

*Promoción de la salud sexual
y prevención del VIH-sida
y de las ITS en los pueblos
indígenas de las Américas*

Abya-Yala Kuyarinakui



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

*Promoción de la salud sexual
y prevención del VIH-sida y de las ITS
en los pueblos indígenas de las Américas*



Abya-Yala Kuyarinakui¹



**Organización
Panamericana
de la Salud**
Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



**Asociación
Mundial de
Sexología**

**Unidad de VIH/sida e ITS
Área de Salud de la Familia y Comunitaria**

**Unidad de Organización de Servicios de Salud
Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud**

Asociación Mundial de Sexología

¹ Este nombre, que en *Kichwa* significa *Relaciones Amorosas en Abya-Yala (Continente Americano en idioma Kuna)*, fue propuesto en el **Primer Taller de Intercambio de Experiencias y Formulación de Estrategias a Futuro en Salud Reproductiva y Educación Sexual** organizada por el UNFPA, la Dirección Nacional de Educación Bilingüe Intercultural y la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas del Ecuador, en Guamote, Ecuador, durante los días 18 y 19 de Junio del 2003

Esta publicación puede ser reproducida total o parcialmente citando la fuente.



Reconocimientos:

Este documento fue preparado por
José Yañez del Pozo

Con observaciones y sugerencias de:

Dr. Rafael Mazín
Dra. Sandra Land
Dra. Rocío Rojas

Revisión y Edición:

Sra. Ana Patricia Rodríguez
Dr. Rafael Mazín

❖ CONTENIDO ❖

INTRODUCCIÓN / 5

I. PUEBLOS INDÍGENAS E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL / 7

- 1.1 Ubicación de los pueblos indígenas / 8
- 1.2 El problema del VIH/sida y de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en los pueblos indígenas / 10
- 1.3 Evaluación de la atención actual al problema / 16

II. UNA APROXIMACIÓN A LA SEXUALIDAD INDÍGENA: DE VIVIR EN UN UNIVERSO SEXUADO AL RETO DE VIVIR EN VARIOS MUNDOS / 17

- 2.1 Las bases del pensamiento y comportamiento indígenas / 17
- 2.2 Las vivencias de la sexualidad: género, cuerpo, amor y placer / 20
- 2.3 Concepciones de la salud y la enfermedad: ITS y SIDA / 28

III. HACIA UNA ATENCIÓN DE SALUD INTEGRAL Y UNA EDUCACIÓN SEXUAL CON IDENTIDAD: LÍNEAS DE ACCIÓN / 31

- 3.1 Gobiernos locales: curación y prevención de la enfermedad y promoción de la salud sexual y reproductiva / 31
- 3.2 Estados nacionales: políticas de salud sexual y reproductiva y programas educativos de salud sexual / 32
- 3.3 Instituciones internacionales: alianzas estratégicas, movilización de recursos financieros y técnicos y socialización de experiencias / 34

IV. BIBLIOGRAFÍA / 36

INTRODUCCIÓN

La salud sexual de una comunidad solamente puede ser conseguida y mantenida a través de articulación de esfuerzos de los individuos, familias y grupos que la conforman con las acciones que realizan otros sectores, como por ejemplo el sector gubernamental. Las iniciativas y programas emprendidos por grupos religiosos, el sector privado, las asociaciones profesionales y entes gubernamentales —entre otros— pueden ser muy exitosas si se diseñan y ejecutan de manera coordinada y organizada y con la completa participación de la comunidad. Para lograr coordinación, organización y participación es necesario contar con una conducción basada en experiencia, capacidad y credibilidad pública. En este sentido, el rol del sector salud es indiscutible, no sólo porque en la sociedad se la ha asignado una función normativa y de orientación de las acciones de promoción de la salud y de la provisión de servicios de atención integral, sino también porque tiene la responsabilidad primaria por la implementación de dichas acciones, aún cuando exista el concurso de otros muy variados sectores y actores. Además el sector salud es el custodio de información crítica con la que se construyen argumentos contundentes para persuadir, definir líneas de acción y evaluar las repercusiones de la acción o la omisión.

Los problemas de salud sexual que aquejan a los pueblos en la Región de las Américas se acentúan en los grupos que por razones históricas, culturales, económicas se encuentran en situación de desventaja. Entre los miembros de los pueblos indígenas en el Hemisferio Occidental las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/sida, son algunas de las expresiones más visibles de las inequidades en el acceso a la salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva.

La Organización Panamericana de la salud, después de haber publicado un documento de referencia sobre Promoción de Salud Sexual (Promoción de la Salud Sexual: Recomendaciones para la Acción, 2000) que fuera producido durante una consulta de expertos realizada en colaboración con la Asociación Mundial de Sexología (WAS, por sus siglas en inglés), propuso a la WAS tener una consulta subsiguiente en la que el acento fuera puesto en la promoción de la salud sexual y prevención de VIH/sida e ITS en (y con) los pueblos indígenas de la Región de las Américas.

Un grupo de expertos, incluyendo representantes de pueblos indígenas de Canadá, Estados Unidos y América Latina, se reunió en Margarita, Venezuela el 13 y 14 de octubre de 2002. El propósito central de la reunión era el de elaborar un documento de referencia que pudiera ser puesto a la disposición de autoridades de salud de los países miembros. Se esperaba así poder apoyarles con su función rectora, organizadora y coordinadora en esta área tan importante y con un segmento de la población muy

importante y desafortunadamente muy a menudo desatendido. El grupo de expertos procedía de diversos campos profesionales y demostró una gran variedad y riqueza en lo que respecta a sus conocimientos especializados y la experiencia en el tema de la reunión. Además todos ellos compartían un compromiso profundo con la consigna de alcanzar salud para todos a niveles equiparables. Estos expertos estuvieron de acuerdo con los siguientes objetivos para la consulta:

- ❖ Elaborar un marco conceptual para la operacionalización de la promoción de la Salud Sexual y prevención de infección por el VIH/sida e ITS con poblaciones indígenas/ aborígenes/nativas.
- ❖ Identificar e intercambiar estrategias que sirvan para: recolección de evidencias relacionadas con inquietudes y problemas en materia de salud sexual, haciendo hincapié en VIH/sida e ITS; conseguir y mantener la Salud Sexual; prevención y control de VIH/sida e ITS y otros problemas asociados con comportamiento y prácticas sexuales entre los individuos de pueblos y comunidades indígenas/ aborígenes/nativos.

- ❖ Iniciar un proceso de colección y recopilación de experiencias en promoción y atención de la salud entre y con pueblos y comunidades indígenas/ aborígenes, haciendo hincapié en la salud sexual/reproductiva y la prevención y atención integral de VIH/sida e ITS.

El presente documento, elaborado por el Dr. José Yáñez del Pozo, es el intento inicial de proveer un marco conceptual para emprender acciones de promoción de salud sexual, prevención de VIH/sida e ITS (y otros problemas de salud y sociales resultantes del comportamiento y prácticas sexuales) y de provisión de servicios de atención de la salud.

Abya-Yala Kuyarinakui, subtítulo en lengua Kichwa (o quechua como algunos todavía escriben) del documento, es la primera evidencia del interés y compromiso de la OPS y la WAS en trabajar por la salud sexual de todos, para todos y con la participación de todos.

I. PUEBLOS INDÍGENAS E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

CONVENCIDOS DE QUE LA RELACIÓN con la Naturaleza y un entorno específico es decisiva en la formación del pensamiento de cualquier pueblo, el presente documento parte de una ubicación geográfica general de los pueblos indígenas de nuestro continente. Aunque no podemos cerrar los ojos a los procesos de movilidad, libres o forzados, que han existido durante todos los tiempos, y tal vez con mayor notoriedad en los momentos actuales, creemos que el vínculo de estos pueblos con el espacio y el tiempo de sus ancestros es tremendamente fuerte. Aunque la situación de subyugación a que estos pueblos se han visto sometidos por los poderes coloniales y republicanos es tan profunda que puede haber modificado los esquemas de comportamiento general, la referencia a su propia geografía de origen sigue siendo vital. Una conveniente ubicación general y social, pues, nos puede ayudar a entender mejor los problemas, las vicisitudes y las posibles soluciones.

Los problemas de los pueblos indígenas son de todo tipo, desde la carencia de medios para la subsistencia hasta la *ausencia de real presencia* en la escena política y el debilitamiento físico y anímico de las comunidades por la presencia de numerosas enfermedades, entre éstas las infecciones de transmisión sexual. La paradoja es que, frente a los problemas, estos pueblos se han ideado mecanismos de sobrevivencia y una fuerza que solamente es posible explicársela por la dureza de la situación y por la voluntad inquebrantable de persistencia nacida de la misma adversidad. Por este motivo, la primera parte del análisis incluye una evaluación doble: por una parte, la constatación de la gravedad de la presencia de estas enfermedades específicas en los pueblos indígenas, a partir de *muestras concretas* y, por otra parte, las maneras de solucionar el problema que ya los mismos pueblos y sus agentes de ayuda están aplicando.

La segunda parte del estudio se detiene en la profundización del pensamiento indígena. Si bien es cierto, muchos encuentros sexuales, especialmente aquellos que ocurren en ambientes lejanos a los propios, parecen no obedecer a ningún patrón de conducta sino a la fuerza de las necesidades concretas, creemos que las vivencias de la sexualidad, al igual que otras vivencias, se las adquiere poco a poco y de acuerdo a ciertas reglas de pensamiento y de conducta que el grupo ha desarrollado. Es por esto que nos interesa descubrir estos patrones y reglas, especialmente porque serán estas ideas profundamente arraigadas las que nos ayuden a diseñar programas de atención más consolidados.

El título del estudio alude precisamente a la comprensión de las relaciones de pareja en los pueblos indígenas, relaciones que esbozan una manera diferente de entender el amor, el cuerpo, el placer y la sexualidad. Un aspecto igualmente importante será la comprensión indígena de los desequilibrios que dan origen a las enfermedades. Solamente con una buena aproximación a las maneras que tienen los propios pueblos de enfrentar todos los desequilibrios y muy especialmente las infecciones de transmisión sexual, podremos afrontar estos problemas con mayores garantías de éxito.

La última parte, precisamente, tratará de proponer algunas ideas para la acción a diferentes niveles. Los niveles más locales ubicados en las personas, las familias, las comunidades, las organizaciones de primer grado y los municipios necesitan actuar ante casos concretos de enfermedad y profundizar en sus acciones de prevención de estas enfermedades y la promoción de los hábitos más saludables que de su propia experiencia o la experiencia de otros se puedan aprender. Son estos niveles locales los que están más cerca de los pacientes y los que saben mejor cómo cuidarlos y acompañarlos en el dolor de la enfermedad o, inclusive, en la transición a la muerte. Las experiencias son ya muchas y lo que habrá que hacer es aprender de ellas para nuevas propuestas.

Los niveles ubicados en las provincias, los estados, las organizaciones de segundo grado y por supuesto en los mismos gobiernos nacionales, tienen la obligación de proveer los recursos financieros y técnicos para la prevención, la curación, la rehabilitación y la promoción de la salud en general, y específicamente la que tiene que ver con las infecciones de transmisión sexual. En este ámbito están ubicadas por lo general, las instancias nacionales y subnacionales de los ministerios, siendo los Ministerios de Salud y los Ministerios de Educación particularmente impor-

tales en el abordaje del problema que estamos tratando. De igual manera, en estos espacios geográficos, se encuentran establecimientos de primero, segundo y tercer grado de la red asistencial.

Solamente en la medida en que se consideren las particularidades socioculturales de los pueblos indígenas, el perfil epidemiológico presente, los factores protectores y de riesgo y la atención de salud sea adecuadamente gerenciada y el trabajo sea interinstitucional se tendrá posibilidades de conseguir las metas planteadas.

El último nivel de intervención está ubicado en las organizaciones internacionales como la Organización Panamericana de la Salud. Organizaciones como ésta tienen la ventaja de trabajar con una perspectiva global y regional. En este sentido, el estudio sugiere partir de las experiencias de los niveles locales, intermedio y nacional para socializarlas dentro y entre los países de la Región, apoyar estos procesos con la movilización de recursos técnicos y financieros y hacer posible una red de alianzas a todos los niveles que faciliten las acciones concretas.

El trabajo en los diferentes niveles identificados supone la promoción de un proceso de abogacía y sensibilización, el fortalecimiento de la información, los sistemas de información y la identificación de indicadores adecuados que permitan evaluar los procesos y el impacto de las acciones de salud en la población indígena afectada por las infecciones de transmisión sexual y el VIH/sida.

1.1. *Ubicación de los pueblos indígenas*

Ante la inmensa diversidad de los pueblos indígenas de Abya-Yala, es imprescindible una ubicación general de estos pueblos que nos permita hablar de ellos sin generalizar demasiado superficialmente ni escoger muestras que solamente representen a un sector.

Una manera tradicional y común de clasificar a los pueblos indígenas es ubicarlos según su concentración numérica en tales o cuales países. Así se habla de países con mucha población indígena como

Guatemala o Bolivia o de países con poca población indígena como Brasil o Estados Unidos. El cuadro 1 muestra la población indígena en los países de América Latina con datos de 1999.

CUADRO 1. POBLACIÓN INDÍGENA EN AMÉRICA LATINA, 1999

(Expresada en miles de habitantes)

Población		Población Nacional	Población Indígena	%	
Más de 40%	1. Bolivia	7,960	5,652	71	
	2. Guatemala	10,801	7,129	66	
	3. Perú	24,797	11,655	47	
	4. Ecuador	12,175	5,235	43	
	Sub total	55,733	29,671	53	
De 5 a 20%	5. Belice	230	44	19	
	6. Honduras	6,147	922	15	
	7. México	95,831	13,416	14	
	8. Chile	14,824	1,186	8	
	9. El Salvador	6,032	422	7	
	10. Guyana	850	51	6	
	11. Panamá	2,200	132	6	
	12. Surinam	414	25	6	
	13. Nicaragua	4,807	240	5	
		Sub total	131,335	16,438	13
	Menos de 1%	14. Guayana Francesa	100	4	4
		15. Paraguay	5,222	157	3
		16. Colombia	40,803	816	2
17. Venezuela		23,242	465	2	
18. Costa Rica		3,841	38	1	
19. Islas del Caribe		8,406	162	2	
20. Argentina		36,123	361	1	
		Sub total	117,737	2,003	2
21. Brasil		165,851	332	0	
22. Uruguay		3,289	1	0	
	Sub total	169,1400	333	0	
	Gran Total	473,945	48,445	10	

Fuentes: IPES, 1999; Jordán Pando, 1990: III-FAO; e Instituto Indigenista Interamericano, América Indígena, vol. LIII, No.4, octubre - diciembre, 1993.

Otra forma es buscar las continuidades culturales, basadas en la historia y en la geografía. Aparte de las primeras naciones o pueblos aborígenes de Canadá, están los pueblos nativos de Estados Unidos y los pueblos indígenas del resto del continente, ubicados en diferentes regiones o áreas culturales: el área mesoamericana, el área andina, el área intermedia entre los dos, la región amazónica, la región del Chaco, la de las

pampas, la de las zonas australes costeras de Sudamérica y la región del Caribe. Cada una de estas regiones es de una variedad muy grande de recursos naturales, flora, fauna, paisajes y poblaciones.

En los últimos cuarenta años, las ciudades de América Latina han incrementado su población en más del doble, y de minoritaria, la porción urbanizada de los

países ha pasado a ser ahora dominante. En ciudades como Lima, La Paz, Guatemala y Quito, es la migración indígena la que aporta la mayor cuota de este crecimiento. La migración transnacional de la población indígena igualmente se ha visto incrementada sea por conflictos bélicos y en los últimos cinco años debido, entre otros factores, al empeoramiento de las condiciones económicas que ha afectado especialmente a algunos sectores de la población de América Latina. Las implicaciones de este proceso para las respectivas sociedades nacionales e internacionales son objeto actualmente de análisis. A pesar de las evidencias que señalan en este proceso migratorio una importante vía de inevitable "modernización", esto no necesariamente significa la desaparición o pérdida de su cultura e identidad.

Creemos que nuestro enfoque principal que parte de la Región Andina puede aplicarse a cualquiera de los pueblos y regiones de nuestra América. No se puede negar que hay una relación estrecha entre los ecosistemas y el pensamiento y actividad de los pueblos. Bien puede ser este el motivo por el cual todos los movimientos indígenas del presente tienen a la reivindicación de su territorio como la primera y más importante de todas sus demandas. La tierra y el territorio específico de sus antepasados es para cada pueblo indígena el espacio designado para la subsistencia diaria, para la relación cúltrica con todos los habitantes del entorno y sus espíritus tutelares. Cada pueblo y sus miembros no se sienten más que parte de ese inmenso entorno dador de vida y salud. Si bien es cierto, la invasión europea y la posterior colonización y formación de las repúblicas han significado cambios muy grandes en cada pueblo indígena, pensamos que es posible proponer algunas ideas comunes a su pensamiento en el afán de rastrear algunas similitudes y también diferencias en la concepción indígena de la sexualidad a fin de esbozar las mejores líneas de acción que contrarresten

uno de los problemas más graves que viven estos pueblos: las infecciones sexuales y muy especialmente el SIDA.

1.2. El problema del VIH/sida y de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en los pueblos indígenas

Las condiciones de vida y salud en que la mayoría de los pueblos indígenas se desenvuelven son precarias y se derivan, en gran parte, de la destrucción gradual del ecosistema por la sobre-explotación de recursos naturales y minerales. A estos factores se suman la presencia de desastres y fenómenos naturales y la alteración de la dinámica de vida por la presencia de olas sucesivas de colonos y colonización indiscriminada, migración, obras de desarrollo, cambios de patrones de asentamiento por un avance de las llamadas fronteras vivas y una falta de verdadera participación política que considere a estos pueblos como actores sociales y protagonistas dentro de las propuestas de desarrollo de los países.

La marginación de la población indígena se traduce en índices alarmantes de pobreza, falta de tierra y territorios, bajos salarios, desempleo acentuado, altos índices de analfabetismo, especialmente femenino, deserción escolar, necesidades básicas insatisfechas y un perfil epidemiológico donde predominan las enfermedades por causas prevenibles.

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (1998), la pobreza y la etnicidad o pertenencia a un pueblo indígena están directamente relacionados. Las ciudades con mayor población indígena, por efectos de la migración, como México, La Paz, Guatemala, Lima y Quito son las que exhiben mayores niveles de pobreza. La migración forzada por causas económicas y políticas empeora si el nuevo destino está relacionado con las compañías transnacionales o lugares fron-

terizos. El desempleo en la costa atlántica de Nicaragua va entre el 70 y el 90 % entre las poblaciones indígenas que viven en esa región. El analfabetismo, que es la incapacidad o la dificultad extrema de leer y escribir en la lengua oficial, es un agravante de la pobreza por el tipo de sociedades en las que vivimos. El analfabetismo de las mujeres es generalmente mucho mayor, por ejemplo, en Guatemala, el analfabetismo femenino indígena es del 53.4 % comparado con el 14% del analfabetismo urbano.

Por lo general, las zonas de ubicación de los pueblos indígenas coinciden con las áreas de mayor biodiversidad en el Continente y han sido atractivas no solamente para el turismo sino para la entrada de transnacionales, petroleras y madereras, mineros y colonos, siendo la ocasión para que se introduzcan en estas regiones cambios en los estilos de vida, tráfico de drogas, alcoholismo y el comercio sexual, como nunca antes se hubo visto. No solamente existe el trabajador o la trabajadora sexual que es llevado o llevada hacia otros sitios, sino aquel o aquella que espera por los turistas con dinero. Mujeres, hombres y no pocas veces niños y niñas sufren estos ataques y el contagio de enfermedades.

Para ejemplificar el problema de las infecciones de transmisión sexual, especialmente el VIH/sida en algunas de las situaciones que hemos enumerado veamos algunos casos concretos. En Guatemala, un país con más de la mitad de su población de origen directamente maya, se ha incrementado notoriamente el número de casos con SIDA. Tanto en el suroeste, donde el 60% de la gente es maya, como en la costa pacífica, región de reciente migración indígena de otras zonas, como en el ejército que recluta soldados mayas el problema ha empeorado significativamente (IDEI citado en OPS 2002, Borrador de documento). En la mayoría de los casos, la causa principal por la que la gente se contagia con estas enfermedades son las relaciones mantenidas con trabajadoras sexuales. Este estudio muestra que solamente el 25 % de los reclutas usaban condones (IDEI citado en OPS 2002, Borrador de documento).

En el caso de Honduras, los pueblos indígenas más afectados por el VIH/sida son los garífunas y miskitos ubicados en la Costa Atlántica del país. Las comunidades garífunas son las que más casos VIH positivos presentan. Según el cuadro 2, de un total de 97 casos, 11 ocurrieron en dos comunidades entre 1998 y 2002. Aparentemente el número de casos se mantiene estable en hombres y en mujeres.

CUADRO 2. DISTRIBUCIÓN DE CASOS VIH POSITIVOS EN LAS COMUNIDADES DE BAJAMAR Y TRAVESÍA HONDURAS, 1998-2002

Año	Bajamar		Travesía		Total
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
1998	1			1	2
1999		2		1	3
2000			1		1
2001	1		1		2
2002	1		1	1	3
Total	3	2	3	3	11

Fuente: Centro de Salud Cornelio Moncada, Puerto Cortés (Tercero, 2001; p. 9)

Si se toma todo el departamento de Colón, sin embargo, el cuadro 3 nos muestra la gravedad del problema.

CUADRO 3. DISTRIBUCIÓN DE CASOS POSITIVOS DE VIH/SIDA EN COMUNIDADES GARÍFUNAS DE COLÓN, HONDURAS, 2000

Comunidad	Casos comprobados	Cadenas esperadas	Edad	Muertes en 5 años	Población	Total
Guadalupe	7	21	15-38	15	652	28
San Antonio	10	30	9-52	16	513	40
Santa Fé	13	39	18-45	18	1637	52
Cristales	40	80	13-55	35	2875	120
Río Negro	15	30	20-40	10	766	45
Pto. Castillo	5	15	13-45	9	1268	20
La Barra de Aguan	15	45	13-45	13	587	60
Santa Rosa de Aguan	13	39	15-40	20	1175	52
Total	118	299		136	9.473	417

Fuente: CIDH, 2001 (Tercero, 2001; p. 10)

La comunidad de Cristales es, sin duda la más afectada, no sólo en cuanto a casos comprobados sino en cuanto a casos de transmisión, tanto más que la edad de los afectados es la edad de la producción y la reproducción más explícita. Aunque se tienen explicaciones propias para entender estas enfermedades, no hay duda que la mayoría de la población sabe que la forma de transmisión más común es la relación sexual. Igualmente, la mayoría de gente piensa que también las transfusiones de sangre son una manera de contraer estas infecciones (Tercero, 2001; p. 20). Las visitas entre comunidades con motivo de alguna fiesta u ocasión especial así como la vuelta temporal de la gente que se ha ido a Estados Unidos son vistas como las ocasiones más propicias para tener relaciones sexuales no comunes (Tercero, 2001; p. 31). El dinero considerado "fácil" de las remesas de los emigrantes, el uso de alcohol y drogas, el turismo y el aumento del trabajo sexual como forma de vida parecen completar el cuadro de causas para relaciones sexuales peligrosas. Comunidades antes dedicadas a la pesca y a la agricultura, y ahora grandemente dependientes del dinero y los patrones de conducta que vienen de fuera difícilmente pueden luchar contra estas y otras enfermedades.

El problema entre los miskitos es similar. El cuadro 4 nos muestra el número de casos de VIH/sida, entre 1989 y 2002, por sexo y edad, en la Región Sanitaria #8 de la Secretaría de Salud Pública, que tiene a su

cargo el departamento de Gracias a Dios, de mayoría miskita.

CUADRO 4. CASOS DEL VIH-SIDA REGISTRADOS EN LA REGIÓN SANITARIA #8 DE LA SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE HONDURAS ENTRE 1989 Y MARZO 2002

Edad	Casos (por sexo)	
	F	M
Menor de 5 años	7	3
5-14 años	-	-
15-24 años	18	13
25-34 años	27	37
35-44 años	7	13
45-54 años	4	5
55 y más años	-	1
Total por sexo	63	72
Total casos registrados	135	

Fuente: Archivo de vigilancia epidemiológica del Programa de VIH-SIDA RS 8 (Pérez, 2002; p. 9)

Tanto los hombres en edad productiva como las mujeres en edad reproductiva son los mayormente afectados por el problema. Es importante también anotar el número de niños menores de cinco años, ya tocados por el virus.

El cuadro 5 presenta el número de personas que han muerto con SIDA o que son portadoras del virus en una comunidad miskita, en un período de 10 años (Pérez, 2002; p. 10-11).

CUADRO 5. PERSONAS QUE HAN MUERTO CON SIDA EN UNA COMUNIDAD COSTERA DE HONDURAS, RECOGIDAS EN UN GRUPO FOCAL DE LA COMUNIDAD

Período	Situación de las parejas	Muertes	Parejas fijas
1992-1995			
Una mujer	Su compañero vive con otra	1 adulta	1 adulto
Una pareja		2 adultos	
Una mujer que vino enferma de las Islas de la Bahía		1 adulta	
1996-1999			
Un profesor homosexual	Tiene pareja	1 adulto	1 adulto
Un hombre que vino enfermo de las Islas de la Bahía		1 adulto	
Una mujer que vino enferma de La Ceiba	Su compañero era un hombre casado, capitán de bote	1 adulto	2 adultos
Una mujer	Su niña muere también. Su esposo se va a las Islas de la Bahía	1 adulta 1 niña	1 adulto
Un hombre contagiado en La Ceiba	Tenía esposa	1 adulto	1 adulto
Un hombre contagiado en Las Islas	Tenía pareja	1 adulto	1 adulto
Una mujer que vino enferma de San Pedro Sula		1 adulto	
2000			
Un hombre de 40 años, bisexual	Su mujer no se ha hecho la prueba. Tiene otro hombre	1 adulto	2 adultos
2001			
Un hombre bisexual	Su mujer murió con SIDA. Tenía esposa y un amante	1 adulto	3 adultos
Un hombre soltero	Sus parejas no se han hecho prueba. Una es casada, con hijos. Tiene herpes. El marido de otra está enfermo	1 adulto	4 adultos
Un hombre de diabetes, con síntomas de SIDA	Tenía esposa	1 adulto	1 adulto
Un hombre de 42 años	2 parejas fijas. Un niño de una muere con SIDA. Su segunda pareja también muere con SIDA	2 adultos 1 infante	3 adultos
Un infante de 4 meses	Muere de neumonía, posible SIDA por antecedentes de la madre	1 infante	
Un infante	Por los antecedentes de la madre se cree que fue SIDA	1 infante	
2002			
Un infante con neumonía y posible SIDA	Madre muy enferma, posiblemente con SIDA	1 infante	1 adulta

Fuente: Pérez, 2002; p. 10-11

Los resultados del análisis de esta información, referente a una sola comunidad de indígenas miskitos, son realmente alarmantes, según nos dice la investigadora N. Pérez.

En un período de 10 años recuerdan 17 adultos y 5 infantes que han muerto por SIDA. Estos adultos tenían 21 parejas fijas. La suma de los adultos muertos de SIDA más sus parejas fijas nos da un total de 38

personas infectadas. Esta cifra multiplicada por diez contactos factibles por cada persona infectada nos permite elaborar una cifra estimada de 380 personas expuestas al virus del VIH en el poblado y en sus inmediaciones. Esta comunidad tiene 3345 habitantes según el último censo poblacional. 380 personas representan el 11% de su población, lo que podría significar que el 11% de la población de este poblado son posibles portadores del VIH (Pérez, 2002; p. 12).

Si el efecto multiplicador es de estas proporciones ya podemos imaginarnos lo que puede estar pasando en zonas con alto riesgo de contagio. El cuadro 4 muestra, además, la gravedad del problema entre los infantes y la proporción de casos que existe entre personas heterosexuales y homosexuales o bisexuales.

Cuando la gente es preguntada sobre las causas de la enfermedad, la mayoría piensa que no es una enfermedad propia de los miskitos sino un castigo de Dios por el cambio de comportamiento sexual durante la última década (Pérez, 2002; p. 23). La homosexualidad y el trabajo sexual son vistos como las causas más directas de estas enfermedades (Pérez, 2002; p. 32).

Los problemas sociales y económicos entre los Miskitu son evidentes y se han visto agravados por la ausencia de vías para sacar sus productos a los centros de comercio. El consumo de alcohol y drogas de los hombres, ligado a la extracción de langostas y el trabajo sexual ligado a la migración de las mujeres a las ciudades son tenidas como las principales ocasiones de transmisión (Pérez, 2002; p. 64-65).

**Las actividades de prevención temprana en los inicios de 1991 y 1992 en algunas comunidades Maroon e indígenas indicaron que estos pueblos podrían*

caracterizarse como de alto riesgo con respecto a las infecciones de transmisión sexual/ VIH. La poligamia, la pobreza, las relaciones de género jerárquicas, ninguna tradición en el uso de condones, el uso escaso de los anticonceptivos, el nivel bajo de educación y nociones culturales tradicionales en la sexualidad son barreras socioculturales importantes en el proceso de cambio de conducta (Terborg; p. 1).

En Surinam, la evidencia sugiere que las enfermedades de transmisión sexual han conocido una ascendente expansión entre las comunidades marronas e indígenas.

Aunque aún está por verse si dentro de las barreras entra también la concepción tradicional de la sexualidad, un hecho cierto es que el contagio se produce especialmente a través de las relaciones heterosexuales, siendo la mujer la que corre más riesgos. De acuerdo a Terborg, esto se debe a que las mujeres son más reacias a buscar tratamiento para sus infecciones, lo cual facilita el progreso de la infección por VIH. Además, las mujeres dependen del hombre tanto en lo económico como en las condiciones en que se realizan las relaciones sexuales, especialmente porque están menos informadas. Todas estas circunstancias hacen que la mujer se infecte a edades cada vez más tempranas. El cuadro 6 muestra la evidencia de casos de VIH/sida en Surinam según grupo étnico.

**CUADRO 6. VIH (INCLUYENDO SIDA)
POR GRUPO ÉTNICO, 1983-1992 Y 1997**

Grupo étnico/año	1983-1993	1997
“Creol”	143(49%)	107(58%)
“Marún”	44(15%)	32(17%)
Javanés	6(2%)	1(1%)
Hindustani	53(18%)	17(9%)
Indígena	8(3%)	5(3%)
Otros	16(6%)	13(7%)
Desconocido	18(6%)	11(6%)

Fuente: Terborg; p. 10

** Earlier prevention activities in the beginning of 1991 and 1992 in some Maroon and Indigenous communities indicated that these populations could be characterized as high risk with regard to infection with STDs/HIV. Polygamy, poverty, hierarchical gender relations, no tradition of condom use, low use of contraceptives, low education and traditional cultural notions on sexuality are important sociocultural barriers in the process of behavioral change (Terborg 1).*

Aunque la población "Marún" (Maroon) representa solamente el 10% de la población total de Surinam, 17% de los casos ocurren en estas comunidades. En el caso de los indígenas propiamente dichos, aunque la cifra puede parecer menor, el problema es realmente grave por la mayor dificultad de acceso a los servicios que ellos tienen.

Al igual que en los otros pueblos, también en Surinam, los cambios bruscos en los patrones de conducta están provocando estos problemas. Las guerras, la fiebre del oro y las dificultades extremas para conseguir los medios de subsistencia han llevado a que especialmente las mujeres se dediquen al trabajo sexual y que los hombres, separados de sus esposas se involucren en relaciones sexuales de alto riesgo (Terborg; p. 21). La violencia generada por las drogas, especialmente la marihuana, no hace más que empeorar la situación (Terborg; p. 25).

El país más grande de América del Sur, Brasil, por su parte, tiene también un grave problema de expansión de estas infecciones. Se cree que es el trabajo sexual de las mujeres indígenas con extraños sin que recibían mayor rechazo social lo que favorece el contagio en escalas preocupantes.

**El SIDA es un problema emergente entre los pueblos indígenas de Brasil. Se piensa que la epidemia fue extendida hacia el Brasil por los yanomami que circulan libremente entre Venezuela y Brasil y que expanden la epidemia a través de la migración. Se piensa también que los garimpeiros que viajan entre el sur de Venezuela y Brasil introdujeron el VIH en las áreas próximas a la frontera venezolana. Se indica que el SIDA es común entre los garimpeiros de Matto Grosso que infectaron a la población local a través de la prostitución (Juno Pena 59-60)*

En otros lugares del continente como aquellos de destino migratorio intenso al estilo de Baja California en México, las condiciones en las que se ven obligados a vivir los trabajadores indígenas provenientes del interior son realmente inhumanas. La promiscuidad y el hacinamiento que dan paso a muchos abusos sexuales y a todo tipo de enfermedades, son similares a aquellos que ocurrían en la época del algodón (INI 346). Un fenómeno un tanto diferente es el desplazamiento de miles de indígenas de sus propias tierras hacia los suburbios de ciudades como San Cristóbal de las Casas o Tuxtla Gutiérrez, provocado por los hacendados y caciques de la sociedad chiapaneca y que estuvo entre los motivos más importantes para que se diera el levantamiento zapatista (Montemayor 220). No solamente por estos enclaves interiores sino también porque el país es un paso obligado de miles y miles de latinoamericanos, muchos de ellos indígenas, que buscan a toda costa pasar a Estados Unidos, México está considerado un país muy vulnerable a las infecciones de transmisión sexual, especialmente el VIH/sida (www.usaid.gov).

En cuanto a otras infecciones, los aymaras de Chile presentan casos de sífilis (5%), candidiasis (26,3%) (aunque hay que considerar que no todos los casos de esta infección son producidos por transmisión sexual) y tricomoniasis (3,7%) (Medina, 1992, citado en OPS, 2002; Borrador de documento). La sífilis está muy presente también entre los pueblos Chamococos y entre los Angaitas, Lenguas, Sanapanas, y Tobas-Maskoy del Chaco paraguayo en un porcentaje de 4.5% y 1.6% respectivamente, comparado con una incidencia de .37% a nivel nacional (Benítez 1985, citado en OPS, 2002; Borrador de documento).

** A Aids é uma questão emergente entre os povos indígenas no Brasil. Acredita-se a epidemia tenha se espalhado para o Brasil pelos Ianomamis, que circulam livremente entre a Venezuela e o Brasil e que disseminam a epidemia através da migração. Acredita-se que os garimpeiros que viajam entre o sul de Venezuela e o Brasil tenham introduzido a Aids na s áreas próximas a fronteira venezuelana. Está relatado que a Aids tornou-se comum entre os garimpeiros do Matto Grosso que infectaram a população local através da prostituição (Juno Pena 59-60).*

En el caso de Canadá, la proporción de las infecciones de transmisión sexual subió del 1% en 1990 al 15 % en 1999. La mayoría de los casos fueron en hombres (78%) y la mayor causa de transmisión fueron las relaciones sexuales entre hombres (52.4%), la inyección de drogas (24.0%) o la combinación de las dos circunstancias (13.2%). En cuanto a las mujeres, las inyecciones de drogas (58.5%) y las relaciones heterosexuales (24.4%) fueron las causas más detectadas (Canadian Public Health Association. *Situational Analysis*; p. 31). La consideración del problema tanto entre los pueblos indígenas de América Latina y el Caribe como entre los pueblos indígenas de Canadá y Estados Unidos es importante hacerla porque podemos establecer comparaciones de causas así como apuntar a soluciones más duraderas a partir de la reflexión sobre el pensamiento indígena general.

1.3. Evaluación de la atención actual al problema

Sin pretender agotar todas las formas de atención que actualmente se está dando al problema de las infecciones de transmisión sexual, podemos agrupar en tres las principales fuentes de propuestas de solución, aparte de formas combinadas de las mismas: desde las comunidades afectadas, desde los gobiernos locales o nacionales, y desde las instituciones internacionales.

Sin duda alguna que las comunidades indígenas afectadas tienen sus propias explicaciones y sus propias maneras de afrontar estas infecciones. Los pueblos miskitos y garifunas de América Central están empeñados en atacar el problema mediante cursos, reuniones y concientización de la población (OPS, 2002). Los pueblos indígenas del Ecuador, ayudados por el Fondo

de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), están, por igual, planificando una gran campaña de educación sobre salud sexual y reproductiva que incluyan tanto la atención de salud como la educación, desde los primeros niveles (DNSPI. Intercambio de Experiencias, 2003). Los pueblos indígenas de Guatemala, apoyados por varias organizaciones internacionales, están llevando adelante un novedoso programa de educación para conseguir la equidad de género, con énfasis en la salud de la mujer y el rol importante de las parteras (OPS – MINSA, 2002). Canadá presenta una experiencia innovadora que une los esfuerzos de las comunidades y el apoyo del gobierno. Junto al diagnóstico de la situación, se han elaborado manuales que intentan ayudar a los pacientes, a sus familias y a las comunidades que tienen en su interior enfermos de ITS/SIDA. Los mismos pueblos indígenas de Canadá tienen ya desarrollado todo un currículo acerca de la problemática del SIDA que consta de varias lecciones y que está siendo aplicado en varios sitios acerca de la problemática del SIDA (Canadian Public Health Programs. Situational Análisis, 2002).

En cuanto a los gobiernos nacionales, el caso de México parece una buena muestra de lo que un gobierno, con la ayuda de organizaciones de apoyo internacional como USAID y el Banco Mundial, puede hacer. En 1988 se creó el Centro para la Prevención y el Control del SIDA – CENSIDA. Aunque no disponemos de información para ver los resultados en poblaciones indígenas, se dice que este centro ha tenido mucho éxito en la protección de las transfusiones de sangre, así como en la transmisión de la enfermedad de la madre al niño.

**México tiene una política de tratamiento gratuito en el ámbito nacional para prevenir esta forma de*

* México has a free national treatment policy to prevent this form of transmission, and, during the year 2000, only 14 perinatal cases were diagnosed. The Secretariat of Health has pledged to provide antiretrovirals to all who need them by 2006 and estimates coverage is currently approaching 90 percent (www.usaid.gov).

transmisión y, durante, el año 2000, sólo 14 casos perinatales se diagnosticaron. La Secretaría de Salud, para el 2006, se ha comprometido a proporcionar antiretrovirales a todos los que los necesitan y calcula que la cobertura está actualmente acercándose al 90 por ciento (www.usaid.gov).

Con la ayuda de muchas organizaciones civiles y la participación de artistas y medios de comunicación, el gobierno mexicano ha emprendido en una campaña amplia de difusión de condones.

Algunas organizaciones no gubernamentales como la Clínica de los Derechos Humanos del Ecuador, por su parte, ha logrado forzar al Ministerio de Salud para que cumpla su objetivo de velar por la vida de todos los ciudadanos, especialmente de los pacientes afectados con SIDA, entre ellos los pacientes indígenas, por considerar que la vida de ellos corre inminente peligro si no reciben los medicamentos antiretrovirales a tiempo (Comunicación electrónica). Además del Banco Mundial y USAID, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) parece también empeñado en la investigación y la financiación de proyectos de prevención y control de estas enfermedades. De hecho, varios de los estudios citados en este documento han sido auspiciados por el BID. En este mismo nivel podemos apuntar el caso del UNFPA o Fondo de Población de las Naciones Unidas que no sola-

mente han realizado una serie de talleres de socialización de experiencias sobre la salud sexual y reproductiva en países como Ecuador y Guatemala, sino que también ha ayudado a la elaboración de materiales en poblaciones indígenas. La Organización Panamericana de la Salud, por supuesto, también juega un rol muy importante en la prevención de este tipo de infecciones. A través de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas y de acciones específicas como la reunión consultiva de Margarita, Venezuela, el año 2002, la OPS está preocupada por la comprensión y por la solución de los problemas de salud de las poblaciones indígenas y concretamente de las infecciones de transmisión sexual.

Posiblemente los programas actuales cumplen su objetivo. El hecho de reflexionar un poco más profundamente en el pensamiento indígena para desde allí aportar con nuevas propuestas no intenta de ninguna manera desmerecer ni desconocer los esfuerzos en marcha. Si lo hacemos es porque creemos que mientras más entendamos no solamente las causas externas sino también el pensamiento indígena referido a la sexualidad, el cuerpo, el placer y el amor podremos estar en capacidad de sostener lo que las mismas comunidades están haciendo con sus enfermos, prevenir nuevos casos, y aprovechar mejor el conocimiento convencional y la ayuda que llega.

II. UNA APROXIMACIÓN A LA SEXUALIDAD INDÍGENA: De vivir en un universo sexuado al reto de vivir en varios mundos

2.1. *Las bases del pensamiento y comportamiento indígenas*

2.1.1. EXTRAÑOS EN SU PROPIA TIERRA.

CONTEXTO SOCIOPOLÍTICO

Cuando miramos un mapa político del continente americano, fácilmente nos damos cuenta de la existencia de muchos países con fronteras que han ido

cambiando a lo largo de los años, la mayoría de las veces, luego de cruentos enfrentamientos e invasiones. Algo que uno no descubre en un mapa, sin embargo, es la existencia de fronteras al interior de los países, no precisamente las "naturales" fronteras políticas sino aquellas mucho más reales, las fronteras étnicas. Desde los comienzos, las naciones fueron imaginadas y representadas por gente que tenía su

propio proyecto económico y político. Como lo dicen claramente Sara Radcliffe y Sallie Eastwood "en las sociedades colonizadas, sobre todo en el Hemisferio Sur, la imaginación de la nación tuvo lugar en el contexto de las representaciones que hacían los colonizadores de la comunidad nacional".

Como consecuencia de esto, todos los grupos que no cabían bajo las categorías de hombre, blanco, rico y heterosexual, no aparecían en la representación o lo hacían de manera muy subalterna, siempre en función de los imaginadores de la nación. Así se estableció la propiedad de la tierra y de los otros bienes, el control del poder político y su representatividad y, especialmente, el concepto de ciudadano. En el caso de los indígenas, concretamente, las fronteras imaginarias y reales fueron muy bien delimitadas, luego del arrinconamiento progresivo sufrido a lo largo de los siglos.

Cuando la fuerza de trabajo fue "liberada" a raíz de las reformas agrarias aplicadas, de las demandas de los movimientos indígenas y sociales de la época y de las propias necesidades de modernización del sistema, mucha gente salió y sigue saliendo expulsada de sus comunidades de origen. Aunque la situación cambió mucho y términos como "educación bilingüe", "interculturalidad", "multiculturalidad" se manejan bastante, inclusive a niveles oficiales, las fronteras étnicas y la exclusión general se mantienen, o mejor dicho se vuelven más móviles.

Ocurre que en su andar dicha frontera les persigue, paso tras paso; reactiva los envites y reorganiza los juegos de poder en los lugares de arribo e instalación. En síntesis, en la esfera pública ciudadana (me refiero a los ámbitos de tráfico social en los mercados, calles, comercios, oficinas públicas) y en el mercado de trabajo, se reestructuran los campos de fuerza en función de la división dual, de la matriz colonial recóndita. Conviene detener-

se en este aspecto de una frontera étnica que sigue a los emigrantes como su propia sombra en el espacio nacional y ciudadano.

La gente que sale a trabajar a las grandes ciudades, a las costas, en los ingenios azucareros, por ejemplo, es segregada y vive separada del resto de trabajadores, sin poder acceder al comienzo a los mismos puestos que los otros y sufriendo una discriminación constante por causa de su origen, sus apellidos, su vestido, su lengua, etc. Para los intereses de esta investigación, conviene enfatizar en que, inclusive, se pone en duda la calidad humana (no por primera vez, por desgracia) y la misma calidad de hombres de los nuevos trabajadores.

En el conflicto de poder estructurado en torno a lo ciudadano-*frater y pater*, entre inter pares masculinos, sea cual fuere el campo social y el interés que esté en juego, los indígenas son vistos como no del todo viriles: vale decir no hombres, no iguales; a fin de cuentas, en el campo ciudadano aparecen desprovistos del *significante simbólico* del poder: son seres no fálicos.

Ante esta situación, a la gente le queda dos caminos. Ya que debe seguir saliendo a trabajar fuera por causa de las condiciones económicas dura de sus lugares de origen, algunos optan por seguir la corriente.

Para competir en la esfera ciudadana en condiciones de menor desventaja y, además, amortiguar de alguna manera la violencia *ubicua* que genera la frontera, tienen que imponerse una transmutación: incorporar una nueva imagen de sí. Abandonan sus hábitos: los vestidos y las costumbres; finalmente, reestructuran sus hábitos: cambian las formas mentales de percepción y las disposiciones de comportamiento.

Intentan "costeñizarse" o "urbanizarse"; adoptan una estrategia de mimetización con el entorno ciudadano.

Muchos otros, sin embargo, apuestan por el reconocimiento pleno de sus derechos, como ciudadanos del país, como miembros de otro tipo de nación que aún está por inaugurarse. Entienden que sus salidas constantes de su comunidad, más que un cúmulo de problemas solamente, significan ya la posibilidad concreta de la subsistencia y pueden significar, con el tiempo, la ampliación de sus propias fronteras comunitarias, la ampliación de sus propios espacios de acción y pensamiento.

Por lo tanto, nos movemos hacia una comprensión de la '*comunidad imaginada*' de la nación que se rehúsa a aceptar una noción del proyecto de construcción nacional centrado en el estado o en las élites, pero que, por otra parte, . . . no reconoce la pureza o salvación a las culturas populares del continente (Radcliffe y Eastwood, 1999; p. 31).

En todos los países del continente, podemos notar movimientos indígenas fuertes y creativos. Tanto en las regiones donde se han asentado las macro civilizaciones de los Andes o de Mesoamérica como las regiones de las pequeñas tradiciones y pueblos de las selvas y los valles, en las regiones de millones de personas y en las regiones de solamente un puñado de sobrevivientes, todos los pueblos indígenas tienen nuevas propuestas que presentar a las sociedades en general. Junto a las ideas económicas y a los logros en la política, sin embargo, hace falta entrar un poco más en el pensamiento indígena, en su filosofía o manera de entender el mundo, de vivir su escala de valores entre las personas y con los espíritus. Esta aceptación de que estamos frente a un verdadero pensamiento estructurado, no solamente que hará justicia a millones de personas hasta ahora ignoradas, posibilitando un diálogo hasta ahora no empezado, sino que facilitará el trabajo y la asistencia a sus problemas y enfermedades¹.

2.1.2. LÓGICA DEL SÍMBOLO Y LA RELACIONALIDAD: CONTEXTO FILOSÓFICO Y CULTURAL

Después de haber sido nosotros educados por largos años en el convencimiento de que había una sola manera de adquirir el conocimiento, es difícil aceptar que haya otras formas de captar el mundo y lo que en él existe. En lugar de utilizar el raciocinio lógico, mediante las facultades visuales especialmente, parece ser que los indígenas se aproximan a la realidad y la conocen de maneras muy simbólicas y emocionales.

Para la filosofía andina, la 'realidad' está presente (o se presenta) en forma simbólica, y no tanto representativa o conceptual. El primer afán del *runa* (hombre/persona) andino no es la adquisición de un 'conocimiento' teórico y abstracto del mundo que le rodea, sino la 'inserción mítica' y la (re-)presentación *cúltica* y ceremonial simbólica de la misma. La realidad se 'revela' en la celebración de la misma, que es más una reproducción que una re-presentación, más un 're-crear' que 're-pensar' (Estermann, 1998; p. 92).

Inmerso en un mundo concreto, el indígena distingue varios niveles del mundo y según eso trata de organizar su vida y sus actividades. Él mismo no se sabe sino una parte pequeña dentro del universo inmenso, en relación directa con todo lo demás, y quiere estar seguro de que cumple su rol, al igual que los demás seres de la creación. Siente que como individuo solo no es 'nada' (un 'no-ente'), que es algo totalmente perdido, si no se halla dentro de una red de múltiples relaciones (Estermann, 1998; p. 97). De allí surge lo que el filósofo alemán Josef Estermann llama el principio de correspondencia entre los diversos mundos o entre los varios niveles del mismo mundo (Esquema; p. 1).

El principio de correspondencia se manifiesta en la filosofía andina a todo nivel y en todas las categorías.

1 Recomendamos la lectura de varios libros que ayudarán a entender mejor el pensamiento filosófico de los pueblos indígenas: *Filosofía Nahua* de Miguel León-Portillo (1956), *Filosofía Andina* de Josef Estermann (1998) y *Yanantin: la filosofía dialógica intercultural del Manuscrito de Huarochiri* de José Yáñez del Pozo (2002).

Lógica de la Relacionalidad Correspondencia y Complementariedad en los Andes

Luna	Estrella			Estrella	Sol
		DIOS			
Invierno- Noche					Día-Verano
	Lluvia			Rayo	
Plantas	Tierra			Montañas	Suelo
		Animales	Agua		
	Mujer	Hombre			
	PRODUCTOS				

Estermann, 1998

En primer lugar, describe el tipo de relación que existe entre macro- y micro-cosmos: 'Tal en lo grande, tal en lo pequeño'. La 'realidad' cósmica de las esferas celestes (hanaq pacha) corresponde a la 'realidad' terrenal (kay pacha) y hasta en los espacios infra-terrenales (ukhu pacha). Pero también hay correspondencia entre lo cósmico y humano, lo humano y extra-humano, lo orgánico e inorgánico, la vida y muerte, lo bueno y lo malo, lo divino y humano, etc.

Los mayas de Mesoamérica comparten esta concepción cuando, según el Popol Vuh, invocan a la divinidad en términos de "Corazón del cielo, Corazón de la tierra", como para indicar que en toda realidad se manifiesta la ilimitada profundidad de la vida (Irrarazábal, 1999: p. 100). Muchos otros pueblos, entre ellos los Mai Huna de los Tucanos de Sudamérica (Perú), distinguen también entre el cielo y la tierra y hablan de la época en que el cielo estaba abajo (Bellier, 1991: 88 y ss.)

El sentido de correspondencia entre el macrocosmos y el microcosmos se manifiesta muy frecuente en la

organización del espacio comunitario que siempre distingue entre las comunidades de arriba y las comunidades de abajo, las famosas mitades que, con tensiones reales y simbólicas, forman todos completos válidos tanto para la subsistencia económica como para la interacción entre los individuos, la reproducción biológica y la vivencia cultural.

2.2. Las vivencias de la sexualidad: género, cuerpo, amor y placer

2.2.1. LOS CONCEPTOS DE LO FEMENINO Y LO MASCULINO

Junto con el principio de correspondencia, que es el eje vertical, se puede también encontrar el eje horizontal de la complementariedad, que supone el acoplamiento observado en el universo entero entre los lados femenino y masculino. Todo en la naturaleza es sexuado y como tal, está en relación constante con su "complemento". Las montañas, las plantas, los animales, las piedras, etc. son sexuados y proceden de acuerdo a sus características sexuales, según los momentos y las circunstancias.

Precisamente porque este es un marco diferente para cualquier análisis, no es fácil hablar de las relaciones de género en los pueblos indígenas sin caer en uno de estos dos extremos: creer que el machismo tal como se puede encontrar en otros sectores de la población se aplica sin más a los sectores indígenas, o idealizar la condición de la mujer, especialmente basados en algunos estudios del pasado indígena. Tampoco es fácil hablar de las relaciones de género en las poblaciones indígenas si la variedad de las mismas es tan grande que hace casi imposible cualquier generalización. No es lo mismo hablar de las macro-civilizaciones americanas que de las pequeñas tradiciones, asentadas ambas en el pasado pero con sus respectivas proyecciones hacia el presente. No es lo mismo hablar de los pueblos pescadores, cazadores y recolectores, muchos de ellos matrilineales que hablar de los pueblos cultivadores, tanto matrilineales como patrilineales, o de los pueblos centralizados, generalmente patrilineales. A pesar de la gran variedad, hay, sin duda, una relación muy importante entre la geopolítica y el género.

Aparte de estas tradiciones extendidas (Mayas, Aztecas, Incas), contamos también con pequeñas (y numerosísimas) tradiciones autóctonas, dispersas en la amazonía, a lo largo de cordilleras, llanos y valles de todo el continente y las islas. En México, por ejemplo hay alrededor de 56 etnias, en Venezuela como 34 pueblos diferentes y en Bolivia, 29 pueblos. Mientras en las macro-civilizaciones probablemente se priorizan los factores androcéntricos, en las pequeñas tradiciones resaltan las visiones matricéntricas, especialmente por el carácter matrilineal de su organización social (Irrarrazábal; p. 98-99).

En el caso del mundo andino, por ejemplo, solamente para hablar de una de las macro-civilizaciones existentes hasta ahora, los quechua, se puede decir que han existido tres momentos en su historia, en

cuanto a las consideraciones de género: las sociedades locales, antes de la expansión incaica, vivían según lo que se denomina el *paralelismo de género*, que quiere decir que los hombres y las mujeres accedían a los recursos según una doble descendencia mítico-religiosa, la de los dioses y la de las diosas. Con los incas, se impuso lo que se conoce como *jerarquía de género*, lo cual indicaba que, aunque se mantenían las líneas paralelas, algunos individuos estaban más cerca de los dioses y las diosas que otros y por lo tanto tenían más privilegios. Con la invasión española, a pesar de los primeros coqueteos con las indígenas de origen noble, llegó la *imposición de género*, por la cual todo el poder recaía en manos masculinas, europeas en detrimento de todo el pueblo indígena (Yáñez del Pozo, *Yanantin*, 2002; p. 81 y ss.).

El esquema anterior no quiere indicar, de ninguna manera, cambios mecánicos ni automáticos. Las sociedades humanas son mucho más complejas que eso. De ahí que no sea difícil observar en las comunidades indígenas de hoy algo de los tres momentos, o la primacía de alguno de ellos.

Por otra parte, es necesario tener en cuenta que el género no queda establecido de una vez por todas. La figura de una planta que nace muy húmeda y que a medida que pasa el tiempo va perdiendo humedad hasta llegar a secarse totalmente es una hermosa metáfora de la vida humana, un hecho biológico fácilmente comprobable. En este proceso, las características de lo femenino y lo masculino van configurando lo que Jean Isbell llama "momento de intensidad de género". La vida empieza en un estado húmedo femenino y adquiere la diferenciación masculina durante la adolescencia. La adultez es esencialmente masculina en el sentido de que se someten las potencialidades femeninas para conseguir fines reproductivos. En la vejez se pasa lentamente del carácter masculino hacia la indiferenciación de

género, algo así como la papa deshidratada llamada *chuñu*, cuyas arrugas representan precisamente un estado intermedio entre la vida y la muerte. Con la muerte se pierde totalmente la poca humedad que quedaba y se llega a la petrificación. Los ancestros petrificados y manifestados en algunos lugares sagrados (*pakarina*) son el origen de nuevas vidas, dando así comienzo a nuevos ciclos. De esta manera, la polarización y aparente oposición de los sexos y los géneros pierde importancia frente a estos momentos de intensidad, especialmente si se acepta que todo el sendero de la vida natural y física esta conectado con el mundo sobrenatural de los espíritus, los dioses y los ancestros.

Estas ideas hacen más fácil de comprender un gran mérito de los pueblos indígenas de hoy que es precisamente la superación de las divisiones demasiado centradas en el binarismo masculino-femenino. Ya los antiguos andinos, hablaban, por ejemplo, del Dios Wirakocha, padre y madre a la vez, condición que parece extenderse a otros dioses del continente. No solamente en los mitos y en la historia sino en la vida real, como nos lo cuenta Diego Irarrazábal en su trabajo con comunidades andinas del Perú: "Las personas portavoces (de las ideas) se correlacionan como varón y mujer, en base a su acercamiento y adoración de lo sagrado, donde siempre están entretnejidos lo femenino y lo masculino". Basados en estas ideas, algunos autores actuales intentan explicarnos las características personales de los humanos, según la concepción indígena. Así, la autora quechua ecuatoriana Luz María de la Torre, nos dice:

El mundo andino es dual, y la dualidad es dual también, apareciendo el Tawa el número cuatro que es el valor sagrado. Cada Hombre es un hombre afuera y

una mujer adentro. Y la mujer, su opuesto, el mundo femenino afuera y el interno el mundo masculino. En la unión de los dos, la dualidad nos hace ver que son dos hombres y dos mujeres, el Tawa sagrado se cumple. Más, sin embargo, la parte interna no es radicalmente femenina o masculina, porque pertenece a un hombre o una mujer en actividad. Por lo tanto, la parte interna del hombre es un hombre-mujer, y la parte interna de la mujer es una Mujer-hombre, y ellos hacen la unión, quedando los extremos para actuar con independencia.

Esta reflexión es muy clara en cuanto a la complejidad del ser humano que no puede ser encasillado fácilmente en las categorías hasta ahora manejadas. Si lo considerado masculino y femenino está íntimamente relacionado y "entretnejido" mal podemos hacer en seguir con la oposición binarista, causante de muchas angustias y equivocaciones, especialmente cuando se acentúan ciertas emociones y comportamientos, considerados homosexuales o intermedios, generalmente discriminados y mal comprendidos.

En los pueblos indígenas de Norteamérica, por ejemplo, los términos "Two-Spirited People" o "berdache" son muy comunes para designar a las personas pertenecientes a lo que podríamos denominar géneros intermedios.

**Una mirada cercana a las fuentes revela que al hablar de los roles de las personas que tienen dos espíritus no se puede referir solamente al comportamiento sexual ... Transformarse en un "berdache" aparentemente no es un asunto de la orientación sexual sino de las preferencias ocupacionales y de los rasgos especiales de la persona ... las funciones del "berdache", persona de dos espíritus, son vistas*

* A close look at the sources reveals that there is much more to two spirit roles than sexual behavior ... Becoming a "berdache" apparently is not a matter of sexual orientation but occupational preferences and special personally traits ... the "berdache"/two spirit roles are seen as manifestations of constructions of gender in Native American cultures than differ from Western ways of defining and constructing gender (Jacobs, 1997; p. 101).

como las manifestaciones de la construcción de género entre las culturas indígenas que difieren de las maneras occidentales de definir y construir el género (Jacobs, 1997; p. 101).

La construcción del género entre los pueblos indígenas no tiene que ver, entonces, solamente con los aspectos biológicos y ni siquiera solamente con los roles asignados por la sociedad, sino más bien con la relación entre lo físico y lo espiritual. Las personas de los géneros intermedios aparecen así como puentes entre estas dos partes de la realidad, una realidad que es siempre ambigua y que nunca se define en términos de simples oposiciones. Aunque algunos pueblos (entre ellos los Iroqueses, los Apaches, los Pimas y los Comaches) no conceden privilegios especiales a las personas de los géneros intermedios, en muchos otros pueblos estas personas son honradas como verdaderos mediadores. Ser shamanes que cantan hermosamente en los ritos de curación es una práctica común entre los navajo. Los Mohaves piensan que las mujeres shamanes son más poderosas que los hombres y que los berdaches son más fuertes que todos juntos. Los lakotas encargan a los berdaches la tarea sagrada de la asignación de nombres a los niños (Williams, 1992; p. 31 y ss.).

La diferencia en el enfoque entre los occidentales y los indígenas empezó desde los primeros tiempos de la invasión. Cuando los europeos llegaron a estas tierras encontraron muchas maneras de describirlos como inferiores y diabólicos.

**Probablemente para los europeos, las tres imágenes más comunes y más extraordinarias en las crónicas de*

la conquista fueron el sacrificio humano, el canibalismo y la sodomía. Para muchos europeos, la conexión entre estas tres imágenes era obvia: representaban tanto el deterioro abominable de muchos pueblos indígenas como el grado por el cual el demonio había conducido a estos pueblos hacia la realización de los actos más horribles y horripilantes. En el tiempo de la conquista, las relaciones eróticas homosexuales existían en muchas, sino en todas, las sociedades indígenas de América Latina (Sigal, 2003; p.1).

Las diferencias de enfoque no terminan ahí. Los pueblos indígenas, preocupados más por el bienestar de la colectividad como base para el equilibrio de todos los miembros, no tienen mucho problema en asignar el rol de padres a varias personas y no solamente a aquellos biológicamente responsables.

***Entre los Bari (Venezuela), la creencia en una paternidad compartida revela por sí misma una práctica común por la cual una mujer casada toma a un amante durante el embarazo a fin de proporcionar a su hijo un "padre secundario", además del esposo de la madre. Un informe anterior ... demostró una ventaja estadísticamente significativa en la supervivencia de los niños con padres secundarios sobre otros niños con solamente un único padre* (Beckerman, 2002; p. 27).

Aunque muchos pueblos en la actualidad están influenciados por la cultura occidental y, en ese sentido, tienen mucha dificultad en reconocer los géneros intermedios y la paternidad múltiple, creemos que es necesario incluir estos criterios en la comprensión de género en los pueblos indígenas, especialmente a

** Probably the three most common and, to Europeans, most extraordinary images in these chronicles of the conquest were human sacrifice, cannibalism, and sodomy. To many Europeans, the connection between these three was obvious: they represented both the abominable degradation of many indigenous peoples and the extent of which the devil had tricked the people into the most horrific and gruesome acts. At the time of the conquest same-sex eroticism existed in many, perhaps all, of the indigenous societies of Latin America* (Sigal, 2003; p. 1).

*** Among the Bari (Venezuela), this belief in partible paternity reveals itself most notable in a common practice whereby a married woman takes a lover during pregnancy, thus providing the resulting child with a "secondary father" in addition to the mother's husband. A previous report ... demonstrated a statistically significant advantage in survivorship for children with secondary fathers over other children with only a single father* (Beckerman, 2002; p. 27).

la hora de entender las infecciones de transmisión sexual y su curación.

2.2.2. CONCEPCIONES DEL CUERPO

Los elementos de la naturaleza, especialmente, los seres humanos tienen un cuerpo. Los diferentes pueblos indígenas del continente tienen concepciones diversas sobre el cuerpo y sus características ideales. Examinemos brevemente dos ejemplos: las concepciones de los quechua andinos y las concepciones de los indígenas de escudo guyanés (Kapón y Pemón). Veremos después que éstas y otras concepciones de otros pueblos presentan similitudes importantes que pueden facilitarnos no solamente la comprensión teórica sino también la estructuración de programas adecuados de salud.

El cuerpo humano, para los pueblos andinos, está dividido en tres mundos, al igual que el universo. Entre los tres mundos podemos observar igualmente un sentido de correspondencia.

Hanan Pacha, el nivel superior y directriz, es a nivel del cuerpo, la cabeza (la parte más sensible e inteligente del organismo)...La parte tangible de la naturaleza del hombre, donde viven las emociones y sentimientos que nos unen en forma inmediata con el Mundo y en donde las sustancias asimiladas se ensamblan en un aspecto físico particular, es la parte media del cuerpo...Las funciones de eliminación, excreción y sustento desde abajo, correspondientes al *Uku Pacha*, están representadas por la pelvis, el sacro-coxis, las extremidades inferiores y los órganos continuos al periné (Tatzo y Rodríguez, 1998; pp. 65-67).

Estos autores, proponen también una correspondencia directa especialmente entre el mundo de arriba, la cabeza, y el mundo de abajo, la pelvis, muy sugestiva, pero que merecería una investigación mayor.

Estos mismos pueblos distinguen entre la vida y la fuerza, o energía vital que la mantiene. La dualidad se repite. Los investigadores ecuatorianos Alberto Tatzo y Germán Rodríguez creen que desde tiempos antiguos, la medicina precolombina obraba en armonía con las cualidades de los seres vivos. En la dualidad *Sami-Sinchi*, *Sami* es la manifestación de vida en todos los órdenes del Universo y *Sinchi* la teleología que se expresa como leyes. A nivel del cuerpo humano *sami* es el hálito de vida y *sinchi* la fuerza que lo mantiene y lo defiende”.

Estos términos pueden variar de región a región y de pueblo a pueblo, e, incluso, al interior del mismo pueblo, como es el caso de los quechua. En el Perú, y en muchas regiones del mundo andino, por ejemplo, el término *Sami* corresponde al concepto actual de Anima mientras que el concepto de *Sinchi* corresponde al término *Animu* (Delgado, *Pensamiento*, 2001; p. 40). El *Anima* se pierde cuando la persona muere y el *Animu* se pierde cuando la persona se enferma.

El humano está sano cuando puede mantener tanto la armonía con el universo, así como la armonía al interior de su propio cuerpo. Aunque la salud no se refiere, desde el punto de vista indígena, solamente al cuerpo, el cuidado del cuerpo es fundamental para tener una buena salud. Para trabajar bien —la enfermedad es realmente tal cuando le impide a uno trabajar— el hombre y la mujer deben tener su cuerpo dotado de características muy concretas. En primer lugar debe ser duro y fuerte como las montañas o como las piedras. Desde los comienzos de la colonización europea, ya se dio con fuerza el enfrentamiento entre los alimentos, los vestidos y las costumbres tradicionales bendecidos por los dioses y aquellos traídos por los europeos. Las luchas de resistencia no se dieron solamente por motivos macroeconómicos o políticos, sino también por la defensa de las costumbres diarias propias.

Los dones alimenticios, la comida, el cuerpo humano y la enfermedad parecen unidos y relacionados configurando una urdimbre sólida donde, junto a otros valores y elementos estéticos como los vestidos, son resaltados por el cronista al señalar la diferencia existente entre los modelos éticos y estéticos hispanos y los propiamente indígenas. La enfermedad y el extremo máximo que le corresponde, la muerte, aparecen como amenazas veladas si la comida, la 'moda' y los sacrificios de los indios no son los pertinentes. (Fernández Juárez, 1999; p. 165).

Y no se crea que esta lucha está terminada. El cuerpo no solamente debe ser duro, sino que también debe estar cerrado ante las influencias extrañas. De allí que sea muy difícil hacer intervenciones médicas foráneas, aún con la mejor buena voluntad, en todo aquello que se refiera a introducir sustancias en procesos terapéuticos, extraer sangre, por ejemplo, o inclusive a añadirla, o a solicitar muestras de esputo, orina o heces, por cuanto el cuerpo además de cerrado, está completo.

Los alimentos secos y duros forman el cuerpo campesino caracterizado por su fortaleza ante las enfermedades, siempre que permanezca ... cerrado, que no sea abierto a la impertinente curiosidad de los cirujanos². El cuerpo ha de permanecer cerrado 'como una piedra', en términos de uno de los ch'amakanis más prestigiosos del cantón de Ajillata Grande (Bolivia). El cuerpo seco y cerrado, a imagen de la piedra, máximo exponente de dureza y resistencia al paso del tiempo, constituye el reflejo de lo que son los jaqi aymaras ... La asimilación del cuerpo humano cerrado a imagen y semejanza de la piedra, aproxima la identificación de los aymaras con los cerros, peñas y montañas, lugar de los achachilas tutelares del grupo. Los seres humanos y

los que protegen los distintos avatares de la vida humana, ejerciendo diferentes niveles de tutela sobre ella, adoptan una semejante naturaleza corpórea, la piedra es su referente orgánico identificativo (Fernández Juárez, 1999; pp. 174-175).

La alusión a las piedras es bastante común en el mundo indígena. Los andinos consideran que el ciclo vital empieza muy húmedo y termina muy seco y en la petrificación, según se puede ver el Manuscrito de Huarochiri³, por ejemplo (Yáñez del Pozo, 2002). Por otro lado, es muy significativo el hecho de que la mayoría de los ritos de curación incluyan entre sus elementos piedras sagradas de diversas formas y simbolismos.

Los Kapón y Pemón de las Guayanas y Brasil, por su parte, creen que el cuerpo humano (en realidad todo cuerpo) tiene una energía vital que viene del sol y que se llama *ewan*. Si bien el *ewan* se extiende por todas partes, tiene una localización que es interesante analizar.

Con relación al cuerpo físico (el *esak*), el *ewan* es un concepto con varios usos interrelacionados. 1) Se refiere al abdomen, el área del cuerpo que está más abajo del diafragma. Es aquella parte que contiene los órganos que procesan y digieren el alimento, o sea el estómago, el hígado, los intestinos, los riñones, etc., convirtiéndolo en el sustento y energía para el mantenimiento y la actividad del cuerpo entero. Es también el centro de la fertilidad y de la reproducción, y en el cuerpo de un ser femenino es especificado como el lugar donde se desarrolla el feto 2) El *ewan* se extiende como una referencia al torso, que es el cuerpo menos la cabeza y las extremidades. El corazón es llamado *ewan enapö*, literalmente 'la semilla' (la piedra, pepita o núcleo) del *ewan* torso

2 Debido a una concepción similar, los pueblos indígenas del estado de Chiapas en el Sur de México (tzotziles y tzeltales, concretamente) manifiestan mucha resistencia a sacar su esputo para el examen necesario para determinar casos de tuberculosis (conversación con dirigentes indígenas en octubre de 2003).

3 Huarochiri es una localidad en la sierra central del Perú sobre cuya experiencia colonial se escribió el famoso Manuscrito de Huarochiri (S. XVII).

...El significado básico del *ewan*, como abdomen y torso, es el de 'contenedor vacío', con la apariencia externa de una hinchazón, protuberancia o cuerpo redondo, que deja un agujero dentro del cual hay centros de vitalidad (Butt Colson, 1989; p. 57).

Para la localización y la comprensión de las enfermedades e infecciones, especialmente, parece muy indicada la idea de que cada parte del cuerpo posee su propia y prácticamente independiente energía vital. Cuando ésta se pierde, viene la enfermedad que no se cura sino con la recuperación de la energía específica.⁴

Hay una tercera dimensión en el conjunto de ideas expresado por *ewan*. El cuerpo físico se cree que tiene innumerables, pequeños *ewan* localizados en todas sus partes. Cada sector del cuerpo tiene uno: dedo, muñeca, nariz, ojo, pie, pantorrilla, palma de la mano, orejas: cada órgano del cuerpo tiene su propio centro vital, su *ewan* (Butt Colson, 1989; p. 57).

Aparte del cuerpo, la cabeza está considerada como el asiento de la elaboración de los pensamientos. La cabeza, como el cuerpo, es otro hueco dentro del cual caben muchos órganos, cada uno de los cuales tiene su propia energía vital.

2.2.3. EL AMOR Y EL PLACER

Con el objeto de entender mejor la vivencia de la sexualidad indígena que nos sirva para tener una aproximación más cercana a las complejidades de las infecciones sexuales, empecemos por decir que varios textos nos hablan de que la experiencia sexual en la historia de los pueblos indígenas ha sido libre y placentera. La arqueología es un buen camino para demostrarlo.

La sexualidad de los antiguos peruanos aparece como conductas variadas, alternativas, multivalentes. No

sólo es reproductiva; es indiscutiblemente placentera, hedónica, recreativa, agradable y gratificante. Hasta los dioses coitean y sus rostros demuestran placer y su comportamiento se engarza con lo natural y terrenal. Disfrute pleno, acciones tanto vaginales como orales y anales; posiciones diversas, técnicas y aditamentos que señalan la importancia de este comportamiento. ¿Cómo podría ser de otra manera en culturas que vivieron 'naturalmente' y crearon tantas y tantas demostraciones de arte, tecnología y sistemas de convivencia altamente humanos? (Cáceres Velásquez, 1989; p. 97).

Como dijimos al comienzo del análisis, la situación social expulsa a mucha gente a lugares distantes de sus lugares de origen. Sea por la división del trabajo en las comunidades o sea porque las condiciones económicas han empeorado considerablemente, son los hombres los que especialmente se ven obligados a salir en busca de trabajo. Las mujeres indígenas se quedan a cargo de todo el trabajo de la familia y sufren mucho por esta separación. Con el objeto de mitigar el sufrimiento, algunas realizan prácticas para no perder del todo a sus hombres. La información que transcribimos a continuación nos ayuda a entender la complejidad de la situación entre los Kichwas de las selvas ecuatorianas.

Los hombres en la selva a menudo dejan el hogar para embarcarse en expediciones de cacería, talar bosques para la exploración de las compañías petroleras, comprar las mercancías para la familia. Estos viajes fuera del hogar, aunque aceptados por las esposas, son potencialmente vistos como destructores, pues un hombre a través de las relaciones sexuales puede ser influenciado en dejar sus hijos y su mujer. Las relaciones sexuales con parejas fuera del matrimonio no están necesariamente catalogadas dentro de la censu-

⁴ Conviene reforzar esta idea con la apreciación interesante que hace Germán Rodríguez al afirmar que el fundamento de la medicina indígena es la bioenergía la cual, por otra parte, ha sido también ya objeto de estudio dentro de centros académicos del mundo occidental.

ra moral negativa, pero el miedo del abandono del compañero es muy significativo. Más amenazante aún es la captura del alma de un hombre por la *sacha warmi*, una mujer espíritu que sirve como asistente de la sabiduría de un hombre en la cacería, pero quien también solicita una unión sexual más estrecha con el hombre al que acompaña. Una mujer quechua tolerará la relación con una *sacha warmi* por su promesa de proveer una fuente de proteínas para la familia, aunque esta relación a menudo lleva al hombre muy adentro de la selva y lejos de los ríos, lejos de sus obligaciones domésticas. Ambas, mujeres humanas y mujeres espíritus, constituyen una amenaza a la estabilidad del núcleo familiar. Un mecanismo de equilibrio de poderes, de afirmación de las peticiones domésticas, se encuentra a menudo en las visiones de los cantos, las cuales destilan una metodología para efectuar el regreso del corazón y del alma tanto como el retorno físico del esposo (Harrison, 1994; p. 188-189).

Lo importante de considerar no es tanto la relación romántica o la obligación de la fidelidad cuanto la presencia física del compañero ausente. Por las circunstancias de la familia, las mujeres se ven obligadas a dejar partir a sus esposos. La separación es difícil pero el beneficio de la comida necesaria para el sustento familiar no admite ningún tipo de celo frente a las *sacha warmi*. Las mujeres humanas con ser mucho más peligrosas en cuanto rivales que las otras, tampoco suponen un problema mayor siempre que el esposo vuelva y proporcione el cuidado y la protección a la familia. Los cantos y otros rituales aparecen como un buen mecanismo para conseguir tanto la vuelta del cuerpo como la del espíritu del esposo ausente.

Otros pueblos como los Mehinaku de la Amazonía son también muy abiertos en cuanto a las vivencias de su sexualidad.

**Como muchos indígenas del Alto Xingú, los Mehinaku son abiertos acerca del sexo... Hay poca vergüenza para hablar sobre el deseo sexual y los niños ponen apodos a los amantes extramaritales de sus padres (Gregor, 1985; p. 15).*

Los Mohave, por su parte, tenían (¿tienen?) una vida sexual libre de toda restricción, que estaba presente también en la crianza de los hijos lo cual, si bien no eliminaba los conflictos, disminuía considerablemente la incidencia y la severidad de las enfermedades mentales (Williams, 1992; p. 89).

***Las personas sentían que la actividad sexual era un deporte agradable y ocurrente, un regalo de la naturaleza que debía ser gozado libremente. Sin restricciones sociales, y oyendo la conversación sexual constante de los adultos, los niños Mohave se criaban con una actitud de aventura hacia el sexo... Entre los niños, las competencias de orinar era un juego favorito, así como los concursos para ver quién podría alcanzar los orgasmos más rápidamente mediante la masturbación. Las relaciones eventuales entre personas del mismo sexo desde la primera infancia eran frecuentes y hay poca o ninguna objeción a la homosexualidad entre los Mohave (Williams, 1992; p. 89).*

Sin embargo, es verdad también que, a medida que los pueblos y las personas han ido alejándose de un modo de vida considerado más natural y más cercano a sus prácticas tradicionales y comunitarias, se han presen-

* Like many of the Indians of the Upper Xingu, the Mehinaku are open about sex ... There is little shame about sexual desire, and children tick off the names of their parents' many extramarital lovers" (Gregor, 1985; p. 15).

** The people felt that sexual activity was an enjoyable and humorous sport, a gift from nature to be freely indulged. Without social restrictions, and hearing the incessant sexual talk of adults, Mohave children grew up with an adventuresome attitude toward sex ... Among boys, urinating competitions were a favorite game, as were contests to see who could reach orgasms most quickly by masturbating. Casual same-sex relations from early childhood were frequent, and there is little or no objection to homosexuality among Mohave (Williams, 1992; p. 89).

tado más problemas de todo tipo, incluyendo represión y desequilibrios sexuales. Cuando un determinado pueblo tenía el control de su propio destino, a nivel económico y político, inclusive prácticas como el trabajo sexual encontraban un espacio adecuado en la sociedad. Un asunto comentado, discutido y debatido en varias 'crónicas', incluyendo a los 'Comentarios Reales' de Garcilaso Inca y varios 'Anónimos' es el de la prostitución (trabajo sexual) entre los antiguos peruanos. Se ha referido la presencia de mujeres que ejercían esta actividad y a las que se les llamaba *pampayruna* que significaría mujer pública, ramera o prostituta (Cáceres Velázquez, 1989; p. 49)

Por supuesto que la práctica del trabajo sexual en los tiempos actuales adquiere connotaciones diferentes. Algunas mujeres indígenas posiblemente entran, aún sin preverlo, en las cadenas del trabajo sexual organizado desde fuera de sus comunidades por motivos de pobreza o de desbalance emocional, provocado por la colonización antigua y nueva. En estas cadenas, ya no solamente de mujeres adultas, sino también de niñas e, incluso, de niños, se encuentran otros problemas sexuales que conducen a una cadena de enfermedades.

2.3. Concepciones de la salud y la enfermedad: ITS y SIDA

2.3.1. LAS ENFERMEDADES DE DIOS:

COMPRENSIÓN DE LA ENFERMEDAD

En este contexto socioeconómico y cultural nos toca ahora analizar más directamente el apareamiento de las infecciones sexuales, su explicación, y su posible tratamiento. Los pueblos indígenas generalmente distinguen entre las enfermedades del Campo o de la Tierra, conocidas ancestralmente, la mayoría de las

cuales pueden ser curadas por los terapeutas indígenas, de aquellas otras enfermedades introducidas recientemente y que no se solucionan en última instancia si no es con la atención de los médicos formados en las universidades⁵. Algunos pueblos llaman a estas últimas enfermedades de Dios por considerarlas una especie de castigo divino por haber transgredido algunas leyes propias o por haber entrado en un contacto no apropiado con las costumbres de otros pueblos.

Enfermedades de Dios o 'microbiosas' - Estas enfermedades son las de la 'renacimiento' (nuevos tiempos) y están vinculadas con la penetración de los blancos en las tierras de los indígenas y con la degradación de las relaciones sociales. Se consideran como 'microbiosas' (o como castigos enviados por Dios) la viruela - que ya ha desaparecido completamente -, las enfermedades infecciosas típicamente infantiles, el tifus, las pestes, la tuberculosis, el alcoholismo y el sobrepeso. Las enfermedades 'de Dios' pueden estar relacionadas, desde el punto de vista etiológico, con los desmandos, pero pueden ser curadas por el médico blanco (Muñoz-Bernad, 1986; p. 65).

Las enfermedades venéreas y el SIDA caerían bajo esta última categoría. La migración o salida forzosa a otros lugares aparece como la ocasión propicia para contraer este nuevo tipo de enfermedades. Cuando se habla de "degradación de las relaciones sociales" lo que se quiere decir es que la gente tiende a olvidar los antiguos patrones de conducta, todos aquellos principios que hemos tratado de entender en nuestra investigación, como principios de la filosofía indígena: se olvida que las personas solamente somos una parte pequeña del inmenso universo que tiene sus reglas y sus niveles de respeto y jerarquía, se olvida que las relaciones entre las personas y, especialmente, entre el hombre y la

5 Un análisis más completo de la concepción de la salud y la enfermedad, del cuerpo y la sexualidad desde el punto de vista indígena se encuentra en el libro del autor intitulado *Allikai: Bienestar o estar bien. identidad, filosofía y salud en los pueblos indígenas*. Quito: Editorial Abya-Yala (en prensa)

mujer están normadas no en tanto individuos como en cuanto miembros de comunidades y pueblos enteros que dependen de su conducta para la sobrevivencia de todos. Y se olvida también el principio de la reciprocidad por el cual todo lo que se hace a favor o en perjuicio de otros elementos del universo repercuten para bien o para mal en la persona y en el grupo.

Como pasa con otras enfermedades consideradas nuevas, muchos pueblos indígenas, insisten en relacionarlas con la presencia de los blancos o el acercamiento hacia ellos.

A la sífilis se le llama 'enfermedad del hombre y de la mujer'. Los naturales (quechua) desconocen esta enfermedad (en esa zona de la sierra sur del Ecuador) - ... - que está relacionada con las 'malas costumbres' de los blancos y con el clima cálido y húmedo de la costa (Muñoz-Bernand, 1986; p. 56).

Cada pueblo, cada comunidad, cada familia y cada persona luchan por adecuar las normas y los conocimientos de su grupo con las nuevas circunstancias en las que se ven obligados a vivir. Los garífunas, por ejemplo, asocian estas enfermedades con las concepciones que tienen sobre el cuerpo y sus emanaciones. Por ello se relaciona el contagio con el sudor, el olor, la sangre, el semen o la leche materna (Tercero, 2001; p. 21-22). Los miskitos, por su parte, asocian directamente al SIDA con la debilidad del organismo y del pueblo. Así, están convencidos de que si se come bien y se tiene el cuerpo fuerte no se enfermará la persona (Pérez, 2002; p. 27). Aunque, muchas de las ocasiones, una vez cogido por el virus, nadie ni nada lo puede salvar porque no es el SIDA el que mata, sino que es la brujería y el envenenamiento lo que causa la muerte del enfermo (Pérez, 2002; p. 23)

Aunque a medida que pasa el tiempo, es posible que la gente reconozca la propia culpa y parte de la responsabilidad, siempre quedará la posibilidad de asociar las infecciones sexuales a otras causas que no sean la relación sexual riesgosa. Los marrones de Surinam, por ejemplo, piensan que sus dolencias se deben a algún accidente cuando estaban llevando una carga pesada.

**La creencia de que una persona puede contraer una ITS de otras maneras que a través de una relación sexual, es generalizada. Lo interesante es que estas explicaciones son muy similares y tienen relación con el género específico. Los hombres, por ejemplo, generalmente atribuyen su "droipi" (gonorrea) a levantar algo pesado, o al agotamiento. En las entrevistas con las mujeres, nosotros reiteradamente escuchamos la ITS se contrajo después de que ellas se golpearon el dedo del pie en una piedra o como el resultado de una caída al llevar una carga pesada (principalmente una cesta con casave) en su cabeza. No está claro si las personas realmente creen en estas explicaciones o si las personas son renuentes a asociar su enfermedad con la infidelidad y la promiscuidad sexual y por consiguiente usan estas excusas comunes (Terborg; p. 49).*

Para nosotros, no para la investigadora, está claro que la gente acude a sus propias interpretaciones no solamente para aligerar su culpa y para sobrellevar mejor el peso de la humillación pública, sino porque es posible encontrar no solamente una sino múltiples causas a una misma enfermedad. Ahí precisamente está el reto de trabajar con estas poblaciones mucho menos binaristas o mucho menos dadas a la relación casi mecánica entre una causa y un efecto.

** Widespread is the belief that you can get a STD in other ways than through sex. Interesting is that these explanations are very similar and gender specific. Males, for example, usually ascribe their 'droipi' (gonorrhoea) to lifting something heavy, or to exhaustion. In interviews with women, we repeatedly heard that the STD was contracted after they knocked their toe on a stone or as the result of a fall when carrying a heavy load (mostly a basket with cassava) on their head. It is not clear whether people really believe these explanations or whether people are reluctant to associate their illness with infidelity and (promiscuous) sex, and therefore use these common excuses (Terborg; p. 49).*

2.3.2. EMIGRADOS Y RECOGIDOS: REACCIONES DE LA COMUNIDAD

Sea cual fuera la o las causas que la gente encuentra para sus enfermedades sabe que el único lugar a donde deberá acudir para curarse – o tal vez morir – será su comunidad. Es común para la gente migrante de cualquier pertenencia étnica que puede sobrevivir en el nuevo lugar de trabajo solamente hasta que tenga fuerzas suficientes para trabajar. Sin un seguro de salud que cubra los gastos y, con mucho miedo en su interior, en el momento en que alguien se enferma y no puede acudir a sus obligaciones laborales, el único refugio que le queda, para esta vida o para la otra, son los cuidados de su propio pueblo y comunidad.

La idea que la migración recurrente es una causa para la propagación del VIH, es reforzada por el hecho de que de los Estados Unidos han regresado fallecidos o regresan a morir a sus comunidades. Esta es una conducta generalizada en los garífunas que viven en las grandes ciudades nacionales, al presentar los síntomas más agudos de la infección retornan a sus lugares de origen para ser atendidos por la familia (Tercero, 2001; p. 68).

Generalmente la gente sabe como curarse de la mayor parte de las enfermedades de transmisión sexual. Conocidas por varios nombres según los síntomas⁶, son tratadas tanto por el terapeuta indígena como por el médico oficial. Algo muy diferente ocurre con el SIDA, una enfermedad mortal, ante la cual caben varias reacciones, acentuadas todas por la pertenencia del paciente a un pueblo y a una comunidad. Las reacciones pueden ir desde una total negación hasta el pánico y la interpretación cultural.

El estigma hacia los infectados persiste, el temor de ellos a ser marginados los lleva a ocultar la enferme-

dad. La enfermedad se 'mezquina', es decir, se niega diciendo que se sufre de una dolencia que es de tipo cultural, que se le hizo un 'mal', que es el gubida, un ancestro enojado o que se ha caído la 'paletilla'. Sin embargo, el 'dueño' de la enfermedad que sabe cuál es su verdadero malestar lo esconde para la comunidad (Tercero, 2001; p. 74).

Como miembros de comunidades con ética colectiva, con valores seguidos o traicionados, la censura es algo muy temido. Para evitarla se puede echar mano de las mismas creencias, aunque, en el fondo, el enfermo sabe lo que le pasa y por qué le pasa. Los dos comportamientos, las dos explicaciones, como ya hemos dicho, no se contraponen. Simplemente responden tanto a la necesidad de curarse como a la necesidad de justificarse ante los ojos de la comunidad.

Los shamanes, los curanderos, las parteras, cada uno en su campo se esfuerzan por aplicar sus mejores conocimientos y técnicas a estas nuevas enfermedades. Los baños con algunas hierbas, las infusiones, el sahumero, la abstención de relaciones sexuales o de algunos alimentos y bebidas son algunos de los tratamientos recomendados por algunos terapeutas indígenas. Cuando se interrumpe estos tratamientos o no se los sigue según se aconseja vienen desenlaces fatales, según dicen los informantes. Si hay iglesias evangélicas que insisten en la conversión total, éste es un comportamiento que debe ser mantenido bajo el riesgo de que si se no hace estrictamente puede sobrevenir la muerte. Una mujer miskita relató el siguiente caso:

Un hombre estaba muy enfermo, se creía que moriría en poco tiempo. El decidió aceptar a Dios como último recurso antes de morir. Él experimentó una mejoría notable y todos los familiares aseguraban que

6 Por ejemplo, la infección conocida popularmente como agua blanca y científicamente como candidiasis puede ser curada con antimicóticos. Los enfermos acuden al doctor, luego de haber experimentado con los terapeutas indígenas y sus tratamientos (Información proporcionada por Manuel Punina, Ecuador, 1988).

había sanado. Sin embargo, después de la mejoría tuvo una recaída y murió. Todos explican que su muerte se debió a que el enfermo, cuando se sintió mejor, dejó de creer en Dios y volvió a tener compor-

tamientos no aceptables, como tener relaciones sexuales con varias mujeres y beber. Su muerte, según los fieles, fue un castigo de Dios por no haber continuado en el camino recto (Pérez, 2002; p. 53).

III. HACIA UNA ATENCIÓN DE SALUD INTEGRAL Y UNA EDUCACIÓN SEXUAL CON IDENTIDAD: líneas de acción

Desde las diferentes instancias gubernamentales de los países afectados por las ITS y particularmente por el SIDA, desde las agencias internacionales, organizaciones no gubernamentales, instituciones académicas y los diferentes sectores preocupados por el bienestar de los pueblos indígenas existe el interés de contribuir a buscar las mejores soluciones, eficaces y sostenibles para hacer frente al problema. En este contexto se plantea la siguiente pregunta: ¿Qué hacer frente a esta enfermedad? Proponer una simple educación sexual o el uso de protectores no parece suficiente. En otros contextos, las políticas de abstinencia sexual antes del matrimonio parece ser totalmente contraproducente, según se deduce de las últimas investigaciones en Estados Unidos, por ejemplo. La creencia de que para detener esta terrible enfermedad hay que partir de cero o actuar como en la sociedad occidental tampoco parece la más adecuada. ¿Podemos, por ejemplo, decir que entre los indígenas no se da educación sexual, como lo hace la autora que citamos a continuación?

Los hombres entrevistados opinan que en los varones hay deseo sexual desde pequeños. En el pasado, los hombres sabían que estaban preparados para su vida sexual cuando aparecían algunos olores y sudores en el cuerpo. Los niños no reciben ninguna educación sexual de parte de sus padres. Estos permiten que el niño tenga mucha libertad de movimiento y que aprenda en el camino. El siguiente comentario explica la experiencia de los jóvenes. 'Nuestras familias no se meten en la

sexualidad de los muchachos. Nosotros podemos tener relaciones sin problemas' (Pérez, 2002; p. 31).

Posiblemente, más que hablar de ausencia de educación sexual, lo que se dan son modelos y conductas familiares y comunitarias que necesitamos investigar más. Es difícil creer que los pueblos indígenas, aún en una relación muy estrecha con la Naturaleza y todos sus procesos sexuales no tengan algún tipo de educación sexual de la cual habrá que partir para cualquier propuesta de programa.

La enfermedad, según todo parece indicar, va a conocer niveles exorbitantes de expansión en todo el mundo. Los países más populosos como la India, China o Rusia, aparte de la ya muy afectada África, van a subir los índices de mortalidad por causa del SIDA de manera alarmante. En nuestro mismo continente, el área centroamericana y del Caribe, asiento de algunos de los pueblos indígenas citados en este trabajo, es ya el segundo lugar en el mundo en cuanto a casos de SIDA (Pérez, 2002; p. 8).

3.1. Gobiernos locales: curación y prevención de la enfermedad y promoción de la salud sexual y reproductiva

Si partimos de la convicción de que los pueblos indígenas tienen un pensamiento y una conducta diferentes y muy consolidadas, en la mayoría de los casos, posiblemente haya que tener una doble políti-

ca: por una parte, promover la vuelta al respeto a los valores propios de las comunidades, injustamente tratadas de promiscuas, y por otra parte, emprender acciones de salud necesarias en las comunidades más afectadas. En este sentido, las siguientes líneas de acción, algunas de las cuales ya fueron discutidas en reuniones previas, parecen al momento las más indicadas a niveles locales.

1) Es necesario favorecer, con el acuerdo y la participación de los mismos pueblos indígenas y sus representantes, proyectos de investigación participativa sobre el pensamiento profundo de cada pueblo, para ver sus conceptos ejes y, especialmente, aquellos que se refieren a la sexualidad, el cuerpo, el amor, el placer así como a la comprensión de la salud y la enfermedad en relación específica con las infecciones de transmisión sexual. No se descarta la investigación profunda y bien intencionada (que no intente solamente saber los principios químicos y/o inscribir patentes de dudosa legalidad) de las plantas y las propiedades que ayuden a aliviar los síntomas más dolorosos de estas infecciones. El presente estudio puede servir como punto de partida, pero no hay duda que se necesita avanzar más en la investigación, tanto más que la cantidad de pueblos es tan grande y su situación actual considerablemente heterogénea.

2) A partir de los planteamientos y soluciones que ya poseen los pueblos y comunidades, es indispensable trabajar con los agentes de salud propios, especialmente los sabios más aceptados y las parteras más cercanas a la vida de las mujeres y los hombres del sector, a fin de entender mejor los procesos internos y preparar las más acertadas maneras de intervención. Las experiencias en marcha sobre educación sexual y reproductiva, equidad de género, formación de parteras y cuidado de pacientes con ITS y SIDA y el rol que en ellas juegan los terapeutas indígenas deben servir para la elaboración de materiales,

el intercambio de experiencias y la programación de eventos. Estas actividades no deben circunscribirse a los países del sur del continente, puesto que las experiencias en Estados Unidos y Canadá, pese a corresponder a situaciones socioeconómicas y políticas diferentes, pueden arrojar algunas luces metodológicas y llevar a la movilización de recursos financieros y técnicos. Igualmente, aunque la manera de afrontar el SIDA en la República de Cuba (Leiner, 1994) es única y probablemente irrepetible, creemos que algunas comunidades podrían aprovecharse de esa experiencia para aprender algunas estrategias de disciplina y contención de esta enfermedad, combinando el control de la autoridad indígena con el seguimiento médico cercano y la participación estrecha de la familia y la comunidad (Conversación personal con el Dr. Nivaldo Linares, OPS-México, octubre, 2003).

3) Las organizaciones de indígenas de segundo y tercer grado y los gobiernos municipales podrían emprender en el diseño y la ejecución de programas de atención primaria de la salud que contemple los conceptos sobre las vivencias sexuales, sus prácticas y el abordaje de las infecciones de transmisión sexual con el máximo de respeto a los procesos propios de las comunidades tanto en sus ciclos de trabajo internos cuanto en sus desplazamientos hacia lugares lejanos. Experiencias de este tipo están ya en marcha en municipios bajo control indígena como los gobiernos locales de Cotacachi y Guamote en el Ecuador (DNSPI. *Intercambio de experiencias ...*)

3.2. Estados nacionales: políticas de salud sexual y reproductiva y programas educativos de salud sexual

Como vimos antes, cada uno de los estados nacionales ha sido organizado en torno a categorías excluyentes. Es hora ya de que las propuestas y experiencias salidas

de los mismos movimientos indígenas sean tomadas en cuenta para el diseño de un nuevo tipo de sociedad. Creemos que, más que sugerencias concretas, los gobiernos de nuestros países deben ir armando sus planes y programas de desarrollo en torno a los siguientes ejes fundamentales:

1) Evaluación socioeconómica seria de la situación en la que viven ahora los diferentes pueblos indígenas de cada país y de cada región a fin de atacar las principales causas de la pobreza y miseria crecientes y el éxodo masivo de los campos a las ciudades y de los países pobres a los países del norte, considerando que estas salidas obligadas dislocan el pensamiento y la manera de vivir habituales para lanzar a la gente a patrones de conducta directamente relacionados con las infecciones sexuales.

2) Inclusión de una perspectiva realmente intercultural en la atención primaria de salud⁷.

Solamente en la medida en que la atención convencional tome en serio los sistemas de mantenimiento de la salud propios de la comunidad, podrá haber un seguimiento mejor a los tratamientos empezados y un cuidado satisfactorio de las personas indígenas. Esto es vital especialmente en el tema de las infecciones de transmisión sexual y el SIDA por cuanto el paciente no solamente pertenece a una familia sino a una comunidad y a un pueblo que frente a estas enfermedades se siente posiblemente más desguarnecido si no se actúa de acuerdo a las normas colectivas.

3) Inclusión de la perspectiva intercultural en los sistemas educativos nacionales a fin de que los niños y adolescentes de las escuelas y colegios tengan la información histórica y actual adecuada sobre la

presencia y valía de los diferentes pueblos del país. La educación sexual que se imparta en esas instituciones tendrá eco real cuando no se oriente solo a la planificación familiar. Cada pueblo tiene unos conceptos y una filosofía propia de lo que es el cuerpo, el amor y el placer sexual de lo cual habrá que partir para evitar embarazos no deseados y enfermedades que vienen con relaciones sexuales de riesgo. Si los chicos y las chicas de las escuelas y colegios vienen de ambientes relativamente estables y estudian en ambientes igualmente equilibradores será menos fácil que caigan en las tentaciones de las drogas que, sin duda alguna, conducen a relaciones sexuales peligrosas y abusivas. Serán también estos los ambientes donde se vaya construyendo identidades y relaciones de género maduras y adecuadas a cada cultura. Las experiencias en marcha sobre educación sexual y reproductiva con identidad deben ser el punto de partida para diseñar una propuesta de un programa general y sus manuales lo suficientemente flexibles que se adapten a cada región y a cada pueblo. Por fortuna, algunos gobiernos como los de Brasil y Colombia se encuentran diseñando estrategias de colaboración mutua para solucionar los problemas de salud de las poblaciones fronterizas, y muy especialmente de las poblaciones indígenas a partir de la solución de los problemas económicos (www.elcomercio.com.ec). Como es sabido, son precisamente los pueblos indígenas de las regiones fronterizas los más vulnerables a todo tipo de problemas, incluidos las infecciones de transmisión sexual y el SIDA.

4) Insistimos en que tanto la atención de la salud como la educación de los países no debe estar orientada solamente a los pueblos indígenas. Toda la sociedad, si es que realmente está empeñada en la

⁷ A nivel regional es muy interesante la experiencia promovida por la Secretaría del Estado de Chiapas en México. Según las palabras del Secretario de Salud, se trata de emprender en una tarea multisectorial denominada POR LA VIDA que incluya, aparte de los planes de salud en sentido estricto, los planes de educación, vivienda, empleo, desarrollo y participación política, todo con un verdadero enfoque intercultural que incluya las voces de los diferentes actores de la sociedad (conversación octubre 2003).

construcción de modelos de vida diferente, debe entrar en una dinámica participativa y muy respetuosa de las diferencias. A diferencia de otras regiones del mundo, los movimientos indígenas de nuestro continente no abogan por la formación de estados independientes. Más bien, proponen modelos de convivencia respetuosos de las diferencias. Esto supone, en el campo concreto de la educación sexual y reproductiva, que, si bien debe haber orientaciones que animen lo que suceda en todo el ámbito nacional, no puede de ninguna manera imponerse conceptos homogenizantes de género o vivencias de la sexualidad o del número de hijos o de la crianza de los mismos para todos los grupos. Ya que, en general, la relación entre los diferentes pueblos y grupos de una sociedad es compleja, y en muchos casos, está tan cargada de prejuicios se debe entrar en la imaginación de las mejores formas de diálogo y participación.

3.3. Instituciones internacionales: alianzas estratégicas, movilización de recursos financieros y técnicos y socialización de experiencias

La Organización Panamericana de la Salud, como agencia especializada en salud pública, con su nivel central y de países, podría muy bien liderar un movimiento sostenido en todo el continente, que considere los siguientes elementos:

1) Propiciar la constitución de alianzas estratégicas con las instituciones internacionales de desarrollo (Bancos, organismos de las Naciones Unidas, gobiernos e instituciones de los países del norte) a fin de favorecer el diseño y la ejecución de aquellos proyectos de atención a la salud, entendida ésta desde la perspectiva indígena de equilibrio con el universo. Estos proyectos deben incluir como algo importante un enfoque apropiado de género, dentro del cual se entienda la vivencia de lo sexual y sus

problemas. La movilización de recursos financieros y técnicos para el cumplimiento de estos proyectos deben ir en la línea de la perspectiva local y nacional de la comprensión de estas categorías a fin de evitar imposiciones que solamente favorecen los puntos de vista hegemónicos.

2) Construir desde la perspectiva intercultural una nueva definición de la salud sexual que tome en cuenta los parámetros de pensamiento y conducta de los diferentes pueblos, mediante conferencias, talleres de socialización de experiencias, investigaciones, publicaciones, etc. Creemos que la construcción de nuevos parámetros es tanto o más urgente que la dedicación a los casos emergentes que, si bien es urgente atenderlos, no deben ser los que dirijan toda la actividad de la institución.

3) Impulsar a nivel continental y nacional la formación de personal de la salud que logre integrar en su quehacer diario el pensamiento profundo de los pueblos indígenas especialmente en lo referente al cuidado de la salud. Si este cuidado, por fuerza de las circunstancias actuales, no puede ser proporcionado solamente por los terapeutas indígenas tradicionales tampoco puede prescindirse de ellos en concreto en cuanto a la atención a las infecciones de transmisión sexual y el SIDA. No solamente son importantes tener en cuenta los diagnósticos y formas de curación propias sino también las maneras cariñosas y espirituales que la gente de la comunidad está acostumbrada a dar a sus pacientes, especialmente a los que están más graves y van a morir. Si bien es cierto que muchas comunidades han perdido mucho de sus valores más ancestrales, quedan aún muchas comunidades y pueblos donde es posible encontrar respuestas diferentes para el mantenimiento de la salud, la solución del dolor, y de la enfermedad y la transición a la muerte.

4) **Consecuentes con el planteamiento inicial de este documento de que la dinámica histórica propia de los pueblos indígenas los ha llevado a presentarse como tales**, es decir como colectividades con sus propias jerarquías y representaciones, algunas de las cuales sobrepasan las fronteras actualmente establecidas, se debe proponer proyectos que tengan en cuenta esta realidad. A nivel de la solución de los problemas causados por las infecciones sexuales es necesario pensar en materiales, eventos educativos, investigaciones,

formación y desplazamiento de recursos humanos y técnicos de acuerdo a estas dinámicas propias. El uso de las lenguas nativas y sus maneras de representar la realidad, el tipo de pensamiento profundo sobre el universo, el cuerpo y la sexualidad deberán ser tomados en cuenta en pasos progresivos dentro de un proceso de sensibilización y acción intrasectorial e intersectorial donde los actores sean los mismos pueblos indígenas, sus líderes, sus organizaciones de jóvenes y mujeres, sus maestros y sabios.

IV. BIBLIOGRAFIA

- Aravena, Andrea. "Los mapuches-wariachi. Procesos migratorios e identidad mapuche urbana en el siglo XX". Boccara, Guillaume (Editor). *Colonización, resistencia y mestizaje en las Américas*. Quito: Ediciones Abya-Yala, 2002.
- Assembly of First Nations. *First Nations Youth HIV/AIDS. Education Manual. Beating the Challenge. Relever le Defi*. Fall 1998.
- Beckerman, Stephen and Paul Valentine (Eds.). *Cultures of Multiples fathers. The Theory and Practice of Partible Paternity in Lowland South America*. Gainesville: University Press of Florida: 2002
- Bellier, Irene. *Mai-Huna. Los pueblos indios en sus mitos*. Quito: Ediciones Abya-Yala, 1991.
- Bolin, Inge. *Rituals of respect. The Secret of Survival in the High Peruvian Andes*. Austin: University of Texas Press, 1998.
- Bronkhorst, Van Bernice. *Paraguay Gender Review; Issues and Recommendations. w/c: The World Bank, July, 2002*.
- Butt Colson, Audrey J. "La naturaleza del ser. Conceptos fundamentales de los Kapón y Pemón (área del Circum-Roraima de las Guayanas). AAVV. *Las religiones amerindias, 500 años después*. Quito: Ediciones Abya-Yala, 1989.
- Cáceres Velásquez, Artidoro. *La sexualidad en el Perú pre-colombino*. Lima: CONCYTEC, 1989.
- Canadian Public Health Association. *Situational Análisis: A Background Paper on HIV/AIDS and Aboriginal People*. <http://www.healthcanada.ca/aids>
- CONAIE. *Política Intercultural de Salud y Derechos Sexuales*. Quito: CONAIE, 1998.
- . *Memorias de las Jornadas del Foro de la Mujer Indígena del Ecuador*. CONAIE-UNFPA, 1994
- Correia, María. *Las relaciones de género en la Argentina*. Buenos Aires: Banco Mundial, Equipo de Género, Región de América Latina y el Caribe, 1999.
- . y Peña, Valeria. *Panorama de género en América Central*. s/c: Banco Mundial, agosto 2002.
- . y Berenice Van Bronkhorst. *Ecuador Gender Review; Issues and Recommendations*. Washington, D.C.: World Bank, 2000.
- De la Torre, Luz María-Achiq Pacha Inti Pucrapaxi. *Un universo andino en el mundo femenino. Runapaqpa Kawsaipi warmimanta yayay, yachaykunapash*. Quito: INDESIC y Fundación Hans Seidel, 1999.

- Delgado Sumar, Hugo E. "Pensamiento" y "sentimiento" en la comprensión del cuerpo humano. Lima: INMETRA. Cuadernos de medicina tradicional 3, 2001.
- . *El lenguaje en la comprensión del cuerpo humano*. Lima: INMETRA. Cuadernos de medicina tradicional 4, 2001.
- Dirección Nacional de Salud de Pueblos Indígenas et al. *Intercambio de Experiencias en Salud Sexual y Reproductiva con poblaciones indígenas*. Quito: Dirección Nacional de Educación Intercultural Bilingüe, Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2003.
- El Comercio, Diario, Quito, Ecuador. www.elcomercio.com.ec
- Estermann, Josef. *Filosofía andina. Estudio intercultural de la sabiduría autóctona andina*. Quito: Ediciones Abya-Yala, 1998.
- Family Care Internacional. *Compromisos para la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos de Todos*. Nueva York: Family Care Internacional, 1995.
- Fernández Juárez, Gerardo. *Médicos y yatiris. Salud e interculturalidad en el Altiplano Aymara*. La Paz: Cuadernos de Investigación CIPCA 51, 1999.
- Fundación Wangki Luhpia. *Medicina Tradicional en Comunidades Miskitas del Río Coco*. Raspan, Río Coco: Fundación Wangki Luhpia, 1994.
- Garbarino, Merwyn and Robert Sasso. *Native American Heritage*. Prospect Heights, Illinois: Waveland Press, 1994.
- Gregor, Thomas. *Anxious Pleasures. The Sexual Lives of an Amazonian People*. Chicago and London: The University of Chicago Press, 1985.
- Gross, Daniel. (Ed.). *Peoples and Cultures of Native South America*. New York: The Natural History Press, 1973.
- Guarneros, Noe y Alicia Ríos. "Salud de los Pueblos Indígenas de México." México: Centro de Investigaciones Psicosociales A.C., 1997.
- Harris, Olivia. "Complementariedad y conflicto. Una visión andina del hombre y la mujer." s/r.
- Harrison, Regina. *Signos, cantos y memoria en los Andes*. Quito: Ediciones Abya-Yala, 1994.
- Hernández, Isabel. "Regional Strategy for the Reduction of Indigenous Poverty and Ethnic Discrimination." Santiago: Economic Commission for Latin America and The Caribbean and Latin American and Caribbean Demographic Center (CELADE), s/r.
- . "La pobreza, la salud reproductiva y las enfermedades de transmisión sexual entre los pueblos indígenas de América. Un abordaje integral." Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe y Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, octubre 2002.
- Instituto Nacional Indigenista. Dirección de Operación y Desarrollo. *Modelo de Salud para las Regiones Indígenas de México. Taller de Diseño Estructural*. México: INI, 1998.
- . "Tendencias Migratorias de la Población Indígena de México." México: Instituto Nacional Indigenista, Dirección de Investigación y Promoción Comunitaria, 1995.
- . *Estado del desarrollo económico y social de los pueblos indígenas de México, 1996-1997*. México DF.: Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo, 2000.
- Irarrázabal, Diego. *Un cristianismo andino*. Quito: Ediciones Abya-Yala, 1999.
- Isbell, Billie Jean. "From Unripe to Petrified: The Feminine Symbolic in Andean Gender Schema. (Unpublished). Dept. of Anthropology, Cornell University, 1992.
- Kensinger, Kenneth (Ed.). *Marriage Practices in Lowland South America*. Urbana and Chicago: University of Illinois Press, 1984.
- Krickeberg, Walter. *Etnología de América*. México: Fondo de Cultura Económica, 1982.
- Jackson, Josh. "Cara a cara con las consecuencias." Organización Panamericana de la Salud. *Perspectivas de Salud*. Washington D.C.: Volumen 7, No.1, 2002

- Jacobs, Sue-Ellen et al. (Edits.). *Two-Spirit People. Native American gender Identity, sexuality and Spirituality*. Urbana and Chicago: University of Illinois Press, 1997.
- Junho Pena, Maria Valeria, Pitanguy, Jacqueline. *A questao de genero no Brasil*. Brasilia: Banco Mundial, 2003.
- Lang, Sabine. *Men as Women, Women as Men. Changing Gender in Native American Cultures*. Austin: University of Texas Press, 1998.
- Leiner, Marvin. "AIDS: Cuba's Effort to Contain." Theodoulou, Stella. *AIDS. The Politics and Policy of Disease*. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice-Hall, Inc., 1996.
- Lentz, Carola. *Migración e identidad. La transformación histórica de una comunidad indígena en la Sierra ecuatoriana*. Quito: Ediciones Abya-Yala, 1997.
- León-Portillo, Miguel. *La Filosofía Nahuatl estudiada en sus fuentes*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas, 1966.
- Malinowski, Bronislaw. *The Sexual Life of Savages in North-Western Melanesia*. New York: Harcourt, Brace and World, INC. 1929.
- . *Sex and Repression in savage Society*. London: Routledge and Kegan Paul, LTD., 1949.
- . *Sex, Culture and Myth*. New York: Harcourt, Brace and World, INC., 1962.
- Mead, Margareth. *Male and Female*. New York: William Morrow and Company Publishers, 1949.
- . *Coming of age in Samoa*. New York: Perennial, 2001.
- Meentzen, Angela. *Estrategias de desarrollo culturalmente adecuadas para mujeres indígenas (primer borrador)*. Washington, D.C. : Banco Interamericano de Desarrollo, Noviembre del 2002.
- Méndez-Domínguez, Alfredo. *Beliefs, attitudes, and behavior limiting the demand for prenatal care among Guatemalan Indian adolescent girls*. Washington, D.C. : International Center for Research on Women, March 1990.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Organización Panamericana de la Salud. *En el camino al encuentro de las mujeres para la vida. Talleres de sensibilización en género*. OPS/OMS-ASDI. Programa de Mujer, Salud y Desarrollo, Guatemala, 1997.
- . *Talleres de autocuidado de la salud para la mujer indígena*. OPS/OMS-ASDI. Programa de Mujer, Salud y Desarrollo, Guatemala, s/f.
- . *Para Hombres en la Búsqueda de la Equidad. Manual de Capacitación en Género y Salud*. Guatemala: Programa Mujer, Salud y Desarrollo, 1998.
- Ministerio de Salud de Panamá, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Salud Sexual y Reproductiva con Adolescentes*. Panamá: Sección de Salud Sexual y Reproductiva de la Dirección Nacional de Promoción de la Salud, 2001.
- Montemayor, Carlos. "Cambio de mentalidad y profundización de políticas sociales." AAVV. *Los hombres sin rostro I*. México: SIPRO, 1994, pp. 219-222.
- Muñoz-Bernard, Carmen. *Enfermedad, daño e ideología*. Quito: Ediciones Abya-Yala, 1986.
- National Center for HIV, STD and TB Prevention. Divisions of HIV/AIDS Prevention. "HIV/AIDS Among Hispanics in the United States." <http://www.cdc.gov/hiv/pubs/facts/hispanic.htm>
- National Library of Medicine. "Resource requirements to fight HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean." <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/>
- Organización Mundial de la Salud. "Análisis in Vitro para detectar actividad anti-VIH en los remedios tradicionales: Memorandum de una Reunión de la OMS-In Vitro screening of traditional medicines for anti-HIV activity: Memorando from a WHO Meeting. 33-44. *Medicinas Tradicionales y SIDA*. Ginebra: 6-8 de feb. 1989.
- Organización Panamericana de la Salud. "Promoción de la Salud Sexual para la Prevención de VIH-ITS con Pueblos Indígenas-Aborígenes o Nativos en la Región de las Américas." Washington DC.: Borrador de documento de referencia, octubre 2002.

- . *Promoción de la Medicina y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud: El caso de los Quechua del Perú*. Washington, D.C.: OPS, 2002.
- . *Promoción de la Medicina Indígena y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de salud: El Caso de los Garifunas de Honduras*. Washington, D.C.: OPS, 2002.
- . *Cooperación Técnica para Construir la Equidad de Género en Salud. Memoria 1990-1996*. San José: Servicios Gráficos S.A., 1998.
- . *Etnicidad, Salud y Riesgo en Guatemala*. Guatemala: OPS/OMS, BID, 1997.
- Pan American Health Organization. "Confronting AIDS in the Caribbean: Major New Efforts Underway." *Perspectives in Health*. Volume 6, No 1, 2001.
- . and World Association of Sexology. *Promotion of Sexual Health. Recommendation for Action*. Antigua Guatemala: PAHO, WAS, 2000.
- . World Health Organization. UNAIDS, IAPAC. *Building Blocks: Comprehensive Care Guidelines for Persons Living with HIV/AIDS in the Americas*. Washington, DC: 2000.
- . International Experts Consultation: *Sexual Health Promotion as a Strategy to Prevent HIV/AIDS with Indigenous/Aboriginal/Native Populations in the Americas. Memory of a Meeting*. Washington, DC: Health Service Organization Unit. Technology and Health Services Delivery, 2003.
- . *Health in the Americas. Volume I*. Washington D.C.: Scientific publication No. 569, 1998.
- Parker, Richard et al. "Primer Taller Sudamericano de Investigación Socio-Cultural en Sexualidad." Santiago: UNFPA, 1996.
- . "Sexual Health Promotion and HIV/AIDS Prevention with Indigenous/Aboriginal/Native Peoples and Communities in the Americas." Washington D.C.: Draft Document, 2003.
- Pena, Valeria e Jacqueline Pitanguy. *A questão de gênero no Brasil*. Rio de Janeiro: Banco Mundial, 2003.
- Pérez Chiriboga, Isabel. *Cosmovisión, comportamiento y SIDA. Un estudio de Antropología Médica entre los Miskitu*. Tegucigalpa: BID, 2002.
- Portier, Bernard (Coord.). *América Latina en sus lenguas indígenas*. Caracas: UNESCO. Monte Ávila Editores, 1983.
- Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Organización Panamericana de la Salud. *Concepciones y Prácticas de Salud Reproductiva de las Mujeres de las Comunidades Indígenas de Guatemala*. Guatemala: Organización Panamericana de la Salud, 1994.
- Project Concern International. *Latin America Reproductive Health and Safe Motherhood Conference*. Santiago, Guatemala: Workshop Report, August 16-20, 1999.
- Quinn, Thomas C. et al. "AIDS in the Americas: a public health priority for the region." *Discussion on Infectious Diseases Blalock 111*. Baltimore: The Johns Hopkins University. National Institute of Allergy and Infectious Diseases, 1990.
- Radcliffe, Sarah y Westwood, Sallie. *Rehaciendo la nación. Lugar, identidad y política en América Latina*. Quito: Ediciones Abya-Yala, 1999.
- Radin, Paul. *Indians of South America*. New York: Greenwood Press Publishers, 1969.
- Roscoe, Hill. *Changing Ones. Third and Fourth Genders in Native North America*. New York: St. Martin's Press, 1998.
- Salzano, Francisco and Silvia Callegari-Jacques. *South American Indians. A Case Study in Evolution*. Oxford: Clarendon Press, 1988.
- Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades. *La Salud Reproductiva en Comunidades Indígenas. Una Propuesta Institucional*. México: Secretaría de Salud, Dirección General de Salud reproductiva, 1999.
- Sigal, Pete (Ed.). *Infamous Desire. Male homosexuality in Colonial Latin America*. Chicago and London: The University of Chicago Press, 2003.
- Sociedad Ecuatoriana de Sexología y Educación Sexual, SESEX. *Guía de Educación de la Sexualidad para Escuelas Rurales*. Quito: NINA Comunicaciones, 2002.
- Tatzo, Alberto y Rodríguez, Germán. *Visión cósmica de los Andes*. Quito: Ediciones Abya Yala, Proyecto EBI., 1998.

- Tenorio Ambrossi, Rodrigo. *La intimidación desnuda. Sexualidad y cultura indígena*. Quito: Ediciones Abya-Yala, 2002.
- Terborg, Julia. *Sexual behavior and sexually transmitted diseases among Saramaka and Ndjuka Maroons in the hinterland of Surinam*. Paramaribo: Primary Health Care Surinam. Pro Health, w/d.
- Theodoulou, Stella. *AIDS. The Politics and Policy of Disease*. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall, 1996.
- Tercero, Geraldina. *Cosmovisión, comportamiento y SIDA. Un estudio de Antropología Médica entre los Garífunas*. Tegucigalpa: Banco Interamericano de Desarrollo, 2001.
- The Canadian HIV/AIDS Information Centre –Electronic Documents. http://www.aidssida.cpha.ca/english/res_w/electrn/list_e.htm
- Urton, Gary (Ed.). *Animal Myths and Methaphors in South America*. Salt Lake City: University of Utah Press, 1985.
- USAID. *HIV/AIDS in Guatemala and USAID Envolvement*
- UNFPA. Fondo de Población de Naciones Unidas. *Cómo cuidar nuestra familia. Un rotafolio para promotores y promotoras de salud*. Coca: UNFPA, MSP, FUSA; SANDI-YURA, Amazonía del Ecuador, 2001-2003.
- Vallejo, Ivette. *Estudio de caso en la Nacionalidad Shuar de Sevilla, Don Bosco- Morona Santiago*. Quito: PRODEPINE. Proyecto Estudios de Caso sobre Identidades y Roles de Género en las Nacionalidades y Pueblos del Ecuador, 2002.
- . *Estudio de caso en el pueblo Kichwa de Toacazo-Cotopaxi*. Quito: PRODEPINE. Proyecto Estudios de caso sobre Identidades y Roles de Género en Pueblos y Nacionalidades del Ecuador, 2002.
- Velásquez, Leticia. *Mujer Maya y Salud*. Guatemala, UNICEF, s-f.
- Vergés de López, Claude, Noemí D. Farinoni. *Mujer Ngobe: Salud y Enfermedad*. Panamá: OPS, 1998.
- Watkins, Tammy. *The Parteras of Northwestern Belize: Meeting the Health Needs of Indigenous Women*. Washington, DC: Public Health 280. Special Project. George Washington University, 1999.
- WHO. *Cost-Containment Mechanisms for Essential Medicines, including Antiretroviral, in China*. Beijing: Health Economics and Drugs. EDM No. 13, 2002.
- . *Sources and prices of selected medicines and diagnostics for people living with HIV/AIDS*. Paris: Unicef-Unaid-Who-Medecins sans frontieres, 2003.
- . *Handbook on access to HIV/AIDS-related treatment. A collection of information, tools and resources for NGOs, CBOs and PLWHA groups*. Geneva: UNAIDS, UNICEF, UNDP, UNFPA, UNDCP, ILO, UNESCO, WHO, WORLD BANK, May 2003.
- Williams, Walter. *The Spirit and the Flesh. Sexual Diversity in American Indian Culture*. Boston: Bacon Press, 1992.
- World Association of Sexology. <http://www.worldsexology.org/english/index.html>
- Yáñez del Pozo, José. *Yanantin. La filosofía dialógica intercultural del Manuscrito de Huarochiri*. Quito: Ediciones Abya-Yala, 2002.
- . *Runa Yachai. Socialización infantil y lógica de sobrevivencia entre los pueblos indígenas del Ecuador*. Quito, Ediciones Abya-Yala, 2003.
- . *Allicai: Bienestar y estar bien. Identidad, filosofía y salud en los pueblos indígenas*. Quito: Editorial Abya-Yala (en prensa).
- Zolezzi, Graciela. "Capítulo 24. Planificación de Género en Proyectos con Pueblos Indígenas." Santa Cruz: s/e.



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

525 Twenty-third St. NW
Washington, DC. 20037

www.paho.org