

# Payhawok kétek negko' o xa elyennekha elyempehek kelan'ák

Las mujeres indígenas del Pueblo Enxet Sur y sus derechos  
sexuales y reproductivos



# Payhawok kétek negkó o xa elyennekha elyempehek kelan'ák

Las mujeres indígenas del Pueblo Enxet Sur y sus derechos  
sexuales y reproductivos



## **Payhawok kétek negko´o xa elyennekha elyempehek kelan´ák**

Las mujeres indígenas del Pueblo Enxet Sur y sus derechos sexuales y reproductivos

Proyecto: **“Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres indígenas del Bajo Chaco”**, Embajada de Australia.

Coordinación Ejecutiva de Tierraviva: Abog. Julia Cabello Alonso.

Dirección General de la investigación y redacción general: Lic. Lorna Quiroga.

Redacción jurídica: Abog. Julia Cabello Alonso.

Equipo de investigación, facilitador y facilitadoras de Tierraviva: Lic. Estela Marecos, Ricardo Morínigo, Lidia Ruiz, Abog. Julia Cabello Alonso y Lic. Lorna Quiroga.

Traductores: Felicita Villalba, Elvio Cabañas y Nenito Rojas.

Investigadoras: Petrona González (comunidad Palo Azul), Juana Cabañas (comunidad Palo Azul), Jacinta González (comunidad Yatnata), Ignacia Palacios (comunidad Santa Fe), Merita Recalde (comunidad San Carlos), Herminia Fernández (comunidad Palo Blanco), Manuela Ayala (comunidad Alegre), Elodia Solano (comunidad 20 de Enero), Abelina Barreto (comunidad Larrosa Cué 2), Andresa González (comunidad San Fernando), Clara Acuña (comunidad Santa Fe), Teresa Ayala (comunidad Larrosa Cué 1), Agripina Fernández (comunidad Kurupa´yty), Tatiana Marecos (comunidad Paratodo´i), Elvira Recalde (Comunidad Paratodo´i), María Ana Martínez (comunidad Monte Alto), Serafina Benítez (comunidad Yatnata), Gladys Benítez (comunidad Sawhoyamaya), Mariana Ayala (comunidad Sawhoyamaya), Lola Riquelme (comunidad Pozo Colorado), Rosa Franco (comunidad Pozo Colorado), Estelvina Torales (comunidad Espinillo), Miguela Ayala (comunidad Larrosa Cué 1), Gregoria Cabañas (comunidad Palo Azul), Josefina González (comunidad La Madrina), Negrita Gómez (comunidad Makxawaiya), Leónida Rodríguez (comunidad Makxawaiya), Lorenza Fernández (comunidad Kurupa´yty), Juana Mayor (comunidad Tajy Poty).

Edición y corrección: Eulo García.

Diseño: H2o.

Impresión: AGR servicios gráficos.

### **Contenido CD**

#### *Microprogramas*

1. Nosotras, somos mujeres Enxet
2. Historia de una embarazada
3. Las parteras
4. Lo de antes y lo de ahora

#### *Video*

Somos mujeres Enxet

### **Copyleft - Octubre 2015**

Se permite la utilización del contenido de esta obra con fines no comerciales, mencionando la fuente.

### **Tierraviva a los Pueblos Indígenas del Chaco**

Manuel Domínguez 1073, Asunción, Paraguay. Tel.: (595 21 ) 202 039

[www.tierraviva.org.py](http://www.tierraviva.org.py)

# Índice

Presentación .....	7
Introducción .....	15
Aspectos metodológicos .....	23
<i>Méko ektamheykha ewáxok</i> – Estar tranquila .....	27
Análisis general .....	30
Datos sociodemográficos .....	37
Sistema de salud comunitaria.....	42
Marco normativo. Acceso y cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos .....	58
<i>Kelan'ák</i> , la menstruación, la anticoncepción, el embarazo y el parto...66	
Acceso a la salud. Hechos y percepciones desde la perspectiva de las <i>kelan'ák</i> del pueblo Enxet Sur.....	85
Conclusiones y recomendaciones.....	92
Bibliografía .....	101

## **Agradecimientos**

A cada uno de los líderes que apoyaron y acompañaron, que aportaron y se preocuparon, que llevaron y trajeron a las mujeres hasta la ruta, la terminal de ómnibus y les ayudaron a juntar para su pasaje. A los promotores de salud con los que tuvimos oportunidad de conversar sobre sus preocupaciones e impresiones. A Norma Álvarez, quien hace tiempo viene dándonos pistas sobre este problema y nos acoge en su casa como sus propios hijos. A Elvio Cabañas por ayudar a traducirnos, a entender, por enseñarnos y compartir siempre sus conocimientos. A Benigno Rojas por acompañarnos y ayudarnos en la difícil tarea de traducir el nombre del proyecto en enxet sur, como a Elvio Cabañas, Remigio Rojas, Asunción Rojas y Felicita Villalba. A Liliana y Aníbal López por sus siempre sabias palabras que nos ayudan a valorar cada vez más la sabiduría de su pueblo. A Esteban Kidd, que desde la lejanía ha insistido constantemente en rever las consecuencias de la colocación de los dispositivos intrauterinos por parte de la Iglesia Anglicana; y a Sarina Kidd, quien desarrolló un estudio al respecto hace varios años y parte del cual se encuentra en el presente documento; ambos, puntapiés fundamentales para comenzar a pensar en el tema de derechos sexuales y reproductivos. A Mirta Moragas, por la orientación general en materia de derechos sexuales y reproductivos. A las mujeres y los hombres indígenas que luchan día a día desde el silencio y resisten, exigiendo e insistiendo en la construcción conjunta de un país más justo y equitativo.

## Presentación

La evolución en el reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas, en comparación a otras décadas, ha permitido que hoy en día se pueda decir que existe un consenso sobre la directa relación entre el eventual incumplimiento de satisfacción de derechos territoriales y la consecuente falta de garantías y de cumplimiento de otros derechos.

En la experiencia de trabajo alcanzada por Tierraviva, esto se pudo observar, de forma particular, en el análisis exhaustivo de los casos emblemáticos de comunidades indígenas en sus reclamos territoriales, que fueron acompañados por la institución ante el Sistema Interamericano de Protección de Derechos Humanos. Yakye Axa y Sawhoyamaxa del pueblo Enxet, y Xákmok Kásek del pueblo Sanapaná, representan tres casos mediante los cuales se puede leer esta relación directamente proporcional entre la falta de tierras y la imposibilidad de seguir reproduciendo sus prácticas culturales, así como también de disfrutar de otros derechos humanos reconocidos ampliamente, tanto por la Constitución del Paraguay como por diferentes tratados internacionales de derechos humanos.

En este sentido, el caso de Yakye Axa, que en el 2005 obtuvo sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) aporta cuanto sigue:

La garantía del derecho a la propiedad comunitaria de los pueblos indígenas debe tomar en cuenta que la tierra está estrechamente relacionada con sus tradiciones y expresiones orales, sus costumbres y lenguas, sus artes y rituales, sus conocimientos y usos relacionados con la naturaleza, sus artes culinarias, el derecho consuetudinario, su vestimenta, filosofía y valores. En función de su entorno, su integración con la naturaleza y su historia, los miembros de las comunidades indígenas transmiten de generación en generación este patrimonio cultural inmaterial, que es recreado constantemente por los miembros de las comunidades y grupos indígenas<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Sentencia Corte IDH, 17 de junio de 2005 –Comunidad Indígena Yakye Axa vs. Paraguay, párr. 154.

En el caso de Yakye Axa, la Corte IDH, llegó a la conclusión de que la privación de tierras a los miembros de la comunidad repercutió directamente en la posibilidad de acceder a medios de subsistencia tradicionales, así como del uso y disfrute de recursos naturales que permitieran el acceso a agua limpia y a la práctica de la medicina tradicional de prevención y cura de enfermedades.

Complementando lo anterior, en su párrafo 166 la sentencia recoge lo manifestado por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, en su Observación General 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, señalando la esencialidad del carácter colectivo del derecho a la salud en las comunidades indígenas. Se señala cuanto sigue:

Para las comunidades indígenas, la salud del individuo se suele vincular con la salud de la sociedad en su conjunto y presenta una dimensión colectiva. A este respecto, el Comité considera que [...] la [...] pérdida por esas poblaciones de sus recursos alimenticios y la ruptura de su relación simbiótica con la tierra, ejercen un efecto perjudicial sobre la salud de esas poblaciones<sup>2</sup>.

Por su parte, la comunidad indígena Sawhoyamaya, con sentencia de la Corte IDH de 2006, fue una de las comunidades que participó de esta investigación, reportando una continuidad de las prácticas violatorias estatales ya denunciadas. En la sentencia del tribunal supranacional se puede leer:

La vinculación cultural de los indígenas con su tierra y los recursos que allí se encuentran, es el eje principal del derecho que los ampara para reivindicar una extensión de tierra específicamente determinada, no solo por ser su medio de subsistencia, sino porque constituyen elementos integrantes de su cosmovisión, religiosidad, cabe sostener, de su identidad cultural<sup>3</sup>.

La tierra, por tanto, se aleja de la visión mercantilista como único valor o característica en su posesión y propiedad. Para las comunidades indígenas adquiere un valor complementario al ser parte de la forma particular

2 UN. Doc. E/C.12/2000/4. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), (22º período de sesiones, 2000), párr. 27.

3 Sentencia Corte IDH, 29 de marzo de 2006 – Caso Comunidad Indígena Sawhoyamaya vs. Paraguay, párr.118

de vida que desarrollan y de las características propias de su cultura. Sin sus tierras, las comunidades indígenas pierden parte esencial de su construcción cultural. Y esta construcción cultural de la que forman parte las tierras y los recursos naturales, hacen al legado cultural que es transmitido de generación en generación. Esta vinculación también es recogida por la sentencia, tomándola del informe antropológico elaborado en el proceso de reivindicación territorial de Sawhoyamaxa, en el cual se manifiesta el deterioro de la salud de los miembros de comunidades indígenas sin tierra y, consecuentemente, sin posibilidades de acceso a fuentes de alimentos y agua<sup>4</sup>.

En este caso, la Corte IDH, al momento de analizar el derecho a la vida consagrado en el artículo 4 de la Convención Americana de Derechos Humanos, también señala expresamente la especial atención que debe ser brindada a las mujeres embarazadas de la comunidad debido a la situación de especial vulnerabilidad que atraviesan, manifestando que deben ser adoptadas medidas especiales que garanticen a las madres, durante la gestación, el parto y la lactancia, así como el acceso a servicios médicos adecuados<sup>5</sup>.

En el 2010, una nueva sentencia de la Corte IDH recae contra Paraguay en el caso de la comunidad indígena Xákmok Kásek del pueblo Sanapaná. En esta sentencia, la situación de las mujeres, de los niños y las niñas se pudo visibilizar aún más:

“La pérdida de prácticas tradicionales, como los ritos de iniciación femenina o masculina... y los prejuicios derivados de la falta de territorio, afectan en forma particular el desarrollo e identidad cultural de los niños y niñas de la comunidad, quienes no podrán siquiera desarrollar esa especial relación con su territorio tradicional y esa particular forma de vida propia de su cultura...”<sup>6</sup>.

En la mencionada sentencia, la Corte IDH también encontró responsable al Paraguay de violar los derechos de niños y niñas de la comunidad.

Además, este caso aporta puntos fundamentales para comprender las consecuencias continuas de la todavía vigente violación del derecho a la

---

4 Sentencia Corte IDH, 29 de marzo de 2006 – Caso Comunidad Indígena Sawhoyamaxa vs. Paraguay, párr. 159.

5 Sentencia Corte IDH, 29 de marzo de 2006 – Caso Comunidad Indígena Sawhoyamaxa vs. Paraguay, párr. 177.

6 Sentencia Corte IDH, 24 de agosto de 2010 – Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek vs. Paraguay, párr. 263.

propiedad colectiva de las tierras en relación al derecho a la vida y la continuidad cultural. Por lo anterior, se sostiene que este caso, al igual que los anteriores, da cuenta de esta íntima relación entre el derecho a la propiedad colectiva de las tierras y la satisfacción de otros derechos; aportando también un elemento más, que la violencia del despojo territorial ha marcado fuertemente las prácticas culturales y las posibilidades de continuarlas.

Como contaba el antropólogo Dr. Rodrigo Villagra Carron ante la Corte IDH, los ritos de chamanismo, así como los de iniciación femenina y masculina también se ven afectados por esa situación. En cuanto a la iniciación femenina, durante su declaración, mencionaba que esta se desarrollaba en espacios intercomunitarios, con la abundancia propia de las tierras indígenas de la zona en determinadas épocas; espacios en los cuales no solo se interrelacionaban y bajaban los conflictos, sino en los de integración por excelencia, varón y mujer, de distintas comunidades, permitiendo la conformación de nuevas familias:

Por ejemplo, el [ritual de iniciación] masculino, que implica que un chamán, o el cayá, empieza a cantar toda la noche y se va invitando a gente. Primero implica que tiene que ser una época buena, una época del año buena donde la gente puede recolectar suficientes frutos y alimentos para invitar a una festividad grande. En ese proceso de iniciación, los jóvenes son sometidos a la prueba de cierto tipo de plantas que implican que puedan desmayarse [...] y que sean velados por un chamán o varios chamanes principales, que lo que hacen es dominar la potencia, el conocimiento que está en esas plantas, que después va a ser la planta dueña de un conocimiento que le va permitir curar. [...] [E]s como una festividad social donde [...] está cantando un chamán y a la vez se hacen otros bailes entre mujeres y hombres [...]. Los hombres se ataviaban con plumas con pinturas particulares, y varias aldeas vecinas venían. Eso permitía una integración social que bajaba el nivel de conflicto porque era una fiesta. [...] [H]abían competencias deportivas, también habían juegos [...] de salón, juegos deportivos, bailes específicos que permitían no solamente la integración con otras aldeas sino de género entre hombre y mujer<sup>7</sup>.

Lo recogido en esta sentencia es especialmente relevante ya que observa

---

7 Sentencia Corte IDH, 24 de agosto de 2010 – Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek vs. Paraguay, párr. 190.

que era también en estos espacios en donde sucedía la transmisión intergeneracional de prácticas culturales, desde las generaciones más ancianas a las más jóvenes. Ante la pérdida del territorio, la limitación en los espacios de circulación y movilidad, la pérdida de los bosques y demás recursos naturales, estas prácticas culturales fueron transformándose, perdiendo ese sentido profundamente orientativo y de integración que tenían aquellos espacios rituales.

Es preciso señalar que en estos tres casos llevados a conocimiento de la Corte IDH, se reúnen las condiciones de vida de la mayoría de las comunidades indígenas del país. En el presente informe, se puede evidenciar que más allá de los problemas que trae la no implementación de las disposiciones legales para hacer efectivos estos derechos, hay que tomar consideración que para la satisfacción de los mismos, se debe pasar, indefectiblemente, por el cumplimiento de otros derechos también contemplados en la normativa nacional. El derecho a la circulación, a la alimentación, al agua, el acceso a caminos públicos y de todo tiempo, sin restricciones, que permitan la llegada a centros asistenciales, la provisión de una infraestructura adecuada para la atención, que incluya medios de transporte que puedan llegar a las comunidades, son puntos que el Estado debe contemplar al momento de implementar políticas de acceso universal a servicios de salud. No hacerlo constituye un atentado al goce efectivo de estos derechos, además de una profunda discriminación, al estar el Estado en conocimiento directo de la situación de emergencia permanente en la que se debaten las comunidades indígenas.

En cuanto a esta discriminación, la sentencia en el caso de Xákmok Kásek también aporta elementos relevantes. El tribunal internacional se refirió al tema, señalando específicamente en su párrafo 187, que el derecho a la vida, contemplado en el artículo 4 de la Convención Americana, no admite restricciones:

*“(...) los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para que no se produzcan violaciones de ese derecho... La observancia del artículo 4, no solo presupone que ninguna persona sea privada de su vida arbitrariamente (obligación negativa), sino que además requiere que los Estados adopten todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida (obligación positiva), conforme al deber de garantizar el pleno y libre ejercicio, sin discriminación, de los derechos de todas las personas bajo su jurisdicción”.*

Además, en este caso, el tribunal constató que el Estado no estaba realizando lo suficiente para garantizar la accesibilidad física ni geográfica a establecimientos de salud, ni que se hayan desarrollado medidas educativas en materia de salud que sean respetuosas de los usos y las costumbres de las comunidades indígenas (párrafo 208), sumando esto a las consideraciones que llevó a este tribunal a condenar al Paraguay por la violación del derecho a la vida. Lo anterior, sumado a otras violaciones, llevó a la Corte IDH a determinar que el Estado paraguayo violó su deber de no discriminar a estos pueblos, al privárseles a los indígenas del acceso a los servicios sanitarios y no revertir la especial situación de vulnerabilidad en la que se encontraban, privados de sus tierras y recursos naturales.

Párrafo 273. En el presente caso está establecido que la situación de extrema y especial vulnerabilidad de los miembros de la Comunidad se debe, *inter alia*, a la falta de recursos adecuados y efectivos que en los hechos proteja los derechos de los indígenas y no solo de manera formal; la débil presencia de instituciones estatales obligadas a prestar servicios y bienes a los miembros de la Comunidad, en especial, alimentación, agua, salud y educación; y a la prevalencia de una visión de la propiedad que otorga mayor protección a los propietarios privados por sobre los reclamos territoriales indígenas, desconociéndose, con ello, su identidad cultural y amenazando su subsistencia física.

También, la Corte IDH se refiere en esta sentencia a los pueblos indígenas en general, al examinar este deber de no discriminación:

Párrafo 270. “Es indispensable que los Estados otorguen una protección efectiva que tome en cuenta sus particularidades propias, sus características económicas y sociales, así como su situación de especial vulnerabilidad, su derecho consuetudinario, valores, usos y costumbres”.

La Corte IDH también vinculó la extrema pobreza como una situación de especial atención. En su párrafo 233, al analizar la muerte de una mujer en trabajo de parto, resalta que la extrema pobreza y la falta de atención adecuada del embarazo y posparto son causas de alta mortalidad. Esto debe obligar a los Estados a brindar políticas de salud adecuadas con personal entrenado, tomando en consideración que las mujeres embarazadas deben tener especial atención.

En los tres casos, puestos a su conocimiento, la Corte IDH encontró respon-

sable al Estado paraguayo por la violación del derecho a la vida, vinculando esta violación con la del derecho a la propiedad colectiva de las tierras, al privársele a los indígenas de acceder a los recursos que allí se encuentran, y por la especial significación que la tierra representa para las comunidades indígenas, como ya se había expresado anteriormente.

En estos tres casos, entre sus puntos resolutivos, la Corte IDH ordenó al Paraguay, luego de analizar la situación presentada a su conocimiento, que adopte de manera “inmediata, periódica y permanente” atención médica especial tanto a mujeres embarazadas -tanto antes del parto así como los primeros meses después de este- como al niño o la niña recién nacido/a. En el último caso puesto a su conocimiento, el de Xákmok Kásek, también determinó la obligación al Estado de elaborar un estudio especial que, entre otros puntos, considerara la atención pre y posnatal necesaria.

Al ser Tierraviva una institución de derechos humanos que busca la transformación de las prácticas estatales en función a los derechos indígenas, en especial las relacionadas al derecho territorial, el presente trabajo realizado junto con 29 mujeres indígenas del pueblo Enxet Sur constituye tanto un desafío como una continuidad del quehacer y un mandato institucional.



## Introducción

Desde los primeros contactos con los extranjeros en sus tierras, el pueblo Enxet Sur, como otros pueblos indígenas chaqueños, ha sufrido una innumerable cantidad de enfermedades que anteriormente eran desconocidas en estas tierras; enfermedades que los diezmaron y terminaron debilitándolos en diferentes aspectos. La llegada de los misioneros anglicanos, primero, y posteriormente el arribo masivo de otros grupos de blancos, con la Guerra del Chaco, marcaron un antes y después, lo que derivó en la imposición de otras formas de pensamiento, ajenas a los indígenas y opresivas hacia ellos, lo que terminó influenciando sus prácticas y relaciones.

La violencia del contacto puede observarse durante la guerra con mayor crudeza. Allí, la población indígena se vio más expuesta al contacto y al contagio mortal de enfermedades como la viruela, la fiebre amarilla, el cólera y otras enfermedades, entre ellas las de transmisión sexual, como por ejemplo la sífilis y la gonorrea. Los indígenas terminaron de observar el despojo de sus territorios, aunque esto ya había comenzado al finalizar la guerra de la Triple Alianza contra el Paraguay. Por otra parte, los indígenas fueron forzados a participar de diversas maneras de esta guerra, y a tomar contacto con los paraguayos. Las mujeres indígenas, particularmente, fueron despojadas de su autonomía, fueron tomadas como objetos y sufrieron vejámenes de todo tipo. “[Durante esa época] los paraguayos no podían ver a nuestras mujeres, se volvían locos. Como perros en celo se tiraban sobre ellas, ¡pobrecitas! [...] No comprendo cómo pueden hacer eso por la fuerza o pagando con provistas”, contaba un testigo de la época (Sardi 2003:163). “Los asesinatos, el robo y la violación de mujeres eran frecuentes «no había más mujeres enlhet», comenta Cooneng-Pa’at” (Kalisch y Unruh 2008:105). Muchas mujeres indígenas fueron violadas y contagiadas con enfermedades de transmisión sexual; fueron objetivadas, utilizadas, cambiadas por provistas. Las enfermedades se esparcieron con rapidez, y para frenarlas el Estado intervino sobre la población local con crudeza e irrespeto, “la brutalidad médica a la que fueron sometidos los indígenas [incluía]: incendio de sus campamentos, puesta en cuarentena de los enfermos, muestras de sangre, vacunación antivariólica forzada, cuya violencia ocasionaba fuertes fiebres durante 48 horas y a veces la muerte, [y la] manipulación de los cadáveres de sus familiares” (Richard 2008:31).

La guerra logró imponer, de manera directa o indirecta, una Nación con sus leyes y su cultura sobre la población indígena. Como se mencionó, para muchos pueblos, pero principalmente para *enxet'ákkenhanKelan'ák* (los hombres y las mujeres) del pueblo Enxet Sur, el contacto ya había sido anterior. Sin la violencia característica de las guerras, la Iglesia Anglicana cumplió con su misión de “pacificar” a los y las indígenas en la zona comprendida como Bajo Chaco, enseñándoles los buenos valores de la religión, a trabajar para las estancias y a comportarse “civilizadamente”. Para ello, la transformación de sus formas de vida, creencias, conocimientos, tradiciones, etc., fue necesario. Los cuerpos fueron ocultados y disciplinados. Los roles y las categorías entre personas, y entre mujeres y hombres, abrieron una brecha de diferencias. Las mujeres indígenas fueron moldeadas dentro del imaginario de estos hombres blancos europeos de fe dentro del ideal de la mujer blanca europea de fe; elementos que aún persisten al ser caracterizadas las mujeres del pueblo Enxet Sur como tímidas y calladas<sup>8</sup>.

Las transformaciones en la vida del pueblo Enxet se dieron en menos de un siglo, donde fueron incorporando elementos no tradicionales y construyendo un complejo sistema de salud en tensión con el sistema de la sociedad paraguaya. Al ser despojados de sus territorios, la dependencia hacia la medicina occidental, y otra serie de elementos no tradicionales, ha puesto a las comunidades en una situación de mayor vulnerabilidad.

Sin duda, los pueblos indígenas han desarrollado distintas formas para mantener su identidad, sus conocimientos, para que sus formas de ser, pensar y estar en el mundo «no mueran, no se fundan», como expresan algunas mujeres. A su vez, han sabido complementar sus conocimientos ancestrales con los conocimientos del mundo *waley* (paraguayo-blanco-latino) del *afuera*, a veces de manera violenta, tanto por imposición como por necesidad.

La sociedad no indígena, por su parte, no ha cesado de menospreciar los conocimientos ancestrales imponiendo prácticas, concepciones y formas de relacionamiento que, como observaremos, no siempre contribuyeron

---

8 Al preguntarle a varios hombres indígenas vinculados a la Iglesia Anglicana cómo son las mujeres de su pueblo, las respuestas se repetían, al parecer a ellas no les gusta hablar, son tímidas. Tim Curtis, lingüista y traductor de la Biblia, describió, desde el lenguaje Enxet Sur, a las mujeres de la misma manera: los sonidos relacionados a las mujeres son más dulces, menos potentes, más silenciosos. Sin embargo, siempre ha sido la mirada de determinados hombres la que ha podido decir quiénes son esas mujeres, y esta aún las sigue describiendo desde una concepción occidental. Por otra parte, solo hace falta verlas pelear por sus tierras, demandar sus derechos o sentarse junto a ellas en un partido de vóley para saber que a veces esta idea está lejos de ser cierta.

a la construcción de una sociedad más sabia, tolerante, intercultural y respetuosa. Pero no se puede negar que, aun persistiendo la discriminación y la inequidad en el Paraguay, existan ciertos signos de respeto, diálogo y curiosidad científica hacia los saberes ancestrales de esta Sudamérica originariamente indígena y diversa, aunque su procedencia pareciera diluirse y banalizarse en objetos intercambiables de los que las comunidades y los pueblos obtienen pocos beneficios.

Desde Tierraviva se viene trabajando con algunos pueblos indígenas acompañando los trámites de restitución de tierras, a partir de un diálogo intercultural donde sus perspectivas son respetadas y la divergencia de opiniones intenta confluir en acciones coordinadas, discutidas y pensadas. Esta propuesta de trabajo con las mujeres indígenas del pueblo Enxet Sur intenta plasmar algunos de los conocimientos fundamentales que ellas, como también los hombres indígenas que participaron, decidieron compartir con el equipo de Tierraviva. Este documento debe ser leído como un texto que resume de manera esquemática los distintos diálogos que se mantuvieron entre el equipo y las *kelan'ák*, principalmente, que partieron de disparadores y preguntas propuestas para elaborar con ellas y desde ellas, sus maneras de pensar e interpretar este tema. Surge, como se menciona más arriba, como continuidad del acompañamiento realizado desde Tierraviva en la prosecución de sus derechos territoriales. En este sentido, es importante mencionar que las tres sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos a favor de tres comunidades indígenas (Yakye Axa en 2005, Sawhoyamaya en 2006 y Xámok Kásek en 2010), que se obtuvieron al litigar estos casos ante los órganos del Sistema Interamericano de Protección de Derechos Humanos, recogen, entre otros derechos violados, el derecho a la vida, el cual está muy relacionado al acceso a tierras y a la salud. Estas sentencias dan cuenta suficiente de la relación que existe entre el territorio y la identidad, las tierras y la vida, la educación, la organización, la cultura y la economía. En este sentido, una relectura sobre estas sentencias puede darnos pistas sobre la relación existente entre el acceso a tierras y los derechos sexuales y reproductivos.

Particularmente, en la última de estas sentencias se puede observar que la mayor cantidad de personas fallecidas son mujeres, niños y niñas cuyas causas están relacionadas con la falta de asistencia del Estado en materia de salud, donde las consecuencias fueron consideradas como violaciones tanto del derecho a la vida como a la no discriminación.

En los últimos años, las indígenas han podido tener la oportunidad de un mayor acceso a la salud, a través de una resolución del MSPyBS que creó

una dirección especializada dentro de uno de los programas del Ministerio de Salud. Esto significó un avance fundamental, ya que por primera vez se planteaba como una política institucional la atención a la salud de los pueblos indígenas con un enfoque intercultural, y se incorporaban elementos de las culturas de estos pueblos hasta en la forma de plantear los centros de salud en sus comunidades. A partir de ese momento se ganaron espacios importantes bajo una gestión ministerial predispuesta para hacerlo; pero hay que decir también que en los últimos años se han perdido varios de estos espacios, quedando muy limitada la acción que esta dirección venía realizando y los avances que se habían conseguido en la materia; este retroceso se hizo especialmente visible al momento posterior del golpe parlamentario de 2012. Esos cambios producidos en la calidad de la atención y el acceso de los indígenas a los centros de salud no condujeron, lastimosamente, a las transformaciones profundas que se esperaban, quizá por el poco tiempo en el que estuvieron en vigencia, pero también debe considerarse que ese modelo de atención a la salud indígena desafiaba al paradigma biomédico por el que está atravesada la educación del personal de blanco en nuestro país, más aún dentro de una sociedad marcadamente etnocentrista aún.

Cuando comenzamos este trabajo con las mujeres, lo más difícil para el equipo designado desde Tierraviva fue aproximarse a algún concepto de salud desde el punto de vista de las *kelan'ák*. Esta idea de salud como concepto ayuda a quienes no son parte de su cultura a entender mejor sus prácticas, sus conocimientos, sus reclamos, sus enfermedades y las personas que intervienen en el complejo sistema de salud desarrollado dentro de cada una de las comunidades. La idea de salud excede el concepto regulador de la Organización Mundial de Salud (OMS) al respecto, sin embargo, esto no quiere decir que las y los indígenas del pueblo Enxet Sur no padezcan las mismas enfermedades que los *waley* y, como todas las ciudadanas del país, deban ser sujetos de derechos, de políticas y de planes de atención por parte del Estado.

Dado que este documento intenta reflejar lo mejor posible lo expresado por las mujeres, podemos aproximarnos a esta idea desde los diferentes tipos de enfermedades y quiénes son los encargados de curarlas; así a su vez puede comprenderse cuál es el sistema de salud dentro de las comunidades. Para ello, las mujeres realizaron primero un interesante análisis sobre las condiciones mínimas que se requieren para lograr la tranquilidad.

Para los *enxet ák* y las *kelan'ák* del pueblo Enxet Sur, el concepto de sa-

lud está muy relacionado con el concepto de tranquilidad, lo que puede traducirse además como el estado de bienestar, el vivir bien. Esto se logra no solo estando físicamente bien, en un ambiente adecuado y con posibilidades de desarrollarse material y simbólicamente como el pueblo Enxet Sur al que pertenecen, sino que también tiene que ver con estar tranquilas espiritualmente dentro de un contexto donde sus valores primen, tanto entre indígenas como con los no indígenas. En este sentido, vivir en tierras de calidad y cantidad suficientes donde abunden los animales silvestres, los frutos y las medicinas en el monte es fundamental para tener una buena alimentación, tener fuerza, estar sanas, tener una *piel dura*, resistente y así poder dar tranquilidad y una buena vida a la familia y a la comunidad.

La salud tiene un aspecto comunitario muy importante. Según Elvio Cabañas, los problemas como el alcoholismo y la violencia, por ejemplo, son síntomas de que la comunidad está enferma y no solo la persona. Por tanto, cuando las mujeres enferman, la comunidad enferma con ellas. Cuando hay problemas de alcoholismo, de violencia, hay muertes de mujeres durante el parto, los embarazos no llegan a término, las niñas que se casan a muy tempranas edades y se embarazan lo hacen con graves riesgos; hay TBC, HPV y cáncer, entre otras cosas, es un síntoma de que algo anda muy mal en la comunidad. Las respuestas a las enfermedades, entonces, deben ser abordadas de manera colectiva involucrando a todas las personas, buscando soluciones colectivas y consultando con aquellas personas que se ocupan de la salud, en el aspecto más integral, dentro de la comunidad.

Esta investigación ha sido para Tierraviva un proyecto que cae como la semilla del algarrobo a principios del verano chaqueño, luego de ocho años de trabajar intensamente con las mujeres y los hombres de las comunidades indígenas. De allí surgen reflexiones e interrogantes sobre el rol de las mujeres indígenas dentro de sus comunidades y distintas propuestas para ir encontrando temas, metodologías y maneras más apropiadas de acompañar procesos y reivindicar los derechos que tengan las *kelan'ák* del pueblo Enxet Sur como protagonistas, participando, opinando y decidiendo.

La propuesta de este trabajo específico con las mujeres enmarcadas en una metodología de investigación/acción surge por varios motivos, pero creemos que tiene su base en dos cuestiones. La primera, aparece como una respuesta posible, un puntapié inicial ante el estado de salud en el que se encuentran las comunidades, tema que hace tiempo venimos escuchando

de las mujeres, y que venimos trabajando con la Coordinadora de Líderes Indígenas del Bajo Chaco (CLIBCh), por otra parte. Es importante entender que para quienes estamos en Tierraviva, las muertes de los y las indígenas de las comunidades con las que trabajamos no constituyen un número más en las estadísticas, como quizá sí lo es para el Estado. Estas muertes nos han afectado de alguna u otra manera por el tipo de relación que hemos construido junto con las comunidades, relacionamiento que se basa en un servicio profesional pero que no deja de estar marcado por el respeto y el cariño, así como por la tensión constante entre dos culturas, la dominante y la oprimida. Este afecto, desde nuestro lugar privilegiado con el mundo *waley* y desde nuestro objetivo institucional, nos vuelve a ubicar en una situación de responsabilidad sobre cómo, junto a las comunidades y desde nuestro pequeño espacio y con recursos acotados, podemos acompañar procesos que ayuden a mejorar, a denunciar desde las comunidades mismas, a cambiar esta realidad injusta que les asesina; cómo podemos acompañarlas en este proceso impulsando un diálogo que se aleje del monólogo paternalista, del feminismo occidental y del multiculturalismo sin, al mismo tiempo, correr el riesgo de asimilar su discurso como el propio.

El segundo motivo por el que surge este trabajo está muy relacionado con el primero, a partir de mirar junto con estas comunidades la inacción del Estado, y preguntarnos entre todos -Tierraviva y las comunidades- qué podemos hacer, pero también qué y cómo pueden aportar las mujeres indígenas desde sus comunidades. Luego de años de trabajo con ellas, encontramos que las demandas en temas de salud siempre estuvieron presentes en todos los talleres que se realizaban con esta población, porque está íntimamente relacionado con diferentes aspectos de sus vidas, de su cultura. Aun cuando los hombres y los líderes manejan los temas relacionados a los derechos sexuales y reproductivos, son las mujeres las personas más indicadas para hablar de esto porque lo viven en carne propia y muchas veces deben reclamarlos y exigir estos derechos, porque las políticas públicas y programas en relación a la salud sexual y reproductiva está regulando sobre sus cuerpos y también, como observaremos, sobre sus costumbres; esta regulación se hace sin darles participación, sin entender los contextos donde se aplican, sin rever el paradigma desde donde se ubica el personal de blanco para reafirmar el discurso hegemónico y el poder del Estado que impone disciplina sobre esos cuerpos.

Es importante destacar que este es un tema que ha venido preocupando a las comunidades enlhet-enenlhet desde hace mucho tiempo, y lejos de quedarse en la queja han elaborado propuestas y exigido sus derechos

de tal forma que llegaron a transformarse en parte de algunas políticas públicas. Parte importante de las tareas diarias que desarrolla la CLIBCh está dedicada al tema de salud, donde intentan dar respuesta y resolver situaciones ante los grandes huecos y la burocracia estatal. Este documento y sus resultados constituyen una herramienta más para el Estado pero también para las mujeres y para las comunidades, para seguir luchando por sus derechos. Pone el foco en las mujeres y su perspectiva, la que, como observaron ellas, pocas veces es escuchada o tomada en cuenta. Desde la metodología propuesta, se ha buscado junto con ellas cómo transformar esas quejas y puntuales propuestas en exigencias; cómo relacionar lo que sucede en las comunidades desde su mirada particular con derechos violados, y cómo explicarlos para que se entiendan con fundamentos. Sin embargo, se debe dejar en claro que este es un texto, una interpretación de un diálogo entre diferentes actores, es una aproximación a la perspectiva sobre la salud y las diferentes situaciones en las que se encuentran las comunidades del pueblo Enxet Sur que participaron del proyecto. Quienes tienen que participar en la construcción de políticas y apuntar a cómo se deben dar las transformaciones son las mujeres y los hombres indígenas de las comunidades para que realmente haya participación.

Por último, es importante apuntar que tanto las enfermedades nuevas como las viejas deben ser tratadas desde un punto de vista más amplio, donde las condiciones materiales y espirituales sean tenidas en cuenta desde la interculturalidad y dentro de un sentido comunitario. Al hablar de condiciones materiales, se hace referencia a uno de los derechos más vulnerados para los pueblos indígenas: la tierra en cantidad y calidad suficiente, con recursos necesarios para mantenerse y seguir reproduciendo sus tradiciones y acceder a la atención de salud, a medicamentos e infraestructura como caminos y hospitales y centros de salud adecuados, por ejemplo. Las condiciones materiales mínimas están muy ligadas a la posibilidad del alcanzar un bienestar armónico que no solo es físico, como lo plantea la medicina occidental. Los pueblos indígenas, sus conocimientos, tradiciones, formas de ser, estar y sentir el mundo están íntimamente relacionadas con la naturaleza en su plano físico o material, e inmaterial o espiritual. El bienestar espiritual también es indispensable para tener una buena salud y para estar fuertes y repeler cualquier tipo de enfermedad. El bienestar afectivo está relacionado con lo social, con la vida comunitaria, con las relaciones y los conflictos. Sin uno ni el otro, es muy difícil sostener una vida tranquila; por ello, nuevamente el acceso a la tierra y el territorio se vuelven, muchas veces, una condición indispensable para el bienestar o buen vivir.

Debe reconocerse, finalmente, que este pueblo indígena ha sobrevivido hasta la actualidad también gracias a sus prácticas ancestrales, basadas en conocimientos muy específicos, desarrollando su propia medicina y tratamiento en un complejo sistema que tiene en cuenta todo aquello que les rodea, animado o inanimado; pero además, como se observó, este sistema ha permanecido y se ha sabido complementar en un diálogo constante con la medicina occidental, o *waleypanakte*, y otras creencias.

## Aspectos metodológicos

Este proyecto surge luego de años de trabajo con las mujeres indígenas. En numerosos encuentros y talleres realizados el tema de salud era siempre uno de los más recurrentes, el cual llevaba una gran atención en cuanto a demandas pero también en preguntas sobre qué hacer, cómo reclamar, cómo transformar esa realidad y cómo, al mismo tiempo, hacerlo desde sus propias voces, desde espacios de participación donde no se las excluya porque han sido diseñados para dinámicas con hombres. Una metodología que permite abordar esta complejidad es la de investigación-acción participativa donde el proceso de pensar, analizar y dar soluciones a una realidad con el fin de transformarla se construye desde las comunidades, desde los conocimientos de las mujeres. A partir de este proceso participativo, las mujeres observan y comparten cómo sus realidades y cómo estas son moldeadas por los distintos actores y poderes, al tiempo que proponen maneras de transformar estas realidades y proponen formas de trabajar con estos actores. El rol que cumplen los y las facilitadores/as y directores/as del proyecto de investigación durante el proceso no es el de un observador externo y descomprometido, sino el de un agente que participa al mismo tiempo en la investigación con las mujeres indígenas.

Una de las dificultades que suele encontrarse al trabajar con mujeres indígenas es que la mayoría es analfabeta, con poco más de 2 años de estudios formales en general (DGEEC, 2015) y no todas manejan el guaraní como su propio idioma, que es la lengua de contacto generalmente. Por otra parte, las leyes, los programas y demás documentaciones están escritos en castellano, lo que representa un problema general de acceso. En general, los talleres organizados por diversos actores y que se realizan con las mujeres, replican los modelos de dominación donde se legitima determinados conocimientos que representan nuestro mundo blanco. Entonces, las mujeres que no manejan bien el guaraní, que no han tenido mucho contacto con el exterior, que hablan muy despacio y bajo en su propio idioma, que son analfabetas y no están relacionadas directamente con los referentes reconocidos por el Estado, no son llamadas a participar generalmente. Son estas, en su mayoría, las que representan mejor las formas de ser, ver y actuar de su pueblo, de su comunidad. Estas han sido las mujeres en las que esta investigación pensó y sugirió a las comunida-

des que participaran. Ciertamente, la participación y elección de las mujeres que son parte de esta investigación fue diversa y, en algunos casos, respondió a esa construcción occidental de legitimación de determinados conocimientos, siempre *waley*.

Es importante remarcar que las mujeres siempre piensan desde lo colectivo, desde su clan, no desde lo individual, y de esta manera imprimen en sus discursos valores que son propios de sus comunidades y que revelan algunas de las mejores cualidades que deben practicar las personas de este pueblo. Su forma de pensar, el vocabulario que manejan y la vida cotidiana que las abruma con ollas vacías y tantas otras preocupaciones que se suelen tildar de domésticas e insignificantes constituyen, sin embargo, la vida misma dentro de la comunidad y nos dan las pistas necesarias para entender las dinámicas internas, como ser su sistema de salud, así como también sobre los problemas estructurales que impiden el acceso a la salud. Todo ello no ha dejado de ser señalado en las diferentes intervenciones que han tenido tanto aquí como en otros espacios; por ello, este documento intenta reflejar no solo los reclamos, sino una propuesta de acciones concretas pensadas con y desde las mujeres y sus comunidades a manera de recomendaciones hacia el Estado.

Uno de los principales objetivos planteados fue intentar desplazar la fuerza que esta legitimación de determinados saberes importantes para el mundo occidental tenía, e invitar a esas mujeres que no suelen participar a que sean las investigadoras y voceras de su comunidad frente al Estado; que las mujeres pudieran exigir ellas mismas sus propios derechos ante las autoridades, a partir del ejercicio de identificar todas juntas los problemas que enfrentan como colectivo y los que enfrentan particularmente para, desde allí, poder proponer respuestas y soluciones. En síntesis, exigir derechos explicando el contexto y proponiendo alternativas para la construcción conjunta de respuestas dentro de un diálogo intercultural que deberá seguir desarrollándose.

Por otra parte, todo el proceso pretendía que estos temas sean dialogados entre las diferentes familias dentro de cada comunidad, que las investigadoras pudieran generar espacios propios para encontrarse con otras mujeres y hablar de lo que a cada una les pasaba, sobre cómo solucionarlo, o simplemente poder compartir sus experiencias en relación a la salud, que como ya observamos, engloba mucho más de lo que en principio se percibía desde Tierraviva. Este compartir, dialogar, hablar entre ellas es una manera de generar conocimiento, de explicar su realidad, de organizarse como naturalmente lo harían para realizar algún objetivo. Esta parte del proyecto

se dio de diferentes maneras de acuerdo al grado de involucramiento de cada comunidad y del apoyo que los líderes brindaron a las investigadoras, pero no eran espacios en los que Tierraviva tenía que participar. Allí, cada mujer encontró las dinámicas más propias para trabajar, y la participación de facilitadores se produjo solo en los casos en que las *kelan'ák* no habían podido avanzar en sus comunidades o necesitaban apoyo en cuestiones puntuales y formales.

Se planteó la participación de las mujeres como representantes de sus comunidades y con apoyo de las mismas y de sus líderes. Para ello, se recorrieron las comunidades y se habló con estos actores o se realizaron pequeñas reuniones. En algunos casos, los líderes dejaron en claro que no había interés en que algunas de las mujeres de su comunidad participaran, mientras que en otros casos no terminaron de ponerse de acuerdo, por lo que nadie participó, y en otros dos casos, aun con reuniones e invitaciones “no se animaron”, o simplemente no desearon hacerlo; las decisiones en todos los casos fueron autónomas.

A las investigadoras se les solicitó que recolectaran determinada información y hablaran con diferentes personas que eran claves en relación a la salud. Se les dio algunas indicaciones, a muchas se les dio un listado con preguntas para que hicieran, solicitando a los líderes y otras personas que les ayudaran en la recolección de esta información. Desde Tierraviva se realizó un seguimiento telefónico para apoyar su trabajo. La intención era que se fueran generando espacios de diálogo dentro de las comunidades con la menor intervención externa posible, más allá de la información que pudieran relevar. Muchas, a pesar de no saber ni leer ni escribir, se las ingeniaron para responder a las preguntas propuestas. Por otra parte, estas preguntas tuvieron que ser reformuladas muchas veces porque no estaban lo suficientemente adecuadas. Por tanto, los resultados globales han sido difíciles de analizar como datos cuantitativos, como fue la pretensión originaria. Sin embargo, constituyeron una valiosa información, tanto para tener un panorama general de la situación.

Al final del proyecto, se revieron y validaron los temas y las propuestas más importantes que se iban a hablar frente al Estado y que estarían dentro del documento. Tanto la elección de estos temas como las propuestas provinieron de lo escuchado en cada comunidad y de lo trabajado en la última reunión grupal por las mujeres con quienes se fue trabajando, además, el coraje para decir todo lo que había salido frente al Estado. Esta era la parte más importante del proyecto: ser escuchadas y atendidas por el Estado, tener un diálogo y ejercicio de exigibilidad de derechos, elaborar un docu-

mento donde no solo se cuente desde sus propias perspectivas qué sucede en las comunidades sino también qué soluciones ellas piensan que podrían ser las mejores.

Finalmente, el proyecto tiene tres productos: el presente informe, pensado para autoridades y personas interesadas en el tema; además de una herramienta para las comunidades para que sigan mejorando y exigiendo; un material de audio para las comunidades que se pasará por radio y un material audiovisual que sintetizará el proyecto.

## ***Méko ektamheykha ewáxok*** Estar tranquila

Las mujeres indígenas del pueblo Enxet Sur, *kelan'ák*, consideran que existen varios problemas que les afectan y que impiden alcanzar el bienestar afectivo, espiritual y físico necesario para vivir tranquilas y tener buena salud.

El concepto de salud, entendido por la Organización Mundial de la Salud como un estado completo de “bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”<sup>9</sup>, para las mujeres del pueblo Enxet Sur es más complejo. En principio, es importante entender que no existe un concepto como tal, por ello, cuando se hace esta pregunta en las comunidades, la primera respuesta está relacionada a todo aquello que el Estado hace o no hace; al servicio de salud proveído por el Estado.

Queda claro, luego de las conversaciones con las investigadoras y otros referentes, que hay una idea sobre algunos elementos necesarios para tener bienestar que se relacionan con estar tranquilas, y otros elementos necesarios para que ellas estén fuertes mental, espiritual, física y afectivamente, por ejemplo. Identifican las enfermedades y quiénes son los encargados de curarlas, también a las personas que participan activamente en cada ciclo vital de las mujeres como las parteras, por ejemplo, y analizan la situación de salud en general, y particular de cada una de las comunidades, partiendo de los valores que refuerzan su idea de bienestar, estar tranquilas, y de su autonomía personal<sup>10</sup>.

Proponemos no intentar ninguna definición donde no hay, y hablar desde donde ellas lo entienden y cómo desde ahí van componiendo la idea de bienestar, lo que las hace fuertes y lo que las debilita. En este sistema está muy presente su cosmovisión, su forma de organizarse, sus valores, la capacidad de disponer de sus medicinas y alimentos tradicionales y no tradicionales, su idea de bienestar relacionada a su autonomía personal y la tranquilidad en un sentido comunitario. Dentro de esta complejidad es en la que analizan las investigadoras las dificultades para *egmeyerhe*, o estar

---

9 OMS (1946) Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud.

10 La idea de autonomía personal, siguiendo a Kidd, se refiere a una actuar en relación a los otros que permite cierta libertad dentro de las normas y los valores de la comunidad. Al contrario de nuestra idea de autonomía, no se refiere al desarrollo de la individualidad.

sana, y *méko ektamheykha ewaxok*<sup>11</sup>, que es una manera de decir que *nada ocurre*, que hay tranquilidad en su corazón/alma/mente/cuerpo:

“El «conocimiento» está también asociado con la capacidad de vivir tranquilamente, y, de hecho, el deseo de tranquilidad es un objetivo clave de muchos pueblos indígenas de las tierras bajas de Sudamérica. Los Enxet no son diferentes y expresan tranquilidad personal con el término *méke ektahakxa* [wáxok], el cual se traduce mejor como “nada ocurre en el wáxok”. El mismo describe un *wáxok* «cognoscente» en un estado de calma y ausencia de movimiento, que implica no sufrir la intrusión de objetos extraños y patógenos, la cual, de cualquier modo, se tiene que realizar en paz. La misma retrata a una persona que es emocionalmente confortable y cuyo *wáxok* no ha sido perturbado por cosas tales como rupturas en las relaciones sociales e infortunio”. (Kidd 1999:10)

Las enfermedades para el pueblo Enxet Sur están relacionadas principalmente con el debilitamiento de su *wanmagko* (espíritu o alma) pero también con el plano afectivo-social. La muerte es entendida como ausencia de espíritus. La posibilidad de que esto ocurra puede ser ocasionada por el debilitamiento de su espíritu siempre en relación a su entorno y relaciones sociales-afectivas, así como también de lo externo, los problemas relacionados con la sociedad paraguaya. La única persona que puede distinguir este tipo de enfermedades y curarla es el *yohoxma*, o sea el chamán. Ellos ven a la persona enferma y sin preguntar nada saben qué tienen que hacer.

Para algunos *apyohoxma*, al igual que para las *kelanák*, las personas se enferman porque “muchos no comen bien, no tienen buena alimentación, y entonces hasta los niños enferman, se entristecen, se debilitan”<sup>12</sup>. Cuando las personas se entristecen o están preocupadas porque no tienen qué darle de comer a sus hijos o tuvieron alguna discusión con algún *emok* (pariente), se enferman y es en su *wáxok*, centro cognitivo-afectivo y social de la persona,

---

11 *Meko* significa “sin”, mientras que [t]ahakxa comprende el verbo [t]áha (o [t]eme) - que significa “ser,” “estar” o “hacer” - con el sufijo [akxa] que significa repetición, el cual se traduce mejor como “nada ocurre en el wáxok”. (Kidd 1999:10)

12 Con Ángel Solano tuvimos varias conversaciones, lo hemos encontrado en diferentes comunidades durante los recorridos realizados para este proyecto. Estas citas pertenecen a una entrevista realizada en su aldea “20 de Enero” en El Estribo, por Estela Marecos, Ricardo Morínigo y Lorna Quiroga.

donde se manifiesta<sup>13</sup>; como nos explicaban Aparicia González y otras mujeres de la comunidad Sawhoyamaxa durante una reunión:

*“Enferma a la gente la preocupación y falta de tranquilidad, las ancianas no están tranquilas porque todavía no pudimos sembrar”. (Aparicia González, 2015)*

En el caso de esta comunidad, las mujeres se referían a la falta de aseguramiento de sus tierras, lo que las debilitaba y enfermaba. “Tierra y vivir tranquilas en nuestras tierras”, son la base fundamental para estar bien y para tener salud, según estas mujeres. Por otra parte, la tristeza enferma y debilita el espíritu. “Cuando muere su espíritu ya muere la persona”, y cuando la gente está bien “solo su cuerpo siente enfermedad, y si es así no hay gravedad en la enfermedad” porque su espíritu está fuerte y no hay peligro. Lo afectivo que es, siguiendo a Kidd, lo que regula las relaciones y las produce tampoco se puede separar de lo espiritual, porque es la base para mantener la tranquilidad<sup>14</sup> que hace posible que estén fuertes y que haya a su vez tranquilidad en la comunidad.

Todo está vinculado, lo biológico, lo afectivo y lo espiritual están íntimamente interrelacionados. Ángel Solano, *apyohoxma* de El Estribo, comentó que los y las miembros del pueblo Enxet pueden curarse y superar cualquier enfermedad de los *waley*, siempre que la persona no tenga preocupaciones y esté tranquila y sus almas o espíritus estén fuertes para proteger a la persona. En la actualidad, muchas comunidades comparten creencias foráneas de las diferentes iglesias y sectas a las que están vinculadas. Estas nuevas creencias acusan a varias de las prácticas ancestrales de satánicas y de animar espíritus malignos temidos por este pueblo, por lo que muchos conocimientos a lo largo de más de un siglo de colonización, más allá de la deforestación y la falta de acceso a su territorio, se han ido perdiendo; sumado a ello está la acción del Estado que actúa irrespetando otras maneras de entender y tratar la salud.

---

13 Según Kidd, el “*wáxok*, en el pensamiento filosófico enxet es reconocido como el centro tanto de lo cognitivo como de las emociones. Además, es el centro social de la persona y un rasgo importante de la explicación enxet de sus relaciones sociales y económicas. Por un lado, puede significar un órgano físico, el estómago, y esto está asociado con el proceso digestivo, pero también tiene una dimensión metafísica, que significa el centro tanto cognitivo como afectivo de la persona. Es, además, el órgano del cuerpo que es más susceptible de ser invadido por espíritus malévolos y otros objetos enviados por chamanes enemigos para enfermar a las personas.” (Kidd 1999, 50)

14 Como apuntan Kidd y Villagra, el amor es algo diferente a la concepción occidental y se dirige con quienes se tiene lazos de parentesco. El parentesco, para los enxet, está regulado justamente por el amor, el cual no necesariamente está dado por la consanguinidad, debe ser constantemente renovado y demostrado a partir del cuidado y la preocupación, del compartir objetos y comida, por ejemplo.

## Análisis general

**“Si la mujer habla de salud, habla de muchas más cosas que no son solo enfermedades”<sup>15</sup>**

Cuando las *kelan'ák* (mujeres) analizan la situación en la que viven, les resulta difícil separar su situación individual de lo que ocurre en la comunidad y a su pueblo. Generalmente, cuando tienen que expresar sus preocupaciones o analizar su situación, las mujeres parten de un análisis colectivo e imprimen en sus discursos un sentido de identidad muy definido: el de ser indígenas del pueblo Enxet, ser parte de una comunidad y aldea en particular y pertenecer a una red de parentesco<sup>16</sup>. Por su parte, los líderes y hombres que acompañaron este proceso entendieron de la misma manera los problemas que estaban enfrentando las mujeres, como un problema comunitario porque les afectaba a todas las personas por igual<sup>17</sup>. En principio, este punto de partida refuerza uno de sus valores enxet sur más importantes, y de la elección de estas personas en particular como portadoras de este principio que es mirar por los otros (ver Kidd 1999).

Al analizar el problema de la salud, las investigadoras partieron de ejemplos y preocupaciones cotidianas que identificaron como un problema estructural: el problema de tierras, la escasez de recursos y el acceso a sus territorios. Los problemas de aparente dominio doméstico que plantean explicar una realidad cuya profundidad se observa en las causas y consecuencias de su análisis, en un diálogo permanente con el Estado realizado a través de demandas concretas. Así, de lo cotidiano, de lo concreto, para dar cuenta

---

15 Conclusiones de la reunión de mujeres en la comunidad Sawhoyamaya, 2015.

16 Este punto de partida refleja un valor importante de este pueblo, que de ser tomado como un deber ser de las mujeres dentro del análisis clásico de determinados discursos feministas, podría estar ocultando el rol fundamental que cumplen estas mujeres representadas en este proyecto. Ellas miran a los otros, cuidan de ellos y ven qué les falta; así como lo hacen los líderes, así como lo debe hacer cada persona que tiene conocimiento. (Ver Kidd 1999)

17 Es importante destacar que encontramos muchos hombres con amplios conocimientos sobre temas que suponíamos, en un principio, eran del exclusivo dominio de las mujeres. Esto reforzó aún más la idea de consultar con algunos referentes y personas de nuestra confianza para entender algunos puntos y poder luego volver a conversarlo con ellas.

de la situación estructural que limita sus derechos colectivos y que, a su vez, impiden el disfrute de otros derechos como mujeres, como lo son los derechos sexuales y reproductivos. En este sentido, como se observa en las sentencias de la Corte IDH, pero también por otras mujeres indígenas en Latinoamérica, *“para abordar las situaciones concretas a las que se enfrentan las mujeres indígenas, los derechos colectivos de los pueblos indígenas deben ser reconocidos como parte de la protección de los derechos individuales de los indígenas. A la hora de interpretar y aplicar los tratados de derechos humanos que cubren los derechos individuales”*<sup>18</sup> de las mujeres, se debe tener en cuenta los derechos humanos de los pueblos indígenas que, en Paraguay, están consagrados en la Constitución Nacional, los tratados internacionales y convenciones firmadas por el Estado.

### **“Comer bien para tener salud”**<sup>19</sup>

La alimentación, comer bien, tiene mucha importancia para las mujeres de este pueblo porque está vinculado con sus ciclos como mujeres, con sus tradiciones, con la manera de relacionarse y organizarse para poder proveer de tranquilidad y bienestar a su familia<sup>20</sup>. No es extraño entonces que todos relacionen el estar sanos con comer, más aún cuando esto se ha transformado en un desafío diario para las mujeres: tener algún alimento para poner en la olla y así poner al menos un plato de comida al día en las manos de su familia.

En la mayoría de las comunidades las familias solo comen un plato de comida diario, el cual consiste principalmente en productos envasados como arroz, fideos, harina y aceite. Obviamente, las comunidades son conscientes de que una dieta basada solo en estos productos puede paliar el hambre pero que no alimenta. Muchas familias enxet solo comen una vez por día y son las mujeres, de acuerdo a las tareas que le son asignadas socialmente, las que tienen que economizar y racionalizar las provistas, rebuscarse con la pesca y la recolección de frutos o si tienen la posibilidad de estar cerca de algún centro urbano, salir a vender sus artesanías para poner algo en la olla todos los días, al menos una vez al día. Por ejemplo, las mujeres de la comunidad indígena La Herencia, especialmente las de Larrosa Cué, suelen

---

18 En <http://www.awid.org/es/layout/set/print/Las-Noticias-y-Analisis/Anuncios/Las-mujeres-indigenas-piden-al-Comite-para-la-Eliminacion-de-la-Discriminacion-contra-la-Mujer-que-reconozca-los-derechos-colectivos-de-los-pueblos-indigenas>.

19 Conclusiones del primer taller de investigadoras, realizado en febrero de 2015 en la comunidad La Herencia.

20 A través de la alimentación las mujeres.

salir hasta la ruta para vender sus artesanías, lo que les permite ganar un poco de dinero para comprar alimentos porque, como cuentan, “*actualmente se come la comida de los paraguayos*” (mujeres de Larrosa Cué 2). Los varones por su parte, salen a cazar o trabajan en estancias de la zona por largas temporadas, o realizan changas (trabajos temporarios); de esa manera, los hombres proveen alimentos o dinero para alimentar a la familia. Las mujeres, ante la ausencia de los hombres, deben desarrollar distintas estrategias para sobrevivir ellas y su familia mientras sus pares vuelven o envían dinero. Debe entenderse que esta situación se agrava cuando las comunidades no tienen tierras o cuando las tierras que poseen son insuficientes, como se observaron en los tres casos con sentencia de la Corte Interamericana, por ejemplo. Las estrategias que pueden desarrollar las mujeres en contextos empobrecidos o de menor acceso al monte son más acotadas, pero sobre todo se vuelven más dependientes de los productos manufacturados, la medicina no tradicional y otros elementos de la sociedad de consumo que solo pueden ser obtenidos con dinero a través del trabajo asalariado que realizan los hombres, principalmente, o que obtienen con la asistencia de iglesias o el Estado, esporádicamente. Las mujeres así pierden su independencia y un rol fundamental que cumplen dentro de la comunidad, cual es el de compartir alimentos con sus parientes, como también la capacidad de cuidar y educar a sus hijos. Según Kidd, la alimentación está relacionada con cuidar y educar dentro de los valores enxet: “Otra palabra empleada para expresar alimentación - *[]takmelcheso* – aunque puede ser traducida como «cuidar de», literalmente significa «causar ser bueno / lindo». Los adultos que «cuidan de» los niños les dan comida, los arropan y los mantienen abrigados, les enseñan, les hacen regalos y se encargan de un amplio espectro de otras acciones con el último fin de crear «personas cognoscentes» con *wáxoks* buenos / lindos y tranquilos” (Kidd 1999:73). Por tanto, no poder proveer de alimentos no solo afecta la salud sino también a las relaciones y a la capacidad de las mujeres, aunque también de los hombres, de recrear bienestar y tranquilidad en su comunidad. La falta de comida genera *ektamhekha éwaxok* (preocupaciones) y debilita su espíritu haciendo que cualquier enfermedad, sea o no proveniente de los blancos, entre con mayor facilidad y pueda ser mucho más complicado combatirla. El problema de la tierra y el acceso a su territorio, tiene consecuencias directas tanto en su economía tradicional como en sus prácticas culturales, así como en las relaciones dentro de la comunidad, produciendo una pérdida de autonomía de parte de las mujeres y la capacidad de ellas de generar amor, proveer tranquilidad y bienestar a su familia: “Lazos de parentesco se desarrollan después del nacimiento a través de la alimentación del niño [...] Por lo tanto, cuando

los niños son alimentados por los adultos ellos son, literalmente, hechos para crecer a través del dar la comida” (Kidd 1999:73). Observan así que los cambios provocados producen transformaciones en su forma de relacionarse y el lugar que ocupan las mujeres dentro de las comunidades. “*Antes vivíamos libremente; antes, las mujeres se iban por tres días a mariscar*” o iban tranquilas a recolectar frutos o buscar materia prima para sus artesanías que venden para comprar alimentos, llevar a su familia al hospital o comprar medicina, según contaron las mujeres en una primera reunión.

La creciente dependencia a los productos manufacturados y la escasez de alimentos tradicionales -consecuentemente también de medicina natural- está relacionada, entre otras cosas, con la falta de tierras en cantidad y calidad suficiente o la falta de acceso a sus territorios tradicionales. Los alimentos como los animales silvestres, los peces, la miel y los frutos que pueden recolectar del monte como el palmito o la algarroba, por ejemplo, siguen constituyendo, desde su mirada, los alimentos sanos en contraposición a los productos envasados. Una mujer de la comunidad San Fernando, donde tienen tierras en calidad y cantidad suficiente, concluyó, luego de escuchar a las mujeres de distintas comunidades hablar de los problemas que tienen en relación a la falta de alimentos, que: “*Ahora ya ni tenemos montes, entonces ya no tenemos bichos silvestres, karanda’y ru’ä (cogollo de palma de karanda’y), miel, que son nuestros alimentos [...] cuanto más personas hay en las tierras, menos alimentos se disponen*” (Agridipina Fernández, febrero de 2015). De otra manera, Gladis Galarza, de la comunidad Sawhoyamaya, demandó a las autoridades del Estado:

*Queremos nuestra tierra y el monte porque allí encontramos todo lo que necesitamos para vivir, eso nos alimenta, tenemos frutas silvestres, miel de abeja y carnes. Así nos alimentamos y mantenemos nuestra salud*”. (Gladis Galarza, junio de 2015)

Esta dependencia también se traduce en la dificultad que tienen para defender lo poco que tienen:

*“No respetan los blancos a los indígenas, vienen a pescar en nuestros tajamares y llevan en conservadoras llenas... en las comunidades alejadas hay todavía bichos (animales) para comer. No podemos defender nuestra propiedad de los blancos porque o sino, terminaremos en [las cárceles de] Tacumbú o Buen Pastor<sup>21</sup>. Si los echamos, ¿a dónde vamos a denunciar?”*. (Mujer de La Herencia, febrero de 2015)

---

21 Las penitenciarías nacionales de varones y de mujeres, Tacumbú y Buen Pastor, ambas ubicadas en la ciudad de Asunción.

En este sentido, la garantía de los derechos humanos de los pueblos indígenas como el derecho a la tierra y el acceso a sus territorios tradicionales para seguir practicando sus peculiares formas de vida, constituye la base primordial para que otros derechos como el derecho a la vida, a la salud y a la salud sexual y reproductiva se puedan realizar.

Al incorporarse nuevos alimentos se incorporaron también nuevos hábitos, y las mujeres tienen la percepción de que eso se tradujo en prácticas que tienen consecuencias negativas en la salud y en los valores que producen *wáxok* tranquilos y dulces, o sea en comportamientos culturalmente apropiados para generar bienestar dentro de la comunidad.

*“El parto ya no es igual que antes, si les da el cuerpo ya se levantan enseguida, comen cualquier cosa, no se cuidan, hacen igual que los blancos, y nosotras somos diferentes a los latinos... Yo siempre escucho que no hay que dejar nuestra cultura. Apenas tienen hijo ya se bañan enseguida y eso no se tiene que hacer, no les tiene que agarrar el frío, no se tienen que levantar, antes todos cuidaban de las mujeres que daban a luz, ahora ya no hacen caso”. (Reunión con investigadoras, La Herencia, febrero de 2015)*

Las jóvenes, según cuentan varias de las investigadoras, ya no quieren respetar las restricciones de ciertos alimentos, y de otras prácticas, durante la menstruación y el embarazo. Asimismo, varias de las mujeres participantes que superan los 35 años, han observado que esta preocupación por las nuevas generaciones es porque ellas mismas ven su salud deteriorada:

*“Las abuelas vivían más tiempo antes, yo soy joven y ya no soy totalmente sana, porque no me cuido como lo hacían mis abuelas y mi madre”. (Mujer de Sawhoyamaxa, mayo de 2015)*

Una de las investigadoras se lamentaba al respecto contando su experiencia:

*“Hay pérdida de vista a causa de no seguir los consejos (...) Mi madre me enseñaba y yo no hice caso, y ahora ya estoy enferma y apenas tengo 50 años, casi no veo”. (Conclusiones de la primera reunión, febrero de 2015)*

Las *kelan'ák* manifiestan una gran preocupación hacia la población más joven de la comunidad, la que, en su mayoría, no ha tenido experiencias de primera mano en el monte adoptando con mayor permeabilidad las costumbres de los *waley* (los blancos). En las comunidades superpobladas

o que no tienen tierras, los conocimientos sobre plantas medicinales, por ejemplo, se van perdiendo lentamente porque no pueden ser transmitidos debido a la falta de disponibilidad y acceso a los mismos; a su vez, existen muchas medicinas naturales anticonceptivas y otras que se utilizan durante y después del parto y la menstruación, las cuales están perdiendo vigencia por diferentes razones, entre ellas, el limitado acceso a sus territorios. Algunos de estos conocimientos eran dados a las mujeres durante el *Yanmana*, una gran celebración de la menarca de la niña durante la época de abundancia. Hace tiempo que esas fiestas ya no se realizan entre los enxet, y una de las razones que han apuntado tanto Villagra como Kalish es la escasez de recursos para realizarla. Los relatos registrados entre el pueblo Enlhet Norte *“explican la declinación de las fiestas, entre otras razones por la imposibilidad de vivir en abundancia después de que se impusiera una sociedad ajena en su país: las nuevas limitaciones económicas y espaciales produjeron la decisión de renunciar al Yaanmaan –a la fiesta en general–, lo cual constituyó, a su vez, un paso crucial hacia la capitulación ante el nuevo mundo de los inmigrantes mennonitas”*. (Kalish 2012:7)

Asimismo, durante las antiguas épocas de abundancia de alimentos y miel, se realizaban las fiestas de iniciación (momento en que las niñas pasaban a ser adultas e incorporadas en la comunidad con otras responsabilidades). Durante la preparación de la celebración del pasaje de la niña a mujer, anunciado con la menarca y llamada *Yanmana*<sup>22</sup>, se recolectaban los alimentos para compartir con los vecinos y otros grupos invitados a asistir al festejo. Durante ese momento de preparación, le eran transmitidos a las niñas los conocimientos necesarios para su vida adulta. Parte de lo que aprendían eran los cuidados relacionados a la menstruación y a la anticoncepción, por ejemplo. La mujer, a partir de ese momento, podía comenzar a tener relaciones sexuales e incluso podía decidir casarse. Las ancianas, los chamanes y otras sabias participaban activamente en la preparación de las niñas y todas celebraban la primera menstruación (ver también Villagra Carron, 2005). Siguiendo a Kalish, quien describe una fiesta del pueblo Enlhet Norte, la niña muere y resucita como mujer en un momento determinado de la fiesta, donde es perseguida por otras personas hasta caer exhausta. Esta muerte no simboliza solamente lo evidente del pasaje de un estadio a otro sino que obedecería, según él, a *“la idea de que la muerte sufrida pero superada aumenta la resistencia contra peligros físicos y espirituales. Además, expresa el concepto de que la muerte adscribe fuerzas y poderes sobre la causa de la muerte. Este concepto existe de las fiestas de iniciación: exponiéndose al veneno de la víbora, por ejemplo, se gana poder sobre la picadura*

---

22 También existe una celebración del pasaje de los varones llamada *Waygka*.

*de la víbora para sanarla; lo mismo vale para el veneno letal de las frutas del maaneng (capparis salicifolia) o de la mandioca. Por el peligro que tal exposición implica, siempre debe ser acompañada por un anciano experimentado que tenga suficiente poder –nengmovaan– para neutralizarlo” (Kalish 2012:2). Para Kalish, durante este rito las mujeres adquieren la capacidad de relacionarse y actuar desde el mundo físico en el mundo invisible; y esta capacidad les da el poder de mantener y reconstruir el tanpreciado equilibrio espiritual y social (dos planos que, para los enlhet norte, según Kalish no están separados, forman parte de una misma realidad).*

El comer demás, la obesidad y consumir productos manufacturados cuyo origen es desconocido también es causa de muchas de las enfermedades que padecen. Una señora de la comunidad indígena El Estribo comentó que *“antes las personas tenían lindos dientes porque no usaban aceite, no comían carne de vaca y por eso no se enfermaban. Ahora ya se descompone muy rápido sus dientes, no se alimentan bien”* (reunión en El Estribo, mayo de 2015). Por su parte, Laureano Ayala, líder de la comunidad Larrosa Cúe 2 se preguntaba cómo podía la leche de vaca en cartón hacer bien si a la vaca le daban una cantidad de inyecciones para que no se enfermera; o la mayonesa, ¿cómo podía hacerles bien si llenaban los productos que supuestamente contiene de pesticidas?

Por otra parte, y para concluir, la alimentación adecuada que ayuda a prevenir enfermedades y a estar fisiológicamente fuertes, según la propia medicina occidental, no considera con la misma envergadura este problema. Las mujeres, durante la primera reunión, dieron cuenta de ello:

*“Las enfermedades están directamente relacionadas con lo que comemos, remedios que se toman con el estómago vacío les hace peor, y a veces [los médicos] le dan y no le preguntan si desayunaron (...) [Los/las enfermas] “no quieren ir al doctor ni al hospital, porque ya sabemos lo que nos van a dar: novalgina, ibuprofeno, paracetamol, y ellos [los médicos] no saben si comemos bien, si tenemos los alimentos necesarios”. (Conclusión de mujer indígena en la primera reunión.)*

## Datos sociodemográficos

*“Si bien se cuenta con un marco legislativo nacional e internacional que explicita el rol del Estado como garante del derecho a la salud de la población, persisten barreras que atentan para que en la práctica el derecho a la salud sea ejercido por toda la población. Las causas estructurales de la enfermedad y muerte en niños, niñas y adolescentes están vinculadas con la baja cantidad y calidad de la inversión social, en particular la inversión en la niñez, que ha condicionado que gran parte de la población viva en la pobreza y sea excluida del acceso a los servicios sociales básicos de salud, agua potable, saneamiento, educación, vivienda, alimentación y nutrición”. (UNICEF, 2013:12)*

La situación descrita por las mujeres se refleja a su vez en los datos estadísticos como en el coeficiente de GINI que mide la desigualdad, y alcanza casi la desigualdad perfecta en la región occidental con 0,93 a 0,94 entre 1991 y 2008 (PNUD 2010:58)<sup>23</sup>. La concentración de tierras acompañada de la concentración de ingresos, los servicios públicos deficientes y su escaso acceso, dan cuenta de la exclusión y desigualdad en la estructura de la sociedad paraguaya que se observa en dónde se ubican los indígenas, por debajo de la línea de pobreza: “Alrededor de 35% de excluidos de los sistemas y servicios de salud, así como es elevado el número de personas en estos estratos, que no acceden a otros servicios como empleo y educación. La falta de seguro médico afecta al 81% de los habitantes” (CEPEP: 12), y casi la totalidad de los pueblos indígenas no tiene seguro médico (DGEEC, 2015).

Los pueblos indígenas se encuentran en gran desventaja, sufren abusos a sus derechos humanos, pero además también sufren la contaminación ambiental y destrucción de sus recursos dentro de sus territorios, denegación o acceso limitado a la educación y los servicios de salud, violencia y asesinatos<sup>24</sup>. Sin embargo, las mujeres indígenas experimentan la violación

<sup>23</sup> Sector rural paraguayo: una visión general para un diálogo informado. PNUD (2010); en [http://www.undp.org.py/odh/fotos/publicaciones2/id8\\_pub1.pdf](http://www.undp.org.py/odh/fotos/publicaciones2/id8_pub1.pdf)

<sup>24</sup> Ver *Capítulo sobre Pueblos Indígenas*, publicados en los diferentes informes anuales de derechos humanos de la Coordinadora de Derechos Humanos del Paraguay; en [http://www.codehupy.org/index.php?option=com\\_docman&Itemid=12](http://www.codehupy.org/index.php?option=com_docman&Itemid=12)

de otros derechos que tienen que ver con, además de ser indígenas pobres, con ser mujeres dentro de una sociedad arraigada en una estructura, dominante y excluyente. Esto se refleja en, por ejemplo, las esterilizaciones forzadas, los servicios inadecuados de salud reproductiva y otros tipos de violencias y discriminaciones de la que son víctimas (Kambel, 2004). La exclusión y desigualdad que estructura las prácticas discriminatorias del Estado, se observan en distintos indicadores entre indígenas y no indígenas en cuanto a los ingresos recibidos, el acceso a la luz, al agua, al saneamiento, la educación o la salud.

Desde que se ha comenzado a medir a la población en Paraguay, la población indígena se ha caracterizado, como se mencionó, por encontrarse debajo de la línea de la pobreza. Su población sigue siendo joven a pesar de que la estructura de pirámide con una base ancha, de un censo a otro (DGEEC, 2002 y 2014), se ha reducido. Una de las variables que podrían estar explicando esta reducción podría ser el descenso en la tasa global de fecundidad como la persistente tasa de mortalidad infantil, entre otras causas.

En cuanto al pueblo Enxet Sur específicamente, la población total es de alrededor de 7.287 personas, y un poco menos de la mitad son mujeres. Los y las miembros de este pueblo viven en 1.854 viviendas ocupadas y solo 353 viviendas reciben servicio de luz. El agua para uso y consumo proviene principalmente de un tajamar y aljibe comunitario (DGEEC, 2015). El Chaco, que sufre ciclos históricos de sequía e inundaciones los cuales pueden durar meses o años pasando de un estado a otro de manera abrupta, ha mantenido esta situación que genera problemas de salud desde hace tiempo.

En cuanto a la educación, la tasa de analfabetismo para las mujeres es de 42,7%, un poco más alta que el total general de los pueblos indígenas, que es de 37,6%. El promedio de estudio para las mujeres es de 2,9% inferior al resto de la población indígena, que es de 3,3 % (DGEEC, 2015). A pesar de ello, dos o tres años en las condiciones en las que tienen clases y la calidad de la educación que reciben no constituyen parámetros, así como tampoco reflejan acabadamente las tasas de analfabetismo, el nivel de educación formal y el acceso a los servicios de educación que tienen los pueblos indígenas.

En cuanto a la fecundidad, del censo realizado en 2002 al último hecho en 2012, las mujeres indígenas pasaron de tener 6,3 hijos a 4,5 hijos, un promedio de casi dos hijos menos. Este dato es muy importante,

principalmente para aquellos pueblos cuya población es mínima, e incluso para las *kelan'ák* del pueblo Enxet Sur, quienes se han caracterizado, observando los últimos censos, por tener pocos hijos. Además de la masificación en el uso de métodos anticonceptivos -acompañado por ningún control o atención médica-, existe un subregistro de muertes infantiles. En este sentido, al hablar con ellas, llama la atención la preocupación manifiesta por la falta de medios para la supervivencia de las familias, la elección de medios anticonceptivos no tradicionales y la repetición de frases relacionadas al miedo a tener más hijos (entrevistas en El Estribo y La Herencia, 2014). Por otra parte, también se observó que haber perdido hijos era un rasgo negativo, o algo de lo que nadie quiere hablar para no tener que volver a recordar ese dolor y entristecer su *wáxok*.

Algunos estudios indican que “las probabilidades de morir en el parto son 14 veces más que en países en desarrollo. Las razones de las muertes maternas y de niños se deben, en su mayoría, a complicaciones<sup>25</sup> casi en su totalidad prevenibles y manejables (UNFPA)<sup>26</sup>, y son asumidas como evidente falta de garantías en el derecho a la salud y a la vida. En el caso de las *kelan'ák*, las causas de muerte de mujeres entre 12 a 49 años en el 2011 fue mayoritariamente por “otras causas”, según el censo realizado en 2012; entre las *kelan'ák* enxet se reportaron 23 muertes de mujeres (DGEEC, 2015). Estas otras causas no son explicadas. Este dato parece ser menor si no se toma en cuenta la tasa de mortalidad materna en la región occidental o Chaco (135,7) la cual duplica a la tasa en el área metropolitana, Asunción y Central (UNICEF 2013:9).

Por otra parte, en ciertas comunidades, la cercanía a las USF facilita la atención en casos de urgencia, siempre que la paciente pueda salir de su comunidad por sus propios medios y tenga a alguien que se encargue del resto de los hijos o de la casa. En otras comunidades, las complicaciones durante el parto pueden ser mortales. En este sentido, el rol que cumplen las parteras empíricas es clave, pero según manifiestan las directivas del Programa de Salud Sexual Reproductiva, se ha vuelto

---

25 “Las cinco complicaciones que causan más del 70% de las muertes maternas son hemorragias (25%), infecciones (15%), abortos peligrosos (13%), eclampsia (12%) y parto obstruido (8%), todas controlables con una adecuada atención médica. Estas defunciones dejan a un millón de niños/as huérfanos anualmente, los que tienen 10 veces más probabilidades de morir durante los dos años siguientes a la muerte de sus madres que los demás menores”. (UNICEF, 2009)

26 [http://lac.unfpa.org/webdav/site/lac/shared/DOCUMENTS/2009/LAC%20Lancet%20articulos%20adicionales\\_web.pdf](http://lac.unfpa.org/webdav/site/lac/shared/DOCUMENTS/2009/LAC%20Lancet%20articulos%20adicionales_web.pdf)

complicado identificarlas en las comunidades y aún no se ha podido realizar un trabajo más continuo con ellas<sup>27</sup>.

Al preguntarles a las investigadoras y líderes sobre las muertes de mujeres en sus comunidades, muchas de ellas no pudieron contestar, otros aseguraron que a pesar de la situación en la que viven, los problemas durante el parto han disminuido y que las muertes maternas son raramente observables en las comunidades que participaron. Entre las mujeres mayores de 40 años consultadas encontramos que la mayoría, al menos tenía un hijo fallecido durante el embarazo, luego del parto o antes de los tres años de vida. Este dato va disminuyendo en las edades más jóvenes, pero sobre todo en aquellas comunidades que tienen mayor acceso a centros de salud en relación a la distancias. También se encontró comunidades, como Santa Fe de El Estribo, sin reportes de muerte materna-infantil, pero con un dato muy relevante: en los dos últimos años no hubo ningún nacimiento. Entre las causas más comunes de muerte encontradas, el tétano fue la más nombrada. De las muertes maternas, la más común es por hemorragia, aunque en la actualidad se reportan casos de complicaciones relacionados a la presión alta pero principalmente a la falta de asistencia en los casos de urgencia. Entre las causas que obstaculizan una adecuada atención a la salud, es la accesibilidad a centros asistenciales, la falta de caminos y de combustible para la ambulancia; dos ejemplos de ello es la muerte de un niño de la comunidad Buena Vista, donde el padre caminó hasta la ruta para sacar a su hijo que muere antes de ser auxiliado; en Río Verde se reportó el caso de una mujer que acababa de parir, y que por no encontrarse nadie en el centro de salud de la zona terminó falleciendo.

Los problemas que sufren los pueblos indígenas, y específicamente las mujeres en cuanto al acceso a la salud, constituyen una violación al derecho a la vida. Organismos internacionales que han venido midiendo estos casos observan que las causas de muerte son prevenibles y tratables pero que no existe una inversión social en este sector, donde persisten los problemas estructurales: *“Presupuesto insuficiente; un sistema con subsistemas paralelos y no articulados; estructuras organizativas obsoletas y superpuestas; modelo asistencialista y menos enfocado en prevención o promoción; recursos hu-*

---

27 En una entrevista realizada en agosto de 2015, dijeron: “Ahora estamos buscando que las parteras empíricas traigan los partos a los servicios, pero desde hace un año que se nos esconden todas, estamos buscando sus nombres y direcciones, pero no quieren darnos una lista real. Porque así, los promotores o encargados de servicios coordinarán con ellas para traer el parto hasta los centros asistenciales, porque muchas veces los promotores pasan a solicitar nomás ya el reconocimiento del certificado de nacido vivo”. (María Luisa Espejo, Dirección de Salud Sexual y Reproductiva)

*manos mal distribuidos y en muchos casos con poca calificación; insuficiencia de sistemas de monitoreo y evaluación; un sistema de información en salud con subregistros; sistema de logística y distribución deficiente (pocos depósitos y en mal estado, insuficientes móviles para transporte, problemas en la comunicación, entre otros)". (UNICEF 2013:12)*

En este sentido, organismos internacionales como la CEPAL y UNICEF concuerdan que a pesar de ciertos avances, los beneficios no han llegado de la misma manera a los pueblos indígenas, y aún se deben realizar mayores esfuerzos para que la salud materno infantil sea una prioridad, para asegurar así "un entorno favorable para la madre y el niño/a como un deber de todos los países a la luz de los acuerdos y conferencias internacionales". (CEPAL 2010:7)<sup>28</sup>

---

28 *Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: una relectura desde el enfoque de derechos.* Cepal, 2010.

## Sistema de la salud comunitaria

Hombres y mujeres, *enxet'ák kenhan kelan'ák*, han venido desarrollado desde hace muchas décadas un sistema de salud que combina la medicina occidental con los conocimientos ancestrales y tradicionales. Tanto la medicina occidental como la medicina del pueblo Enxet tienen su especificidad e importancia. Como se introdujo más arriba, para las personas de este pueblo indígena existen algunas enfermedades que la medicina occidental no puede curar, como también existen otras que solo se pueden tratar con la medicina occidental. Por tanto, en muchos casos pueden combinarse pero en otros son excluyentes. Existen ciertas enfermedades que solo pueden ser tratadas con los conocimientos tradicionales y otras que solo pueden hacerlo con medicamentos de laboratorios, como generalmente ocurre con la tuberculosis. Incluso, aunque padezcan enfermedades del *waley*, los *apyohoxma* y otras personas consideran que es el *wanmagko* quien tiene que estar fuerte para enfrentar a las enfermedades.

En esta sección describiremos a los y las encargadas de salud del pueblo Enxet Sur. Al mismo tiempo, se describirá cómo interviene la medicina occidental en cada caso.

En cada comunidad se encuentran varias personas que aún mantienen los conocimientos tradicionales como lo son la médica natural, el *apyohoxma* (shamán) y la *elánemok* (partera). Dentro del sistema de salud también participan el promotor de salud, rentado o no por el Estado, el líder comunitario que es, además de líder político, el enlace con el MSPyBS gestionando atención, medicamentos y otros servicios y derechos. Por otra parte, no se debe olvidar el rol fundamental que cumplen los y las ancianas en el cuidado de sus parientes. Es importante destacar que estos ancianos y ancianas no son de fácil acceso y que muchas veces no admiten tener estos conocimientos de manera abierta y pública. Aquí intervienen relaciones de confianza y otras razones que se entrelazan con sus creencias tradicionales y las incorporadas de afuera, las cuales muchas veces entran en conflicto.

En general, las personas que necesitan de estos especialistas se dirigen a ellos, no al revés. Sin embargo, dentro de sus parientes hay una persona conocedora que puede sugerir o aconsejar algún tratamiento. Acudir a un especialista de la comunidad dependerá siempre de la relación que tenga cada familia con este y la confianza hacia la persona. Encontramos que es

muy difícil encontrar una regla para dar cuenta de en qué situaciones recurren a cada uno; sin embargo, muchas personas refirieron haberse tratado con medicina natural y otros especialistas, a modo de método alternativo ante la falta de medios para salir de la comunidad, así como de falta de atención médica, y sobre todo de medicamentos. Asimismo, esto no significa necesariamente que estas prácticas estén en desuso sino que siempre se puede recurrir a las mismas como alternativa y de forma complementaria, pero también como único tratamiento cuando, como mencionamos, no son enfermedades que la medicina de los *waley* pueda curar. Sin embargo, es claro que los especialistas de cada comunidad actúan cuando se les pide ayuda: *"Solo asisto a una enferma o a un parto si me buscan, yo respeto mucho a la gente [...] Ya escuché varias veces que la gente tiene miedo de acudir conmigo, piensan que mi trabajo no es bueno porque creen que hago cosas malas y que quiero causar daño"*. (Mujer de San Fernando)

Por otra parte, muchas personas con estos conocimientos prefieren no ser reconocidas como tales y suelen asumir solo que saben algunas cosas, pero no lo suficiente como para ser llamadas médicas<sup>29</sup>:

*"Muchas veces, los indígenas desprecian el trabajo de otra indígena y se quejan de que no les cura. Por eso algunas calladamente hacen su trabajo. [Yo] solamente ayudo un pariente. Una vez fui a El Estribo y una mujer llegó con su hijo enfermo junto a mí porque mi tía le dijo que yo sabía de medicina, [entonces] le ayudé. Si las personas saben, siempre llegan junto a la médica, por eso no quiero se sepa mucho"*. (Médica de La Herencia, junio de 2015)

En otras dos comunidades, todas las mujeres se autodenominaron como médicas porque todas tienen algún conocimiento sobre medicina natural y son las que se encargan de curar a su familia. A pesar de que muchos de estas personas especialistas tratan de mantener en secreto sus conocimientos dentro del ámbito familiar, otras manifestaron abiertamente su deseo que sean reconocidas como tales, como una médica y partera de Larrosa Cué. Según varias personas de la comunidad que reconocen el trabajo de esta mujer y el cuidado que brinda, es importante que el Estado la tenga en cuenta, a ella y a otras mujeres que trabajan por la salud dentro de su comunidad.

---

<sup>29</sup> Las otras médicas que figuran con nombre y apellido son conocidas por la comunidad. En Larrosa Cué, La Herencia, en particular, la médica y partera de la comunidad solicitó expresamente figurar como tal, eso implicaba para ella el reconocimiento ante el Estado como encargada de salud de su comunidad.

Sin embargo, para muchas no ser reconocidas públicamente por sus conocimientos evita que sean señaladas como *payeseras*<sup>30</sup>, algo que podría ocurrir si fallara el tratamiento indicado. Asimismo, una médica de la comunidad El Estribo afirmó que a *“la gente no le interesa más el pohã ñana (remedios caseros) porque tiene miedo de que les haga daño”* (médica de El Estribo); esto ha sido un comentario de muchas mujeres en relación a los anticonceptivos naturales a los cuales se refirieron como *“delicados”*, como se describirá más adelante.

En las comunidades de La Herencia y El Estribo, comunidades que han sido pobladas por personas de diferentes lugares cuando la Iglesia Anglicana las compró para reubicarlas<sup>31</sup>, las mujeres originarias de otros lugares aún recuerdan *panakte* (remedios) que ya no encontraron en sus nuevas tierras:

*“En El Estribo no se encuentran todos los remedios que antes utilizaba. En cambio en Makxawaiya hay muchos”*. (Mauricia Recalde, Dos Palmas, marzo de 2015)

La pérdida paulatina de estos conocimientos también está relacionada con un acceso más restringido a sus territorios y la escasez de estos en varias comunidades. En este sentido, uno de los líderes manifestó como preocupación la pérdida de estos conocimientos por parte de la población más joven, porque aunque en algunos lugares se encuentran en abundancia, pocas son las personas que conocen hoy en día todas las plantas medicinales.

### **Náxop saxma** – Médica naturista

Mirta cura la bronquitis y los pulmones. Graciela es la que sabe de medicamentos para curar a los niños. Lidia sabe curar el ojeo, enfermedad que puede matar a los niños si no es tratada apropiadamente durante un mes por alguien que sepa de estos cuidados. Lidia también sabe curar el dolor de oído en los niños, cuentan las mujeres de Monte Alto, y hay dos mujeres más que entienden sobre remedios anticonceptivos. Ellas dicen que están todos a mano en esta época del año y una de ellas nos enseña cómo se saca

30 *“Payesera”* es un término popularizado que viene de la palabra guaraní *paye*. Para muchos de los pueblos guaraníes, realizar *paye* está prohibido. Para el común de la población es alguien que hace algún tipo de magia contra otra persona o para que la persona se cure. En general, tiene una connotación negativa, como su origen guaraní.

31 Ante la perspectiva de llevar largos procesos en la restitución de las tierras a sus dueños originarios y las malas condiciones de vida en la que se encontraban viviendo varias comunidades en sus lugares ancestrales, pero a merced de los titulares de sus tierras y en condiciones de trabajo forzoso muchas veces, la Iglesia Anglicana promovió una colecta para comprar tierras a los indígenas. Makxawaiya, La Patria, El Estribo y la Herencia fueron comunidades que se formaron con grupos provenientes de diferentes lugares.

y se prepara. Otra de las mujeres también sabe curar una enfermedad de la piel frotando un animal por la zona afectada. Las parteras de la comunidad saben cómo curar el *kambyryru jere*. Un hombre nos contó que participó durante el parto de su nieta y que también sabe de algunos remedios naturales<sup>32</sup>.

En varias comunidades las mujeres afirmaron lo siguiente: “*Muchas de nosotras sabemos de remedios naturales*” (reunión de investigadoras, La Herencia, febrero de 2015), y contaron que lo aprendieron de sus madres, padres y abuelas. Los remedios que estas mujeres destacaron como los más importantes son los que se utilizan para curar enfermedades que suelen padecer sus hijos. En Sawhoyamaxa, por ejemplo, todas se identificaron como médicas. “*Todas las mujeres saben las propiedades medicinales de las plantas y usan eso*” (reunión de mujeres, mayo de 2015, Sawhoyamaxa). Estos conocimientos son pasados de generación en generación, en su mayoría se aprenden en la práctica cuando se necesitan, y otros deben ser aprendidos con antelación para utilizarse. Este aprendizaje implica saber dónde encontrar, cómo identificar, qué partes utilizar, cómo combinar diferentes remedios y entender qué cosas específicamente curan. En esta comunidad en particular, que vivió privada de sus tierras durante décadas, la posibilidad de volver a tener acceso a sus tierras -aunque esto aún esté muy limitado por la disputa legal que sostiene el antiguo propietario del título de las mismas- ha posibilitado la revitalización de varios elementos de su cultura y tradiciones como la utilización de los remedios naturales. Como dijo Aparicia González: “*Ahora tenemos tierra, ahora tenemos acceso a las medicinas tradicionales*”(Sawhoyamaxa, mayo de 2015). El acceso a sus tierras revitalizó su memoria, trayendo conocimientos ancestrales sobre la utilización de plantas, alimentos e historia como comunidad.

Entre los remedios que manejan una gran cantidad de mujeres están los relacionados a los problemas que padecen los niños de manera más asidua: vómito, diarrea, inapetencia, ojeo, *kambyryru jere*, *py’a ruru*, entre los que fueron más mencionados. Hay personas dentro de la comunidad que tienen estos conocimientos y se especializan en dar remedios naturales. Generalmente, este papel lo desempeñan las ancianas de cada familia que aún recuerdan dónde encontrar estas plantas y cuáles son sus propiedades. “*Las ancianas son quienes saben el valor de los remedios tradicionales*” (mujeres de Sawhoyamaxa, mayo de 2015). En general, todas las personas saben cómo utilizar algún remedio natural, pero existen otras dentro de cada familia o en las comunidades que son reconocidas por sus conocimientos,

---

32 Apuntes de reunión en Monte Alto, mayo de 2015.

y son a quienes se recurre como expertas. Estas personas eran conocidas como *náxop saxma* o *panakte saxma*, término que hoy está en desuso. A su vez, algunas médicas trabajan de manera conjunta con el *apyohoxma*, como ocurre en El Estribo. El *apyohoxma* generalmente es una persona que entiende de las propiedades de las plantas desde un punto de vista más amplio que el nuestro, y en esta comunidad en particular han sido principalmente ellos quienes se han encargado de recopilar estos conocimientos<sup>33</sup>.

El conocimiento común sobre sus medicinas ayuda a resolver algunas dolencias o enfermedades que no requieren la intervención o consulta inmediata de un médico occidental o del promotor de salud. En general, su utilización ha sido remarcada como una alternativa o paliativo ante la falta de medicamentos y atención médica externa. *“Los remedios para las enfermedades más comunes son para la diarrea y el vómito, para la menstruación de las mujeres, y otros. El médico busca y trae, pero es difícil de encontrar”* (*náxop saxma* de El Estribo). Sin embargo, *“el remedio yuyo tiene su tiempo, a veces no hay por la sequía”* contaba una de las investigadoras de La Herencia para explicar por qué no se utilizan con mayor frecuencia y cómo, a raíz de ello, también se están perdiendo. Otra de las investigadoras dijo que *“muy pocas quieren la medicina natural, porque a veces no se encuentran los remedios. Se toman los dos pero a veces hace mejor el pohã ñana”* (Merita Recalde, San Carlos). Por otro lado, esta explicación también ayudaría a entender por qué los niños *“tienen miedo”* de los remedios yuyos y no quieren tomarlos, algunos no los conocen y muchos ya no están acostumbrados a tomarlos.

Tener estos conocimientos puede llegar a ser de vida o muerte en muchos casos, pero no resuelve todas las enfermedades que padecen, por lo que las mujeres reconocen que *“es importante conocer y tener acceso tanto al pohã boticare, pohã blanco, y al pohã ñana”* (reunión investigadoras, La Herencia, febrero de 2015).

En este sentido, es importante el diagnóstico y tener acceso a ambos de acuerdo a ello. En el caso de la medicina natural, las mujeres contaban que el ojeo no puede ser diagnosticado por un médico occidental, solo por alguien que sepa curarlo, de lo contrario puede traer complicaciones fatales. Lo mismo ocurre cuando las personas no pueden acceder a los centros de salud:

*“Los remedios yuyos ya no se encuentran con facilidad. Si hay suerte se encuentran pero es muy difícil. La nueva generación ya*

---

33 Ver *Comer del Monte: Plantas útiles del Chaco Central*, de Aníbal López y Remigio Romero, publicada por COPY.

*no quiere tomar más medicina tradicional. Especialmente, los que se crían en la ciudad. La medicina del blanco también es difícil encontrar, está muy lejos en el hospital o en el centro de salud. La medicina blanca y la tradicional deberían integrarse. En caso de que uno no pueda, el otro puede, o en caso de que no haya uno, hay del otro". (Reunión en La Madrina)*

Para muchas personas, mantener vivos esos conocimientos es de suma importancia para sus formas de vida, de pensar y de hacer particular lo que tienen como pueblo Enxet Sur. Hoy, esto constituye un desafío, por la manera en la que estas personas especializadas lo practican, no siempre dándose a conocer, como explicamos anteriormente, pero también porque muchos de sus conocimientos se transmiten a personas determinadas, como explica Liliana de la comunidad El Estribo, quien utiliza la medicina tradicional en casos de urgencia. *"Su abuelo le enseñó cómo usar la medicina, muchas cosas le enseñó pero no puede contar"*, apuntó una de las investigadoras en EL Estribo. Esta preocupación es un tema sobre el que los y las Enxet Sur pueden trabajar y mejorar, solos o con apoyo externo; por ello, en general, el tema del acceso a la medicina occidental ha sido uno de los más reclamados. Como enfatizaba Serafina de Yatnata: *"A veces es importante tener los remedios [occidentales] para enfermedades que no se curan con pohã ñana"*. En cada una de las reuniones y comunidades, el reclamo por medicamentos se repitió mostrando claramente cómo acceden y cuál es la atención hacia las comunidades indígenas.

### **Yohoxma** - Chamán

*"Hay mucha enfermedad en la comunidad, de noche y todo me buscan. Muchos enfermos se atrasan para acudir junto a mí; ya cuando están muy mal acuden a mí. Una mujer vino junto a mí con su hijo, y cuando miré vi que se estaba yendo ya. Le dije eso, que tardó en buscarme y, entonces, ya no podía hacer nada. Algunas personas que acuden temprano a mí les ayudo a poner fuerte sus espíritus para que puedan ir a buscar remedio en Concepción, entonces, siempre se salvan. He cuidado a muchas personas ya.*

**-¿Cómo hacés tu trabajo?**

*-Primero debemos observar lo que va sucediendo a la persona y luego le cantamos para saber dónde están los espíritus.*

**-¿Y cómo saben qué les pasa?**

-Con mirarle ya podemos saber, está claro siempre cuando los espíritus salieron.

**-¿Y en qué momento se sabe que ya está curándose?**

-También a simple vista sé cuando ya volvieron sus espíritus.

**-¿Por qué creés que ahora la gente acude tarde junto a vos?**

-Porque actualmente ellos rezan y así hacen pasar el tiempo, y cuando eso no les cura acuden a mí, y a veces ya es tarde.

**-¿A dónde van los espíritus?**

-Van a cualquier lado, muchas veces están dispersos por todas partes y entonces hay que buscarlos por todos lados para juntarles de nuevo [...] Muchas veces, cantando buscamos desde dónde están. Les traemos, uno a uno, hay canciones y todas deben servir para traer.

**-¿Quién les enseñó a ser apyohoxma?**

-Nuestro padre nos enseñó, nos mostró de cuál planta beber para avanzar en el estudio. Algunos saben más, mi hermano sabe más que yo porque cuanto más se conoce de plantas y se aprende de sus poderes, más se sabe; entonces, cuanto más poder, más rápido se puede curar a la persona enferma.

**-Cuando hablás del rezo que ahora se usa, culturalmente, ¿qué significa para los enxet?**

-Actualmente hay muchas religiones y usan magias, entonces dicen que es para disminuir el pecado, pero es algo mágico no más que obnubila a la gente, pero no puede curar y la gente se engaña con eso.

**-¿Actualmente hay muchas enfermedades?**

-Ahora hay muchos chamanes que ya no creen en la cultura pero se hacen pasar por tal. A veces nosotros decimos que quieren vivir la vida del paraguay. Además, la gente ya vive como quiere actualmente, no saben ni respetan a su papá, mamá, abuelo. Es el tiempo nuevo. Van dejando el idioma también.

**-¿Cómo ven y trabajan esos cambios culturales en la comunidad?**

-Hace poco atendí a una persona que participa de esos conciertos que le llaman en la religión, y que eso enferma, caen, incluso muchos son demonios que están con ellos. Esa cultura viene de Argentina y agarra a todas las comunidades, se pasan trasnochando, los niños ya no descansan y luego en la escuela tienen sueño. Incluso esta cultura ha traído el suicidio de algunos

*en El Estribo, que no aguantan todo lo que se está practicando, porque se pasan todos los días en “concierto” y luego siguen tomando, tienen maldades con los vecinos”. (Entrevista con un apyohoxma que se encontraba visitando Sawhoyamaxa, mayo de 2015)*

Esta entrevista da una idea sobre cómo trabajan los chamanes. Como muchas personas dijeron, no todos son buenos y no todos pueden curar todas las enfermedades. *“Hay chamanes que saben más que otros, algunos pueden con todos los males y otros no. Hay chamanes que atacan a otros chamanes, les enferman”* (mujer de Sawhoyamaxa). El *apyohoxma* es el encargado de velar por los suyos, puede ver cosas que otras personas normalmente no verían y curan a las personas en un sentido más relacionado a lo que significa la salud para las y los enxet sur, como lo contaba el chamán en la entrevista. Es muy común entre los y las miembros de este pueblo hablar sobre la calidad del *apyohoxma* y compararlo con cómo eran antes. En estas comparaciones se puede entender la importancia que tenían y aún tienen: *“Hacía que crezca la huerta, que haya animales para comer, cantaba y traía todo, hacía llover... ahora solo hay evangelio”* (marido de una de las investigadoras de El Estribo). La misma persona, al igual que otras, contaba que también tenían muchos más poderes porque estudiaban todo, y así llegaban a conocer todo lo que les rodeaba para cuidar a su gente, eran quiénes decían dónde se tenía que ir a cazar, dónde ir a pescar, dónde había agua, también hacían llover y podían hacer crecer las plantas para comer; además, curaban todas las enfermedades y no dañaban a los suyos. Nuestro entrevistado continúa explicando: *“Hoy no son tan fuertes. Esto empezó con los misioneros que no les gustaban los apyohoxma y querían que ya no hicieran nada, que se convirtieran a la fe de los misioneros. La gente no deja su costumbre, van al apyohoxma...”*. Así lo confirma una mujer de Sawhoyamaxa cuando cuenta su experiencia: *“Nosotras vamos junto a los chamanes cuando nos sentimos mal por más de un día. Yo casi morí y un chamán me curó. No podía hablar, cantó, no me dio diarrea y me curó con plantas medicinales y cantos que hacía en cada tarde”*. (Mujeres de Sawhoyamaxa, mayo de 2015)

En muchas comunidades donde ya no hay chamanes buenos deben recurrir a otras religiones para curarse: *“Hace poco tiempo casi me llevó un chamán. Durante un tiempo, a las 4 de la madrugada despertaba con tristeza (vy'a'y), entonces me puse a orar y ayunar, en la comunidad no tenemos chamán, pero al ir a otra comunidad ya nos persiguen [...] Antes no sabíamos oraciones y solo podíamos recurrir a otro chamán, pero ahora ya conocemos las oraciones”*

(mujer de San Fernando). Muchas personas hablan de la existencia de chamanes buenos, que son los que curan, y de chamanes malos, que son los que enferman: *“Los chamanes malos son envidiosos, si te piden algo y no le das se enojan, hacen daño a niños”*. (Mujer de Sawhoynamaxa)

### ***Eláne mok - Kelan´a eláne mok ó Ektegkeseso mók étchek*** - La partera

*“Las parteras son para tener bien a las criaturas”*, esta fue una de las primeras definiciones dadas por las investigadoras en la primera reunión. En muchas comunidades, la *elánemok* continúa siendo la encargada de asistir los partos, de revisar el estado de las embarazadas y de determinar la necesidad de derivarlas al hospital en caso de complicación. Posee conocimientos de remedios que utiliza durante el embarazo, el parto y luego del parto, además de otros conocimiento sobre las y los recién nacidos.

Este es un trabajo que todas las mujeres describieron como muy sacrificado y de mucha responsabilidad, es un servicio que realizan muchas mujeres sin cobrar<sup>34</sup> pero que no está reconocido completamente por el Estado<sup>35</sup>. En general, cuando una mujer entra en trabajo de parto siempre hay alguna partera dentro de la familia que la asiste y determina si es necesario llamar al promotor de salud o al líder, para trasladar a la embarazada a un centro de salud. El trabajo que realizan es tan importante que sus decisiones pueden contribuir a la vida de las mujeres y sus hijos; este es un conocimiento empírico que muchos promotores de salud, en su mayoría hombres, no poseen.

Ser partera es una de las tareas casi exclusivas de las mujeres que se enseña entre parientes, de generación en generación, como cuenta Silveria, de la comunidad Dos Palmas: *“Mi abuela me enseñó y luego me dijo que esto quedaba a mi cargo”*; o Alicia, de la comunidad Palo Azul: *“Me enseñó mi gente lo que yo sé para ayudar en el parto. En Makxawaiya ya me dijeron que aprenda para poder ayudar porque no tenía hijos varones, todas mis hijas son mujeres. Entonces, para poder ayudarlas a ellas tenía que aprender mucho. Hasta ahora me sale bien mi trabajo. Hace poco me trajeron una mujer que llevaba ya cinco días enferma y no nacía su hijo, ya estaba todo duro el bebé adentro”*. En general, muchas aprenden luego de haber tenido hijos pero, como nos explicaban las parteras de Dos Palmas, pueden aprender

---

34 En general, cuando la embarazada y la partera tienen una relación de parentesco (entendida como lo describe Kidd en *Amor y Odio entre la gente sin cosas*, 1995), el trabajo no se cobra. Sin embargo, encontramos algunas mujeres en determinadas comunidades, principalmente en las comunidades superpobladas, que hablaron de que actualmente muchas parteras comenzaron a cobrar por su servicio.

35 Sobre la relación con el Estado se hablará más adelante.

mujeres de cualquier edad, salvo las niñas que, como son muy pequeñas, se les prohíbe entrar a presenciar el parto, como también a los niños y los hombres. De acuerdo a lo relatado, una *eláne mok* elige a quién delegar sus conocimientos entre una de sus parientes mujeres, aquella que muestra interés en estos conocimientos y también tiene ciertas cualidades; como nos explicaba Alicia, de Palo Azul, cuando le preguntamos si se animaba a enseñar a otras mujeres: *“No, porque tengo miedo de que luego digan que soy una mentirosa, solamente a mi hija le aliento a ser y puedo acompañarle desde lo que sé”*. Sin embargo, cuando se les consultó si estaban de acuerdo con capacitar a los doctores, muchas de ellas estuvieron de acuerdo apuntando de que es importante complementar los conocimientos *waley* con sus conocimientos<sup>36</sup>.

Las parteras son consultadas por las embarazadas durante la gestación, y por la experiencia que poseen pueden determinar cuánto le falta para dar a luz con solo tocarle la panza, al contrario de los médicos occidentales, la *elánemok* no preguntan por la fecha de la última menstruación para calcular la fecha posible de parto. Asimismo, cuando tienen que asistir un parto no apuran a la mujer. Las investigadoras y las personas con las que se conversó coincidieron en que no se debe *apurar* a que nazca el bebé, como sí ocurre cuando van al hospital porque esto puede poner muy nerviosa a las mujeres y complicar el parto:

*“No hay que apurar a la embarazada. Hay que tenerle paciencia y acompañarle, eso le recomiendo a mis hijas que se animaron a ser parteras. A mi nieta le llevaron al hospital de 25 Leguas, allí le apuraron para que puje y tenga. Eso no está bien. No es como las parteras que con paciencia esperan el momento en que tienen que nacer. Además, en el hospital hablan mucho y así los bebés “se pichan” (una mejor descripción) y no quieren nacer rápido; tiene que haber tranquilidad para que el parto sea normal, y allí hicieron mucho ruido y mi nieta casi perdió a su bebé”*. (Alicia, de Palo Azul)

Una partera experimentada con tocarle la panza a las mujeres puede determinar en qué posición está el bebé, algunas hablaron que incluso lo pueden ubicar mejor en el canal de parto cuando es necesario: *“Siempre vienen para friccionarle algunas, y cuando está el bebé al revés, vuelvo a ponerle en su lugar también [...] Ahora incluso vienen los niños de pie, me tocó hace poco tiempo asistir a una mujer paraguaya, por suerte no murió, pero es muy peli-*

<sup>36</sup> Nos preguntamos entonces por qué al Programa de Salud Sexual y Reproductiva del MSPyBS les está costando identificar quiénes son las parteras en las comunidades para hacer capacitaciones.

*groso esa clase de parto, porque eso enferma mucho tiempo a la mujer. Luego me buscaron para saber si podía ayudarle, cuando fui ya estaba toda débil la mujer de tanto trabajo que hizo. Cuando le pregunté desde qué hora estaba así, me dijo que llevaba ya un día y medio. Cuando le toqué, vi que el bebé estaba mal ubicado. Ahí ella me decía que estaba por morir ya. Allí le friccioné y vi un pie, entonces busqué el otro y allí pude estirar de ambos pies, y le dije a la mujer que puje para que no tuviéramos un accidente. Era el quinto parto de la señora y se alegró de verme, por suerte mi madre me había mostrado cómo tratar un caso así, y la niña nació bien y está sana”, cuenta Ana, partera de Paratodoí. Esta misma partera explica que los masajes y las fricciones sobre la panza se pueden realizar en el momento del parto para asegurar que sea rápido y la mujer no se canse; según ella, esto también puede ser muy efectivo si las mujeres no quieren pujar. Para ello se debe friccionar la panza con un remedio especial que acelera el parto pero además se le debe hablar a las mujeres para que se tranquilicen y ayuden pujando. Dar vuelta a un bebé que viene atravesado es un procedimiento que ha sido descrito por las parteras más experimentadas, como son Ana de Paratodoí, Lorenza de San Fernando y Felicia de Dos Palmas; este proceso se hace con masajes sobre la panza o tocando directamente al bebé, como cuenta Albina de Larrosa Cué 2: “*Kuña imemby oje atravesarô juky ra’yi ipope oñemoi va’erâ, para la dilatación*”.*

Las parteras explican que las mujeres le buscan cuando sienten alguna incomodidad, y ellas les hacen masajes, las tranquilizan y les dan consejos sobre cómo deben alimentarse y las cosas que no deben hacer para tener un parto normal. Si las embarazadas recurren a ellas con anterioridad, muchas veces pueden saber con antelación si el bebé puede nacer en la comunidad o si debe ser trasladado. Silveria de Dos Palmas, por ejemplo, es una partera joven con experiencia que realiza partos según la manera tradicional, como se lo enseñó su abuela. Ella entiende cuáles son sus limitaciones y los partos que pueden complicarse, y les recomienda a las mujeres que ante los primeros síntomas no demoren en ir al hospital. Sin embargo, como contaban las investigadoras a través de sus conocimientos y las charlas realizadas con las parteras, no todas las mujeres van a consultar con la partera durante el embarazo y a veces eso puede dificultar la toma de decisión con tiempo. Otras mujeres jóvenes con recursos para salir de la comunidad, o que han sido observadas por algún doctor o el promotor de salud les ha detectado presión alta, consultan directamente en los centros de salud y pueden ir tomando decisiones en relación a ello, como salir antes de la comunidad e ir previendo quién la va a acompañar, entre otras cosas.

Como se mencionó anteriormente, las parteras aprenden de algún pariente y son llamadas por estos cuando se las necesita. La relación de confianza entre la embarazada y la partera es importante, tanto para que recurran a ellas con anterioridad o para viajar a otras comunidades cuando sus parientes les mandan llamar. En varias comunidades manifestaron que hay pocas parteras con experiencia y que las más expertas están ya muy ancianas, y muchas veces tienen que traer parteras de otras partes. Esta situación se ha observado en Sawhoyamaxa con las parteras de Yakye Axa, por ejemplo. Muchas mujeres aún prefieren seguir dando a luz en la tranquilidad de sus casas, de la manera tradicional y no forzada, ayudadas por sus parientes y cerca de sus otros hijos e hijas cuando la situación lo permite. También observamos que muchas veces, resulta más sencillo resolver la situación mandando traer a otra persona que esperando a que la ambulancia traslade a la embarazada a un centro hospitalario.

En general, las parteras siempre están acompañadas por una persona que las asiste, que puede ser quien está aprendiendo y/o también alguien de la casa de la embarazada; durante el trabajo de parto, la partera ayuda a hacer fuerza a la embarazada. Algunas hablan de que con masajes en la panza empujan al bebé, otras dicen que hacen fuerza sobre la panza y otras que durante el trabajo de parto hay una persona que sostiene a la embarazada desde atrás para ayudarla a hacer fuerza. El trabajo de las parteras ha sido descrito como de mucho desgaste físico, por lo que ellas terminan tan agotadas como las parturientas; por ello, para ayudarlas se deben turnar<sup>37</sup>. Para algunas parteras, que el parto salga bien garantiza también su salud por varias razones. Los partos normales son rápidos, ellos no deben realizar mucha fuerza ni estar mucho tiempo ayudando a la embarazada. Traer bebés al mundo es una tarea que requiere de mucho trabajo, esto ha sido señalado por muchas personas tanto hombres como mujeres. Muchas de las parteras se quejan de dolores en los brazos, y algunas de las entrevistadas ya no quieren asistir más partos por causa de estos dolores que le quitan fuerza. Para una *eláne mok*, un parto bien hecho garantiza su salud, como afirmaban las parteras de Dos Palmas: “*Si el bebé no nace, enfermamos también*”. Por ello, muchas siguen ciertas prácticas indicadas a las embarazadas en relación a actividades que no pueden realizar, como salir muy pronto de sus casas y ponerse a hacer cosas. Con respecto a la alimentación recomiendan que no deben ingerir sal, agua fría, aceites y determinadas carnes que no deben ingerir. Muchas parteras indicaron que, durante los días posteriores al parto, ex-

---

37 En una comunidad refirieron que este rol debía ser cumplido por la suegra de la mujer.

perimentan cansancio y por ello deben cuidarse de una manera especial. Una de ellas habló sobre la inanición que sufre luego de asistir a un parto, porque el olor de la sangre es tan penetrante que inclusive está varios días después sin poder comer bocado.

Encontramos que algunas de las parteras ancianas tenían una visión muy disminuida, y todas se quejaban de dolores que relacionaban con el desgaste durante los trabajos de parto:

*“Mi madre era una partera muy buena que vivió en Pedernal; desde allí ella me enseñó para que pudiera ser partera, luego cuando vine a esta comunidad me capacitaron los médicos de 25 Leguas para mejorar, allí participaron muchas mujeres en esa capacitación.*

**¿Cuántos niños ayudaste a nacer?**

*Está anotado 70 niños en el cuaderno que uso para registrar. Ni un niño muerto tengo.*

**¿Alguna mujer ha muerto?**

*Conmigo ni una. Hace poco murió una chica de la comunidad en el parto, pero ni siquiera me llamaron para ayudarle. Ahora ya no trabajo casi porque me siento enferma. Tengo dolores de espalda, por eso cuando me llaman ya no me voy muchas veces”.*

(Entrevista con Ana de Paratodo’i)

Las dolencias les impiden seguir ayudando a *ektegkeseso mok étchek*, (a acompañar partos), pero esas quejas se tornan en orgullo cuando hablan de la cantidad de niños y niñas que nacieron con ellas.

En la actualidad, el trabajo de partera no es muy popular, y aunque son reconocidas por lo que hacen, las mujeres más jóvenes no quieren aprender, pero tampoco quieren dar a luz en la comunidad. Esto ha sido señalado por las mujeres en varias ocasiones y se relaciona con varias causas, como no ser un trabajo remunerado y atractivo para las nuevas generaciones. Albina de Larrosa Cué 2 dice que *“las mujeres van a parir a la ruta[sea la USF de Río Verde]. Hay una partera en la comunidad, pero todas prefieren ir al hospital, las mujeres ya no son fuertes como antes y además comen cualquier cosa, eso hace que sea difícil el parto; y además está lo de la presión alta. Todo eso es porque no se respeta más la forma tradicional”.*

Como mencionan las parteras y otras mujeres, los bebés son muy grandes como consecuencia del consumo de muchas calorías, y esto trae consecuencias en la salud de las mujeres y disminuye las posibilidades de tener un parto normal en la comunidad, porque cada vez más las mujeres pa-

decen de presión alta y ya se registraron algunos casos de diabetes, preeclampsia y eclampsia (esto último fue nombrado por promotoras de diferentes comunidades de La Herencia). En este sentido, es importante volver a mencionar aquella relación que las investigadoras realizaron en su análisis descrito más arriba; esa relación entre el acceso a una alimentación sana, culturalmente hablando, y a sus tierras en calidad y cantidad suficiente -como también a su territorio- cobra nuevamente relevancia cuando las consecuencias se observan en el deterioro de la salud. Como se observará más adelante, las mujeres son conscientes de estas dificultades y han venido optando por tener cada vez menos hijos, una opción que deriva de las condiciones materiales en las que pueden hacer crecer a sus hijos y darles amor, en el sentido más culturalmente apropiado de educación para las enxet, según Kidd (1995).

Las parteras insisten en que las mujeres no deben engordar y que deben evitar determinadas carnes (incluso de bichos silvestres) como también el exceso de algunos productos manufacturados. Dado que las mujeres más jóvenes son las más reticentes a seguir estas indicaciones, las parteras generalmente derivan directamente a las primerizas a los centros de salud. Por otra parte, el trabajo de las parteras no termina cuando el bebé nace, las indicaciones dadas constituyen de gran importancia para el bienestar de la mujer y del bebé.

En promedio, encontramos que de las 22 aldeas/comunidades que participaron, hay al menos dos parteras que fueron nombradas, y en varios sitios hasta llegaron a nombrar a cuatro personas. Han sido objeto de muchas capacitaciones de parte del Estado pero ninguno de sus conocimientos se aplican, ni son consultadas por los profesionales occidentales de la salud, no se les solicita que realicen ellas las capacitaciones, ni tampoco reciben sueldo alguno cuando asisten partos dentro de la comunidad y no se les permite asistir en los partos fuera de ella que se realizan en los centros de salud o en los hospitales. La mayoría de las mujeres que hace tiempo vienen desarrollando esta actividad son las que poseen mayor conocimiento pero, al mismo tiempo, son las que observamos que tienen mayores dificultades en su salud, por lo que varias ya no ejercen y tampoco pueden enseñar.

### **Promotor de salud**

Son los encargados de la atención primaria dentro de la comunidad. Tienen que detectar activamente quiénes son las personas que tienen TBC, darle la medicación, atender a otras personas, dan los anticonceptivos orales o in-

yectables y manejan una limitada variedad de medicamentos de primeros auxilios. La mayoría no son enfermeros profesionales pero muchas/os han recibido capacitaciones continuas. Son elegidos por la comunidad pero, al mismo tiempo, son funcionarios del Estado. A veces, incluso, trabajan *ad honorem* por un largo tiempo y luego son contratados. Dependiendo del tamaño de la comunidad, puede haber más de un promotor.

Encontramos que entre las comunidades del pueblo Enxet Sur hay alrededor de tres mujeres ocupando estos cargos y que en su mayoría son hombres quienes lo ocupan. En varias comunidades escuchamos insatisfacción con respecto al trabajo que desempeñan estos, observando que existe un contraste importante entre lo que se espera que el promotor de salud tiene que hacer, lo que hace y las funciones para lo que el MSPyBS lo está empleando:

*“Debe ser promotor de la salud, promocionar, hacer visita casa por casa, ver las condiciones de limpieza de los niños, de la casa, por ejemplo. Si hay un niño con uña sucia, [el promotor] explicarle a la madre los parásitos que pueden tener; hablarle de la comida, del cuidado con la sal por la hipertensión, si la persona le dice que tiene mucho dolor de cabeza, apenas el médico viene a la comunidad el promotor debe llevarle para su control porque puede ser hipertensa”.* (Rosa Díaz, Salud Indígena)

En este sentido, sería importante entender cuánto de las expectativas pueden ajustarse a la realidad y cuánto de esas expectativas deberían ser cumplidas verdaderamente por los doctores de las Unidades de Salud de la Familia. Todo ello en función a que el servicio de salud sea de calidad e intercultural, como se propone desde el Ministerio. Por otra parte, no podemos dejar de mencionar que existen quejas puntuales a determinados promotores de salud que deben ser tratadas dentro de las comunidades para determinar su continuidad. Sin embargo, parte de las malas prácticas mencionadas por diferentes personas se debe en parte por la poca claridad de las funciones de los y las promotoras de salud desde el Estado<sup>38</sup>.

Los promotores de salud han manifestado que al crearse la Dirección de Salud Indígena, las capacitaciones eran más constantes y que se había comenzado a realizar trabajos en conjunto con esta dirección. *“Nosotros pensamos tener en cada aldea un promotor con rubro para poder trabajar bien, porque la enfermedad no tiene hora y todo queda lejos, por eso, hace tiempo que estamos planteando eso. Si tenés familia no podés estar todo el tiempo*

38 Esta información debería circular abiertamente y no requiere de demasiados recursos de parte del Estado.

*como voluntario... Nosotras vemos cómo la gente blanca sin capacitación entra, y los que se capacitan no tienen sueldo; no es justo, no le dan [sueldo] a las indígenas. Hay quienes hace 15 años trabajan como voluntarios, les llevan a los enfermos para operarse, a veces nomás le dan apoyo, no pueden ser voluntarios todo el tiempo". (Mujer de la Herencia)*

En comunidades con gran cantidad de población y aldeas dispersas, con servicios del Estado deficitarios para la atención, los promotores de salud cumplen un papel importante y su labor es considerada como un trabajo que debe ser remunerado como tal.

Encontramos al menos un promotor rentado en las seis comunidades que participaron, pero también las mujeres destacaron que existen más porque hay muchos y muchas que hace años vienen trabajando *ad honorem* bajo el conocimiento del MSPyBS, sin ningún tipo de sueldo y casi con las mismas responsabilidades que los rentados. Actualmente, algunos fueron reconocidos bajo la presión generada a través de un sindicato de promotores de salud indígena.

Todas las comunidades consultadas solicitaron la asignación de un promotor de salud para cada comunidad con rubro porque, como decía una mujer de La Herencia: *"Acá los promotores no tienen salario, no hay rubros, eso es lo que me preocupa"*.

## **Líder**

El líder de la comunidad no constituye propiamente alguien que se encarga de la salud de manera directa, tratando a las personas con afecciones, pero cumple un rol fundamental para gestionar el acceso a los servicios de salud para hacer respetar sus prácticas culturales y hacer entender a las personas externas cómo comportarse internamente en muchas situaciones. Es la autoridad elegida por la comunidad y la figura por la que todas las propuestas externas y la primera persona con la que se relacionan los doctores y otras autoridades estatales.

## **Marco normativo. Acceso y cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos**

Además de la jurisprudencia ya citada de la Corte Interamericana de Derechos Humanos vinculante para el país desde 1993<sup>39</sup>, Paraguay posee otros instrumentos que hacen al marco normativo dentro del cual debe regir su actuar en materia de derechos sexuales, reproductivos y materno perinatal. Esto se traduce en leyes, programas y planes que son implementados desde el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Como se ha señalado en la introducción y en el análisis realizado por las mujeres, para que este derecho esté efectivamente garantizado deben además cumplirse con otros derechos colectivos que tienen los pueblos indígenas.

### **Constitución de la República del Paraguay y su proceso de reglamentación**

En Paraguay están consagrados constitucionalmente los derechos reproductivos, incluyéndose una previsión respecto a los sectores vulnerabilizados. En su artículo 61 de la Planificación Familiar y de la Salud Infantil, dice:

*“El Estado reconoce el derecho de las personas a decidir libre y responsablemente el número y la frecuencia del nacimiento de sus hijos, así como a recibir, en coordinación con los organismos pertinentes, educación, orientación científica y servicios adecuados en la materia.*

*Se establecerán planes especiales de salud reproductiva y salud materno infantil para la población de escasos recursos”.* (Constitución de la República del Paraguay de 1992)

Otro documento que otorgaría un marco legal para los derechos sexuales y reproductivos de miembros de comunidades indígenas es el proporcionado por la Ley de Salud Indígena aprobada por el Congreso Nacional y promulgada por el Poder Ejecutivo, en setiembre del 2015.

La Ley sancionada, si bien no especifica sobre los derechos sexuales y re-

<sup>39</sup> En 1993, Paraguay reconoció la competencia contenciosa de la Corte IDH; por lo tanto, el país puede ser juzgado por esta corte internacional cuando viola los derechos humanos de la población, individuos o colectivos que la habitan.

productivos, otorga un marco en el que se promueve la atención sanitaria universal para indígenas según las pautas culturales de los mismos, reconociendo sus propios sistemas de salud y la posibilidad de delinear las propias estrategias de salud.

El mecanismo de participación contemplado en el proyecto sancionado, está previsto a través de un Consejo Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas. Este Consejo, estaría conformado por un/a representante de cada pueblo indígena, elegido según los mecanismos de participación con los que cuentan los diversos pueblos. Ciertamente, y si bien adecuado en el Consejo se contempla una forma de participación directa de los pueblos, su implementación podría ser dificultosa, en atención a que en la mayoría de los casos no se reconoce una autoridad por pueblo indígena, incluso no teniéndose una relación estructural entre sí las comunidades de un mismo pueblo. Lo destacable, en esta previsión, es que las decisiones del Consejo serán vinculantes para la Dirección Nacional de Salud (vale señalar, para la estructura ministerial).

Asimismo, hay que destacar la disposición del artículo 19 que reconoce a los sistemas de salud de los pueblos indígenas de cada pueblo como la estructura que brinda esta atención, integrada por líderes políticos, religiosos, consejos de ancianos/as, parteras indígenas y promotores indígenas de salud. Este reconocimiento es importante y necesario, pero además de eso no se establece claramente la relación que tendrá este sistema con las autoridades ministeriales o incluso con el mismo Consejo.

## **Planes específicos**

### ***Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2014-2018***

Este plan, dirigido a la población en general, fue aprobado por el MSPyBS<sup>40</sup> y establece como objetivo: *“Mejorar la salud sexual y reproductiva de la población del Paraguay, por medio del desarrollo de políticas públicas justas, equitativas e integradoras, con enfoque de género, derechos e interculturalidad”*<sup>41</sup>. El Plan toma el concepto de salud sexual y reproductiva dado por la Organización Mundial de la Salud, definiéndola como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad y la repro-

40 Dando cumplimiento a la disposición constitucional, se aprobó el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2014 -2018, aprobado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, mediante Resolución 340 de 30 de diciembre de 2013

41 En <http://www.cepep.org.py/archivos/PNSSR2014.pdf> consultado en Mayo de 2015

ducción. Además, menciona expresamente que estos derechos se basan en el reconocimiento de los derechos humanos en el marco de la sexualidad y la reproducción.

Los pueblos indígenas están contemplados de manera específica en el Plan, en diferentes puntos estratégicos.

En el área estratégica I, sobre “Maternidad Segura y Salud Neonatal”, el MSPyBS se plantea como objetivo específico la disminución de la morbi-mortalidad materna y neonatal, y presta atención a la población indígena en varias de sus líneas de acción. En la primera línea de acción habla sobre el “mejoramiento de conocimientos, actitudes y competencias de proveedores de servicios de salud, para la atención en etapas pre, inter y post-concepcionales, así como de grupos que sufren mayor discriminación, como ser: población indígena (...)”<sup>42</sup>. En la segunda y tercera acción dirige su atención a la población indígena como beneficiaria específica de la implementación de estrategias para identificación y atención de embarazos, además de plantear la necesaria adecuación cultural para la atención del parto, en atención a las diferentes etnias y tomando en consideración las especificidades de cada grupo. Las restantes líneas de acción son sobre las emergencias obstétricas y neonatales donde se incluye la detección de síntomas de alarma y la atención de estas emergencias, y cuya información debe estar dirigida a toda la comunidad, no solo a la mujer embarazada; y sobre la promoción de una acción universal y equitativa de atención en salud materna y neonatal. En esta última línea, los grupos indígenas están incluidos y contemplados, así como una educación integral sobre sexualidad desde una estrategia diferenciada de información y comunicación.

En el área estratégica II, de “Planificación Familiar”, sus líneas mencionan la necesidad de brindar orientación e información veraz y completa sobre planificación familiar y los métodos anticonceptivos con enfoque multicultural, señalando específicamente a los pueblos indígenas, entre otros sectores vulnerabilizados. También la atención referente a la planificación familiar y el acceso a los servicios a estos pueblos y sectores. Asimismo, se preocupa en señalar que los servicios de salud además de aumentar, deben ser amigables y adecuados culturalmente.

En el área estratégica III, de “Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual, ITS y VIH”, si bien no menciona específicamente a los pueblos indígenas, tiene un componente que plantea la información y educación en la comunidad.

---

42 Lineamiento 12 de la primera línea de acción (op.cit).

En el área estratégica III, de “Prevención, detección y tratamiento del cáncer de mama y genital en hombres y mujeres”, se señala como resultado esperado que la población en general acceda a los servicios de calidad de prevención, detección precoz y tratamiento oportuno de cáncer genital y de mama en las redes de servicios de salud. Sin embargo, entre sus líneas no se refieren específicamente a los pueblos indígenas y la especial situación que estos atraviesan en relación al tema, dado los casos detectados de cáncer de útero y que no fueron analizados en sus causas.

Las áreas específicas IV, V y VI no presentan ninguna especificación sobre los pueblos indígenas. El área específica VII, la última, contempla el plan de monitoreo y evaluación de la implementación del mismo, en donde sí se especifica la atención diferenciada a indígenas, la difusión del plan con un abordaje intercultural y la sensibilización a los proveedores de salud para la atención de los miembros de los pueblos indígenas.

Este plan de siete áreas específicas no contempla, sin embargo, alguna estrategia concreta de implementación, sino que menciona las áreas, los resultados y las líneas generales para cada uno de ellos, y si bien contempla la atención a los pueblos indígenas, los aborda desde una perspectiva general de grupos vulnerabilizados y no como pueblos específicos con una cultura diferente a la de los demás. La interculturalidad, también presente declarativamente en el plan, no explica el cómo se llevará a cabo, omitiendo, por ejemplo, la consulta y eventual revisión del plan desde las propias prácticas culturales de los beneficiarios y beneficiarias indígenas.

### ***Política Nacional de Salud 2015-2018***<sup>43</sup>

Política que complementa y refuerza algunas premisas dadas y brinda conceptos en los que se basa, principalmente extraídos de la OMS y convenios firmados por el Estado. Esta política tiene como objetivo el acceso universal a la salud<sup>44</sup> y la cobertura universal en todo el territorio para reducir inequidades en salud y mejorar la calidad de vida dentro de un marco de desarrollo humano sostenible. Y se rige bajo los principios de calidad y humanización de los servicios, eficacia, responsabilidad, transparencia en la gestión y rendición de cuentas, integralidad, sostenibilidad, interseccionalidad y participación social.

43 Para leer el documento entero ver: <http://www.mspbs.gov.py/v3/wp-content/uploads/2015/08/PNS2030-politica-de-salud-aplicada...pdf>

44 Esta definición la toma del acuerdo aprobado en la Resolución N° 14 del Consejo Directivo Quincuagésimo Tercero de la OMS-Washington en octubre de 2014, donde el país además participa de esta construcción conceptual.

Una de las premisas más importante es la universalidad de la salud, que está definida como un sistema de salud que debe estar al alcance de todas las personas que habitan el país, sin discriminación. A su vez, cita este principio basado en convenios en los que el país ha participado y firmado, donde se define universalidad como “*la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género*” que se lograría “*a través de la eliminación progresiva de las barreras que impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud, determinados a nivel nacional de manera equitativa*”<sup>45</sup>.

Por otra parte también cita como base el derecho a la salud de la OMS/OPS. Este es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de su religión, ideología política, condición económica, social y de raza, el cual también está expresado en la constitución del país<sup>46</sup>. Dentro de los valores que se mencionan para esta política, destacamos el de *equidad*, que se refiere en salud a “*la ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso a servicios de salud integrales, oportunos y de calidad, en la contribución financiera y en el acceso a entornos saludables [...]* Esta incluye consideraciones sociales, de género, generacionales, territoriales, étnicas y culturales” (opt. cit). También se menciona como otro valor el *respeto a la diversidad*. Sin embargo, los principios que rigen, entre los que aquí interesa mencionar, son la *calidad y humanización de los servicios*; la *responsabilidad*, que está relacionada a los derechos sociales; la *integralidad*, que supone la disposición de servicios suficientes para la atención de la población desde lo preventivo, el diagnóstico, lo curativo y las rehabilitaciones, la *participación social* supone una toma de decisiones conjuntas en cuanto a prioridades y rendición de cuentas, convirtiendo “*a los individuos en socios activos*” que permitiría la gestión social de salud generada “*a través de espacios legítimos de integración de saberes, costumbres y prácticas a considerar para una mejor implementación de las políticas públicas*”.<sup>47</sup>

Además, dentro de las líneas de acción planteadas está presente el enfoque de género y la interculturalidad, principalmente; y entre otros temas, en lo referente a la salud materno-infantil, la atención primaria, la comunicación y la información. Asimismo, plantea la adecuación de la Unidades de Salud de la Familia como lugares próximos para la atención primaria, la disponibilidad y cobertura de medicamentos, alimentos, dispositivos médicos,

45 Op. cit.

46 Los artículos que cita esta política en relación a la salud son el 7, 55, 57, 58, 60 y 61.

47 Resolución N° 14 del Consejo Directivo Quincuagésimo Tercero de la OMS-Washington en octubre de 2014

diagnóstico acordes al contexto del sistema de salud, recursos humanos, infraestructura y financieros.

## **Disposiciones internacionales**

### ***Convenio 169 de la OIT***

Respecto al marco proporcionado por instrumentos internacionales, se prevé el derecho a la salud desde un abordaje intercultural, aunque no especifica lo relacionado al derecho sexual y reproductivo. En ese sentido, el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo, incorporado por ley a nuestro orden normativo interno, contempla en su artículo 25 la obligación para los Estados parte de poner a disposición servicios de salud adecuados que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control y en la medida de lo posible, estos deberán organizarse a nivel comunitario, teniendo en cuenta las condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

### ***Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Pidesc)***

También el Pidesc parte de nuestro cuerpo normativo, menciona, en su artículo 12, la necesidad de que los Estados adopten medidas para hacer efectivo el derecho a la salud para la reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil y el sano desarrollo de los niños, entre otras medidas.

### ***Convención Belem Do Para y Cedaw***

Otros instrumentos internacionales también pueden utilizarse para enmarcar los derechos tratados, como la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer (Belem Do Pará) y la Convención y su Protocolo Facultativo sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (Cedaw), aunque ninguno de los dos instrumentos contengan disposiciones específicas al tema del cual se ocupa el informe.

Ninguno de estos instrumentos aborda a cabalidad los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres indígenas, pero entregan un marco normativo que posibilita ir desarrollando estos derechos de forma acabada.

En relación a ese marco normativo al cual el Estado debe adoptar sus prácticas, se puede mencionar los artículos 3, 12 y 16 de Cedaw, que determina la adecuación que los Estados partes deben realizar para una atención integral del derecho a la salud, sea bajo medidas legislativas, políticas, económicas, culturales entre otras, incluyendo la planificación familiar. Por otra parte, Belem Do Para, busca visibilizar los distintos tipos de violencia perpetradas contra las mujeres, incluyendo las de abuso sexual y la responsabilidad de los Estados en su prevención y eventualmente sanción.

### **Otros instrumentos**

Existen otros documentos más específicos que no cuentan con la fuerza coercitiva de una ley pero proponen una ruta a seguir, como lo es la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing en 1995. Esta conferencia se plantea una Plataforma de Acción o agenda para el empoderamiento de las mujeres, y señala situaciones específicas que deben ser atendidas por el Estado.

Párrafo 34. La incesante degradación del medio ambiente que afecta a todos los seres humanos, suele tener una repercusión más directa en la mujer. La salud de la mujer y sus condiciones de vida se ven amenazadas por la contaminación y los desechos tóxicos, la deforestación en gran escala, la desertificación, la sequía y el agotamiento de los suelos y de los recursos costeros y marinos, como indica la incidencia cada vez mayor de problemas de salud, e incluso fallecimientos, relacionados con el medio ambiente, que se registran entre las mujeres y las niñas. Las más afectadas son las mujeres que habitan en zonas rurales y las indígenas, cuyas condiciones de vida y subsistencia diaria dependen directamente de ecosistemas sostenibles.

Más adelante, en el párrafo 109 propone como medidas a ser adoptadas por los gobiernos y otros actores intervinientes, la vinculación de conocimientos tradicionales e indígenas con la medicina moderna para que las mujeres puedan tener esa información y tomar una decisión. Por otra parte, alienta la atención tradicional en salud con el objeto de preservar e incorporar el valor de la atención tradicional. En el párrafo 106, por su parte, especifica la temática a través de la medida de “proporcionar servicios de atención primaria de salud más accesibles, económicos y de calidad que incluyan la atención de la salud sexual y reproductiva, que comprende

servicios de planificación de la familia y la información al respecto, y concedan especial importancia a los servicios de maternidad y de obstetricia de urgencia”.

También en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994, Paraguay ha participado, comprometiéndose a implementar un plan de acción. Formuló reservas en cuanto a la interrupción del embarazo y otros temas pero, sin embargo, aceptó que el acceso a un servicio universal de salud y a la salud reproductiva forma parte de los derechos humanos de las mujeres.

Sobre este marco general se desarrolla la atención en salud, donde los pueblos indígenas son incluidos como parte de la población con algunos programas diferenciados como el de Salud Indígena. En la práctica, una USF recorre cada dos o tres meses cada comunidad para realizar atención primaria y preventiva. Un doctor, un/a obstetra y un/a enfermero/a son el equipo. Estas pueden tener un centro de salud localizado en la zona que debe atender, a una cantidad estipulada de personas en varios kilómetros a la redonda. Kilómetros que con caminos en mal estado, e intransitables con más de 200 ml de lluvia, se transforman en el doble de distancia o la imposibilidad de atención. En el Chaco, esto significa una atención deficitaria, principalmente por la falta de infraestructura (caminos de todo tiempo, comunicación, salas adecuadas), a la que se suma el déficit de personal, especialmente de mujeres atendiendo pero también de insumos.

Esta atención primaria cada dos o tres meses se realiza en una sola aldea de la comunidad, generalmente donde deben acudir el resto de las personas. Para las comunidades más pequeñas esto no genera ninguna diferencia, pero en comunidades grandes como El Estribo esta puede ser una dificultad para acceder a la atención, dado que las personas deben trasladarse varios kilómetros para ser atendidas y los médicos tampoco dan abasto para atender a todos.

## ***Kelan'ák, la menstruación, la anticoncepción, el embarazo y el parto***

Como describimos anteriormente, la menstruación, la menarca específicamente, era objeto de celebración, de reunión, de compartir y de recrear su cultura, y constituía un momento tan importante para las niñas protagonistas del festejo como para todas las personas del pueblo Enxet Sur. A diferencia de nuestra cultura, no era una cuestión privada donde se les enseña, como a muchas de las mujeres occidentales, a esconder bajo palabras como “enfermedad”, “regla”, “indisposición” o “estoy en esos días”; sino que se tomaba el tema como una cuestión pública y se celebraba. Esto da una pauta sobre cómo los ciclos vitales de las personas estaban conectados con la naturaleza, eran vividos colectivamente y permitían así la trasmisión de conocimientos y de cuidados para la vida adulta en su más amplio sentido, o sea desde la manera de relacionarse desde lo afectivo, como describíamos junto a Esteban Kidd, donde se persigue la tranquilidad colectiva una manera de bienestar o buen vivir desde nuestra interpretación- hasta las medicinas naturales y los cuidados del cuerpo propios y en relación a las otras personas.

En este capítulo observaremos los ciclos vitales de las mujeres, cómo son percibidos por ellas, cuáles son algunas de las prácticas, tanto nuevas como tradicionales, y cómo funcionan los servicios y otros actores dentro del complejo sistema de salud.

### **Menstruación**

*“En la primera menstruación se pintaban. [Las mujeres antes] no tomaban cocido ni comían carne, miel ni sal; ahora toman tereré todos juntos, comen con nosotros...”.* (Investigadoras, primera reunión en La Herencia).

Quizás esta frase es la que mejor resume las transformaciones sobre la celebración del *Yanmana*, un acontecimiento de suma importancia que aún es recordado en contraste con lo que sucede hoy en día. Como observaremos, las formas tradicionales se han transformado pero no han desaparecido. En este apartado, las mujeres observaron las transformaciones, las dificultades que tienen con las nuevas generaciones y los desafíos que presentan todos estos cambios.

Lejos de indagar sobre una explicación acerca de la menstruación y su significado, las mujeres hablaron de las prácticas, de las prohibiciones y de la importancia de seguir algunas de esas indicaciones. Ellas indicaron una serie de prohibiciones relacionadas con el cuidado del cuerpo-mente-espíritu, los cuales antes eran respetados y seguidos fielmente. En general, hablan de que las mujeres *“trataban de no comer dulce, grasa, carne y no comer con la gente”* (mujer de Pozo Colorado). *“Existen prohibiciones durante la menstruación, como no consumir miel de abeja; además, tiene que tener vaso, platos y olla aparte. No puede tocar agua de tajamar ni acercarse, ni tocar, ni tomar agua fría, tampoco puede estar con su marido”* (mujer de 20 de Enero).

Las razones de las prohibiciones están relacionadas a mitos pero también al poder que tiene la sangre de las mujeres. Aunque, como dijimos, las investigadoras no hablaron específicamente de ello, atendiendo que no son prácticas generalizadas que aún sigan vigentes, como ocurría antes. Indagamos con algunas mujeres y encontramos que esta es la explicación más acorde a estos cuidados y prohibiciones. Las mujeres de El Estribo, junto a las parteras de Dos Palmas y Liliana López de Palo Santo, principalmente, nos explicaron que estas prohibiciones sobre compartir substancia, tereré, comida o la misma olla se establecen porque pueden debilitar al hombre, volver *“cabezadura”* a los niños e imposibilitar el desarrollo de un buen wáxok a futuro. También contaron que, además, dormir en la misma cama con un *yohoxma*, o un cazador, puede producir una pérdida de las habilidades del mismo. *“Nosotras, las indígenas, nunca tomamos tereré con los hombres cuando menstruamos, no compartimos cosas, cuchara, plato, etc.”* (mujer de 20 de Enero). *“Las mujeres que menstruaban tenían sus utensilios aparte, y ahora ya no se hace eso. A las niñas se les enseña igual, aunque no escuchan”* (mujer de La Herencia).

También la sangre podía hacer enojar al dueño del agua (río, tajamar, riacho) y sufrir las consecuencias las mujeres<sup>48</sup>. En la actualidad, esta es una de las prácticas que más respetan para evitar lo que popularmente, en la cultura no indígena del país se llama *frialdad*, o trastornos futuros durante la menstruación como dolores, por ejemplo.

Tampoco, y esto se ha preguntado específicamente, las mujeres tienen relaciones sexuales durante la menstruación, y al parecer esta es una prác-

---

48 Juancito Dermott, de la familia lingüística Enlhet-Enenlhet, contó que a raíz de una mujer que se baña en un riacho estando ella menstruando, el dueño del agua se enoja y produce una tormenta que termina en tragedia para la familia de esa mujer (testimonio brindado ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso “Comunidad indígena Xákmok Kásek Vs. Paraguay”, 2010).

tica generalizada. Los hombres, por su parte, aún se siguen cuidando de compartir tereré con mujeres ajenas a su familia<sup>49</sup>. Estas prácticas dan cuenta de costumbres tradicionales que aún siguen respetándose, a pesar de que el significado ligado a elementos ancestrales se haya perdido, como la celebración de iniciación de las mujeres.

Así, el *Yanmanase* presenta en la memoria de aquellas mujeres que pasaron por él, o que recuerdan cómo su abuela cantaba o cómo su madre lo recordaba. Hoy, lo que allí se aprendía es enseñado en parte por la madre o por la abuela, pero dentro de un contexto que ha cambiado significativamente, se observa que, en muchos casos, hay limitaciones para la transmisión de estos conocimientos, aunque existen otros actores que median en esto, las cuales varias mujeres apuntaron como con consecuencias negativas:

*“Yo escuché que las niñas contaron que les asustó su primera menstruación, porque probablemente no les contaron, tienen vergüenza y en las familias ya no se habla. Escuchamos que hay niñas con 10 años que ya menstrúan, antes se empezaba a los 14 o 15 años... Algunos hablaron de que eso es por causa de la alimentación (...) Hay quienes creen y quienes no, ahora las niñas no respetan, no respetan a sus madres porque ellas comen lo que quieren, quieren hacer lo que hacen los blancos, ya no quieren usar el trapo, usan modes y encima es caro, cuando menstrúan comen mucho, juegan...”*. (Investigadoras en la primera reunión, La Herencia)

Las promotoras de salud, las y los profesores en el colegio dan charlas a las chicas, a veces ellas les preguntan y otras veces son estas personas quienes hablan con ellas. Según las chicas que participaron de la primera reunión en La Herencia, ellas hablan y se consultan entre sí, principalmente con la que ya tiene más experiencia, o generalmente le preguntan a una adulta de su confianza, refiriéndose a sus abuelas. Las razones de la menarca temprana que encontraron fueron varias, siendo los nuevos hábitos alimenticios una de esas causas, pero se encontraron otras que ilustran una cantidad de información de distintas fuentes que generan aún más confusión<sup>50</sup>. Aquí incluso, se observa una falta de comunicación y relación entre los médicos y las mujeres para responder a sus preguntas, lo que también se observa

---

49 Una práctica muy arraigada que las mujeres del equipo de Tierraviva hemos experimentado cuando queremos unimos a una ronda de tererés entre hombres.

50 Es importante destacar que algunas de ellas indicaron que profesionales de la salud les habían explicado que la causa era porque las niñas saltaban mucho, y que eso provocaba que les bajara antes de tiempo. Sea o no que haya sido un profesional de la salud, aquí se observa una clara falta de información.

entre las intervenciones de terceros de manera independiente, sin integrar los conocimientos propios.

En las últimas décadas, los cambios ocurridos se dieron de manera acelerada, produciéndose una serie de transformaciones. No es simplemente la “desaparición” de celebraciones tan importantes como el *Yanmana*, las mujeres también observaron transformaciones importantes en la manera de relacionarse comunitaria, interna e intergeneracionalmente en cada familia; así como identificaron otros cambios, como la edad de la menarca, que plantean desafíos importantes para las comunidades. Como compartía una de las investigadoras en el primer taller realizado en La Herencia: *“Las mujeres ahora se casan y tienen hijos a los 13 años, no saben lo que es tener novio [...] Mi hija, por ejemplo, por celular le llaman muchos, antes tenía que venir de visita, ahora tienen novio por teléfono, y las madres no les conocen[al novio]”* (investigadora de la Herencia, Febrero 2015). Como mencionaron varias y varios promotores de salud, hay numerosos casos de menores de 15 años embarazadas que generan preocupación dentro de la comunidad. Para el Estado, estos casos tienen que ser informados para evaluar una posible intervención, la cual, generalmente, se enfoca en lo individual: la niña y su familia, olvidando lo comunitario y cómo construir mejores estrategias con las mujeres y referentes comunitarios/os, a modo de realizar intervenciones que contengan a las niñas. Esto es importante de destacar por los casos de violencia observados en los últimos tiempos, casos que deben tener una respuesta integral porque, parafraseando a Elvio Cabañas, cuando dentro de una comunidad hay problemas de alcoholismo o violencia, no es la persona y la familia la que está enferma, sino que es toda la comunidad. Esta manera de relacionar los problemas que aparecen en la esfera doméstica o privada de la vida familiar, como una enfermedad que está afectando a cada persona dentro de la comunidad, proporciona algunas herramientas sobre cómo debería realizarse todo abordaje. En este sentido hay que destacar la importancia que podría tener una mayor participación de las mujeres de todas las edades, además de los y las referentes comunitarios que el Estado reconoce con papeles y de aquellas personas que la comunidad respeta.

## **Anticoncepción**

Las investigadoras observaron el uso extendido de anticonceptivos no tradicionales que les ayuda a espaciar y determinar la cantidad de hijos que pueden tener, de acuerdo a las posibilidades de cada familia. En este

apartado describiremos la utilización de los métodos tradicionales y los no tradicionales, así como el “miedo” a tener hijos; y, por otro lado, se describirá cómo acceden a estos, para luego observar, a través de los relatos y el análisis que realizan las investigadoras, dos elementos importantes que hacen al derecho a la salud sexual y reproductiva, los que se encuentran ausentes, así como la provisión de información adecuada y los controles médicos.

Las mujeres del pueblo Enxet Sur se han caracterizado por tener pocos hijos, o, al menos, menor cantidad de hijos que la media nacional y la indígena. Este dato puede tener varias explicaciones, entre ellas las distintas prácticas utilizadas para no tener hijos: *“No hay muchos más problemas en la comunidad. Tampoco hay muchos niños. Conozco a una pareja que hace 2 años están casados y no quieren tener hijos”* (mujeres en Alegre). En la actualidad, la más común es la utilización de métodos anticonceptivos modernos que, según las mujeres consultadas, resultan más efectivos y seguros. Estas prácticas están muy extendidas entre ellas, y tanto mujeres como hombres en general tienen algún conocimiento sobre su uso (tradicional o moderno). Desde 2002 a 2012, años en que se realizaron los censos de población indígena, se observa una disminución en la Tasa General de Fecundidad de todas las mujeres indígenas, que pasaron de tener 6,3 hijos a 4,5 hijos; algo parecido ocurre con las mujeres del pueblo Enxet Sur, que se encuentran por debajo de la media total en ambos censos, y con una TGF que desciende de 4,8<sup>51</sup> a 3,8 (DG-EEC, 2005 y 2015).

Poder determinar cuándo y cuántos hijos tener, cuándo casarse y cuándo comenzar a tener relaciones sexuales constituye una decisión que cada mujer realiza ejerciendo su autonomía personal, dentro de las limitaciones de cada situación y lo que el Estado ofrece para atender estos casos. Sin embargo, este control sobre su cuerpo y su deseo está mediado por los recursos económicos que hacen posible que puedan pensar en ello, así como también sobre la relación histórica que ellas han tenido con los métodos nuevos introducidos por los actores externos, además de sus prácticas culturales. La Iglesia Anglicana, por ejemplo, creó las condiciones necesarias para la utilización de nuevas formas de controlar la cantidad de hijos a través de la introducción de un dispositivo intrauterino, comúnmente conocido como *espiral*, con argumentos convincentes que daban respuesta tanto a las preocupaciones de las mujeres como a las preocupaciones institucio-

---

51 DGEEC (2002) Censo de Población Indígena.

nales relacionadas al exceso de población en la Misión Makxawaiya<sup>52</sup>, que estaba, a su vez, en consonancia con las agendas internacionales, las cuales marcaron las políticas e intervenciones sobre la población en esa época<sup>53</sup>.

Actualmente, es importante destacar que las mujeres, en repetidas ocasiones durante las reuniones previas y durante el desarrollo del proyecto, mencionaron que tienen “miedo” de tener familia. Las razones que destacan es que no tienen suficientes “medios” (dinero) para mantener a sus familias. “*Las mujeres que tienen esposo charlan para no tener su bebé con sus maridos. Las mujeres quieren descansar si tienen muchos hijos o si su marido trabaja en la estancia. En este tiempo, es difícil para tener muchos hijos porque es caro, la ropa, la comida, todo es caro*” (Cirilo Benítez, promotor de salud de El Estribo).

Yolanda, de Larrosa Cué 2, tiene una hija de 6 años que aún toma la teta. Ella no quiere más hijos porque dice que “*hay mucha hambre y todo es caro (...)* A muchas les cuesta mantener a sus hijos; en mi caso, le he dicho a mi hija que no tuviera más hijos porque se enfermó mucho con su primer parto, y para no volver a pasar por eso le dije que no tuviera más (Yolanda, Larrosa Cué 2).

Como explica Yolanda, las mujeres que tuvieron complicaciones durante el parto, al igual que sus familias, también encuentran en los métodos modernos una manera de preservar su salud y no volver a pasar por momentos traumáticos, como muchas mujeres de más de 40 años vivenciaron. Este miedo que mencionan puede también estar relacionado a la historia de

52 Entrevista con a mujer de Makxawaiya:

“-Tierraviva (TV): *¿Qué les había dicho el Dr. Juan cuando les puso espiral?*

- Miguela (M): *Decía [que era] para no tener tantos hijos, porque no teníamos condiciones económicas.*

-Tv: *¿Fueron las mujeres las que no querían tener hijos o el Dr. no quería que las mujeres tuvieran hijos?*

-M: *Fue el Dr. quien no quería que las mujeres tuvieran más hijos.*

-Tv: *¿Por qué les parece a ustedes que él no quería que tuvieran hijos?*

-M: *Para que no seamos tantos indígenas”.*

53 Según las recetas de los países desarrollados, la explosión demográfica que se da en Latinoamérica desde la década del 50 hasta la de los 80, impedía el desarrollo económico. José Barzelatto, vicepresidente del Center for Health and Social Policy de Estados Unidos, afirma en una conferencia sobre población a fines de la década del 90, que a mediados de los 70 “para los países desarrollados era mucho más barato distribuir anticonceptivos que ayudar al desarrollo del Tercer Mundo. Ellos comprendían que el crecimiento exagerado de la población creaba problemas de seguridad para todo el mundo, de manera que querían pararlo. Y la manera relativamente fácil, o que se creyó fácil, era distribuir anticonceptivos” (en [http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/outraspub/saudereproductiva/SR\\_p39a49.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/outraspub/saudereproductiva/SR_p39a49.pdf)). Las políticas económicas y las exigencias de los países desarrollados marcaban las líneas de las políticas públicas, dada la explosión demográfica que reproducía la pobreza e impedía salir del subdesarrollo. Así fue como USAID, la agencia de cooperación de Estados Unidos, comenzó a repartir anticonceptivos, destinados a frenar la reproducción de la pobreza.

vida de las mujeres de 50 a 60 años, quienes, como se observó en las entrevistas, tienen al menos un hijo o una hija muerta entre el nacimiento y los tres años. Entre ellas, muchas recuerdan casos de parientes cercanas fallecidas durante el parto. Las mujeres de San Fernando, por ejemplo, recordaban que muchos de los casos de hijos que habían perdido, principalmente al nacer, habían sucedido en la Comunidad La Patria, donde vivieron por algunos años cuando el conflicto con los propietarios de las tierras que reclamaban se agravó.

Aunque el sistema de salud ha mejorado en los últimos años, muchas comunidades como Kelyenmagategma y Sawhoyamaxa comparten la trágica historia en común de tener en la familia al menos un caso de muerte infantil de mujeres en el parto, ocurridos en las últimas décadas. En Sawhoyamaxa se realizaron dos reuniones donde participó gran cantidad de mujeres de diferentes edades. En una de estas reuniones se realizó un pequeño cuestionario a 26 mujeres. De allí, al compartir entre todas las respuestas, observamos junto con ellas que la mayoría había perdido al menos 1 hijo; solo 7 de las 26 dijeron no haber perdido ningún hijo o hija durante el embarazo o dentro de los primeros años de vida. El resto, contaban con mucha tristeza que habían perdido entre 1 a 3 hijos. Recordemos nuevamente que dentro de las comunidades muchos son parientes, comparten un espacio social donde se organizan colectivamente y muchas familias tienen, además, familiares en otras comunidades e incluso en comunidades que pertenecen a otros pueblos. Entonces, cuando ocurre alguna muerte, todas las familias, en mayor o menor medida, se ven afectadas. La *elección* que las mujeres pueden realizar siempre está en relación a la familia y las posibilidades de poder educar a sus hijos e hijas, allí, tanto los maridos como su familia extensa también son parte de las decisiones que realizan ellas. *“Para comer se necesita dinero y los hijos ahora solo quieren comer la comida de los paraguayos; esa es una de las razones por las que las mujeres deciden tener menos hijos”*. (Partera de Palo Azul)

A pesar del acceso gratuito y la eficacia con la que dotan a las comunidades de insumos para la anticoncepción, muchas mujeres aún continúan utilizando remedios naturales. Estos remedios, generalmente, deben ser dados por otras personas; algunas mujeres aprenden de parientes con mucha experiencia: *“Yo le pregunté a las ancianas y ellas me enseñaron, en ayunas se toma el remedio”*, contó una mujer de Santa Fe. Estas mujeres luego se encargan de pasarles el conocimiento a otras, como es el caso de dos mujeres de Monte Alto; y unas pocas hablaron del *yohoxma*. Estos conocimientos no son exclusivos de las mujeres, tampoco de las más ancianas. Entre

algunas mujeres que habían tomado remedios naturales, o lo seguían haciendo, encontramos algunas que hablaron de que sus suegros y maridos les preparaban y le daban todos los meses el remedio necesario, que ellos eran quienes conocían las plantas. Asimismo, en las reuniones comunitarias y en las visitas a las investigadoras, varios hombres nombraron más de una planta y cómo debía tomarse.

Al preguntarles a las mujeres por este tipo de remedios, todas coincidieron en que son delicados. *“Las mujeres son kaygue y se olvidan de hacerlo. Laon se toma en ayunas. Hay que tomar y después todo el día hay que estar con tereré”* (mujeres de Sawhoyamaxa). En Espinillo, Felicia Mazacote era quien sabía de los remedios naturales en general y en particular de estos, pero explicaba que se cansaba mucho y que no podía ir a buscar, por eso no le estaba enseñando a nadie ahora. Su hija explicó que ella tomaba pero que *“el cuidado con pohã ñana no quiero hacer más, me lleva tiempo buscar y hay que tomar todos los días”* (Estelvina Torales, Espinillo). Adela, de Santa Fe, nos contó que requieren seguir varias indicaciones, como no comer, tomar solo eso en ayunas durante la menstruación y que algunos remedios también requiere que se sueñe, por ejemplo, o que otra persona que tenga los conocimientos le guíe. Una de las mujeres de Sawhoyamaxa que estaba tomando varias plantas medicinales para no tener nunca más hijos nos explicó que no era solo la búsqueda, el conocimiento de la planta y cómo prepararlo, era el hambre que tenían que pasar lo que producía que las mujeres desistan y se pasen a los anticonceptivos hormonales que les provee el Estado. Para que el anticonceptivo natural funcione se tiene que estar en ayunas varios días tomando prácticamente solo eso; como los anticonceptivos occidentales, se ingiere durante la menstruación y se debe mantener la dosis el tiempo que esta dure (entre 3 a 5 días); así y todo, si la mujer no siguió bien algunos de los pasos, el procedimiento tiene un margen de error más alto.

Aunque es difícil de clasificar porque hay una gran variedad de remedios dependiendo de la zona, lo que estaba disponible en ese momento y los conocimientos de las personas, encontramos dos tipos diferentes de efectos, los que ayudan a no tener nunca más hijos (que al parecer se toman algunos meses durante la menstruación hasta que saben que *“quedó”*) y los que *“ayudan a no tener hijos temporalmente pero que se deben repetir todos los meses”* (mujeres de Sawhoyamaxa). Dos mujeres con las que conversamos más largamente nos comentaron que no solo es *“delicado”*, porque se debe tomar bien para que funcione, sino que además la persona que da ese remedio debe saber qué otras plantas son las que pueden dar nuevamente fertilidad, en caso que la mujer decida nuevamente querer tener hijos/as.

Al parecer, según comentaban Norma Álvarez y otras mujeres, los anticonceptivos naturales que ayudarían a no tener más hijos *nunca más* serían reversibles si se toman los otros remedios naturales para volver a quedar embarazada, pero, como también explicaban, son pocas las personas que conocen de esos remedios.

En concreto, aunque todas concuerden que los remedios naturales tienen menos efectos secundarios no deseados que los métodos no tradicionales, la mayoría “*oipuru depo*” (utilizan depo) porque es práctico, gratuito y el Estado se encarga de suministrarles con mayor eficacia que otro tipo de medicamentos. La utilización de anticonceptivos no tradicionales, principalmente los inyectables, está muy generalizado, como mencionábamos anteriormente. Entre las personas a las que se realizó una pequeña entrevista, observamos que las mujeres en edad fértil ya habían utilizado algún tipo de anticonceptivo, o lo seguían haciendo; específicamente, y en su mayoría, uno inyectable llamado depo-provena, pero que unas pocas tenían información sobre los efectos secundarios y no habían recibido ningún control:

*“Llevo 17 años usando anticonceptivos, ahora uso pastillas y no recibo ningún tipo de control, en la Colonia siempre hacen control, pero acá no nos atienden, siento dolor de cabeza y de cintura, pero los doctores no me hacen ningún tipo de control; el Dr. Juan me había puesto espiral y luego de 10 años me saqué porque sentía mucho dolor, y en Asunción me sacaron. Allí, el Dr. me había dicho para usar pastillas y que si sentía dolores que cambie a vacuna, ahora siento dolor pero no me controlan”.*  
(Miguela, Makxawaiya)

La mayoría de las mujeres que llevaban más de un año utilizando ese método, no habían realizado ningún descanso porque ningún médico se los había indicado, dado que tampoco se realizan los controles correspondientes con un/a especialista.

En general, comienzan a utilizarlo inmediatamente después del último embarazo, por ello la mayoría de las mujeres pudo determinar con bastante precisión los años transcurridos. Entre las personas entrevistadas solo encontramos dos casos de mujeres que hacía más de 10 años que utilizaban algún método anticonceptivo. En general, la mayoría llevan menos de 6 años utilizando algún método sin interrupción<sup>54</sup>, principalmente los inyectables. Muchas no recuerdan haber realizado ningún control o consulta con algún especialista que les indique lo contrario, tampoco

<sup>54</sup> Esta afirmación la realizó sacando la edad de su último hijo, dado que había comenzado a utilizar las inyecciones de hormonas luego del embarazo.

recuerdan haberse realizado un PAP en los últimos años, y varias afirmaron tener presión alta o estar tratándose con vitaminas porque el depo, o las pastillas anticonceptivas, les hacía sentir mal.

*“Antes usaba pastillas pero me hacía doler la cabeza, después me pasé al depo y el cuerpo me cambió mucho”.* (Wilma de Makxawaiya)

La mayoría, pasado el primer año de empezar a consumir anticonceptivos, engordan, y ese es el único efecto que notan. A otras, como mencionaron en la reunión de investigadoras, *“la vacuna no les viene bien, porque no les baja”* (la menstruación). Sin embargo, no tener más menstruación no es percibido necesariamente como un problema, aunque muchas se refirieron a los efectos del depo como que a las mujeres les hace *“oñamachorrá”*, como que dejan de ser mujeres por no menstruar; otras relacionan la hinchazón o gordura con la sangre que no sale y entonces se va acumulando dentro de una, lo cual, para algunas mujeres, puede provocar cáncer o ser la causa de tantos dolores de cabeza:

*“Si no tenés hijos porque usas anticonceptivos, tu salud se pone mal, no circula la sangre, como a las mujeres que usan las inyecciones, les puede agarrar cáncer”.* (Manuela, Alegre)

De las reuniones comunitarias se extrajo que algunas mujeres no menstrúan hace varios años, y aunque esto no les parece un problema tienen dudas acerca de las consecuencias; las que menstrúan mencionan que son como pérdidas, *gotitas*, y que todas engordaron luego del año de uso. Algunas dijeron tener dolores de cabeza y dolores de estómago que relacionan con el uso del depo. Cuando se les pregunta si consultan sobre estas dudas y complicaciones, dicen que *“muchas veces son hombres quienes vienen pero que no se quedan un tiempo prudencial para poder hacer una buena atención”*. *“A mí, a partir de que no aguantaba el uso, el médico me dio vitaminas para poder aguantar, sino, no puedo, me debilita demasiado”* (mujeres en Makxawaiya). Esta situación se repite incluso en mujeres que tienen dificultades y consultan, como el caso de Tatiana de El Estribo y Natalia de Sawhoyamaxa.

Tatiana cuenta lo siguiente: *“Fui al centro de salud y me dijeron que continuara usando un año depo y un año pastilla para normalizar mi organismo. Durante tres meses no usé más nada, pero no menstrué en un año”* (Tatiana, investigadora, Dos Palmas). En cambio, Natalia, de 25 años, de la comunidad Sawhoyamaxa, contó que un año entero estuvo menstruando. *“Consulté con el doctor y me dijo que así nomás era. Después de eso me agarró anemia”*,

relató. La consecuencia de ello fue que no pudo dar de mamar a su hijo, algo que es fundamental para el desarrollo normal del bebé, lo que generó en Natalia una gran frustración por no poder alimentar a su hijo (con todo lo que ello significa según la cultura enxet).

Los efectos señalados están indicados como normales, principalmente, el dejar de menstruar. Según una funcionaria de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, dependiente de la Dirección General de Programas del MSPyBS, este efecto es completamente normal, y para que las mujeres no tengan fantasías sobre dónde va a parar toda esa sangre, los encargados de dar la consejería deben tener la capacidad de explicar e informar previamente que esto puede ocurrir. Miguela, de Makxawaiaya, contó que hacía años utilizaba inyectables y que hacía poco tiempo, al operarse de la vesícula, los médicos le tuvieron que sacar grandes coágulos que se le habían formado por no menstruar, como efecto del depo. Aunque puedan ser interpretaciones de las mujeres, se observa una falta de información importante y una ausencia de médicos que dediquen tiempo a revisar caso por caso y conversar mejor con las mujeres. Claramente, no menstruar para muchas mujeres es un alivio, no solo porque eso implica que no tienen ningún tipo de restricción sino que además, pueden tener relaciones sexuales sin problema en cualquier momento.

Los médicos encargados de visitar las comunidades cada dos meses cuentan con obstetras (no siempre mujeres) y licenciadas/os en enfermería (no siempre mujeres), estos son quienes deben hablar con las mujeres que están utilizando anticonceptivos y evaluar entre ambas la pertinencia de la continuidad, descanso o suspensión del método. La experiencia de las mujeres con las pastillas no ha sido muy satisfactoria, al contrario del inyectable, las pastillas las adelgazan y les dan náuseas y además, deben recordar tomarlo todos los días. Algunas que no han tenido tan buena experiencia con el inyectable, alternan los dos métodos según indicaciones de la licenciada que va a la comunidad, y otras porque a ellas les parece que así les hace mejor. Los efectos secundarios que mencionan las mujeres están previstos en el prospecto por los laboratorios; generalmente, eso les indica el promotor de salud; cuando consultan a un profesional occidental este les da la misma respuesta de prospecto<sup>55</sup>. Más allá de hacer hincapié en que

---

55 Una de las investigadoras no indígena, con seguro médico, tuvo que consultar a tres especialistas para que finalmente le dijeran que los efectos secundarios que notaba tomando un anticonceptivo de baja carga hormonal, estaban marcados en el prospecto, pero no por ello eran normales para su organismo, y que más que acomodarse a su cuerpo, debía encontrar algo que no generara tantas complicaciones. Las opciones en la ciudad son más amplias, sobre todo cuando se tiene dinero para pagar. Ninguna de estas son las posibilidades que tienen al alcance las mujeres indígenas.

no todos los cuerpos responden de la misma manera a una carga hormonal estandarizada y que los efectos secundarios pueden ser vividos con mayor o menor intensidad por cada mujer, y aunque parezcan normales, porque así dicen las indicaciones, deben ser vueltos a evaluar porque las respuestas que se les da no resultan satisfactorias.

*“Sobre el espiral, me lo puse cuando tenía 20 años, un año duró. Me quité y empecé a usar pastilla durante 6 años. Ahora uso el depo y ese sí que detuvo mi menstruación desde hace 7 años. Estoy consumiendo ahora pastillas que contienen vitaminas, depo y remedios”. (Juana, Palo Azul)*

Si les hace mal o se sienten cansadas, los médicos les dan vitaminas. Si tienen presión alta, los médicos les dan pastillas. La respuesta a todo es más químicos en el cuerpo, sin ver integralmente el estado de salud en general el cual podría estar indicando otros problemas. Por otra parte, los equipos de profesionales que visitan las comunidades para hacer principalmente prevención y atención primaria, no cuentan con los insumos suficientes para hacer análisis de sangre, y aunque contaron con ello, no hay laboratorios en el Chaco. Estos equipos ven a las personas que se acercan por un tiempo muy limitado, principalmente cumplen con los programas de vacunación a niños/as, que es de donde proviene la mayor parte del dinero para movilizarse por el Chaco, como nos explicaba uno de los funcionarios al llegar luego de tres meses a una de las comunidades.

En los últimos años se les está realizando Papanicolaou a las mujeres indígenas, en San Fernando, una comunidad alejada y de difícil acceso. Pudimos contar que entre 30 mujeres que estaban presentes, 7 se habían realizado el PAP y les habían entregado el resultado. Pero en otra comunidad, como El Estribo, algunas mujeres que se realizaron el PAP afirmaron que aunque sabían para qué servía, nunca les habían entregado los resultados, y que entonces no entendían el sentido o la necesidad de volver a realizarse el estudio en el futuro. Las promotoras y otras mujeres afirman que la mayoría de las mujeres se asustan y que hay muchas que todavía tienen miedo porque aún hay falta de información y mujeres capacitadas de su confianza, que puedan explicar a las mujeres de la comunidad este y otros temas importantes de salud.

Los recursos con los que se cuentan en las comunidades son escasos. Como muestra el último censo indígena de las 48 comunidades y aldeas, solo 17 cuentan con local, 26 recibe los servicios de USF con frecuencia y 27 tienen promotores de salud comunitarios, de los cuales un poco más de la mitad

son rentados (DGEEC, 2015). Las consultas se realizan en las escuelas en caso de no contar con un lugar apropiado. Por otra parte, los funcionarios de las USF son en su mayoría hombres, lo que provoca que las mujeres no consulten o no se sientan cómodas cuando lo hacen. Los mismos equipos notan una diferencia en las consultas cuando hay una mujer trabajando pero mencionan que la permanencia de ellas en el Chaco “es muy difícil”, por eso siempre son hombres los integrantes del equipo.

La dotación tanto de anticonceptivos como de vacunas son dos de los insumos que pocas veces han sido señalados como faltantes. De cualquier manera, cuando los anticonceptivos se demoran en llegar a las comunidades, las mujeres que toman inyecciones tienen hasta cinco días de ventaja en los que pueden conseguirlos; y a veces, si el promotor se demora se las rebuscan entre ellas para obtenerlos; las que toman pastillas suelen tener un mes más por cualquier problema que se presente.

El mayor control ejercido desde el Estado, a través de los y las promotoras de salud, es sobre la anticoncepción. Los funcionarios indígenas son los que generalmente dan las inyecciones, hacen el seguimiento a las mujeres, buscan los insumos y gestionan las dudas que estas puedan tener ante los efectos adversos; también son ellos y ellas quienes realizan finalmente el trabajo de brindar la información correspondiente. Sin embargo, las investigadoras dijeron que en general se consultan entre ellas. Los y las promotores tienen la responsabilidad de dar anticonceptivos a quien lo solicita. Si son menores de 15 años, entonces deben seguir un protocolo en donde se remite la información al Estado. En esos casos, depende mucho la cercanía y el compromiso del y la promotora de salud para hablar con la familia de la adolescente. La promotora Norma Álvarez, cuenta que las adolescentes se acercan a consultarle y que incluso las madres las llevan para que hablen con ella. En todos los casos se les da información y se habla con las adolescentes, esto ayudó a que se detectaran embarazos y abusos de parte de personas mayores y también de personas externas a la comunidad.

Según las encargadas del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, el funcionamiento del programa y la información bajado a las comunidades, donde tanto líderes como promotores y promotoras de salud deben tener capacitaciones y un conocimiento acabado. En lo puntual sobre la dotación de anticonceptivos, hay orientaciones para la entrega a la *usuaria* que se dividen en 6 pasos. “[...] *Para entregar un método anticonceptivo debe haber una decisión del usuario y eso es función de la consejería. La misma tiene seis pasos para que la decisión del usuario tenga un concepto de salud. Por ejemplo, una persona con cáncer de útero no puede tomar hormonas, o si está con ITS*

*no se le puede insertar un diu. Ese análisis tiene que hacerse paso a paso con el usuario para que finalmente la decisión asumida sea la más correcta. Tienen que explicarles los métodos que dispone el Ministerio y de acuerdo al estado de cada mujer, cuál sería la más correcta para la misma". Sin embargo, "muchas veces las decisiones pasan por el proveedor y no por las usuarias, por eso no acceden a informaciones sobre los efectos colaterales, las formas, el tiempo de uso, los criterios" (funcionaria del Programa Salud Sexual y Reproductiva). El papel que cumplen los líderes y los y las promotoras de salud es de suma importancia, las funcionarias de este programa son conscientes que aún hay distancias importantes con los funcionarios no indígenas y las mujeres. En cuanto a la dotación de anticonceptivos, el criterio es activo. Los y las promotoras de salud deben llevar informes sobre la cantidad de usuarias, cuyo número debe aumentar. "¿Por qué debe ir hacia arriba o aumentar? Porque si no aumenta quiere decir que el programa no está resultando porque no se promociona o no se está trabajando" (funcionaria del Programa de Salud Sexual y Reproductiva). La información relevada debe decir si alguna mujer dejó los anticonceptivos y la razón. Las adolescentes y las mujeres que acaban de dar a luz son dos grupos que el y la promotora deben mirar atentamente e informar: "Luego del parto, la mujer debe recibir información sobre la amplia variedad de opciones de métodos anticonceptivos y optar por una, o llevar la información para pensar y volver antes de los 40 días con la decisión tomada" (funcionaria del Programa de Salud Sexual y Reproductiva).*

## **Embarazo y parto**

Las complicaciones que las investigadoras analizaron aquí están relacionadas principalmente con la falta de infraestructura y la necesidad de nuevas parteras empíricas dentro de las comunidades; por otra parte, también se relacionan con la gran dificultad que experimentan en los centros de salud, donde se observa cómo esas diferencias culturales se transforman en violencia y discriminación.

Las embarazadas asisten a los controles prenatales con las parteras o los médicos, como muestra el último censo. Esta práctica se realiza indistintamente. Aun así, tanto este dato como la información que se relevó no muestra si las mujeres realizan o no, en qué proporción o por qué no asisten a los centros de salud para hacerse los controles prenatales. Las parteras por su parte contaron que algunas embarazadas las llaman al momento del parto y que a veces, si se sienten mal, les consultan. Los médicos y promotores de salud, por otro lado, hablaron de la resistencia de parte de

las mujeres para realizar estos controles. Por un lado, quienes realizan los controles son en su mayoría hombres y las mujeres indígenas no se sienten cómodas con ellos. Por otro lado, la falta de infraestructura, medios de transporte y dinero también son un impedimento.

Durante la visita a la comunidad San Fernando, que queda a más de 60 kilómetros por camino de tierra, donde se debe atravesar varias estancias y otras comunidades indígenas, nos encontramos con una mujer embarazada de ocho meses en el portón de entrada que está sobre la ruta. Su madre, quien la acompañaba, nos pidió si le podíamos alcanzar hasta Lolaicó, una de las comunidades antes de San Fernando. Allí nos enteramos que habían salido un poco caminando y otro poco llevadas por un camión, para ir a hacerse el control prenatal; la embarazada nos contó también que se encontraba bien, que había tenido algunas complicaciones pero que el bebé estaba bien y que ahora que tenía esa confirmación se iba a quedar en su comunidad para tenerlo, porque prefería tenerlo en su casa. Esta no fue la primera mujer embarazada que nos cruzamos en algunos de los caminos, o que vimos salir en motocarro o en moto atravesando caminos en muy mal estado. Más allá de la resistencia que pueden tener las mujeres, los caminos en mal estado, las dificultades para encontrar transporte y el dinero que representa para estas mujeres el moverse, constituyen factores que determinan la realización de los controles prenatales.

Los partos, por otra parte, se realizan aún en una alta proporción en la comunidad, como muestra el censo de 2012, de las 48 comunidades enxet consultadas, 30 declararon que los partos eran asistidos por parteras en la comunidad, 20 por una obstetra y luego por los/las promotoras de salud:

*“Las mujeres que tienen hijos necesitan de buena comida, por eso muchas veces es mejor quedarse en la casa para poder tener lo que se necesita. El viento no tiene que soplar a las parturientas, porque eso puede enfermar a las mujeres luego de cierta edad. Mi hermana Yolanda tenía una edad adulta ya para tener su hija, por eso fue a consultar al hospital, pero el parto tuvo en la casa, para no tener dificultades al momento de nacer su hijo”.*  
(Hermana de Yolanda, Larrosa Cué).

Aunque esté la percepción de que muchas mujeres van a parir a la *ruta*, como manifestaba Albina de Larrosa Cué para señalar que los partos se realizaban en los centros de salud, los partos en la comunidad son más tranquilos y requieren de menos presupuesto económico. Así, en las comunidades alejadas de la ruta, la experiencia de las parteras se vuelve fun-

damental y permite que las mujeres puedan parir en la tranquilidad de su hogar sin muchas complicaciones. En la comunidad Kurupayty de San Fernando, de las 18 mujeres consultadas solo dos tuvieron sus hijos/as en el centro de salud más cercano, el resto tuvieron partos normales dentro de la comunidad. Las mujeres nos relataron en una reunión que muchas veces no tienen otra opción debido al costo que representa trasladarse, pero también por la falta de transporte, dado que no todas las familias tienen moto; pero además, *“los médicos de Pozo muchas veces ni pasan a controlar a las embarazadas, ellos vienen solo si el promotor les llama en caso de mucha urgencia”*. Pero cuando los médicos entran también puede complicarse: *“Una mujer llevaba varios días sin poder tener su bebé. El promotor le llamó al Dr. Marecos y juntos vinieron con la ambulancia. El camino no estaba bien y cayeron en la cuneta. La licenciada llegó caminando para ver la situación de la mujer y allí se percataron de que su presión estaba alta. Entonces se pidió el tractor de la estancia y así únicamente se pudo sacar a la embarazada”* (mujeres de San Fernando). Tal es así que incluso cuando llega la asistencia, los caminos están en tan mal estado que lo mismo se hace difícil y a veces hasta imposible la atención.

Por otra parte, las mujeres, pero principalmente las parteras, comentaron que los partos ya no son como antes, que las que dan a luz enseguida se levantan y comen cualquier cosa, que no se cuidan y que muchas imitan a las *waley*; por eso, apenas paren ya se bañan y se ponen a hacer las tareas de la casa, siendo que antes las mujeres *“se cuidaban durante ocho días, evitaban salir afuera con el bebé y las demás tareas de casa las realizaban recién a los 40 días después de dar a luz”*. Muchas de las mujeres contaron que el resto de la familia extensa e incluso los maridos eran quienes les ayudaban. Las parteras de El Estribo contaron que ni los hijos ni los maridos pueden trabajar luego del parto porque puede traerle complicaciones al bebé, entonces se tiene que quedar en la casa y ayudan a la mujer.

Es importante mencionar dos elementos fundamentales que nos fueron subrayados, tanto por las parteras como por varias mujeres que experimentaron partos en la comunidad y en hospitales. El primero es la manera en que las mujeres tienen a sus bebés y el trato que la partera les da durante el proceso. El segundo está relacionado a todos los cuidados de la madre y del bebé posterior al parto.

*“A mi nuera le cuidé en su comida, no debe tener grasa, sal, no debe salir [luego de parir] antes de los 15 días afuera, no debe hacer nada. Durante el embarazo no debe consumir cualquier comida, sí mucha fruta. No debe consumir galleta porque puede*

*tener parto seco. Debe consumir caldito, frutas. Así les trato a mi nuera y a mi hija para que se cuiden y puedan tener bien sus hijos. Por suerte todas estaban sanas y también sus hijos, porque si los hijos no están sanos, las madres incluso pueden ser operadas (...) Las parteras siempre bañan al recién nacido, sin embargo en el hospital no le bañan al instante. Además, las parteras usan agua tibia para bañar a la madre, para darle de tomar a la madre. Un caso de mi nieta que nació en el hospital, cuando llegó a la comunidad yo tuve que bañarle porque allá no le bañaron". (Yolanda, Larrosa Cué)*

*"Durante día le acompañé para el parto, pedí a su madre que barra bien, puse una carpita ahí [dentro de la casa] y le dije que me ayude para que pueda tener a su bebé, hasta puse sábana limpia (...) Muchas veces ayudar el nacimiento del niño es pesado, necesita de mucha tranquilidad para la mujer joven que lo va a tener [...] Es complejo el parto, por eso cuando estamos solas es más tranquilo, incluso eso le digo a las otras parteras para que atiendan cuando trabajan en parto: no hay que apurar a la embarazada, hay que tenerle paciencia y acompañarle. (Felicia Mazacote, Espinillo)*

Solo las mujeres pueden entrar en el momento del parto. El parto se realiza en la misma casa de la mujer parturienta. Se prepara el interior con sábanas y frazadas que se ponen en el piso. Las mujeres paren en cuclillas, sentadas arriba de un tronquito. La suegra es la encargada de atajar a la parturienta. La suegra se sienta y le ataja, también puede ayudarle a hacer fuerza empujando el bebé hacia abajo. También le puede hacer masajes en la espalda para calmar el dolor. La partera no apura el parto nunca, ni pone nerviosa a la las mujeres "porque eso puede hacer que se asusten y que el bebé no quiera salir". La mujer que acaba de parir solo puede tomar agua tibia, "el agua fría le puede matar", dicen. También se le da un remedio natural para que se limpie bien por dentro el útero. La placenta o *aptaxna*, debe caer completamente y se la entierra dentro de la casa. El cordón umbilical o *kaxwe etkemenaxwawa* lo cortan con una hojilla de afeitar nueva y esterilizada, luego lo atan luego con tela. Cuando el cordón cae se guarda por mucho tiempo para que el bebé tenga buena salud. "Las mujeres son las únicas que pueden presenciar el parto pero no pueden ser muy chicas". De chiquitas no se puede ser partera, "de grande y aún sin hijos sí se puede". Durante los tres o cuatro días posteriores al parto, las parteras tienen que alimentarse de otra manera, igual que las que acaban de parir. "Las madres deben mantener una alimentación especial hasta que el cordón caiga". Durante el

momento del parto y hasta los primeros días, el marido y el resto de los hijos no pueden jugar fútbol, vóley ni cualquier otra cosa, tampoco deben bañarse con agua fría porque puede hacerle mal al bebé o darle calambres a la mamá, y deben ayudar en todo a las mujeres. (Apuntes de la entrevista con Silveria de Dos Palmas)

Felicia Mazacote, quien en los últimos 4 años ayudó a que nacieran 11 niños y niñas en Espinillo, relató que primero ella tiene que tocar la panza de la embarazada todos los meses, que la embarazada tiene que ir a verla cada mes para ver cómo está el bebé, y cuando este se encuentra en el canal de parto es que está en su momento. Felicia contó que antes, para que no se dé vuelta el bebé las mujeres se fajaban con tela y eso ayudaba a que el bebé no se diera vueltas y se enredara con el cordón o que viniera de pies. Durante el momento del parto, siempre hay otra mujer que la ayuda, para que nazcan los bebés. Una vez que sale el bebé, la partera revisa que la placenta haya salido y la quita si hiciera falta.

Estos relatos dan varias descripciones de cómo se realizan los partos dentro de las comunidades y cómo actúan las parteras, cómo las familias se preparan generando todo un ambiente de tranquilidad dentro de la casa para que se realice el parto y las atenciones que requieren las mujeres durante el parto y posterior a este. Como Yolanda y otras mujeres relataron durante el proyecto, es importante destacar que muchas de estas prácticas son completamente descartadas en los hospitales a pesar de que existan políticas y programas que indican lo contrario, y que apuntan al respeto de los derechos humanos de los pueblos indígenas. Como mencionó Petrona, de Palo Azul: *“En la Ley 904 dice lo que tiene que hacerse cuando los pacientes son indígenas. Hay culturas diferentes. Hay que respetar cuando la paciente es indígena. No tienen que dar de consumir dulces ni grasas a la indígena que acaba de parir en el hospital”*.

Desde cómo los médicos les hablan (gritando porque las mujeres hablan más bajito o porque tienen su tiempo para expresarse, lo que se entiende por el personal como deficiencias auditivas y les hablan más alto de lo necesario en lugar de tener más paciencia), hasta no poder estar acompañadas por nadie conocida en los partos, o cómo se las obliga a parir horizontalmente son referencias claras sobre cómo los servicios de salud dictan y regulan sobre los cuerpos, no sobre personas que tienen maneras de relacionarse y prácticas muy diferentes, y que necesitan atenciones diferenciadas tanto para que el acceso a los servicios no sea una experiencia traumática, como también para garantizar el cumplimiento de los derechos humanos. Así, aun con la mayor buena voluntad y respeto que puedan

tener los funcionarios de la salud, los servicios no están preparados para atender a las mujeres indígenas; no se les pregunta cómo quieren parir (descartando los partos por cesárea), se les da de alta al día siguiente, no dejan que estén acompañadas, se les grita, se les sientan encima, se llevan al bebé en vez de dárselo, se les da de tomar agua fría y alimentos, los que tienen miedo de consumir por las consecuencias que podrían causarles.

Mariana Ayala, de la comunidad Sawhoyamaya, relató el parto de su hija en un hospital regional. No solo no la dejaron acompañarla en un parto que fue natural, sino que el enfermero más grande del hospital se le sentó encima de la panza para apurar el parto. Maricela no sintió seguridad en ningún momento y tuvo dificultades para dar a luz, sin embargo, como los médicos siempre saben más, no pudo más que confiar en ellos. Al contrario, en el centro de salud de Río Verde, una de las encargadas contó cómo una de las embarazadas se negó rotundamente a acostarse en la camilla para parir y se escondió debajo de la misma. Sin poder hacerla cambiar de opinión, el personal asistió el parto debajo de la camilla.

Por último, muchas de las parteras recibieron alguna capacitación en la Iglesia Anglicana quienes les enseñaron a esterilizar los instrumentos y a utilizar una hojilla de afeitar nueva en cada parto: *“He perdido todo los remedios para el ombligo e hilos que me habían entregado en Makxawaiya, el Dr. Gringo me había dado esas cosas para poder ayudar a las embarazadas (...) Antes nos daban jabón, un remedio para el ombligo que se le pone luego de lavar con el jabón”* (Alicia, Palo Azul). Las funcionarias del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del MSPyBS comentaron que a cada regional se les dota de un kit de parto, pero ninguna de las parteras tenía conocimiento del mismo.

## **Acceso a la salud. Hechos y percepciones desde la perspectiva de las *kelan'ák* del pueblo Enxet Sur**

Durante los talleres, las reuniones y las entrevistas, se observaron dos temas fundamentales que hacen para ellas el acceso a la salud: la falta de dotación de medicamentos y de atención en casos de urgencia; a ello se le suman otros problemas como la falta de caminos de todo tiempo y en buen estado para salir de la comunidad, lo que se vincula con el acceso a la salud y la atención de urgencias, así como de recursos económicos y medios de transporte disponibles para el traslado de pacientes. Por otra parte, el equipo de Tierraviva observó que uno de los problemas más importantes que se tiene, además de los presupuestarios y la voluntad política para que los pueblos indígenas realmente puedan acceder a los servicios de salud, es el relacionamiento y participación intercultural.

*"No podemos compararnos con los blancos, ellos creen que somos ignorantes... Yo sé lo que pasa en mi comunidad, se necesita plata para traslado, para combustible, para remedios, para internación, se necesita plata para todo... El remedio yuyo tiene su tiempo... A veces no hay por la sequía"<sup>56</sup>.*

En lo referente a los medicamentos, una mayor dotación está entre las prioridades reclamadas por las comunidades, incluso mucho antes de hablar de la atención médica. En varias oportunidades refirieron que los puestos de salud en las comunidades, atendidos por promotores de salud, no tenían suficientes medicamentos para toda la población, pero que además el promotor solo manejaba algunos como jarabes, analgésicos, anticonceptivos, sueros y unos pocos más. Para otro tipo de medicamentos, tienen que esperar a que los médicos hagan sus visitas y les dejen o ir al hospital a atenderse. Cuando llegan a los hospitales suelen darles siempre las mismas cosas, por eso muchos *"no quieren ir al doctor, al hospital, porque ya sabemos lo que nos van a dar: novalgina, ibuprofeno, paracetamol"* (mujer taller en La Herencia). En varias comunidades donde se refirieron a la falta de suministro de medicamentos denunciaron que los médicos que hacen

---

56 Conclusiones del primer taller realizado en la comunidad La Herencia, con las investigadoras.

visitas cada dos meses no disponen de remedios adecuados, al igual que en los centros de salud, y que terminan dándoles lo que tienen a mano, como los medicamentos mencionados.

Así como el remedio yuyo, *“la medicina de los blancos también es difícil de encontrar por la distancia; y a veces no hay medicamentos en el hospital o centro de salud”* (Elodia, 20 de Enero). La distancia que existe entre la población indígena y la no indígena no solo es física sino también simbólica, y produce dificultades en el acceso:

*“No es fácil entrar en los servicios de salud, a veces la discriminación que hay acá en Paraguay, especialmente a los indígenas, hace que no se le atienda como a los blancos, y nos dicen que no hay medicamentos”*. (Mujer de 20 de Enero)

Además de ser un hecho que ocurre constantemente, los y las indígenas perciben una diferenciación negativa en el trato que traducen en una negación en la prestación de servicios e insumos –sea un hecho o no que tengan medicamentos–, como lo expresa claramente una de las investigadoras:

*“Es muy doloroso ver que no nos prestan atención. Por qué a los demás sí y a nosotras no. Hay promotoras en nuestra comunidad, se van en moto pero eso no sirve para trasladar al enfermo. Es muy difícil la situación. ¿Cómo es que la gente no ve nuestra situación? Nos tratan peor que a los animales. Pagamos 200 mil por el taxi para llevar a los enfermos hasta el hospital de la periferia. Hay mucha necesidad en la comunidad”*. (Mariana, Sawhoyamaxa)

Uno de los inconvenientes en los que se encuentran los promotores de salud es que estos no pueden servir de ayuda si no tienen medicamentos.

*“El puesto de salud ocupa un lugar en el espacio nomás, no sirve de nada”*. (Elvira, investigadora, Dos Palmas)

*“No hay doctores, urgencia nomás hay, el enfermero no les puede recetar, hay que ver cómo solucionar eso”*. (Mujeres de La Herencia)

Tanto los enfermeros como los promotores no están habilitados para recetar, porque no tienen los conocimientos suficientes para diagnosticar como sí lo tendrían los doctores.

Los promotores son los encargados de llevar informes detallados sobre lo que se dio para que el medicamento sea repuesto, por tanto son quienes llevan los medicamentos a la comunidad, teniendo que utilizar recursos

propios o el apoyo monetario de la comunidad para movilizarse. *“La gente le da para su pasaje [al promotor]; el Dr. Rolón trae los remedios pero no entrega en la comunidad El Estribo, lleva todo a 25 Leguas”,* dicen las mujeres de El Estribo.

La demanda de remedios es uno de los reclamos más escuchados por los promotores de salud, los líderes y las mujeres en las comunidades. Como concluía Serafina, una de las investigadoras representantes de la comunidad La Herencia: *“Es importante conocer y tener acceso tanto al pohã boticare, pohã blanco, y al pohã ñana(...) Mi hijo hizo tratamiento... y hace mucha falta la intervención del Estado en el área de salud, solo la doctora tiene remedio y no los promotores, algunas personas están muy lejos y no pueden acceder a ellos, a veces es importante tener los remedios para enfermedades que no se curan con pohã ñana”.*

En relación a la atención, las comunidades manifestaron que los médicos realizan consultas en las comunidades unas cuantas veces al año a las embarazadas –al menos en El Estribo y en Sawhoyamaxa- se les da un suplemento de vitaminas (en El Estribo también se les realiza pruebas rápidas de sangre para determinar si tienen algunas enfermedades, principalmente ITS), también observamos que se les está dando medicamentos para la presión alta, además de los anticonceptivos y un complemento dietario de leche para los/las niñas que no están en edad de ir al colegio. Sin embargo, muchas personas manifestaron que aunque se les ve más a los médicos, las consultas son rápidas y la mayoría de los equipos están constituidos por hombres, una característica que fue señalada varias veces por las *kelan ák* como impedimento o dificultad para consultar con confianza<sup>57</sup>. Como manifestaba una de las investigadoras:

*“Los médicos no llegan hasta las comunidades, si se van lo hacen un rato para una consulta rápida, no revisan a los pacientes en forma, lo hacen a medias. Se apuran para volver a sus casas, nuestra comunidad es grande y solo llegan a tres o cuatro aldeas y después no vuelven. Así actúan los doctores hasta el día de hoy”.* (Merita, San Carlos)

Felicita, de la comunidad 20 de Enero, y quien nos ayudó en varias oportunidades a traducir del guaraní al enxet sur, alertó que *“eso está pasando en la comunidad indígena. Las mujeres tienen vergüenza de consultar con los hombres. Yo acompañé a una paciente a la que le dieron anticonceptivos; así empeoró su salud, y los médicos no trabajan todo el año, aparecen cada*

57 Por alguna razón, este no fue el caso mencionado por el doctor que atiende en Yakyé Axa, de quien las mujeres dijeron tener confianza.

*tres meses aproximadamente*". Elodia, de la misma comunidad, por su parte, dijo que *"el chamán y la partera tienen que acompañar a los médicos profesionales, son autoridades comunitarias y conocen nuestra comunidad y nuestras costumbres. Hay personas que se enferman porque el espíritu abandona su cuerpo, y solo los chamanes los pueden curar, no la medicina occidental. Lo que veo en mi comunidad es que los doctores de APS tienen que cumplir la revisión en las comunidades y aldeas. Tenemos una estudiante que terminó sus estudios como licenciada en enfermería y terminó el año pasado, pero hasta ahora no la emplearon. En los hospitales ni siquiera hablan en guaraní. Queremos a mujeres indígenas para que la atención sea mayor"*. No es tan solo la atención sino cómo están constituidos los equipos que atienden en las comunidades. El Dr. Silva, en una conversación mientras realizaba consultas en El Estribo, confirmó la importancia de tener una mujer en el equipo, afirmando que desde que se incorporó la obstetra, hay más mujeres indígenas consultando, pero señaló que por alguna razón terminan renunciando o pidiendo traslado a otras zonas.

En este sentido, las investigadoras también señalaron las dificultades que tienen en los hospitales donde no hay indígenas que les guíen, personas de confianza que puedan producir un cambio sustancial tanto en la atención como en los tratamientos<sup>58</sup>, pero también que puedan lograr participación en el diagnóstico porque *"cuando no se respetan los conocimientos o enfermedades de los indígenas se los puede matar, les dan antibiótico, pastillas, y a veces eso no les cura"*, según dijeron mujeres de Pozo Colorado). Entonces, *"Hay que saber diferenciar entre las enfermedades para poder tener el tratamiento adecuado"* (yohoxama).

*"Generalmente, vienen a dar vacunas a los niños y las niñas. Los médicos de la USF no salen mucho a las comunidades y atienden solo de lunes a jueves, el fin de semana no hay enfermedad"*. (Laureano, líder de Larrosa Cué 2).

La atención en casos de urgencia o fuera del horario es otra dificultad señalada por las *kelan'ák*. Los centros de salud cercanos a la comunidad no tienen especialistas las 24 horas<sup>59</sup> y muchos solo trabajan en horario de oficina. Esto fue remarcado especialmente en La Herencia, cuyo centro de

---

58 Algunas personas dejan sus tratamientos antes de tiempo e incluso antes de comenzarlos, observando que en muchos casos se relaciona, además de la falta de dinero para mantener a un familiar que le haga compañía o sus hijos, quien le sirva de intérprete para mayor comprensión de quien se está tratando.

59 "Los trabajadores de blanco cumplen un horario pero no son reemplazados, ni tampoco existen guardias, como dijeron en una comunidad, la enfermedad nuestra tiene un horario, pasado este horario, uno se debe morir". (Juana Cabañas, Palo Azul)

salud más cercano se encuentra en Río Verde. Las mujeres de Jerusalén Cué 2 quisieron denunciar que el centro de salud de Río Verde ya no atiende desde los viernes, *“la gente solo puede enfermarse de lunes a jueves”*, dijeron irónicamente. Como decía una de las investigadoras: *“La enfermedad llega sin hora ni día”*. (Petrona, Palo Azul)<sup>60</sup>

Varias de las Unidades de Salud de la Familia, USF, que dependen de la APS (Atención Primaria de la Salud), como las de Río Verde, solo funcionan para dar los primeros auxilios, el resto deben ser derivados al hospital Regional, que queda más cerca de Asunción, que de la mayor parte de las comunidades en Presidente Hayes. Cuando se llama por alguna urgencia, las familias, los promotores y los líderes deben desplegar varias estrategias para lograr ser atendidas. En general, todos los casos que no reciben atención o una respuesta adecuada, muchos más de los que se esperaría, terminan con intervención del Programa de Salud Indígena, que debe a su vez coordinar nuevamente con aquellas personas de la zona que, por alguna razón u otra, no dieron solución. Si esto no resulta y las familias tienen relación con personas de afuera, llaman a terceros (desde la enfermera Beril, los pastores religiosos, algún patrón, o alguna ONG) que pueden o no estar en la zona, y que actúan como intermediarios para ejercer presión y de esa manera generar alguna respuesta, o simplemente resuelven dando alternativas frente a las pocas que da el Estado.

Elvira de Dos Palmas, cuenta que *“en 25 Leguas hay un doctor que no me acuerdo el nombre... Dr. Rolón es, lo llamé cuando mi hijo tuvo un accidente y dijo, «no hay ambulancia, señora, está ahora en Villa Hayes»; si espero mi hijo se muere antes”*. Las personas que tienen medios de transporte o pueden prestar uno intentan salir directamente en moto, sin pedir una ayuda que generalmente no se le es dada. En caso de urgencias *“solo pueden salir con moto, pero si el enfermo no tiene moto o el camino está intransitado, el enfermo se queda en la comunidad”* (líder de 20 de Enero). Tampoco puede salir si no tienen dinero, como contaba Manuela de Alegre.

Es importante aquí distinguir dos cuestiones que suelen confundirse: la falta de presupuesto no es un argumento para una persona que está en una situación crítica, así como tampoco lo es que los caminos sean privados y en momentos de lluvia, bajo urgencia igual esté prohibido transitarlos. Las comunidades responsabilizan a aquellas personas con las que tratan de manera diaria, y los funcionarios por su parte solo atinan a dar argumentos

---

60 Durante las fiestas de fin de año el personal estuvo fuera varios días, en ese momento, el año pasado una mujer y su hijo estuvieron muy graves e intentaron consultar en Río Verde sin éxito. Lamentablemente, esperaron a que volvieran para consultar y fallecieron ambos, según relatan las mujeres de Larrosa Cué.

y cumplir su manual de funciones, mientras que los parlamentarios, que son aquellos que tienen el poder de decisión en cuanto a presupuesto, no dan las respuestas adecuadas para solucionar el problema, y tanto los problemas presupuestarios como de infraestructuras son deficiencias del Estado en su conjunto. En el medio, hay mucha centralización en las pocas personas que se encuentran dentro del Programa de Salud Indígena que deben dar respuesta a nivel nacional cuando la atención debería ser de igual acceso a todas las personas, sean o no indígenas en cualquiera de los centros asistenciales. Claramente, las comunidades necesitan un trato especial (respeto, participación, diálogo intercultural y adaptación de algunas prácticas a su sistema de salud, de manera complementaria, no excluyente necesariamente) que en la realidad muy pocas veces se da o simplemente se traduce a reproducir la discriminación que esta sociedad tiene hacia los y las indígenas.

Otro tema que destacaron es el equipamiento de los puestos de salud, principalmente de las comunidades que se encuentran alejadas de la ruta y centros de salud, pero también fue planteado por otras comunidades que se encuentran más cercanas. Los pedidos que escuchamos sobre más personal indígena en los hospitales, hospitales exclusivos para las comunidades o que funcionan dentro de las mismas, la demanda de más promotores de salud rentados, de medicamentos, de ambulancias propias y otros medios propios, por ejemplo, son soluciones que se encuentran ante la discriminación, la falta de respuesta y un relacionamiento que, aunque ha mejorado, sigue cumpliendo con los mandatos de una sociedad patriarcal y etnocentrista<sup>61</sup> y que se resumen en una de las frases que dijeron las mujeres en el último taller: *“Un doctor que no es indígena nunca luego va a cambiar el trato”*.

Por ello, la importancia de la participación de las personas encargadas y responsables de la salud dentro de la comunidad es vital, tanto para aquellas que son reconocidas por el Estado como las que no son reconocidas, pero que tiene igual importancia para sus miembros y para tratar la salud desde un lugar que integre y no segregue saberes y que estas personas encargadas y responsables se complementen, como manifestaba un *yohoxma*.

Asimismo, las *kelan ák* dieron cuenta de las limitaciones que existen dentro

---

61 Se pone por separado estos dos conceptos para describir cual es la estructura que rige estas relaciones. Sin embargo, también se puede pensar al etnocentrismo como base donde se erige el patriarcalismo, desde donde se estructura y legitima el pensamiento y las relaciones en términos modernos, y que han sido impuestas a las comunidades indígenas, muchas de las cuales tenían formas de relacionarse y organizarse muy diferentes.

de las comunidades por falta de capacitación y de falta de información; reconocen que hay personas con muchas capacidades dentro de las comunidades que no han recibido una educación formal o formación con personas del Estado, pero esto no ocurre en todas las comunidades. Por otra parte, son contadas las capacitaciones desde el Estado planteadas para retroalimentar, adaptar la atención y así mejorar el acceso. El conocimiento siempre se imparte desde arriba y está mediado por los representantes reconocidos por el Estado, que en general son hombres que tienen bajo su responsabilidad miles de tareas comunitarias. Como comentaban las funcionarias del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, las capacitaciones las llevan a cabo las regionales, quienes son las que contactan con los líderes y a su vez con los promotores de salud para que estos trabajen en las comunidades los temas relacionados al Programa de SSyR. Sin embargo, como el equipo les hizo notar, la mayoría de estos son hombres, y las mujeres, a pesar de toda la confianza que les tienen, prefieren consultar algunas cosas con otras mujeres que tienen experiencia y que las puedan entender mejor.

## Conclusiones y recomendaciones

La necesaria interculturalidad de la que debe nutrirse cualquier política estatal respecto a la salud sexual y reproductiva de mujeres indígenas debe ser explícita, no solo al momento de tratar los derechos sino desde el mismo momento en que estos se ven amenazados; asimismo, no solo en papel como una política de Estado sino como práctica diaria. Por ello, también debe tomarse particularmente en cuenta la dimensión colectiva de la salud y la especial vinculación que esta tiene con su territorio y todos los recursos materiales e inmateriales que allí se encuentran, y de las relaciones sociales que influyen en el bienestar.

La tierra, los recursos naturales, la interacción social, las diferentes formas de sus expresiones culturales, son elementos fundamentales para abordar de forma culturalmente adecuada estos derechos tratados en el informe. Al sostener que estos temas están profundamente relacionados, también se trae a colación otros derechos o necesidades insatisfechas que atentan directamente con la concreción de los derechos sexuales y reproductivos, en definitiva con uno de los derechos tan básicos como es el derecho a la vida.

Es así que no basta con tratar los síntomas solamente, sino es necesario observar el contexto en que se desarrollan esos “síntomas” y abordarlos con las comunidades, colectivamente y desde las personas que están más relacionadas al tema de salud, desde el concepto amplio que tienen las y los miembros del pueblo Enxet Sur. No basta entonces entregar medicamentos o anticonceptivos de uso general sin realizar un mínimo diagnóstico del estado nutricional de las mujeres, por ejemplo.

Las leyes, los derechos, los planes y las políticas del Estado junto a los convenios firmados reafirman la necesidad de incorporar y respetar las prácticas ancestrales de los pueblos indígenas. Sin embargo, en la práctica, como se observó, esto está lejos de realizarse. Así como las comunidades indígenas del pueblo Enxet Sur, la medicina occidental y sus propias prácticas culturales conforman un complejo sistema de salud cuyos tratamientos y cuidados son complementarios. Se observó además, que existe el ejercicio intercultural desde las comunidades indígenas hacia la sociedad envolvente, el mundo occidental, pero este termina cumpliendo la función de avalar políticas y programas que en la práctica vuelven a obviar al colectivo del cual eran sujetos.

Como se mencionó, la falta de tierras y acceso a recursos naturales impide la reproducción de prácticas culturales relacionadas directamente a la salud y el derecho a una sexualidad sana y responsable. Por otro lado, el diálogo entre indígenas y funcionarios o responsables de salud debe imponerse al momento de tratar estos temas. No solo desde una actitud pasiva sino desde una escucha activa que lleve a comprender e incorporar las prácticas elegidas por las indígenas. De esto también se trata la interculturalidad o los mecanismos culturalmente adecuados de los cuales se jacta nuestra normativa interna, pero que en la práctica queda en una declaración que parece ser no es totalmente entendida o que se limita a hacer el esfuerzo de hablar con las mujeres en lengua guaraní, que ni siquiera es el idioma materno de muchas de las mujeres del pueblo Enxet Sur.

La pérdida gradual del territorio implicó la imposibilidad de seguir celebrando los ritos que permitían esa transmisión intergeneracional de conocimientos relativos al tema, los cuales se realizaban en épocas de abundancia de recursos naturales y de movilidad por el territorio para la interacción social intercomunitaria. Estas celebraciones y ritos que permitían esa transmisión intergeneracional fueron quedando atrás, reemplazándose por conocimientos occidentales que no fueron diseñados para atender la particular situación contextual y cultural de las mujeres indígenas; y aún hoy, ellas son a las que menos se les consulta dando por resultado propuestas e informaciones inadecuadas. Esta vinculación de los derechos territoriales con las prácticas culturales es estrecha e insuperable. Sin embargo, a más de visibilizar una consecuencia más del despojo territorial, resulta una problemática en sí misma la precaria atención en materia de salud sexual, que quizá podría verse abordado desde otras prácticas que recreen y dinamicen la cultura a fin de construir otras más acordes a la realidad indígena.

En especial, tomamos atención sobre el problema de adecuación de las políticas en las comunidades, pero sobre todo resaltamos como espectadores externos la falta de comunicación y escucha de parte de los funcionarios, y observamos que muchas de las demandas transmitidas por las mujeres se basan en la falta de atención de parte de los funcionarios del Estado, que en general, cuando finalmente las escuchan, terminan interpretando sus reclamos desde el “asimilacionismo” el cual intenta integrar e igualar pero siempre desde el discurso dominante, el etnocentrista y patriarcal, como se mencionó en repetidas ocasiones. Aquí, más allá de una cuestión de género que debe ser observada por la discriminación estructural que sufren las mujeres, debe prestarse atención a lo cultural, que otra vez tiene una dimensión diferente, pero que puede ser superado una vez que la superio-

ridad del discurso biomédico y etnocentrista deje de operar y se comience un diálogo intercultural, entre iguales, no entre víctimas y salvadores, sino entre personas de diferentes culturas que quieren entenderse, escucharse y respetarse en sus diferencias y derechos para la construcción de un país más equitativo donde todos y todas tengan acceso real a los servicios de salud, educación, etc.

En este sentido, las comunidades tienen sus propios responsables de salud a nivel interno. No es un tema que realmente les preocupe porque gestionan de acuerdo a las necesidades, pero sin embargo su intervención y participación en las capacitaciones, diagnósticos y tratamientos podría mejorar sustancialmente la salud comprendida desde la aproximación al concepto que en este documento presentamos. Así, nuevamente, el cumplimiento de este derecho nos devuelve a los derechos colectivos, a encontrar las respuestas y soluciones dentro de la comunidad, a activar y fortalecer los conocimientos que tienen las mujeres y las personas que, aun no siendo reconocidas oficialmente por el Estado, cumplen una función fundamental dentro de la comunidad.

Por otro lado, se observó la necesidad de reformular las prácticas con respecto a los métodos anticonceptivos proporcionados por el Estado, dado que aun cumpliendo con este derecho se están violando parte importante del mismo; vale decir, dotar de insumos y garantizar la provisión no significa que se esté garantizando los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Como se observó, las mujeres no tienen la suficiente información para elegir según los estándares de derechos humanos. Hay mucha confusión aún sobre las consecuencias de los métodos que utilizan; por otro lado, el mismo programa admite falencias que no son subsanadas, y la información presentada depende de cada proveedor, o sea, de lo que el promotor de salud interpreta. La información no está adecuada al contexto, a la manera de pensar, sentir y ver de las *kelan'ák* del pueblo Enxet Sur o de ninguno de los pueblos. Los médicos y obstetras que trabajan en la zona tienen poco tiempo o dedican poco tiempo, por lo que tampoco ayudan a mejorar la información brindada, quedando lagunas importantes sobre las consecuencias que cada método puede tener en la salud de las mujeres; por otra parte, cuando las mujeres consultan por alguna inquietud, los médicos responden automáticamente, dan vitaminas y complementos para que puedan continuar con ese método anticonceptivo sin realizar los controles necesarios. En este aspecto, pocas fueron las mujeres que describieron controles previos y posteriores al uso de anticonceptivos. En síntesis, a pesar de proveerse métodos anticonceptivos, no se respetan

el resto de sus derechos que van acompañados y que son necesarios para que se cumpla el mismo.

Las parteras han sido otro tema importante a destacar. No reciben sueldo, tienen problemas de salud a consecuencia de su trabajo y ni siquiera son reconocidas como pares por los funcionarios del Estado cuando llevan a sus pacientes fuera de la comunidad. Las parteras no solo deben ser reconocidas, sino que deben percibir un monto determinado por cada parto que asisten, ellas y sus asistentes tanto dentro como fuera de la comunidad, así como tuvieran que acompañar a alguna embarazada fuera de la comunidad. Por otra parte, los relatos de las mujeres y las parteras han ayudado a comprender que esas “diferencias” culturales significan violencia y discriminación, partos complicados y experiencias traumáticas fuera de las comunidades. En relación a ello, centros de salud comunitarios y externos mejor preparados para cumplir con las demandas culturales podrían mejorar la atención y hacer de los partos una experiencia menos violenta y traumática.

También es importante reiterar la política de salud recientemente aprobada, donde se menciona la interrelación de las instituciones del Estado. Como se observa, uno de los mayores impedimentos para el acceso a la salud termina siendo una cuestión de infraestructura, y nos volvemos a preguntar junto a las comunidades cómo es posible que una vida puede valer más que un camino.

Por último, exponemos un resumen de los problemas comunes de las comunidades y las propuestas que han salido de estas, para dar un puntapié inicial al diálogo entre los funcionarios del Estado y las comunidades, que necesariamente debe comenzar a realizarse.

## Síntesis de la situación de las mujeres indígenas enxet sur y sus propuestas

Situación general de las mujeres	Propuestas a los problemas
<p><b>-Salud para las enxet sur</b>  <b>-Tranquilidad espiritual-física</b></p>	<p>-Tratamiento intercultural, interconsultas, participación, principalmente de las mujeres.</p>
<p><b>Encargados de salud enxet</b>            -<i>Apyohoxma</i>.            -<i>Panakte Náxop</i>.            -<i>Eláne mok</i>.            -Promotor de salud.            -Pastores.            -Líder.</p>	<p>-Reconocimiento de encargados de salud enxet, diagnóstico y tratamiento desde los diferentes encargados de salud comunitaria con los médicos blancos.</p>
<p><b>Tierra es salud</b></p>	<p>-Aseguramiento de tierras y acceso a territorio para poder alimentarse sanamente con bichos del monte y frutos (Pozo Colorado no tiene tierra y debería conseguirse tierras para ellos). Además, para poder seguir utilizando los remedios yuyos y que los chamanes puedan seguir aprendiendo y alcanzar la sabiduría que tenían los antiguos, y así cuidar y proteger a su comunidad.</p>
<p><b>Caminos</b>            -En mal estado.            -Privados.            -Inundables e intransitables cuando llueve.</p>	<p>-Caminos buenos de todo tiempo que no golpeen a las embarazadas, esto quiere decir también que puedan ser transitados con lluvia y que los caminos vecinales, con servidumbre, de paso sean respetados.</p>
<p><b>Urgencias</b>            -Nunca hay ambulancia.            -No siempre hay chofer.            -Nunca tienen combustible.            -No siempre les atienden el teléfono.            (Salvo San Fernando, todas las comunidades dijeron que sus pedidos de asistencia por urgencias no tuvieron respuesta favorable, que las personas deben valerse por sí mismas para salir de la comunidad. San Fernando está incomunicado y sus pobladores deben salir varios kilómetros para llamar a Urgencias).</p>	<p>-Motocarro.            -Presupuesto para ambulancias, combustible, médicos y chofer.            -Mejor comunicación (antenas y teléfonos disponibles).            -Protocolo de respuesta ante urgencias.</p>

<b>Situación general de las mujeres</b>	<b>Propuestas a los problemas</b>
<p><b>USF</b> (atención médica dentro de las comunidades)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Visitas cada dos o tres meses o cuando tienen presupuesto.</li> <li>-Atienden en un solo lugar y no todos tienen y pueden ir o se enteran.</li> <li>-Quiénes más consultan son las mujeres, justamente son las que tienen pocos medios económicos para moverse en largas distancias.</li> <li>-Hay un solo médico y generalmente es hombre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Más mujeres atendiendo.</li> <li>-Medicamentos suficientes y adecuados para cada enfermedad.</li> <li>-Atención a cada paciente el tiempo que sea necesario, no tan rápido.</li> <li>-Mayor frecuencia (que vengan una vez por mes).</li> <li>-Atención en cada una de las aldeas.</li> <li>-Profesionales dentro de la comunidad.</li> </ul>
<p><b>Centros de salud</b> (APS, USF, Regionales, hospitales)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Irala Fernández: No atienden el teléfono en casos de urgencia.</li> <li>-Pozo Colorado: Pocos medicamentos.</li> <li>-Concepción: Las maltratan, no les atienden bien, a veces les dan recetas para comprar en la farmacia y no les dan buenas indicaciones.</li> <li>-Río Verde: Solo atienden de lunes a jueves hasta las 3 de la tarde, "luego nadie se puede enfermar".</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Río Verde: Más presupuesto para atención las 24 horas todos los días del año y casos de urgencia; ambulancias con combustible; profesionales.</li> <li>-Hospital de Villa Hayes: Proponen a Estela Marecos, licenciada en enfermería, para tener un nexo en el trato y trabajo con los diferentes pueblos indígenas dentro de la asistencia.</li> <li>-Más indígenas que les ayuden en los centros de salud.</li> <li>-Más medicamentos.</li> <li>-Mejor información y alguien que les pueda ayudar y guiar cuando van a Asunción a hacer tratamientos.</li> </ul>
<p><b>Anticonceptivos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Espirales: Los anglicanos colocaron espirales a las mujeres sin proveerles de información suficiente ni de controles, no les quitaron los espirales a todas. Muchas mujeres sufrieron consecuencias en su salud por su uso, se cree que algunas murieron a causa del mismo y aún hay muchas que lo tienen en su cuerpo.</li> <li>-Una gran cantidad de mujeres usan depo-provera pero no saben cuáles son las consecuencias, cuando consultan porque notan cambios negativos en su cuerpo y en el ánimo, los doctores no prestan atención a sus dolencias y se les indica que continúen. Encontramos mujeres con entre 2 a 10 años que ya no menstrúan, y que no han realizado ninguna pausa con estos inyectables (a una le operaron de la vesícula y le tuvieron que quitar los coágulos formados por el uso del depo).</li> <li>-No solo no hay información suficiente y adecuada, culturalmente para que las mujeres puedan decidir mejor qué usar y cuándo ya tienen que dejar de usarlo, sino que son escasos los lugares y las mujeres que alguna vez se realizaron un Papanicolaou. En los lugares que sí se realizan, las mujeres aún</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Atención médica periódica a las mujeres que tienen espirales; quitar los espirales de las mujeres que lo requieran.</li> <li>-Información adecuada sobre métodos anticonceptivos.</li> <li>-Capacitación intercultural (con los encargados de salud comunitaria y los médicos blancos) sobre anticonceptivos tanto a las jovencitas, a las mujeres como a los hombres.</li> <li>-Atención de doctoras.</li> <li>-Capacitaciones a promotores de salud en estos temas.</li> <li>-Charlas con los jóvenes hombres sobre los cuidados que deben tener.</li> <li>-Campañas radiales para explicar qué es el Papanicolaou porque hay mucho miedo para realizarse este control.</li> </ul>

Situación general de las mujeres	Propuestas a los problemas
<p>tienen miedo y pocas recibieron el resultado de sus PAP.</p> <p>-Con las pastillas, muchas dicen que bajaron de peso y los médicos les dieron vitaminas. A varias les hace sentir un poco débil, este es el método menos empleado.</p> <p>-Con el depo todas dicen que engordan mucho y les cuesta moverse pero es el único método más efectivo, y sin este tienen miedo de tener más hijos porque no pueden mantenerlos.</p> <p>-Solo las mujeres que cuentan con más recursos utilizan "goma", dispositivos intrauterinos, en general, se los han colocado cuando trabajaban en las colonias menonitas y realizan los controles. Pero no es el mejor método dado que la mayoría recuerda la historia de la Iglesia Anglicana y lo mal que le hizo a las mujeres; además, no se pueden hacer los controles periódicos dentro de la comunidad.</p> <p>-Encontramos que a las mujeres de Rodolfito, quienes vivían reivindicando sus tierras dentro de una estancia, fueron obligadas a consultar con un médico y utilizar anticonceptivos porque tenían muchos hijos. Ahora viven en otra comunidad.</p> <p>-Las mujeres consultan entre ellas y en varias reuniones pudimos constatar que no todas tienen la misma información y entendimiento sobre los anticonceptivos que utilizan.</p> <p>-Pocas utilizan los remedios yuyos pero las que no quieren tener nunca más hijos, utilizan uno muy eficaz. Estos remedios son muy delicados y solo las personas que saben mucho pueden prepararlo para otras. Además, para usarlos hay que hacer ayuno y realizar una dieta especial de comidas, por eso muchas no pueden hacer este tratamiento y prefieren el método de los blancos.</p>	
<p><b>Parto</b></p> <p>-La partera de confianza de la embarazada es la que generalmente les asiste, también puede ser la madre o la suegra si son experimentadas. Se realiza en la casa de la persona que se prepara para recibir al bebé y realizar el parto. Las mujeres realizan el parto sentadas, las parteras "no les apuran" para que nazca y les ayudan con algunos masajes y remedios a hacer fuerza. Durante el parto, generalmente, no pueden entrar hombres, pero sí está permitido que otras mujeres ayuden y asistan. Luego del parto se baña a la mujer y al bebé.</p> <p>-Por los cambios en los hábitos alimenticios, las mujeres sufren de presión alta durante el embarazo y les da ataques al momento de parir, algo que años atrás no se sabía. La presión alta no siempre se detectada porque las embarazadas, por alguna razón, no consultan o no hacen los controles. Principalmente, las primerizas son las que más</p>	<p>-Charlas de capacitación intercultural.</p> <p>-Permitir que la partera o alguien de confianza esté presente durante el parto cuando es en el hospital.</p> <p>-Mejoramiento de los caminos para que no se golpeen.</p> <p>-Mejor trato en los centros de salud.</p> <p>-Acondicionamiento de las salas de parto en los centros de salud para realizar partos de la manera tradicional.</p> <p>-Atención de las urgencias previendo que las mujeres tienen pocos recursos para volver.</p>

<b>Situación general de las mujeres</b>	<b>Propuestas a los problemas</b>
<p>sufren y tienen que ir a parir a otra parte, asistidas por médicos.</p> <p>-También, otro problema es que las embarazadas engordan mucho, porque comen alimentos con muchas calorías, porque los doctores les dicen que tienen que comer bastante, pero no tienen en cuenta lo que tradicionalmente les hace bien para que el bebé nazca sano y no haya complicaciones durante el parto.</p> <p>-En los hospitales, cuando van a parir, no dejan que la madre o la partera esté junto a ellas. En esa situación muchas se asustan y les cuesta hablar. Los médicos reaccionan gritándoles como si a la fuerza pudieran hacerles entender y así las asustan más, porque los gritos significan enojo para ellas. En el hospital de Concepción, específicamente, varias mujeres jóvenes dijeron que el enfermero más grande y pesado se les sentó encima de la panza para apurar el parto, y eso no les gustó.</p> <p>-Los partos en los hospitales se hacen acostadas para que los médicos puedan trabajar cómodos, al contrario de la cultura de las mujeres enxet sur, que lo hacen sentadas, postura en la que pueden hacer más fuerza.</p>	
<p><b>Parteras</b></p> <p>-Las más ancianas tienen muchos conocimientos.</p> <p>-Pocas jóvenes quieren aprender a ser parteras.</p> <p>-Las parteras son las que salvan a las mujeres y a sus hijos, no solo porque les ayudan a tenerlos dentro de la comunidad, sino porque les dan indicaciones a las embarazadas de lo que tienen que hacer, y si hay complicaciones seguidas pueden derivarlas a un centro de salud.</p> <p>-Las más ancianas tienen muchos problemas de salud.</p> <p>-No tienen kit para asistir los partos.</p>	<p>-Reconocimiento de parteras para que cobren por asistir partos, como corresponde al trabajo que realizan.</p> <p>-Mayor atención médica a las parteras.</p> <p>-Capacitación de las parteras a los médicos para que trabajen mejor durante los partos.</p> <p>-Permitir que las parteras asistan en partos de indígenas de su comunidad dentro de los centros de salud (25 Leguas, Pozo Colorado, hospital de Villa Hayes).</p> <p>-Dotación de kit para asistir partos con todos los elementos necesarios.</p> <p>-Capacitación de médicos a las parteras.</p> <p>-Capacitación a otras mujeres que quieran ser parteras.</p>
<p><b>Embarazo</b></p> <p>-Para que puedan hacer los controles médicos, las mujeres tienen que salir de la comunidad con malos caminos en moto o motocarro, pero además no tienen medios económicos para salir y volver a la comunidad. Por esto, muchas no se realizan ningún control.</p>	<p>-Mayores controles dentro de la comunidad.</p> <p>-Equipamiento de los puestos de salud para que puedan controlarse.</p> <p>-Equipamiento de los centros de salud cercanos donde se</p>

Situación general de las mujeres	Propuestas a los problemas
<p>-Las más jóvenes no se quieren tratar con las parteras.</p> <p>-Muchas engordan mucho al bebé y eso imposibilita que nazcan en la comunidad, no se cuidan. Tampoco hacen mucho ejercicio para estar fuertes y preparadas para el parto, entonces les cuesta hacer fuerza y tienen que ir al hospital para tener a sus hijos.</p>	<p>puedan realizar un control completo.</p> <p>-Dotación de vitaminas y otros complementos para que el bebé se desarrolle bien.</p> <p>-Que los médicos tengan en cuenta los alimentos (propios, tradicionales y de afuera, porque sería útil y diferente si un médico les dijera que consumieran más <i>karanda'y ru'a</i> que <i>pireka</i>, entre otros) y las cosas que pueden hacer las mujeres indígenas cuando están embarazadas.</p>
<p><b>Puerperio</b> (luego del parto)</p> <p>-En los hospitales les dan de tomar agua fría y cosas que tradicionalmente no pueden comer porque les puede hacer mal.</p> <p>-Cuando van a los hospitales se tienen que ir al día siguiente. En las comunidades, después de parir no tienen que salir para cuidarse ellas y al bebé. Tampoco pueden bañarse con agua fría.</p>	<p>-Que en los hospitales les pregunten las cosas que pueden comer y tomar para que no les pase nada luego de parir.</p>

## Bibliografía

- Arenas, P. (1981) *Etnobotánica Lengua-Maskoy*. Ed. Fundación para la Educación, la Ciencia y la Cultura.
- Barzelatto, J. (1998) "Desde el control de la natalidad hacia la salud sexual y reproductiva: la evolución del concepto a nivel internacional", en *Salúde reproductiva na América Latina e No Caribe. Temas e Problemas*. Editora 34, ABEP, PROLAB, NEPO/UNICAMP, São Paulo, Brasil. Pp 39-50. Disponible en [http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/outras-pub/saudereprodutiva/SR\\_p39a49.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/outras-pub/saudereprodutiva/SR_p39a49.pdf)
- CEPAL (2010) *Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: aportes para una relectura desde el derecho a la integridad cultural*. Colección Documentos de proyectos. Ed. Naciones Unidas, Santiago de Chile.
- Chase Sardi, Miguel (2003) *Palavai Nuul: Etnografía Nivaclé*. Ed. Centro de Estudios Antropológicos, Universidad Católica de Nuestra Señora de la Asunción, Asunción.
- Constitución de la República del Paraguay. 1992. Asunción.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (2005). *Sentencia sobre fondo reparaciones y costas, caso Comunidad Indígena Yakye Axa del Pueblo Enxet vs. Paraguay*. Disponible en [http://www.corteidh.or.cr/pais.cfm?id\\_Pais=5](http://www.corteidh.or.cr/pais.cfm?id_Pais=5)
- (2006) *Sentencia sobre fondo reparaciones y costas, caso Comunidad Indígena Sawhoyamaya del Pueblo Enxet vs. Paraguay*. Disponible en [http://www.corteidh.or.cr/pais.cfm?id\\_Pais=5](http://www.corteidh.or.cr/pais.cfm?id_Pais=5)
- (2010) *Sentencia sobre fondo, reparaciones y costas, caso Comunidad Indígena Xá-kmok Kásek vs. Paraguay*. Disponible en [http://www.corteidh.or.cr/pais.cfm?id\\_Pais=5](http://www.corteidh.or.cr/pais.cfm?id_Pais=5)
- DGEEC (2002) Censo Nacional Indígena 2002. DGEEC, Fernando de la Mora.
- (2014) *Pueblos Indígenas en el Paraguay, resultados finales de Población y vivienda 2012*. DGEEC, Fernando de la Mora.
- (2013) *Pueblos indígenas en el Paraguay. Resultados Preliminares 2012*. DGEEC, Fernando de la Mora.
- Kalisch, H. (2012) "Lecturas de las fiestas enlhet", en *La belleza de los otros*. Ticio Escobar. Asunción, 2012, segunda edición, Servilibro. Pp. 349-465. Disponible en: <http://www.enlhet.org>
- Kalisch, H. y Unruh, E. (2008) "Salvación -¿rendición?- Los Enlhet en la guerra del Chaco", en *Mala Guerra. Los indígenas en la guerra del Chaco (1932-35)*. Ed. Museo del Barro, Asunción. Pp. 99-124.
- Kambel, Ellen-Rose (2004) *Guía sobre los Derechos de la Mujer Indígena bajo la Convención Interamericana sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*. Ed. Forest people program.
- Kidd, Sarina (2012) *Lippes Loop and the Anglican Church: An investigation into its contraceptive programme among Enxet Sur Women*. Archivo Tierraviva.
- Kidd, S.W. (1999). *Love and Hate among the People without things. The social and eco-*

*conomic relations of the Enxet People of Paraguay.* Tesis doctoral traducida, University of St Andrews.

-OEA. Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la Mujer. "Convención Belem do Pará". 1994. <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>

-OIT. Convenio 169 "Sobre Pueblos Indígenas y Tribales en países independientes". 1989. [http://www.oit.org.pe/WDMS/bib/publ/libros/convenio\\_169\\_07.pdf](http://www.oit.org.pe/WDMS/bib/publ/libros/convenio_169_07.pdf)

-OMS (1946) "Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud".

-ONU. Protocolo Facultativo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW). 1979.

-ONU. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, septiembre de 1995. <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>

-OPS/OMS. Resolución 14. *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.* Washington, D.C., EUA. Octubre de 2014. file:///D:/Users/User/Downloads/CD53-R14-s.pdf

-Paraguay. *Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2014-2018.* "Por una salud sexual y reproductiva equitativa, integradora, con enfoque de género, de derechos e interculturalidad". Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. <http://www.cepep.org.py/archivos/PNSSR2014.pdf>

-Paraguay. Resolución General N° 612. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Política Nacional de Salud 2015-2030. <http://www.msps.gov.py/v3/wp-content/uploads/2015/08/PNS2030-politica-de-salud-aplicada.pdf>

-PNUD (2010) *Sector rural paraguayo: una visión general para un diálogo informado.* PNUD, Asunción. Disponible en [http://www.undp.org.py/odh/fotos/publicaciones2/id8\\_pub1.pdf](http://www.undp.org.py/odh/fotos/publicaciones2/id8_pub1.pdf)

-Polini, Guisepe y Romero López (2013) "Remigio, Comer del Monte: Plantas útiles del Chaco Central". Asunción. Pp 45-61.

-Richard, N., Capdevilla, L. y Combès, I. (2008) "Los indígenas en la guerra del Chaco. Historia de una ausencia y antropología de un olvido", en *Mala Guerra. Los indígenas en la guerra del Chaco (1932-35)*. Ed. Museo del Barro, Asunción. Pp. 13-66.

-UNICEF (2013) *Situación al derecho a la salud materna, infantil y adolescente en Paraguay*, UNICEF, Paraguay.

-Villagra, R. (2005) "Fair Play. Género y equidad en comunidades indígenas", en *Informativo Mujer, Centro de Documentación y Estudios*, Nro. 174. Pp. 22-26.

(2008) "Los liderazgos enheñehñet. Los cambios, las continuidades, las paradojas". In *Liderazgo, Representatividad y Control Social en el Gran Chaco*, José Braunstein y Norma Meichtry (Eds.) Resistencia, EUDENE. Pp. 115-130.

(2014) *Meike makha valayo: no habían paraguayos. Reflexiones etnográficas en torno a los engaité del Chaco.* Tierraviva, Asunción.



