla normal, pues." (Mariluz, encargada de albergue Potsoteni, 2017)

Sin embargo, también es posible que el vaporeo pueda llegar a ser un riesgo para la salud, sobre todo si no se sabe de qué enfermedad se trata.

"Por ejemplo, de evaporación, cuando ellos están con anemia, corre riesgo pue. Con neumonía, también. Tanto que le bañan, más se complica." (Enfermera de Potsoteni, 2017)

En este sentido, se puede notar que los conocimientos ancestrales y tradicionales de la comunidad Asháninka tienen mucha presencia para los vecinos y vecinas, en tanto trata y cura enfermedades de manera inmediata. De tal forma, la presencia de otro tipo de salud, como la estatal, no compite con las creencias de la medicina tradicional; por ello, lo que se dicen que son males o maldades no pueden ser tratadas por funcionarios estatales, sino por autoridades de salud tradicional. En este punto, el diálogo intercultural entre ambas lógicas se trunca, ya que la salud occidental no reconoce la posibilidad de que existan intenciones humanas o no humanas que pueden interferir con la salud de algunas personas.

De todas maneras, es notable que muy pocos vecinos hablan sobre los vaporeros y sheripiaris, sobre todo con personas extrañas. Esto es debido a la persecución (en los tiempos de la violencia política) y prejuicios en torno a la figura de estos personajes. Por ello, muchos de los sheripiaris viven normalmente en el monte y son personas ancianas, cuya identidad no se revela con facilidad; por el contrario, los vaporeros sí viven en el centro poblado. Si bien los vecinos de la comunidad negaban la existencia de tales personajes (quizá para protección de los suyos), los entrevistados que trabajan en la comunidad sí confirmaron su existencia.

6.2 LA SALUD MATERNA TRADICIONAL

Si bien las principales causas de las enfermedades para los Asháninka son los males hechos por brujería, ya hay algunos procedimientos que han comenzado a hacerse parte de la rutina de algunas mujeres, como es el Papanicolaou.

“Hay campañas y también atención. Se le acerca su Papanicolaou y con eso también se detecta. Si tiene, si sale positivo, suyo positivo, se le refiere a un hospital, porque nosotros no podemos hacer el tratamiento. Bueno ahora sí se dejan, algunas señoras que ya se han dado cuenta que ha muerto alguien con cáncer. Como que del miedo que les va a dar, entonces acuden. Pero no es... será pues un 50%, 45% de toda la población, pero sí acuden. Ahora otra es que cuando

llegan a su control, se les invita a hacer este, algunas acceden, otras no.” (Enfermero de Quempiri, 2017)

A pesar de ello, todavía hay algunas mujeres que cuestionan los procesos de la salud institucional, así como las explicaciones de los funcionarios de salud estatales. De tal forma, la explicación para la infertilidad es la brujería.

“Así hablan acá, que me han hecho brujería, por eso ya no puedo tener más hijos. Cómo será, no sé. Ellos dicen que te hacen un amarre en tu útero, ahí para que no tengas hijos.” (Mariluz, encargada de albergue Potsoteni, 2017)

Sin embargo, también es cierto que esta deficiencia del aparato reproductor en las mujeres pueda deberse a un cáncer de cuello uterino o virus del Papiloma Humano. Esto se induce por las entrevistas que se hicieron a mujeres que alegaron no poder tener más hijos, luego de uno o dos partos anteriores. A ello, el enfermero de Quempiri dice lo siguiente:

“El cáncer de cuello uterino por los muchos abortos que tienen. Ellas mismos se provocan con hierbas y también en las boticas, se compran las pastillas y se toman las pastillas y abortan.” (Enfermero, posta de salud Quempiri, 2017)

Además de esta situación, un problema importante de salud, como ya se ha visto, es la desnutrición y anemia. Estas deficiencias alimenticias afectan, sobre todo, a las mujeres, quienes algunas veces prefieren darles de comer a sus hijos antes que alimentarse a ellas mismas. Aquella falta de alimentación en las mujeres afecta la vida reproductiva, ya que, para sobrellevar un embarazo y soportar un parto, una mujer necesita una situación de salud óptima.

“Aquí hemos tenido muerte materna. Justamente es, porque la pacientita que se ha muerto es de otra comunidad nativa, y por el mismo hecho de que ellos no tienen esa creencia o no, ellos de control

de materno es como que, no toman conciencia de que es un control. Entonces, la paciente enfermó y no acudió al establecimiento. Cuando ya estaba en las últimas, ya ahí recién acude, pero ya era tarde ya. Y como la paciente tenía desnutrición, anemia y crónico, entonces como que le dio una EDA y, probablemente, tenía otros diagnósticos preexistentes. Murió cuando estaba embarazada. La causa principal, la verdad, no se ha determinado, porque seguramente tenía otros problemas preexistentes. Pero solamente le dio una EDA y la EDA le llevó a una deshidratación fea. Y la EDA no te mata pues, simplemente. (...) Pero no sabemos cuántos días también, pero la paciente estaba bien deshidratada. Ya no lo hemos encontrado viva.” (Enfermero, posta de salud de Quempiri, 2017)

Como se puede observar, la brujería es la causa de muchos males que aquejan a la comunidad Asháninka, por lo cual forma parte de su comprensión de las enfermedades, así como parte de sus vidas cotidianas. Esto, a pesar de ser una realidad, no es tomado en cuenta por los funcionarios de salud, quienes no dan cabida a la posibilidad de una brujería. En este sentido, el servicio de salud estatal puede llegar a ser hermético frente a algunas creencias, lo cual dificulta la posibilidad de un diálogo intercultural. Como se ha visto, la explicación de la infertilidad para una mujer es la brujería, mientras que para el funcionario son los constantes abortos que han producido un cáncer de cuello uterino.

6.3 LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

En cuanto al uso de los métodos anticonceptivos, es conocido que las mujeres Asháninka conocen métodos ancestrales para la planificación familiar. En este sentido, cuentan con ciertas plantas medicinales que son utilizadas para tener hijos o dejar de tenerlos.

“Ah, eso comentan pues ellos, pero yo no puedo decirte hará efecto, porque necesita seguimiento pue. ¿Quién está cuidando? pero ellos son bien reservadas, pue. No te puede soltar de esa manera... tienes

que... ellos no te suelta. Así, fácil, no te suelta. Mínimo. Sí, sí escucho que cuidan con la plantita. Pero..." (Enfermera, puesto de salud de Potsoteni, 2017)

En este sentido, las mujeres se separan en dos grupos: las que usan los métodos anticonceptivos naturales y las que utilizan los métodos otorgados por la posta. Esta división supone un sistema de confianza preexistente en la medicina tradicional, mientras que los métodos que ofrece la posta son totalmente nuevos. Aquello, como se ha confirmado con una mujer Asháninka entrevistada, se presta a malas interpretaciones sobre los efectos secundarios de los métodos de la posta como, por ejemplo, sangrado abundante luego del tiempo de uso, lo cual se confunde con hemorragias o abortos espontáneos.

"Como algunas mujeres sí quieren ampollas, pero algunos no quieren entonces ya van por natural. Dicen que da daño, ampolla, ampolla, se coagula la sangre adentro. Es casi igual ivenki que ampolla (...). La mayoría no quiere ampolla, dicen: 'me ha hecho mal'. Lo que más, señoritas." (Promotor de salud de Quempiri, 2017)

En este contexto, las mujeres que tienden a probar los métodos otorgados por la posta son las mujeres más jóvenes, mientras que las mujeres mayores, que conocen las preparaciones de las plantas medicinales, utilizan estos conocimientos para su planificación familiar.

"Las mujeres mayores no [usan MAC de la posta]. Las señoritas sí están utilizando, píldoras. (...) Sí, ivenkis, como te digo, algunas, algunas. Como te digo, las mayores, mayores, es totalmente, ya que tiene 58, ya, algunas. Pero mayormente son jóvenes que están utilizando esas pastillas anticonceptivas." (Ángel, presidente de la CARE, 2017)

“Mi señora sí no utiliza método de la posta, puro ivenki no más. Siembra pue, del monte, de hierba.” (Federico, promotor de salud de Potsoteni, 2017)

Asimismo, puesto que normalmente las mujeres empiezan su vida sexual muy jóvenes, algunos padres han comenzado a introducir a sus hijas en los cuidados anticonceptivos. De esta manera, algunos prefieren atenderse en las postas, sobre todo, cuando no conocen los métodos tradicionales.

“Sí, las niñas se cuidan... a veces de 13, 14. Sus propios... ahora último le veo, sus propios padres le traen a las niñas que tienen 13, 14, 15, ya. Más o menos que está grandecita ya la traen, ya. Algunos padres, padres mismos. Lo que es de un mes.” (Enfermera, puesto de salud de Potsoteni, 2017)

En efecto, es común que las mujeres de Quempiri y Potsoteni estén cada vez más dispuestas al uso de los métodos anticonceptivos de las postas. En Quempiri, que es la comunidad nativa más conectada con otras comunidades colonas, las mujeres realizan su planificación familiar en conjunto con la posta y eligen el método anticonceptivo que les acomode para su condición.

“Entonces, hay algunas mujeres que, sin que ustedes les digan, vienen a planificarse su familia y eligen qué método ponerse. Hay otras que están con las mensuales, las trimestrales, o también las píldoras. Y raras veces, de las 100 mujeres que tenemos aquí, más o menos, ahora una o dos que se liga se hace la ligadura. Pero ellas, por propia iniciativa de ellas, nosotros no las obligamos. (...) Al tiempo del parto o la cesárea, ahí aprovechan para hacerse esa ligadura en el hospital.” (Enfermero, puesto de salud de Quempiri, 2017)

En Potsoteni, la realidad es distinta, ya que las mujeres, si bien aceptan los métodos anticonceptivos, no necesariamente acuden a la posta por su propia iniciativa.

"Será unos 60% que utilizan los MAC de la posta. Pero ellos no te van a venir, ¿sabes qué?, señorita, aplíqueme. No te van a decir. Tienes que insistirlo. Tienes que insistirlo y se trata de convencerle. Acá no te va a decir póngame, me toca, nada. O necesito cuidarme, nada. Ellos no te van a hablar de esa manera, tienes que ir, hablar, y así." (Enfermera, puesto de salud de Potsoteni, 2107)

Sin embargo, también en Quempiri se produce resistencia en cuanto a los métodos de la posta por ser químicos.

"Más miedosas que son las chicas para ampollas, no les gusta nada tipo de químicos. Tienen terror a las inyecciones." (Raúl, profesor de Quempiri, 2017)

No obstante, esta realidad acerca del uso de los métodos anticonceptivos de las postas es mucho más común en los centros poblados que cuentan con una posta, ya que en los anexos o lugares más alejados las mujeres no suelen optar por estos métodos. Por ello, se podría decir que, en realidad, son pocas las mujeres Asháninkas que utilizan estos métodos en la cuenca del Ene.

"En Quiteni [anexo de Quempiri], las mujeres Asháninkas, mayormente, se cuidan con hierbas. Ellas toman unas hierbas y con eso ellas dicen que se cuidan. Entonces, no acuden al puesto de salud, por ampollas o por preservativos, no. Ellos exclusivamente con sus hierbas naturales. Pero yo no lo conozco, no sé cómo lo prepararán. Las mujeres mismas me dicen, yo me cuido con hierbas. Y no quieren ponerse ampollas." (Enfermero, puesto de salud de Quempiri, 2017)

Esta situación abre la posibilidad de que las mujeres sí reciban los métodos ofrecidos por la posta, pero en la realidad no los utilicen.

“Igual las mujeres, les da pastillas para ovulación, no sé qué. Igual está botado ahí en su basura, o está quemado, o está sacado de su... los niños están jugando con eso. No se cuidan, pues, no tienen costumbre, ellos creen más en sus hierbas. En sus tradiciones.” (Raúl, profesor de Quempiri, 2017)

Sin embargo, también se encuentra otro tipo de resistencias a los métodos de la posta, sobre todo se muestra rechazo hacia los condones. Esto es porque el uso del condón se puede ver como un signo de poca virilidad, en tanto no se puede tener muchos hijos como un hombre quisiera o debiera.

“Acá los chicos y chicas no les gusta usar eso. No usan. Primero, no saben cómo usarlo y segundo porque como son machistas. Dice [que] no sienten nada, dice, los varones. (...) Se burlan del preservativo. Tienen sus dichos: ‘solamente los que usan son porque son del otro equipo, no son machos’. Aquí cuando tiene más hijos, eres más hombre dicen. Y cuando tiene más hijos varones, mejor. Preservativos, nada. El médico les da preservativos, vas a ver en su basura, ellos lo botan. Los niños están por ahí jugando como globo.” (Raúl, profesor de Quempiri, 2017)

En esta sección se puede notar claramente la discriminación del acceso a los métodos anticonceptivos entre las mujeres que viven en los centros poblados frente a las que viven en las comunidades anexadas. En este sentido, las que tienen el acceso a los métodos son mujeres que asistieron a la escuela y hablan el castellano, por lo cual comprenden el uso de estos métodos. De todas maneras, hay modos naturales de anticoncepción para algunas mujeres que sí conocen los métodos tradicionales, lo cual disminuye la posibilidad de que consuman los que brinda el Estado. De igual manera, hay cierta resistencia hacia las pastillas y otros métodos por motivos culturales. En este punto, es importante considerar los elementos de la interculturalidad que promueve que la igualdad en el diálogo es fundamental para lograr el bienestar.

En este caso, ambos métodos cumplen con un mismo rol, pero solo uno es reconocido por los servicios de salud estatales como el método institucional.

6.4 EL EMBARAZO

Como ya se ha visto, demográficamente, la edad fértil de las mujeres Asháninkas comienza, muchas veces, desde la menarquía o primera regla. Sin embargo, la entrada de los nuevos métodos anticonceptivos, así como la escolarización de las mujeres, han cambiado algunas dinámicas, por lo cual ya no es tan común que las mujeres tengan hijos tan jóvenes. De todas maneras, las mujeres adolescentes que tienen hijos no son necesariamente estigmatizadas, sino que comienzan su vida de casadas si el hombre se queda en la comunidad. Sin embargo, si el hombre no decide quedarse con ella, es posible que la vida de una madre soltera sea más difícil, por lo cual un embarazo precoz no es siempre lo más adecuado.

“13, 12 años, de esa edad tienen hijos. Aunque ahora ha cambiado bastante, es un mínimo que tiene embarazo precoz, es un mínimo. Ha bajado bastante. Las primerizas, lo común son de 20, 25. De 10 gestantes. Hay dos o tres que están ahí con embarazo precoz.” (Enfermero, posta de salud Quempiri, 2017)

De tal forma, los cuidados que debe tener una mujer embarazada, según la tradición, tienen que ver con las actividades de las mujeres, así como con su alimentación durante el embarazo, ya que de esto dependerá que el bebé nazca sano física y emocionalmente.

En cuanto a los cuidados físicos, las mujeres durante el embarazo, si bien pueden hacer todas las actividades normalmente, suelen cargar menos peso para proteger su embarazo.

“Las mujeres cuando están embarazadas no pueden traer pues tanta carga o tanto peso. Los varones son los que traen peso. No pueden traer agua. Sí traen, pero poco. Lo normal, van a sus chacras, el

hombre trae una leña grande y las mujeres lleva las leñitas chiquitas, pero eso es lo que pesa más, pues. O a veces los hombres traen leña y las mujeres traen en su canasta yuca, pero la yuca pesa más. Pero eso es cuando no están embarazadas, porque cuando están embarazadas dejan de traer ciertas cosas que pesan.” (Mariluz, encargada de albergue Potsoteni, 2017)

Asimismo, las actividades psicosomáticas que realice la madre también tienen consecuencias sobre las actitudes de sus hijos cuando ya hayan nacido.

“Las mujeres cuando están embarazadas, su mamá, le manda a que no duerma mucho. Que tiene que estar haciendo alguna cosa, alguna manualidad, tejiendo, preparando masato. Más que nada le hace tejer para que el bebé no salga ocioso. Porque si mamá duerme la mamá, el bebé va a salir muy ocioso.” (Raúl, profesor de Quempiri, 2017)

De esta misma forma, la alimentación también es fundamental para el buen desarrollo del bebé, ya que el bebé nacido puede adquirir las características físicas o actitudinales de lo que coma la madre durante su embarazo.

“Por ejemplo, no comen carne. Por ejemplo, el sajino, el venado, no lo comen hasta los 3 meses, porque si comen así puede parecerse a un venado o nacer con algún defecto. Hasta los 3 meses ellas no comen nada, no pueden comer pescado, otros alimentos no, mas no carne. (...) El coco también igualito, cuando comes el coco, tu cabeza muy redondo, muy grande sale. No puedes dar a luz.” (Mariluz, encargada de albergue Potsoteni, 2017)

Bajo esta lógica, hay muchos alimentos que están prohibidos de comer para una mujer embarazada, sobre todo, alimentos de procedencia animal, ya sea porque el bebé puede salir feo o porque pueda salir con ciertas actitudes indeseables.

“Como estuve acompañando a mi mujer cuando estaba embarazada, a ella le prohibieron comer rana, comida de sapito. ¿Por qué? dicen que si comes rana estando embarazada va a salir tu hijo feo, como la rana. Así babeando. (...) El mono, porque va a ser muy travieso, va a ser muy inquieto. Tiene la creencia de que ese animal va a... el niño va a asimilar algunas el famoso ojeo, mipa le dice en quechua. Lo va... tipo ojear, lo va a traspasar algunas cosas. (...) Son sobre todo animalitos, que no quiere que consuma. (...) algunos gusanos tampoco. (...) Le traspasa, dice, algunas cualidades. Pero sí a otros animalitos... por ejemplo, el pez, acá hay un pez llamado motosierra, eso no, porque es muy cochino ese pescado, come todo, tiene muchos microbios y es feo el pescado, su cría es fea, entonces tampoco quiere que coma eso.” (Raúl, profesor de Quempiri, 2017)

Esta creencia sobre la mipa se reafirma constantemente con las experiencias de las mujeres sobre la relación de sus antojos durante el embarazo y la apariencia de sus hijos.

“Había comido ese pescado, dice, bastante carachama, que ha comido eso y que su hijita ha nacido, así, con sus dientes chiquitos. Y eso pasa a veces. Por ejemplo, yo, cuando estaba embarazada de Joshua, un mes, asu, me gustaba el mango, mango, mango... ay, eso era mi antojo el mango, y de ahí cuando nació Joshua tenía la cabeza del mango. Hasta ahora tiene la cabeza del mango, sino que no lo he podido bajar bien, de él su cabeza era así grande. Cabeza de mango, porque he comido bastante mango.” (Mariluz, encargada de albergue Potsoteni, 2017)

Sin embargo, esta creencia podría conllevar un riesgo para la salud, no solo del bebé, sino de las mujeres mismas, quienes tienen una larga costumbre de mala alimentación. Ello, sumado a las limitaciones de alimentación durante el embarazo, potencia las posibilidades de contraer niveles más altos de anemia y desnutrición.

"Ese analogismo que hacen a si comes venado, tu hijo va a ser como muy tímido, o si comes oso perezoso tu hijo va a ser flojo, si comes esto va a ser así. Entonces, eso termina que las mujeres no comen nada durante el embarazo. Ni pescado ni frutas, ni carne. Entonces están bajísimo en hemoglobina. Sus hijos salen pequeñitos, chiquititos. (...) Todos quieren hijos grandes y fuertes, y justamente es la razón de las reglas alimenticias. Es justamente tener un hijo fuerte. Por eso no tomas venado, porque el venado es muy tímido. Entonces no quieres que tu hijo sea así, quieres que tu hijo sea grande y fuerte." (Martin, encargado de albergue Potsoteni, 2017)

Además de ser un riesgo para la mujer, los bebés también sufren las consecuencias de la baja alimentación durante el embarazo.

"Sí, bastantes nacen desnutridos, con un peso bajo. Muchas veces no les ponemos las vacunas hasta que agarren el peso adecuado. La causa principal es porque la mamá, en primer lugar, tiene anemia. Ahora, durante el primer trimestre, ellas no se alimentan adecuadamente. Luego, lo único que se alimentan, es solamente yuca y masato. De todo el mes comerán una vez no más pescado, una o dos veces. Verduras no comen. Y eso es, lo mínimo. Porque, uno, las mujeres mayores no tienen costumbre de comer, ellos solamente su masato y su yuca y si hay un pescado por ahí, el pescado lo comparten entre varias, más es el trozo de yuca que el pescado. Entonces tienen que compartir. Entonces, el bebé no se desarrolla. Si no tiene una buena alimentación la mamá, imagínate el feto. Ya están acostumbradas a comer así. A veces cuando tú le das comida, comen una cuchara, dos cucharas y lo demás toditito le da a los niños." (Enfermero, posta de salud Quempiri, 2017)

Bajo esta lógica, la relación con la posta durante el embarazo no es distinta, ya que los suplementos que ofrecen no le satisfacen por varias razones.

“A veces que, como recién estás conociendo, le damos vitamina, ácido fólico... nosotros les decimos tiene que tomar su bebé para que su bebido salga gordito, todo. Pero no es así. Ellos no pensaban en eso. Ellos, más bien, no tomaban esa pastilla con el fin que el bebe que no crezca gordito, nada. Por eso no tomaban ellos. Porque ahora último no más que he escuchado eso. ¿Y por qué no toman? No, eso no tomamos, porque el bebé va a crecer grande y no va a poder salir. (risas) Entonces, ¿qué lo hacen pastillas? No, está guardada. (...) “Sí, yo también, recién hace meses he escuchado eso. (...) Ahí tá, dice no comen carne, porque el bebe engorda y no puede salir.” (Enfermera, posta de salud Potsoteni, 2017)

De esta forma, si bien las creencias respecto a la alimentación están fundamentadas en el bienestar del bebé por nacer, también tienen una lógica funcional para un parto domiciliario, ya que, mientras el bebé sea más pequeño, habrá menor posibilidad de un sobrepeso o un desgarro. Por esa misma razón las creencias en cuanto a los nutrientes brindados por la posta tienen un alcance limitado.

“Toman las pastillas pero a veces. Yo he visto también una señora que tomaba, tomaba, y luego ha ido al baño y lo ha botado. Según dicen que el bebé grande va a nacer y no va a poder salir el bebé.” (Federico, promotor de salud Potsoteni, 2017)

Es importante, en esta sección, darle un énfasis especial a la alimentación de las mujeres durante el embarazo, puesto que de ello depende el bienestar del recién nacido y, en general, una causalidad de problemas generados por los malos cuidados alimenticios – tales como anemia, desnutrición, etc –. En este sentido, las mujeres cuentan con un sistema de creencias acerca del embarazo que refuerza la idea de comer poco para, finalmente, tener un parto domiciliario sin complicaciones. Por lo tanto, los multivitamínicos otorgados por la posta no cumplen con las expectativas de las mujeres embarazadas, quienes no

cuentan con la opción de realizar un parto institucional en un centro de salud, tanto por las limitaciones económicas, como por el trato recibido y por las experiencias previas con estas entidades. En este contexto, se vuelve irreal la promoción de una mejor alimentación por parte del Estado, mientras que el mismo no se puede hacer cargo de la salud y bienestar de la mujer parturienta.

6.5 EL PARTO Y EL PUERPERIO

Como ya se ha visto anteriormente, el parto para las comunidades Asháninkas es un evento privado que tiene muchas connotaciones culturales y, además, ha sido normalmente realizado en el monte, el lugar ancestral de residencia de los Asháninkas, durante muchos años. De esta manera, a pesar de que Quempiri y Potsoteni sean centros poblados con una densidad poblacional regular, en comparación al modo de vida tradicional, muchas mujeres siguen optando por el parto domiciliario.

“Depende, dan a luz aquí, en el centro o en el monte. En lo que les agarre.” (Federico, promotor de salud Potsoteni, 2017)

“Acá hay algunas que hacen en su chacra. Dice que no gritan... Me acuerdo una alumna viene y me dice que ‘está dando a luz Angélica’. Entonces me fui por ahí y ella estaba ahí, parada. Pero no gritaba ni lloraba. Dice que cuando gritas en tu primer parto, toda la vida, todos los partos que tengas siempre vas a gritar. Cuando te quedas callada, todo tu parto va a ser así callada.” (Mariluz, encargada de albergue Potsoteni, 2017)

"Y en todas maneras, ellas como no están acostumbradas a abrir las piernas, ¿no? Tal vez eso tienen miedo, pues ellos, salir. (...) Ellos tienen miedo de salir allá afuera. Entonces, prefieren ellos no quedarse en la comunidad, sino irse más allá a sus chacras. Si está cerca pa dar luz, ellos se van ya." (Enfermera, posta de salud de Potsoteni, 2017)

Con ello, se puede observar que no hay ningún interés en optar por un parto en la posta, sino que, por el contrario, la opción natural es parir en sus casas del centro poblado o en sus casas del monte. Asimismo, muchas mujeres asisten regularmente a sus controles prenatales en la posta; sin embargo, finalmente dan a luz en sus casas.

“Algunos mujeres paren en sus casas otras en la posta también. Según dicen van para que les controla su embarazo. Para dar a luz en sus casas, hacen con su familia, su esposo” (Federico, promotor de salud Potsoteni, 2017)

“A veces que ellos vienen que cuando está con su dolor ya. Ellos no te avisan, no te avisan que ‘ya estoy con mi dolor, ya me está doliendo’. Ese día que le duele, viene, se hace controlar todo. ‘¿Estás normal?’ , ‘Sí, estoy bien’, ‘¿No hay dolor?’, ‘No hay’. Al final está con su inicio de dolor ya, inicio de trabajo de parto. Pero ya se hacen controlar, ya se van. Ya al día siguiente están con bebe.” (Enfermera, posta de salud Potsoteni, 2017)

De tal forma, el parto en casa conlleva en una serie de creencias y rituales, tales como no gritar para que los demás partos no duelan o el modo de atención de un parto tradicional. Asimismo, consiste en un ritual importante en el cual participan los miembros de la familia y realizan actividades importantes que ayudan al nacimiento del recién nacido.

“Cuando va a dar a luz, generalmente, quiere dar las chicas dar a luz en su casa. No piensa en hospital, nada. Lo primero que quiere, ¿dónde va a dar a luz? En mi casa, y ¿quién te va a atender? Mi mamá, mi tía, mis... toda la familia. Y verdad, toda la familia, sin necesidad que tú lo llames, se pasa rapidito la voz que ella ya está en dolores y ya están haciendo su reunión allá y se hacen en círculo y empieza a buscar hierbas para que toman hierbas bastante preparadas para que dé a luz rápido. Otro para que le ayude a dilatar rápido y,

durante los dolores, ellos hacen como un ritual, ¿no? Hablan en su idioma sobando al niño en el vientre, hablan varias palabras en idioma, nombres de animales de monte. (...) Y a veces le pasan con plumas negras de cola de aves, le pasan tipo peine, así. Le pasan y le hacen tomar raíces chancaditas, así.” (Raúl, profesor Quempiri, 2017)

La posición para dar a luz en la casa también es especial, puesto que la parturienta se sujeta de un poste para poder parir parada.

“Yo estaba acompañando ahí, pero, al fin y al cabo, yo lo llevé a la posta, porque yo no.... Como era primeriza, estaba difícil, estaba así muy... ella también estaba nerviosa, no salía. Su mamá, ya, tuvieron que aceptar, ya se estaba demorando. Y lo traje la enfermera. No salía pue, pujaba, pujaba y no salía. Empezó a llorar, de dolor. Ya le explicábamos ahí que necesita, así... ellos dan a luz así parado, ¿no? Ponen solo un poste, y ahí se agarra, se recuesta así medio parado.” (Raúl, profesor de Quempiri, 2017)

En cuanto a la persona que recibe el bebé o la partera, ésta suele ser madre, abuela o pariente de la parturienta. Algunas veces, las comunidades pueden tener una mujer especialista en recibir bebés, pero no es necesariamente en todos los casos.

"Sus familias y la partera. (...) También a veces tienen su mamá misma, algunos tienen de la comunidad. (...) El otro parto que he ido era mamá, mamá misma. En el otro era su vecina, que es partera, ella dice que siempre lo ayuda pues, a todos los madres, bastantes. En Potsoteni. Ahí, también ese día, ta gritando la... señorita era. Ya pues, señora... Ella dice pues está gritando, en su idioma le dice... Yo, según pensaba, según su idioma, algo que ellos dirían: 'no grites, aguanta, sino te va a mandar a Satipo'. Ellos aguantan y nos estábamos dando cuenta, el bebe ya estaba por nacer. Ya estaba ya." (Enfermera, posta de salud Potsoteni, 2017)

“Bueno, aquí en Quempiri hay unas partera. Mayormente, una señora conocida. O de la familia, una, la mayorcira que tiene más experiencia, ella es la que los da el piri piri. Se toman, tal vez faltando una hora así, entonces de ahí le ayudan la señora. A veces lo agarran, le dicen, en su idioma, pues, le dicen puja, y así le dan herbita. La van tomando, para que tomen, lo mastican y, hay veces que lo meten en la boca y otra que en agüita lo dan. Y se toman y ahí están esperando ahí que nazca.” (Enfermero, posta de salud Quempiri, 2017)

Asimismo, es usual que se utilicen plantas medicinales para la atención de los partos tradicionales. Estas medicinas sirven para el tratamiento de diversas dolencias, así como para los dolores del parto y para dilatar.

“Generalmente, tienen sus plantas alrededor de sus casas, los más comunes para que dé a luz rápido, para dolores de barriga, de cabeza, de pies. Ellos tienen su hojita, sus raíces, generalmente, alrededor de sus casas. O algún familiar que vive en el monte, le hace pedido.” (Raúl, profesor de Quempiri, 2017)

“Cuando hay ivenki, hay también para embarazo y toma y sale normal el bebé, para eso pue utiliza.” (Federico, promotor de salud Potsoteni, 2017)

La forma de preparación varía de acuerdo a cada planta: algunas se hierben, otras se toman crudas o se mastican.

“Los ivenkis lo hacen hervir. Los siembran ahí en sus casas, de eso sacan, lo lavan, lo chancan, de ahí lo hacen hervir y lo toman. También lo mascan. Lo toman o lo mascan, igual.” (Mariluz, encargada de albergue Potsoteni, 2017)

La tradición de los ivenkis o piri piri's es bastante conocida por mujeres y hombres, a pesar de que quien prepara aquellos brebajes es normalmente la mujer.

"No, no da a luz en posta. Entre mujeres no más se atienden con sus piri piris. No se duelen. Cuando tienen ya piri piri ya, hasta 5 minuto, ya sale el bebé. Así es bueno. Mi mamá hacía ivenkis. Uno va mascando, al toque no más sale, en un minuto sale." (Ever, promotor de salud de Potsoteni, 2017)

Los ivenkis son, además, de alguna manera reconocidos por los funcionarios de salud, en tanto no se encuentran complicaciones durante los partos.

"En zona colona sí he visto, acá no le he visto que después de parto se ha complicado. No, tranquilas. Nada de sobreparto, nada. Tranquilas, no más." (Enfermera, puesto de salud de Potsoteni, 2017)

Sin embargo, es posible que la lógica de los ivenkis no difiera mucho de los cuidados del embarazo acerca de los alimentos, puesto que una informante cuenta que los bebés suelen nacer prematuros y es probable que sea porque, a través de sus medicinas, se inducen el parto.

"Según comentario... aquí no he escuchado eso. Por ejemplo, en UPA [Unión Puerto Asháninka], dice, los bebés lo adelantan el parto, hay una hierba que provocan el parto, antes que llegue a su mes. ¿Con qué fin hace? Con el fin que el bebito nazca chiquito. Para que no les duela mucho. Y eso he escuchado en UPA [Unión Puerto Asháninka], pero acá no." (Enfermera, puesto de salud Potsoteni, 2017)

Aquella versión se ha podido verificar con otro comentario de otro informante:

“Sí, los bebés son chiquititos, chiquititos, como unas ratitas nacen. De verdad chiquitos, chiquitos.” (Mariluz, encargada de albergue Potsoteni, 2017)

Por último, el puerperio también tiene un procedimiento especial, puesto que de ello dependerá el buen crecimiento del recién nacido.

“Después del parto, la mujer está ahí metida en su casa, los varones también. No sale a su chacra, no agarran el machete nada. Están ahí, come caldito no más. El varón no tiene que comer sal, la mujer también no tiene que comer sal, porque dice según ellos que se les cae los dientes, a los dos. Caldito de pollo, de gallina, de pescado, sin sal.” (Mariluz, encargada de albergue Potsoteni, 2017)

Como se puede observar en esta sección, el parto supone un evento que conlleva una serie de rituales, creencias y herramientas tradicionales que son importantes para la comunidad, las cuales ayudan a garantizar la salud del recién nacido. Sin embargo, el conocimiento científico sobre estas medicinas naturales es todavía muy limitado y se encuentra fuera de la esfera de la medicina estatal; es decir que los conocimientos tradicionales no se integran para el tratamiento del parto, sino que son considerados por los funcionarios como un misterio o un complemento, cuyas cualidades no están comprobadas científicamente.

En este sentido, no existe un diálogo equitativo entre los dos sistemas de salud, puesto que uno de ellos tiene bases científicas y cuenta con extensos estudios académicos e históricos, mientras que la otra se fundamenta en experiencias y conocimientos ancestrales de tradiciones orales. Por esa razón, no existe interés por parte del sistema de salud estatal para comprender y recoger los diversos conocimientos provenientes de otras fuentes. De esta forma, el principal requisito para lograr la interculturalidad no se cumple, ya que no hay un verdadero diálogo entre las partes, sino que una se posiciona como el sistema legítimo con la ambición de medicalizar a la comunidad.

CAPÍTULO 7: CONCLUSIONES

A lo largo de la presente investigación, se han encontrado los siguientes hallazgos. En primer lugar, las mujeres de la comunidad Asháninka son más vulnerables por el acceso limitado a los servicios de educación y, por ende, a los de salud. En segundo lugar, la oferta de los servicios de salud estatales es insuficiente, en términos de abastecimiento, equipamiento y recursos para la movilización en Red. En tercer lugar, las mayoría de las mujeres de las dos comunidades analizadas aceptan los procedimientos de la posta, se mantiene un uso parcial de la misma, de manera que no todos los procesos y enfermedades son tratadas en ese espacio. Por último, el enfoque intercultural que aplican las postas de salud es básico: por un lado, la relación entre los funcionarios de salud y las mujeres es cercana y cálida, y, por otro lado, también se evidencia una relación de poder, en la cual no se reconoce la validez de otros tipo de conocimientos de salud, de tal forma que no son asimilados por los funcionarios.

REFLEXIONES FINALES

A partir del capítulo 4, que analiza la situación de la salud en sintonía con otros factores como la fecundidad, la educación y la economía, se pueden obtener las siguientes reflexiones:

- En primer lugar, se puede concluir que las mujeres de la selva rural son la población que tiene el menor acceso a la salud estatal, ya que, por un lado, los servicios estatales no son suficientes en esas zonas y, por otro lado, las mujeres tienden a tener una educación limitada. Esto último se da porque la fecundidad y la educación están relacionadas inversamente, y quienes se ven más afectadas en esta relación son las mujeres, puesto que los embarazos precoces fomentan la deserción escolar, sobre todo, en el sexo femenino. En tal sentido, las mujeres, más que los hombres, se encuentran en una situación de vulnerabilidad en cuanto al acceso a la educación, que compone la alfabetización y adquisición del idioma castellano. De esta forma, se limita el acceso a los servicios ofrecidos por el estado y otras entidades no gubernamentales, ya que el idioma imperante es el castellano. Se mantiene,

en esta línea, también una discriminación implícita por el idioma que se maneja en la posta.

- Otra forma de marginación es la locación de las postas de salud estatales, ya que, hay una segmentación de la población: por un lado, están las mujeres que viven cerca a la posta (las mujeres que viven en las comunidades nativas de Potsoteni y Quempiri) y que, además, tienen mayor acceso a la educación - por lo tanto, hay más probabilidad de que sepan castellano -, y, por otro lado, las mujeres que no hablan castellano y viven en los anexos de las comunidades y lejos de las postas y escuelas. En este sentido, el segundo grupo de mujeres se encuentra en una posición más vulnerable en cuanto al acceso de los servicios de salud estatales.
- Por último, se ha visibilizado que el problema fundamental de las comunidades del río Ene son la anemia y la desnutrición, las cuales facilitan la aparición y permanencia de enfermedades.

Asimismo, el capítulo 5, que evidencia la situación y oferta de las postas de salud en las comunidades de Potsoteni y Quempiri, ha generado las siguientes reflexiones:

- Como se puede observar, las postas de las comunidades cuentan con recursos limitados para atender a los vecinos, puesto que no tienen acceso a los servicios básicos de agua, desagüe y luz, por lo cual no cumplen con los estándares mínimos de sanidad. Además, no tienen el equipamiento necesario para atender efectivamente una emergencia.
- La movilización dentro de la Red de Salud tiene limitaciones tanto económicas como geográficas, por lo que no ha conseguido la confianza de los vecinos y vecinas.
- En cuanto a los métodos anticonceptivos, se puede concluir que existe un uso parcial de los que son otorgados por la posta.
- La posta es utilizada normalmente para hacer el seguimiento de la salud del feto durante los controles prenatales; sin embargo, los eventos del parto y el puerperio evidencian una fuerte resistencia de la comunidad hacia la presencia de los funcionarios de salud. En este sentido, las enfermeras y

enfermeros solo pueden participar si es que son permitidos o, simplemente, no se les informa de la situación hasta que ya haya nacido el bebé. Esta situación se da por la falta de confianza hacia la posta, puesto que no puede garantizar un servicio completo en sus instalaciones ni una movilización dentro de la Red que garantice la salud de la paciente o de su bebé.

- Se han evidenciado diferencias entre las comunidades Potsoteni y Quempiri en cuanto al uso de las postas, puesto que es notable que el uso de la segunda comunidad es mucho más fluido que el de la primera. Esta diferencia se debe a que Quempiri tiene conexiones de distintas índoles con otras comunidades colonas, de manera que se han generado otras expectativas de vida distintas a las de Potsoteni, que es una comunidad más tradicional.

El capítulo 6 es un esfuerzo por demostrar las creencias tradicionales sobre la salud, así como ejemplificar los usos que se les da a estos conocimientos para satisfacer las demandas de salud reproductiva y materna. A partir de este capítulo, se han obtenido las siguientes reflexiones:

- En primer lugar, la razón común de las enfermedades es la brujería, por lo cual han existido y perdurado especialistas en curar estos males de manera permanente, los sheripiari y vaporeros o vaporeras. En este sentido, la salud materna tradicional también está inmersa en la lógica de la brujería y los males. En este contexto, los agentes de salud de la posta conocen estas creencias, pero no participan ni respaldan su veracidad, lo cual impide una verdadera relación intercultural.
- En cuanto al uso de los métodos anticonceptivos, hay cierta resistencia a su uso, así como narrativas acerca de los efectos secundarios que producen los métodos de la posta; sin embargo, cada vez es más común que las mujeres jóvenes empiecen a planificar sus embarazos a partir de los métodos de la posta.
- Los cuidados de las mujeres embarazadas abarcan desde los cuidados físicos, como el peso que cargan y la cantidad de trabajo, hasta las actividades que realizan durante su embarazo. En este sentido, el hijo o hija

desarrolla su forma de ser a partir de lo que hizo o no la mujer durante su embarazo. Esta misma relación se da con los alimentos que consume la mujer, ya que, sobre todo, los animales que ella coma pueden influir en el comportamiento del hijo o hija al nacer.

- Si bien muchas mujeres asisten a los controles prenatales, el parto es generalmente domiciliario, en el centro poblado o en el monte, y existe una fuerte resistencia de la comunidad, en general, por mantenerlo así. El parto consta de una serie de rituales que incluyen espíritus, así como la presencia de la familia y, algunas veces, la ayuda de alguna mujer experimentada. Es común, además, el uso de hierbas medicinales para facilitar el parto.
- Por último, hay una interesante relación entre las creencias acerca de la alimentación durante el embarazo con las facilidades de un parto domiciliario con un peso bajo del recién nacido. En este sentido, se torna práctico tener un bebé pequeño para lograr un parto domiciliario sin complicaciones, por lo cual el tema de la alimentación es central para tal propósito.

Por lo tanto, a partir de las reflexiones obtenidas por cada capítulo, se puede detectar que el uso que se le da a la posta, además de ser parcial, no afecta en lo absoluto la explicación que se le da a los fenómenos, ni tampoco la manera en la que los vecinos Asháninkas comprendan su salud. En este sentido, las pastillas y métodos de la posta se convierten en parte de la narrativa Asháninka. De tal manera, tal como propone el perspectivismo y multinaturalismo, la asimilación de las prácticas ofrecidas por la posta no necesariamente influyen en la manera en la que los Asháninkas comprenden la salud reproductiva y materna de las mujeres. Si bien se evidencian algunas resistencias explícitas hacia la posta como es el caso del parto y del puerperio, las mujeres suelen asistir a sus controles prenatales y están abiertas a consumir los métodos anticonceptivos para la planificación familiar. De todas maneras, cuentan con narrativas propias para explicar los efectos secundarios de los suplementos. Un ejemplo de ello son las creencias acerca de las vitaminas prenatales que forman parte de la creencia de la “mipa” o “cutipa”. De tal manera, el perspectivismo y naturalismo son fundamentales para comprender la manera en la que se utilizan los servicios de salud estatales sin

que estos permeen los eventos y creencias más representativas de la comunidad. En este sentido, se entiende que las maneras tradicionales de relacionarse con el cuerpo son fundamentales, dentro del equilibrio con la naturaleza y el entorno, que solo garantizan los Sheripiaris.

Por otro lado, en cuanto a la medicalización de los procesos naturales de las personas, está claro que el embarazo, el parto y el puerperio forman parte del proceso biológico de la reproducción humana, por lo cual, generacionalmente, ha sido tratado con medicinas naturales y rituales especiales. Sin embargo, con la entrada de las ciencias biomédicas, se han generado diversos esfuerzos, desde las políticas estatales, por abarcar estos procesos desde las postas y redes de salud. Del mismo modo, es posible evidenciar una medicalización a medias por la inconstancia en el uso de los servicios de la posta, puesto que las mujeres asisten para realizar sus controles prenatales, pero no para parir. Esta situación es la cristalización de la falta de confianza de los vecinos y vecinas frente a los pocos recursos con los que cuenta la posta para garantizar un viaje seguro y completo para las familias Asháninkas. En tal sentido, se puede observar que la lógica Asháninka de la salud tiene que ver, en primer lugar, con la utilización de la salud estatal a medias, puesto que se utiliza comúnmente para obtener pastillas y otros servicios menores, pero no es un servicio en el cual siempre se confíe para la realización de tratamientos más trascendentales. En este contexto, la comunidad cuenta con un fuerte sistema de resistencia hacia la admisión de los y las funcionarias de salud en ciertos procesos biológicos como el parto y puerperio.

En cuanto a las relaciones interculturales, se ha evidenciado que el personal de salud conoce las prácticas de salud Asháninkas; sin embargo, no son reconocidas ni validadas al igual que las ciencias biomédicas. De esta forma, el diálogo intercultural se trunca, en tanto la relación entre las partes no es igualitaria ni de respeto intercultural como describe Ansion. En este sentido, los funcionarios de la posta, si bien se esfuerzan por cumplir con una relación de respeto y confianza, no existe ningún seguimiento de los métodos anticonceptivos naturales para sustentar su funcionamiento. Lo mismo sucede

con las hierbas utilizadas durante el parto que, si bien se conocen sus efectos, no hay ningún esfuerzo por integrarlas al servicio de salud estatal.

Por último, se puede afirmar que existe una diferencia epistemológica entre las ciencias biomédicas y la salud tradicional, las cuales se fundamentan en distintos niveles de conocimientos. En primera instancia, cumplen las mismas funciones para las mujeres Asháninkas en cuanto a su salud reproductiva y materna, pero con significados culturales completamente distintos. En este sentido, se pueden retomar los primeros conceptos del perspectivismo y multinaturalismo, en tanto las mujeres son libres de utilizar los métodos anticonceptivos y tecnologías para monitorear su embarazo sin comprometer su propia cultura y cosmovisión; sin embargo, también logran garantizar una buena salud reproductiva y materna a partir de las plantas medicinales, así como un buen cuidado del parto y posparto, desde sus casas y con sus conocimientos ancestrales. En este sentido, es posible preguntarse hasta qué punto es necesaria la salud intercultural si, de todas formas, parte desde la hegemonía de las ciencias biomédicas y la medicalización de las comunidades indígenas. De esta forma, si bien es necesario incidir sobre problemáticas importantes para las comunidades como son la nutrición y anemia, los esfuerzos generados en torno a la salud reproductiva y materna no cumplen los estándares por estar enfocados desde una perspectiva “medicalizadora” y con la pretensión de ser interculturales.

RECOMENDACIONES FINALES

Para terminar, me parece pertinente evidenciar algunos puntos que han saltado en la presente investigación, pero que no han podido ser totalmente desarrollados por la naturaleza de este trabajo. Las recomendaciones son las siguientes:

- Se propone analizar la relación de la anemia y desnutrición infantil con la alimentación de las mujeres durante el embarazo, puesto que estas últimas también padecen tasas de desnutrición que pueden afectar el nacimiento y crecimiento de los infantes.
- También se considera importante analizar la situación y necesidades de salud en los anexos de las comunidades. De esta forma, se puede hacer un registro del manejo del idioma castellano que limita el acceso a los servicios de la posta estatal. En este sentido, es recomendable que el Estado cuente con personal bilingüe en la posta que garantice no solo la traducción de los procedimientos, sino también un matiz cultural que permita el entendimiento entre las dos partes.
- Se recomienda a la posta llevar un registro de las mujeres que utilizan métodos anticonceptivos tradicionales, de manera que se pueda validar su efectividad y asimilarlo al proyecto de salud reproductiva intercultural.

BIBLIOGRAFÍA

ALARCÓN, Ana M, Aldo Vidal H y Jaime Neira Rozas

2003 Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Revista médica de Chile, 131(9), 1061-1065. Fecha de visita: 04.04.18

<<https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000900014>>

ALVAREZ Lobo, Ricardo, Adolfo Torralba Serrano y Joaquín Barriales Ardura
2010 Pueblos Amazónicos de Madre de Dios, Urubamba y Purús. Lima: Centro Cultural José Pío Aza.

ANSION, Juan

2007 La interculturalidad y los desafíos de una nueva forma de ciudadanía. En Educar en Ciudadanía Intercultural. pp. 37-62. Lima: Fondo Editorial PUCP

BAZÁN, Mariella

2008 Madre nativa: Experiencias acerca de la salud materna en las comunidades ashaninkas y nomatsiguengas. Lima: Salud Sin Límites Perú.

BELAUNDE, Luisa Elvira

2013 “Yo solita haciendo fuerza: historias de parto entre los Yine (Piro) de la Amazonía Peruana”. En Amazonía Peruana. pp. 125-145.

CÁRDENAS, Cynthia, Claudia Chávez y Carmen Yon

2015 El aporte de los egresados del Programa de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica de AIDSESEP a la salud intercultural. Lima: IEP

CAVERO, Giovanna

2014 Salud y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres asháninkas del río Ene. En: Apuntes: Revista de Ciencias Sociales. Norteamérica. Fecha

de visita: 11.04.17

<<http://revistas.up.edu.pe/index.php/apuntes/article/view/242>>

CENTRAL ASHÁNINKA DEL RÍO ENE – CARE

2013 Cuadernos Care. Cuaderno 1: La salud entre los Asháninka del Río Ene.

Última visita: 20 de mayo del 2017

<<http://careashaninka.org/wp-content/uploads/2013/01/Cuadernos-CARE-SALUD.pdf>>

COMISIÓN DE LA VERDAD Y RECONCILIACIÓN INFORME FINAL

2003 Los pueblos indígenas y el caso de los Asháninkas. Comisión de la Verdad y Reconciliación Informe Final. Lima: CVR. pp. 241-277.

DESCOLA, Philippe

2004 Las cosmologías indígenas de la Amazonía. En Tierra adentro: Territorio indígena percepción del entorno. Lima: Grupo Internacional de trabajo sobre Asuntos Indígenas (IWGIA)

EGO-AGUIRRE, María del Pilar

2010 “Asháninka empoderada” Una aproximación antropológica a la organización y a los roles dirigenciales de las mujeres de la FREMANK: un estudio de caso en la Selva Central peruana. Tesis de licenciatura de pregrado. Lima: PUCP.

FABIÁN, Beatriz

1994 La Mujer Asháninka en un contexto de violencia política. En: Amazonía Peruana, Tomo XII N24. Lima: CAAAP

FABIÁN, Beatriz y Oscar Espinosa

1997 Las cosas ya no son como antes: La mujer Asháninka y los cambios socio-culturales producidos por la violencia política en la Selva Central. Lima: Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica.

HUAYHUA, Margarita

2006 Discriminación y exclusión: políticas públicas de salud y poblaciones indígenas. Lima: IEP.

HVALKOF, Søren

2003 Sueños Amazónicos... Un programa de Salud Indígena en la Selva Peruana. Copenhague, Fundación Karen Elise Jensen y NORDECO

LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO

1999 La aplicación de la anticoncepción quirúrgica y los derechos reproductivos II. Informe Defensorial N27. Última visita: 20/09/2016

<http://www.defensoria.gob.pe/modules/Downloads/informes/defensoriales/informe_27.pdf>

MEDINA, Armando y Julio Mayca

2006 Creencias y Costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajún y Wampis. Rev Perú Med Exp Salud Pública 23.

MURGUÍA, Adriana, Teresa Ordorika, León F. Lendo

2015 El estudio de los procesos de medicalización en América Latina. En História, Ciências, Saúde v.23, n3, jul-set 2016 p.635-651. Río de Janeiro: Manguinhos

PAREDES, Susel

2005 Invisibles entre sus árboles. Lima: Flora Tristán

PARRA Beltrán, Leonardo y Ana María Pacheco Castro

2006 ¿Monólogo o diálogo intercultural entre sistemas médicos? Un reto educativo para las ciencias de la salud. Revista Ciencias de la Salud [en línea]

2006, 4 (octubre). Última visita: 04.04.2018

<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56209913>>

ROJAS, Enrique

1994 "Los Asháninka un pueblo tras el bosque" Contribución a la etnografía de los Campa de la Selva Central Peruana. Lima: Fondo Editorial PUCP.

2014 El Morral del colibrí. Mitología, chamanismo y ecología simbólica entre los Asháninka del Oriente peruano. Lima: Librería Editorial Horizonte S.A.C.

TARQUI-MAMANI, Carolina, Javier Vargas-Herrera, Elisa Terreros-Martínes y Walter Torres

2009 Aproximación a la situación de salud de tres comunidades Asháninkas de los Ríos Tampo y Ene. En: Revista Perú Med Exp Salud Pública.

TIZON, Judy

1994 Transformaciones en la Amazonía. Estatus, Género y cambio entre los Asháninka. En: Amazonía Peruana. Tomo XII N24. Lima: CAAAP

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo

2004 Perspectivismo y multiculturalismo en la América Latina. En Tierra adentro: Territorio indígena percepción del entorno. Lima: Grupo Internacional de trabajo sobre Asuntos Indígenas (IWGIA)