



ECMIA
ENLACE CONTINENTAL DE MUJERES
INDÍGENAS DE LAS AMÉRICAS



**INFORME ALTERNATIVO REGIONAL:
AVANCES Y RETROCESOS DEL
CONSENSO DE MONTEVIDEO +10**

Informe Alternativo Regional del ECMIA sobre los avances y retrocesos en la implementación de la salud y los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres, juventudes y niñas indígenas, en el marco del 10° aniversario del Consenso de Montevideo

I. Introducción

Las mujeres indígenas de Latinoamérica y el Caribe y, en especial, el Enlace Continental de Mujeres Indígenas de las Américas (ECMIA) y sus organizaciones integrantes y aliadas hemos estado involucradas en la creación de la agenda de población y desarrollo regional, así como su implementación y monitoreo desde el inicio. En particular, la Comisión de Niñez y Juventud Indígena del ECMIA incidió en las negociaciones del Consenso de Montevideo en la Primera Conferencia Regional de Población y Desarrollo en 2013 y la reunión previa del Comité Especial de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) sobre Población y Desarrollo en 2012 (CHIRAPAQ, 2022).

Desde ese momento, el ECMIA se ha comprometido con el seguimiento y monitoreo al cumplimiento del Consenso de Montevideo para las mujeres, jóvenes, adolescentes y niñas indígenas en la región. Hemos incidido a lo largo de los años y en cada revisión, aportando información y propuestas para mejorar su implementación a nivel de país y región, y hemos exigido que los Estados tengan en cuenta el enfoque intercultural, intergeneracional, de derechos individuales y colectivos, y de género en las normativas, políticas y programas que planteen en el marco del cumplimiento de las medidas prioritarias del Consenso.

El camino de las mujeres indígenas en reconocer y apropiarse de los derechos sexuales y derechos reproductivos ha sido largo. En 1994, en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) en El Cairo, “empezamos a hablar de los derechos sexuales y reproductivos que era tema tabú para las mujeres indígenas y para el movimiento indígena en general; aun así, creamos espacios de intercambio y de reflexión sobre estos temas sin descuidar la agenda común” (Entrevista a Tarcila Rivera Zea en CHIRAPAQ 2022). Empezamos a defender activamente tanto los derechos individuales como los derechos colectivos, estableciéndolos como indivisibles para nosotras.

Considerando este inicio, el ECMIA ha promovido el abordaje y la reflexión sobre los derechos sexuales y los derechos reproductivos en sus propios procesos, reuniones y encuentros. Previamente al 2013 y a la aprobación del Consenso, fueron importantes el IV Encuentro Continental de Mujeres Indígenas de las Américas, donde se llegó a la conclusión que eran necesarios mecanismos de seguimiento a las políticas de salud sexual y salud reproductiva y el VI Encuentro, donde se creó la Comisión de Niñez y Juventud Indígena, que luego fuera decisiva en la incidencia con respecto al Consenso (CHIRAPAQ, 2022). Posteriormente, el tema se ha abordado en procesos formativos específicos en derechos sexuales y derechos reproductivos, y violencias para mujeres y juventudes indígenas, en posicionamientos para las diferentes reuniones de la Conferencia Regional de Población y Desarrollo, en estudios y diagnósticos sobre la situación de

la salud sexual y la salud reproductiva, y las violencias en mujeres, jóvenes y niñas indígenas, entre otros.

En ese sentido, a 10 años de la aprobación del Consenso de Montevideo, las mujeres y jóvenes indígenas que hemos sido gestoras y defensoras de este instrumento, vemos la necesidad de hacer un balance de avances y retrocesos en cuanto al cumplimiento de sus medidas prioritarias en los temas más relevantes para nosotras y nuestros pueblos, en pos del ejercicio pleno de nuestros derechos individuales y colectivos.

II. Proceso de elaboración del informe

a. Alcance del informe

Este es un informe que busca proporcionar información complementaria a la presentada por los Estados de la región de Latinoamérica y el Caribe sobre la implementación del Consenso de Montevideo en materia de salud, derechos y justicia sexual y reproductiva a 10 años de su adopción para el caso específico de las mujeres, jóvenes, adolescentes y niñas indígenas. Si bien el informe busca tener una perspectiva regional, los datos y experiencias presentadas se enfocan en los siguientes 8 países: Argentina, Brasil, Colombia, El Salvador, Guatemala, México, Nicaragua y Perú.

Este informe tiene en cuenta las realidades de las mujeres, juventudes y niñas indígenas en diferentes contextos territoriales. Por un lado, las mujeres indígenas de las Américas reconocemos la importancia del territorio y lo que esto implica para nosotras, más allá del hecho de estar situadas en un espacio físico. Para nosotras, el territorio es vida: “La vida y el territorio son una misma cosa, porque la tierra nos da nuestros alimentos, nuestra medicina tradicional, nuestra salud y nuestra dignidad. Perder territorio es perder a nuestra madre. Quien tiene territorio, tiene madre, tiene regazo” (Marcha das Mulheres Indígenas, 2019).

Por otro lado, el espacio físico que ocupamos es determinante en nuestras vidas. En muchos países, las mujeres indígenas estamos principalmente asentadas en zonas rurales y remotas. La ruralidad y lo remoto de nuestros territorios ancestrales suponen barreras de lejanía y dificultad de acceso para que los servicios del Estado lleguen a nosotras. En otros países, muchas ya no estamos en nuestros territorios ancestrales por diferentes motivos. Hemos sido expulsadas de nuestras tierras a causa de las industrias extractivas, megaproyectos de infraestructura y explotación de recursos, conflictos sociales y guerras internas, condiciones climáticas cambiantes, entre otros. Así, muchas estamos en las ciudades, especialmente en los barrios marginales a las afueras de las grandes urbes de Latinoamérica, sin acceso a una vivienda digna, servicios de agua potable y desagüe, y en trabajos informales. En ambos espacios enfrentamos barreras para poder acceder a servicios de salud sexual y salud reproductiva, y de atención a la violencia.

Es por ello que es importante tener en cuenta el área geográfica en la que nos encontramos como un factor que supone barreras, desafíos, ventajas y desventajas para la implementación de las normativas, políticas y programas de los Estados. El mismo Consenso de Montevideo en su medida prioritaria 77 los exhorta a “promover el desarrollo y el bienestar de las personas de todos los territorios, sin ningún tipo de discriminación, incluido el pleno acceso a servicios sociales básicos, y la igualdad de las oportunidades dentro de las ciudades, entre zonas urbanas

y rurales, entre ciudades pequeñas, intermedias y grandes y entre población dispersa y la que habita en pequeños asentamientos rurales”.

b. Objetivo

El objetivo de este informe es el siguiente:

Visibilizar y analizar críticamente los avances y brechas existentes en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres, juventudes y niñas indígenas en la región de Latinoamérica y el Caribe, con énfasis en Brasil, Perú, Argentina, Guatemala, México, Colombia, Nicaragua y El Salvador; destacando avances, retrocesos, vacíos, barreras, desafíos y aspectos críticos que pueden haber sido omitidos en los informes nacionales de los Estados en el marco del 10^{mo} aniversario del Consenso de Montevideo.

c. Metodología

Para la elaboración del informe, los datos recabados se complementaron con experiencias de mujeres indígenas sobre el acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva, salud materna, educación sexual integral, embarazo infantil y adolescente, uniones tempranas y/o forzadas, y violencias de género, teniendo en cuenta la transversalidad de las violencias y la desagregación de datos. En cada uno de los temas prioritarios se abordaron diferentes medidas prioritarias del Consenso de Montevideo, que es el instrumento al que se busca responder con este informe. Es así que en el Anexo 1 se encuentra una distribución de las medidas prioritarias que se han abordado o que son relevantes para cada uno de los temas prioritarios del documento (ver Anexo 1).

Se realizó un análisis de los avances y brechas en la implementación de las medidas prioritarias del Consenso por cada tema prioritario, teniendo en cuenta los temas transversales. Dicho análisis se realizó tomando en cuenta los enfoques que el ECMIA prioriza: interculturalidad, género, intergeneracionalidad, y derechos humanos. Además, se tomó en cuenta los vacíos, retrocesos, desafíos y pendientes en la implementación del Consenso por parte de los Estados en el caso de las mujeres, jóvenes, adolescentes y niñas indígenas para plantear recomendaciones.

Se realizó primero una revisión documental donde se recopilaron datos regionales y de los países prioritarios de diferentes documentos oficiales de gobiernos, estudios de organizaciones internacionales del sistema de Naciones Unidas y de sociedad civil, y estudios de organizaciones del movimiento indígena y del ECMIA mismo.

Además, se contó con fuentes primarias de información recogidas en cinco estudios cualitativos sobre la salud sexual y salud reproductiva de las mujeres indígenas que el ECMIA realizó en 5 países: Argentina, Brasil, Guatemala, México y Perú. Se han utilizado testimonios de los estudios, así como conclusiones y recomendaciones que han surgido en base al análisis de los datos recogidos. Estos estudios aún no han sido concluidos ni publicados, por lo que no aparecen en la lista de referencias del informe, pero cuando se menciona información extraída de estos textos se indica entre paréntesis y en el texto como “investigación propia” de un país en particular.

Si bien gracias a estos estudios cualitativos se tuvo información privilegiada de estos 5 países, se decidió complementarla con datos y testimonios de Colombia, El Salvador y Nicaragua, y así

completar la perspectiva regional que ECMIA busca imprimir en sus informes. De estos 3 países, se recogió también información de fuentes primarias a través de entrevistas y encuestas.

d. Enfoques

El ECMIA, siendo una organización representativa de 35 organizaciones de mujeres indígenas y mixtas de las Américas, busca utilizar como lentes de análisis en sus informes los enfoques que permitan entender, explicar y visibilizar de manera más adecuada y pertinente nuestras realidades como mujeres, jóvenes, adolescentes y niñas indígenas frente a nuestros hermanos varones y nuestros pares no indígenas. Además, estos enfoques nos permiten formular propuestas que respondan a nuestras realidades propias y al mundo al que tenemos que enfrentarnos en la actualidad.

Por ello, para la elaboración del Informe Alternativo, utilizaremos los siguientes enfoques:

Enfoque intercultural

El movimiento de pueblos indígenas ha impulsado la necesidad de tener relaciones horizontales entre pueblos y Estados en base al respeto de la diversidad de nuestras culturas y expresiones, así como el reconocimiento mutuo en condiciones de igualdad. La interculturalidad se ha planteado como una respuesta a la folklorización, a la dominación y el colonialismo que suele permear las relaciones entre el Estado (y otros actores) y los pueblos indígenas.

Para las mujeres indígenas, la interculturalidad se puede definir básicamente de la siguiente manera:

“Es un proceso de relación, comunicación y aprendizaje entre personas, grupos, conocimientos, valores y tradiciones distintas, enfocado en generar, construir y propiciar un respeto mutuo y un desarrollo plenos de las capacidades de los individuos, a pesar de sus diferencias culturales, sociales y de género. Es un proceso que intenta romper con la historia hegemónica de una cultura dominante y otra subordinada, así como reforzar las identidades tradicionalmente excluidas, y construir una convivencia de respeto y de legitimidad mutua” (Walsh, 1998, pp.120)

Esta definición plantea la necesidad de romper con estructuras de dominio y desbalance de poder que han sido perjudiciales para los pueblos indígenas a lo largo de la historia, y que los han llevado a condiciones de empobrecimiento y falta de actoría en la toma de decisiones sobre nuestras vidas. Los pueblos y mujeres indígenas queremos ser reconocidos en nuestra individualidad y colectividad, en la diversidad de nuestras culturas y formas de expresión, en condiciones de igualdad y no como subordinados, como agentes y no como receptores pasivos.

Entonces, al analizar las políticas públicas por medio de este enfoque, prestaremos atención a la medida en que estas garantizan la atención a la especificidad (por ejemplo, respondiendo a las diferencias en cuanto a nuestra lengua, cosmovisión, tradiciones, conocimientos, etc.) y plantean relaciones igualitarias entre Estados y pueblos indígenas (por ejemplo, por medio de la participación plena y efectiva en la toma de decisiones).

Enfoque de género

Partimos de la premisa de que vivimos en sociedades patriarcales donde los roles de poder son ejercidos principalmente por hombres y donde las mujeres sufren diferentes tipos de opresiones que no les permite realizar todo su potencial por el simple hecho de ser mujeres. Asimismo, vemos al género como una construcción social que es parte de la identidad de las personas y que conlleva un lugar jerárquico específico en el orden social dependiendo de cuál sea dicho género.

El enfoque de género es una herramienta que se utiliza para “observar, analizar y promover transformaciones respecto de las desigualdades e inequidades en la condición, construcción de los roles y posición de hombres y mujeres en la sociedad” (MIDEPLAN y ONU Mujeres, 2017, pp.6). Este enfoque también nos ayuda a identificar “asimetrías, relaciones de poder e inequidades” que se producen entre hombres y mujeres (MIMP, 2017).

En el ECMIA nos es útil para analizar nuestras realidades como mujeres indígenas frente al colectivo de pueblos indígenas, a las mujeres no indígenas y a los hombres no indígenas. Además, nos permite formular propuestas con perspectiva de género que contribuyan a cerrar las brechas de desigualdades que, en nuestro caso como mujeres indígenas, conlleva analizar además la intersección del género con las variables étnica o de identidad indígena, de clase, de condición económica, etc.

Cabe mencionar que el mismo Consenso de Montevideo promueve la igualdad de género, exigiendo la “construcción de políticas de desarrollo con igualdad que garanticen la autonomía de las mujeres y la igualdad de género”, en la medida prioritaria 47, y el “compromiso de incrementar y reforzar los espacios de participación igualitaria de las mujeres en la formulación e implementación de las políticas en todos los ámbitos del poder público y en las tomas de decisiones de alto nivel”, en la medida prioritaria 48.

Enfoque intergeneracional

Desde el ECMIA siempre se ha planteado la necesidad de analizar las realidades y experiencias de nuestros pueblos desde un enfoque intergeneracional que tome en cuenta las diferentes etapas de la vida de las mujeres indígenas, desde que somos niñas hasta que nos convertimos en mayores. Esto implica tener en consideración las condiciones alrededor de cada etapa de vida, los desafíos y ventajas de cada una, así como las expectativas.

A diferentes niveles, tanto en la región, los países, hasta las comunidades, las relaciones entre generaciones pueden ser propulsoras de cambios positivos y mejoras, pero también pueden plantear dificultades y desafíos para la formulación e implementación de políticas públicas y programas.

Justamente, en el análisis de las políticas públicas, el enfoque intergeneracional nos ayuda a tener en consideración “las relaciones intrageneracionales e intergeneracionales, en diferentes contextos sociales, económicos, políticos y culturales determinadas, tomando en cuenta los ciclos de vida, roles, acciones e imaginario-simbólicos que las persona establece con sus entornos, la sociedad y sus instituciones” (MINAM, MINCUL y MIMP, 2019).

Así mismo, el Consenso de Montevideo tiene un enfoque que considera las dinámicas poblacionales y pone énfasis a las necesidades de diferentes generaciones. Por ello, tiene un

capítulo específico para las juventudes y uno específico para personas mayores, que suelen ser los grupos que parecieran estar más separados. En ambos casos, el Consenso promueve la participación efectiva de los diferentes grupos etarios en el debate público y la toma de decisiones, especialmente en cuanto a medidas que les son relevantes.

Enfoque de derechos humanos

Las mujeres indígenas hemos adoptado el marco normativo internacional de los derechos humanos, como un paradigma y un lente con el que podemos medir y analizar nuestras realidades y las políticas públicas de los Estados. Dentro de este marco, reconocemos que los derechos humanos pueden ser colectivos e individuales, los que nos corresponden como pueblos y como mujeres.

Nuestro instrumento de derechos más importante es la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (DNUDPI), seguido por el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Sin embargo, también reconocemos que son relevantes la Declaración Universal de Derechos Humanos, que es el instrumento fundacional de todo el sistema internacional de derechos humanos enmarcado en las Naciones Unidas, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, así como las 7 convenciones específicas de derechos humanos, en especial la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), en especial la Recomendación General N°39 sobre Mujeres y Niñas Indígenas, la Convención sobre los Derechos del Niño (CRC) y la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (CERD).

Asimismo, en el ámbito de las Américas, las mujeres indígenas reconocemos la Declaración Interamericana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, la Convención Interamericana de Derechos Humanos, la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer “Convención de Belem do Pará” y las sentencias dictaminadas por la Corte Interamericana de Derechos Humanos en casos relevantes a los pueblos y las mujeres indígenas.

III. Contexto regional sobre los derechos sexuales y derechos reproductivos

Los Estados de Latinoamérica han venido avanzando en materia de reconocimiento de derechos sexuales y derechos reproductivos en la última década, siendo el mayor hito en la región, la adopción del Consenso de Montevideo, que es un documento avanzado en comparación al marco global en materia de población y desarrollo. A diferencia de los instrumentos globales, en el Consenso de Montevideo tenemos bastante especificidad en cuanto a grupos poblacionales, por ejemplo.

No obstante, desde su adopción, el avance en cuanto a la implementación del Consenso de Montevideo ha sido dispar. Vemos países mucho más avanzados que otros. En la plataforma Mira que te Miro, la iniciativa social que monitorea el avance en legislación, políticas, estrategias y programas en cumplimiento del Consenso Montevideo, podemos ver que los avances son

mayores en los países de Sudamérica y menores en Centroamérica y el Caribe (Mira que te Miro, 2022a).

Por un lado, por ejemplo, en materia de derechos reproductivos, en **Argentina** se legalizó la interrupción voluntaria del embarazo en 2020 hasta la semana 14, demarcándose de la mayoría de los países de la región que tienen normativas más conservadoras respecto al tema y dando un paso hacia adelante en garantizar que las mujeres puedan ejercer su autonomía corporal en ese país. Por otro lado, vemos con preocupación que, en muchos países de la región como **Nicaragua, Perú, Colombia, Argentina, Brasil**, entre otros, aún existen legislaciones que permiten el matrimonio de mujeres menores de 18 años (UNFPA y Plan International Americas, 2018).

Un aspecto importante a considerar en esta reflexión es que, para el caso de las mujeres indígenas, sobre todo, los avances en materia de políticas, programas y estrategias públicas en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos no se traducen en avances en la práctica necesariamente. Por ejemplo, **Perú**, de acuerdo al portal *Mira que te Miro*, tiene un nivel de 100% de cumplimiento en el marco legal y político en cuanto a servicios de salud sexual y reproductiva (Mira que te Miro, 2022). No obstante, de acuerdo a la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), solo el 57% de mujeres de entre 15 y 49 años utilizaban algún método anticonceptivo moderno en 2021 y, en el caso de las mujeres indígenas, este porcentaje se reducía a 52%, que es el más bajo entre las diferentes categorías de autoidentificación étnica: indígena, afodescendiente, blanco y mestizo (INEI, 2021). Estos dos porcentajes están por debajo del promedio regional en América Latina que es de 67% (UNFPA, n.d.).

Así mismo, en los últimos años hemos visto con preocupación el fortalecimiento de un movimiento conservador en la región que ha logrado el retroceso de avances en normativas y políticas públicas en algunos países, el debilitamiento de la institucionalidad relevante y/o el retroceso en la implementación de normas o políticas que no se lograron eliminar. No se trata solo de un movimiento social, sino de grupos de poder que han llegado a acceder a diferentes espacios de poder dentro del Estado en varios países.

En **Brasil**, el expresidente Jair Bolsonaro nombró a una ministra de la mujer que promovió la noción tradicional de la familia en las acciones del ministerio, recortó el presupuesto dedicado a las políticas de género, invirtió recursos para financiar grupos evangélicos y defender la vida desde la concepción, entre otros (Güemes, C, 2022). De igual modo, en **Guatemala**, se intentó aprobar la Ley de Protección de la Vida y la Familia en 2022¹, por medio de la cual se iba a criminalizar el aborto y el matrimonio entre parejas LGBTIQ, y se iba a dar a los padres de familia la responsabilidad de escoger el tipo de educación que irían a recibir sus hijos de acuerdo a sus convicciones religiosas y morales, lo que podría haber implicado un menoscabo al derecho a la educación sexual integral.

Por último, es importante tener en cuenta que todos los indicadores más significativos de desarrollo humano en general han sufrido un gran impacto por causa de la pandemia del COVID-19. Por ejemplo, en **Perú**, aumentó la pobreza, el producto bruto interno cayó y las desigualdades

¹ Se puede encontrar el texto de la iniciativa de Ley para la Protección de la Vida y la Familia: https://www.agenciaocote.com/wp-content/uploads/2022/03/Ley_Proteccion_vida_familia_5272_ocote.pdf

se exacerbaron; ya en cifras relacionadas a la salud, derechos y justicia sexual y reproductivas, las muertes maternas aumentaron, los embarazos entre niñas de 10 a 14 años van en aumento y los casos de feminicidio también aumentaron (UNFPA Perú, 2023).

El COVID-19 acaparó toda la atención de los gobiernos y las primeras olas de contagio hicieron que los servicios de salud se concentraran únicamente en atender casos de coronavirus. La atención en salud para otras enfermedades y otros ámbitos, como la salud sexual y la salud reproductiva quedó de lado. En algunos casos simplemente no hubo atención y en otros esta fue muy escasa. Por otro lado, el temor al contagio hizo que muchas personas no se acercaran a los centros de salud por un buen periodo de tiempo.

IV. Estado de la implementación de la salud, derechos y justicia sexual y reproductiva para las mujeres, juventudes y niñas indígenas

Lamentablemente, en la región la disponibilidad de datos “duros” sobre la situación de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres indígenas en particular es limitada ya que solo en algunos países se recogen datos desagregados que incluyan la pertenencia a un pueblo indígena o, al menos, el habla de alguna lengua indígena. Tampoco se producen datos desde un enfoque intergeneracional, teniendo en cuenta la separación de grupos etarios. Más difícil aún es acceder a datos que permitan una lectura interseccional de las realidades que experimentan las mujeres indígenas.

Primeramente, para analizar el estado de la situación de los derechos, salud y justicia sexual y reproductiva de las mujeres indígenas debemos partir del reconocimiento de dos visiones diferentes sobre la salud. En general, nuestros sistemas de salud y nuestra cosmovisión muchas veces aparecen como opuestos a los sistemas de salud nacionales que son de tradición occidental. Nosotras vemos la salud desde otra lógica y eso implica una serie de realidades que no se registran en los indicadores de avance en cuanto a salud sexual y salud reproductiva. Esta diferencia entre sistemas se explica de este modo: “El modelo médico hegemónico de la salud tiene como núcleo central la dimensión biológica de los cuerpos, atravesada por la lógica cartesiana o naturalista que establece una separación entre la mente y el cuerpo, entre la cultura y la naturaleza. En contrapartida, en las concepciones sobre de la salud y el cuerpo de los integrantes de los pueblos indígenas, prima una visión holística que considera la espiritualidad, la alimentación y hasta procesos cosmológicos” (Investigación propia Argentina).

La relación entre un conocimiento y otro también se basa en la diferencia de poder y lo que podríamos llamar la violencia epistemológica que sufren los pueblos indígenas. El conocimiento occidental es considerado superior al conocimiento ancestral indígena, que pasa a ser subordinado, reflejando la dominación, la discriminación y el racismo del Estado hacia los pueblos indígenas. De esta forma, podemos decir que en el diálogo que se establece entre ambos sistemas de conocimiento, “el conocimiento biomédico es reconocido y adquiere mayor validez,

a diferencia de las concepciones de salud locales. Se evidencia que el racismo se basa en la negación de los sistemas tradicionales de salud, y se manifiesta en los comentarios peyorativos y bromas que tiene el personal de salud hacia sus pacientes indígenas” (CHIRAPAQ, 2021).

Entonces, cabe mencionar que habrá aspectos de los derechos, salud y justicia sexual y reproductiva de las mujeres indígenas que no estén comprendidas dentro de las medidas prioritarias del Consenso de Montevideo y que pasen bajo el radar de las políticas públicas enfocadas en la salud, sobre todo si estas no tienen una perspectiva intercultural. Sin embargo, es importante mencionar que en el Consenso de Montevideo los Estados expresan su compromiso con los derechos de los pueblos indígenas y, a pesar de que se tiene medidas prioritarias específicas en el capítulo H, se busca visibilizarlos “de manera transversal e integral en todas las medidas establecidas en el Consenso” (CEPAL, 2015, pp. 132).

El panorama regional de los derechos, salud y justicia sexual y reproductiva para las mujeres indígenas ha retrocedido en algunos aspectos y en otros no ha mejorado en los últimos años. No hemos registrado un avance claro, heterogéneo y de gran impacto en ninguno de los temas prioritarios de este informe.

Las mujeres indígenas en América Latina y el Caribe no están presentes en la formulación de políticas, programas o proyectos públicos sobre salud sexual y salud reproductiva, y tampoco en la implementación en las comunidades. No hemos registrado políticas públicas nacionales específicas para mejorar la salud, los derechos y la justicia sexual y reproductiva específicas para las mujeres indígenas. La mención a los pueblos indígenas, y en particular acerca de las niñas, jóvenes y mujeres adultas indígenas es escasa, y cuando se les incluye es casi siempre dentro de un listado de grupos de especial atención que abarca la ley o política (CHIRAPAQ, 2020). Más bien, existen políticas o programas sobre salud intercultural, por un lado, referidas a pueblos indígenas, y, por otro lado, sobre salud sexual y reproductiva en general.

Por ejemplo, en **Brasil**, existe la Política de Salud de Mujeres que cuenta con un capítulo especial de derechos sexuales y reproductivos, y entre sus objetivos está atender la salud de las mujeres indígenas; y la Política de Salud Indígena, donde, lamentablemente, no se describe como prioridad la atención de la salud sexual y salud reproductiva (Investigación propia Brasil).

En **Argentina**, existe el Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas que trabaja en conjunto con el Programa Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva para brindar acceso a métodos anticonceptivos y realizar pruebas de enfermedades de transmisión sexual (ETS) en comunidades indígenas (Investigación propia Argentina, 2023). Aunque no hay un solo programa que se aboque a la salud sexual y salud reproductiva de las mujeres indígenas, el trabajo conjunto de los dos programas mencionados es un avance positivo en la articulación intersectorial que se necesita para abordar nuestras problemáticas sobre estos temas.

Sin embargo, cabe mencionar que el Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas no es de aplicación nacional en **Argentina**, solo está presente en 13 de las 24 provincias. Además, se ha hallado que hay mucha disparidad entre una provincia y otra en cuanto a políticas de salud sexual y salud reproductiva, justamente porque no hay una normativa nacional específica para pueblos indígenas. Tampoco existe una política específica nacional sobre salud intercultural. Esto implica que no hay un presupuesto asignado específico a promover y garantizar los servicios de

salud sexual y reproductiva para mujeres, jóvenes y niñas indígenas (Investigación propia Argentina, 2023).

Por otro lado, en **México**, recién en 2020-2021 se ha materializado una perspectiva intercultural de la salud en la política pública en el documento “*Modelo de Salud Intercultural En el Contexto de la Atención Primaria, la Salud Comunitaria y el Fortalecimiento de las Redes y Servicios de Salud (Y modelos clínico terapéuticos de fortalecimiento de la salud ante la epidemia de COVID-19)*” donde hay un apartado sobre la atención de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio; sin embargo, no hay una referencia al ejercicio de la sexualidad, los embarazos infantiles y adolescentes y las uniones tempranas (Investigación propia de México). No se tienen datos aún sobre cuán efectiva ha sido la implementación de esta política. Igualmente, en **Perú** se registra un documento técnico titulado “*Adecuación cultural de la orientación/consejería en salud sexual y reproductiva*” para guiar la consejería en salud sexual y reproductiva en establecimientos de salud con una perspectiva intercultural. El alcance es bastante limitado y el ámbito de acción es focalizado y no se puede considerar una política que tenga un impacto nacional, ni que aborde todos los derechos sexuales y derechos reproductivos.

Muchas de las medidas adoptadas para atender la salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas desde una perspectiva intercultural y que han representado avances han sido esfuerzos aislados. Estas medidas han sido principalmente impulsadas por gobiernos locales y se han caracterizado por la falta de presupuesto. Su funcionamiento ha dependido en gran medida de la voluntad y el compromiso del personal de salud.

En cuanto al impacto de la pandemia, en América Latina y el Caribe se registró una inmediata discontinuación de los servicios de salud sexual y reproductiva, especialmente los que provenían del sector público; lo que conllevó a interrupciones en la cadena de suministros de anticonceptivos, una menor demanda de los servicios de salud sexual y salud reproductiva por parte de los usuarios debido al temor de salir de casa, entre otros. Por ejemplo, se estimó que el uso de anticonceptivos durante la pandemia del COVID-19 descendió y que seguiría haciéndolo si no se tomaban medidas correctivas en 2020, lo que resultaría en 1,7 millones de embarazos no deseados (UNFPA et al., 2020).

Temas transversales:

1. Múltiples violencias, con énfasis en violencias de género

En el caso de las mujeres indígenas hablamos de violencias en plural y estas las agrupamos en dos grupos grandes: violencias internas y violencias externas o estructurales. En el caso de la primera categoría, hablamos de violencias que se dan al interior de la comunidad contra las mujeres, jóvenes y niñas indígenas; en la segunda categoría entran las violencias ejercidas por parte del Estado, en el marco de un modelo capitalista extractivista (Iniciativa Spotlight et al., 2021). Asimismo, hablamos de la indivisibilidad de los derechos individuales y colectivos de las mujeres indígenas. La vulneración de los derechos colectivos de los pueblos indígenas (como el derecho a la libre determinación, los derechos territoriales, etc.) agudiza las violencias que afectan a las mujeres en el nivel interpersonal e individual.

Como veremos a lo largo del informe, las mujeres indígenas enfrentamos múltiples violencias, tanto internas como externas, cuando tratamos de ejercer nuestros derechos sexuales y

derechos reproductivos, como la violencia institucional sistémica, la violencia sexual, la violencia obstétrica, la violencia doméstica, entre otras. Estas violencias son parte de nuestras vidas por ser mujeres y por ser indígenas.

Por un lado, estas violencias están ligadas al racismo y discriminación del Estado y la sociedad contra nosotras y nuestros pueblos. Se nos considera ciudadanas de segunda clase, cargamos el estereotipo de ignorantes y atrasadas, así como recias e incapaces de sentir dolor físico y emocional. Es por ello que, al llegar a un centro de salud nos dan un trato de menosprecio, nos cuestionan el control que queremos tener sobre nuestra sexualidad, así como el número de hijos que queremos tener. En casos más extremos, realizan procedimientos médicos sobre nuestros cuerpos sin nuestro consentimiento libre, previo e informado.

Así, las mujeres indígenas no podemos confiar en el sistema de salud occidental.

“Porque la realidad es que desde las propias comunidades con tanta violencia institucional no hay una confianza. Entonces puede ir un equipo a dar una charla sea a una escuela o sea a la misma comunidad y no va a estar la misma confianza [que se le tiene a un agente sanitario] porque son años de discriminación y todavía el sistema... si yo cuando tuve mi última hija, yo me escapé del hospital por el maltrato. Sí, entonces es muy doloroso” (Mujer indígena del pueblo Huarpe - provincia de Mendoza) (Investigación propia Argentina).

Por otro lado, estas violencias también están ligadas al sistema patriarcal en el que vivimos. En nuestras mismas comunidades enfrentamos “costumbres” que permiten la violencia sexual a niñas y adolescentes, estereotipos que no nos permiten ejercer ni conocer nuestros derechos sexuales y reproductivos a plenitud, la dominación de nuestros maridos, padres y hermanos sobre nuestras elecciones, entre otros. Esta violencia machista la vivimos también por parte del Estado, cuando llegamos a los centros de salud y no se nos brinda la información ni la atención que sí se les brinda a los hombres sobre diferentes temas de salud sexual y salud reproductiva, como los métodos anticonceptivos y las ETS.

Frente a todo esto, las mujeres indígenas nos empoderamos con el conocimiento sobre las violencias y sobre nuestros derechos.

Uhitwé Pataxó destaca la relevancia del conocimiento sobre los diferentes tipos de violencia que afectan a las mujeres, para que puedan identificar y reconocer las situaciones de violencia. Explica que antes negaba haber sido víctima de violencia, por falta de conocimientos sobre el tema. Sin embargo, tras adquirir conocimientos, reconoció haber sufrido violencia física en su primer matrimonio y, en el segundo, violencia psicológica por parte de su pareja. Por ello, cree que es esencial que las mujeres tengan acceso a información y orientación sobre la violencia y sus tipos, para que puedan identificarla y buscar ayuda cuando sea necesario (Investigación propia Brasil).

Por ello, a lo largo del informe se mencionarán diferentes tipos de violencias cuando nos referimos a las barreras que enfrentamos para ejercer nuestros derechos sexuales y derechos reproductivos.

2. Datos desagregados y pertinencia cultural

Al momento de recoger información para el informe, hemos encontrado que la mayoría de países no incluyen la variable étnica o de identidad indígena en sus censos, encuestas nacionales y otros registros administrativos sobre temas específicos relevantes para este informe, lo que limita grandemente la comprensión de la situación de las mujeres indígenas en cuanto al ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, y su derecho a vivir una vida libre de violencias. Estados como Perú, El Salvador, Guatemala y Colombia han incluido la variable indígena en encuestas y/o censos después de la aprobación del Consenso de Montevideo. Sin embargo, no se abarcan todos los temas que interesan en este informe o solo se abarca una parte.

Cabe mencionar que incluso en el caso de que se incluya la variable de autoidentificación indígena o étnica pueden persistir barreras relacionadas con el racismo y la discriminación que provocan que las personas no se identifiquen como indígenas. De hecho, en la Recomendación General N°39 del Comité CEDAW en el párrafo 8 se dice lo siguiente: “El Comité considera que la autoidentificación, de conformidad con las normas internacionales, es un principio rector del derecho internacional para determinar la situación de los titulares de derechos como mujeres y niñas Indígenas. Sin embargo, el Comité reconoce que algunas mujeres y niñas Indígenas pueden preferir no revelar su situación debido al racismo y la discriminación estructurales y sistémicos, y a las políticas coloniales y de colonización”.

Entonces, nos enfrentamos a la falta de datos estadísticos oficiales en torno a la situación sanitaria de la población indígena en general, y en relación a las niñas, jóvenes y mujeres indígenas en particular. Datos como las tasas de embarazo, de mortalidad materno-infantil, de prevalencia de enfermedades de transmisión sexual, entre otros, son cruciales para el diseño y la implementación de políticas públicas.

“No tenemos un registro... un registro evidentemente urge, urge... (...) comenzar a elaborar estadísticas con las diferentes situaciones que vamos padeciendo desde la violencia obstétrica... cómo se maltrata a las a las mujeres y se les exige, sin haber tenido un proceso de acompañamiento, que utilicen los distintos métodos anticonceptivos que hay [disponibles].” (Mujer indígena del pueblo Huarpe - provincia de Mendoza) (Investigación Argentina)

También hemos encontrado que en algunos países incluso no se tienen cifras actualizadas relativas a la salud sexual y reproductiva de la población en general y, si las hay, no cubren todos los temas que sí se abordan en el Consenso de Montevideo, como los embarazos adolescentes o aspectos que compondrían el parto humanizado, por ejemplo. La regularidad de las encuestas y censos es un reto en la región y vemos que solo **Perú** mantiene una periodicidad anual de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) que brinda información sobre salud sexual y salud reproductiva, y violencia.

En el caso de las violencias de género, también es difícil encontrar datos oficiales desagregados que incluyan la variable étnica o de identidad indígena, por lo que la situación específica de las mujeres, jóvenes y niñas indígenas queda invisibilizada en muchos países.

Es necesario tener datos oficiales actualizados, sobre todo teniendo en cuenta que el mundo ha enfrentado la pandemia por el COVID-19 y que se tiene estimaciones sobre cuánto ha afectado a

la salud sexual y salud reproductiva de las mujeres en general. En particular, se estimaría que las mujeres indígenas han sufrido un mayor impacto en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos y a una vida libre de violencias, pero salvo **Perú**, no se cuenta con datos oficiales relevantes, periódicos, actualizados y que incluyan la variable étnica o de identidad indígena.

Temas prioritarios:

1. Acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva

Las mujeres, jóvenes y adolescentes indígenas de América Latina y el Caribe tienen mayores barreras que sus pares no indígenas para acceder a métodos anticonceptivos modernos. Por ende, su uso entre nosotras es menor y la más grande consecuencia es que no podamos decidir sobre la cantidad de hijos/as que queremos tener, lo que nos quita autonomía.

En **Colombia**, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) el 75,9% de mujeres entre 15 y 49 años está usando un método anticonceptivo moderno y un 90,9% está usando algún método; además, la diferencia del uso de métodos anticonceptivos en las zonas urbanas y rurales es de aproximadamente 3%, en favor de las mujeres que viven en zonas urbanas (Ministerio de Salud de Colombia & Profamilia, 2015). Por otro lado, en **Nicaragua**, los porcentajes son similares. En 2012, el 79% de mujeres unidas usaban algún método anticonceptivo moderno en zona urbana, frente al 75,3% en áreas rurales (INIDE & MINSAL, 2012). Sin embargo, es difícil precisar la situación actual, ya que la pandemia supuso una caída en el uso de métodos anticonceptivos en toda la región (UNFPA et al., 2020) y no ha habido encuestas después de las mencionadas en estos países. Por otro lado, lamentablemente en ninguno de los dos países tenemos datos específicos sobre mujeres indígenas, podríamos conjeturar que el uso de anticonceptivos es mayoritario también entre mujeres indígenas debido a la poca diferencia que hay en los porcentajes de uso en las mujeres de área urbana y rural, pero podría ser que las mujeres indígenas estén más bien mayoritariamente en el grupo que no accede a los métodos, ya que no todas las mujeres rurales son indígenas.

En **Perú**, en cambio, donde se tienen datos por origen étnico, encontramos que solo el 52% de mujeres de entre 15 a 49 años que se autoidentifican como indígenas o de un pueblo originario utilizan algún método de anticoncepción moderno, cuando la media nacional es 57%; porcentaje que baja a 46,7% en mujeres que hablan una lengua nativa (INEI, 2021). Estas cifras indican que solo la mitad o menos de la mitad de las mujeres indígenas en este país utilizan algún método anticonceptivo moderno y que la lengua es una barrera para el acceso a los métodos.

En **Guatemala**, la diferencia entre la media indígena y la no indígena es aún mayor. Solo el 38,9% de mujeres indígenas casadas o unidas de entre 15 y 49 años usaba un método anticonceptivo moderno entre 2014-2015, frente a un 57,8% para el caso de sus pares no indígenas (MSPAS, INE y SEGEPLAN, 2017). Aunque vemos que el acceso a métodos anticonceptivos es bajo en general en este país, es aún más bajo en mujeres indígenas por casi un 20% de diferencia.

Así como hablar una lengua indígena u originaria es una barrera para acceder a métodos anticonceptivos y otros servicios de salud sexual y salud reproductiva, como veremos repetidas veces a lo largo de este informe, existen otras barreras. Algunas de ellas son el desabastecimiento de métodos anticonceptivos en los centros de salud, así como de información

sobre ellos, el machismo en las comunidades y familias que promueven estereotipos nocivos sobre las mujeres que tienen control sobre su sexualidad, entre otros.

Las mujeres indígenas reportan el desabastecimiento de métodos anticonceptivos en los centros de salud más cercanos a donde se encuentran ellas, sea en áreas rurales como urbanas. Este desabastecimiento se ha agudizado por los efectos de la pandemia del COVID-19, como se mencionó anteriormente.

“No hay insumo, la falta de preservativo, de anticonceptivos, incluso que ahora las chicas, viste que le ponen el famoso chip, eso no hay cuando tiene que ser gratis no hay, y tiene que ir a un privado que le cobra muchísima plata, entonces eso falta si bien hay mucha charla, mucha información, pero a la hora de acceder faltan” (Mujer indígena del pueblo Avá Guaraní - provincia de Buenos Aires) (Investigación propia Argentina).

“El año pasado nos quedamos sin métodos solo se estaba brindando Jadell, ahora hay muchas mujeres embarazadas, porque no hay métodos porque el gobierno se preocupó más por la vacuna de COVID, no se ha responsabilizado” (Comadronas de Chimaltenango) (Investigación propia Guatemala).

El desabastecimiento de métodos anticonceptivos en los puestos de salud, como vemos, puede implicar la imposibilidad de acceder a ellos porque muchas mujeres y jóvenes no tienen los medios económicos necesarios para procurarse los métodos por su propia cuenta o aplicárselos en clínicas privadas.

Así mismo, la falta de información sobre la existencia, propiedades y características de los métodos, así como sobre su disponibilidad gratuita en los centros de salud implica que muchas jóvenes y mujeres indígenas no accedan a ellos. Muchas mujeres indígenas no conocen las características de los métodos por lo que sienten desconfianza en utilizarlos, sobre todo aquellos que requieren un procedimiento para su implantación. En muchas ocasiones tampoco están enteradas de que pueden acceder a ellos de forma gratuita o a precios accesibles gracias a diferentes programas. En algunos casos esto se da porque desde los Estados no se está haciendo una promoción de información que llegue a las mujeres indígenas, en otros casos, se debe a que la información que llega es inadecuada y sin pertinencia cultural o no está en lengua indígena u originaria.

En **El Salvador**, las mujeres indígenas han tenido acceso a información sobre servicios de salud sexual y salud reproductiva, y los diferentes métodos anticonceptivos, pero se reporta que el lenguaje que se usa es muy complicado para ellas y que muchas veces no llegan a comprenderlo que está escrito (Sanchez, 2023). Igualmente, en **México**, se informa que existen métodos anticonceptivos disponibles, pero no se explica a las mujeres indígenas sobre las consecuencias que tienen en el cuerpo, el tiempo de uso y cuándo dejar de usarlo con pertinencia cultural ni en su lengua (Yeh, 2023).

“Se hace promoción, pero es poco, de vez en cuando lo hacen y creo que deben aumentar la promoción para que todas las personas sepan que pueden pedirlos y cuáles tienen disponibles” (Mujer de 28 años de Chichicastenango) (Investigación propia Guatemala)

Otra barrera que enfrentan las mujeres indígenas para acceder a métodos anticonceptivos es el machismo que se vive en las comunidades, en las familias y con sus parejas. En muchos casos, la reproducción y el control de la natalidad depende de los hombres y no de las mujeres. En **Guatemala**, mujeres indígenas mencionaron que son los hombres los que no permiten que las mujeres planifiquen la familia y que, al momento de tomar la decisión, también influye la desinformación sobre los efectos secundarios de los métodos (Investigación propia Guatemala).

“Principalmente el machismo en nuestro medio es una barrera muy importante, si hablamos de planificación familiar, hay demanda, pero la mayoría de ellas siempre con la dificultad que no están de acuerdo con el esposo, por el machismo que se maneja” (Proveedor de servicios, Patzún) (Investigación propia Guatemala).

Lo mismo es evidente en **Nicaragua**, donde muchos hombres en las comunidades no conciben que las mujeres tengan derecho a la planificación familiar y suelen catalogar de “mujer fácil” o “mujer promiscua” a las que acceden a los métodos anticonceptivos (Henríquez, 2023).

En **Brasil** hemos entrevistado mujeres indígenas que desean esterilizarse para no tener más hijos, pero que no lo hacen porque sus maridos no se los permiten. En una entrevista a una médica del pueblo Karipuna que atiende a mujeres en Oiapoque, esta señala que cuando pregunta a las mujeres si están interesadas en someterse a una esterilización, algunas responden que no porque sus maridos quieren tener más hijos (Investigación propia Brasil). En general, en esta investigación se llegó a la conclusión que los anticonceptivos y las esterilizaciones son temas delicados, que causan discordia tanto entre parejas como entre generaciones de mujeres. Esto último se refiere a que las mujeres indígenas mayores también pueden tener mayores reservas con respecto al uso de métodos anticonceptivos modernos que las jóvenes.

La otra cara del acceso a los métodos anticonceptivos para las mujeres indígenas es la obligatoriedad de su uso, la implantación sin consentimiento informado y hasta la esterilización forzada. En **Argentina** hemos registrado que el implante subdérmico ha sido colocado en mujeres indígenas sin un consentimiento previo o “en un estado de vulnerabilidad” durante el posparto. Según lo señalado por una de las entrevistadas, el implante le causó problemas clínicos y muchas dificultades para revertir esa situación. También algunas mujeres indígenas del pueblo Qom mencionaron que se ha dado la colocación del Dispositivo Intrauterino (DIU) y se han realizado ligadura de trompas sin consentimiento (Investigación propia Argentina).

“Hay hermanas que no saben hablar bien la lengua castellana y entonces como que ahí se impulsa más digamos se le hace una ligadura, se le pone un diu se le pone el intermitente ese que es el chip y hay hermanas que hoy en día lo sufren muchísimo. En el caso mío he visto porque mi vecina sería mi primo de ella en Buenos Aires tuvo entonces no, no, no le preguntaron si es que quería ponerse del chip directamente le pusieron y cuando le dieron de alta le avisaron que tenía” (Mujer indígena del pueblo Qom - provincia de Chaco) (Investigación propia Argentina).

En **El Salvador**, las mujeres indígenas también han sido víctimas de la implantación de métodos anticonceptivos que no escogieron. En este país las mujeres indígenas prefieren las inyecciones y las pastillas, pero se ha reportado que se les ha puesto el implante subdérmico sin la información

necesaria para poder decidir si les conviene y a insistencia del personal médico por no haber otro método disponible en el centro de salud (Sanchez, 2023).

Del mismo modo, en **Brasil**, entre las mujeres indígenas Pataxó y Tupinambá, algunas relataron la ocurrencia de esterilizaciones sin consentimiento (Investigación propia Brasil). En **México** también se reportan casos de esterilización forzada, de mujeres que “han sido cortadas” sin su consentimiento, incluso mujeres indígenas a quienes se les ha retirado la matriz sin que ellas supieran; en Chiapas, por ejemplo, se han presentado casos de mujeres que las ligan o les colocan el implante subdérmico sin su consentimiento (Yeh, 2023).

“Un caso aquí en Quintana Roo, una mujer fue ligada sin conocer o sin saber que ella estaba ligada. Y entonces decía yo quería. Ella intentó embarazarse y veía que no podía embarazarse por muchos años, solo tuvo uno o dos hijos (...) Tomaba medicina caliente, iba con las parteras y le daban medicina y todo eso, pero no se embarazaba (...) De ahí se dio cuenta, le dijeron por el ginecólogo, que ella, pues, está ligada. Y ella dijo, desde cuándo yo nunca dije que quería ligarme, yo quería tener más hijos” (Yeh, 2023).

Por encima de promover la planificación familiar, está el derecho de las mujeres indígenas a ser consultadas sobre los procedimientos médicos que se realicen en sus cuerpos y a tener la información necesaria para tomar una decisión, lo que implica pertinencia cultural y el uso de las lenguas indígenas. Lamentablemente, frente a estas violencias por parte del Estado, no encontramos casos exitosos de reparación o resarcimiento. Las mujeres indígenas no encuentran justicia cuando la buscan. En **Perú**, cerca de 300 mil mujeres indígenas y campesinas que fueron esterilizadas sin consentimiento durante los años 90 siguen buscando reparación y justicia hasta el momento.

En cuanto al acceso a la atención en salud sexual y salud reproductiva como los chequeos ginecológicos, los exámenes de rutina, las pruebas de descarte de enfermedades de transmisión sexual (ETS), entre otros, se repiten las barreras del acceso a métodos anticonceptivos y encontramos otras.

Una de estas barreras es la distancia del centro de salud con respecto a los lugares de residencia de las mujeres indígenas. Si bien el tema de la distancia es más agudo en las áreas rurales y remotas, donde las comunidades pueden estar a varias horas de viaje del centro de salud más cercano, también se reportan dificultades de distancia en las áreas urbano-marginales.

Para solventar esta barrera se han registrado iniciativas innovadoras por parte del Estado dirigidas a acercar la atención ginecológica a las mujeres y jóvenes indígenas a sus comunidades cuando estas son remotas. En **Perú**, desde el año 2013 hasta la actualidad, existen las Plataformas Itinerantes de Acción Social (PIAS)² que son barcos que acercan los servicios del Estado a comunidades indígenas amazónicas y aimaras a las que se llega por vía fluvial o lacustre, a través del Amazonas y otros ríos en Loreto y Ucayali, y del lago Titicaca en Puno. Dentro de estos servicios se ha incluido las consultas ginecológicas, si bien no es el servicio principal (MIMP, 2015).

² Para mayor información sobre las PIAS, ver: <https://www.pais.gob.pe/pias/>

En **Argentina**, existen camiones o trenes sanitarios que viajan a zonas alejadas para atender la salud de los pueblos indígenas, como parte de la política del Ministerio de Salud. En estos camiones se brindan diferentes servicios médicos, dentro de los que se incluyen las atenciones ginecológicas, si bien son limitadas porque no se llega al corazón de las comunidades.

“atenciones primarias ginecológicas preventivas, hay un ginecólogo, por lo general se hace el estudio del PAP, se facilita alguna folletería de consulta y eso se planifica por lo general, cada tres meses, cuatro meses. A las localidades muy pocas veces se llega, específicamente, al salón de la comunidad, eso también es un tema, se llega al municipio, pero no al salón de la comunidad” (Mujer indígena del pueblo Avá Guaraní - provincia de Jujuy) (Investigación propia Argentina).

A pesar de la iniciativa de los camiones, se ha registrado que la lejanía es una barrera para el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y que no es una situación aislada de las áreas rurales, pues también se encuentran experiencias similares en las áreas urbanas periféricas (Investigación propia Argentina).

En **Colombia**, se reporta la falta de puestos de salud cercanos a los resguardos indígenas donde la presencia estatal es intermitente, con intervenciones relámpago impulsadas por alguna campaña electoral, por ejemplo, por lo que en las comunidades se les tiene desconfianza a las instituciones estatales. Además, se indica que se realizan acciones de prevención en salud únicamente en el caso de las enfermedades infecciosas transmitidas por mosquito y no sobre salud sexual y salud reproductiva para prevenir embarazos, enfermedades de transmisión sexual, o brindar atención ginecológica, entre otros (Hernández, 2023).

Aparte de la distancia, una vez que las mujeres indígenas llegan al puesto de salud, se encuentran con falta de personal médico suficiente para la demanda de atención:

“Los turnos [para la atención ginecológica] son contados y depende si tenés alguna infección o si estás a punto de quedarte embarazada que te atiendan, pero si vos decís quiero un turno de control de control, de rutina, no te lo dan” (...) “Ese es otro tema también que no hay médicos acá hay falta de médicos, hay faltantes médicos sobre todo si es la zona de aquí es faltante de médicos.” (Mujer indígena del pueblo Ava Guaraní - provincia de Buenos Aires) (Investigación propia Argentina)

Del mismo modo, en **Nicaragua** se ha reconocido que no en todos los puestos de salud en las comunidades existen profesionales en ginecología y que, en general, los profesionales de la salud no suelen llegar a las bases comunitarias (Henriquez, 2023). No es de sorprenderse que, en este país, las mujeres indígenas tengan un menor acceso a la atención de salud que sus pares no indígenas (Bureau of Democracy, Human Rights, and Labor, 2022).

A la falta de personal, se suma que el personal disponible no se encuentra adecuadamente capacitado ni sensibilizado para atender a las mujeres indígenas en sus contextos particulares. En **Guatemala**, el personal de los servicios de salud entrevistado para nuestra investigación ha considerado que, aunque las mujeres indígenas tienen acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva, no encuentran una atención que se adecúe a su contexto cultural en los centros de salud. En el caso particular de las adolescentes, se ha reportado que estas no conocen de la existencia de los servicios que deberían ser diferenciados para su grupo etario, asunto que

trataremos más ampliamente en la sección de “Embarazo infantil y adolescente”. También se han identificado barreras culturales, de lenguaje y económicas (Investigación propia Guatemala).

Esto mismo se identifica en **Perú**, donde, a pesar de que existe una Política Sectorial de Salud Intercultural aprobada en 2016, se ha comprobado que existe una ausencia del enfoque intercultural en la atención de salud y que se refleja, por ejemplo, “en el nulo manejo de la lengua local por parte del personal de salud, el poco interés en los requerimientos y necesidades reproductivas de las mujeres indígenas y el escaso diálogo e incorporación de la medicina ancestral” (CHIRAPAQ, 2021).

Por último, queremos hacer hincapié en la barrera del lenguaje al momento de acceder a información sobre salud sexual y salud reproductiva. Ya vimos que, para mujeres monolingües, la barrera lingüística puede ser una barrera para acceder a los anticonceptivos, recibir una atención adecuada, y puede implicar un área gris en la obtención de su consentimiento sobre la implantación de métodos anticonceptivos o la ejecución de esterilizaciones. El gobierno a diferentes niveles no tiene personal que pueda comunicarse en lenguas originarias o nativas y tampoco produce material comunicativo estandarizado con información en estas lenguas, salvo algunas iniciativas aisladas y en campañas puntuales. En **Argentina**, muchas entrevistadas han indicado que, debido a la lengua, existen dificultades en el acceso a la información sobre cuidados, prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual y del embarazo, por ejemplo (Investigación propia Argentina). En **Colombia** también se ha enfatizado la necesidad de tener intérpretes y reconocerles su trabajo al momento de informar sobre los métodos anticonceptivos disponibles y sensibilizar a los hombres y mujeres de las diferentes generaciones en contra del machismo que impide a las mujeres recibir una atención en salud sexual y salud reproductiva (Hernández, 2023).

PRÁCTICAS PROPIAS
Salud ancestral para la anticoncepción entre mujeres indígenas
Los pueblos indígenas poseen conocimientos ancestrales de medicina. La salud indígena es un sistema que incluye también la salud sexual y la salud reproductiva. En ese sentido, las mujeres indígenas indican que hay comunidades que conservan conocimientos ancestrales sobre métodos anticonceptivos y abortivos.
El uso de anticonceptivos naturales surge como una opción para las jóvenes y mujeres indígenas frente al desabastecimiento en los centros de salud y la falta de medios para adquirirlos. Muchas mujeres indígenas todavía usan métodos ancestrales para cuidarse, prevenir el embarazo e incluso eliminar embarazos no deseados.
Sin embargo, es importante mencionar que la cadena de transmisión de estos conocimientos no está garantizada y que, muchas veces, ya se ha cortado, como en el caso de El Salvador . Si bien muchas mujeres mayores difunden el conocimiento de plantas abortivas y preparados anticonceptivos, por ejemplo, en Argentina ; las comadronas que entrevistamos en Guatemala indicaron que conocían métodos anticonceptivos ancestrales, pero que no lo decían por ser secretos de sus pueblos.

Sin embargo, las mujeres indígenas reconocen que es importante conocer y utilizar estos métodos y transmitirlos a las nuevas generaciones.

“Un trabajo muy amplio para nosotros porque eso es hacer comprender a las chicas que tienen que conocer los anticonceptivos naturales, porque muchas veces también en el hospital no hay inyectables, no hay pastillas y hay que comprar y en ese caso la dificultad que tiene es que no hay mucho ingreso en cada familia para poder comprar anticonceptivos. Entonces es fundamental el conocimiento de lo natural” (Mujer indígena del pueblo Qom - provincia de Chaco) (Investigación propia Argentina).

Es importante que las mujeres indígenas tengan espacios en los que estos conocimientos se compartan y que las sabias, médicas y parteras del sistema de salud indígena sean protegidas y alentadas para que transmitan sus conocimientos a una nueva generación.

Recomendaciones para los Estados:

1. Elaborar e implementar políticas de salud sexual y salud reproductiva intercultural específicas para pueblos indígenas, que incluya planes de capacitación sobre interculturalidad y no discriminación para el personal de salud a diferentes niveles y planes de socialización de las medidas dirigidos a las comunidades indígenas del país. La elaboración, implementación y evaluación de estas políticas debe contar con la participación plena y efectiva de las mujeres y juventudes indígenas.
2. Coordinar el trabajo del Ministerio de Salud de los países con las instituciones encargadas de velar por los derechos de pueblos y mujeres indígenas y la aplicación de los acuerdos internacionales sobre derechos de los pueblos indígenas, o crear una institucionalidad intercultural específica para abordar la salud en pueblos indígenas, en el caso de que no existiera, con un presupuesto adecuado, poder suficiente dentro del aparato estatal y personal sensibilizado en interculturalidad y no discriminación.
3. Garantizar el abastecimiento de diferentes métodos anticonceptivos en todos los centros de salud nacionales, elaborando planes específicos para que esto se dé en los lugares más remotos a través de campañas de salud o brigadas itinerantes.
4. Realizar campañas de información dirigidas a pueblos indígenas que tengan pertinencia cultural y lingüística, así como los enfoques de género e intergeneracional, sobre los diferentes servicios de salud sexual y salud reproductiva a los que se pueden acceder.
5. Informar adecuadamente y, de ser necesario, en lenguas indígenas sobre las propiedades y efectos secundarios de cada método anticonceptivo, los tratamientos disponibles para cuidar la salud sexual y la salud reproductiva, la disponibilidad y características de los exámenes, entre otros, a las mujeres indígenas que acuden a los centros de salud antes de aplicárselos o brindárselos.
6. Contar y considerar siempre el consentimiento libre, previo e informado en todo proceso que afecte la salud sexual y salud reproductiva de las mujeres, juventudes y niñas indígenas.
7. Identificar y brindar una reparación integral a las mujeres indígenas que hayan sido sobrevivientes de una esterilización forzada. Sancionar a los responsables de esta violencia a los diferentes niveles del sistema de salud.

8. Promover programas que acerquen la atención en salud sexual y salud reproductiva a las mujeres, jóvenes, adolescentes y niñas indígenas que viven en áreas rurales remotas o urbano periféricas, con un enfoque intergeneracional, o que las acerque a los centros de salud sin que esto signifique un inconveniente para ellas.

2. Salud materna

Pese a que en el Consenso de Montevideo en la medida 40 se apunta a “eliminar las causas prevenibles de morbilidad y mortalidad materna”, las mujeres indígenas aún corremos un mayor riesgo de muerte materna que el resto de mujeres. Si bien se han registrado medidas de los Estados para que los partos sean atendidos en los centros de salud, para las mujeres indígenas la solución no se reduce a eso y seguimos encontrando barreras que aumentan nuestros riesgos a la muerte materna.

En **Perú**, tras un alza en la mortalidad materna a raíz de la pandemia del COVID-19 en 2020 y 2021, se ha registrado en 2022 un número de muertes maternas de 291, un descenso frente a la cifra de 302 muertes en 2019, previo a la pandemia. No obstante, las áreas con mayor mortalidad materna son la sur-andina, la nor-oriental y las zonas rurales, donde suele haber mayores índices de pobreza, menor uso de anticonceptivos; de hecho, se ha identificado una relación directa entre la baja prevalencia del uso de anticonceptivos modernos con la mortalidad materna (UNFPA Perú, 2023). Cabe mencionar sobre todo para este informe que en estas áreas mencionadas del Perú es donde suele haber mayor concentración de pueblos indígenas también.

En **Guatemala**, en 2019 se registraron 400 muertes maternas. El riesgo de morir a causa del embarazo, parto y puerperio fue de 105 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos. De este total, el 59% de las muertes maternas en 2019 se daba en mujeres mayas, frente al 41% de mujeres mestizas o ladinas, concentradas en departamentos como Santa Rosa, Huehuetenango, Alta Verapaz, San Marcos y Quiché, donde encontramos altos índices de población indígena (MSPAS & UNFPA Guatemala, 2023). La desproporción, sabiendo que las mujeres mayas no son mayoría en el país, hace más preocupante la cifra³.

De acuerdo a UNFPA, las mujeres indígenas son más vulnerables a la mortalidad materna y obtienen peores resultados en indicadores de salud materna por diferentes razones como la lejanía de los centros de salud, falta de personal cualificado y que no habla la lengua nativa u originaria, falta de dinero para el transporte hacia los establecimientos de salud, falta de dinero para cubrir las tarifas hospitalarias, la discriminación por parte del personal, falta de reconocimiento de la agencia de las mujeres indígenas, entre otros (UNFPA et al., 2018)

En este informe abordaremos primero la barrera de la lejanía de los centros de salud. Teniendo en cuenta que muchas mujeres indígenas se encuentran en comunidades remotas o rurales y en las ciudades también suelen residir en zonas periféricas, los centros de salud son lejanos. Generalmente, los centros de salud más cercanos no cuentan con el equipamiento necesario y el

³ Las personas que se autoidentifican en Guatemala representan el 44% de la población total, de acuerdo al Censo de Población 2018. Para mayor información, ver: <https://www.iwgia.org/es/guatemala/3742-mi-2020-guatemala.html>

personal cualificado para atender partos y controles prenatales en general y, en especial, posibles complicaciones del embarazo. En estos casos, las mujeres y jóvenes indígenas tienen que ir a lugares más lejanos que tengan un centro de salud, hospital o clínica que cuente con la infraestructura y el personal cualificado que se necesitan para atender un parto.

En **Argentina**, varias de las mujeres entrevistadas en nuestra investigación mencionaron que es difícil llegar a hospitales, clínicas y centros de salud más próximos a los territorios de las comunidades, sobre todo teniendo en cuenta que un gran porcentaje de mujeres indígenas viven en zonas rurales, alejadas de centros urbanos (Investigación propia Argentina). En **Colombia** también se ha encontrado que las vías que conectan a las comunidades están en muy malas condiciones y, en algunos casos, se trata de senderos, lo que dificulta la entrada y salida de las mujeres que quieren ir a los centros de salud (Hernández, 2023).

Además, una vez que una mujer indígena llega al centro de salud más cercano, este no necesariamente tiene el personal y la infraestructura necesaria para atender partos y si lo hubiera, es posible que no pueda atender complicaciones. En estos casos la mujer debe ser trasladada a hospitales en ciudades o lugares aún más lejanos, lo que alarga el tiempo en que ella se encuentra en una situación de salud vulnerable y aumenta el riesgo de mortalidad.

“Ahora en el hospital que tenemos acá cerca ahí no se puede atender los partos, siempre que llegan ahí le mandan a General San Martín y entonces eso también es la dificultad que tenemos porque bastante lejos y de ahí cuando este bueno, tiene algún problemita, le manda a Resistencia. Y hay muchos que no tienen recursos ¿no? A veces lo llevan y después lo largan allá y que se arreglen. Y eso también para mí, porque a veces no tienen plata para volver” (Mujer indígena del pueblo Qom - provincia de Chaco) (Investigación propia Argentina).

La lejanía de los centros de salud implica que las mujeres indígenas tengan que incurrir en gastos extras para llegar a ellos, tanto de ida como de regreso, incluso de estadía y alimentación para ellas y los familiares que las acompañan. En algunos casos, esto puede significar un pasaje de transporte público y en otros galones de gasolina para botes o motos, además del gasto de hospedajes y restaurantes. También implica la necesidad de organizarse logísticamente para el cuidado de las personas que tienen a cargo, ya que son ellas las que cumplen principalmente las labores de cuidado en sus casas y comunidades.

La lejanía de los centros de salud también provoca que muchas mujeres indígenas no vayan a sus controles prenatales. En **Nicaragua**, la lejanía se conjuga con que no se encuentra el personal adecuado en los centros de salud que pueda hacer seguimiento a las futuras madres y realizarles sus controles prenatales (Henriquez, 2023). Es por ello que muchas mujeres indígenas prefieran atenderse con médicas tradicionales y/o parteras durante la mayor parte de su embarazo, lo cual no representaría un riesgo siempre y cuando este no presente complicaciones y las parteras tengan una relación de trabajo conjunto con los prestadores del sistema de salud occidental. En muchas ocasiones, son las mismas parteras las que recomiendan acudir a las consultas prenatales o derivan a las mujeres a hospitales especializados cuando encuentran complicaciones.

“Si. Primer trimestre. Algunas mujeres van al hospital, las mujeres que van a los servicios de salud van casi desde que se dan cuenta que no tienen menstruación para

asegurarse si están embarazadas o no, especialmente las del área urbana; las mujeres de las comunidades van primero con la comadrona y no siempre es rápido, acuden al servicio de salud por recomendación de su comadrona o para que les atiendan su parto” (Usuaría de 28 años de Chichicastenango) (Investigación propia Guatemala).

En **El Salvador**, por ejemplo, las mujeres indígenas no van a los centros de salud para los controles prenatales porque significa gastos de traslado y estadía, y, en el caso de las mujeres que tienen hijos, implica tener que conseguir quién va a cuidar a los niños mientras la paciente hace el viaje (Sanchez, 2023). Además, se reporta que como ahora las atenciones se organizan con un sistema digitalizado, cuando este sistema deja de funcionar, las mujeres pierden su cita y tienen que regresar a sus lugares de origen sin recibir la consulta, incurriendo en gastos innecesarios (Sanchez, 2023).

Por otro lado, la edad también es un factor importante para el acceso a los servicios de atención prenatal. Vemos que ser una adolescente o niña indígena implica tener menos controles prenatales. En **Brasil**, las niñas y adolescentes indígenas de 10 a 14 y de 15 a 19 años respectivamente son las que menos reportan haber tenido 7 o más consultas prenatales (20,8%; 26,6%) en comparación con las blancas (56,6%; 64,3%), siendo las adolescentes de 10 a 14 años las que presentan las frecuencias más bajas de 7 o más consultas prenatales (CIDACS/Fiocruz Bahia et al., 2023). Además, 10,9% de las adolescentes indígenas embarazadas de entre 10 a 14 años y que han llevado su embarazo a término indican no haber recibido ninguna consulta prenatal, que es el porcentaje más alto entre los diferentes grupos raciales del país (CIDACS/Fiocruz Bahia et al., 2023). Justamente en este país, las niñas y adolescentes indígenas, negras y morenas viven en los lugares más segregados, con brechas de atención, como las barreras geográficas e institucionales para el acceso a los servicios de salud (CIDACS/Fiocruz Bahia et al., 2023). Estas cifras son necesarias tenerlas en cuenta también al momento de abordar el tema de los embarazos infantiles y adolescentes.

Una segunda gran barrera que enfrentan las mujeres indígenas en el acceso a la salud materna y que puede hacerlas más vulnerables a la mortalidad materna es la criminalización de la atención de las parteras tradicionales en las comunidades por parte del Estado. Para las mujeres indígenas, las parteras tradicionales son prestadoras de salud muy importantes que acompañan el proceso prenatal, el parto y el puerperio. Ellas acompañan a las mujeres indígenas desde que se enteran de que están embarazadas e incluso las ayudan a cuidar del bebé los primeros días después del parto. Ellas conocen las tradiciones de los pueblos y las prácticas culturales que se dan alrededor del parto y el nacimiento.

Mientras que en algunos países las parteras son las primeras a las que recurren las mujeres indígenas al saberse embarazadas, en otros países, debido a la pérdida de las prácticas culturales, el racismo, la discriminación y la criminalización de la partería, la mayoría de mujeres indígenas se atiende en centros de salud. En algunos países, la práctica de la partería tradicional se sanciona con la prisión.

“Mi mamá me contaba... ellos eran 11 hermanos y todos nacieron en la casa, pero ya cuando nacimos nosotros estaba totalmente prohibido, totalmente prohibido, y ya no encontrabas personas de las comunidades que hicieran eso, porque iban presos... a no ser que fuera por una cuestión, diríamos, de emergencia que sí, ahí podía intervenir

cierto nurún, que es la persona que va acompañando todo el proceso de la mujer desde su primera menstruación hasta toda la etapa de la gestación.” (Mujer indígena del pueblo Huarpe - provincia de Mendoza) (Investigación Argentina).

Hemos encontrado que en algunas comunidades indígenas de **Brasil** cada vez hay menos mujeres parteras. Las mujeres indígenas mehinako y guaraní-mbyá entrevistadas contaron sobre este problema y señalaron la importancia de que no se pierda la transmisión de conocimientos de partería. Esta se basa en conocimientos ancestrales, transmitidos de generación en generación, que no pueden ser enseñados en ambientes desconectados de los territorios indígenas y de sus redes de parentesco. Estos saberes incluyen conocimientos sobre hierbas, rezos, cantos, además de la práctica de establecer lazos de confianza con los familiares para que el proceso de gestación, parto y cuidado del bebé sean exitosos (Investigación propia Brasil).

En **El Salvador**, el 94,8% de los partos fueron atendidos en un establecimiento de salud en 2021; 94,3% en área urbana y 95,4% en área rural; siendo 0,5% del total de partos atendidos por una partera tradicional (INS, 2021). Así vemos que, aunque no haya datos sobre mujeres indígenas en particular, la mayoría de las mujeres va a un establecimiento de salud a dar a luz y el porcentaje que se atiende por partería tradicional es pequeña. A diferencia de en Guatemala o México, en **El Salvador** ya casi no hay parteras que ejercen su labor y la transmisión de conocimiento a jóvenes aprendices se ha cortado debido a la criminalización del gobierno que amenaza con encarcelar a quienes practiquen la partería; sin embargo, las mujeres indígenas recuerdan que las parteras eran mujeres con conocimientos ancestrales que las ayudaban en todo el proceso del embarazo y que ayudaban a prevenir cesáreas con sus tratamientos (Sanchez, 2023).

Mientras tanto, en **Guatemala**, entre 2014-2015, en el departamento de Alta Verapaz, el 35,2% de los partos fueron atendidos por una comadrona capacitada, el 51% en Huehuetenango y el 60,7% en Quiché; además, el 42,9% de las mujeres que se autoidentificaron como indígenas a nivel nacional recibieron la asistencia de una comadrona al momento del parto (MSPAS et al., 2017). Justamente en **Guatemala**, las mujeres y jóvenes indígenas prefieren atenderse con las comadronas por su conocimiento de cuidados tradicionales en las comunidades. Las mujeres indígenas entrevistadas en nuestra investigación refirieron que estos cuidados son importantes para no tener problemas de salud en embarazos futuros. Ellas también señalaron que las comadronas brindan cuidados al recién nacido, lo que es muy valorado (Investigación propia Guatemala).

En **Brasil y Argentina**, se ha registrado una especial atención hacia la práctica de tradiciones y rituales relacionados al parto como el enterramiento de la placenta que conlleva la necesidad de dar a luz en los territorios ancestrales o con la atención de parteras tradicionales que conozcan esta práctica. Aquí entra la dimensión territorial de la identidad indígena ya que “los territorios también son cuerpo y salud porque también reciben placentas, sangre de los partos y cordones umbilicales de los recién nacidos” (Investigación propia Brasil).

Es importante mencionar en esta sección, que las mujeres indígenas tienen derecho a la libre determinación en virtud del Artículo 3 de la Declaración las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas y este derecho se entiende también como perseguir libremente su desarrollo económico, social y cultural. En base a ello, las mujeres indígenas tenemos derecho a elegir el sistema de salud en el que queremos ser atendidas. Asimismo, esto se menciona en la

Medida Prioritaria 87 que exige a los Estados “garantizar el derecho a la salud de los pueblos indígenas, incluidos los derechos sexuales y derechos reproductivos, así como el derecho a sus propias medicinas tradicionales y sus prácticas de salud, sobre todo en lo que se refiere a la reducción de la mortalidad materna e infantil, considerando sus especificidades socioterritoriales y culturales, así como los factores estructurales que dificultan el ejercicio de este derecho”.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, las mujeres indígenas no nos oponemos a sistemas conjuntos en los que los conocimientos occidentales se utilicen en coordinación con los conocimientos ancestrales y en los que el personal de salud trabaje con las parteras para brindar una experiencia más segura, adecuada y pertinente para las mujeres indígenas, siempre y cuando no haya una subordinación de nuestros sistemas. Es un derecho de las mujeres indígenas tener una atención médica del embarazo y el parto, pero es igual de importante fortalecer los sistemas de salud indígenas que complementen y contribuyan a los esfuerzos por reducir las muertes maternas. De hecho, en nuestra investigación en **Brasil** se concluyó que es posible combinar los conocimientos indígenas y biomédicos de modo que garanticen experiencias satisfactorias de partos y embarazos (Investigación propia Brasil).

En ese sentido, hay experiencias pioneras en **Guatemala** y **México** que incorporan agentes y prácticas de medicina tradicional indígena en el sistema de atención de salud materna, aunque no son generalizadas y de carácter nacional, y, en algunos casos, colocan a la partera en un nivel subordinado al personal de salud occidental (CEPAL, 2014). De hecho, en **Guatemala**, existen algunos centros de atención de salud materna, como el Centro de Atención Integral Materno Infantil (CAIMI) de San Cristóbal Verapaz, que permiten el acompañamiento de las comadronas durante el trabajo de parto y el posparto. Sin embargo, también las comadronas guatemaltecas entrevistadas en nuestra investigación han reportado casos donde no se les está permitiendo hacer el acompañamiento a las parturientas en los centros de salud tanto en Chimaltenango como en Santa Eulalia (Investigación propia Guatemala).

Por último, la partería tradicional indígena en el caso de las mujeres indígenas se relaciona directamente al tema del parto humanizado que se menciona en varias ocasiones en el Consenso de Montevideo. En **Brasil**, por ejemplo, las mujeres indígenas han establecido la relación entre la atención de las parteras y la prevención de la violencia que sufren en los establecimientos de salud (Investigación propia Brasil).

Justamente, este aspecto importante que aborda el Consenso de Montevideo se explicita en la medida 43 de este modo: “asegurar el acceso efectivo de todas las mujeres a la atención integral en salud en el proceso reproductivo, específicamente a atención obstétrica humanizada, calificada, institucional y de calidad, y a servicios óptimos de salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio”. La mención del parto humanizado se hace también en la medida 48.

Para las mujeres indígenas, el parto humanizado implicaría un parto con una perspectiva intercultural y sin violencia obstétrica que, lamentablemente, es una experiencia muy común entre nosotras y que tiene como trasfondo el racismo y la discriminación que sufrimos por ser

indígenas. La violencia obstétrica es un tipo de violencia institucional sistémica que enfrentamos las mujeres y jóvenes indígenas en los sistemas de salud nacionales y que nos invisibilizan.⁴

En **El Salvador**, en la Segunda Encuesta de Violencia de Género de Mujeres Indígenas, el 24% de las mujeres indígenas salvadoreñas encuestadas indicaron haber experimentado violencia obstétrica por parte del personal médico o de enfermería (Observatorio de Mujeres Indígenas de El Salvador, 2023). Líderesas del pueblo Ava-Guaraní de la provincia de Buenos Aires, en **Argentina**, entrevistadas en nuestra investigación, cuentan situaciones de maltrato a mujeres embarazadas en los centros de salud donde han tenido que escuchar comentarios como “¿encimase le ocurre traer más hijos al mundo?” (Investigación propia Argentina).

Mujeres indígenas en **Brasil** indican que existe un estereotipo de que las mujeres indígenas son más duras y pueden soportar más dolor, por lo que el personal de salud que atiende sus partos las tratan con menos delicadeza, se niegan a anestesiarlas, las someten a procedimientos dolorosos que ellas consideran innecesarios, les realizan episiotomías no consentidas, entre otros. (Investigación propia Brasil). En un testimonio recogido en nuestra investigación, una mujer del pueblo Pataxó cuenta que dio a luz a su hija en el hospital prácticamente con ayuda de su tía porque la enfermera nunca la atendió hasta que ya estaba dando a luz. Cuando la enfermera llegó, el niño ya había nacido y ella escuchó decir al personal: "Es porque es india. Los indios son así de duros" (Investigación propia Brasil).

"Me cortaron en mi primer hijo, en el segundo me hicieron un corte mucho más grande para poder dar paso a que naciera el bebé. Así que la crueldad que me hicieron a mí, a mi cuerpo, no se puede hacer, no se debe hacer a ninguna mujer. Y fue tanto así que, además de que tuve preeclampsia, la otra doctora que me acompañó dijo que no me haría más eso, que no me volvería a cortar" (Mujer indígena del pueblo Pataxó)
(Investigación propia Brasil)

En **Guatemala**, las comadronas entrevistadas mencionaron que en los centros de salud las mujeres indígenas y sus familias reciben malos tratos, poca información sobre su estado de salud y les ponen obstáculos para atenderlas (Investigación propia Guatemala).

En las experiencias negativas sobre el parto está también la falta de respeto a las prácticas culturales de las mujeres indígenas en los centros de salud, que se convierte también en un tipo de violencia. En **Brasil**, las mujeres indígenas indican que no se respeta su derecho a una alimentación diferenciada en los hospitales y que les dan alimentos a los que no están acostumbradas. Por ejemplo, para las mujeres guaraní-mbyá es importante mantener una dieta adecuada a sus costumbres antes y después del parto y esta práctica se extiende también a los varones. Por ello, cuando en los centros de salud las obligan a comer alimentos restringidos para ellas según sus costumbres y no se buscan dietas sustitutivas, sienten que es una forma de violencia (Investigación propia Brasil).

En **Guatemala** hemos registrado que las mujeres indígenas tienen el derecho a la elección de la posición del parto gracias a lineamiento de pertinencia intercultural en los servicios de atención

⁴ Para mayor información sobre las violencias que nos invisibilizan, revisar la cartilla “Violencias invisibilizadas y que nos invisibilizan” en el siguiente enlace:
http://ecmia.org/index.php?option=com_content&view=article&id=276

de salud materna, establecidos por los “Lineamientos generales de pertinencia cultural en salud en las normas de atención” y descritos en el “Manual de adecuación cultural de parto natural/vertical y sus distintas posiciones, en el marco multicultural de Guatemala”. Estos son parte de la política liderada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Sin embargo, en la práctica las mujeres indígenas no acceden a este derecho. Por un lado, a pesar de que existe la posibilidad de tener un parto vertical, esto solo se da si las mujeres lo piden lo que, a su vez, depende de que conozcan que tienen este derecho. Además, el parto en posición vertical finalmente solo puede ser atendido por las comadronas porque el personal de salud no recibe formación para atender más que los partos en posición horizontal, aparte de que desconocen los lineamientos sobre pertinencia cultural de los servicios de salud (Investigación propia Guatemala).

“Un reto es hacer una verdadera capacitación y fortalecer el recurso humano del primer nivel de atención. Porque la Norma es de todos los Programas, pero tenemos una debilidad del recurso humano en el primer nivel de atención. Entonces eso no permite que a cabalidad se dé cumplimiento a la Norma. Yo creo que ese es un reto bien grande, poder ir llenando las brechas de recurso humano que tenemos a nivel nacional” (Personal de salud MSPAS) (Investigación propia Guatemala).

En **Perú** también existe la “Norma técnica de salud para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural”, establecida en 2016 por el Ministerio de Salud (MINSA). Por medio de esta norma técnica, las mujeres tienen la posibilidad de escoger entre cinco posiciones distintas de parto (posición de cuclillas, de rodillas, sentada, parada o sostenida por una soga y en cuatro puntos) y ser asistidas de acuerdo a su elección. Además, se hace hincapié en el trato “con calidad y calidez” a la puérpera. Sin embargo, al igual que en Guatemala, nos encontramos con “un personal de salud poco calificado para este tipo de atenciones, así como, una baja participación comunal en reclamar que la atención se dé de forma respetuosa” (Investigación propia Perú).

En contraste, en **Argentina** hemos registrado una experiencia local positiva con respecto a la pertinencia cultural del parto de las mujeres indígenas en los centros de salud. En la provincia de Misiones se han realizado adecuaciones interculturales a los servicios de salud materna, a través de un trabajo de consulta en las comunidades y hospitales, y como resultado, se están implementando las Unidades de Trabajo de Parto y Recuperación (UTPR), para asegurar el derecho al parto respetado, que incluye la decisión de las mujeres sobre la posición en la que dan a luz, los familiares que las acompañan, además de la adaptación intercultural de la dieta post-parto. Junto al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) se ha desarrollado una guía para la implementación de una maternidad segura con enfoque intercultural y se reglamentó una ley de atención con adecuación cultural en las maternidades (Investigación Argentina, 2023).

También en **Argentina** se ha registrado casos en los que el personal médico ha entregado la placenta a la mujer indígena puérpera, en respeto a la tradición de algunos pueblos de enterrarla, pero esto no ha dependido de una política pública o una normativa, sino de una negociación directa entre las mujeres indígenas y el personal de salud.

“Me respetaron mi decisión de que me dieran mi placenta para que yo pudiera después hacer la práctica que tenemos nosotros ancestral de plantarla en un árbol en el lugar donde nosotros habitamos no? y me costó que lo entendiera la ginecóloga, pero se lo se lo conté, se lo dije que lo que era un derecho y que necesitaba yo acceder a eso, así que ella lo entendió y después ella hizo su parte también para que lo entendieran desde la clínica, así que en ese sentido me sentí tranquila de que respetaron mi decisión y después pude hacer lo que yo deseaba que era poder enterrar la placenta...”
(Mujer indígena del pueblo Mapuche - provincia de Neuquén) (Investigación propia Argentina).

Sin embargo, tal como lo expusimos al inicio de este informe, las iniciativas como la de Misiones en **Argentina** son de gobiernos locales y, lamentablemente, no tienen un ámbito nacional y generalizado, que sería lo ideal. En el caso de las políticas nacionales como en el caso de **Guatemala** y **Perú**, su gran debilidad es que no existen las condiciones para una adecuada implementación. En otros países, no existen políticas sobre la atención de salud materna específica para mujeres indígenas.

Recomendaciones:

1. Diseñar e implementar políticas de atención de la salud materna para las mujeres indígenas con perspectiva intercultural, intergeneracional, de derechos y de género, y con la participación de representantes de las organizaciones de mujeres y pueblos indígenas. Estas políticas deben contemplar el respeto a las prácticas culturales de las mujeres indígenas, por ejemplo, la alimentación post-parto, la elección de la posición del parto, el acompañamiento de familiares o parteras, entre otros.
2. Dotar de presupuesto adecuado y personal sensibilizado en interculturalidad y no discriminación a las instituciones encargadas de ejecutar las políticas y programas dirigidos a mujeres y jóvenes indígenas para que se traduzcan en cambios reales al momento de la atención de salud materna.
3. Promover programas que acerquen la atención prenatal y del parto a las mujeres indígenas que viven en áreas rurales remotas o urbano periféricas, o que acerque a las mujeres indígenas a los centros de salud. Por otro lado, potenciar los programas existentes que acercan la atención prenatal a las mujeres indígenas para que lleguen a más personas, y tengan un personal mejor capacitado, culturalmente sensible y que hable la lengua indígena o, en su defecto, que cuenten con la presencia de traductores e intérpretes.
4. Elaborar programas de sensibilización sobre la importancia de los controles prenatales para la vida de la madre y el bebé en comunidades indígenas y áreas urbanas con mujeres indígenas, teniendo en cuenta la pertinencia cultural y en lengua indígena, si fuera necesario, y acompañarlos de incentivos para las visitas a los centros de salud.
5. Descriminalizar y promover la partería tradicional indígena, revalorar los conocimientos de salud indígena y a las personas poseedoras de estos conocimientos, y establecer programas en que las parteras y el personal del sistema de salud occidental trabajen de forma conjunta en condiciones de igualdad y respeto epistemológico, para la atención prenatal, el parto y el posparto.

6. Fortalecer las capacidades de las parteras y promover intercambios entre ellas, para fomentar la transmisión de conocimientos y la continuidad de la labor de partería tradicional indígena.
7. Generar condiciones en los sistemas de salud nacionales para el ejercicio del derecho a la libre determinación en materia de salud materna y, en particular, el ejercicio y la continuidad de la partería indígena.

3. Educación sexual integral

La Educación Sexual Integral (ESI) es crucial para las niñas, adolescentes, jóvenes y mujeres indígenas ya que les provee de mayor conocimiento para ejercer su autonomía corporal, fomenta su empoderamiento y la igualdad de género. La ESI puede contribuir a prevenir la violencia sexual, los embarazos adolescentes, las uniones tempranas, la proliferación de ETS, entre otros.

De los países que cubre este informe y de acuerdo a la plataforma Mira que te Miro, solo Argentina, Colombia y Guatemala cuentan con una política o estrategia nacional sobre educación sexual integral. El Salvador, México, Nicaragua, Perú y Brasil no cuentan con una estrategia o programa propiamente dicho (Mira que te Miro, 2022a). Entonces vemos que en el caso de las niñas, adolescentes y jóvenes latinoamericanas en general su derecho a acceder a una educación sexual integral básica y de calidad no está garantizado.

No es sorpresa que las mujeres indígenas encuentren aún más barreras en el acceso a una ESI de calidad y, menos aún, con pertinencia cultural, tanto en las escuelas como en los centros de salud. No es usual ni frecuente que las niñas, adolescentes y jóvenes indígenas accedan a la ESI en las escuelas incluso en los países donde sí hay políticas. Las adolescentes y niñas indígenas de por sí enfrentan barreras aún mayores que sus pares no indígenas para acceder a la educación y estas se han visto agudizadas a causa de la pandemia por la COVID-19. Cuando las clases se volvieron virtuales, la falta de acceso a Internet y a dispositivos móviles y computadoras ha provocado la pérdida de clases en las comunidades e incluso en las áreas urbanas marginales. Entonces, deducimos que la ESI impartida en los colegios ha fracasado aún más en estos dos últimos años.

En el caso de que los y las estudiantes sí asistan a las escuelas, también encuentran barreras para poder acceder a la ESI. Los propios maestros y maestras pueden ser un obstáculo para que las niñas, adolescentes y jóvenes indígenas ejerzan su derecho a la ESI.

En **Perú**, por ejemplo, la ESI en las escuelas depende de los tutores quienes muchas veces parten de prejuicios y concepciones personales sobre la sexualidad, anteponiéndolos a los derechos sexuales y derechos reproductivos de las estudiantes; además, no cuentan con metodologías y herramientas adecuadas para enseñar estos temas de manera exhaustiva y científica, menos aún desde un enfoque con pertinencia cultural (CHIRAPAQ, 2021). Además, se ha encontrado que no se cuenta con el presupuesto necesario para adaptar materiales a contextos socioculturales para pueblos indígenas (CHIRAPAQ, 2021).

Igualmente, en **El Salvador**, las niñas y adolescentes indígenas no reciben el mínimo de ESI en sus escuelas porque los profesores no están capacitados o anteponen sus propias ideas al derecho que las ampara (Sanchez, 2023). En **México**, también se reporta que, aunque se deberían tratar

temas de salud sexual y salud reproductiva en las escuelas, difícilmente se habla por cuestiones de religión o machismo. A pesar de que el gobierno exige que en las escuelas se trate esos temas e incluso se encuentran en los libros de texto, algunos maestros no implementan las normativas (Yeh, 2023).

“Nos tocó ir en algunas comunidades donde los maestros incluso, tuvimos una situación en una comunidad donde fuimos (para hablar) con las niñas sobre menstruación y con los niños sobre su etapa de adolescencia. Entonces, en una escuela primaria donde fuimos, el maestro, el director decía que no quería que nosotros fuéramos a dar taller (...) Hablaba sobre cuestiones religiosas, era muy religioso, y entonces decía, no, es que no se les debe hablar esos temas a los niños. Casi casi nos dijo, no, no queremos. De hecho, nos dijo prácticamente que no quieren los talleres ahí en la escuela primaria (...). Decía el director que no, en la escuela no se habla de esos temas por cuestiones religiosas” (Yeh, 2023).

Accedera la ESI fuera de la escuela, en otros espacios, sea en los centros de salud o a través de programas de difusión tampoco es común. No se registran programas generalizados y nacionales específicos para mujeres, jóvenes, adolescentes y niñas indígenas. No obstante, cabe mencionar que hemos registrado experiencias puntuales donde se socializa información a través de folletos, campañas o talleres esporádicos.

“Hay cosas escritas, sí, pero de acuerdo a la visión de este estado del que estamos hablando hoy, entonces vas a encontrar, que sí: que se hizo un tallercito acá, otro tallercito allá, etcétera, etcétera... o que se entregó, a lo mejor, no sé, alguna cantidad de remedios a través de un agente sanitario... no solamente la población indígena, la población en general no recibe educación sexual y reproductiva en las escuelas ni a las niñas ni a los niños, indígenas mucho menos.” (Mujer indígena del pueblo Huarpe - provincia de Mendoza) (Investigación propia Argentina).

Otra barrera es que muchas mujeres indígenas no conocen dónde encontrar información sobre sus derechos sexuales y reproductivos. Pese a que esté disponible dicha información en los centros de salud, no se sabe que se puede solicitar.

Más allá del acceso a la información sobre salud sexual y salud reproductiva y derechos sexuales y derechos reproductivos, así como el conocimiento del cuerpo y otros temas que abarca la ESI, hemos encontrado que es aún más difícil acceder a una ESI intercultural que tome en cuenta la cosmovisión indígena, los saberes ancestrales y las prácticas culturales de nuestros pueblos. Tampoco se ve un esfuerzo real por acercar la información adecuada en lengua indígena. En **Nicaragua**, a pesar de que el gobierno promueve la ESI en las escuelas, la falta de materiales e información en general sobre salud sexual y salud reproductiva en lengua indígena es un problema, además, no se usan metodologías adecuadas para niños y niñas indígenas (Henriquez, 2023).

En **México** se reconoce que el Instituto Nacional de Pueblos Indígenas (INPI) realiza procesos informativos sobre derechos sexuales y derechos reproductivos, pero, aunque se trata de una institución abocada a los derechos de pueblos indígenas, no siempre estos procesos tienen pertinencia cultural ni están en lenguas indígenas (Yeh, 2023).

Pese a este panorama, existen algunos esfuerzos particulares, como en **Argentina**, donde se ha registrado la elaboración de material didáctico sobre el cuidado del cuerpo en lenguas indígenas, si bien este no llega a todos los espacios educativos del país (Investigación propia Argentina).

“Los centros de salud en comunidades indígenas son escasos, el escaso personal de salud no tiene buen material ni enfoque para informar a las mujeres indígenas entre ellos por ejemplo sus materiales son urbanos y en idioma español, la educación sexual debe ser primordial y debería ser una política de Estado fuerte” (Mayora) (CHIRAPAQ, 2020).

Por otro lado, es importante mencionar que, al interior de las comunidades, el tema de la sexualidad, sobre todo, es un tabú y que las mujeres, jóvenes y adolescentes indígenas encuentran barreras en los estereotipos negativos que se asignan a las mujeres que conocen y hablan de su sexualidad abiertamente. Existe una barrera también en las comunidades y hogares para acceder a la ESI, incluso si hubiera la posibilidad fuera.

En **Guatemala**, las comadronas de Chimaltenango contaron que no se suele hablar de sexualidad con niñas en las comunidades, incluso cuando estas ya están menstruando, y que esto depende de la apertura de la familia al tema (Investigación propia Guatemala). En **México** también se identifica que la educación sexual es un tabú y que, por ejemplo, el tema de la menstruación es desconocido para las niñas y adolescentes indígenas porque no se habla de ello en las comunidades (Yeh, 2023). Del mismo modo, en **Brasil** se encontró que las adolescentes indígenas sienten vergüenza de hablar sobre sexualidad por miedo a lo que vayan a pensar de ellas (Investigación propia Brasil).

“Pues la verdad no podría hablar sobre eso. Porque, la verdad, no dan permiso o no permiten hablar sobre eso de anticonceptivos. O sea que si yo voy a hablar sobre eso entonces yo estoy incitando a los demás jóvenes a tener relaciones sexuales. No es así, pero es lo que piensan las madres y los padres, si yo hablo de ese tema. Por eso yo nunca he hablado de ese tema. Sobre atención del embarazo, ahí sí y todo lo demás” (Adolescente del pueblo Raxruhá) (Investigación propia Brasil).

Pasando al plano de las políticas públicas, las mujeres indígenas identifican nuevas barreras para el ejercicio de su derecho a recibir una educación sexual integral por medio de los esfuerzos que llevan a cabo diferentes movimientos conservadores y religiosos por entregar el poder de decisión sobre los contenidos educativos, incluyendo la ESI, a los padres. Esta es una consigna de los movimientos “profamilia” que quieren impedir la difusión de conocimientos sobre el cuerpo, la sexualidad, el control de la fertilidad y, principalmente, el enfoque de género, al que tildan de “ideología”.

“En estos tiempos, el enfoque de género está en riesgo por los movimientos conservadores o los grupos religiosos interesados en eliminarlo de la currícula educativa, argumentando que hablar de los derechos sexuales y reproductivos es promover la pornografía en los niños y la aversión social” (Entrevista a Tania Pariona Tarqui) (CHIRAPAQ, 2022).

En **Perú**, por ejemplo, existen los “Lineamientos Educativos y Orientación Pedagógica para la Educación Sexual Integral” de 2008 que rigen la ESI, pero no se implementa de manera adecuada,

entre otros, a causa de la incapacidad del Estado para responder a grupos religiosos conservadores (CHIRAPAQ, 2021). De hecho, desde el ingreso de grupos religiosos y ultra conservadores al Congreso de la República en 2021, se ha visto un embate sin descanso contra la ESI. Pese a las múltiples protestas sociales, opiniones de organismos internacionales y la opinión de la población peruana que en su mayoría está a favor de tener una ESI de calidad, a principios de 2022, se aprobó la Ley N°31498 que otorga la facultad de supervisión y veto de materiales educativos del Ministerio de Educación a las asociaciones de padres. Esto podría implicar que padres conservadores o religiosos veten los contenidos de la ESI en los colegios.

Del mismo modo, en **Argentina**, se cita a los grupos religiosos como obstáculos para tener normativas, y avanzar en políticas y en implementación de la ESI.

“Acá no hay una normativa de derechos de educación sexual, casi hubo, pero como te dije acá es muy fuerte la religiosidad y no se pudo avanzar” (Mayora, pueblo Ava Guarani) (CHIRAPAQ, 2020).

También ha habido intentos de sabotear el derecho a la ESI en **Guatemala** a través del proyecto de ley “Protección de la vida y la familia” que prohibía que se enseñe sobre derechos sexuales y reproductivos en las escuelas, entre otras medidas contrarias al Consenso de Montevideo. Al final, este proyecto fue vetado en 2022 por el presidente.

Pese a estas barreras para acceder a la ESI, las mismas mujeres y, especialmente, las jóvenes indígenas impulsamos procesos formativos e informativos en nuestras comunidades que difundan el conocimiento sobre la salud sexual y salud reproductiva, así como los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, jóvenes y adolescentes, el conocimiento del cuerpo y las etapas de desarrollo, la menstruación, entre otros.

“Yo lo aprendí más que todo estando en la universidad, donde teníamos algunas clases sobre eso y tocaba investigar, o cuando salía a nivel internacional con el ECMIA. Pero una educación sobre derechos sexuales y reproductivos desde el pueblo o a nivel local nunca experimenté” (Joven del pueblo Wayuu de Venezuela) (CHIRAPAQ, 2020).

“Muchas niñas no conocen sobre sus derechos y los diferentes tipos de violencias, no se saben defender, las que hemos estado en procesos de formación en las organizaciones, más o menos nos defendemos pero las que están en las comunidades y no han recibido ningún tipo de información es muy difícil, las acosan o se da la violencia en diferentes maneras; las niñas de mi comunidad se dejan intimidar mucho y trato de hablar con mi hermanita aunque a mí nadie me orientó de pequeña, por lo tanto es muy importante en la vida de las niñas” (Adolescente 19 años, Patzité) (Investigación propia Guatemala).

INICIATIVAS PROPIAS

Iniciativas desde las mujeres y jóvenes indígenas para promover la educación sexual integral y el conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos

Teniendo en cuenta la necesidad de contar con información sobre salud sexual y salud reproductiva y derechos sexuales y reproductivos, las mujeres indígenas han impulsado procesos formativos para niñas, jóvenes y mujeres indígenas desde sus organizaciones.

La Comisión de Niñez y Juventud del ECMIA ha tenido dos procesos formativos articulados a nivel regional que abordaban temas de derechos sexuales y reproductivos en los últimos 4 años. Estos han estado dirigidos a jóvenes lideresas de las organizaciones integrantes de la red y aliadas, en los que se han cubierto temas como, entre otros, el ejercicio de la sexualidad, los embarazos infantiles y adolescentes, las uniones forzadas y tempranas, y la incidencia en estos temas. Como resultado de estos procesos se han realizado talleres y se han publicado materiales amigables e interculturales sobre el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos⁵.

En **Guatemala**, la organización el Movimiento de Jovenes Mayas - Mojomayas, la juventud de la Coordinadora Nacional de Viudas de Guatemala (CONAVIGUA), implementa un proceso formativo llamado “Escuela de empoderamiento y liderazgo” que apunta a prevenir la violencia sexual, los embarazos adolescentes y los matrimonios y uniones tempranas, la explotación sexual, y la violencia en general. Se busca empoderar a niñas y jóvenes indígenas maya Q'eqch'í y K'iche' y sus pares varones dándoles a conocer sus derechos, incluyendo sus derechos sexuales y reproductivos, con una perspectiva intercultural, intergeneracional, interseccional y de género⁶.

En **Argentina**, el Consejo Nacional de las Mujeres Indígenas (CONAMI) lideró un proceso formativo en comunidades indígenas Qom y Wichí en 2020 llamado “Germinar empoderamiento en las niñas y adolescentes Wichí, Qom- Con identidad de mujeres indígenas Chaco” que tenía como objetivo el aprendizaje de las niñas y adolescentes de estos pueblos sobre sus derechos sexuales y reproductivos, así como las enfermedades de transmisión sexual y el coronavirus.

En **Ecuador**, la Asociación de Jóvenes Kichwa de Sucumbíos "Amawta Ñam"-AJNAKISE ha desarrollado una metodología entre pares, de joven a joven, para sensibilizar e informar sobre derechos sexuales y derechos reproductivos, y prevenir los embarazos precoces y la violencia de género. Se han realizado talleres para jóvenes donde se abordó la sexualidad, el ciclo menstrual, los métodos anticonceptivos, los mitos del embarazo, situaciones de vulnerabilidad de las adolescentes embarazadas y el derecho a vivir una vida libre de violencias. Además, se han realizado escuelas de formadores/as para garantizar la réplica de los espacios formativos⁷.

Recomendaciones a los Estados:

1. Elaborar políticas y programas nacionales que operativicen el derecho a recibir una educación sexual integral de las personas indígenas en las escuelas públicas y privadas desde el nivel básico y en los centros de salud, con pertinencia cultural y lingüística y un

⁵ Se puede encontrar estos materiales en los siguientes enlaces:

<http://ecmia.org/index.php/publicaciones/245-cartillas-sobre-derechos-sexuales-y-reproductivos> ;
<http://ecmia.org/index.php/publicaciones/246-juventudes-indigenas-por-nuestros-derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos>

⁶ Para mayor información sobre esta iniciativa, ver: <http://tsipekua.ecmia.org/iniciativa.html?id=5>

⁷ Para mayor información sobre esta iniciativa, ver: <http://tsipekua.ecmia.org/iniciativa.html?id=15>

enfoque intergeneracional, de derechos y de género. Estas políticas y programas deben garantizar el trabajo coordinado entre los ministerios de educación y de salud, así como las instituciones de pueblos indígenas, si las hubiera. Donde existan políticas sobre ESI que no consideren a pueblos indígenas, adaptarlas en estrategias específicas, dotándolas de un presupuesto adecuado y capacitación a los maestros y directivos de los diferentes niveles de los ministerios de educación en esta política, en interculturalidad y no discriminación.

2. Incluir a las organizaciones y mujeres indígenas en la elaboración de estas políticas, programas y estrategias, así como en el acompañamiento de su ejecución en las comunidades indígenas y su posterior evaluación, para garantizar la perspectiva intercultural.
3. Sensibilizar y fortalecer las capacidades de los maestros de escuelas que atienden población indígena para que puedan enseñar con una perspectiva intercultural. Además, fiscalizar de cerca su labor para asegurarse de que antepongan su deber a sus creencias personales y enseñen los contenidos sobre ESI que correspondan.
4. Dotar de presupuesto a los ministerios de educación y de salud para elaborar y repartir material didáctico sobre salud sexual y salud reproductiva en lenguas indígenas u originarias y que estén adaptados a los contextos socioculturales de los pueblos indígenas.
5. Apoyar con presupuesto, logística y capacidad técnica a las iniciativas de escuelas de formación impulsadas por las mujeres indígenas y sus organizaciones en materia de salud sexual y salud reproductiva y derechos sexuales y reproductivos. Coordinar con las organizaciones para garantizar la sostenibilidad de estos procesos sin quitarles autonomía.

4. Embarazo infantil y adolescente

El panorama del embarazo infantil y adolescente en América Latina y el Caribe es preocupante. Es una de las áreas donde hemos encontrado mayores retrocesos y falta de acciones adecuadas para contrarrestar la situación. El tema de embarazo adolescente está fuertemente ligado a la atención de los servicios de salud sexual y salud reproductiva, la educación sexual integral (ESI), los matrimonios y uniones tempranas y/o forzadas y la violencia sexual y, en el caso de las mujeres indígenas, a las múltiples violencias que nos afectan, incluyendo la violencia estructural en los sistemas de salud.

La región de América Latina y el Caribe tiene la segunda tasa más alta de embarazos adolescentes del mundo y cada año, alrededor de un millón y medio de adolescentes de entre 15 y 19 años dan a luz (UNFPA, 2020). Lo más preocupante es que según el UNFPA, la región es la única en el mundo donde los embarazos de niñas menores de 15 años siguen en aumento (Son Niñas No Madres, 2022).

En **Guatemala**, cada 46 minutos una niña es víctima de violencia sexual y cada día se registran 5 embarazos de menores de 14 años (Son Niñas No Madres, 2022). En este país, en el primer trimestre de 2022 se registraron 19 024 embarazos de niñas y adolescentes, con mayores casos en los departamentos de Huehuetenango, Alta Verapaz, Quiché, San Marcos y Guatemala, que

son los que tienen mayor población indígena, altas tasas de pobreza, desnutrición y ruralidad (OSAR, 2022).

En **México**, también vemos que la proporción de adolescentes y niñas indígenas que quedan embarazadas antes de los 18 años es mayor que las no indígenas. En 2018, 9,7% de las mujeres de 10 a 14 años que fueron madres se consideraban indígenas; mientras que el porcentaje fue de 7,5% entre las de 15 a 19 años (UNFPA, 2020b). En **Brasil**, entre las adolescentes de 10 a 14 años, el mayor porcentaje de nacidos vivos se encuentra en las adolescentes indígenas que, a su vez, es casi el cuádruple que el porcentaje de nacidos vivos entre sus pares blancas, y entre las adolescentes indígenas de 15 a 19 años se repite el mismo patrón (CIDACS/Fiocruz Bahia e tal., 2023). En **El Salvador**, en la primera encuesta realizada por el Observatorio de Mujeres Indígenas de El Salvador en la que se entrevistó a 209 mujeres indígenas salvadoreñas, se halló que el 47% de las mujeres indígenas encuestadas tuvo el primer embarazo antes de los 18 años (Observatorio de Mujeres Indígenas de El Salvador, 2022).

En otros países donde no hay datos específicos, se puede establecer una correlación entre prevalencia de embarazo infantil y adolescente y territorios con densidad de población indígenas. En **Colombia**, entre los departamentos con mayores tasas de fecundidad adolescente (14 a 19 años) están La Guajira (88,4 por cada 1000 mujeres), Guainía (77,5), Sucre (70,6), Vichada (65,9), Amazonas (64,8) (DANE & OPS, 2022). Coincidentemente estos departamentos están entre los que tienen mayor participación de población indígena en el país con los siguientes datos: Guainía, 74,9%; Vichada, 58,2%; Amazonas 57,7%; La Guajira, 47,8% y Sucre, 12,1% (DANE, 2019).

La falta de estrategias y políticas específicas para prevenir el embarazo adolescente e infantil en pueblos indígenas es una constante en los países evaluados. De los países evaluados en este informe, existen políticas actualizadas sobre embarazo adolescente en general en **México, Guatemala, El Salvador**; y desactualizadas, en **Argentina y Perú**. No tienen políticas sobre embarazo adolescente **Brasil, Colombia y Nicaragua**.

Por ejemplo, **Guatemala** tiene el “*Plan Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes*” donde se plantean estrategias para disminuir los embarazos adolescentes, pero no tiene medidas específicas para adolescentes indígenas. Igualmente, **El Salvador** tiene la “*Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo en Niñas y en Adolescentes 2017-2027*” sin embargo, al igual que en Guatemala, no se incorporan medidas ni consideraciones específicas para las adolescentes indígenas. En **Colombia** se registra que no hay una estrategia integral, permanente y visible para prevenir el embarazo en niñas y adolescentes indígenas, aunque se ven campañas ocasionales de planificación familiar que van a comunidades que están cercanas a los centros urbanos (Hernandez, 2023).

El embarazo infantil y adolescente está ligado a múltiples violencias que enfrentamos las mujeres indígenas. La violencia sexual contra las niñas y adolescentes está muy relacionada a los embarazos tempranos y forzados. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), del 11 al 20 % de casos de los embarazos adolescentes son un resultado directo de una violación (OPS, 2015). De hecho, en **Colombia**, en 2018 se estimó que una niña era abusada sexualmente cada hora y se calcula que cada día 15 niñas de entre 10 y 14 dan a luz (Son Niñas, No Madres, 2021). Así mismo en **Nicaragua**, que tiene la tasa más alta de nacimientos en mujeres menores de 18

años (28%), en 2019 el 82% de los 4564 casos de abuso sexual registrados se trataban de niñas, niños y adolescentes (Son Niñas, No Madres, 2021).

Cuando el embarazo es producto de una violencia sexual se convierte en un embarazo no deseado. Es importante mencionar que con respecto a este tema y para el caso específico de las mujeres indígenas, diferentes órganos de tratados de derechos humanos de las Naciones Unidas han formulado observaciones sobre la situación de salud de los pueblos indígenas en la región y una de las mayores preocupaciones expresadas ha sido justamente el embarazo no deseado (CEPAL, 2014).

“Además de los abusos sexuales, que no son fáciles de identificar cuando las niñas y las mujeres indígenas que no están en organizaciones sociales y políticas son por tradición tímidas y sometidas por el mando de un hombre, y no se dan cuenta cuando sucede o no tienen a quien acudir porque como ya he repetido, no hay la presencia estatal básica. Y eso facilita que se le manipule o incluso piense que el abuso sexual ella misma se lo buscó, generando en la mayoría de veces embarazos infantiles que no desean y que son fruto de la violencia sexual” (Hernandez, 2023).

Así mismo, la falta de educación sexual integral (ESI) está directamente relacionada con los abusos y la violencia sexual (Son Niñas, No Madres, 2022). A la vez, esta es clave para evitar los embarazos adolescentes (Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza, 2018). De hecho, en **Perú**, la mayoría de estudiantes en el país no reciben información ni adecuada ni suficiente en derechos sexuales y derechos reproductivos, lo que provoca que su vida sexual inicie sin planificación y de manera inadecuada y hasta violenta (CHIRAPAQ, 2021). En **El Salvador**, las mujeres indígenas también relacionan la falta de conocimiento de las niñas y adolescentes sobre sus cuerpos y las etapas de desarrollo, especialmente sobre la menstruación y la prevención del abuso, con los embarazos adolescentes (Sanchez, 2021).

Las tradiciones de algunas comunidades también son un factor que coadyuva a la tasa de embarazos infantiles y adolescentes en las comunidades indígenas. En muchos pueblos, cuando una niña se desarrolla o empieza a menstruar, ya está lista para tener hijos. Es en este momento en que los padres deciden unir a sus hijas, como veremos más adelante, y estas tienen mayores probabilidades de quedar embarazadas.

Por otro lado, teniendo en cuenta los servicios que debería brindar el Estado, la falta de una atención con perspectiva intercultural, especializada en adolescencia e infancia también es una barrera que enfrentan las niñas y adolescentes indígenas al momento de prevenir embarazos. Incluso en los Estados que tienen marcos políticos sobre este tema, los servicios de atención de salud sexual y salud reproductiva no son amigables para niñas y adolescentes y no generan confianza. De hecho, en **Argentina**, las mujeres indígenas identifican que la falta de una política de salud intercultural es causa de la alta tasa de embarazos en jóvenes indígenas (Investigación propia Argentina).

En **Guatemala** existe el *Modelo de Atención Integral y Diferenciada de Adolescentes y Jóvenes* del MSPAS que establece guías para la prevención y atención del embarazo adolescente con enfoque intercultural y de género, y recomiendan brindar información sobre sexualidad, orientar de manera clara y completa sobre métodos anticonceptivos, entre otros (MSPAS, 2019). Sin

embargo, las adolescentes indígenas entrevistadas en nuestra investigación indicaron que no sienten privacidad y confidencialidad en los centros de salud y que cuando las adolescentes indígenas van a los centros por temas relacionados a los anticonceptivos, por ejemplo, se sienten cuestionadas o juzgadas por el personal de salud, como si fuera algo indebido buscar este tipo de servicios, por lo que prefieren ir a la farmacia o buscar en internet (Investigación propia Guatemala):

“Yo lo que sé es que en el municipio de Patzité [Quiché] no existe una atención de salud médica para adolescentes; existe, pero más para mujeres adultas, por ejemplo, por enfermedad o para la planificación familiar, pero para adolescentes no, no hay promoción o campañas que den a conocer los servicios para adolescentes sobre cómo protegerse o salud sexual y reproductiva” (Adolescente indígena de Patzité) (Investigación propia Guatemala).

En **Perú**, también existe una normativa para el trato especial a adolescentes, sin embargo, al igual que en Guatemala, no es específica para adolescentes indígenas. De acuerdo a la *Norma Técnica para la Atención de la Salud Integral en la Etapa de Vida Adolescente*, los establecimientos de salud deben garantizarles el acceso a métodos anticonceptivos y brindarles información detallada sobre salud sexual y reproductiva. Sin embargo, se reporta un trato jerárquico y discriminatorio en los servicios de salud que desincentiva a las adolescentes indígenas a asistir a ellos y que alimentan la vergüenza y desconfianza que sienten ellas acerca de los procedimientos o recomendaciones que les brindan los profesionales (CHIRAPAQ, 2021).

A esta desconfianza y temor al cuestionamiento que sienten las adolescentes indígenas al acercarse a un centro de salud para tratar temas de salud sexual y reproductiva, se suma el cuestionamiento en sus comunidades y familias. Este responde a la reproducción de patrones patriarcales que condenan la autonomía corporal de las mujeres y el control sobre su sexualidad, y que se vive con mayor intensidad en el caso de las adolescentes, porque no son solo sus familiares hombres los que pretenden ejercer el control sobre ellas, sino también las madres, abuelas y otras familiares o mujeres cercanas adultas de la comunidad.

En **Guatemala** se considera normal que las adolescentes indígenas vayan a los centros de salud a buscar información por diferentes enfermedades, pero no para buscar orientación sobre los cambios físicos, emocionales y sociales que experimentan durante la adolescencia y muchos menos, información acerca de métodos anticonceptivos (Investigación propia Guatemala). En **Nicaragua** también se ha registrado que las adolescentes indígenas, en especial, sufren de estigma social cuando se acercan a buscar métodos anticonceptivos a los centros de salud (Bureau of Democracy, Human Rights, and Labor, 2022).

“No siempre se sienten con la libertad de ir a los servicios de salud porque no les permiten los familiares, más los esposos y las suegras, a veces son las madres también que no permiten, además de que a veces no son bien atendidas en el servicio de salud” (Mujer 20 años de Chichicastenango) (Investigación propia Guatemala).

Esta barrera no se da del mismo modo cuando la adolescente indígena está en una unión, lo que, como veremos más adelante es también una violencia. Paradójicamente las adolescentes

indígenas en unión tienen más facilidad para ir a los centros de salud para atender su salud sexual y salud reproductiva. Esto también lo vemos en **Guatemala**, donde existe más tolerancia a que las adolescentes indígenas ya unidas o embarazadas vayan a los servicios de salud a ver temas de sexualidad y reproducción, frente a las adolescentes no unidas. (Investigación propia Guatemala).

La consecuencia de los embarazos adolescentes puede ser, en el peor de los casos, la muerte. Un estudio nos confirma que las madres menores de 15 años en Latinoamérica tienen un mayor riesgo de muerte materna, de muerte neonatal precoz y de anemia en comparación a las mujeres de entre 20 y 24 años (Conde-Agudelo et al., 2004). Sin embargo, también trae otras consecuencias negativas, como el abandono de la escuela, la imposibilidad de trabajar o el acceso a trabajos informales, así como la interrupción de los planes de vida de las niñas y adolescentes.

Por ejemplo, en **Argentina**, el 30% de las jóvenes que abandonó la escuela secundaria fue a causa del embarazo o la maternidad (AI, 2020). En el caso de las niñas y adolescentes indígenas, en especial, la interrupción de la educación es una consecuencia dramática, especialmente teniendo en cuenta que para ellas existen otras barreras causadas por las visiones patriarcales que las obligan a abandonar la escuela por cumplir un rol de cuidadoras de hermanos/as o ancianos/as, ayudantes en las labores agrícolas, entre otros, la lejanía de las escuelas sobre todo en el ámbito rural y la falta de acceso a una educación intercultural bilingüe y relevante.

Recomendaciones a los Estados:

1. Diseñar e implementar políticas o programas nacionales de atención de salud sexual y salud reproductiva diferenciada para niñez y adolescencia indígena, con perspectiva intercultural y de género, y que cuente con la participación de las mujeres, jóvenes, adolescentes y niñas indígenas y sus organizaciones.
2. Garantizar la implementación de las políticas y programas ya existentes en materia de atención a la salud sexual y salud reproductiva de la niñez y la adolescencia, y dotarlas de estrategias específicas para pueblos indígenas. Capacitar adecuadamente al personal de salud en interculturalidad y no discriminación y dotar de presupuesto adecuado a las instituciones encargadas de ejecutar estas políticas o programas.
3. Diseñar e implementar estrategias y/o programas específicos para la reducción de los embarazos adolescentes en pueblos indígenas que tengan la cobertura necesaria, consideren nuestras realidades y contextos socioculturales, empiecen desde la infancia, incluyan a los hombres y consideren a la cultura como una herramienta aliada fundamental, especialmente para combatir este tipo de violencia.
4. Garantizar la atención especializada para niñas y adolescentes indígenas embarazadas en los centros de salud más cercanos a sus comunidades y en las áreas urbanas donde residen, para evitar la mortalidad en quienes llevan a término su embarazo.
5. Tomar medidas para que las niñas y adolescentes indígenas embarazadas no abandonen la escuela, empezando por la prohibición de la expulsión por este motivo (que incluya fiscalización de su cumplimiento), hasta la coordinación constante de las escuelas con las familias y el apoyo psicoemocional constante.

6. Capacitar al personal del sistema de justicia y atención a la violencia para atender los casos de niñas y adolescentes embarazadas que han sufrido violencia sexual y dar curso a sus denuncias con pertinencia cultural y respeto.

5. Matrimonios y uniones infantiles, tempranos y forzados

En América Latina y el Caribe, los matrimonios y uniones infantiles, tempranos y forzados (MUITF) son uno de los asuntos más preocupantes junto con los embarazos infantiles y adolescentes porque las cifras son alarmantes. En 2017 se registró que el 23% de las mujeres de entre 20 y 24 años de América Latina y el Caribe habían estado casadas o unidas antes de los 18 años y el 5% antes de los 15 (Plan International & UNFPA, 2019). En los países en los que se enfoca este estudio (menos Argentina) los porcentajes de prevalencia de MUITF son los siguientes: **Brasil**, 26%; **Colombia**, 23%; **El Salvador**, 26%; **Guatemala**, 29%; **México**, 26%; **Nicaragua**, 35%; y **Perú**, 19% (MESECVI, 2022). En **Argentina** no se tiene registro y los datos más recientes son del 2010.

Sin embargo, siendo este un problema que implica consecuencias sociales, políticas y económicas, suele pasar desapercibido y recibe poca atención de las autoridades en general. De hecho, se ha demostrado que América Latina y el Caribe es la única región del mundo donde no se han dado reducciones significativas en los últimos 10 años en cuanto al número de MUITF (Plan International & UNFPA, 2019). Cabe mencionar que, si bien es más fácil tener datos sobre los matrimonios, las uniones que no se realizan de forma legal suelen pasar por debajo del radar de las estadísticas nacionales (Plan International & UNFPA, 2019).

Los MUITF están ligados estrechamente al embarazo adolescente e infantil. Salir embarazada a una edad temprana puede provocar que los padres decidan una unión temprana y, a su vez, entrar en una unión temprana implica un mayor riesgo de embarazo a temprana edad. Asimismo, las uniones tempranas y/o forzada que, en sí, son un tipo de violencia de género y en el caso de las mujeres indígenas también involucran violencia estructural, significan una mayor vulnerabilidad de niñas, adolescentes y jóvenes a sufrir violencia por parte de sus parejas.

En cuanto a las mujeres indígenas, tenemos una limitada información porque como hemos visto a lo largo del informe, la mayoría de países de la región no recoge datos desagregados por identidad indígena. Además, el tema en particular de MUITF en pueblos indígenas suele ser poco abordado porque en muchas ocasiones los Estados justifican su falta de atención al problema alegando que se trata de prácticas culturales. De este modo, no nos sorprende que en el estudio mencionado anteriormente se registró de manera particular la falta de información sobre los pueblos indígenas (Plan International & UNFPA, 2019). Pese a ello, se reconoce que el mayor riesgo lo enfrentan las niñas y adolescentes de los hogares más pobres, en áreas rurales, pertenecientes a pueblos indígenas y afrodescendientes (ONU Mujeres et al., 2020).

En **México**, se ha registrado que el matrimonio infantil se concentra mayormente en comunidades rurales e indígenas a nivel nacional. Además, en Chiapas, Guerrero y Veracruz, las jóvenes hablantes de lenguas indígenas presentan porcentajes de matrimonio infantil superiores a 40% (ONU Mujeres, 2016). Por otro lado, en **Colombia**, el porcentaje de mujeres indígenas de 20 a 24 años casadas o en unión antes de los 18 años es de 35%, lo que dista de otros grupos étnicos (UNICEF, 2019). También este porcentaje es bastante más alto que la media nacional mencionada anteriormente de 23%.

“Me da tristeza ver que en nuestro entorno nuestros padres sigan practicando el matrimonio infantil forzado, y que nadie lo dice, nadie lo ha visibilizado, y lo ven desde una parte cultural, porque dicen que esto es nuestra cultura, entonces es tan triste conocer esta realidad y es duro llegar con este mensaje para poder cambiar una parte del pensamiento de nuestros pueblos igual” (Joven de pueblo Kichwa Provincia del Pastaza, Ecuador) (CHIRAPAQ, 2020).

Aunque es una realidad que en muchas comunidades estas prácticas se amparan en “lo cultural” y los mismos Estados lo consideran así, las mujeres indígenas, en especial las jóvenes, hemos sido enfáticas en nuestros posicionamientos en espacios internacionales y espacios propios: la violación de los derechos individuales de las mujeres, jóvenes, adolescentes y niñas indígenas no puede justificarse con ninguna práctica denominada “cultural” o “en nombre de la tradición”.

Uno de los factores que influyen en las uniones tempranas en el caso de las niñas y adolescentes indígenas es lo económico. En **Perú**, se ha registrado que en muchos casos las jóvenes se separan de sus familias y deciden juntarse para convivir después de la secundaria porque no tienen recursos económicos, y terminan en una situación donde tienen escaso poder de decisión (CHIRAPAQ, 2021). En **El Salvador** también las adolescentes indígenas son tentadas con la promesa de la mejora económica y deciden unirse a hombres mayores que las saquen de situaciones de pobreza. Además, en este país también se ve que las adolescentes indígenas utilizan las uniones tempranas como una forma de huir de familias desintegradas y con problemas (Sanchez, 2023).

“Yo tenía 15 años cuando comenzamos a vivir juntos, él tenía 40 años. Realmente no era mi intención de vivir con él, sino que yo crecí sola, sin papá, ni mamá y yo no tengo hermanos; entonces la señora donde yo estaba como adoptada, lo que hizo fue entregarme a la fuerza con el señor, así sucedió. Yo quise escapármele antes pero al final terminamos siendo pareja” (Observatorio de Mujeres Indígenas de El Salvador, 2022).

En **Nicaragua**, se reconoce que en las comunidades existe la práctica de la venta de niñas y adolescentes indígenas, lo que se atribuye a una falta de sensibilización de los padres sobre el abuso que se comete en estos casos (Henriquez, 2023). Lo mismo sucede en **México**, donde, especialmente en Chiapas, pero también en otros lugares como Guerrero y Oaxaca, se registra que padres de familia dan a sus hijas menores de edad en matrimonio a personas mayores de edad a cambio de dinero o bienes materiales (Yeh, 2023).

“Algunas las venden de manera, con dinero, por ejemplo, en Oaxaca nos decían, ahí venden a una niña a 200,000 mil pesos. Hasta tiene cantidad (...). Se siguen casando a las niñas sin sus consentimientos” (Yeh, 2023).

En cuanto a las medidas que toman los Estados de Latinoamérica, la mayoría de ellos tienen normativas en las que se permiten los matrimonios de menores de 18 con alguna excepción. No obstante, algunos países en la región han demostrado un compromiso mayor en la reducción del matrimonio y las uniones tempranas y forzadas. En **El Salvador**, por ejemplo, la ENS 2021 muestra que el porcentaje de mujeres entre 15-19 años actualmente casadas o en unión es el 10,6%, lo que implica una disminución frente al 2014, cuando era un 21%. Sin embargo, de este total, el 8,4%

están unidas o casadas en área urbana y 14,9% en área rural (INS, 2021). Entonces, si bien es cierto en estos indicadores ha habido una reducción, aún preocupa la disparidad entre las mujeres de áreas urbanas y rurales, donde se concentra la población de adolescentes y niñas indígenas.

Cabe mencionar que **El Salvador** es uno de los pocos países de la región cuya legislación actualmente no permite los matrimonios de menores de 18 años bajo ninguna circunstancia y sin excepciones. Además, este país tiene la “*Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo en Niñas y en Adolescentes 2017-2027*”. Sin embargo, esta información no se conoce en las comunidades y las uniones tempranas no se denuncian; son especialmente las niñas y jóvenes indígenas de los cantones salvadoreños las que no conocen sus derechos y, por ende, viven como si no existiera esta normativa para ellas (Sanchez, 2023). En **Nicaragua**, se reporta que incluso en los casos en que el gobierno captura a un hombre mayor que está unido con una menor de edad, los padres intervienen tratando a las niñas como si fueran un objeto de su propiedad con el que pueden hacer lo que quieren (Henriquez, 2023).

Por último, es importante tener en cuenta que algunas comunidades son autónomas y ejercen su derecho a la autodeterminación implementando sus propias leyes y así mantienen estas prácticas nocivas como la venta de niñas y adolescentes. En ese caso, por ejemplo, en **México**, el gobierno prefiere evitar la confrontación y no se mete en estos asuntos para no generar conflicto con las comunidades (Yeh, 2023).

Recomendaciones a los Estados:

1. Fortalecer los marcos normativos nacionales de los países de la región para que el matrimonio sea permitido a partir de los 18 años solamente, sin ninguna excepción.
2. Hacer investigaciones serias y con una perspectiva intercultural sobre los matrimonios y uniones infantiles, tempranas y forzadas, teniendo en cuenta la variable étnica o de identidad indígena, para conocer la situación real en todos los países.
3. Incluir preguntas sobre matrimonios y uniones tempranas en los censos nacionales o encuestas de salud que se realicen, teniendo en cuenta la variable étnica o de identidad indígena.
4. Hacer campañas de difusión agresivas sobre las normas que prohíben los matrimonios y uniones tempranas para que lleguen a todas las áreas rurales y remotas y que se adapten los contenidos comunicacionales a los contextos indígenas utilizando no solo la lengua, sino una perspectiva intercultural.
5. Fortalecer las capacidades del personal de los sistemas de justicia y de atención a la violencia en el tema de matrimonios y uniones tempranas para que sean más amigables hacia las mujeres indígenas y estas puedan acercarse a denunciar con mayor confianza.
6. Promover programas de educación sexual integral y prevención de la violencia que aborden el tema de los matrimonios y uniones tempranas, enfocados no solo en el uso de métodos anticonceptivos sino también en los planes de vidas de las niñas y adolescentes, que incluyan la participación de lideresas indígenas, y que estén dirigidos también a padres de familia, líderes comunitarios y maestros en las escuelas.
7. Establecer programas educativos con pertinencia cultural y de género para niñas y adolescentes indígenas que las capaciten en diferentes oficios relevantes a sus contextos

a fin de que tengan mayores posibilidades de lograr una mejor autonomía económica tanto de sus familias como de potenciales maridos.

8. Implementar programas de incentivos para padres de familia a fin de evitar la venta de niñas y adolescentes, así como programas integrales de sensibilización con pertinencia cultural, intergeneracional y de género con las comunidades donde aún se realizan estas prácticas. Estos programas deben basarse en modelos implementados por mujeres indígenas y contar con su participación plena y efectiva para evitar la resistencia y la transgresión de los derechos de los pueblos indígenas.

6. Violencias de género

Como se vio anteriormente, las mujeres indígenas experimentamos diferentes tipos de violencias a lo largo de nuestros ciclos de vida y es por ello que tomamos la decisión de escribir el término siempre con una “s” al final. Esto indica que las violencias pueden venir de diferentes actores, se pueden dar en diferentes ámbitos, pueden tener diferentes formas, y que en nuestras vidas se sobreponen unas a otras para generar un impacto mayor.

El Consenso de Montevideo hace especial énfasis en eliminar todas las formas de violencia en sus medidas prioritarias 16, 57, 58, 89. Cabe mencionar que en la medida 16 se hace énfasis a garantizar que niños, niñas, adolescentes y jóvenes puedan vivir una vida libre de violencia y en la medida 89 se menciona que es necesario tomar medidas en conjunto con los pueblos indígenas para garantizar una vida libre de violencia para niños, niñas, adolescentes, jóvenes y mujeres indígenas, quienes justamente son la población prioritaria de este informe y del trabajo del ECMIA.

En esta sección nos centraremos en las violencias de género contra mujeres, niñas y jóvenes indígenas. Las mujeres indígenas hemos llegado a la conclusión que, para comprender las violencias de género, es necesario un análisis integral y ecológico de las relaciones “causas-efectos-causas desde seis niveles: el histórico; el del contexto actual; el de pueblo indígena; el de comunidad, entendida tanto en su ubicación rural como urbana; el familiar y el individual” (Iniciativa Spotlight et al., 2021, pp.13). En esta sección nos centraremos en el nivel familiar e individual, teniendo en cuenta que todos los niveles confluyen y vuelven nuestras experiencias más complejas.

Las mujeres, jóvenes y niñas indígenas somos bastante vulnerables a las violencias de género. Las estadísticas disponibles con la variable étnica o de identidad indígena, aunque pocas, nos indican que somos más vulnerables que nuestras pares no indígenas a la violencia física, sexual, verbal y psicológica en la región.

En **Perú** las mujeres indígenas tienen mayores índices de violencia física, sexual, verbal y psicológica que sus pares no indígenas (INEI, 2021). Por ejemplo, en los últimos 12 meses de realizada la ENDES 2021, 9,6% de mujeres indígenas declararon haber sufrido algún tipo de violencia física o sexual por parte del esposo o compañero, frente al 6,8% de las mujeres mestizas; también un 54,4 % declaró haber sufrido violencia psicológica o verbal alguna vez por parte del esposo o compañero, frente al 48,8% en el caso de las mujeres blancas (INEI, 2021).

En **México** se constata que las mujeres hablantes de lengua indígena sufren mayor prevalencia de violencia física y violencia sexual que las mujeres no indígenas, pero menor prevalencia de violencia emocional (Frías, 2021). En **El Salvador**, la prevalencia de violencia contra las mujeres indígenas a lo largo de su vida es de 67,6% frente al 67,2% en el caso de las mujeres mestizas (DIGESTYC, 2017). Además, en la Segunda Encuesta de Violencia de Género de Mujeres Indígenas en El Salvador, el 41% de las encuestadas manifestaron haber sufrido violencia alguna vez por parte de sus parejas, las que en su mayoría fueron violencia psicológica y física (Observatorio de Mujeres Indígenas de El Salvador, 2023).

En **Colombia**, en 2021 se registraron 2106 casos de violencia contra niñas, adolescentes y mujeres indígenas, de los cuales el 44,5% de los casos se trata de violencia física y 30,3% de violencia sexual (ONIC et al., 2022). Es importante tener en cuenta que la violencia sexual en niñas y adolescentes está muy relacionada al embarazo adolescente. De hecho, En Colombia las niñas y adolescentes indígenas son las más vulnerables a la violencia sexual y las mujeres adultas y jóvenes a la violencia física (ONIC et al., 2022).

De estas mujeres, jóvenes y niñas indígenas que sufren violencias de género, solo algunas buscan justicia. En **Perú**, solo el 29% de las mujeres que sufrieron de violencia física buscaron ayuda en alguna institución del estado y las razones principales por las que no se denuncia es que no lo consideraron necesario, sintieron vergüenza, o no sabían a dónde acudir (INEI, 2021). En la encuesta realizada por el Observatorio de Mujeres Indígenas de El Salvador, la mayoría de las mujeres indígenas entrevistadas que indicaron haber sufrido violencia no denunciaron el hecho; algunas conocían las instancias a las que podían acercarse para la atención, pero muchas no las conocían y tampoco estaban enteradas de la normativa nacional que ampara su derecho a una vida libre de violencias (2022).

En el caso de las mujeres indígenas en particular, suelen encontrar barreras para encontrar justicia en las instituciones del estado porque no están cerca, existe discriminación por género y por identidad indígena, el personal no está sensibilizado en interculturalidad ni perspectiva de género, no se atiende en lengua indígena, no se cuenta con intérpretes y/o traductores, entre otros. Muchas mujeres que se acercan a denunciar casos de violencia son revictimizadas por el personal de las fiscalías, comisarías, u otras instituciones dependiendo del país.

Sin embargo, hay acciones positivas que resaltar por parte de los gobiernos para solventar la barrera lingüística. En **Perú**, la Línea 100 que es la línea de atención telefónica del Ministerio de la Mujer y Poblaciones vulnerables que brinda información, orientación, consejería y soporte emocional a víctimas de violencia, ahora también está disponible en quechua y aymara. Para poder brindar este servicio se contratan psicólogos, trabajadores sociales y abogados que hablan las lenguas indígenas. Sin embargo, habría que evaluar cuán conocido es este servicio en el público objetivo y si en realidad funciona óptimamente. En **Argentina**, el Poder Judicial de El Chaco cuenta actualmente con 90 peritos traductores e intérpretes en lenguas indígenas Qom, Wichí y Moqoit (Catrileo, 2023). Gracias al trabajo de estos profesionales, se puede atender con mayor pertinencia los casos de violencia contra mujeres, niñas y jóvenes indígenas en esta provincia.

Por otro lado, también las mujeres indígenas encuentran barreras para acceder a justicia en los sistemas de justicia propios de los pueblos indígenas que son liderados por las autoridades de la

comunidad y cuya existencia y prevalencia frente al sistema nacional de justicia en ciertas áreas se basa en el derecho a la libre determinación y la autonomía. Se ha evidenciado que estos sistemas suelen tener una debilidad de recursos para el abordaje de los casos de violencias de género (Iniciativa Spotlight et al., 2021).

“Pero en el pueblo ocurre mucho y no se denuncia en absoluto. La gente tiene miedo, miedo de denunciar. O, a menudo, hablan y otras personas incluso buscan ayuda para la persona que ha sido víctima y esa persona lo niega. Ocurre mucho, pero no se habla mucho de ello. A menudo, cuando hablamos de ello, la gente lo sigue negando, dice que es mentira, que no ocurrió, y vuelve a esa persona y continúa en este ciclo [...]” (Mujer indígena Pataxo) (Investigación propia Brasil).

Otra barrera se encuentra en el desconocimiento y la normalización de las violencias. Muchas mujeres indígenas que sufren violencias de género no identifican las violencias y no reconocen su situación en estos términos. En **El Salvador**, pocas mujeres indígenas reconocieron que sufrían de violencia, pero al preguntarles si su esposo o compañero era celoso o ejercía control sobre ellas, respondieron que sí y dieron ejemplos de que no las dejaban salir solas, se molestaban si las veían conversar con otros hombres, mostraban mal carácter en estado de ebriedad, entre otros (Observatorio de Mujeres Indígenas de El Salvador, 2022). En **Guatemala** se evidencia lo mismo:

“Muchas niñas no conocen sobre sus derechos y los diferentes tipos de violencias, no se saben defender, las que hemos estado en procesos de formación en las organizaciones, más o menos nos defendemos pero las que están en las comunidades y no han recibido ningún tipo de información es muy difícil, las acosan o se da la violencia en diferentes maneras; las niñas de mi comunidad se dejan intimidar mucho y trato de hablar con mi hermanita aunque a mí nadie me orientó de pequeña, por lo tanto es muy importante en la vida de las niñas” (Adolescente 19 años, Patzité) (Investigación propia Guatemala).

En **Brasil** vemos que la violencia también se normaliza en las comunidades. Una mujer Pataxó refirió que la violencia contra las mujeres siempre ha existido en su comunidad, pero a menudo se ignora y se etiqueta como una "pelea entre marido y mujer" (Investigación propia Brasil). Otra mujer Pataxó explicó que es difícil para las víctimas identificar la violencia cuando esta va disfrazada de actos de cuidado y que, entre los Pataxó, predominan los casos de violencia psicológica, incluyendo amenazas e intentos de feminicidio (Investigación propia Brasil).

“Tenemos 48 años juntos, yo tengo 68 años y él tiene 67, es un año menos. Él es demasiado celoso. Me quería tener toda la vida de no salir. Ha sido así toda la vida. Me arrima otra persona, otro hombre. Me dice: a revolcarte con los hombres vas y no era así. Mis niños necesitaban estudiar y comer; el dinero él lo botaba y aun hoy” (Observatorio de Mujeres Indígenas de El Salvador, 2022).

Tampoco se registran iniciativas desde los Estados para abordar las consecuencias de la violencia en el ámbito físico y emocional de las mujeres, jóvenes y niñas indígenas.

“Ahora sí que todavía es más complicado que vayan y cubran todos los efectos que este tipo de violencias generan en las mujeres a nivel físico y emocional, porque muchas

veces es ahí donde llega la tristeza, el aislamiento, la depresión, baja autoestima y las ganas de no saber cómo seguir llevando la vida” (Hernández, 2023).

En cuanto a la respuesta de los Estados de la región para enfrentar las violencias, se han registrado avances. Se evidencian avances en materia normativa en general, por ejemplo, cada vez más países tienen leyes que tipifican y sancionan el feminicidio, la violencia sexual, la trata de personas; se implementan y diseñan más políticas a favor de la igualdad y en contra de la violencia de género; se han creado más instancia judiciales; y en específico para las mujeres indígenas, se han diseñado algunos protocolos con pertinencia cultural y se ha promovido una mayor participación de organizaciones de mujeres indígenas y mixtas en mesas de concertación sobre el tema (CHIRAPAQ & ECMIA, 2023).

Los retrocesos que se han identificado han sido principalmente a causa de la pandemia por el COVID-19, por ejemplo, estancamientos de la implementación, recortes presupuestales y la desaparición de programas e instituciones relevantes (CHIRAPAQ & ECMIA, 2023). Además, en el caso particular de las mujeres indígenas, vemos la usurpación y simulación de nuestra participación y representación política, así como el desconocimiento de organizaciones con trayectorias largas de trabajo en contra de las violencias (CHIRAPAQ & ECMIA, 2023).

Algunos casos concretos de avances y retrocesos de las respuestas de los Estados contra las violencias de género son las siguientes:

En **Perú**, se ha registrado que se está hablando de violencias múltiples, se cuenta con una ley que sanciona el acoso político y la ley de paridad electoral; sin embargo, se intentó cambiar el nombre del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables por el de Ministerio de la Familia, lo que invisibilizaría la violencia de género (CHIRAPAQ & ECMIA, 2023).

Por otro lado, en **El Salvador**, se ha aprobado la Ley Integral para una Vida Libre de Violencia hacia las Mujeres, pero se evidencia la falta de separación de poderes y la destitución de instituciones (CHIRAPAQ & ECMIA, 2023). En **México** vemos que se ha fortalecido en gran manera la institucionalidad que promueve la igualdad de género y trabaja en contra de las violencias. El gobierno cuenta con una ley que garantiza a las mujeres una vida libre de violencias, existen instituciones como la Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (CONAVIM), el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), el Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (INPI), entre otras; sin embargo, se ha recortado presupuesto a programas que atienden las violencias y otros han desaparecido (CHIRAPAQ & ECMIA, 2023).

En **Guatemala** se cuenta con dos leyes que abordan la violencia contra las mujeres, se crearon juzgados y tribunales de feminicidio y se creó la Coordinadora Nacional para la Prevención de la Violencias (CONAPREVI), no obstante, se evidencian retrocesos en la atención con pertinencia cultural para mujeres indígenas, no siempre se cuenta con intérpretes y traductores en lenguas indígenas y las reparaciones no generan un mayor impacto en la vida de las mujeres (CHIRAPAQ & ECMIA, 2023).

PRÁCTICAS PROPIAS
Atención y prevención de violencias de género
En México , un programa emblemático impulsado por las mujeres indígenas principalmente dirigido a la atención a las víctimas de violencias de género, así como a la prevención, es la Red

Nacional de Casas de la Mujer Indígena (RED CAMI)⁸. De naturaleza autogestiva, las CAMI comenzaron en 2002 como una respuesta de las mismas mujeres indígenas frente a las violencias en sus comunidades. En este sistema, ellas son la primera instancia de contacto con sus pares que experimentan violencias y actúan como un puente con las instituciones de salud y justicia.

Las CAMI son espacios donde se atiende a mujeres indígenas víctimas de violencias, con perspectiva cultural, de género y derechos humanos. Se les brinda apoyo legal, registro, identificación y acompañamiento de casos, servicios de traducción jurídica, atención integral de salud, apoyo emocional, y refugio. Además, las CAMI realizan acciones de prevención donde se empodera a las mujeres indígenas sobre sus derechos, incluyendo los derechos sexuales y derechos reproductivos, se sensibiliza a la población en general y se trabaja de manera conjunta con estudiantes, autoridades y hombres en general.

Cada CAMI tiene su propio plan de trabajo y decide qué acciones realizar en el año, de acuerdo al presupuesto que se le asigne y su capacidad, así como las necesidades de las mujeres indígenas del área en la que operan.

Actualmente reciben apoyo financiero del Estado, como un reconocimiento a su efectividad y relevancia; sin embargo, durante la pandemia del COVID-19 les recortaron el presupuesto y se demoraron en entregarlo. Las representantes de las CAMI hicieron incidencia para lograr la reposición del presupuesto en julio de 2020.

Finalmente, las CAMI requieren que sus presupuestos sean ampliados porque el actual presupuesto que se les brinda no les alcanza para pagar adecuadamente al personal que requieren y utilizan mucho trabajo voluntario que termina sobrecargado.

Recomendaciones a los Estados:

1. Elaborar normas técnicas de atención específica para mujeres en las instituciones abocadas a atender y prevenir las violencias de género con perspectiva intercultural, intergeneracional y de género. Garantizar la implementación de estas normas, así como las políticas nacionales relacionadas a la atención y el abordaje de las violencias de género.
2. Capacitar al personal de las instituciones del Estado que atienden y previenen las violencias de género en interculturalidad y no discriminación, en los diferentes niveles de atención.
3. Reforzar los programas de atención y abordaje de las violencias de género con profesionales que hablen lenguas indígenas o garantizando la presencia de intérpretes y traductores. En el caso de que no existiera estos programas, implementarlos en coordinación con las organizaciones y comunidades indígenas.
4. Garantizar la participación de mujeres indígenas de diferentes edades en todo el proceso de elaboración, implementación y evaluación de las políticas referentes a violencias de

⁸ Para mayor información sobre esta iniciativa, ver: <http://tsipekua.ecmia.org/iniciativa.html?id=18>

género, por medio de una participación plena, efectiva y representativa, evitando la cooptación de espacios de participación por personas no idóneas.

5. Apoyar con un presupuesto adecuado, justo y suficiente, y capacidad técnica a las iniciativas autogestionadas de las mujeres indígenas para atender a mujeres indígenas víctimas de violencias, contribuyendo a potenciar sus planes de trabajo y su capacidad de acción.
6. Apoyar con presupuesto y capacidad técnica a las iniciativas de las mujeres indígenas dirigidas a la sensibilización, educación e información sobre las violencias de género en comunidades, respetando sus metodologías y enfoques, que promuevan la identificación de las violencias, el conocimiento de las vías para buscar atención, justicia y reparación en el sistema de justicia nacional, además de las normativas y derechos que las amparan.
7. Promover un mayor intercambio de buenas prácticas, conocimientos y estrategias para abordar las violencias contra las mujeres indígenas, a partir de la generación de comunidades, bancos de prácticas, sistematizaciones de experiencias y su difusión.
8. Organizar espacios de diálogo entre los prestadores de justicia de los sistemas indígenas y nacionales sobre el abordaje de las violencias de género, y hacer campañas de sensibilización sobre normativas nacionales e internacionales al respecto, desde una perspectiva intercultural.
9. Promover procesos de sanación organizados por mujeres indígenas y para mujeres indígenas de diferentes edades, en base a la cosmovisión indígena y los conocimientos ancestrales, con perspectiva intercultural y de género.

V. Lecciones aprendidas durante la elaboración del informe

A lo largo del informe se ha expuesto una serie de datos y experiencias sobre el estado de la salud sexual y salud reproductiva, así como el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres, jóvenes, adolescentes y niñas indígenas, que nos han hecho llegar a la conclusión de que el Consenso de Montevideo está lejos de ser una realidad para nosotras.

En ninguno de los temas prioritarios hemos notado avances significativos hacia el cumplimiento de las medidas prioritarias del Consenso en mujeres indígenas. Seguimos invisibilizadas en las políticas y programas de los Estados dirigidos a promover el ejercicio de derechos sexuales y derechos reproductivos, y en su implementación aún más. Existe una brecha grande entre los marcos normativos y los derechos reconocidos en ellos, y las realidades que enfrentamos.

En especial, nos preocupa la niñez y adolescencia que se encuentra cada vez en mayor riesgo de violencias, como los embarazos y las uniones tempranas, sin que los Estados tomen medidas específicas que sean concretas y efectivas para erradicarlas. Siendo el futuro de nuestros pueblos y las encargadas de revalorar, practicar e innovar en nuestras culturas, tememos que el riesgo que corren de ver sus planes de vida truncados afecte a nuestras comunidades y nuestra existencia como pueblos.

En algunos de los temas prioritarios hemos registrado iniciativas inspiradoras específicas para mujeres indígenas y que podrían sentar buenos precedentes, pero ninguna de ellas ha sido de carácter nacional y generalizado. Más bien, se tratan de programas locales que dependen de la

voluntad política de los gobiernos locales, un reducido presupuesto y mucha buena voluntad por parte de los funcionarios que los ejecutan.

Hacen falta políticas nacionales que aborden la salud sexual y salud reproductiva, así como los derechos sexuales y los derechos reproductivos en pueblos indígenas y que incluyan todos los temas prioritarios de este informe con una perspectiva intercultural, intergeneracional y de género. Como parte de la implementación de estas políticas, es necesario que los Estados adopten medidas innovadoras de largo plazo que cuenten con el financiamiento adecuado.

Los Estados deben respetar su compromiso de cumplir con el Consenso de Montevideo y no permitir retrocesos en los marcos normativos, las políticas y su implementación en el ámbito nacional. Estas políticas y normas no deben depender de las ideologías que tengan los gobernantes de turno, sino de estrategias nacionales de largo plazo a las que estos se adapten para ejercer su rol.

Por último, es importante notar que las mujeres y juventudes indígenas desde nuestras organizaciones y comunidades hemos contribuido al avance de la implementación del Consenso de Montevideo en diferentes temas prioritarios, desde nuestros saberes, conocimientos y ciencia, y el trabajo de nuestras organizaciones y colectivos. Hemos decidido actuar y plantear soluciones, en vez de esperar de manos cruzadas a que los Estados respondan a nuestras problemáticas a pesar de que es nuestro derecho.

Por ello, es importante que las mujeres, jóvenes, adolescentes y niñas indígenas estemos presentes en la toma de decisiones, y el diseño, implementación y evaluación de políticas, estrategias y programas sobre salud sexual y salud reproductiva con la información necesaria y la posibilidad de intervenir activamente por medio de una participación plena y efectiva.

VI. Referencias

Amnistía Internacional (AI). (2020). *Son Niñas, No Madres: aumentan los riesgos de violencia sexual y embarazo para niñas latinoamericanas*. Amnistía Internacional Argentina. <https://amnistia.org.ar/son-ninas-no-madres-aumentan-los-riesgos-de-violencia-sexual-y-embarazo-para-las-ninas-latinoamericanas/>

Bureau of Democracy, Human Rights, and Labor. (2022). *2022 Country Reports on Human Rights Practices: Nicaragua*. https://www.state.gov/wp-content/uploads/2023/03/415610_NICARAGUA-2022-HUMAN-RIGHTS-REPORT.pdf

Catrileo, C. (2023). Más de 90 peritos interpretes indígenas trabajan como auxiliares en el Poder Judicial de Chaco. *Télam Digital*. <https://www.telam.com.ar/notas/202308/636238-peritos-interpretes-indigenas-auxiliares-poder-judicial-chaco.html>

Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde - Instituto Gonçalo Muniz - Fundação Osvaldo Cruz (CIDACS/Fiocruz Bahia), Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA), & Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA Brasil). (2023). *Sem Deixar a Ninguém para Trás: Gravidez, maternidade e violência sexual na adolescência*. <https://assets-dossies-ipg->

v2.nyc3.digitaloceanspaces.com/sites/3/2023/02/cartilha-unfpa-digital_compressed.pdf

CHIRAPAQ Centro de Culturas Indígenas del Perú (CHIRAPAQ). (2022). *Abriendo caminos para las nuevas generaciones. Participación del ECMIA en los procesos de El Cairo, Consenso de Montevideo y los ODM/ODS* (Vol. 40, Ser. Indígenas en Acción).

CHIRAPAQ Centro de Culturas Indígenas del Perú (CHIRAPAQ). (2021). *Violencia sexual contra niñas y jóvenes indígenas: Reporte Nacional*.

CHIRAPAQ Centro de Culturas Indígenas del Perú (CHIRAPAQ). (2020). *Diagnóstico regional de América Latina: Ejercicio, promoción y defensa de los derechos sexuales y derechos reproductivos, barreras y limitaciones para la participación efectiva de las jóvenes indígenas en espacios de toma de decisiones sobre las políticas y programas en estas materias* [Manuscrito no publicado].

CHIRAPAQ Centro de Culturas Indígenas del Perú (CHIRAPAQ), & Enlace Continental de Mujeres Indígenas de las Américas (ECMIA). (2023). *Perfiles nacionales sobre los marcos institucionales, normativos y de accionar público vinculados con la prevención, respuesta y erradicación de las violencias contra mujeres, jóvenes y niñas indígenas* [Manuscrito no publicado].

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2015). *Guía operacional para la Implementación y el seguimiento del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (LC/L.4061(CRPD.2/3)/Rev.1)*. Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/38935/>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2014). *Los pueblos indígenas en América Latina. Avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos*.

Conde-Agudelo, A., Belizán, J. M., & Lammers, C. (2004). *Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study*. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 342–349.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), & Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2022). *Nacimientos en niñas y adolescentes colombianas*. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/ene-2022-nota-estadistica-embarazo.pdf>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2019). *Población indígena de Colombia: Resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018*.

Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC). (2017). *Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres 2017*. <https://onec.bcr.gob.sv/observatorio.genero/docs/ENVCM%2017.pdf>

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2019). *Perfil del matrimonio infantil y las uniones tempranas en América Latina y el Caribe*.
<https://data.unicef.org/resources/profile-of-child-marriage-and-early-unions-in-latin-america-and-the-caribbean/>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas en Perú (UNFPA Perú). (2023). *Información sobre el Día Mundial de la Población 2023*.
<https://peru.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/doc.pdf>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), ForoLAC, & Reproductive Health Supplies Coalition (RHSC). (2020). (rep.). *El Impacto de COVID-19 en el acceso a los anticonceptivos en América Latina*. UNFPA.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2020a). *Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en seis países de América Latina y el Caribe. Implementación de la metodología Milena en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay*. Disponible [en línea]
https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/unfpa_consecuencias_en_6_paises_espanol_1.pdf
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2020b). *Consecuencias socioeconómicas del embarazo adolescente en México: Implementación de la metodología para estimar el impacto socioeconómico del embarazo y la maternidad adolescentes en países de América Latina y el Caribe*.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y Plan International Americas. (2019). *A Hidden Reality for Adolescent Girls: Child, Early and Forced Marriages and Unions in Latin American and the Caribbean: regional report*.
https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UnionesTempranas_ENG_Web.pdf
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (n.d.). *Qué hacemos: Planificación Familiar*. UNFPA América Latina y el Caribe.
<https://lac.unfpa.org/es/temas/planificaci%C3%B3n-familiar>
- Frías, S. M. (Ed.). (2021). *Violencias de género en contra de mujeres y niñas indígenas en México en contextos públicos, privados e institucionales*. Universidad Nacional Autónoma de México.

Güemes, C. (2022). *Contra el aborto, contra la democracia*. *Blog Iberoamérica Global*. Recuperado el 12 de julio de 2023, de <https://www.fundacioncarolina.es/contra-el-aborto-contra-la-democracia/>.

Henríquez, N (2023). Encuesta escrita. 15 de agosto de 2023.

Hernández, G (2023) Encuesta escrita. 16 de agosto de 2023.

Iniciativa Spotlight, UNFPA y CHIRAPAQ. (2021). *Prácticas prometedoras y modelos interculturales replicables para prevenir y responder a las violencias contra las mujeres, jóvenes y niñas indígenas en América Latina y el Caribe*.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2021). (rep.). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021 Nacional y Departamental*. Lima: INEI.

Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), & Ministerio de Salud (MINSA). (2013). (rep.). *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2011/12*.

Instituto Nacional de Salud (INS). (2021). (rep.). *Encuesta Nacional de Salud (ENS)*. El Salvador: Ministerio de Salud de El Salvador.

Marcha das Mulheres Indígenas. (2019). *Território: nosso corpo, nosso espírito*.

Recuperado 12 de julio 2023, de <https://ispn.org.br/site/wp-content/uploads/2019/08/DOCUMENTO-FINAL-MARCHA-2019.pdf>.

Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI). (2022). *Informe Hemisférico sobre matrimonios y uniones infantiles, tempranas y forzadas en los Estados parte de la Convención de Belém do Pará*.

https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/matrimonio_infantil_ESP.pdf

Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza. (2018). *Embarazo en adolescentes y niñas en el Perú: un problema de salud pública, derechos y oportunidades para las mujeres* (Universidad Privada del Norte, Ed.). <https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/25552/Alerta%20embarazo%20en%20adolescentes%20y%20ni%C3%B1as%20en%20el%20Per%C3%BA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ministerio del Ambiente (MINAM), Ministerio de Cultura (MINCUL), Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables del Perú (MIMP). (2019). *Los enfoques transversales en la adaptación y mitigación frente al cambio climático al 2030*. Lima.

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables del Perú (MIMP). (2017). *Conceptos fundamentales para la transversalización del enfoque de género*. Lima; Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.

- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP). (2015). *Proceso de implementación de la Plataforma Itinerante de Acción Social que forma parte de la Estrategia de Acción Social con Sostenibilidad en la cuenca del río Napo - Loreto Periodo 2013 - 2014*. <https://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/pnaia/pdf/libro-plataforma-itinerante.pdf>
- Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica de Costa Rica (MIDEPLAN), & ONU Mujeres. (2017). *Guía sobre el enfoque de igualdad de género y derechos humanos en la evaluación: Orientaciones para su incorporación en el proceso de evaluación*.
- Ministerio de Salud de Colombia, & Profamilia. (2015) *Encuesta Nacional de Demografía y Salud - Tomo I*. <https://profamilia.org.co/docs/ENDS%20%20TOMO%20I.pdf>.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (MINSALUD). (2013). *Embarazo Adolescente*. <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/embarazo-adolescente/anexo-cifras-embarazo-adolescente-en-colombia-documentoICFB-jul-2013.pdf>
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y Fondo de Población de las Naciones Unidas Guatemala (UNFPA Guatemala). (2023). *Informe de País de la Situación de la Mortalidad Materna 2019*. https://guatemala.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/informe_de_pais_mortalidad_materna.pdf
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). (2019). *Modelo de Atención Integral y Diferenciada de Adolescentes y Jóvenes*. https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/289_24.pdf
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Instituto Nacional de Estadística (INE), & Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN). (2017). (rep.). *VI Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2014-2015*. Guatemala.
- Mira que te Miro. (2022). *Perú: Servicios de Salud Sexual y Reproductiva*. Mira que te Miro. <https://miraquetemiro.org/countries/PER/36/>
- Mira que te Miro. (2022a). *Inicio*. Mira que te Miro. <https://miraquetemiro.org/>
- Observatorio de Mujeres Indígenas de El Salvador. (2023). *Segunda Encuesta de Violencia de Género de Mujeres Indígenas*. <https://mujerindigenaelsalvador.org/wp-content/uploads/2023/06/Segunda-encuesta-de-violencia-de-genero-de-Mujeres-Indigenas-V2.pdf>

- Observatorio de Mujeres Indígenas de El Salvador. (2022). *Encuesta de violencia de género de mujeres indígenas*. <https://mujerindigenaelsalvador.org/wp-content/uploads/2022/08/Libro-Encuesta-De-Violencia-de-Genero-de-Mujeres-Indigenas-FINAL.pdf>
- Observatorio de Salud Reproductiva de Guatemala (OSAR). (2022). *Embarazos en niñas y adolescentes en Guatemala*. <https://osarguatemala.org/wp-content/uploads/2022/05/Hoja-informativa.pdf>
- ONU Mujeres, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), & Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2020). *Matrimonio Infantil y Uniones Tempranas en América Latina y el Caribe en contextos humanitarios y de crisis*.
- ONU Mujeres. (2016). *Matrimonios y uniones tempranas de niñas*. https://mexico.unwomen.org/sites/default/files/Field%20Office%20Mexico/Documentos/Publicaciones/2016/MATRIMONIO%20INFANTIL_.pdf
- Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC), Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Ministerio de Salud y Protección Social (MINSALUD), & Fondo de Población de las Naciones Unidas Colombia (UNFPA Colombia). (2022). *Situación de las Mujeres Indígenas en Colombia 2022*. https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/dia_internacional_mujeres_indigenas.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2015). *Boletín Informativo: El Embarazo en Adolescentes*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54210/boletinadolescentes_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Sanchez, O (2023). Comunicación telefónica. 25 de julio de 2023.
- Son Niñas, No Madres. (2021). *Violencia sexual, embarazos forzados y acceso a servicio de salud en el contexto de la pandemia del COVID-19*. <https://www.ninasnomadres.org/alza-la-voz/wp-content/uploads/2021/03/Informe-NNM-CIDH.pdf>
- Son Niñas No Madres. (2022). *Información* [Podcast]. Niñas, No Madres: El Podcast. Recuperado 15 de julio de 2023, de <https://open.spotify.com/show/3CRfE5tXaOIHqWxonECfUW>
- Yeh, M (2023). Comunicación telefónica. 15 de agosto de 2023.

VII. Anexos

ANEXO I: Relación de medidas prioritarias del Consenso de Montevideo abordadas en cada una de las secciones de los “Temas Prioritarios” del documento.

Temas prioritarios	# de medida	Texto de la medida prioritaria o consideración (Consenso de Montevideo)
Acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva (anticoncepción, atención, información)	12	Implementar programas de salud sexual y salud reproductiva integrales, oportunos y de calidad para adolescentes y jóvenes, que incluyan servicios de salud sexual y salud reproductiva amigables, con perspectiva de género, derechos humanos, intergeneracional e intercultural, y que garanticen el acceso a métodos anticonceptivos modernos, seguros y eficaces, respetando el principio de confidencialidad y privacidad, para que adolescentes y jóvenes ejerzan sus derechos sexuales y derechos reproductivos, tengan una vida sexual responsable, placentera y saludable, eviten los embarazos tempranos y los no deseados, la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual; y tomen decisiones libres, informadas y responsables con relación a su vida sexual y reproductiva y al ejercicio de su orientación sexual;
	34	Promover políticas que contribuyan a asegurar que las personas ejerzan sus derechos sexuales, que abarcan el derecho a una sexualidad plena en condiciones seguras, así como el derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, con respeto de su orientación sexual e identidad de género, sin coerción, discriminación ni violencia, y garantizar el derecho a la información y a los medios necesarios para su salud sexual y salud reproductiva
	35	Revisar la legislación, las normas y prácticas que restringen el acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva, incluida la provisión de servicios integrales amigables en el caso de adolescentes y jóvenes, y asegurar el acceso a la información completa sobre todas las opciones de servicios disponibles para todas las personas sin discriminación de ningún tipo, para asegurar que se cumplan en nuestra región los más altos estándares internacionales de protección a los derechos humanos y libertades fundamentales
	37	Garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y salud reproductiva de calidad, tomando en consideración las necesidades específicas de hombres y mujeres, adolescentes y jóvenes, personas LGBT, personas mayores y personas con discapacidad, prestando particular atención a personas en condición de

		vulnerabilidad y personas que viven en zonas rurales y remotas y promoviendo la participación ciudadana en el seguimiento de los compromisos
	44	Garantizar el acceso efectivo a una amplia gama de métodos anticonceptivos modernos, basados en evidencia científica con pertinencia cultural, incluyendo la anticoncepción oral de emergencia
	87	Garantizar el derecho a la salud de los pueblos indígenas, incluidos los derechos sexuales y derechos reproductivos, así como el derecho a sus propias medicinas tradicionales y sus prácticas de salud, sobre todo en lo que se refiere a la reducción de la mortalidad materna e infantil, considerando sus especificidades socioterritoriales y culturales, así como los factores estructurales que dificultan el ejercicio de este derecho
Salud Materna	40	Eliminar las causas prevenibles de morbilidad y mortalidad materna, incorporando en el conjunto de prestaciones integrales de los servicios de salud sexual y salud reproductiva medidas para prevenir y evitar el aborto inseguro, que incluyan la educación en salud sexual y salud reproductiva, el acceso a métodos anticonceptivos modernos y eficaces y el asesoramiento y atención integral frente al embarazo no deseado y no aceptado y, asimismo, la atención integral después del aborto, cuando se requiera, sobre la base de la estrategia de reducción de riesgo y daños
	43	Asegurar el acceso efectivo de todas las mujeres a la atención integral en salud en el proceso reproductivo, específicamente a atención obstétrica humanizada, calificada, institucional y de calidad, y a servicios óptimos de salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como a servicios que integren la interrupción del embarazo en los casos previstos por la ley y garantizar el acceso universal a técnicas de fertilización asistida
	45	Formular planes para fortalecer los mecanismos de detección de alteraciones del embarazo, incluida la preconcepción, elevar la calidad de atención prenatal con enfoque intercultural, garantizar la provisión de sangre segura para la atención del embarazo, parto y puerperio, y mejorar la atención humanizada del parto y el

		nacimiento y los cuidados perinatales integrales, teniendo en cuenta las necesidades de las mujeres, los niños, las niñas y las familias
Educación Sexual Integral	11	Asegurar la efectiva implementación de programas de educación integral para la sexualidad, reconociendo la afectividad, desde la primera infancia, respetando la autonomía progresiva del niño y de la niña y las decisiones informadas de adolescentes y jóvenes sobre su sexualidad, con enfoque participativo, intercultural, de género y de derechos humanos
Embarazos en adolescentes	13	Poner en práctica o fortalecer políticas y programas para evitar la deserción escolar de las adolescentes embarazadas y las madres jóvenes
	14	Dar prioridad a prevenir el embarazo en la adolescencia y eliminar el aborto inseguro, mediante la educación integral para la sexualidad, y el acceso oportuno y confidencial a la información, asesoramiento, tecnologías y servicios de calidad, incluida la anticoncepción oral de emergencia sin receta y los condones femeninos y masculinos
	15	Diseñar estrategias intersectoriales dirigidas a ayudar a las mujeres a prevenir el embarazo subsiguiente en la adolescencia, incluida la atención prenatal, del parto y posparto, el acceso a métodos anticonceptivos, a las acciones de protección y asistencia y a la justicia
Uniones Tempranas y Forzadas	CAP.B consideraciones	Reiterando el objetivo de atender las necesidades especiales de adolescentes y jóvenes, y preocupados por los altos y desiguales niveles de embarazo en la adolescencia que se registran en la región, que suelen estar asociados, en particular entre las menores de 15 años, a uniones forzadas, y abuso y violencia sexuales, (consideraciones de capítulo B sobre jóvenes)
Violencia de género	16	Garantizar a niños, niñas, adolescentes y jóvenes las oportunidades y capacidades para una sana convivencia y una vida libre de violencia, mediante estrategias intersectoriales que incluyan actuar sobre los determinantes que dificultan la convivencia y promueven la violencia, que brinden una formación que promueva la tolerancia y el aprecio por las diferencias, el respeto mutuo y de los derechos

		humanos, la resolución de conflictos y la paz desde la primera infancia, y aseguren la protección y el acceso oportuno a la justicia de las víctimas y la reparación del daño
	57	Hacer efectivas las políticas adoptadas y tomar medidas preventivas, penales, de protección y atención que contribuyan a la erradicación de todas las formas de violencia, incluida la esterilización forzada, y estigmatización contra las mujeres y las niñas en los espacios públicos y privados, en particular los asesinatos violentos de niñas y mujeres por motivos de género, asegurando el acceso efectivo y universal a los servicios fundamentales para todas las víctimas y sobrevivientes de la violencia basada en género y prestando especial atención a las mujeres en situaciones de mayor riesgo, como las mayores, embarazadas, con discapacidad, grupo culturalmente diversos, trabajadoras sexuales, que viven con VIH/SIDA, lesbianas, bisexuales, transexuales, afrodescendientes, indígenas, migrantes, que residen en las zonas de frontera, solicitantes de refugio y víctimas de trata, entre otras
	58	Reafirmar el compromiso y la voluntad política de América Latina y el Caribe, al más alto nivel, de combatir y eliminar todas las formas de discriminación y violencia contra las mujeres, incluida la violencia intrafamiliar, el femicidio/feminicidio y promover activamente la sensibilización sobre la implementación de la perspectiva de género entre los aplicadores de justicia
	89	Adoptar las medidas necesarias, en conjunto con los pueblos indígenas, para garantizar que mujeres, niños, niñas y adolescentes y jóvenes indígenas gocen de protección y garantías plenas contra todas las formas de violencia y discriminación, y tomar medidas para asegurar la restitución de derechos