

## **JÓVENES INDÍGENAS ABRIENDO CAMINOS PARA ASEGURAR NUESTRA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.**

### ***Posicionamiento de las mujeres jóvenes indígenas peruanas del Enlace Continental de Mujeres Indígenas de las Américas.***

Somos jóvenes indígenas de diferentes regiones del Perú. Participamos en esta III Conferencia Regional de Población y Desarrollo representando a la Red de Organizaciones de Jóvenes Indígenas del Perú (REOJIP) y a la Comisión de la Niñez y Juventud Indígena del Enlace Continental de las Mujeres Indígenas de las Américas (ECMIA). Presentamos este documento de posicionamiento para exponer nuestras propuestas a favor de nuestros derechos sexuales y derechos reproductivos.

Reconocemos que en nuestros pueblos existen jóvenes que están embarazadas antes de los 15 años o ya son madres. Según la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar del 2017 (ENDES), alrededor de 176 892 (1,1%) mujeres en el Perú<sup>1</sup> reconoce que ha tenido hijas(os) antes de los 15 años y casi el 15% de las mujeres antes de los 18<sup>2</sup>. Aunque la cifra no diferencia de población indígena y no indígena, los números son alarmantes, ya que sabemos que la maternidad no deseada fluctúa entre el 10 y 20% en las jóvenes indígenas<sup>3</sup>.

Además, 13 de cada 100 mujeres entre los 15 y 19 años ya han sido madres o están embarazadas. El 23,2% de estas jóvenes viven en zonas rurales, el 13% de ellas viven en la sierra y el 22,6% en la selva. Las regiones con más alta tasa de embarazo de jóvenes entre los 15 y 19 años en la selva son: Loreto (30,4%), Amazonas (23,8%) y Ucayali (23,1%); mientras que en la sierra son: Cajamarca (18,5%), Ayacucho (16,8%) y Huancavelica (15,1%)<sup>4</sup>. Sin embargo, solo se considera que menos del 1% de hombres contemporáneos es padre<sup>5</sup>. ¿Esto les parece lógico? A nosotras no. Es una muestra la clara desventaja en la que nos encontramos las mujeres jóvenes.

Avanzan los años, aumentan las cifras. Nos preocupa esta situación, ya que todas estas hermanas ven truncados sus sueños y proyectos de vida. Cuando quedamos

Argentina: CONAMI,  
Newen Mapu  
Belice: Toledo Moya  
Women's Council  
Bolivia: CIDOB, CHACOB -  
Bartolina Siso, CHAMIB  
Brasil: CONAMI,  
Red GRUMIN, COIAB  
Canadá: FAQ, Paoukutuili  
Colombia: ONIC  
Costa Rica: IXACAVAA  
Chile: Consejo de Todas las  
Tierras, Aukiñka Zama  
Ecuador: CONAIE  
El Salvador: CONIS  
Estados Unidos: Red  
Xicana Indígena  
Guatemala: CONAVIGUA  
Guyana: Amerindian Peoples  
Association in Guyana  
Guyana Francesa: FOAG  
Honduras: CONPAH,  
CONAMINH  
México: CONAMI  
Nicaragua: AMICA  
Panamá: CONAMUIP,  
NIS BUNDOR  
Paraguay: OPG, FAPI  
Perú: CHIRAPAQ,  
ONAMIAP  
Surinam: OIS  
Uruguay: CONACHA  
Venezuela: Red de Mujeres  
Indígenas Wayuu, CONVE

<sup>1</sup> Se dice que el total de mujeres en el Perú corresponde al 16 081 092 de habitantes.

<sup>2</sup> ENDES 2017. INEI, 2018, Cap.03.

<sup>3</sup> Sueños de juventud indígena. CHIRAPAQ, 2015, p. 17.

<sup>4</sup> ENDES 2017. INEI, 2018, Cap.03.

<sup>5</sup> UNFPA, 2015.

embarazadas, nos vemos obligadas a dejar de estudiar, somos sometidas a convivencias forzadas, vivimos situaciones de violencia, algunas abortamos de manera clandestina, lo que pone en peligro nuestras vidas. Todo esto impacta en nuestra calidad de vida en el futuro. Es una situación de emergencia a la cual nuestro Estado no responde, esto se repite en otros países de nuestra región, siendo afectadas todas nuestras hermanas.

Esta situación se agrava si el embarazo no deseado es producto de una violación sexual. Actualmente sabemos de los casos desgarradores de las niñas y jóvenes asháninkas y awajún. En el caso del pueblo awajún, en la provincia de Condorcanqui – Amazonas, entre el 2012 y 2017, se han abierto más de 100 procesos por casos de violencia sexual contra menores de edad, en su mayoría a niñas; 80 de estos casos se han reportado en los dos últimos años. Estos delitos han sido cometidos por profesores o personal administrativo de las escuelas, solo 10 docentes han sido destituidos. Además, en esta provincia de cada 100 partos 15 son de niñas o jóvenes menores de edad, el triple del promedio nacional<sup>6</sup>.

En nuestros pueblos cuesta mucho reconocer el daño que ocasionan las diversas formas de violencia sexual; así como, identificar los casos de violación sexual, embarazo y maternidad forzada como algo grave. Nosotras creemos que sí es grave. En algunos pueblos de la Amazonía se dice que estar con una joven da suerte en los negocios, eso hace que algunos hombres justifiquen sus relaciones sexuales con niñas<sup>7</sup>, siendo estas violaciones sexuales. Son pocos los casos en los que estas relaciones son consentidas, conocemos de casos en los que las jóvenes han sido sometidas por violencia o manipulación. Tomemos en cuenta que varias de las zonas en las que viven nuestros pueblos amazónicos son zonas que pertenecen a las rutas de trata por explotación sexual.

Creemos que esta situación se da porque no se garantizan nuestros derechos sexuales y derechos reproductivos, ya que se sigue pensando que hablar de la sexualidad es algo malo, tenemos poco acceso a educación e información de calidad sobre nuestra sexualidad. La mayoría de nosotras vivimos en zonas rurales, lo que disminuye nuestras posibilidades de recibir una educación adecuada, casi el 57% de mujeres sin educación se define indígena<sup>8</sup>.

---

<sup>6</sup> Tomado de <https://larepublica.pe/sociedad/1219967-ninas-awajun-victimas-sin-justicia>. La República, 2018.

<sup>7</sup> Testimonio recogido de una joven kakataibo durante el proceso nuestro formativo 2018. CHIRAPAQ, 2018.

<sup>8</sup> Al año 2017 solo el 52% de mujeres, entre los 15 y 49 años, ha recibido educación completa. Asimismo, en el Perú entre el 3% de mujeres de la sierra y 2.5% de la Amazonía son analfabetas. ENDES 2017. INEI, 2018, Cap.02

Además, las y los operadores de salud y profesoras(es) no nos brindan información ni atención adecuada a nuestra salud sexual y salud reproductiva. Algunas y algunos operadores de salud y profesoras(es) son muy chismosos y prejuiciosos con nosotras y nosotros (jóvenes indígenas). Cuando una va a atenderse en el Centro de Salud no hay privacidad, vamos a pedir métodos anticonceptivos y cuando salimos todo el pueblo se ha enterado. Esta situación nos desanima de acudir a los servicios. A pesar de que el 51% de nosotras es atendida mediante el Seguro Integral de Salud (SIS), la lejanía de los servicios y la falta de personal de salud femenino hace que las jóvenes entre los 15 y 19 años no accedamos a los servicios de salud. El 58,7% de las mujeres en zonas rurales, donde habitamos la mayoría de mujeres indígenas, mencionan que no asisten a los servicios de salud debido a la lejanía, así mismo el 59,7% refiere que esto se debe a la falta de personal de salud femenino<sup>9</sup>.

Asimismo, la información que se nos brinda en los servicios de salud y educación no implica pertenencia ni adecuación cultural, ya que la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Adolescente<sup>10</sup> no se implementa bajo la perspectiva de la Política Sectorial de Salud Intercultural<sup>11</sup>.

*Por todo lo anterior, queremos que se nos garantice información (segura, cercana, de calidad, sin estereotipos ni prejuicios), y adecuada a nuestras culturas; sobre nuestros derechos sexuales y derechos reproductivos, así como sobre la atención a nuestra salud sexual y salud reproductiva como jóvenes indígenas.*

Desde esa perspectiva y en el marco de los capítulos B, D, E y H del Consenso de Montevideo proponemos al Estado peruano:

1. Desagregar datos sobre la atención a la salud sexual y salud reproductiva diferenciando la población por grupo étnico y grupos etarios.
2. Revisar e implementar en todo el país la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Adolescente tomando en cuenta las voces de las y los jóvenes indígenas organizados para que la misma cuente con pertenencia cultural diversa. Asimismo, generar un sistema de monitoreo para la implementación de esta Norma Técnica de Salud, que implique a los sectores de salud y educación.

<sup>9</sup> ENDES 2017. INEI, 2018, Cap.08.

<sup>10</sup> Resolución Ministerial N° 973-2012/MINSA.

<sup>11</sup> Decreto Supremo N° 016-2016-SA.

3. Garantizar la salud intercultural y valorar los saberes de nuestras culturas para generar un saber intercultural en salud sexual y salud reproductiva, desde la implementación de un Plan Nacional de Salud Intercultural, que implique capacitación a todo el personal de salud para garantizarnos una atención de calidad<sup>12</sup>.
4. Implementar el Currículum Nacional de Educación Básica Regular, para garantizar la educación sexual integral, con enfoque de género e intercultural. Para ello, proponemos una articulación entre los servicios del sector Educación y Salud, teniendo como principios lo descrito en los artículos 11 y 12 del Consenso de Montevideo.
5. Promover que las y los jóvenes indígenas participen en los espacios públicos de toma de decisiones que impliquen decisiones sobre sus derechos sexuales y derechos reproductivos; con el objetivo de un diálogo intercultural equitativo y que fluya la información para todas y todos los jóvenes indígenas sin discriminación alguna, como se estipula en el artículo 08 del documento del Consenso de Montevideo y en cumplimiento de los ODS.

---

<sup>12</sup> De acuerdo a las perspectivas de la Política Sectorial de Salud Intercultural (Decreto Supremo N° 016-2016-SA).