

Salud sexual y reproductiva y VIH de los jóvenes y adolescentes indígenas en Bolivia, Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Perú



**Organización
Panamericana
de la Salud**



*Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud*



Salud sexual y reproductiva y VIH de los jóvenes y adolescentes indígenas en Bolivia, Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Perú



525 Twenty-third Street, N.W.

Washington, D.C. 20037

www.paho.org



REAL EMBAJADA DE NORUEGA

Esta publicación fue posible gracias al apoyo de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) y la Real Embajada de Noruega.

Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud

Salud sexual, reproductiva y VIH de los jóvenes y adolescentes indígenas en Bolivia, Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Perú

Washington, D.C.: OPS, © 2010

ISBN 978-92-75-331576

I. Título

1. CONDUCTA SEXUAL
2. ADOLESCENTE
3. INFECCIONES POR VIH - prevención y control
4. POBLACIÓN INDÍGENA
5. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA - prevención y control
6. EDUCACION SEXUAL
7. BOLIVIA
8. ECUADOR
9. GUATEMALA
10. NICARAGUA
11. PERÚ

NLM WC 503.6

Esta publicación fue producida por el Proyecto de Curso de Vida Saludable en conjunto con VIH, Género, Diversidad y Derechos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud, bajo la coordinación de la Dra. Matilde Maddaleno. Se realizó con el apoyo de la "Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID)." La versión electrónica de este documento está disponible en la página web de la Unidad, y se puede acceder a través de www.paho.org. Para cualquier información adicional favor contactar a maddalem@paho.org.

Coordinadores principales de la investigación

Marta Casaus
Alejandra Hurtado
Cristina Torres

Investigadores Principales de Estudios Nacionales

Marta Dolores Castro (Bolivia)
Ferran Cabrero (Ecuador)
Regina Fuentes (Guatemala)
Mirna Cunningham (Nicaragua)
Alejandra Ttito Tica (Perú)
Ximena Salazar (Perú)

Contrapartes en los Países de los Estudios Nacionales

Martha Mejía (Bolivia)
Oscar Suriel (Ecuador)
Ana Cecilia Escobar (Guatemala)
Ivy Lorena Talavera (Nicaragua)
María Edith Baca (Perú)

Colaboradores Informe Regional

María Dolores Castro
Adriana Serrano
Magaly Ascari
Manuel Rodríguez

Coordinadora de la publicación

Isabel Espinosa

Revisores

Matilde Maddaleno
Sonja Caffè
Javier Vasquez
María Ines da Silva Barbosa
Bremen de Mucio

Diseño

miki@ultradesigns.com

Foto cubierta: Enrique Ortíz

Índice

Prefacio 5

Presentación 7

Marco conceptual 9

Situación de salud 21

Metodología 31

Principales hallazgos 37

A. Entrevistas en profundidad 37

**B. Hallazgos según las historias
de vida 54**

Conclusiones 61

Principales recomendaciones 65

Referencias 69





La Asamblea General de las Naciones Unidas decidió proclamar el año comprendido entre el 12 de agosto del 2010 al 11 de agosto del 2011 como el Año Internacional de la Juventud, con el objetivo de promover los ideales de paz, respeto a los derechos humanos y solidaridad entre las generaciones, las religiones, las civilizaciones y las culturas.

PREFACIO

La Asamblea General de las Naciones Unidas decidió proclamar el año comprendido entre el 12 de agosto del 2010 al 11 de agosto del 2011 como el Año Internacional de la Juventud, con el objetivo de promover los ideales de paz, respeto a los derechos humanos y solidaridad entre las generaciones, las religiones, las civilizaciones y las culturas.

La salud de los jóvenes y adolescentes es una prioridad para la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), reflejada en los mandatos de los Estados Miembros, quienes en 2008 y 2009, adoptaron la Estrategia y Plan de Acción Regional para mejorar la salud de los adolescentes y jóvenes 2010-2018 (CD48.R5). En esa oportunidad, se instó a los Estados Miembros a fortalecer la capacidad de respuesta de los responsables de las políticas, los directores de programas y los proveedores de salud para elaborar políticas y programas que procuren promover el desarrollo de la comunidad y proveer servicios de salud efectivos y de calidad que atiendan las necesidades de salud de adolescentes y jóvenes relacionadas con los determinantes de la salud (pertenencia étnica, nivel educativo, identidad de género, entre otras). Asimismo, la resolución convocó a promover la participación de adolescentes y jóvenes, sus familias, y las comunidades, para lograr que los programas de promoción y prevención sean culturalmente sensibles y adecuados a la edad, como parte del método integral de mejora de la salud y del bienestar de adolescentes y jóvenes.

Se fortalece así, el compromiso asumido por los Estados Miembros en 2006, de apoyar la adopción de una perspectiva intercultural y la incorporación de la perspectiva de los pueblos indígenas en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las políticas sanitarias nacionales.

Apostar a consolidar estilos de vida saludables, respetuosos de las diferencias culturales, constituye la base sólida para que los integrantes de los pueblos indígenas alcancen mejores niveles de vida y salud a lo largo de sus vida actual y futuro y con ello, se contribuya a reducir los déficits que aún los afectan como consecuencia de siglos de exclusión y de oportunidades restringidas.

Las diferencias de género están presentes en todas las culturas y se debe trabajar sobre ellas para evitar sus efectos negativos. Considerando que en la adolescencia se consolidan muchos de los estereotipos de género que limitan el desarrollo integral de las mujeres indígenas, determinando un desempoderamiento preocupante que pone en riesgo su salud, se justifica la adopción de un enfoque de equidad de género, coherente con la política adoptada por la OPS en el 2005 en este aspecto.

El documento presenta los principales hallazgos de una investigación multipaís, que ponen de manifiesto importantes rezagos de adolescentes y jóvenes en materia de información disponible sobre salud sexual y reproductiva, y acceso a los servicios de salud, en particular a servicios de salud preventivos a nivel local. El análisis de estos resultados permitió a representantes de los Ministerios de Salud, expertos en salud de los adolescentes, investigadores y líderes de los pueblos indígenas, elaborar recomendaciones de líneas de acción que sustenten la cooperación técnica de la OPS en el futuro inmediato.

Invito a las autoridades, a revisar estas líneas de trabajo adoptando un enfoque intercultural para efectivamente traducirlas en acciones cuyos resultados sean medibles y por consiguiente, dar pasos efectivos para mejorar las condiciones de vida y salud de los adolescentes y jóvenes indígenas.



Mirta Roses Periago

Mirta Roses Periago

Directora
Organización Panamericana de la Salud
2010



El propósito del estudio es de aportar evidencia que permita ajustar las estrategias de intervención y el rediseño de programas de salud, acorde con las necesidades propias de adolescentes y jóvenes indígenas.

PRESENTACIÓN

Durante 2009, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) desarrolló un estudio multipaís como parte del proyecto “Iniciativa Regional de Salud de Población Joven Indígena en Países Seleccionados de América Latina” que cuenta con el auspicio de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) y la Real Embajada de Noruega. La coordinación técnica del mismo estuvo bajo la responsabilidad de OPS/OMS a través del proyecto “Curso de vida saludable” (FCH) conjuntamente con el equipo de Género, Diversidad Cultural y Derechos Humanos (AD/GDR), Proyecto FCH/VIH, contando con apoyo personal especializado en diseño y análisis de estudios cualitativos de la Universidad Autónoma de Madrid. Los análisis previos realizados sobre las poblaciones de indígenas en la Región, ponen de relieve que estas poblaciones tienen condiciones de vida de alta vulnerabilidad.



Hay consenso en que la situación de déficit social y económico de la población indígena se debe a razones estructurales vinculadas con una herencia de racismo y discriminación racial en la Región, no obstante se sabe mucho menos de aspectos específicos vinculados a jóvenes indígenas y sus necesidades en materia de salud. Particularmente, sobre salud sexual y reproductiva (SSR), la incidencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) y en particular el VIH, y siendo que la sexualidad es uno de los marcadores de la entrada a la adolescencia, es necesario reunir más información de cómo se vive desde la percepción y prácticas de los/las propios jóvenes y adolescentes. La información estadística disponible sobre salud sexual y reproductiva, cuando está disponible desagregada por “pertenencia étnica” revela fenómenos como la maternidad temprana y el embarazo no deseado.

Por ello, es importante abordar la manera en la que los/las adolescentes y jóvenes de los pueblos indígenas representan y viven su sexualidad, las prácticas sexuales y la forma en la que perciben las infecciones de transmisión sexual como el VIH, qué saben y cómo valoran las principales estrategias y prácticas de prevención. A su vez, es necesario abordar el tema a la luz de otras variables como el género, el nivel socioeconómico, identidad étnica o el grado de contacto y asimilación a la cultura mestizo-ladina que influyen en las representaciones y prácticas sexuales de los/las adolescentes y jóvenes indígenas.

Salud sexual y reproductiva y VIH

de los jóvenes y adolescentes indígenas
en Bolivia, Ecuador, Guatemala,
Nicaragua y Perú

El propósito del estudio es de aportar evidencia que permita ajustar las estrategias de intervención y el rediseño de programas de salud, acorde con las necesidades propias de adolescentes y jóvenes indígenas.

El objetivo general en este marco es generar conocimiento sobre como representan y viven la sexualidad, cuidan de su salud sexual y reproductiva y la forma en la que perciben las infecciones de transmisión sexual como el VIH, los/las adolescentes y jóvenes indígenas, con enfoque de género.

Los objetivos específicos son:

- ◆ Identificar las prácticas sexuales de los/las jóvenes y adolescentes indígenas relacionados con la promoción de la salud sexual y la prevención del VIH, como el uso regular de condones
- ◆ Identificar el conocimiento de jóvenes y adolescentes indígenas sobre salud sexual y prevención del VIH
- ◆ Identificar la incidencia de varios tipos de violencia (violencia basada en el género, violencia intrafamiliar, violencia sexual, violencia estructural), sus raíces, su vínculo con VIH y otras infecciones de transmisión sexual y las estrate-

gias de prevención y atención de la misma en la comunidad

- ◆ Identificar el grado de estigma y discriminación hacia las personas con VIH y hacia las personas con distintas orientaciones sexuales
- ◆ Identificar las barreras de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, consejería y prueba de VIH.

Para alcanzar estos objetivos se realizó el estudio en cinco países de la región (Bolivia, Ecuador, Guatemala, Nicaragua, Perú) en donde los pueblos indígenas tienen una presencia demográficamente significativa. Se utilizó una metodología común sobre la base de técnicas de investigación cualitativas (entrevistas en profundidad, historias de vida, entrevistas a personas claves en la comunidad y grupos focales).

Este informe presenta en diferentes secciones el marco conceptual que se elaboró para el desarrollo del estudio multi-país, una síntesis de la situación de jóvenes indígenas en los cinco países que participaron en el estudio, la metodología para el trabajo de campo, y los principales hallazgos y las recomendaciones.

MARCO CONCEPTUAL

Los siguientes lineamientos internacionales dan sustento al marco conceptual para abordar el tema:

Declaración de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo realizada en Cairo, 1994. Los gobiernos se comprometieron a abordar las cuestiones relativas a la salud sexual y reproductiva de la adolescencia, poniéndole énfasis a los embarazos no deseados y a las infecciones de transmisión sexual incluido el VIH, desarrollando la prestación de servicios apropiados, orientación y asesoramiento para la población adolescente.

Declaración de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, realizada en Beijing, 1995. Recomienda medidas a favor de las mujeres indígenas en esferas de especial preocupación como la pobreza, la educación, y la salud.

Resolución CD47.R18 sobre “La Salud de los Pueblos Indígenas” (OPS, 2006), mediante la cual la OPS renueva el compromiso con la salud intercultural, en el marco del cumplimiento de los ODM y las metas del Segundo Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo.

Declaración de la ONU sobre los Derechos de los pueblos indígenas (Nueva York, 13 de septiembre de 2007), reconoce en el Artículo 21 que las personas indígenas tienen derecho a disfrutar por igual, del nivel más alto de salud mental y física y que los estados deben tomar medidas que sean necesarias para lograr progresivamente la plena realización del derecho a la salud.

Resolución CD48.R5 sobre la “Estrategia Regional para Mejorar la Salud de Adolescentes y Jóvenes” (OPS, 2008), que insta a promover programas de salud para adolescentes y jóvenes culturalmente apropiados.

En este estudio se adoptó una perspectiva de equidad, partiendo del enfoque de determinantes sociales de la salud (OMS) según el cual la edad, la pertenencia étnica y el género son factores de estratificación social en la situación de salud ya que conllevan exposición a riesgos y acceso a los servicios diferenciados. En la población joven indígena estos factores estratificadores se superponen, aumentando su vulnerabilidad y exposición a riesgos para la salud y en particular para la SSR y las ITS (ver Diagrama 1).

A continuación se abordarán los diferentes constructos sociales que conforman un marco analítico para salud de jóvenes y adolescentes indígenas con énfasis en SSR y VIH.

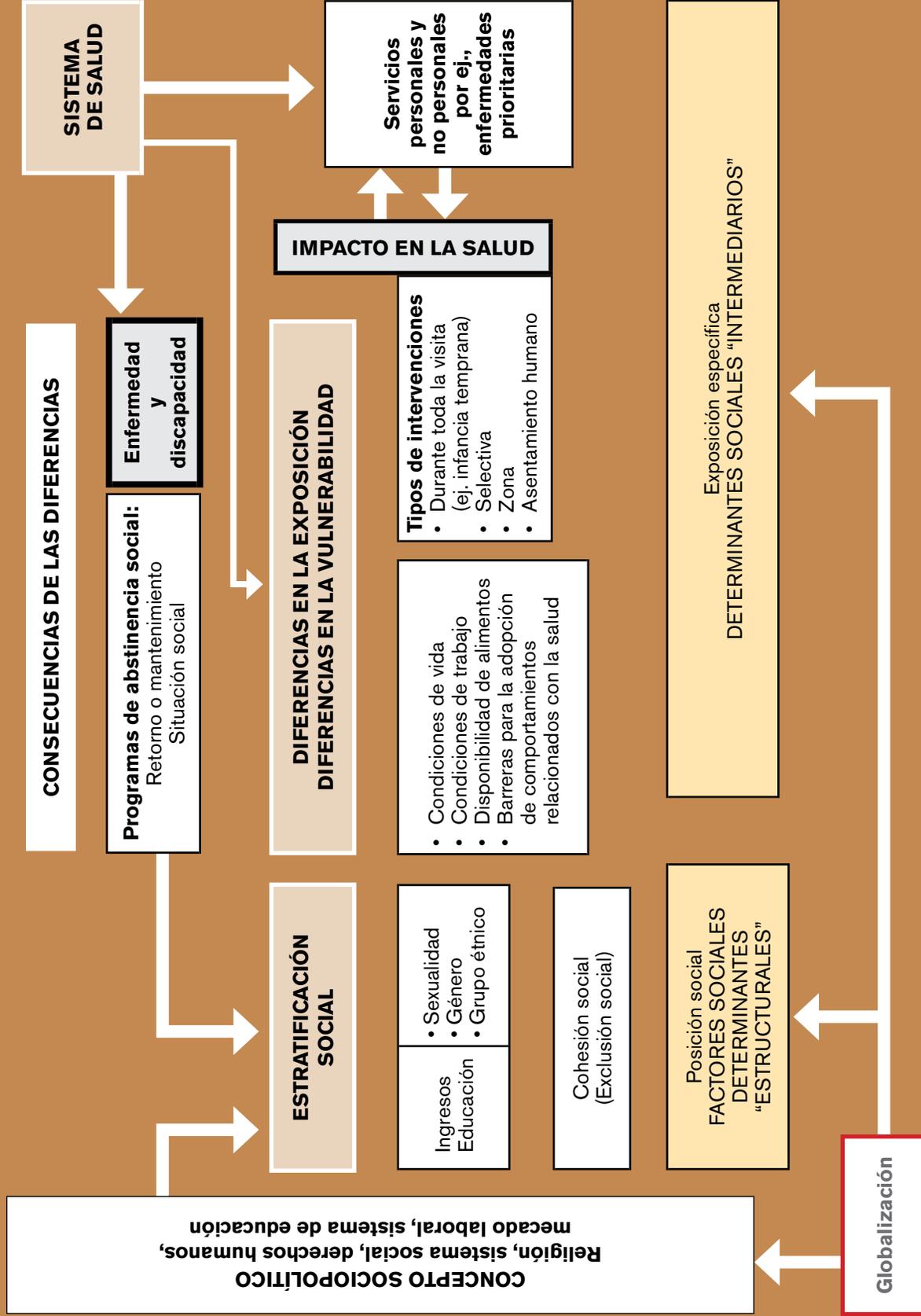
La **pertenencia étnica** es un concepto central, que debe entenderse como la auto-adscripción a una cultura o cosmovisión. En su sentido más general cada uno de los grupos culturales así identificados conforma una etnia (del griego ethnos ‘pueblo’). Lo étnico es, por tanto lo propio de cada pueblo, identificado por su cultura. La etnicidad se construye a partir de uno o más de los siguientes elementos: mitos, ancestros comunes, orígenes comunes, religión, territorio, memorias de un pasado colectivo, vestimenta, o lenguaje (OPS, 2001). La sociología define ‘grupo étnico’ como “un grupo con una tradición cultural común y un sentido de identidad, el cual existe como un subgrupo en la sociedad mayor” (Teodorson, 1970, en Albó, 2006). Es un concepto que se refiere a categorías de adscripción e identificación que son utilizadas por los actores mismos y tienen la característica de organizar interacción entre los individuos: en este sentido la formas y los contenidos culturales pueden modificarse de acuerdo a como se modifica la organización del grupo étnico (Barth, 1998).



Salud sexual y reproductiva y VIH

de los jóvenes y adolescentes indígenas en Bolivia, Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Perú

DIAGRAMA 1 OMS: Marco de los determinantes sociales de la salud*



* Elaborado por la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, de la OMS: Reducing Inequalities in Health: A European Perspective, J. Mackenbach, M. Baker, 2002; Generating Evidence in Interventions to Reduce Inequalities in Health: The Dutch Case, K. Stronks Scand, J Public Health Suppl, 59; Evans T., Whitehead M., Diderichsen F., Bhuiya A., Wirth M. Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action, Oxford University Press 2001.

El término empezó a utilizarse para alejarse del concepto de raza y subrayar así que, si bien en el análisis de las etnias se puede incluir atributos identificadores de fenotipo, lo fundamental son los rasgos culturales que permiten compartir una identidad común más allá del género, la estratificación social, afiliación política, etc. (Marshall, 1998). Así el uso de los términos etnia y étnico alude con frecuencia a poblaciones que pueden inclusive ser demográficamente mayoritarias pero tratadas como “minorías” en razón de proceso de discriminación y limitación de sus derechos.

Los conceptos anteriormente mencionados fueron revisados en la primera década del siglo y el debate llevó en cuenta la percepción política y social de los pueblos indígenas, como actores en la construcción de su propio espacio social. Fruto de este proceso, progresivamente se llega a un acuerdo en el uso de “pueblos indígenas” como el término que mejor se adecúa para establecer relaciones respetuosas entre individuos que viven en países latinoamericanos, donde coexisten diversas culturas y donde se propone la construcción de la interculturalidad como eje de la construcción de sociedades más justas y democráticas.

Instrumentos internacionales como el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 1989) y el proyecto de Declaración Americana de los Derechos de los Pueblos Indígenas, han servido de base para la adopción de esta terminología consensuada. Se definen como indígenas a los descendientes de los habitantes originarios de una región antes de la colonización y que han mantenido total o parcialmente sus características lingüísticas, culturales y organización social. Los siguientes criterios deben de contemplarse en la definición de ser indígena: la continuidad histórica; la auto identificación o pertenencia; el sentimiento de diferenciarse de otros pueblos; el formar parte de los sectores no-dominantes; el idioma materno e idioma hablado desde la niñez. El Convenio 169 de la OIT es un instrumento jurídico vinculante para aquellos países que ya lo han ratificado como es el caso de los cinco países que forman parte de este estudio.

Otro aporte fue realizado por José Martínez Cobo, relator especial de las Naciones Unidas (ONU), en su informe final del “Estudio del problema de discriminación contra las poblaciones indígenas”, iniciado en 1971 y concluido en 1986, que expresa:

“Son comunidades, pueblos y naciones indígenas, las que teniendo una continuidad histórica con las sociedades anteriores a la invasión y precoloniales que se desarrollan en sus territorios, se consideran distintos de otros sectores de las sociedades [...] y tienen la intención de preservar, desarrollar, transmitir a sus futuras generaciones sus territorios ancestrales y su identidad étnica como base de su existencia continuada como pueblo, de acuerdo con sus propios patrones culturales, sus instituciones sociales y sus sistemas legales”.

—Fondo Indígena, 2005

Ya dos décadas atrás, el informe final del relator de Naciones Unidas atribuía a los grupos indígenas, no sólo el rango de comunidades, sino también el de pueblos e incluso el de naciones (Albó, 2006). En la actualidad la mayoría de los indígenas se reconocen como Pueblos Indígenas y no aceptan otros usos con cargas peyorativas como “etnia” o “minoría”, algunos pueblos se reconocen también como naciones o nacionalidades como es el caso del Ecuador.

La identidad, definida como el sentimiento de pertenencia a un grupo o a una colectividad que lo identifica consigo mismo, lo diferencia de los demás y llega a ser un elemento importante en el crecimiento personal. En ningún caso es impuesta, y como todo constructo social no es estática y tampoco homogénea. La identidad de una persona es múltiple, toma en cuenta su lugar de origen, gru-



Salud sexual y reproductiva y VIH

de los jóvenes y adolescentes indígenas
en Bolivia, Ecuador, Guatemala,
Nicaragua y Perú

po de referencia, género, sexualidad, educación y otros componentes. Muchas de estas identidades son complementarias mientras otras pueden ser incluso contradictorias.

Es por este motivo que nunca puede ser atribuida por terceros, sino por el contrario es definida por el individuo desde su propia subjetividad. Otro importante criterio adoptado, y sobre el cual existe consenso es que se debe utilizar la **auto identificación** para determinar la pertenencia o identidad cultural. Este criterio ya fue adoptado en la recolección de información de los Censos de la ronda del 2000, en cuatro de los cinco países que participan en este estudio (Bolivia, Ecuador, Guatemala y Nicaragua).

Es necesario recordar que existen problemas no resueltos en los temas de construcción de identidad indígena y étnica debido a los contextos de discriminación racial fruto de herencias coloniales. La auto identificación consigo mismo y diferenciación de otros es dinámica y genera conflictos.

Como dice Silvia Rivera (1993: 57):

“Lo indio y lo cholo en Bolivia [...] son identidades resultantes de una permanente confrontación de imágenes y autoimágenes; de estereotipos y contra estereotipos. La identidad de uno no se mira en el otro como en un espejo sino que tiene que romper o atravesar este espejo para reencontrar un sentido afirmativo a lo que en principio no es sino un insulto o prejuicio racista y etnocéntrico”. —Albó, 2006

También se han percibido flujos y reflujos en el fortalecimiento de las identidades culturales, y se percibe la tendencia de acentuarse cuando está en peligro o amenazada. Por otra parte la flexibilidad para enfrentar cambios les da mayor capacidad de recuperación ya que las identidades culturales rígi-

das pueden llevar a fundamentalismos o aislamiento cultural (Castro, 2008).

Como se recordará, en líneas anteriores se mencionó que en el enfoque de determinantes sociales de la salud, la **edad** es un factor estratificador. El estudio está referido a un grupo etario en particular, adolescencia y juventud. Teniendo en cuenta que **adolescencia y juventud** son categorías sociales es imprescindible explorar como se construyen en el marco de la cosmo-visión de los pueblos indígenas.

Como toda categoría social referida a una franja etaria, la adolescencia y la juventud se construye socialmente y se carga de significado de manera diferencial según las diferentes culturas y a través del tiempo. Todas las categorías relacionadas con las franjas etarias son sensibles al desarrollo y cambios biológicos pero también a cambios operados en el mercado de trabajo, y estas categorías (adolescencia y juventud) en particular fueron también perfiladas por la extensión de las políticas educativas que se fomentaron en la segunda mitad del siglo XX en la región de las Américas. Los roles en esta etapa de la vida están asociados a la capacidad reproductiva y al ingreso al mercado de trabajo definiendo modelos sociales muy marcados según los sexos. Cada generación se socializa en la época en que le toca nacer y vivir (Margulis, 2001) y según los autores que desarrollan el **enfoque generacional**, es importante detectar la existencia de rituales que pautan el pasaje de la niñez a la adultez, que en este caso preciso pueden ser los de iniciación, y los de matrimonio.

Algunos autores cuestionan estas categorías para identificar etapas de la vida en los miembros de los pueblos indígenas por entender que se trata de una categoría occidental y culturalmente inadecuada para comprender la transición entre la niñez y la adultez en los pueblos indígenas (Crocket y Petersen 1993, citado en Pedrero, 2010). Otro elemento a tener en consideración es que los pueblos indígenas sufrieron de un profundo rezago en materia de acceso a los beneficios de las políticas públicas y en particular en las de educación que explican en la actualidad las altas tasas de analfabetismo (ver Tabla 1: Analfabetismo por edad y condición étnica).

Con déficits de acceso a la educación primaria de esta magnitud, se torna evidente que los indígenas no gozan de los elementos de organización del presente y

TABLA 1: Analfabetismo por edad y condición étnica en 5 países de América Latina (%)

País	Población 15-24 años									Población total
	Grupos específicos de edad						Total			
	15-19			20-24						
	Condición étnica			Condición étnica			Condición étnica			
	Indígena	No indígena	Total	Indígena	No indígena	Total	Indígena	No indígena	Total	
Bolivia	2,7	1,3	2,1	4,4	2,0	3,4	3,6	1,6	2,7	17,5
Ecuador	6,0	3,2	3,4	8,5	3,1	3,4	7,1	3,2	3,4	28,3
Guatemala	24,7	9,5	15,8	33,4	11,6	20,2	28,5	10,5	17,8	47,8
Nicaragua	9,5	10,6	10,6	13,1	13,0	13,0	11,1	11,8	11,7	22,6
Perú	1,8	1,1	1,3	3,2	1,5	1,9	2,5	1,3	1,6	15,5

Fuente: Salud de Población Joven Indígena en América Latina. OPS/CELADE, CEPAL, 2010

del futuro que proveen los diferentes ciclos educativos y que permiten modelar la adolescencia y la juventud en torno a la adquisición de destrezas para consolidar proyectos de inserción laboral sobre los cuales construir la autonomía financiera y los proyectos de familia.

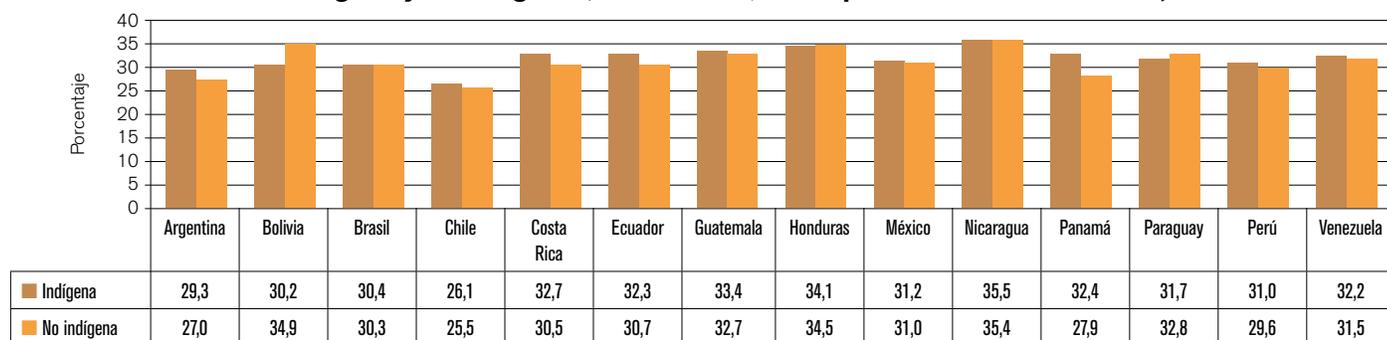
Es probable que existan bases para cuestionar la validez de los conceptos de adolescencia y juventud desde la perspectiva de pueblos indígenas vinculadas a razones de postergación estructural en la que viven, pero es necesario ponerlo además en perspectiva y considerar que la presente cohorte de adolescentes y jóvenes, han vivido su existencia en un contexto globalizado y con diálogos culturales más abiertos que en el pasado. Las sociedades occidentales crearon también culturas propias para adolescentes y jóvenes que hacen una convocatoria muy fuerte y seductora a varones y mujeres indígenas y no indígenas a incorporar patrones culturales propios que incluye indumentaria, vocabulario,

uso de aparatos y tecnologías de comunicación, expresiones artísticas y musicales. Se pone así de manifiesto en esta etapa de la vida la tendencia al distanciamiento cultural. Este puede producirse por la creciente urbanización, el uso de castellano como primera lengua, y la adscripción a modelos de comportamiento juvenil (occidentales).

Estos fenómenos pueden de cierta forma medirse a través de la pregunta de pertenencia étnica realizada por la ronda de censo del 2000, usando el criterio de auto-adscripción a su cosmovisión y el reconocimiento e su pertenencia étnica en la población entre 10-24 años (ver Figura 1).

En la Figura 1 es visible este fenómeno en Bolivia, país que presenta porcentajes menores para la población indígena de 10 a 24 años que los no indígenas y que responde a la menor auto-identificación de los individuos en este grupo etario como perteneciente a los pueblos indígenas. Este resultado del

FIGURA 1: Población indígena y no indígena (10 a 24 años) en 14 países de América Latina, 2000



Fuente: Salud de Población Joven Indígena en América Latina. OPS/CELADE, CEPAL, 2010

Salud sexual y reproductiva y VIH

de los jóvenes y adolescentes indígenas
en Bolivia, Ecuador, Guatemala,
Nicaragua y Perú

análisis de los datos de población desagregado por pertenencia étnica, proveniente de la información censal de la ronda del 2000 presenta una paradoja, ya que Bolivia es el país con más alto porcentaje de población indígena de la región (62%). Cierta controversia se ha creado en torno a la metodología de auto identificación adoptada por los Censos y los contextos de discriminación que persisten en las sociedades, pero cuando se observa las respuestas del grupo etario 15-24, se observa que las diferencias se acentúan en el caso de Bolivia (indígenas 17.9% vs. no indígenas 22.6%), pero también otros países presentan realidades similares aunque las diferencias son menos marcadas (Ecuador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, y Perú) (Pedrero op.cit).

Esta información estadística que presenta varias interrogantes a la hora de su interpretación, y que sin lugar a dudas tendrá explicaciones multi-causales, puede proveer pistas de como los/las jóvenes y adolescentes indígenas de la actualidad viven sus diferentes identidades y como valoran la cultura ancestral y la cosmo-visión indígena. La cosmovisión como elemento central de la cultura es un vehículo para la construcción del diálogo con un "otro" igual y se constituyen en mecanismo supremo de identificación de "alteridad" y además es el organizador de los valores y principios que dan sustento a la reproducción social.

En esta última dimensión, la cosmovisión modela la manera de ser y contribuye a priorizar opciones en el transcurso de la vida, ya que permite interpretar la realidad a través de sus referentes simbólicos y ese conjunto de significados construidos ordenan y legitiman los roles cotidianos, permite además situar los acontecimientos colectivos en una unidad de coherencia necesaria dentro de una temporalidad, en la que tienen sentido un pasado para entender sus experiencias presentes y sobre la base de su memoria pensar el futuro (Guerrero, P., 2002).

En relación con los temas de este estudio, la cosmovisión pre-define la forma de vivir de los jóvenes en las comunidades, las relaciones de género, la forma de entender la sexualidad y de cuidar la salud. No sería adecuado hablar de una sola cosmovisión para los pueblos indígenas ya que ello constituiría una homogeneización de la riqueza cultural de más de 400 pueblos en la región. No obstante algunos rasgos

centrales pueden ser comunes y constituir principios básicos como por ejemplo: la participación social para la toma de decisiones, el respeto a la interculturalidad, un enfoque de derechos en el que se articulan los derechos individuales y colectivos, relaciones de género que valorizan la complementariedad, una concepción holística del proceso de salud-enfermedad y la valorización de la medicina tradicional. A continuación se desarrollan estos aspectos.

La **interculturalidad** es una propuesta que parte de la validez intrínseca de cada cultura y de la posibilidad del intercambio entre culturas y sus integrantes como iguales. La interculturalidad presta sus fundamentos teóricos tanto del relativismo cultural (no existe una verdad universal, sino que cada cultura y cada grupo construyen y validan sus verdades) como del universalismo (hay verdades que son válidas para todos; como por ejemplo, los derechos humanos universales). A través del intercambio y el diálogo, las culturas amplían sus horizontes y se promueve la comprensión, el aprendizaje, el respeto mutuo y la cooperación entre ellas (Bant Haver, op cit).

El principio de interculturalidad constituye un eje de la cosmovisión, y tiene impacto sobre la situación de la salud y el acceso y calidad de los servicios. La salud intercultural significa básicamente la capacidad de funcionar entre dos o mas sistemas culturales en temas de salud o mejorar el dialogo entre los clientes y proveedores. Esto incluye el cambio en una relación de poder o superación en las desigualdades de pensamiento para lograr un buen dialogo y entendimiento. La idea es incorporar el entorno o condiciones culturales en los servicios de salud. El Primer Encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas de México, en el 2002, la definió como "la capacidad de moverse entre los distintos conceptos de salud y enfermedad, los distintos conceptos de vida y muerte, los distintos conceptos de cuerpo biológico, social y relacional (...) en el plano operacional se entiende la interculturalidad como potenciar lo común entre el sistema occidental y el sistema médico indígena (...) respetando y manteniendo la diversidad". Otras fuentes la definen como un concepto que hace referencia a la acción y la comunicación entre las personas de diferentes culturas (Cunningham, 2002).

La Organización Panamericana de la Salud empezó a incluir temas multi-culturales en sus programas

de trabajo y planificación después de la celebración de la reunión del grupo del trabajo en Pueblos Indígenas y Salud en Winnipeg, Canadá en 1993, y adoptó la iniciativa en la Salud de los Pueblos Indígenas en las Américas. Las áreas centrales de esta iniciativa incluyen la participación de los pueblos indígenas en la operación e implementación de las iniciativas en la salud. Reconoce el compromiso de reconocer, valorar y rescatar la riqueza cultural y la sabiduría ancestral de los pueblos originarios y promover actividades coordinadas con otros organismos, tanto gubernamentales como no gubernamentales, destinadas a mejorar las condiciones de salud y de vida de los pueblos indígenas en sus países.

El principio de la interculturalidad en salud da lugar a la revalorización de la medicina tradicional y la búsqueda de alianzas con los agentes/actores que ya tienen un papel destacado en las comunidades, como puede ser por ejemplo el papel de las parteras tradicionales en las comunidades indígenas.

“Las parteras empíricas ocupan un lugar estratégico en la asistencia de la madre y el recién nacido en las comunidades aborígenes de América Latina que, por razones geográficas, económicas y/o culturales, no tienen acceso a la atención sanitaria institucional. Algunas experiencias demuestran que las comadronas pueden ser un puente de articulación entre la medicina científica y la tradicional para lograr disminuir los altos índices de mortalidad materna en países en vías de desarrollo”.

—OPS, 2004

Desde la perspectiva indígena, el concepto de salud se construye desde una perspectiva holística, sobre la base de tres principios básicos:

1. **relacionalidad** (se ha de ver al ser humano en su totalidad y como un nodo de relaciones).
2. **complementaridad** (los opuestos son complementarios y forman un todo integral).
3. **reciprocidad e intercambio** (dinámicas que permiten un equilibrio entre el ser humano, la naturaleza y la dimensión espiritual) (Cabrero, F., 2010).

El **concepto de salud** está vinculado a la armonía y al equilibrio interno de una persona (no al individuo aislado) en la familia, la comunidad, la naturaleza, el cosmos y el más allá” (Conejo, M., 2006, citado en Cabrero, 2010).

La enfermedad es resultado o producto de un desequilibrio de la situación de salud (Arrobo, Almeida y Ojeda, 2005, en Cabrero, op cit.). Independientemente de cual sea la causa (la maldad ajena, el microbio, la caída de un palo, el veneno de una serpiente, la desaparición de los animales, etc.), el origen de la enfermedad o del comportamiento anormal de los elementos hay que buscarlo en el mal funcionamiento de las relaciones con el mundo de la naturaleza, con el propio espíritu o con las otras gentes. El análisis de la situación de salud de los pueblos indígenas conlleva, entonces, a la necesidad de comprender desde diversas perspectivas la complejidad del problema salud-enfermedad.

En la mayoría de los casos este análisis supera el campo biomédico, para situarse en un campo más amplio, donde intervienen principalmente las ciencias sociales, económicas y políticas. Por otra parte, la heterogeneidad en la composición étnica y cultural de los pueblos indígenas hace difícil –sino imposible– la aplicación de programas o modelos de atención universales. Esta diversidad, acentuada en lo que se refiere a un aspecto tan culturalmente sensible como lo es el de la salud, obliga a considerar a cada pueblo indígena en su dimensión particular y a desplazar el énfasis hacia el desarrollo de estrategias de



Salud sexual y reproductiva y VIH

de los jóvenes y adolescentes indígenas
en Bolivia, Ecuador, Guatemala,
Nicaragua y Perú

investigación y de atención desde una perspectiva no sólo local sino culturalmente específica.

En relación a la **salud reproductiva**, concebida como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos, es una conceptualización occidental. Ello no quiere decir que en las poblaciones indígenas no se considere la salud reproductiva, más bien esta forma parte de su sistema integral de salud. Para estas atenciones, existen distintas parteras o comadronas.

Los eventos del ciclo reproductivo desde la menarquía hasta la menopausia, el embarazo, el parto y el postparto no son vistos como enfermedades y quizá por ésta razón no se encuentran vinculadas directamente con los procesos de salud-enfermedad. Al ser eventos naturales están vinculados con el mundo natural, social y espiritual. Por ello la salud reproductiva se encuentra asociada a normativas o reglas sociales de parentesco (matrimonio, pareja, hijos) y rituales o creencias (protección contra el mal, designios). En este contexto, la planificación familiar natural es practicada desde tiempos remotos mediante plantas o infusiones, emplastos, etc., en tanto que la planificación familiar moderna genera temor, incertidumbre, inseguridad y se considera un agente externo que causa daños a la salud de la mujer, del hombre y del feto si la mujer quedara embarazada. En casi todos los pueblos indígenas el aborto no es bien visto y a pesar de su práctica, se intenta controlar con explicaciones sobrenaturales (castigos divinos) o con normativas sociales (censura).

En consecuencia, la salud reproductiva está permeada por tabúes y normativas que muchas veces inhiben la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última situación que es considerada un derecho de la salud sexual y reproductiva se ve afectado al no tener acceso a la información, a la planificación de la familia, a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables y al derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan embarazos y partos sin riesgo y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.

Son conocidas las infecciones de transmisión sexual y al igual que la salud reproductiva, éstas están reguladas por normativas sociales y prescripciones culturales. Al estar vinculadas con aspectos físicos de la salud como el escozor, ardor, rojez, etc., se acude a tratamientos caseros para contrarrestar los síntomas, pero no las causas de las mismas. El VIH/Sida por lo general es considerado una enfermedad mortal proveniente de centros urbanos y por migración. Está asociado a la homosexualidad y a la prostitución, atribuidos a la gente no indígena.

En los países estudiados, los pueblos indígenas reivindican la revalorización del conocimiento tradicional de los mayores, vinculado al ejercicio de los derechos colectivos dentro del cual se encuentra la medicina tradicional. Aunque se pueden identificar diferencias entre estos saberes en los países del estudio, se encuentran sin embargo entre ellos elementos en común y elementos que los distinguen. Los elementos comunes más frecuentes se refieren a la medicina tradicional como una práctica derivada de las culturas autóctonas de cada país. No obstante, en la mayoría de los casos se acepta que esta base indígena de conocimientos y prácticas se ha mezclado con el tiempo con conocimientos y prácticas de otros orígenes, particularmente religiosos provenientes de Europa durante el período colonial. La aparición de nuevas enfermedades ha influenciado la práctica de la medicina tradicional promoviendo la inserción de elementos modernos en los rituales. El Cuadro 1 resume los conceptos, especialistas, atenciones, rituales y elementos utilizados en cada país.

Como se ha señalado, la salud reproductiva está vinculadas a normas, comportamientos y valores que definen las **relaciones de género**. Como las anteriores categorías analizadas (edad y pertenencia étnica), el género es una categoría social que se construye y modifica en el tiempo y como reflejo de las relaciones de poder y de la construcción simbólica de la sexualidad.

La OPS define la identidad de **género** como la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo (que podría involucrar la modificación de la

aparición o la función corporal a través de medios médicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que la misma sea libremente escogida) y otras expresiones de género, incluyendo la vestimenta, el modo de hablar y los modales.

En este sentido, el análisis de género en el marco de la cosmovisión indígena cobra importancia debido a que el género también es un estratificador social en el modelo de determinantes sociales. El concepto de género hace referencia al modo en que la diferencia sexual es interpretada y procesada social y culturalmente en términos de una determinada

concepción de la feminidad y de la masculinidad.

Esto nos permite ver que la diferencia entre lo femenino y lo masculino, así como el modo en que hombres y mujeres se relacionan entre sí, tienen como piso de formación todas las pautas y valores sociales y culturales que determinan su construcción. Los comportamientos, actitudes, gustos, valores, atribuidos al género femenino o masculino son el resultado de largos procesos de construcción social. De esta manera, si los sexos son dos, la perspectiva de género puede reconocer múltiples formas de interpretarlos socialmente.

CUADRO 1: Medicina tradicional, por país

País	Medicina tradicional	Especialistas	Enfermedades o atenciones	Rituales o ceremonias	Elementos
Bolivia	Práctica basada en la cosmovisión andina y amazónica	Kallawayas, jampiris, yatiris, parteros/as, ipayes, chamanes	Físicas: infecciones, parásitos, trastornos hepáticos, renales, traumatismos, desnutrición, alergias y problemas de la piel. Espirituales: causadas por entes malignos o castigos de la pachamama. Psicológicas: mal de ojo, trastornos nerviosos. Emocionales: rayo, susto, mal viento Atención de la salud sexual y reproductiva: embarazo, parto y postparto y algunos cuidados del recién nacido, ITS.	Milluchada: sacrificio Goarada y pichoada: (limpiezas), lectura de la hoja de coca, (adivinación), llamada de ánimo (susto). Rogativas a dioses cristianos y ancestrales Tata Inti: sol; Mama Killa: luna; Pacha Mama: madre tierra; Achanchilas y Apus: montañas; Riutas: cráneos humanos. Altars o mesas blancas y dulces. En la salud reproductiva: rituales con la placenta y el cordón umbilical.	Minerales (milla, plata); plantas (góa, coca, hierbas); objetos (fotos, ropa, lanas de colores, velas); animales (fetos de llama, grasa de animales)
Ecuador	Conjunto de prácticas preventivas, diagnósticas, terapéuticas y valorativas en las que confluyen y se expresan los conocimientos, saberes y valores que reconocen en las tradiciones y en el proceso cultural de los pueblos no occidentales sus referentes,	Yachac o samayuc (Muscuc, Pucuc, Ricuc). Fregador o sobador. Partera o Mamahua pacarichic mama. Hierbateros.	Físicas: cardiovasculares; hipertensión arterial; enfermedades gástricas, accidentes, infecciones respiratorias y digestivas, tuberculosis. Psicológicas: depresiones. Atención de la salud reproductiva: embarazo, parto y postparto y algunos cuidados del recién nacido.	Limpieza: donde se utilizan silbidos, sonidos, cánticos, dichos y llamadas a los cerros o buenos espíritus; ritual del baño sagrado (en fiestas sagradas como el Inti Raymi); el rito de Huaccha Caray.	Plantas (flores, hierbas); líquidos (agua bendita, colonia, alcohol); animales (grasas de animales sagrados); objetos (cigarrillos, collares, imágenes religiosas).

continúa

Salud sexual y reproductiva y VIH

de los jóvenes y adolescentes indígenas
en Bolivia, Ecuador, Guatemala,
Nicaragua y Perú

CUADRO 1: Medicina tradicional, por país (continuación)

País	Medicina tradicional	Especialistas	Enfermedades o atenciones	Rituales o ceremonias	Elementos
Guatemala	La aplicación y sabiduría propia de las poblaciones nativas de una nación cuya base de parte de su propia cosmovisión para resolver problemas de salud más frecuentes. Se transmite mediante la enseñanza, iniciación, herencia o revelación.	Comadronas, compone-huesos; curanderos generales, hierberos, guías espirituales, cura sustos, masajistas, quiroprácticos, cura niños y chupadores.	Físicas: enfermedades respiratorias; parasitosis intestinal; hepatitis; enfermedades de la piel; neumonía; alcoholismo; gastritis; alteración nerviosa; problemas cardiovasculares; artritis; ceguera; insomnio; diarreas; desnutrición; presión alta; luxaciones; fracturas; desgarros musculares. Psicológicas: depresión; ansiedad; alteración nerviosa. Atención de la salud sexual y reproductiva: embarazo, parto y postparto y algunos cuidados del recién nacido, ITS.	Temazcal: baños de curación; celebración de ceremonias de origen Maya que las practican los guías espirituales. Altars en los hogares.	Objetos (candelas de seis colores: puntos cardinales y razas, alcohol, incienso); plantas (hierbas, copal blanco, mirra); el cielo y la naturaleza, las estaciones, fuego; objetos (fotos, ropa, lanas de colores, velas); animales azúcar, chocolate, miel)
Nicaragua		Parteras; curanderos; chamanes y sobadores.	Físicas: diarreas; parásitos; bronquitis; infecciones respiratorias; desnutrición; asma; diabetes; dengue; malaria; infección de las vías urinarias; enfermedades de la piel; cáncer; intoxicaciones; mordedura de animales y serpientes; cardiovasculares; riñones. Espirituales: embrujos, mollera hundida, ojeado. Emonionales: susto. Psicológicas: miedo, nerviosismo.	Santería: las cartas; los sueños (interpretación); las visiones; los rituales con incienso y ramas; sacrificio de animales; sobadas aromáticas; diagnóstico mediante sudores; humos y restregado con hierbas. Altars en los hogares.	Imágenes; incienso; tinturas (bebidas alcohólicas con hierbas); ruda (ramas); velas; piedras; tazas o foras; fotos; papelillo.
Perú	Conjunto de prácticas terapéuticas que han existido, a veces por siglos, antes del desarrollo y la difusión de la medicina científica moderna, y cuyo uso persiste en nuestros días.	Curandero, hierbera, partera y huesero.	Atención de la salud sexual y reproductiva: embarazo, parto y postparto y algunos cuidados del recién nacido, ITS.	Mesadas: florecimiento; baños en lagunas.	Agua; velas; piedras; música; danzas; cantos; alcohol; imágenes; plantas; espadas; madera; los símbolos de la naturaleza; seres divinos; dioses; santos.



Foto: © Vevevweb / Dreamstime.com

Aunque esos mandatos no siempre son asumidos de manera literal por todas las personas, de algún modo “filtran sus experiencias, sus modos de procesarlas y, en general, su forma de estar y de apropiarse del mundo que los rodea” (Faur, 2003).

La adolescencia constituye una etapa en la cual las relaciones e identidades de género adquieren un lugar central, en tanto acompañan y cargan de significados a los acelerados cambios corporales que dan lugar al desarrollo del cuerpo adulto. Los adolescentes forman parte de una sociedad que produce y transmite expectativas diferentes para hombres y mujeres, que se traducen en diferentes posibilidades laborales, distribución de tareas en la familia, posibilidades de autonomía (Faur, op cit).

Una serie de significados socio-culturales proporciona la clave de lectura de los cambios corporales que experimentan las y los adolescentes: a las chicas se les dice que se “hacen señoritas” cuando tienen su menarca, mientras se considera que los varones se “hacen hombres” cuando comienzan a tener relaciones sexuales, afirmando la masculinidad a partir de la salida al mundo de las relaciones sociales y sexuales.



SITUACIÓN DE SALUD

Existen varias fuentes estadísticas disponibles con información desagregada por origen étnico, que permiten elaborar un diagnóstico demográfico y de salud de los pueblos indígenas. Se revisó las fuentes disponibles y se evaluó su potencial para reunir información sobre salud de los/las adolescentes y jóvenes indígenas. Los resultados de la revisión se listan a continuación.



Censos: dieciséis países en la región, entre los cuales los cinco del estudio, han incorporado la variable de pertenencia étnica en los instrumentos de recolección de información censal. Contienen la información por edad y por sexo y limitada información de salud.

Encuestas de hogares y niveles de vida: dieciséis países en la región, entre los cuales los cinco del estudio, han incorporado la variable de pertenencia étnica en estas encuestas. La información de salud es restringida y como es una muestra no siempre la misma incluye las regiones donde habitan los indígenas y entonces la información no se codifica ni se analiza desagregada por pertenencia étnica.

Estadística vitales: cuatro países (Brasil, Costa Rica, Cuba y Guatemala) incluyen la variable en los certificados de nacimientos y defunciones. Solo un país (Guatemala) de los países participantes en el estudio incluye la variable.

Registros continuos: dos países han incorporado la variable de pertenencia étnica en los Sistemas de Información de Salud: Brasil y Belice. También se han iniciados procesos pilotos en Venezuela, Chile y Guatemala.

Encuestas de demografía y salud: varios países (Bolivia, Brasil, Ecuador, Guatemala, México, Nicaragua, Paraguay y Perú) desarrollan estas encuestas. Es una de las fuentes más útiles cuando se aborda el tema de salud sexual y reproductiva. No obstante se han detectado algunos problemas: son muestras de mujeres en edad fértil y no siempre permiten desagregar por pertenencia étnica, no siempre cubre los municipios con población indígena, lo que lleva a que algunos países no codifiquen ni analicen la variable "pertenencia étnica". De los cinco países del estudio, solo se han encontrado tres que publica información para pueblos indígenas (Bolivia, Ecuador y Guatemala). La información relacionada con este estudio que se extraen de las preguntas incluidas en la encuesta son: tasa de fecundidad, uso de anticonceptivos, tipo de métodos anticonceptivos, necesidad de servicios de planificación familiar, tipo de servicios, atención de embarazo y parto, lugar del parto, conocimiento de VIH, conocimiento de servicios de prevención, prueba, violencia.

Estudios: existen estudios que se desarrollan en los países como por ejemplo "La salud sexual y reproductiva de las poblaciones indígenas de Bolivia" promovido por el Vice Ministerio de Salud Intercultural y Medicina Tradicional de Bolivia con el auspicio del UNFPA, el diagnóstico sobre Pueblos indígenas de Nicaragua 2001, de la Procuraduría de los Derechos Humanos, etc.

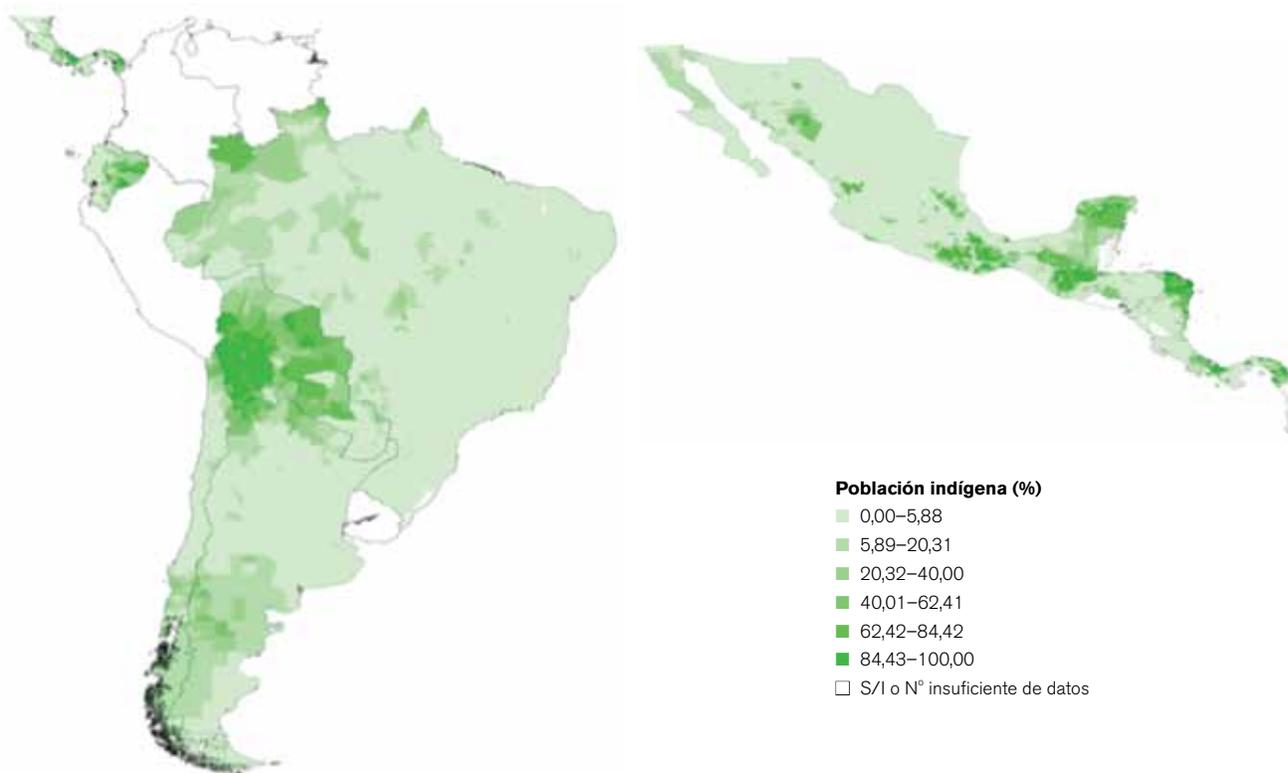
TABLA 2: Distribución de la población indígena por país en valores absolutos y porcentajes

La información censal disponible permite estimar que viven en la región de América Latina y Centroamérica, aproximadamente 20 millones de indígenas que se distribuyen de forma desigual en los diferentes países de la región.

Sub-región	Magnitud absoluta	Magnitud relativa
América del Sur		
Argentina	600.329	1.7
Bolivia	5.008.997	62.2
Brasil	734.128	0.4
Chile	692.192	4.5
Ecuador*	830.418	6.8+
Paraguay	88.529	1.7
Perú	7.543.000	27.0
América Central		
Costa Rica	63.876	1.7
Guatemala	4.610.440	41.0
Honduras	427.943	7.0

Fuente: Atlas Regional de vulnerabilidad sub-nacional y su impacto sobre la salud en América Latina y el Caribe. OPS/CELADE, CEPAL, 2010. *Estas cifras han sido cuestionadas por Consejo de Desarrollo de las Nacionalidades y Pueblos del Ecuador (CODEN-PE), que estima que la población indígena en el país se eleva a 40%.

FIGURA 2: Distribución de la población indígena en América del Sur y América Central



Si se analizan las pirámides de población por sexo y grupos etarios para los países que participaron en el estudio, se observa que la población indígena es fundamentalmente joven. Para unos países como Bolivia y Guatemala hay un leve estrechamiento a partir del grupo de 15 años y más, que puede corresponder a los problemas ya mencionados de auto-identidad étnica en adolescentes (ver Figuras 3 y 4).

Algunos de los resultados de los Censos y Encuestas de Demografía y Salud indican que:

- ◆ Los pueblos indígenas tienen condiciones de vida de alta vulnerabilidad y restricciones a los beneficios de políticas públicas.
- ◆ Sus indicadores muestran brechas negativas en materia de información y acceso a los servicios.
- ◆ Tienen necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar, representan tasas de fecundidad deseada menores de las observadas de casi uno, lo que manifiesta la voluntad de espaciar los nacimientos.
- ◆ Bajo uso de métodos anticonceptivos. Las mujeres indígenas tienen mayor preferencia por métodos no tradicionales que las mujeres no indígenas.

- ◆ Déficits en la atención prenatal.
- ◆ La atención del parto domiciliario es más alto para mujeres indígenas que para mujeres no indígenas.

A continuación se sintetiza la información de salud de los/las adolescentes y jóvenes indígenas contenidos en los estudios nacionales.

Bolivia

En el año 2006 más de la mitad de los municipios denominados predominantemente indígenas tienen coberturas de parto por debajo del 50%. En términos relativos, los municipios que muestran mejor desempeño son aquellos clasificados como moderadamente indígenas (UDAPE, 2008).

- ◆ Las barreras lingüísticas representan obstáculos para extender la atención institucional de los partos, especialmente cuando la población es monolingüe.
- ◆ La mayor parte de las mujeres monolingües nativas residen en el área rural, especialmente en los departamentos de La Paz, Chuquisaca y Potosí. Es más frecuente que las mujeres monolingües nativas se atiendan a sí mismas

FIGURA 3: Pirámide de población indígena por edad y sexo en Bolivia. Censo ronda 2000

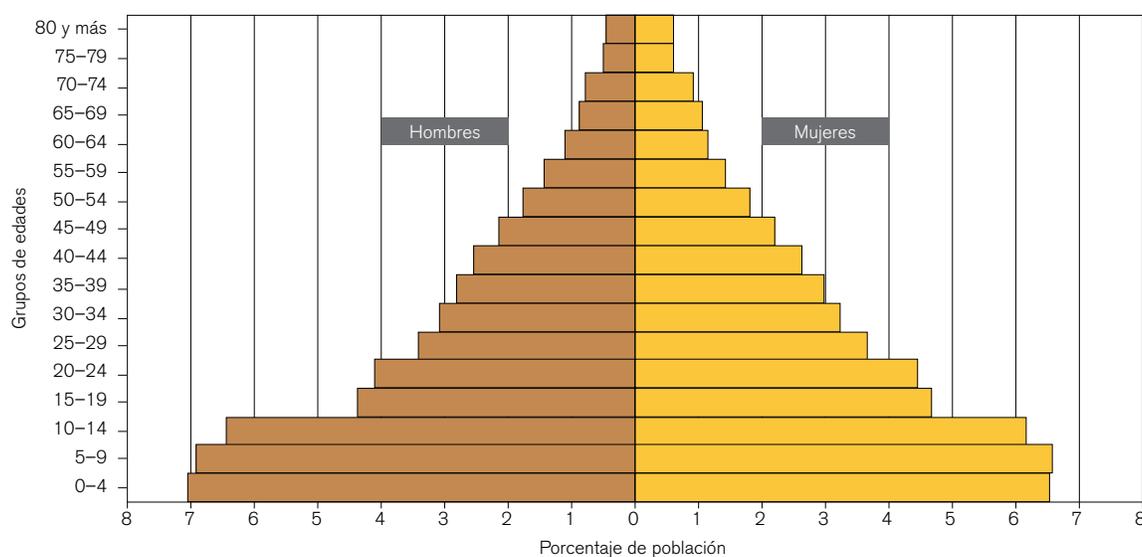
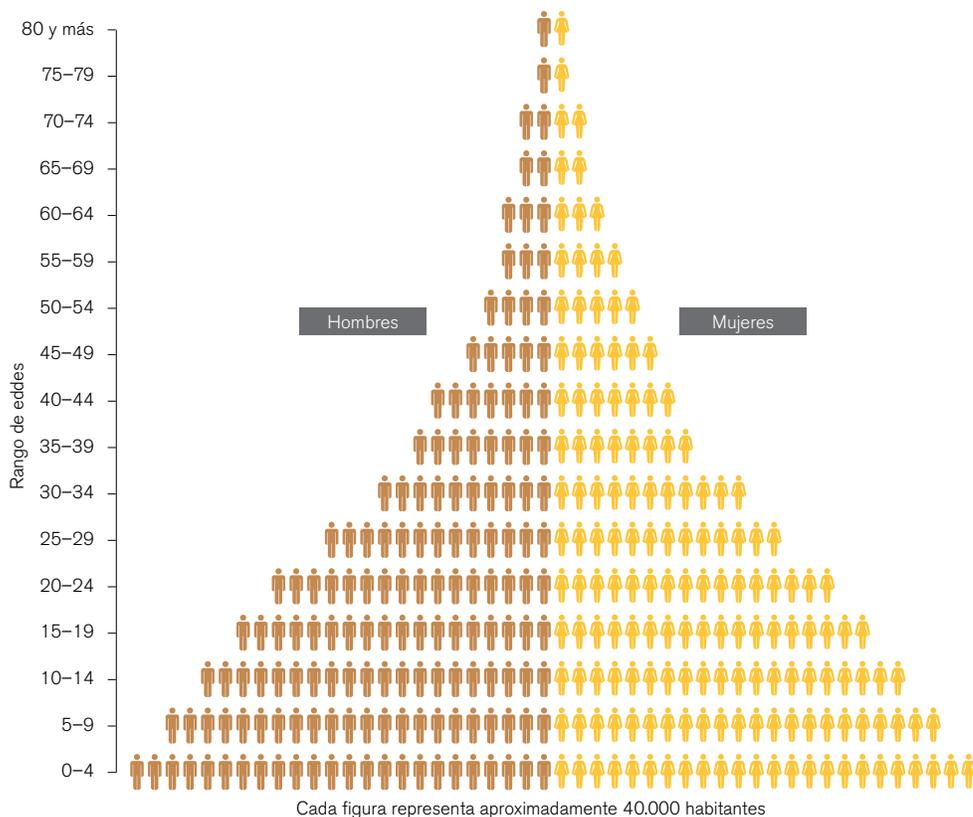


FIGURA 4: Pirámide de población indígena por edad y sexo en Guatemala



Fuente: V Encuesta Nacional Materno Infantil" Guatemala, 2009.

- en el parto (auto-atención). Al contrario, en los departamentos de Tarija, Beni, Pando y Santa Cruz, que presentan menor proporción de monolingüismo nativo, la auto-atención del parto es inferior al 10% (Calvo, 2005, citado en UDAPE/ NNUU/OIT, 2006).
- ◆ El uso de métodos anticonceptivos se incrementó en forma importante de acuerdo con la ENDSA (2008). No obstante este incremento se basa en los métodos tradicionales y no en los modernos. El uso de métodos modernos disminuyó de 34.9 (2003) a 34.6 (2008).
 - ◆ La necesidad insatisfecha de PF sigue siendo mayor entre las mujeres más jóvenes: 38 por ciento de las adolescentes (15 a 19 años), en comparación con apenas el 9 por ciento entre las mujeres de 45-49 años.
 - ◆ En relación al uso del condón entre los adolescentes de 15 a 19 años sólo el dos por ciento usaron condón.
 - ◆ El 58% de la población no indígena sabe del uso del condón como forma de prevención; entre la población indígena –según análisis por condición etnolingüística (CEL)– sólo el 34 por ciento conoce esta información (Castro y Salinas, 2009).
 - ◆ Sobre medidas preventivas del embarazo no deseado y las ITS (incluido el VIH-Sida), “según la condición étnico-lingüística, la población no indígena tiene mayor conocimiento preventivo del uso del condón (58%), en tanto que entre la población indígena solamente 34%. Asimismo, dentro de ambas poblaciones el porcentaje de conocimiento del método es mayor entre los hombres. Mientras el 70% de la población masculina no indígena conoce el método, tan sólo el 29% de las mujeres indígenas lo conoce” (UDAPE, NNUU, OIT 2006, citado en Salinas y Rimmasa 2009).

- ◆ El porcentaje de mujeres que ha oído hablar del VIH es de 76.2% en el área urbana, frente a un 9.4% rural, en tanto que en los hombres llega al 84.1% urbano frente a un 8.1% rural. De igual manera las formas para prevenir el VIH es más conocido por los hombres –57.2% frente al 49.2% de las mujeres (ENDSA, 2008). Al considerar el conocimiento por los diferentes grupos étnicos, la proporción de jóvenes, tanto en hombres como en mujeres, que conocen de la enfermedad es mayor que en la población adulta (ENDSA, 2008).
- ◆ Los departamentos más afectados y con la mayor notificación de casos de VIH en el país, sobre todo a expensas de sus ciudades capitales, son Santa Cruz, Cochabamba y La Paz (ENDSA 2008). Para el año 2003 un 26% de las notificaciones correspondían a quienes están entre los 15 y 24 años. La vía de transmisión predominante es la sexual, con más de 90% de las notificaciones (Programa Nacional de ITS/VIH–Sida o Plan Nacional de Juventudes, 2008).
- ◆ ONUSIDA estima que la prevalencia del VIH y Sida en el área rural de Bolivia oscila entre el 0,025% y 0,05%. Si bien más del 60% de la población boliviana se auto-identifica como indígena, no se dispone de información sobre el impacto del VIH en pueblos indígenas.
- ◆ El 58% de la población no indígena sabe del uso del condón como forma de prevención. Entre la población indígena –según análisis por condición étnicolingüística (CEL)– sólo el 34% conoce esta información. En ambas poblaciones el porcentaje de conocimiento del método siempre es mayor entre hombres que entre mujeres. Sin embargo, en las poblaciones indígenas, el 70% de la población masculina sabe del uso del condón como forma de protección, frente al 29% de las mujeres indígenas (Salinas y Rimassa informe “Pueblos Indígenas Originarios y Objetivos de Desarrollo del Milenio” 2007, 2009).

Ecuador

Las mujeres indígenas enfrentan mayores problemas que las no indígenas asociados al embarazo, al parto, al postparto, a la planificación familiar, y a la prevención y atención a la violencia de género. Si bien no es exclusivo de las comunidades indígenas, cabe añadir que en éstas hay un alto porcentaje de embarazo en adolescentes, ya sea enmarcado en prácticas culturales (dentro del matrimonio), como probablemente por los bajos niveles de instrucción formal.

- ◆ En el ámbito rural, el país tiene un 20% de embarazo y maternidad adolescentes. De manera concreta, un 7,6% de indígenas en la franja de edad 15-17 años han sido madres, ascendiendo a un 31% en la franja de 18-19 años; porcentajes sólo superados en las madres afrodescendientes.
- ◆ Las embarazadas indígenas presentan un número de controles prenatales mucho menores que la media con 23 puntos porcentuales (sólo el 61% tuvieron algún control prenatal).
- ◆ La atención profesional del parto (que a nivel nacional llega al 74%) en mujeres indígenas apenas alcanza el 30%.
- ◆ En cuanto a la vacuna antitetánica y al examen Papanicolaou, las mujeres indígenas están por debajo del promedio, así como en la información sobre cáncer de seno, examen, auto examen y mamografía.
- ◆ El uso de anticonceptivos en el país alcanza el 73%. Sin embargo, esta prevalencia de uso se reduce drásticamente entre las mujeres indígenas (sólo un 47% usa anticonceptivos). Entre los métodos utilizados por ellas están: la esterilización femenina 9%, DIU 8%, pastillas 4%, retiro 12%, el ritmo 9%, inyección el 4%, condón el 2% y otros el 1%. La principal razón que dan para la utilización de métodos anticonceptivos es no querer más hijos (señalado por el 60% de mujeres indígenas); la segunda, para espaciar los nacimientos (en este mismo grupo, un 38%). Adicionalmente, la bajísima utilización del condón da cuenta de que los métodos usa-



dos tienen como fin evitar embarazos, no así ITS y VIH y Sida (ENDEMAIN, 2004).

- ◆ En la provincia de Esmeraldas, para el año 2008 los casos reportados de infecciones de transmisión sexual (ITS) ascienden a 6.418, de los cuales 2.562 son mujeres y 3.856 son hombres, lo que corresponde al 39,92% y al 60,08% de los casos reportados (ENDEMAIN, Esmeraldas, 2004). En esta provincia se mantiene la misma tendencia en cuanto a que son las personas jóvenes las mayormente afectadas. El 52% de las mujeres de 15 a 24 años de edad ha tenido al menos una relación sexual. Entre los adolescentes (15-19 años), 29% reporta tener experiencia sexual. Entre las jóvenes de 20 a 24 años, la experiencia sexual sube al 84% a nivel provincial, siendo pre marital el 65%. En esta provincia, son las mujeres ubicadas en el quintil económico más pobre las que tienen mayor experiencia sexual (58%), en comparación con las de quintil más rico (44%). De las mujeres de 15 a 24 años de edad con experiencia sexual, sólo el 16 % reportó haber usado un método anticonceptivo en la primera relación sexual (Ministerio de Salud, datos sin publicar).
- ◆ En la región Amazónica, más de la mitad de las mujeres entre 15 y 24 años de edad ha tenido al menos una relación sexual (55%) (ENDEMAIN, 2004).
- ◆ En Sucumbíos, la edad promedio de la primera relación sexual de las personas kichwas es a los 17 años; el 68% de los encuestados dice conocer cómo se produce el embarazo, y el 32% da una respuesta incorrecta. El 35.6% de los y las encuestadas no conocen ningún método anticonceptivo de la medicina kichwa. El método más conocido fue la planta “cruz caspi” (27,2%). Casi todos los y las entrevistados/as conocen los métodos anticonceptivos occidentales siendo los más conocidos los preservativos (21,4%), salpingectomía (20,1%), hormonas orales (18%) y hormonas

inyectables (17.5%). Sin embargo, el 12.4% de los encuestados desconoce las funciones del condón, en tanto que el 42.8% dice que sirve para evitar embarazos y sólo el 43% para protegerse del VIH/Sida (Ministerio de Salud).

- ◆ En la provincia de Sucumbíos los casos reportados de infecciones de transmisión sexual (ITS) para el año 2008 ascienden a 4.563, de los cuales 4.242 son mujeres y 321 son hombres, lo que corresponde al 93% y 7% respectivamente.
- ◆ En Cotopaxi en el 2008 habría un total de 8.244 casos de personas con ITS, 23,55% de hombres y 76,45% son mujeres. El mayor número de casos está entre los 15 y 35 años de edad. En las mujeres de 15 a 24 años de edad con experiencia sexual, únicamente algo más de una de cada diez reportó haber usado algún método anticonceptivo en la primera relación sexual (ENDEMAIN, Cotopaxi, 2004: 70).
- ◆ En la provincia de Cotopaxi, el 51% de adolescentes y jóvenes con ningún nivel de instrucción o con primaria ha estado alguna vez embarazada, en comparación con el 24% de adolescentes con instrucción secundaria o superior (ENDEMAIN Cotopaxi, 2004:71).

Guatemala

Las tasas de fecundidad para las adolescentes de 15-19 es ligeramente menor para las indígenas (94 por mil mujeres) que la TF de las no indígenas (100 por mil mujeres) pero en el grupo etario de 20-24 la tendencia se invierte y las indígenas alcanzan a 202 por mil mujeres vs. 173 por mil mujeres en las no-indígenas. Las mujeres indígenas presentan una TGF de 4.5 es decir que las mujeres indígenas tienen un promedio de más de cuatro hijos mientras que las no indígenas se ubican en tres hijos (V ENSMI, 2008-2009).

- ◆ La fecundidad no deseada es mayor en los departamentos de Sololá, Suchipéquez y en mujeres que no tienen ninguna instrucción. La de las mujeres indígenas es el doble de las no indígenas (V ENSMI, 2008-2009).

Salud sexual y reproductiva y VIH

de los jóvenes y adolescentes indígenas
en Bolivia, Ecuador, Guatemala,
Nicaragua y Perú

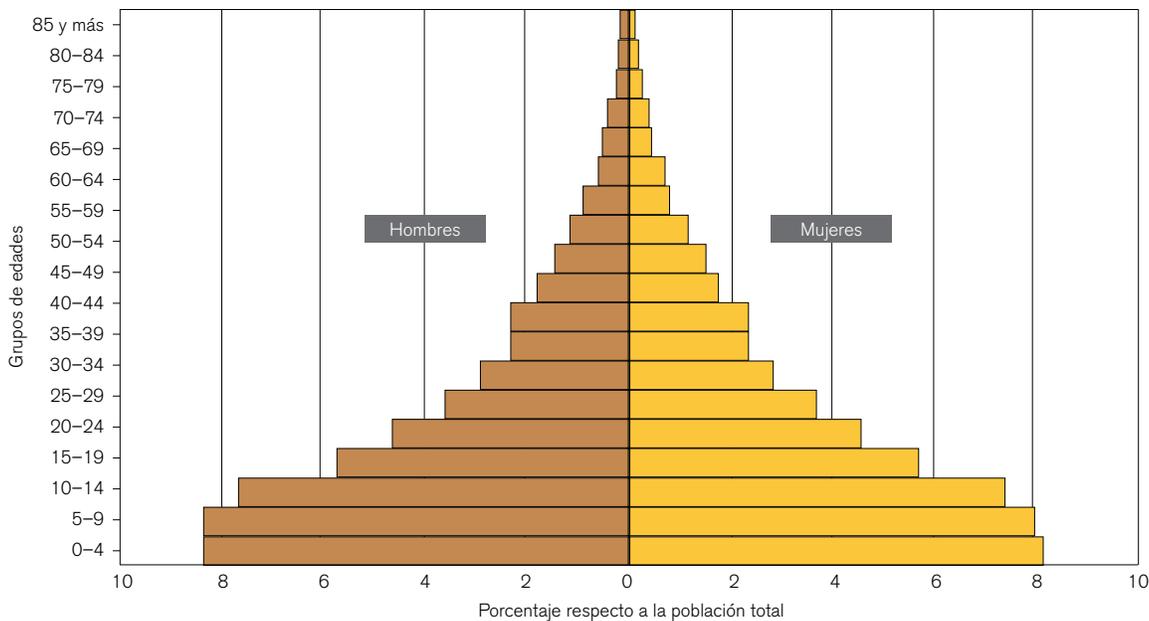
- ◆ En relación al uso de los métodos anticonceptivos, la misma fuente, indica que 59,8% de las mujeres indígenas no usa métodos anticonceptivos vs el 36,7% de las mujeres no indígenas. En el grupo de mujeres indígenas que usa métodos anticonceptivos se observa que una de cada tres prefiere los métodos naturales. El uso del condón es bajo para ambos grupos (indígenas 2,5% y no indígenas 4,4%).
- ◆ La demanda insatisfecha para los servicios de planificación familiar es más alto en las mujeres indígenas (29,3%) mientras que en las no indígenas es de 15%.
- ◆ Las mujeres indígenas generalmente tienen un solo control prenatal, pero solamente el 30% tiene un parto atendido en un establecimiento de salud vs. 70% de las mujeres no-indígenas.
- ◆ El porcentaje de mujeres que ha oído hablar sobre como prevenir el VIH es menor en las mujeres indígenas, y aún menor el grupo de aquellas que sabe donde hacerse la prueba 26,8% mientras que en las mujeres no indígenas es el 52%.
- ◆ La percepción sobre la violencia aumenta en las mujeres del áreas urbanas. Un porcentaje más bajo de mujeres indígenas reporta haber sido víctima de violencia (42,3%), comparado con las mujeres no-indígenas (47%) (V ENSMI, 2008-2009).
- ◆ La cobertura del parto en la RAAS (36,7%) está por debajo del promedio nacional (50%) (ENDESA 2006/7).
- ◆ La prevalencia del uso de métodos de planificación familiar también presenta déficits en las regiones autónomas: RAAS (46,5%), RAAN (62%) y total país 65,50% (ENDESA 2006-7).
- ◆ Las necesidades insatisfechas de planificación familiar duplican en RAAS (28,1%) los promedios nacionales (14%).
- ◆ La tasa de prevalencia de VIH a nivel nacional para el 2008 es de 5,5/10.000 habitantes. Como ésta no sobrepasa al 1% en la población general, la epidemia se identifica concentrada, y las investigaciones realizadas en Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) (OPS, 2002) han encontrado niveles de prevalencia superiores al 9%. Los SILAIS de mayor prevalencia, son Managua, Chinandega, León, Masaya, la Región Autónoma del Atlántico Norte y la Región Autónoma del Atlántico Sur.
- ◆ En el acumulado de VIH y Sida hasta 2008, la vía de transmisión predominante es sexual (94,7%), con predominio de la relación heterosexual (81%) y la relación de hombres que tiene sexo con hombres 19%. Centroamérica y Nicaragua, desde el inicio de la epidemia, presentan un patrón predominante de transmisión sexual, que se diferencia de todas las demás regiones del continente americano. Entre personas heterosexuales VIH+, en los últimos 5 años se observa un incremento de casos del sexo femenino, que representaba el 31% en el 2000 y aumentó a 45% en 2008 (OPS-ONUSIDA, 2008).
- ◆ La tasa de prevalencia del VIH por 10,000 habitantes en el 2008 es 7,5 para la RAAS y 4,2 para la RAAN, siendo los Municipios que presentan tasas mayores Puerto Cabezas 10,1/10,000 habitantes y Waspam 5,5. Igual que en el país la población más afectada es entre los 15 y 49 años (OPS/ONUSIDA).

Nicaragua

Las mujeres de las Regiones Autónomas costeñas (RAAS y RAAN) tienen sus hijos muy temprano. Según información de la Encuesta Nacional de Salud (ENDESA) 2006/2007 el porcentaje de adolescentes madres en la RAAS es alto 27,3% y está por encima de los promedios nacionales 19,9%, especialmente en el caso de la RAAS; y tienen más hijos/as en promedio que en el nivel nacional (por encima de los 3,5 hijos/as por mujer), con lo que se evidencia el escaso control que tienen sobre la reproducción.

- ◆ La tasa de mortalidad materna en la RAAS es de 265,7 superando el nivel nacional de 151 por 10.000 nacidos vivos.

FIGURA 5: Pirámide de población por sexo y edad de la RAAS, Nicaragua



Fuente: Dirección de Estadísticas Encuesta Nacional de Salud 2006-07 Managua, Nicaragua

Perú

Las tasas de embarazo adolescentes son altas. Según el último censo, de todas las adolescentes registradas entre 12 y 19 años el 7,3 ya son madres y del total de adolescentes en edad fértil el 11,7 son madres (MINSA, 2009).

- ◆ No se encontraron estadísticas de SSR desagregada por pertenencia étnica pero la información disponible por edad y nivel socio económico indica que para las edades de 15-17 el porcentaje de embarazos no deseados es de 35,8% mientras que para el grupo de 18-24 se eleva a 44,5%. En relación al nivel socioeconómico, los grupos que se enfrentan a este tipo de problema se acentúa en los niveles más bajos (46,4%) mientras que en los segmentos de población con ingresos medios y altos solamente el 27,3 de los/ las entrevistadas manifestaron haber tenido experiencias de embarazos no deseados.
- ◆ La epidemia de VIH en el Perú está considerada como una epidemia concentrada en la población de HSH, siendo la prevalencia

estimada a nivel nacional para esta población de 13,9%; mientras que para la población general ésta se encuentra en menos del 1%.

- ◆ La relación hombre/mujer ha variado de 27/1 en 1987 a 3/1 en el 2005, lo que demuestra una mayor vulnerabilidad de las mujeres al VIH, aunque la infección sigue afectando de manera mayoritaria a los hombres.
- ◆ Las estadísticas de la región del Cusco tienen reportado 246 pacientes que dieron positivo en sus pruebas de diagnóstico, por lo que se presume que la población afectada por el VIH está bordeando las 700 a 1000 personas, de ellas la población más vulnerable es la de sexo masculino, 75% frente a un 25% de mujeres. (Entrevista a especialista Maritza Castro Guajardo La primera, año IV-475/Cusco, miércoles 2 de diciembre del 2009, local, página 6).
- ◆ Los resultados de una evaluación rápida en tres ciudades del país arrojó que la proporción de casos de VIH por transmisión vertical en Cusco era del 10%, frente a 2% para Chiclayo y 1% para Iquitos.



METODOLOGÍA

La propuesta metodológica se basa en el concepto de triangulación que resalta la importancia de combinar distintas disciplinas, teorías y herramientas metodológicas y apuesta por la combinación de metodologías cualitativas y cuantitativas en el análisis de los resultados.

Se trata de un diseño metodológico cualitativo en el que se busca entender temas y conceptos poco abordados como la sexualidad y la percepción del VIH en los adolescentes y jóvenes indígenas. El enfoque cualitativo permite entender los significados y conceptos desde el punto de vista de las personas entrevistadas, desde sus propias palabras sin imponer a priori los conceptos de los investigadores (perspectiva emic).

Al tratarse de un estudio comparativo de 5 países, fue necesario llegar a un compromiso entre un diseño emergente y un diseño proyectado (Valles, 2003). Los diseños emergentes, idóneos para abordar conceptos poco estudiados, se caracterizan por su flexibilidad, ya que los instrumentos metodológicos se van modificando y adaptando a lo largo del proceso de investigación. Los diseños proyectados están más predefinidos y cuentan con un menor margen de maniobra para hacer cambios una vez que comienza la fase de recolección de datos, por lo que se consideran más apropiados para estudios comparativos y estudios en los que se cuenta con un tiempo limitado.

En este estudio se elaboró un guión de entrevista que fue utilizado por todos los países, para permitir la comparación entre ellos. Sin embargo, se optó por entrevistas semi-estructuradas en las que se seleccionaron una serie de preguntas, pero dejando un margen para que el investigador pudiera cambiar el orden de las preguntas y hacer preguntas de seguimiento para ahondar en los temas que fueran emergiendo a lo largo de la entrevista.

Este diseño permitió que las entrevistas fueran comparables, dado que las preguntas principales coincidían en los distintos países, pero concedían a su vez un margen suficiente para que los investigadores pudieran adaptarse y abordar conceptos o temas que pudieran variar en los distintos países. Los instrumentos fueron previamente pilotados y los investigadores adaptaron el lenguaje y las preguntas a las realidades de las distintas comunidades.

Composición del equipo de investigación

El estudio contó con un equipo de investigación en cada país, conformado por un investigador principal y dos investigadores asociados. El investigador principal se encargó de coordinar el trabajo de campo, mantener el contacto con las sedes locales de la OPS, comunicarse con la coordinación de Washington con sesiones virtuales de trabajo, establecer los contactos con las instituciones comunitarias y de redactar el informe nacional. Las funciones de los investigadores asociados fueron adaptar los instrumentos a las realidades locales, establecer el contacto con las comunidades, realizar las entrevistas, historias de vida y grupos focales y traducir y transcribir las entrevistas.

Selección de la muestra y procedimiento

La decisión sobre el tipo y tamaño de la muestra no vino dada por el criterio de representatividad estadística, ya que no se pretendía generalizar los resultados de este estudio a todo el universo poblacional de



Salud sexual y reproductiva y VIH

de los jóvenes y adolescentes indígenas
en Bolivia, Ecuador, Guatemala,
Nicaragua y Perú

jóvenes y adolescentes indígenas. Por el contrario, este estudio cualitativo tiene como objetivo entender y desarrollar conceptos poco abordados. Desde esa óptica, se buscó incluir en el estudio a jóvenes y adolescentes con un perfil muy variado en cuanto a la edad, el sexo, el género, el nivel educativo, el tipo de comunidad y el pueblo indígena con el que se identifican con el fin de conformar una muestra heterogénea que incluyera diversos perfiles para abrir el abanico de perspectivas y experiencias recogidas.

En cada país se eligieron tres comunidades que difirieran en cuanto a la cercanía o lejanía a los centros urbanos y en la pertenencia a distintos pueblos indígenas, buscando siempre la mayor diversidad posible en cada país. Se llevaron a cabo 12 entrevistas en cada país (4 en cada comunidad), 12 historias de vida (4 en cada comunidad), y 6 grupos focales (2 en cada comunidad) y entrevistas informales a líderes, religiosos, maestros, madres y padres. El equipo de investigación en Ecuador no alcanzó a realizar las historias de vida, debido a la dificultad de encontrar jóvenes indígenas viviendo con VIH y anuentes a participar en la investigación.

Descripción de la muestra estudiada

En este estudio se ha entrevistado en profundidad a un total de 87 personas, aproximadamente mitad hombres y mitad mujeres, de cinco países latinoamericanos: Guatemala, Perú, Bolivia, Nicaragua y Ecuador. De estos participantes, un 43,7% eran personas que habían adquirido el VIH, mientras el 56,3% restante no eran portadores del virus. De los 87 participantes un 60,9% pertenecía al ámbito rural, mientras que el 39,1% restante pertenecía al área urbana (ver Figura 6). Respecto a su grado de formación podemos decir que un 4,6% no tenía estudios o como máximo alfabetización, un 40,2% estudios primarios, un 32,2% estudios secundarios y un 23% tenía estudios de especialización o universitarios (ver Figura 7). En cuanto a la religión que profesaban, un 46% se consideraban católicos practicantes, un 30% diferentes religiones evangélicas y un 24% se consideraban no creyentes, aunque algunos de ellos estuviesen bautizados (ver Figura 8).

Tras seleccionar las comunidades los investigadores contactaron con las instituciones locales o los líderes comunitarios para explicarles el objetivo del

FIGURA 6: Distribución porcentual de los participantes según sexo y lugar de residencia

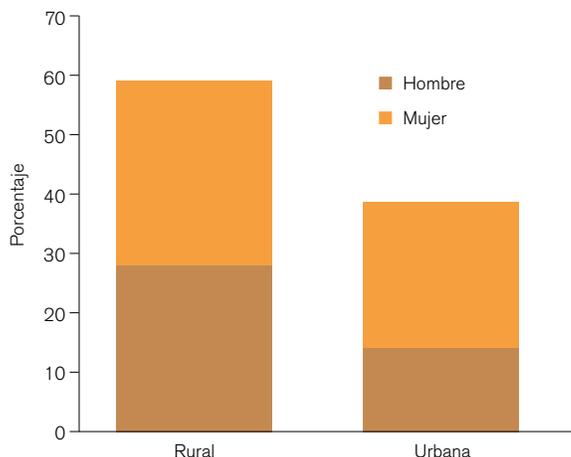


FIGURA 7: Distribución porcentual de los participantes según nivel de educación

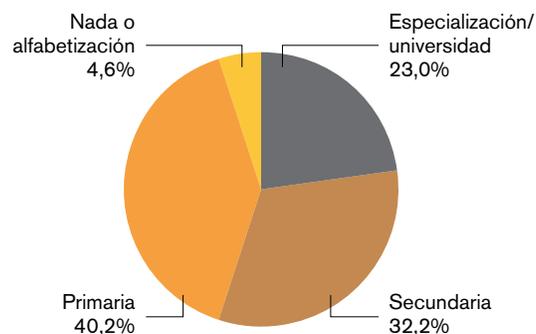
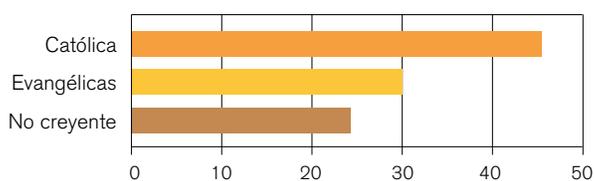


FIGURA 8: Religión de los participantes, en porcentaje

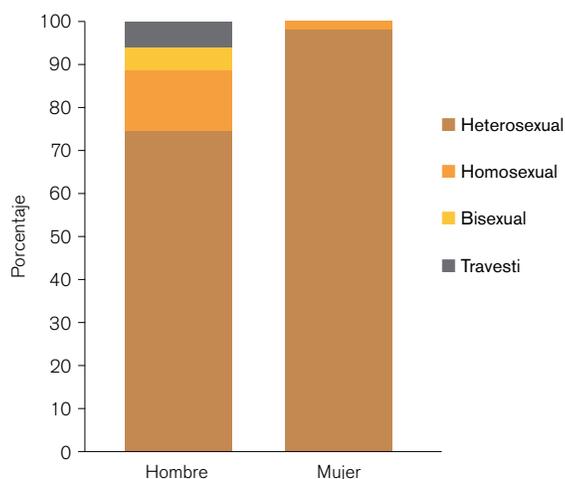


Fuente: Elaboración propia del estudio

estudio e involucrarles en el proceso de investigación. Después de obtener la autorización de las comunidades, los investigadores se pusieron en contacto con instituciones como centros educativos, ONGs y hospitales para buscar redes que permitieran el acceso a personas que estuvieran dispuestas a participar en el estudio. Una vez contactadas las personas se utilizó la técnica de bola de nieve en la que los propios participantes recomiendan a otras personas para la investigación.

En relación a la orientación sexual de los participantes, un 74% de hombres jóvenes reportaron ser heterosexuales, y el 26% restante reportaron ser homosexuales, bisexuales, y/o travestis. En cambio en las mujeres jóvenes un 97% reportaron ser heterosexuales, y un 3% ser homosexuales (ver Figura 9).

FIGURA 9: Orientación sexual de los participantes, en porcentaje



Consideraciones éticas

Los investigadores utilizaron siempre el Consentimiento Informado con las personas entrevistadas. Antes de comenzar la entrevistas los investigadores tenían que leer un resumen de la investigación explicando los objetivos del estudio, la duración de la entrevista, los riesgos y beneficios por participar y la manera en la que se mantiene la privacidad y la confidencialidad de la información. Después de explicar estos puntos se le pedía al entrevistado su consentimiento para proceder con la entrevista y grabarla. En algunos países se utilizó un consentimiento verbal y en otros se pidió que las personas firmaran el consentimiento. En el caso de que el entrevistado fuera menor de edad se pidió la autorización de los padres.

Las entrevistas se llevaron a cabo en el idioma de preferencia de los entrevistados, en su mayoría idiomas indígenas. Los investigadores tradujeron las herramientas a los idiomas locales y transcribieron las entrevistas sin poner los nombres reales de las personas entrevistadas para proteger la privacidad y confidencialidad de la información. En los informes nacionales y en el informe comparativo se utilizaron pseudónimos o información no identifica-

da y no se puso el nombre real de las comunidades en las historias de vida.

Al finalizar la entrevista los entrevistados recibieron una compensación como mochilas, comida, vales de autobús o material escolar para agradecerles el tiempo dedicado y su participación en el estudio.

Herramientas metodológicas

Para abordar el objetivo de este estudio se utilizaron cuatro tipos de herramientas metodológicas. Se llevaron a cabo entrevistas en profundidad y grupos focales a adolescentes y jóvenes indígenas. Se pasaron historias de vida a personas indígenas viviendo con VIH y toda esta información se complementó con entrevistas informales a los principales agentes involucrados como padres, personal de los servicios de salud, profesores o médicos tradicionales.

Este informe se centra en el análisis de las entrevistas a adolescentes y jóvenes indígenas y en las historias de vida a personas indígenas viviendo con VIH. Para obtener una mayor información sobre los grupos focales y las entrevistas informales es necesario consultar los informes nacionales de este proyecto.

Entrevistas semi-estructuradas a adolescentes y jóvenes indígenas

Los participantes fueron adolescentes indígenas entre 12 y 25 años con un perfil diverso en cuanto al género, orientación sexual, nivel educativo, pueblo indígena y tipo de comunidad rural-urbana. En la entrevista se abordaron los siguientes temáticas:

- ◆ **Conceptualización de la adolescencia:** cómo se entiende ese período de la vida, si existe o no, cuándo inicia y cuándo termina, cuales son los ritos de paso, si ellos existen.
- ◆ **Roles de género:** diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a tareas, trabajos, expectativas de futuro, oportunidades educativas y empoderamiento de la mujer.
- ◆ **La orientación sexual** se refiere a la capacidad de cada persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo, o de su mismo género, o de más de un género, así como a la capacidad mantener relaciones íntimas y sexuales con estas personas.

Salud sexual y reproductiva y VIH

de los jóvenes y adolescentes indígenas
en Bolivia, Ecuador, Guatemala,
Nicaragua y Perú

- ◆ **Cultura y prácticas sexuales:** concepciones sobre sexualidad, rituales de iniciación sexual, contexto de iniciación sexual, prácticas sexuales, percepción de métodos de prevención del embarazo y de infecciones de transmisión sexual.
- ◆ **Comunicación:** con quién se habla de sexo, cuáles son las actitudes hacia los métodos de prevención de ITS de las personas importantes para los adolescentes como la familia, los amigos o los líderes religiosos.
- ◆ **Factores de vulnerabilidad:** migración, consumo de alcohol y drogas, violencia, falta de acceso a recursos, falta de oportunidades.
- ◆ **Estigma, violencia y discriminación como factor de vulnerabilidad:** Estigma y discriminación hacia las personas con VIH y personas con diversas orientaciones sexuales, violencia de género hacia la mujer, abuso sexual, causas de los distintos tipos de violencia y su relación con el VIH y otras infecciones de transmisión sexual.
- ◆ **Percepción de VIH:** Percepción de la salud y de las infecciones sexuales desde la cosmovisión indígena, conocimiento sobre VIH, percepción de riesgo, a donde acuden cuando tienen un problema de salud o requieren un tratamiento.
- ◆ **Percepción de la medicina tradicional y de los servicios de salud:** por qué deciden acudir a un tipo de especialista frente a otro, barreras de acceso a los servicios de salud, averiguar si los servicios de salud tienen un enfoque intercultural (si el personal sanitario maneja los idiomas indígenas, si se respeta las creencias indígenas con respecto a la salud).

Historias de personas indígenas viviendo con VIH

En las historias de vida la muestra estuvo formada por personas indígenas viviendo con VIH. El rango de edad fue mayor debido a la dificultad de encontrar únicamente a adolescentes y jóvenes indígenas con VIH, pero se hizo énfasis en los factores de vulnerabilidad durante la adolescencia.

Las historias de vida exploraron con mayor detalle y profundidad la vida de personas indígenas que viven con VIH para entender la manera en la que adquiere-

ron la enfermedad, los factores sociales y culturales que a lo largo de la vida inciden en los factores que sitúan a los adolescentes y jóvenes indígenas en una condición de vulnerabilidad de adquirir el VIH, cuáles son las primeras reacciones ante el diagnóstico, a qué tipo de especialista prefieren acudir, cómo son sus experiencias en los sistemas de salud, cómo se encuentran físicamente y emocionalmente y cómo se encuentran en su entorno social.

Las historias se centraron en los siguientes aspectos

- ◆ **Vida durante la niñez y adolescencia:** Iniciación sexual, conocimiento sobre VIH, uso de métodos de prevención de ITS y factores de vulnerabilidad (violencia, pobreza, desigualdad de género);
- ◆ **Adquisición de VIH:** Formas en las que adquirieron el VIH, a qué tipo de especialista acuden cuando se encuentran enfermos, cómo deciden ir a hacerse la prueba, primeras reacciones ante el diagnóstico;
- ◆ **Vidas después del VIH:** Como viven sus vidas después del diagnóstico, a quién se lo cuentan, reacciones del entorno social y estado de ánimo;
- ◆ **Experiencias en los servicios de salud:** Perciben los servicios de salud y cuáles son las principales barreras de acceso, principales recomendaciones y sugerencias para prevenir el VIH en sus comunidades.

Análisis de los datos

Las entrevistas y las historias de vida fueron traducidas y transcritas por los investigadores asociados y se introdujeron en un programa de análisis de datos cualitativo (QDAminer). El QDA miner es un programa mixto que permite realizar un sistema de códigos y subcódigos para categorizar la información y también permite realizar análisis estadísticos.

El proceso de generación de las categorías fue tanto inductivo como deductivo. Por un lado, las categorías fueron emergiendo de la lectura de las entrevistas y por otro lado se incluyeron algunas categorías que aluden a conceptos importantes en

la literatura. Tres investigadores acordaron los códigos relevantes y posteriormente codificaron todas las entrevistas e historias de vida.

Una vez codificadas, el programa permite recuperar los fragmentos de texto codificados bajo cada categoría, ayudando a analizar y entender los conceptos principales. A su vez, el programa permite realizar cruces de variables y ver con qué frecuencia aparecen los códigos en función de distintas variables como el país, la edad, el sexo, el tipo de comunidad o el nivel educativo. De esta forma, se fueron desarrollando los principales conceptos y también comparando la información de los distintos países y la influencia de las diversas variables.

Este análisis se complementó con un estudio de casos típicos basado en las historias de vida. Se seleccionaron aquellas historias de vida que podían representar prototipos de experiencias que ejemplifican problemáticas distintas relacionadas con el VIH y su transmisión. El análisis de las experiencias individuales nos sirve para entender aspectos que pueden ser comunes a otras personas en circunstancias similares. Estos portraits o retratos fueron esenciales para describir las narrativas de las personas que viven con VIH.

Características y desafíos del estudio

El estudio supuso retos importantes en varios aspectos. En primer lugar, la elaboración de instrumentos metodológicos que fueran uniformes en los 5 países, pero que a la vez se pudieran adaptar a diferentes contextos y realidades. Los investigadores tuvieron que realizar una labor importante de adaptación y traducción de los instrumentos y de las entrevistas.

El acceso a algunas de las comunidades fue difícil debido a la lejanía de los centros urbanos y a la escasez de medios de transporte para llegar a las comunidades más remotas.

A pesar de que las comunidades estuvieron dispuestas a colaborar en el estudio, se necesitó un proceso de toma de contacto y negociación con los principales líderes comunitarios. Los investigadores tuvieron que establecer numerosos contactos para poder generar relaciones de confianza ya

que algunas comunidades estaban algo reticentes a participar debido a que se habían sentido “objeto de estudio” en otras investigaciones. El hecho de que varios de los investigadores asociados hablaran los idiomas indígenas o pertenecieran a los pueblos indígenas que participaron en el estudio, facilitó este proceso.

Fue difícil abordar un tema tabú como la sexualidad y el VIH sobre todo con la población de adolescentes. Muchos entrevistados sentían temor y vergüenza de tratar estos temas y por ello algunas de las entrevistas aportaron información muy escueta. Sin embargo, es de destacar que a pesar de las dificultades, varios investigadores consiguieron crear relaciones de confianza para que los adolescentes y personas viviendo con VIH les relataran sus historias.

Asimismo, fue difícil localizar a personas indígenas viviendo con VIH por varios motivos. Por un lado, la prevalencia de VIH no es muy alta y probablemente muchas de las muertes de VIH no se reporten debido al profundo estigma asociado al VIH en las comunidades. El temor a que otras personas se enteraran de su estatus positivo, hizo que algunas personas viviendo con VIH no quisieran participar en el estudio. Por este motivo, no todos los países pudieron completar las doce historias de vida programadas para cada país.

Debido a que los temas de salud son complejos para los/las adolescentes, a lo que se suma lo difícil que les resulta expresar sus opiniones y contar sus vivencias en relación a la sensualidad y el VIH, el equipo responsable por la investigación decidió realizar una aproximación etnográfica para que la entrevistas se realizan en una modalidad amistosa y con un contexto lo más natural posible y que por otro lado tuviera validez ecológica. Para ello, investigadores nativos viajaron a las distintas comunidades y entrevistaron de una manera abierta y respetuosa a los participantes en su propio idioma. A partir de este rico material se han realizado análisis cualitativos categoriales desde una doble vía, tanto inductiva como deductiva, elaborando las categorías desde las explicaciones prototípicas de los entrevistados, pero utilizando la teoría para filtrar la categorización y aportarle consistencia.



PRINCIPALES HALLAZGOS

A continuación se presentan los principales resultados reagrupados en las temáticas definidas en los objetivos del estudio que se indicaron en la primera sección del presente documento. Esta sección contiene dos componentes: en la primera, se destaca las entrevistas en profundidad con los jóvenes, y sus respuestas; en la segunda, se presentan las historias de vida de adolescentes seleccionados que participaron en el estudio.



A. Entrevistas en profundidad

¿La adolescencia y la juventud: cómo perciben los indígenas estas etapas de la vida?

Los testimonios muestran gran similitud en relación como los jóvenes perciben estas etapas, las edades o tránsitos entre niño, adolescente y adulto, independiente de la cultura a la que pertenecen. No parece haber en ninguna de ellas ritos de iniciación o tránsito entre la niñez y la adolescencia de origen ancestral. Se percibe una cierta aculturación. Las fiestas se convierten en el único motivo de encuentro de socialización estando muy influenciados por las fiestas patronales o relacionadas con la cosecha, salud, etc.

Otra influencia occidental que aparece en todos los países estudiados es la celebración de los quince años, “inexistente antes en las comunidades indígenas y que ahora se asume como ritual desprovisto de aspectos culturales”. Tanto en los Tsinames, como en Aymaras, Quechuas, Kaqchikeles y Quichés, por influencia de las iglesias evangélicas y católica, han sufrido “una pérdida acelerada de su cosmovisión”.

No obstante, las lenguas pautan la existencia de una fase diferenciada en la vida. Por ejemplo, en Perú, la entrada en esta etapa de transición entre la niñez y la adultez, en quechua, a los varones se los denominan “maq’t’a” y a las mujeres “pásña” que significa joven mujer en edad de emparejarse.

Cuando pasan los 22 años, otros denominativos se aplican “sipas” o “waynas”.

En Ecuador, las culturas indígenas del país no utilizan el término adolescente y consideran la juventud como un período de edad máximo hasta los 20 años. Los cofanes, por ejemplo, utilizan el término “desenga”, que en el idioma “aingae” sería aquella franja de edad entre los 12 y los 20 años. Para el término joven, los épera utilizan las palabras “küntraa” (muchacho) y “aweëra” (muchacha), y los chachis “musu” y “panna”. Cabe destacar que son “estados de compromiso social” más que franjas de edades: dejan de ser jóvenes cuando se casan y asumen responsabilidades, independientemente de la edad del calendario. Por ejemplo, en las comunidades chachis, cuando los jóvenes se casan pasan a llamarse “ruku” (en el caso del varón) y “shimbu” (en el caso de la mujer).

Por su parte, los kichwas utilizan el concepto de “guambra” (“kariguambra” para los jóvenes y “huarmi guambra” para las jóvenes; casi hombres y mujeres respectivamente). Es decir: son “como” hombre y mujer pero sólo con

Salud sexual y reproductiva y VIH

de los jóvenes y adolescentes indígenas
en Bolivia, Ecuador, Guatemala,
Nicaragua y Perú

el matrimonio se transforman en “kari” y en “huarmi” y obtienen ese estatus ante la familia y la comunidad. Esta situación es diferente a la sociedad mestiza y blanca. Las “huarmi-guambras”, por ejemplo, deben hacer las tareas domésticas, lo que a veces impide asistir a la escuela entre los indígenas. En Guatemala, en kaquchiquel se dice Ixtani a las mujeres y ab'on a los muchachos. En Nicaragua, en miskito se les llama Wahma Kura an tiara Kura que significa joven tierno. En su cosmovisión las primeras relaciones son producto de un Silka, un hechizo o embrujo.

Los conceptos de adultez y adolescencia están vinculados fundamentalmente a los mismos patrones psicológicos transculturales que aparecen referidos en la literatura específica: asunción de responsabilidades laborales, responsabilidades conyugales y ejercicio de la independencia. En estas comunidades el tránsito entre la adolescencia y la adultez es mucho más congruente con los cambios biológicos que en las comunidades pertenecientes a las culturas Occidentales por lo que el descubrimiento de la sexualidad ocupa un lugar privilegiado (Kiell, 1964; Mead, 1928 y Moreno, 1990).

¿Cómo se vive la sexualidad?

Los relatos de los entrevistados revelan que la iniciación sexual en las todas las comunidades se produce muy precozmente. En Bolivia entre los 13 y 15 años y la primera pareja se procura que sea una virgen para “cargar a la chica o para curarse de una infección”. En Perú la iniciación es más temprana, entre 12 y 16 años. Nicaragua es la más temprana entre los 12 y 15 años y en Ecuador la más tardía (15-20).

Algunos jóvenes en Bolivia, Ecuador y Nicaragua se inician en los prostíbulos, también los entrevistados mencionaron la iniciación con animales (Perú). Hay diferencias en la iniciación entre los sexos; las chicas se inician con jóvenes de su edad y también se relataron formas forzadas/incestuosas/violentas con personas mayores de su entorno (vecinos y familiares).

A pesar que la información recabada no da cuenta de rituales de iniciación a la adolescencia, los jóvenes mencionaron rituales de enamoramiento (burlas, risas, aproximaciones físicas ingenuas como tirar de las trenzas, o de carácter más íntimo: besarse) que duran de dos a tres meses y que des-

embocan en las relaciones sexuales e inauguran un período de convivencia. Los varones en Bolivia manifestaron desarrollar una práctica que contiene razgos de violencia, “el robo” (ver página 32). En Perú relataron las salidas en grupo con consumo de alcohol donde también se ejerce violencia contra las jóvenes.

También se preguntó durante la entrevista como se elegían las parejas. En Bolivia, en los Tsinames donde las relaciones sexuales son más abiertas y llegan más preparadas, la endogamia es mayor debido al sistema de parentesco. En los Quechuas y Aymaras las relaciones sexuales son más exógamas y se busca pareja fuera de la comunidad.

En Nicaragua las relaciones parecen ser más exógamas y los intercambios sexuales con múltiples parejas más frecuentes, en Guatemala son mas endógamas y monógamas sobre todo para las mujeres.

Otro tema surge a través de las respuestas de los/las adolescentes y jóvenes indígenas entrevistados, en el sentido de que la sexualidad es un tema tabú. En todos los países, la desinformación tiene índices de frecuencia muy elevados, alrededor al 50% de los/las entrevistados/as reveló que no hablaba del tema, mostrando una tendencia consistente entre las culturas diferentes de los países.

Esto indica que en todos los países existe un fuerte tabú en torno a hablar sobre la relaciones sexuales y como protegerse de infecciones o de embarazos no deseados, y de los temas relacionados, como puede ser el uso del preservativo.

Una adolescente de Guatemala

¿Ha escuchado hablar acerca de sexo?

“No.”

¿Y tu madre no te hablo siquiera de la menstruación?

“De eso sí me dijo, que cuando estás con tu menstruación no debes hacer relaciones sexuales con los hombres. Debes cuidarte en cuanto al aseo, pero la mayoría de las familias no hablan de esas cosas con sus hijas, sienten temor y vergüenza.”

Un joven de Guatemala

¿Qué le dicen sus amigos del uso del condón?

“No, no les gusta hablar del tema.”

¿Qué le dice su familia?

“Tampoco.”

¿Qué le dice su cura o párroco, sobre el uso del condón?

“Ehh, la verdad, no. No habla de eso.”

Una adolescente de Bolivia

¿Generalmente los adolescente con quien o quienes hablan de las relaciones sexuales?

“Con nadie, aquí en Raqaypampa con nadie. Yo sola me pienso para mí, a veces con la M, pero ella se va, sale con su papá o sus primas. Yo no, aquí no más.”

Una adolescente en Ventanilla, Perú

“En televisión he escuchado, por la Internet también a veces salen páginas ... siempre he visto sexo seguro, pero yo digo “sexo seguro?” o sea no he entendido bien eso.”

Una adolescente de Cusco, Perú

“En el colegio nos han hablado los profesores, en el curso de “persona, familia y relaciones humanas”. Nos hablan con ejemplos : “si estás enamorada de un chico debes estar solo con él”... También nos dicen: “Ustedes no deben mantener relaciones sexuales porque son estudiantes.”

Un adolescente de Guatemala

“Es muy difícil que tu padre... por ejemplo, te hable de un preservativo o te regale un preservativo... Con nosotros nunca se habla de esos temas porque es una falta de respeto para ellos.”

Joven Miskito de 19 años, Nicaragua

“En mi casa mi papá habla sólo con mis hermanos, les da consejos y mi mamá con las mujeres.”

La iglesia y la familia no tienen un papel activo en brindar información a los/las adolescentes y jóvenes en materia de sexualidad y a veces cuando lo hacen reproducen modelos tradicionales.

Joven, 19 años, Waspan, Nicaragua

“Ellos nos enseñan que hay que caminar por los caminos de Dios, y que él nos va a ayudar a no contraer enfermedades.”

Las instituciones educativas son las que juegan un papel más activo en informar sobre la salud preventiva, pero enfrentan el grave problema del acceso restringido de los adolescentes y jóvenes indígenas a la educación secundaria.

En síntesis, el análisis de la información aportada por las entrevistas, permite vislumbrar que:

- ◆ Las edades de iniciación reportada son precoces.
- ◆ No hay rituales de iniciación con pertinencia étnica, pero sí rituales de enamoramiento. En Bolivia se ha encontrado “el rapto”, que implica relaciones no siempre consensuadas. Prácticas con uso de alcohol en Perú.
- ◆ Es un tabú y una falta de respeto “hablar de sexo” a los mayores. Se observan diferencias según las culturas, pero los aymaras son más reservados.
- ◆ Diferencias de género en la forma de iniciación: los varones se inician en los prostíbulos (Bolivia, Ecuador y Nicaragua); involucrando animales (Perú), con jóvenes de la comunidad. Las muchachas con jóvenes de la comunidad o con hombres adultos. También la sexualidad de hombres y mujeres recibe un trato desigual. Se produce un fuerte control social de la comunidad y de los familiares hacia las mujeres y una tolerancia y condescendencia hacia el comportamiento de los varones. Cuando las adolescentes

Salud sexual y reproductiva y VIH

de los jóvenes y adolescentes indígenas
en Bolivia, Ecuador, Guatemala,
Nicaragua y Perú

quedan embarazadas a ellas se las castiga (maltrato verbal, expulsión del hogar familiar, etc.).

Como relata un menor de 15 años, en Cotopaxi, Ecuador “Cuando una joven está embarazada sin estar casada, en casa la fuetean—es decir—que además de hablarle, también la golpean.” Los varones huyen para no asumir responsabilidades. Este tema se abordará en secciones subsiguientes, cuando se aborden los temas de género.

¿Cómo opera el control social familiar y comunitario?

Se ha señalado líneas arriba que existe en las comunidades una falta de orientación sobre la sexualidad por parte de las familias y las iglesias, no obstante también los entrevistados mencionaron la presencia de un fuerte control social para evitar embarazos tempranos.

En el caso de Bolivia, existen dos tipos de control, el de las autoridades comunitarias y la de los padres y familiares, en los dos casos hay un control vertical y riguroso de las normas comunitarias y en el segundo caso son los padres y familiares los encargados de vigilar a los/as adolescentes. El control mayor se produce en la comunidad Mizque, sin embargo, el control en Belén, Iquique, de origen Aymara, es más informal, se basa en una “censura más indirecta basada en el chisme y el miramiento”. En los Tsiname no hay un control social tan rígido, porque funciona de manera natural la red de parentesco al interior de la comunidad, no así en la comunidad externa de madereros en donde se producen múltiples casos de abusos y violaciones sexuales. Se requerirá de nuevas investigaciones para dilucidar si las variaciones en el tema de control social y sus diferencias se vinculan con el lugar de residencia (más distante al Centro urbano o a las características de la cultura (Aymara, Tsiname, etc).

“Cuando las chicas se embarazan, a algunas las sacan del colegio para que se hagan responsables de trabajar para mantener al niño” (grupo focal de jóvenes, 15-20, Sucumbios, Ecuador).

En el caso de Guatemala, si una joven queda embarazada, generalmente es castigada por los padres, la familia, la iglesia y la comunidad por ello, cuando

pasa una experiencia de esa naturaleza, se pueden ver forzadas a marcharse de su aldea o pueblo a la ciudad, en donde su nivel de vulnerabilidad se incrementa. Muchos de ellos acusan a su familia y a sus padres por la “falta de comprensión debido a las creencias de la comunidad”. Algunas hacen alusión al tema del aborto como solución, pero no explican como lo hacen, ni quién lo practica, aunque vagamente aluden a médicos o curanderos.

En el caso de Perú, Cusco: El informe no parece que arroje este control social comunitario tan férreo como en Guatemala y Bolivia, pero se puede deducir de la actitud de los entrevistados/as que no pueden hablar del tema y prefieren huir de sus comunidades por temor y vergüenza o sus padres las expulsan. La represión y el castigo corporal por el caso de embarazo prematuro o por transmisión de VIH, no parece ser tan fuerte como en Guatemala y Bolivia. Sin embargo en Lima Ventanilla, de población mestiza o chola, el control es menor y la existencia de embarazos no deseados es más frecuente y mejor tolerados que en el área rural.

En el caso de Nicaragua el control social comunitario parece bastante fuerte y se expresa a través de los valores compartidos entre las familias, el liderazgo comunitario y las autoridades religiosas y si no es suficiente, se acude a las iglesias evangélicas para que refuercen ese control. En el caso de violaciones se busca a los líderes tradicionales el o la Whita, Síndico para que ejerzan la justicia comunitaria.

¿Cómo perciben las relaciones de género?

Para abordar este tema se incluyó en el cuestionario de recolección de información de las entrevistas y en la guía de las historias de vida una batería de preguntas.

La primera *¿Ud cree que en su comunidad los hombres y las mujeres son iguales?* Obtuvo respuestas espontáneas de los entrevistados que hicieron referencias a igualdades abstractas por ejemplo:

“No hay diferencia, somos iguales. Todos tenemos derechos y obligaciones.”



Salud sexual y reproductiva y VIH

de los jóvenes y adolescentes indígenas
en Bolivia, Ecuador, Guatemala,
Nicaragua y Perú

“Si tenemos los mismos derechos. Mi padre si respeta las ideas de mi madre.”

“Ambos deciden trabajar o hacer alguna actividad. En mi caso, yo pregunto si podríamos comprar una tele. Si la mujer no quiere, decidimos no comprarla.”

“El gasto del dinero lo decidimos ambos. Yo tengo el dinero y lo que trabajo le doy a la mujer.”

observa una cierta modificación de conductas por parte de los hombres. En Cusco, los hombres pueden ayudar en los quehaceres domésticos, pero no es su responsabilidad. En cuanto a la toma de decisiones dentro de la familia parece existir una mayor paridad.

TABLA 3: Percepción de los entrevistados sobre desigualdades de género, según país (%)

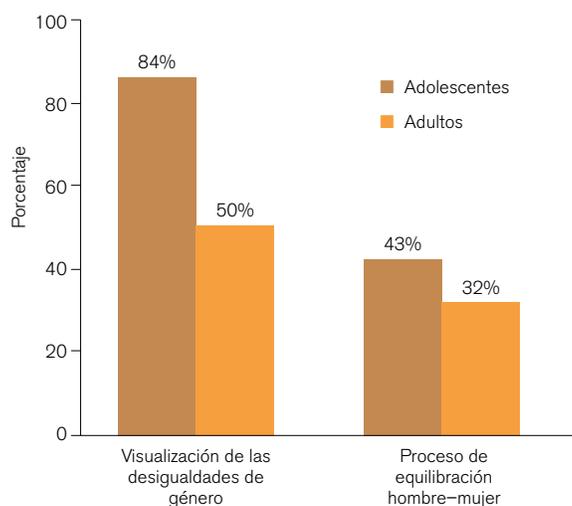
Percepción de desigualdad	Guatemala	Perú	Nicaragua	Ecuador	Bolivia
Roles de género	69,2%	57,1%	50,0%	87,5%	68,4%

Fuente: Elaboración propia del estudio

Pero las siguientes preguntas estuvieron referidas a aspectos concretos de esa relación que aludía además a la división sexual del trabajo, a tareas en el seno del hogar, al proceso de toma de decisiones y a la construcción de aspiraciones y expectativas. Las respuestas en todas las comunidades revela que la participación de las mujeres en la toma de decisiones es muy escasa y en el ámbito sexual es casi nula. A pesar de este dato objetivo en casi todas las comunidades se culpa a las mujeres de embarazarse, abortar y transmitir el VIH, como si tuvieran agencia e independencia plena.

Así, más de la mitad de los participantes de cada país expresan este tipo de desigualdad en el poder social y económico que tiene la mujer, generalmente vinculado con la posibilidad de tomar decisiones importantes que vayan en contra de la voluntad del hombre. No hay diferencias significativas en el número de respuestas, según sexo del entrevistado, por lo que el número de hombres que hablan de esta situación y el de mujeres es equivalente. En dónde sí se encuentra diferencias cuantitativas significativas es cuando se analiza en función de la edad de los participantes. Los jóvenes, adolescentes, perciben y denuncian en un porcentaje mucho mayor que los adultos. Esto significa un avance considerable en el necesario proceso de equidad en las relaciones de género que tienen que darse en las comunidades. De hecho aproximadamente un tercio de los participantes hablan explícitamente de este proceso. En Perú, los roles de género están muy marcados aunque se

FIGURA 10: Explicitación de la existencia de desigualdad



Fuente: Elaboración propia del estudio

Un adolescente de Perú

“Los varones y las mujeres son iguales y pueden hacer todo tipo de trabajos, pero también hay que ser realistas... Esta sociedad es machista, a tal extremo que las mismas mujeres reprimen a las mujeres, aquí tenemos un error de género que nosotros, que somos el futuro de nuestro país, debemos de cambiar. He visto que uno de mis amigos a una chica le dice tonta, sonsa, no seas pues burra! En otras palabras la desprecia y la otra permite que lo haga de esa forma, la culpa la tienen las mismas mujeres, porque se dejan manipular por algunos varones.”

TABLA 4: Percepción de diferentes tipos de violencia de género, según país (%)

Típos de Abuso	Guatemala	Peru	Nicaragua	Ecuador	Bolivia
Abuso sexual familia	7,7%	7,1%	20,0%	0,0%	15,8%
Abuso sexual fuera de la familia	30,8%	21,4%	40,0%	25,0%	36,8%
Violencia física-familia	26,9%	50,0%	55,0%	25,0%	26,%
Violencia física-pareja	23,1%	42,9%	20,0%	25,0%	42,1%
Violencia psicológica-familia	15,4%	28,6%	25,0%	0,0%	21,1%
Violencia psicológica-pareja	19,2%	14,3%	0,0%	0,0%	26,3%

Fuente: Elaboración propia del estudio

El lugar de residencia no marca diferencias mayores. “Los hombres mandan... la mayoría no hace nada porque la mayoría mandan a sus esposas” (adolescente, 15 años, Ventanilla, Perú).

En Ecuador, se observa un cierto cambio en relación a la asignación de roles tradicionales sobre todo en aquellas comunidades cercanas a las áreas urbanas y se evidencian cambios en la cultura y cosmovisión de los adolescentes y un incremento de sus expectativas.

“Las que somos mujeres, no tomamos decisión, solo los hombres, los padres de familia, nosotras casi no... Bueno, si el papá dice que hay que ir al trabajo (campo), entonces uno va, pero el que manda es el padre de familia... En el campo, el que conoce es el hombre, pero en la cocina quien conoce es la madre de familia y ve que hacer ahí” (Entrevistada, Guatemala).

Un adolescente de Ecuador

“Los padres ahora ya mandan a sus hijas al colegio, a la universidad, a la escuela, pero antes, hablaremos década de setenta, ochenta, las mujeres sólo servían para casarse, cocinar, pastar los borregos, así no más. Ahora los padres comprenden, mandan a la escuela, a estudiar, algunas mujeres ya son profesoras, trabajan, en caso mayor ya son estudiantes aquí, hablemos desde noventa para arriba, ya saben leer y escribir.”

“A los varones les hacen estudiar más, les compran bicicleta, pueden salir libremente a jugar a la calle, mientras a las mujeres no les dejan salir, la gente comienza a criticarles. A los hombres no les esta

permitido cocinar” (Un adolescente, Cusco).

Es importante señalar también que un porcentaje muy elevado de los entrevistados habla de significados específicos y diferentes sobre las relaciones sexuales y el sexo para los hombres y las mujeres. El significado vinculado con los hombres suele ser que lo que buscan en una mujer es su aspecto físico y lo que esperan después de una relación sexual es tener otra relación sexual, con esa chica o con otra diferente. Para las mujeres en cambio lo importante es que las cuide, que sea bueno y que tenga trabajo, lo que esperan después de una relación sexual es no quedarse embarazadas y que el hombre se quede con ellas y se case con ellas.

Otro tema muy central para el análisis de esta sección, que surgió a través de las entrevistas, fue la **violencia de género**. En las comunidades Quechua y Aymara de Bolivia la violencia de género es alta y muchas veces se acude a instancias como el sindicato y/o las autoridades de la comunidad, para denunciarla sin que haya una solución definitiva. Aunque muchas de ellas callan, las mujeres Aymara hacen referencia en sus testimonios a denunciar la violencia intrafamiliar. De nuevo el alcohol suele ser uno de los factores que facilitan la violencia.

Generalmente, de esta violencia cotidiana y doméstica no se habla y se camufla con la costumbre, el control social de la comunidad, que estuvo referido en secciones anteriores, protege a los hombres y desampara a las mujeres permitiendo que se trasgredan las normas.

En las comunidades peruanas de Molleqhawana y

Salud sexual y reproductiva y VIH

de los jóvenes y adolescentes indígenas
en Bolivia, Ecuador, Guatemala,
Nicaragua y Perú

TABLA 5: Comportamientos asociados a la violencia de género según país (%)

Comportamientos	Guatemala	Perú	Nicaragua	Ecuador	Bolivia
No se denuncia	68,0%	57,1%	40,0%	12,5%	31,6%
Abuso sexual fuera de la familia	30,0%	21,4%	40,0%	25,0%	36,8%
Embarazos no deseados	44,0%	42,9%	25,0%	25,0%	42,1%

Fuente: Elaboración propia del estudio

de Tockinray, a la violación sexual de mujeres y de menores se une la práctica generalizada del incesto entre los miembros de una familia, ya sea entre hermanos o padres e hijos, de ahí la cantidad de jóvenes con deficiencias mentales, a pesar de que el hecho se niega, parece por los testimonios de las autoridades que es una práctica común. Las pésimas condiciones de vida y la práctica generalizada entre las familias fomenta este tipo de conductas. En Nicaragua también se practica el incesto, aunque no de forma generalizada.

Es preciso destacar la importancia que tiene el elevado consumo de alcohol que se produce en todas las comunidades en la reproducción de la violencia psíquica y física contra la mujer. En muchas ocasiones se cita que las mujeres son violadas o forzadas a tener una relación sexual con hombres que previamente ellas no eligieron y que han consumido una gran cantidad de bebida alcohólica en las fiestas. Igualmente, cuando narran escenas de violencia doméstica el hombre suele estar bajo los efectos del alcohol. Es por ello, que se debe considerar el elevado consumo de alcohol como un importante factor de riesgo tanto para la integridad física y psicológica de la mujer, así como para la transmisión del VIH.

Tanto la violencia física en pareja y la familia como el abuso sexual presentan unos porcentajes realmente elevados e influyen en la transmisión de la enfermedad, muchas veces las violaciones aparecen vinculadas con las fiestas y el elevado consumo de alcohol. La migración aparece como segundo factor importante, pero sobre todo la frecuencia de hombres con muchas parejas.

Otro aspecto importante en relación con el abuso que se realiza contra la mujer y el aumento del riesgo de transmisión sexual es el fuerte tabú que

existe en torno a la sexualidad. Un 50% de los participantes identifican entre las diferentes causas que fomenta el tabú, la falta de comunicación con los padres y la familia sobre temas sexuales.

En general podemos decir que aunque existe conocimiento sobre los factores de riesgo no existe una cultura de protección social o legal, ni por parte de las comunidades ni por parte de las instituciones del estado que son tolerantes con dichas conductas, especialmente con los hombres.

En Nicaragua, las conductas de riesgos se asocian a las personas que tienen parejas múltiples, a la prostitución abierta y solapada, a la falta de empoderamiento de las mujeres a la hora de exigir a los hombres el uso del preservativo, a las migraciones y al consumo de alcohol y de droga. Es el único país en donde la transmisión se asocia al consumo de alcohol y drogas.

La vulnerabilidad es común a casi todas las mujeres indígenas, pero incide en mayor medida en las mujeres jóvenes y adolescentes rurales con escasa instrucción.

Otro elemento constante en estos casos es la culpabilización hacia las mujeres de la violencia, de las violaciones y de la transmisión del VIH, esa culpa se convierte en muchas ocasiones en una impunidad, "algo habrá hecho", "por algo será".

En cuanto a la violencia intrafamiliar, es severa en todos los países, resulta muy difícil valorar en cuál se ejerce con mayor intensidad, posiblemente Guatemala, y Ecuador. Encontrándose más vulnerables las mujeres en los países en donde no existen medios e instancias para presentar demandas y/o por temor a represalias familiares y comunitarias.

La respuesta a este tipo de violencia intrafamiliar es el silencio. No denuncian por miedo y callan por vergüenza y en general en Bolivia, Ecuador y Guatemala, la comunidad se hace cómplice o se queda callada.

En cuanto a los embarazos no deseados en adolescentes, fruto de esta violencia de género, son un problema para la familia y la comunidad en casi todos los países y en general existe un desconocimiento acerca de las implicaciones que ello conlleva para las jóvenes, y en casi todos los casos los castigos corporales o la expulsión de la comunidad es una norma cultural, siendo más fuerte el control social en Guatemala, Bolivia y Nicaragua.

Los mecanismos para saldar esa relación de embarazo no deseado varían de una comunidad a otra. En ningún caso el control social comunitario cuestiona ni sanciona los casos de abusos y violación en el caso de los hombres. Esta situación se resuelve o por el matrimonio de la pareja obligado o fuertemente presionado por la familia y la comunidad y si no se casan, por el pago de una multa "exigiendo responsabilidad a la familia del joven" o cargando socialmente con el estigma "a mi hija me la han manchado". El tema del honor está muy marcado y constituye un elemento importante en todas las comunidades indígenas estudiadas.

Analizando las respuestas a las entrevistas se aprecia como entre un cuarto y la mitad de los participantes tienen amigas que se hayan quedado embarazadas sin quererlo, puede ser que estas alusiones encubran sus propias experiencias de un embarazo no deseado y que por ser un tema tabú se refiere de esta manera indirecta. Además, en muchos de estos casos los entrevistados expresan un rechazo evidente por parte de sus familias, muchas veces vinculadas a la violencia.

¿Qué sucede si una adolescente se queda embarazada?

Joven de Guatemala

"Las mamás se enojan mucho, les pegan, las corren de la casa, le dicen que ya no la quieren, a veces les dan remedio casero para abortar y amenazan al muchacho."

Una joven de Bolivia

"Muchas cosas pasan en la experiencia de los jóvenes, que pueden ser problemas en la familia, por las separaciones, ellos buscan a los amigos o algún profesor de confianza o buscan un refugio equivocado, pues no comprenden la situación por la que el o la joven están atravesando. Cuando se entera la gente que estuvo con él y dicen a mi hija me la han "manchado". La muchacha no tiene opción, y su alternativa es abortar pagando un monto. También he visto que algunas veces tienen el hijo de ocultas y lo abandonan y la alcaldía lo encuentra y saca a veces anuncios para que los adopten. He escuchado de tres niños, recién nacidos que pasaron ese anuncio por la alcaldía."

Una adolescente de Esmeralda, Ecuador, madre a los catorce

"Si, les avisé, mi mamá me pegó dos azotes con el látigo y se puso a llorar. Mi papá me preguntó si el joven sabía... yo le dije que 'no'."

Una adolescente de Perú

"Algunas parejas mayores si se cuidan, pero las chicas adolescentes no. Es por eso que salen embarazadas. Aquí hay dos chicas que están embarazadas que tienen 15 años las dos, ahora ya les han botado del colegio, Maritza y Yovana. Los chicos que serán los futuros padres, se han ido de la comunidad, uno a Lima y el otro a Maldonado. Las chicas eran amigas."

Estos embarazos precoces parecen estar al menos vinculados con abusos sexuales. Estos abusos en su gran mayoría no son denunciados. En Ecuador se denuncian en mayor proporción que en el resto de los países. Los testimonios revelan que los varones en todos los países tienen dificultades en hacerse cargo de la situación.

"Una vez dos de mis amigos llevaron a una chica hasta el Cusco diciéndole que iban a ir a una fiesta, donde se iban a presentar grupos musicales... la chica quedó embarazada, ninguno de ellos ha querido reconocer... y se han echado la culpa entre los dos diciendo: "de ti es, de ti es", a la fuerza uno de ellos

Salud sexual y reproductiva y VIH

de los jóvenes y adolescentes indígenas
en Bolivia, Ecuador, Guatemala,
Nicaragua y Perú

reconoció pero solo le dió el apellido... no quiso vivir con ella y le dijo que le iba a pasar "mantención" y le está pasando ahora" (Adolecente, Cusco, Perú).

Además, pareciera que en los casos de Perú y Guatemala son más severos y represivos en la medida en que las adolescentes embarazadas se ven obligadas a salir de su comunidad y resulta difícil retornar a la misma por "temor y por vergüenza". En las comunidades rurales de Perú se castiga a las muchachas y generalmente se les expulsa del colegio y de su comunidad y los hombres huyen a la ciudad para evitar la responsabilidad de tener que casarse jóvenes.

En Nicaragua también se penaliza y castiga a las madres solteras "se les golpea y expulsa de la casa" y si el joven no se hace cargo de la joven embarazada, se aplica la justicia comunitaria.

En Ecuador, por una parte se produce una sanción y castigos corporales por parte de la familia, el control social comunitario es menor y pareciera que las mujeres buscan quedarse embarazadas para consolidar sus estatus como esposas y madres, "embarazos deseados aunque no planificados", pero debido a una estigmatización hacia las madres solteras, éstas procuran abortar. En algunos casos la familia ayuda a la adolescente a interrumpir el embarazo por medio de medicinas naturales, cuando el hombre no se hace cargo del niño. Un entrevistado de 18 años de Cotopaxi, Ecuador cuenta que "He escuchado que cuando se quedan embarazadas han dicho que mejor ahí no tener, botar, arrojar, así." Esta práctica no tiene parangón en los otros casos estudiados.

Perú, área de Cusco, es el país que muestra mayor desconfianza en la utilización de métodos anticonceptivos, por considerar que dañan a las mujeres y por la experiencia en el pasado de la ligadura de las trompas sin conocimiento y autorización.

Tanto en Bolivia como en Guatemala, Nicaragua y Perú, existen muchos embarazos no deseados o prematuros entre los 15 y 16 años, como única alternativa para las mujeres, especialmente en el área rural, en donde la estigmatización de roles es más fuerte y en casos como en el Perú, a las jóvenes se les deja embarazadas para evitar posibles abusos sexuales o infidelidades.

Pero los estándares diferenciados entre mujeres y varones no se limitan a los temas de embarazo. En todos los países y comunidades indígenas estudiadas se producen permanentes casos de violaciones y abusos por parte de familiares y progenitores siendo más común el incesto en Nicaragua y en Perú. En Bolivia el "robo de las adolescentes", esconde un razgo de violación consentida o no sancionada por la comunidad. Este patrón de violaciones legitimadas tiene una influencia parcial en la transmisión del VIH, ya que ellas se realizan sin el preservativo y en ocasiones por más de una persona en el que no hay consentimiento mutuo. En determinados casos en los que el hombre haya tenido relaciones concurrentes con personas con VIH hará que la persona violada se infecte también. Este tipo de violaciones, que son inaceptable por el abuso discriminatorio que suponen para la mujer y la influencia negativa en su salud, son un factor de vulnerabilidad importante para la adquisición del VIH.

Adolescente rural de Perú

¿Conoce a alguien de su edad que ha sufrido algún tipo de violencia? ¿Cuál?

"Si, fue mi amiga, que fue violada sexualmente por su propio padre, y por siempre lo calló; por lo mismo no existe en nuestra región algún programa que dé acompañamiento a las víctima de este hecho."

Una joven rural de Guatemala

¿Cuándo fue la primera vez que tuvo relaciones sexuales? ¿Con quién se inicio?

"Al principio, se siente temor, a mi me engañaron. "Vamos a tener que hablar contigo solo un ratito," me dijeron. Al principio, yo no quise. Fui engañada y el me hizo a la fuerza, lo cual me hizo sentir muy mal."

En síntesis, a pesar de que la cosmovisión indígena propone como un principio la complementariedad de los roles femeninos y masculinos como forma de alcanzar la equidad de género, los testimonios revelan que existe una profunda desigualdad en la asignación de roles. La discriminación y la violencia de

TABLA 6: Diferentes factores de discriminación percibida por los entrevistados (%)

Factores de discriminación	Guatemala	Perú	Nicaragua	Ecuador	Bolivia
Diversas orientaciones sexuales	50,0%	64,3%	50,0%	25,0%	42,1%
Étnico	61,5%	21,4%	30,0%	12,5%	47,4%
Género	23,1%	14,3%	0,0%	0,0%	15,8%
Pobreza	15,4%	7,1%	5,0%	0,0%	10,5%
VIH positivo	42,3%	71,4%	40,0%	12,5%	42,1%

Fuente: Elaboración propia del estudio

género están extendidas en todas las comunidades indígenas, especialmente en Perú, Bolivia, Ecuador y Guatemala, en donde la violencia intrafamiliar (física y psicológica) contra la mujer es una manifestación de extrema discriminación y de desigualdad de las relaciones de poder al interior de la pareja.

¿Cuáles formas de discriminación perciben los/las adolescentes y jóvenes indígenas?

La discriminación racial, étnica, de género, de orientación sexual, etaria y de nivel socioeconómico, aparece como una constante en todos los países, sólo que se manifiesta con diferente grado de intensidad en las diferentes comunidades y ocupa diferentes espacios especialmente en el ámbito doméstico. Se manifiesta bajo diferentes lógicas en función de la realidad histórico-política de cada país y comunidad. Estas lógicas de la discriminación como el prejuicio, el estereotipo, la discriminación racial, la exclusión, la segregación, la expulsión, y la violencia se comportan de manera diferente en cada país. Por ejemplo, los participantes del estudio en Guatemala y Bolivia explicitan en mayor medida que los del resto de países la existencia de discriminación por ser indígena. Aún en países donde se visualiza menos la discriminación, los testimonios apuntan que:

“Cuando vamos a la ciudad de Cusco nos miran con desprecio en los buses, porque a veces no hablamos bien el castellano, a veces se ríen, se dan cuenta, porque vamos casi siempre con nuestros bultos” (Un adolescente, Cusco, Perú).

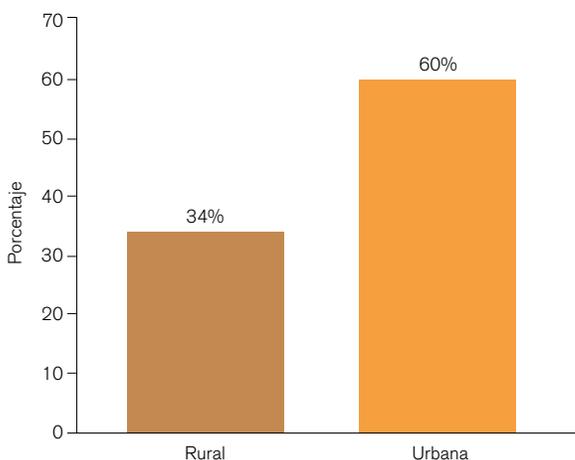
“Existen casos de racismo y discriminación hacia personas indígenas. Se insultan, entre chicas, las que son blancas insultan a las morenas o trigueñas diciendo “yana q’ara” (negra, pelada, sin bienes)” (Una adolescente, Cusco, Perú).

Aún así, se advierte que parte de la discriminación que los participantes conocen que ocurre o que ellos mismos sienten, queda oculta bajo silencios y respuestas evasivas a estas preguntas, en muchos casos por deseabilidad social, en otros por tener un umbral de violencia contra la mujer realmente alto, vinculado fundamentalmente a la violencia física y la violación.

Los entrevistados también reportan un alto porcentaje de discriminación vinculado con los enfermos de VIH. En este tipo de discriminación se encontró diferencias entre los países, y en particular entre el ámbito rural y el urbano (ver Figura 11). Esto puede ser debido a que las personas que se infectan de VIH en el campo mantienen silencio sobre su estatus, por miedo social, y en cuanto empiezan a tener síntomas manifiestos emigran a la ciudad donde hay más posibilidad de acceder a tratamiento y de vivir en forma más anónima. Este es otro de los factores que influyen en que las personas del campo se mantengan desinformadas sobre el VIH, ya que rara vez ven o escuchan casos de personas cercanas o incluso de personas con las que hayan mantenido relaciones sexuales que les hablen del VIH.

La más generalizada de todas las discriminaciones es la de género, que se produce en todas las comunidades con un alto índice de intensidad y se expresa con especial virulencia en el ámbito doméstico

FIGURA 11: Discriminación por VIH percibida por los/las entrevistados/as



Fuente: Elaboración propia del estudio

y en las relaciones intra-familiares. El machismo, la asignación tradicional de roles y el alcohol parecen ser las causas más comunes.

Joven urbana de Guatemala

¿Durante su niñez y adolescencia vivió alguna vez experiencias de discriminación en las que se sintiera humillada, excluida o agredida? ¿Ha recibido un trato diferente?

Sí por parte de mi papá, él es alcohólico, y mis papas no me quisieron apuntar en el básico, decían que yo no debía seguir estudiando porque no me iba a servir. *¿Según su opinión estaba relacionado con ser mujer?*

"Por ser mujer, porque mis hermanos siguieron estudiando."

Joven rural de Guatemala

¿Durante su niñez y adolescencia vivió alguna vez experiencias de discriminación en las que se sintiera humillada o excluida?

Sí, me humillaban en la escuelita.

¿Por qué?

"Por ser mujer y por ser pobre."

En aquellas sociedades cuyas relaciones de parentesco son más endógamas y en donde el control social de las comunidades es más fuerte como Guatemala, Bolivia, Perú y Ecuador, se constata mayor violencia física y abusos sexuales.

Otro factor de discriminación es la racial e interétnica. Se manifiesta cuando las mujeres indígenas salen de sus comunidades. Son discriminadas, humilladas por parte de las mujeres no indígenas, de las instituciones del estado, salud, educación, administración y en general por la sociedad dominante, mediante tópicos, burlas, chistes y estigmatizaciones. Los casos más ignominiosos relatados se producen en Guatemala Perú y Nicaragua, en donde son tildadas de "inditas", "marías", "menc-hús", "cholititas", "moscos", donde la discriminación racial se une a la de clase y profundiza las desigualdades sociales y no se traduce exclusivamente en una estigmatización, sino que son expulsadas de los sitios públicos, maltratadas en sus trabajos y los empleadores abusan de ellas.

Según se desprende del análisis de los testimonios de los cinco países las variables de etnia, género, grupo etario, y de clase se entrecruzan creando mayores brechas de desigualdad social, de donde se desprende que: el racismo hacia las mujeres indígenas se convierte en el mejor y más sólido sistema de dominación y de humillación y es reflejado en todos los países estudiados como una de los rezagos histórico-estructurales más profundos, siendo más notorio de nuevo el caso de Perú, Guatemala y Nicaragua.

Un segundo factor de discriminación es hacia la diversidad sexual, que estigmatiza y censura a los HSH, especialmente en el área rural. Se les llama con epítetos peyorativos como "frescos, locos, sucios" o "cabros, maricas, gays". En general se cree que es un problema de herencia o malformación. En torno a un 50% de los participantes manifestaron haber escuchado estos calificativos degradantes.

Joven rural de Ecuador

¿Pueden estas personas reconocer su opción sexual públicamente o hablarlo abiertamente?

"No."

¿Cómo se trata a estas personas en su comunidad?

“Como personas diferentes y con mucha discriminación.”

Adolescente rural en Perú

En su comunidad ¿existen personas que tengan sexo con otras de su mismo sexo?

“No, no hay maricones en mi comunidad... ni en Huanquite.”

¿Cuál es el nombre que se les da a los hombres que tienen sexo con otros hombres en su comunidad?

“Les dicen maricones o cabros...”

¿Pueden estas personas reconocer su opción sexual públicamente o hablarlo abiertamente?

“No sé.”

¿Cómo se trata a estas personas en su comunidad?

“No sé.”

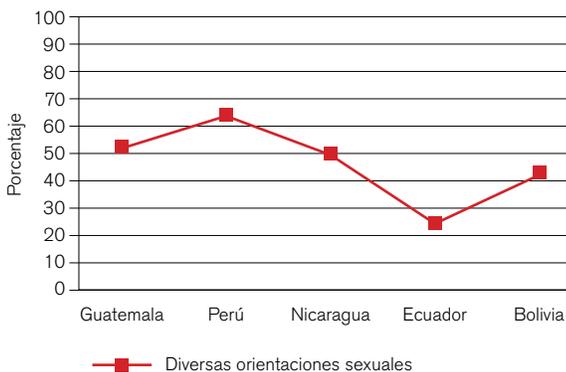
¿Usted sabe que en la comunidad hay personas que tengan sexo con hombres y también con mujeres?

“No hay esas cosas en mi comunidad.”

En Nicaragua, los entrevistados manifestaron que hay un cierto grado de aceptación de la comunidad, al menos se habla de ello y no se niega su existencia, pero se les trata de forma peyorativa y se les estigmatiza con epítetos como “cochones”. Según los testimonios, las iglesias protestantes contribuyen con esta estigmatización. En el caso de Bolivia la intolerancia hacia la diversidad sexual y hacia la homosexualidad es bastante alta, más del 40% de los entrevistados mencionaron su existencia. En Ecuador es donde se encontró más tolerancia a la diversidad de orientaciones sexuales, aunque las mujeres que no se casan y no tienen hijos se las llaman “machorras”. Para Guatemala parece haber un silencio al respecto y una negación en cuanto a la existencia del VIH, de la prostitución, y de la homosexualidad en las comunidades indígenas.

En Bolivia, las mujeres solteras también son mal vistas por los Aymaras y Quechuas, no así por los Tsiname, en donde no hay obligación de casarse y los hijos se incorporan a la familia, de esta manera se asume la crianza del niño. Esta situación no es frecuente ni compartida en Guatemala y Perú, en donde la comunidad presiona para que la madre soltera se marche o huya a la capital por culpa, temor o vergüenza. Son escasas las mujeres solteras que se quedan en la comunidad porque son muy estigmatizadas. La situación es similar en Nicaragua en donde las adolescentes madres son maltratadas y a veces obligadas a marcharse de su casa. Ecuador parece el país en donde las madres solteras se encuentran más estigmatizadas y en donde la maternidad es más valorada como eje fundamental del estatus de las mujeres.

FIGURA 12: Porcentaje de participantes indicando la existencia de discriminación



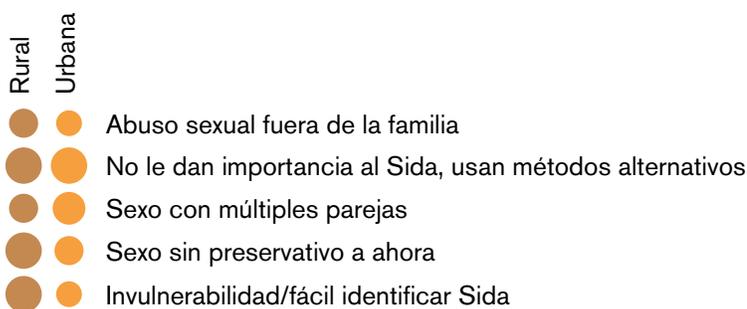
Fuente: Elaboración propia del estudio

¿Cuál es el conocimiento sobre métodos de planificación familiar?

Ya se ha mencionado en la sección sobre relaciones de género, la vulnerabilidad de los/las adolescentes frente a los embarazos no deseados debido a la poca información sobre salud reproductiva y los métodos de planificación.

Sobre el conocimiento y percepción del uso del condón, en todas las comunidades se lo conoce pero prefieren no usarlo, generalmente aparece ligado al embarazo, pero en mucho menor medida a la prevención del VIH. Como en los otros países

FIGURA 13: Factores de riesgo y uso de preservativo según área de residencia



Fuente: Elaboración propia del estudio

muchos jóvenes expresan la idea de que “hace daño a las mujeres” y además que “no les gusta hacerlo con el condón”. En general hay una dificultad de acceso a la obtención de los condones, por tener que acudir a un centro de salud y por ser caros en las farmacias. Argumentan también que les da vergüenza solicitarlos en las comunidades. La decisión del uso del preservativo va ligada generalmente al hombre y las mujeres no tienen capacidad para decidir al respecto.

Es muy importante las representaciones que tienen los participantes sobre el preservativo, sus usos y las barreras que les dificultan utilizarlos cotidianamente en sus relaciones sexuales. Quizás lo primero que se debe indicar es que el porcentaje de participantes que no usa el preservativo en sus relaciones sexuales es muy elevado.

“¿Que hace una mujer buscando un condón? (risas) No sé, se le ve feo. A un hombre lo puedo pasar, pero a una mujer, buscando un condón... no, no sé...” (Una joven, 17 años, Ventanilla, Perú).

¿Cuáles son las barreras del uso del preservativo y las formas de transmisión del VIH?

En torno a un 58% de los hombres y un 45% de las mujeres nos indican que no utilizan el preservativo en el momento actual, lo que se convierte en un importante factor de riesgo cuando se combina con determinadas condiciones. En este caso, el riesgo que conlleva el bajo uso del preservativo en las relaciones sexuales tiene que observarse a la luz de tres

factores: el primero, un número elevado de relaciones múltiples simultáneas y secretas en las que no se usa el preservativo; el segundo, que aunque se conoce que el preservativo es el mejor método para evitar la infección del VIH, este conocimiento no se tiene en cuenta y sólo se valora su uso en función del embarazo no deseado, para lo cual usan otros métodos; el tercer factor es que existe un sentimiento bastante fuerte de sentirse protegido frente al VIH, bien por sentirse invulnerables frente a la enfermedad o bien porque se considera que es muy fácil detectar visualmente a una persona con VIH (ver Figura 13). Esta combinación de factores hace que el mantener relaciones sexuales sin preservativos sea un riesgo constante y creciente. Hay que mencionar que existe una diferencia significativa entre la creencia de invulnerabilidad frente al VIH en la ciudad y en el campo.

Una de las pruebas de la existencia de este riesgo creciente de transmisión es que prácticamente todas las jóvenes que se han entrevistado en las Historias de Vida han sido infectadas por sus parejas y/o maridos, los cuales mantenían múltiples relaciones sexuales con otras personas sin preservativo. Además, los hombres de las Historias de Vida, los cuáles adquirieron el VIH por relaciones múltiples reconocieron que han infectado a sus parejas. Por lo que, según parece, a las fuentes fundamentales de la infección (las relaciones de HSH y las trabajadoras sexuales), tal y como aparece reseñado en informes recientes (UNAIDS, 2007, 2008), se suman las relaciones múltiples de uno de los conjugues en parejas heterosexuales.

Joven Urbano de Ventanilla, Perú

“...Al salir de mi trabajo, me encuentro con la mamá de mi enamorada, sus tías y sus hermanos, en ese momento me sentí acorralado... Su mamá me dice: “¡Maldito! ¿Qué le has hecho a mi hija? ¡Maldito, vas a pagar!” Entonces yo salí en mi defensa, y le contesté: “Yo no tengo nada que ver son su hija, está equivocada señora.” Aún me negaba el embarazo... pero su tía me dice: “¡Desgraciado! Negándote todavía. ¿Sabes que le has contagiado con VIH a mi sobrina?” y les contesté: “Yo estoy sano, ella, por irse a la Argentina, con quién habrá estado, a mi me están culpando”. Y precisamente en ese alboroto mi enamorada dice: “Oye, tienes que hacerte la prueba de VIH, porque aquí he salido positiva, y he hecho todo lo necesario, y más bien la wawa, nació sanita. Está atendida con todo. Está recibiendo profilaxis; no le estoy dando de mamar. Se hizo todas las medidas que se tenía que hacerse y nació sanito, el bebé. ¡Gracias a Dios!” Me he quedado paralizado, asustado. Mi enamorada estaba corroborando lo que me dijo mi hermano... Yo admito que yo la transmití, pero después trate de remendar, poco a poco, de ganarme el cariño...”

Joven urbana de Nicaragua

¿Cuándo y dónde se infectó de VIH? ¿Cuál fue el motivo, en qué circunstancias?

“No sé cuando, pero estoy enterada de esto hace ocho a nueve meses. No utilicé condón con mi novio, porque pensé que sólo me tenía a mí.”

Joven urbana de Bolivia

¿Cómo se enteró de que Ud. es VIH positiva?

“Cuando mi marido me dice: “Ya sabés que yo tengo VIH?”, o sea me sorprendí cuando me hicieron la prueba y dió positivo. Me fui mal, porque me dijeron que yo ya tenía que quitarle el pecho a mi hijo. Es una impresión bien grande que una se lleva.”

En la figura 14, se muestra el porcentaje de participantes que han adquirido el VIH, en las historias de vida, y que han sido contagiado por mantener relaciones sexuales múltiples; por mantener relaciones sexuales sólo con su pareja reconocida; o que

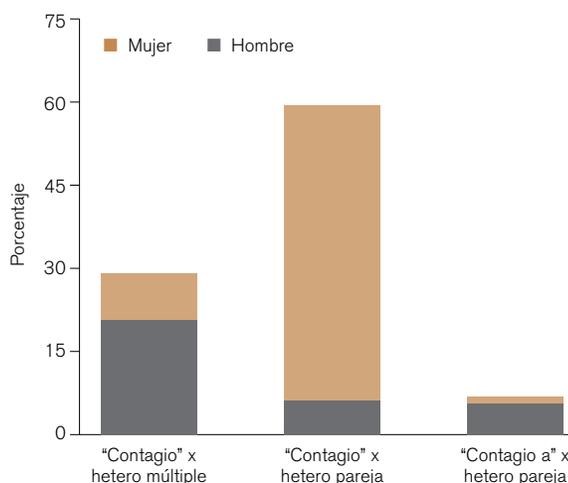
han sido infectados por mantener relaciones sexuales con su pareja. Como puede verse, es la mujer la que en una proporción mucho mayor ha sido infectada por su pareja, la cual mantenía relaciones sexuales simultáneamente con varias parejas. Ninguna mujer menciona que haya sido ella quien ha contagiado a su pareja.

También es importante señalar el grave hecho de que los/las adolescentes tienen una mayor proporción de conductas de riesgo, como el no uso del preservativo, por considerarse invulnerables o por desconocimiento.

En ocasiones, los adolescentes no pueden conseguir condones fácilmente, porque no se los venden en las farmacias y porque al no estar casados tienen vergüenza de pedirlos en los centros de salud.

Esto quiere decir que como norma general los adolescentes sienten que tienen más barreras que les dificultan usar el preservativo de una forma cotidiana o continuada, en especial parece relevante la diferencia en dos barreras que están muy relacionadas: la falta de acceso y el miedo social. “Al principio, me daba un poco de “roche” (vergüenza) ir a comprar un condón, pero luego fue normal. Siempre te miran de pies a cabeza en las farmacias o boticas, como diciendo “este mocoso ya está en estas cosas” (Joven, Cusco, Perú).

FIGURA 14: Transmisión del VIH en función del sexo, orientación y tipo de parejas.



Fuente: Elaboración propia del estudio

Salud sexual y reproductiva y VIH

de los jóvenes y adolescentes indígenas
en Bolivia, Ecuador, Guatemala,
Nicaragua y Perú

Muchos de los/las entrevistados consideran que es difícil acceder a los preservativos porque, aunque pueden comprarlos en las farmacias, el farmacéutico o la gente de la tienda pueden actuar como barreras directas o indirectas (directas porque puede que no les vendan los preservativos o les critiquen abiertamente en el momento de la compra, e indirectas porque tienen miedo de que se lo digan a sus padres o conocidos y eso les genere un problema). Por otra parte, también hay diferencia respecto al uso del preservativo: los/las adolescentes y jóvenes, en una proporción de 2 a 1 tienen relaciones sexuales sin preservativo en el momento de la entrevista.

Las concepciones de los participantes sobre las barreras que les dificultan la utilización de los preservativos en sus relaciones sexuales son similares en todos los países. Un porcentaje elevado, un tercio de la población, tienen miedo de comprar o usar preservativos por la imagen que pueden estar dando tanto a sus amigos como a su pareja, y otros miembros de la comunidad. Muchas de las mujeres tienen miedo de dar la imagen de “Putas” o de excesivamente experimentadas, en cambio los hombres tienen más miedo de que piensen que usan el preservativo porque están infectados por VIH, por-

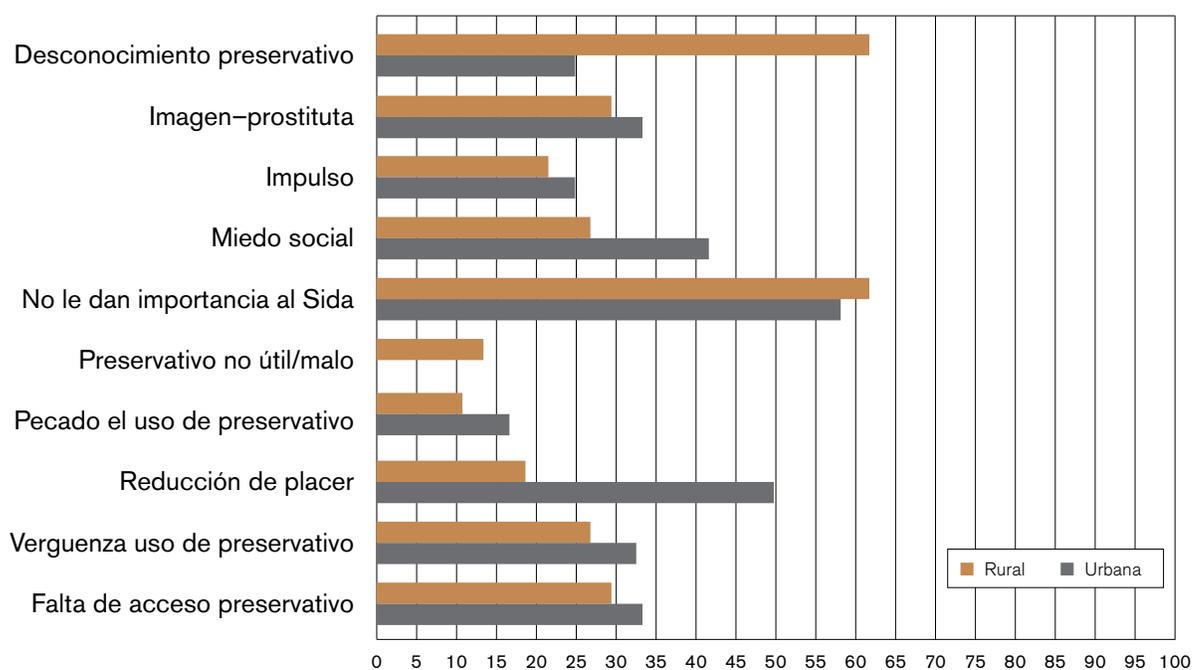
que van con prostitutas o porque tienen relaciones concurrentes.

Un porcentaje importante de los participantes siente vergüenza ante la posibilidad de usar, comprar o solicitar el uso del preservativo. Esto puede estar fuertemente relacionado con las normas sociales que rigen los grupos a los que pertenecen, en especial las normas prescriptivas y descriptivas (Cialdini, Reno y Kallgren, 1990). Respecto a la variable que mejor explica el no uso del preservativo, es como ya se indicó anteriormente, que no tienen en cuenta el riesgo de infectarse VIH cuando se plantean usar protección. “Depende de cómo es la chica... Si no es de la calle, no hace falta usar...” (grupo focal de varones, 15-20, en Sucumbios, Ecuador). Es tan sólo el riesgo al embarazo no deseado lo que tienen en cuenta en sus explicaciones y es el que gobierna sus miedos. Pero para evitar o minimizar la posibilidad del embarazo utilizan otros métodos, los cuales no los protegen del VIH.

Se distingue alguna diferencia según el lugar de residencia del entrevistado, rural o urbano (ver Figura 15).

También se distinguen diferencias en el uso del preservativo según el estado de salud de los parti-

FIGURA 15: Barreras al uso del preservativo por lugar de residencia



Fuente: Elaboración propia del estudio

cipantes (participantes VIH positivo y participantes sin problema de salud). Se pueden agrupar en torno a tres aspectos:

- ◆ Los entrevistados viviendo con VIH no sentirán culpa cuando usan el condón, mientras que los adolescentes y jóvenes sin problema de salud sí tienen miedo que en la comunidad piensen que son sexualmente activos.
- ◆ En segundo lugar, las personas con VIH tienen mucho más claro que el preservativo no sirve exclusivamente para prevenir el embarazo, sin embargo un porcentaje significativamente mayor de participantes sin problemas de salud, consideran que el uso del preservativo es exclusivamente un anticonceptivo.
- ◆ Hay una diferencia en el momento de la entrevista en relación a la prevención. Un porcentaje alto de participantes sin problema de salud, no usa el preservativo en sus relaciones sexuales, mientras que en las Historias de Vida encontramos que un 74% sí usa el preservativo. Se destaca que un 26% de personas VIH positivo no utiliza el preservativo para evitar infectar a otras personas y que ello puede estar incidiendo en la expansión relativamente rápida del VIH en las comunidades indígenas.

Otra barrera muy importante para el uso diferenciado de preservativo es el lugar de residencia. Un porcentaje significativamente mayor de personas en el área rural desconocen el uso del preservativo, y en la ciudad un porcentaje mayor de participantes considera que la reducción de placer es el motivo fundamental para no usarlos.

- ◆ Aunque la mayor parte de las barreras que limitan el uso del preservativo son comunes a los participantes en los distintos países, existen algunas diferencias cualitativas que se listan a continuación.
- ◆ En el caso de Guatemala: La mayoría de las y los entrevistados consideran que los condones son fáciles de conseguir en las farmacias o puestos de salud, pero tienen miedo y vergüenza de solicitarlos por el fuerte rechazo por parte

de las familias, de la Iglesia y de la comunidad en general. Tanto hombres como mujeres expresan el miedo y la vergüenza de comprar condones, pero coinciden en afirmar que es socialmente más condenado que la mujer los comprene ya que es tildada de “prostituta” por la comunidad.

- ◆ En el caso de Perú, Cusco: Hay mucha desinformación sobre el uso adecuado de los preservativos y también reciben información tergiversada en los colegios y entre los amigos. Además de la desinformación y de la vergüenza y control social que obstaculiza su utilización, existe un fuerte control por parte de la iglesia católica, de las iglesias evangélicas y de la comunidad.

Los grupos evangélicos hablan del condón: “¿Estos hijos del diablo como pueden llevar estas cosas?” Nos dicen que somos cerdos y sucios... Así nos dicen” (Un Adolescente, Cusco).

- ◆ En el caso de Nicaragua, es el país en donde se observa un mejor conocimiento del condón y su utilización y tal vez en donde se usa con mayor regularidad.
- ◆ Perú es el país que arroja un mayor desconocimiento, sobre todo en el área rural, donde las comunidades están más desinformadas, no así en el área urbana de Ventanilla en donde su uso parece más frecuente. “Mayoritariamente, los hombres son los que abren su billetera y tienen ahí un condón (Joven, 17, mujer, Ventanilla)
- ◆ En Bolivia, Nicaragua y Guatemala las mujeres suelen pedirlo aunque son los hombres los que deciden usarlo. Generalmente existe un rechazo con argumentos similares a los otros países porque “no se siente igual” o porque “es incómodo”, porque “huele mal”, o “no es lo mismo”.
- ◆ Casi todos los entrevistados/as tuvieron sus primeras relaciones sexuales sin preservativos y todas las Historias de Vida de los entrevistados que son portadores de VIH, relatan que, aunque conocieran el condón, creyeron que a ellos nunca les iba a pasar nada.

Salud sexual y reproductiva y VIH

de los jóvenes y adolescentes indígenas
en Bolivia, Ecuador, Guatemala,
Nicaragua y Perú

Hombre de Guatemala, portador de VIH

¿Sabía que existían infecciones de transmisión sexual? “Sí, solo había oído hablar de que existían, pero en sí, de que se transmitía y cuáles iban a ser sus efectos, no mucho.”

¿Qué métodos conocía para protegerse de las infecciones de transmisión sexual?

“Pues solo del condón, nada más ese.”

¿En sus primeras experiencias sexuales utilizó el preservativo o el condón?

“No.”

¿Por qué?

“Es que... pues, me daba vergüenza ir a comprarlos... Nunca pensé. Lo había tomado sólo como algo satisfactorio y nada más, pero nunca pensé en que tendría esta enfermedad o consecuencias fuertes.”

A continuación, se presentan los principales resultados de los hallazgos según las historias de vida de los adolescentes.

B. Hallazgos según las historias de vida

Las historias de vida muestran cómo las personas indígenas sufren la falta de información, la restricción de acceso a los servicios de salud preventiva y educación, y las relaciones inequitativas de género que los sitúan en una posición de vulnerabilidad ante el VIH. Muchas de estas condiciones son factores macro-sociales derivados de un sistema político y social permeado por la desigualdad estructural y la discriminación que afecta negativamente a la población indígena. A continuación se presenta el análisis de las historias de vida y en anexo se incluye historias de vida de cada estudio nacional.

“No conocía el uso del condón. Porque en esa época, no se comentaba mucho de esto, nosotros tratando de llenar el estómago, entonces menos podía tomar en cuenta, si en caso que ya había. En esos tiempos no había ni televisión” (Javier, Quechua, Bolivia).

La discriminación en todas sus vertientes (étnica, género) también supone una condición de enorme vulnerabilidad en distintos ámbitos como el escolar, laboral y legal.

“La sociedad no te prepara para enfrentar a ciertos tipos de personas, por eso te digo, vas a reclamar un derecho, o a la comisaría, te pegan, te asaltan, te roban, te violan, vas a quejarte, te tratan mal, te miran mal, te van a definir supuestamente. Pensé ‘Son hombres no? Son bien hombres dicen, no? Pero tus derechos como persona donde están?’” (Eder, urbano, bisexual, Ventanilla).

“Una maestra me pegaba, sólo por no poder hablar el idioma de ella que es el español” (Raquel, Ixil, Guatemala).

Un elemento común en todos los países es el silencio y el tabú en torno a la sexualidad. Los entrevistados resaltan que nunca se habló sobre sexualidad en sus casas y no se les dió información sobre la prevención de embarazos o ITS, ya que hablar sobre sexo con los padres se considera una “falta de respeto o porque el uso del preservativo se concibe como un pecado por las familias y los líderes religiosos. Algunas de las personas que adquirieron el VIH lamentan que nunca les hubieran hablado sobre eso y señalan que una de las recomendaciones más importantes en la prevención de VIH, debería ser la de facilitar mayor acceso de los jóvenes a la información.

“Los padres no conversan con sus hijos de lo que es la sexualidad dentro de la familia, se podría decir que todavía es un tabú o un mito para ellos hablar de la sexualidad”.

—Julio, Bolivia, Trinitario

Otro elemento de vulnerabilidad destacado en las historias de vida es la influencia del machismo en un sistema patriarcal que favorece la desigualdad de género en cuanto al acceso a oportunidades y recursos y que muchas veces se manifiesta en el ejercicio de violencia y control de la mujer. Este tipo de sistema incide en la vulnerabilidad de las mujeres ante el VIH, ya que tienen un escaso poder de negociación sobre el uso del preservativo y poseen una menor información y recursos para enfrentar el VIH/SIDA.

“Mis papas no me quisieron apuntar en el básico, decían que yo no debía seguir estudiando porque no me iba a servir. Por ser mujer, porque mis hermanos siguieron estudiando” (Karla, Guatemala).

Las comunidades ejercen un fuerte control social que actúa como un arma de doble filo. Por un lado, se trata de proteger sobre todo a las mujeres de los embarazos no deseados, restringiendo el contacto con los hombres y confinando a las mujeres al ámbito doméstico. Sin embargo, estos deseos de protección pueden incidir en que las mujeres estén menos expuestas a información y carezcan de contextos para desarrollar herramientas que les permitan negociar el sexo seguro. Rosalía explica que sus padres siempre quisieron protegerla, su trayecto era del colegio a la casa y nunca le hablaron sobre sexo, ni protección. Cuando adquiere el VIH se lamenta: “Cuando he recibido la noticia empecé a odiar a Dios, porque eres tan injusto así, si éste hace esto y la otra hace aquello no les pasa nada. Entonces debería haber conocido más de esa vida y hubiera conocido más de esto”. En esta línea, Karla de Guatemala también comenta la diferencia en el acceso a la información entre hombres y mujeres “yo por ejemplo soy mujer y nunca me hablaron del condón, así libremente, por eso nunca me cuidé, ni me preocupe por eso y los hombres siempre son bien listos”.

Contexto de transmisión del VIH

Una de las vías de transmisión más comunes en las personas entrevistadas es a través de relaciones casuales con parejas no formales. Estas relaciones se suelen dar en bares o prostíbulos. La presencia de alcohol y la presión de los amigos para tener relaciones sexuales es un elemento muy común. Como comenta Joel de Guatemala “mis amigos

normalmente siempre hablaban de salir a bares en Chicoy bajo y en Guate, yo siempre tuve mis dudas, pero me convencieron un día y luego ya lo tomé como costumbre y pues ahí fue donde me infecté de esa enfermedad”.

Aldo, HSH, explica que “se infectó en el parque en una de las relaciones casuales y se lamenta de que los HSH tengan que estar escondiéndose y teniendo relaciones sexuales en las plazas, por la noche, ya que eso incrementa el riesgo”.

La forma de adquisición de VIH muestra un patrón de género diferenciado (ver Gráfica 6 en página 35), ya que la mayoría de los hombres entrevistados lo adquieren en sus relaciones no formales, mientras que las mujeres suelen infectarse con sus parejas formales, ya sean novios o esposos, en los que confiaban plenamente.

La migración también supone un contexto que incrementa la probabilidad de transmisión de VIH, como muestra la historia de Cata, cuyo novio migró a USA y con el que se casó a la vuelta sin saber que en su estancia en USA había adquirido el VIH. “Es tan difícil contar esto, pero es la verdad, yo nunca hice nada con otro hombre que no sea mi esposo, solo por él confié, pero nunca pensé y nunca él me contó que había hecho y que tenía”.

El abuso sexual es otra de las vías de transmisión de VIH, como muestra el relato de Luisa de Guatemala cuando explica que adquirió el VIH por una violación de su padrastro que solía frecuentar los prostíbulos.

“El se enojó me jaló a la cama y me besó yo le decía y pedía favor que no lo hiciera y me quitó el blumer y me violó...Hay Dios, que hombre tan desgraciado...pero algún día lo va a pagar... No tengo coraje contra él pero si me dolió...”.

Salud sexual y reproductiva y VIH

de los jóvenes y adolescentes indígenas
en Bolivia, Ecuador, Guatemala,
Nicaragua y Perú

La violencia sexual sitúa a las personas en condiciones de especial vulnerabilidad ya que en muchas ocasiones las víctimas del abuso no lo denuncian y no se atreven a contarle a nadie por miedo a ser estigmatizadas en la comunidad “no lo he denunciado ni dicho a nadie porque me da miedo... El me amenazó de que si yo decía algo le iba a decir a todos que yo soy una ofrecida”. Luisa, con 17 años nunca le contó a nadie lo que sucedió, ni que es portadora de VIH, sospecha que su madre, también puede estar infectada pero no se atreve a decirselo por miedo a que no le crea.

¿Dónde acuden?

Al padecer los primeros síntomas algunos entrevistados optan por recurrir a la medicina tradicional o a tratamientos naturistas, como explica Susana de Nicaragua “acudí a un naturista y me dio un lavado para la diarrea, no sabía que era síntoma del Sida”. Otras personas acuden a los servicios de salud directamente, mientras que otros navegan entre los dos sistemas de salud.

“He ido a hacerme ver la coca. Tal vez, lo mejor, estaba equivocado el resultado, pero como te digo, cuando me he enfermado he acudido a todos lados, a los chamaquis (los que hablan de noche) brujos, yatiris... Yo si he ido alguna vez donde un yatiri para que me lean la coca, las cartas. No decían nada, solo decían que estabas bien enferma, nada más. Ya, después de eso, creo que me actualicé y he creído lo que tenía, y he empezado tratamientos” (Rosalía, Bolivia).

Fueron pocas las personas que relataron ir a una consulta a los servicios de salud con la sospecha de ser VIH positivo ya sea porque las parejas les habían confesado su estatus y/o porque eran conscientes de haber llevado a cabo alguna conducta de riesgo.

La mayor parte de las personas entrevistadas acuden por síntomas como diarrea, problemas pulmonares etc. que atribuyen a otras infecciones. Por tanto, la primera reacción es de una gran sorpresa y desesperación. La mayoría asocia el VIH con una muerte segura e inmediata “Sentí mucho miedo, sentí que ya me moría” (Olivia, Nicaragua, Mixquito). El sentimiento de vergüenza y el miedo a que otros se enteren es muy profundo, lo que hace que

la mayoría guarden silencio sobre su estatus. Algunos comparten el diagnóstico con algún miembro de la familia o la pareja mientras que otros guardan silencio por miedo a ser rechazados y excluidos de sus familias y comunidades.

El profundo estigma que acompaña al VIH se muestra claramente en el testimonio de Ángeles que por miedo a ser tildada de prostituta guarda silencio con sus padres: “A mis hermanas les comenté, sólo ellas me apoyan, pero mis padres no están enterados, si se enteraran, más que seguro me insultarían y gritarían de esquina a esquina que soy una puta. No saben mis amigas, tampoco mis vecinos. Estarían sorprendidos con mi inminente muerte” (Ángeles, Cusco, Perú).

Este mismo miedo lo expresa Rosalía en Bolivia “es difícil enfrentar a tu familia, como decirles, como explicarles, no sabés que reacciones pueden tener. El hecho de que se pueden irse a muchos extremos. Tal vez puede ser que me quieran demasiado y el día que se enteren me va a sobreproteger. Por el otro lado como ellos están más relacionados con los usos y costumbres de nuestra comunidad me pueden echar de mi casa”.

Experiencias en los servicios de salud

Varios de los entrevistados acuden a los servicios de salud, los motivos principales son porque les atribuyen la competencia para tratar una enfermedad como el VIH y porque confían en que la información es confidencial y sienten que les atienden bien, que respetan su cultura y no les discriminan. El siguiente testimonio muestra la relación médico-paciente positiva que genera esperanza y confianza en las relaciones inter-personales.

“Allí había medicamentos gratuitos. Sentí que brillaron mis ojos. Y me salió un suspiro “Wauuu”, y recién dije: hay solución, es un milagro, había esperanzas. Bueno, entonces recién el doctor me atendió. Su manera de tratarme con calidez humana, me volvió a revivir mi vida” (Luis, Bolivia, Quechua).

Sin embargo, otras personas reportan experiencias de discriminación debido al diagnóstico de VIH. Algunos se quejan de que la información no es clara.

“Yo creo que tiene que mejorar la atención, no decirle las cosas entre otras personas y decirle la verdad, como a mí que me esconden y no me dicen nada solamente que no le dé de mamar si quiero a mi hijo... No sé si tengo la enfermedad o no, no me explican bien. No entiendo nada... Así no sirve la atención”.

—Belén, Nicaragua, Misquito

Otros comentan que los médicos no poseen la información correcta y tienen miedo a adquirir el VIH por el mero contacto físico.

Sofía de Perú también relata cómo se sintió maltratada por los médicos cuando la juzgaron moralmente por su diagnóstico: “Vino una doctora que al verme me dijo “Tu sabes lo que tienes? Le respondí que sí. Otra vez ella “Y no sientes vergüenza? Le dije que no. Ella otra vez “Tu tienes Sida. Siendo tú, no tendría cara. No quiero hablar contigo, no quiero verte”.

Estado de ánimo

Resulta extremadamente preocupante el estado de ánimo de las personas con VIH ya que perciben sus vidas como sueños rotos e inalcanzables.

“No quiero tener relaciones —no, no puedo. Me siento sucia, me siento mal. Muy intranquila, no duermo a veces pensando que me tengo que morir joven. Y que no voy a tener hijos y que tal vez ni me gradué” (Luisa, Guatemala).

Otros caen en depresiones, lo cual afecta tremendamente su estado emocional y de salud, como explica Ángeles de Perú: “Estando a un paso de la muerte a causa de una depresión de alto riesgo hace como 4 años. Una de mis hermanas habló de mi mal me gritaba “viene la sidososa, allí viene la sidososa”, ya no salía a la calle. Como para eso cuando me peinaba se me caían mechones de cabello, bajé de peso, lloraba sobre mi cama y no quería salir a la calle, todo fue por la depresión”.

Varios de los entrevistados comentaron que pensaron incluso en acabar con sus vidas sobre todo por el miedo al rechazo de familiares o personas de la comunidad, como se ilustra en la siguiente cita.

“Si es positivo entonces que voy a hacer? Agarro el arma de mi papá y me disparo? no, mi papá se va a enojar y va a averiguar que tenía. Mejor me iré a Potosí donde no me conocen, me compro trago y me enveneno. Pero mi mamá, si no aparece, o sea todas las posibilidades. Me iré a lanzar del Puente de las Américas”.

—Rosalía, Bolivia

Sofía apunta que no son casos aislados y que de hecho varias personas acaban suicidándose por la falta de apoyo personal e institucional: “Muchas personas perdieron la vida debido que sus familiares no tuvieron la información correcta. Fueron abandonados por sus familiares y también por el personal médico. Tampoco sus casos les ha interesado a ninguna institución, a nadie le importa.”

Salud sexual y reproductiva y VIH

de los jóvenes y adolescentes indígenas
en Bolivia, Ecuador, Guatemala,
Nicaragua y Perú

Este miedo al rechazo lleva a algunas personas a aislarse: “No salgo mucho por pena, además la gente solo me mira y eso es incómodo. Yo no sé, si la gente ya sabe o no, pero yo siento que hablan de mí. Entonces yo prefiero quedarme en mi casa. Sí, la gente solo me mira y casi no me habla, yo me siento mal” (Juan, Kackchikel, Guatemala).

Este testimonio de Úrsula de Cusco (Perú) muestra el maltrato físico y psicológico doméstico, la culpabilización de la mujer ante el VIH y como el esposo de Úrsula llegó al extremo de tratar de suicidarse y matar a su mujer e hijos por el diagnóstico de VIH: “No sé, cómo ni cuándo (se contagió con el virus de VIH). Estuve segura de ello cuando mi hijita falleció y ya pasaron 5 años. Él quería envenenarnos a mí y a mis hijos. Había preparado en la gaseosa el veneno “racumin” que era el más fuerte, incluso había ido llevando su DNI, compró del veterinario. Yo, inocente pregunté: ¿y esta gaseosa?, y el dijo que “ahorita vamos a tomar todos”. Y como mi hijito es travieso debajo de la cama saca y me dijo “Mamá, mamá, yo me escondí debajo de la cama porque mi padre iba a pegarme y él ha echado esto allí, pero apesta feo”. Luego que mi hijo había olido estuvo tosiendo, y ya era intoxicación. Cogí la gaseosa y lo he tirado a la calle. No fui a poner la denuncia del caso, lo que puse fue ponerle como maltrato físico y psicológico no más. Ahora ya no me pega, antes sí lo hacía porque seguía diciéndome: Tú tienes la culpa, por tu culpa estoy así. No lo denuncié excepto solo por maltrato físico y psicológico. Yo le pregunto ahora por qué nos querías envenenar y él respondió “es que no quería que nadie viva por la enfermedad que todos teníamos” (Úrsula, Perú).

El silencio no solo se traduce en una falta de apoyo social, sino que también puede tener consecuencias negativas en cuanto a la adherencia al trata-

miento. Luisa de Guatemala esconde sus pastillas en la mochila y en el colchón y si alguna vez su madre pregunta le dirá que son vitaminas. Rosalía, de Bolivia, relata las dificultades de seguir el tratamiento sin la ayuda de sus familiares para que se lo recuerden:

“Te tienes que acordar de tus medicamentos, da rabia, es que tienes que estar más pendiente de eso, más cuando no hay alguien te diga “hija, toma tus medicamentos” o “ya es hora”. Es difícil por el mismo hecho de que no conocen mi diagnóstico en mi casa... Había un momento que yo les quería decir, porque a veces te olvidas de tomar tus medicamentos, porque en las noches siempre estoy con ellos y tengo que ir al baño a escondidas a tomar mis medicamentos, afecta mucho”.

La mayoría de los entrevistados al enterarse del diagnóstico se lo comentaron a sus parejas (si las tenían) y comenzaron a usar preservativos en sus relaciones, pero es de destacar que casi el 30% sigue sin utilizar condón y en ocasiones las parejas no son conscientes del riesgo que corren (ver Tabla 7).

Hay casos como el de Carlos de Guatemala que explica que no usa el condón con su pareja porque ella ya está infectada, sin conocer el riesgo de reinfección. Juan de Guatemala comenta que ya usa el condón con su mujer, pero no de manera consistente. En otras ocasiones se da un proceso de negación e incredulidad en el que a la persona le cuesta asumir la enfermedad. El caso de Beto es paradigmático ya que considera que los médicos le mintieron sobre su diagnóstico y que en cualquier caso sus ancestros los mayas no padecían ese tipo de enfermedades, lo que le lleva a minimizar el riesgo de contagiar a su prometida.

TABLA 7: Uso del preservativo antes y después del diagnóstico del VIH

	Historias de vida	Entrevistas
Sexo sin preservativo en el momento de la entrevista	26,3%	69,45%
Sexo sin preservativo antes de la entrevista	60,5%	14,3%

“No sé, pero digo que el doctor que me examinó es mentiroso, no creo en eso en verdad, no lo creo (que tenga el VIH), porque estoy bien... El año pasado, cuando ese doctor me asustó, pues por eso yo ya no quiero visitar ese hospital, es preferible que nosotros mismos hagamos nuestra medicina... Yo digo que no me gusta, porque es más pérdida de tiempo (acudir a los servicios de salud), de todas maneras los antepasados solo se curaban con plantas medicinales y ellos nunca hablaron de esa enfermedad (...). Yo digo que no, porque el único en poder sanar y salvar es Dios”.

Como sugieren los siguientes testimonios, este proceso de negación también se da a nivel comunitario debido al estigma del VIH o a que los síntomas se atribuyen a otras enfermedades propias de la cosmovisión, lo que puede incidir en que muchos casos de VIH no sean reportados y que no se tomen las medidas necesarias a nivel comunitario e institucional para la prevención del VIH.

“Años atrás, en los 90 por ahí, murió una persona por primera vez con el VIH, sacaron sus cosas y lo quemaron todo, en el cementerio no querían enterrarlo, por nada menos que había muerto con el VIH, pero siempre el médico no certifica que murió de VIH, sino que siempre hay otras anomalías y primero puede ser que murió del pulmón, paro cardíaco, y al último ponen VIH, yo lo he visto” (Pedro, Bolivia trinitario).

“Ha habido muchas muertes, la cosmovisión que tienen, la creencia es cuando alguien tiene mucha fiebre y se muere dicen que era el *kari kari* y mas que todo van a escuchar allí en los pueblo que el *kari kari* ha sido y a veces yo me doy cuenta y digo que no, no era el *kari kari*, el año pasado tengo un primo que ha fallecido y no pues, ha adelgazado, sudoración, fiebre y sus papás lo le han hecho curar con yatiris, porque en mi pueblo es más eso porque antes de ir al médico sí o sí es los yatiris porque a mí también así me han hecho, hasta que ha muerto y dentro de mí dije a lo mejor era el VIH” (Rosalía, Bolivia).

El testimonio de Rosalía muestra la dificultad de romper con el estigma del VIH sobre todo en las comunidades rurales para poder hacer una labor de prevención:

“En el campo lo primero que hacen es ocultar, ni te dan datos exactos, muchos hemos tropezado con esas cosas cuando hemos ido a buscarlos, ni su nombre existe ni el lugar, por eso también se pierden datos y las personas no conocemos su diagnóstico. Es sumamente difícil que uno se vuelva portador de voz, el hecho de dar información de prevención muy pocas personas lo asumen y aún así el hecho de hablar de esto te cuestionan las personas, ‘vos por que hablas de esto’, o ‘vos tienes’, y si no fuera que el uno que es empoderada puede responder eso, por ejemplo los de Patacamaya ni sus familias saben. Por ejemplo, cuando nosotros les queremos regalar un folleto, ‘no me regales’. Qué me van a decir en mi casa, todo lo relacionan con eso. Y como yo soy un poco conocida en A., me dicen, ‘sabes qué hazlo nomás, porque si me ven contigo van a pensar que yo también tengo esto’, ese tipo de cosas. Por eso es importante que las personas se empoderen, darles información, pero no es fácil.”



Foto: © Alessio Moriola | Dreamstime.com

El diagnóstico de VIH se vive como una experiencia devastadora y los entrevistados lo asocian con una muerte inminente, vidas truncadas, miedo al rechazo de familiares, la comunidad y las instituciones. No obstante, varias personas entrevistadas manifiestan esperanzas y retoman sus vidas con el apoyo de familiares y de ONGs o grupos de apoyo.

“Me encuentro muy bien, con ganas de competir con el reloj, he bajado un poquito de peso, pero me siento saludable. Estudio, trabajo, juego con mis hijos, la quiero a mi esposa, y sigo vivo, como le de-

cía, nunca es tarde para estudiar, ya no me asusta mi condición, soy igual, con los mismo derechos” (Luis, Quechua, Bolivia).

Es muy importante destacar el papel que juegan los grupos de apoyo, ya que en ocasiones son los únicos que saben el diagnóstico por lo que las personas pueden compartir sus miedos, preocupaciones y esperanzas y suponen una fuente de apoyo emocional y también proporcionan herramientas para luchar por sus derechos y por el apoyo de instituciones y del Estado.

CONCLUSIONES

Este sondeo cualitativo desarrollado en Bolivia, Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Perú confirma una vez más la deficiencia en materia de infraestructura educativa y de salud para cubrir necesidades específicas de los pueblos indígenas. Ello contribuye a la desinformación de los jóvenes indígenas en relación al cuidado de su salud y a la imposibilidad de tener diagnósticos oportunos, evitar embarazos no deseados, y acceder a los tratamientos necesarios. La falta de personal bilingüe y de una perspectiva intercultural en los servicios de salud se suman a actitudes discriminatorias de su personal hacia los sectores más desfavorecidos: las mujeres indígenas y los jóvenes HSH. Otros resultados de este sondeo, que presentan la perspectiva de adolescentes y jóvenes pertenecientes a varias culturas indígenas, son los siguientes:



1 El inicio de la sexualidad de los/las adolescentes y jóvenes indígenas comienza a una edad temprana, ya que la edad de inicio promedio oscila entre los 13-14 años; la sexualidad pauta el ingreso a una etapa de transición entre la niñez y la vida adulta que no está marcada por rituales especiales, ni definida con contenidos precisos en el marco de la cosmovisión. Los/las adolescentes de la actualidad comparten los mismos objetivos que sus contrapartes no indígenas en el sentido de estudiar y convertirse en profesionales útiles a la sociedad. Las condiciones estructurales de pobreza y aislamiento restringen sus posibilidades de acceso a los servicios de educación comprometiendo severamente su inserción en el mercado de trabajo y por ende sus expectativas e ilusiones.

2 Se ha podido percibir a lo largo de todas las entrevistas e historias de vida la existencia de desigualdades de género significativas en las modalidades de socialización de adolescentes y jóvenes que revelan que las adolescentes y jóvenes de sexo femenino y de orientación sexual distinta enfrentan mayores restricciones y estigmatizaciones en relación a la sexualidad. Se constata la existencia de un fuerte machismo, invisibilizado en la cosmovisión en el que la mujer accede a posiciones de un escaso poder adquisitivo y a menores niveles de educación, lo que determinan que se naturalice que la mujer ocupe roles muy tradicionales y con poco poder social. Estas desigualdades de género en los roles sociales luego se trasladan a los roles sexuales en donde se perciben diferencias con una carga negativa para la mujer des-

Salud sexual y reproductiva y VIH

de los jóvenes y adolescentes indígenas
en Bolivia, Ecuador, Guatemala,
Nicaragua y Perú

de la iniciación, en donde las violaciones, el incesto y los abusos sexuales a mujeres adolescentes por parte de los familiares y vecinos son una práctica común encubierta y silenciada en la mayor parte de las comunidades indígenas de todos los países. También se percibe inequidades de género en el manejo de los resultados de la sexualidad precoz, en donde los adolescentes por falta de información a veces llegan a enfrentar situaciones complejas de embarazos no deseado. Se pone de manifiesto nuevamente el doble estándar en donde existe un fuerte control social por parte de la comunidad y de los familiares hacia las mujeres embarazadas y madres solteras y mayor condescendencia hacia los varones a quienes las familias encubren o ayudan a huir para no hacerse cargo de la situación. Estos patrones culturales inequitativos en detrimento de las mujeres se agudizan si no se llega a una negociación exitosa con la familia del muchacho ya que las madres solteras y las mujeres jefes de hogar, son mal vistas y estigmatizadas en casi todos los países o comunidades estudiadas. El país donde la estigmatización es más alta según el testimonio de los jóvenes es en Ecuador donde “las madres solteras son el blanco de las agresiones y desprecios de la comunidad”. Las muchachas son castigadas corporal y psicológicamente y muchas veces son expulsadas de la casa y de la comunidad. Solo se encontró una excepción de los Tsinaime de Bolivia que lo asumen mejor, porque ellos se rigen por el sistema de parentesco.

En este tema y en otros analizados en el estudio, el lugar de residencia es una determinante social con gran impacto explicativo ya que existe diferencias significativas en los comportamientos sociales según si el lugar de residencia es urbano o rural. Por ejemplo el estudio de Ventanilla, en el cono suburbano de Lima, revela que las madres solteras y las jefes de hogar son una práctica relativamente frecuente y no está tan estigmatizada como en el área rural del propio país. No obstante, la violencia de género atraviesa todas las situaciones y también se reveló violencia familiar en las prácticas cotidianas en el estudio de Ventanilla.

3 Debido al aumento de las infecciones de transmisión sexual en los últimos años, las autoridades de salud han redoblado los esfuerzos para informar a la población, lo que ha permitido que las personas estén mucho más informadas, teniendo la mayoría un conocimiento suficiente como para poder evitar la transmisión. No obstante, se constata que pese a ese conocimiento, la gran mayoría de los/las entrevistados no utiliza el preservativo en sus relaciones sexuales, ya que no considera que el VIH pueda afectarles a ellos. Los/las adolescentes vinculan más el uso del preservativo a la prevención de embarazo no deseados, pero no así a protegerse del VIH. Aquí también se perciben diferencias de género ya que son ellas las que solicitan que se use el condón a sus contrapartes afectivas, pero no tienen capacidad de negociación por lo que finalmente la decisión está en las manos de los varones y ellos según los testimonios recogidos manejan muchos preconceptos en torno al uso del condón. Los entrevistados del estudio de Cusco/Perú y de Bolivia son los que poseen mayor desconocimiento sobre el condón y más alto rechazo a su utilización por temor a que “dañe la salud”. En Guatemala y Nicaragua por la fuerte influencia de las iglesias en las comunidades, el uso del condón se asocia al pecado. En todos los países las adolescentes manifestaron dificultades en el acceso a los condones, pero también a los servicios de planificación familiar, por temor al estigma de que “otras personas” en la comunidad piensen que ellas están manteniendo relaciones.

4 Un elemento común es el conocimiento limitado (cuando no distorsionado) de los adolescentes sobre el VIH, sus formas de transmisión, prevención, y posibilidades de accesos a pruebas de diagnóstico y tratamiento. En Guatemala, Cusco, Perú, y Ecuador se asocia el VIH a una enfermedad foránea o de la ciudad: “una enfermedad fuera de la comunidad”. En la mayoría de las entrevistas surgió que los/las adolescentes creen que es una enfermedad mortal que se transmite solo por contacto sexual. En Nicaragua es donde los jóvenes entrevistados mostraron tener un mejor conocimiento de todos los factores de riesgo, de los síntomas y de las posibilidades de diagnóstico

y tratamiento. Por ejemplo, los entrevistados en Nicaragua identificaron el uso de las jeringas como un factor de riesgo, tema que también abordaron los entrevistado de Ventanilla (Perú) que están, por su ubicación, suburbana, con mayor acceso a la información. En el otro extremo, los/las entrevistados de Cusco, Perú, pusieron de manifiesto el más bajo conocimiento asociándolo al cáncer. A mayor nivel de educación y lugar de residencia urbana, las respuestas de los jóvenes se correlacionan con conocimientos más adecuados en los temas de salud. Los entrevistados que mostraron mayor desconocimiento sobre el tema de VIH son las adolescentes y jóvenes indígenas del área rural. Las historias de vida revelaron que ser portador de VIH se vive generalmente como una situación vergonzosa, se siente culpa, se mantiene como secreto, llevándolo/la a asumir otras conducta de alto riesgo: interrumpir tratamientos, no usar métodos de profilaxis aún sabiendo que son portadores, o continuar con parejas múltiples.

5 Otro resultado constatado es que persisten elementos de la discriminación étnica, tan enraizada en la cultura del continente y que sus efectos negativos siguen ensombreciendo las condiciones de vida y de salud de los integrantes de los pueblos indígenas en todos los países que participaron del estudio. A ello, se suma otros factores de discriminación presentes en las comunidades, según el testimonio de los/las participantes en el estudio.

Ellos son la discriminación de género, hacia los HSH, a los portadores de VIH, y a las trabajadoras del sexo. Estas discriminaciones se producen por invisibilización o negación, situación que se agrava en el área rural. La discriminación hacia las mujeres indígenas ya fue mencionada líneas arriba, pero puede adquirir la forma del estigma: las perciben como portadoras de VIH –el 70% de los varones entrevistados piensa que las mujeres transmiten el VIH– siempre culpables de “algo habrá hecho”, o “por algo será”, aun cuando son ellas las víctimas de violencia o abuso. Las violaciones no se reportan, casi ni se conceptualizan como delitos. Se paga la ofensa a la familia de la víctima con dinero o con animales. En el otro extremo se desconocen y/o se

niegan las diversas orientaciones sexuales “nosotros no tenemos de eso”, siendo poco flexibles a la tolerancia de la diversidad sexual dentro de la diversidad cultural. Las trabajadoras del sexo también es otra categoría sistemáticamente negada por los jóvenes de las comunidades, se las visibilizan solamente fuera de la comunidad en “la otra sociedad” o ladina. Estas discriminaciones tienen un efecto negativo en la comprensión cabal de las políticas de prevención de VIH, debido a que sistemáticamente se ven los riesgos como lejanos o “ajenos”.

6 Las instituciones hacen esfuerzos sostenidos en la provisión de servicios y en el desarrollo de campañas de información. Los medios (televisión y radio), la escuela y más recientemente el Internet son actores muy activos en esta tarea, complementando las acciones de las autoridades de salud. Como se señaló arriba para el uso del condón, no es que no tengan la información sino que existen otras barreras de acceso a los servicios: por inaccesibilidad geográfica, pero también por evitar la “vergüenza o el miedo”. El temor a solicitar el preservativo inhibe a los jóvenes aún cuando saben que son gratuitos, particularmente a las mujeres solteras. El mensaje de abstinencia de las iglesias contribuye a confundir a los adolescentes y jóvenes indígenas, quienes incapaces de cumplir con esos mandatos, terminan por no cuidarse.

En relación a la satisfacción con los servicios de salud las percepciones son muy variadas. Los que han frecuentado los servicios en Guatemala por ejemplo, manifiestan que cuando acudieron al puesto de salud en las cabeceras departamentales tuvieron respeto por su cultura, los servicios eran gratuitos y la personal maneja la situación con discreción y en las historias de vida se recogieron testimonios que evidencian de un trato amigable y no discriminatorio hacia su condición. En Nicaragua, se identifica una situación paradójal en donde los adolescentes visualizan a las unidades locales de salud como “agentes de control social”, que los juzgan cuando violan los códigos comunitarios. No obstante, aquellos que acuden a los servicios en las cabeceras departamentales generalmente por ser VIH positivos, declararon que estaban satisfechos, que el personal los atiende con privacidad y



Foto: © Gric80 | Dreamstime.com

en su idioma, de forma eficaz. Bolivia también presenta esta dicotomía de servicios muy limitados a nivel comunitario, pero a nivel de los servicios en centros urbanos como Raqaypampa y Patacamaya el personal de salud habla las lenguas del lugar, los hospitales están bien equipados y se ofrecen las pruebas rápidas de detección de VIH.

En Perú, en la zona de Cusco, por el contrario las jóvenes viviendo con VIH manifestaron haber sido discriminadas por el personal de salud, que busca pretextos para no atenderlas.

En algunos países la Medicina Tradicional juega un papel complementario y así lo reportaron los entrevistados de Ecuador y Nicaragua, mucho menos en los demás países. Los jóvenes parecen entender que la Medicina Tradicional es eficiente en otros ti-

pos de problemas de salud, pero cuando se refiere a tratamiento para el VIH manifiestan su preferencia por los servicios del Sector Salud.

Los esfuerzos para proteger la salud de la población adolescente y joven indígena y en particular en relación a la salud sexual, tendrán un valor agregado cuando se asuma de manera sistemática enfoques interculturales –como lo señala el estudio de Ecuador– que permitan una mejor llegada de la información a los/las adolescentes y jóvenes de los pueblos indígenas y que partan de un diagnóstico de necesidades definida por los interesados y los representantes de la comunidad y garanticen los derechos colectivos.

PRINCIPALES RECOMENDACIONES

A continuación se presentan las recomendaciones que surgieron de los estudios nacionales y que fueron re-elaboradas en el Taller sobre el tema realizado en La Paz. En él se reunieron los investigadores a cargo de los estudios nacionales, representantes de los Ministerios de Salud de los cinco países donde se realizó el estudio, jóvenes líderes indígenas y personal de la OPS experto en el tema de Salud de los Adolescentes. Las recomendaciones se produjeron en cinco grupos de trabajo que se organizaron para abordar cada una de las temáticas siguientes.



¿Qué tipo de intervenciones podrían garantizar la recolección y el manejo de la información sobre salud sexual y reproductiva, sexualidad y VIH/Sida de los adolescentes y jóvenes indígenas con enfoque de equidad cultural y de género y de conformidad?

Todos los países en los cuales un porcentaje de su población se autodefine perteneciente a pueblos indígenas han incorporado la variable en sus boletas censales y de las Encuestas de Hogares. Estos instrumentos ya han sido avalados por las organizaciones de la sociedad civil, permiten recolectar información estadística sobre condiciones de vida y se puede transferir la experiencia a los SIS y a las Encuestas de Salud.

Se sugiere:

- ◆ Incorporar la variable de “pertinencia étnica/racial” en los instrumentos de recolección de información (formularios), de nivel nacional, local y comunitarios del Sistema de Información de Salud. Ello permitiría que se recoja información desagregada por grupo etario y pertenencia étnica de: número de embarazos, conocimiento y prevención de ITS, VIH, tuberculosis, uso de anticonceptivos según método, anticoncepción de emergencia, muerte materna, hemorragia del primer trimestre, atención del parto institucional culturalmente adaptado, atención del parto comunitario por partera o personal de la comunidad, número de controles prenatales. Los indicadores propuestos, deben de analizarse, para los grupos etarios 10 a 14, 15 a 19, 20 a 24, según pertenencia a pueblo o etnia, sexo, lugar de residencia (urbano/ rural) y nivel educativo.
- ◆ Promover el procesamiento y análisis de la información estadística para asegurar el monitoreo y evaluación de la situación de salud y acceso de los servicios de los adolescentes y jóvenes indígenas, con enfoque de equidad.
- ◆ Definir la vía del traslado de la información y la periodicidad de esta devolución a los pueblos indígenas a través de sus autoridades y organizaciones respetando los derechos culturales, para mantenerla actualizada.

Salud sexual y reproductiva y VIH

de los jóvenes y adolescentes indígenas
en Bolivia, Ecuador, Guatemala,
Nicaragua y Perú

- ◆ Producir mapeos de la comunidad, sobre la base de registros de las unidades educativas, servicios de salud, parteras y médicos tradicionales, que incorpore información cualitativa, dado la naturaleza de la información sobre SSR, ITS y VIH, que es sensible culturalmente y que está rodeada de barreras y tabúes.

¿Cuáles son las medidas que pueden adoptarse para lograr la adecuación a los servicios de salud a las necesidades de los adolescentes y jóvenes indígenas?

La adecuación de los servicios se debe realizar en el marco de modelos de atención integral para los/las adolescentes y jóvenes indígenas, con enfoque intercultural, de género y de derechos. Especial atención requiere el desarrollo de campañas informativas en SSR y prevención de VIH, así como la definición de los Estándares de Calidad para la atención a adolescentes con enfoque intercultural. Ambas áreas de trabajo deberán contar con la participación de los interesados. Es indispensable abrir espacios de participación para adolescentes y jóvenes en el proceso de formulación y en la implementación de estas medidas de adecuación de los servicios. En este contexto se debe considerar:

- ◆ Favorecer los sistemas de referencia y contra-referencia en los servicios, con los chamanes, machis, comadronas y sanadores que manejan la Medicina Tradicional en los diferentes pueblos indígenas, para garantizar la libre opción a las prestaciones de la medicina científica y asegurar la vigencia de un enfoque de derechos. Será beneficioso definir y fortalecer competencias para el personal de salud, incluyendo sanadores comunitarios para fortalecer las bases de la interculturalidad en salud.
- ◆ Fortalecer la atención psicosocial en los servicios de salud con énfasis en adolescentes y jóvenes, particularmente cuando deben enfrentar problemas de salud. Trabajar con la familia para promover la comunicación sobre SSR.
- ◆ Organizar la atención de salud dando oportunidades a los/las adolescentes y jóvenes mono-

lingües a utilizar el idioma propio a su pueblo (pueden usarse varias modalidades: funcionarios bilingües, uso de acompañante traductor, etc.), se promoverá campañas de información y fascículos educativos en las lenguas vernáculas.

- ◆ Promover el derecho a la salud para los/las adolescentes y jóvenes indígenas y otros derechos humanos de jóvenes y adolescentes. En primer lugar garantizando la confidencialidad, por ejemplo, la atención puede proveerse independientemente de la presencia de los padres. Dentro del paquete de prestaciones ofertado debe tener especial énfasis la promoción y educación en SSR, prevención de embarazo en adolescentes y las ITS/VIH. También es sustantivo, garantizar acceso a información y métodos anticonceptivos, llevando en consideración la cosmovisión y la participación comunitaria.
- ◆ Promover la ampliación de cobertura para atender a los/las adolescentes y jóvenes en comunidades rurales remotas debido a que el lugar de residencia es una determinante social de la salud que restringe el acceso no solo a salud sino también a educación, limitando la información de salud que disponen estos jóvenes. También y en este mismo sentido se deberá buscar un enfoque de equidad de género buscando el empoderamiento de las mujeres adolescentes y jóvenes quienes sufren el peso de estructuras de poder, muchas veces negativas a su desarrollo y autonomía, haciéndolas muy frecuentemente víctimas de violencia sexual, y familiar. Es necesario aumentar la conciencia sobre la existencia de violencia contra las mujeres en las comunidades, mediante campañas y creación de instituciones que se ocupen del tema.
- ◆ Dadas las características propias de los/las adolescentes y jóvenes de pertenecer a un grupo etario que tiene vínculos estrechos con el sistema educativo y todavía están bajo la potestad de sus familias, la coordinación multisectorial (educación, salud, gobierno local, sociedad civil) será clave para el éxito de la implementa-

ción de las medidas adoptadas. Es importante recordar la gravitación que tienen los pares en esta etapa de la vida, por lo que la creación de espacios de participación y fortalecimiento del liderazgo juvenil será beneficiosa.

¿Cuáles son las características que deben presentar las políticas públicas orientadas a la salud de los adolescentes y jóvenes indígenas?

Para establecer políticas de atención integral (preventiva, de promoción y curativa) culturalmente apropiadas que hagan énfasis en las necesidades auto-definidas por los pueblos indígenas, se debe contar con el compromiso de los gobiernos para el desarrollo y la implementación de las mismas. Será necesario sensibilizar a las altas esferas gubernamentales para impulsar la implementación de políticas acordes a las necesidades de población adolescente, en seguimiento de los lineamientos internacionales en relación al derecho a la salud de los pueblos indígenas y a los acuerdos sobre población adolescente. Las recomendaciones en este campo son:

- ◆ Incorporar los principales fundamentos en el diseño de políticas tales como: el respeto a la diversidad cultural, la promoción de la participación de los beneficiarios y de sus representantes comunitarios, la incorporación de la interculturalidad en la organización de los servicios, el respeto a los derechos individuales y colectivos conforme a los lineamientos internacionales.
- ◆ Fortalecer la inter-sectorialidad como estrategia política.
- ◆ Basar el diseño de estas políticas de salud específicas en diagnósticos participativos, que provean de una definición de las necesidades de las familias en las comunidades, asegurando que se respete el enfoque de interculturalidad y de género.
- ◆ Garantizar un abordaje de atención integral para lograr la incorporación de acciones preventivas y de promoción de la salud.

- ◆ Aumentar los recursos humanos (equipo psico-social), financieros, físicos y tecnológicos.
- ◆ Definir competencias pertinentes a la salud reproductiva de jóvenes indígenas, sobre el modelo de salud familiar y comunitaria.
- ◆ Fortalecer los vínculos del sector salud con sectores de justicia para garantizar la efectiva defensa de los derechos humanos, sexuales y reproductivos.
- ◆ Formar a los recursos humanos en SSR a través de intervenciones sociales en las comunidades indígenas.
- ◆ Promover la difusión de estas políticas a través de campañas de medios de comunicación en las lenguas indígenas y respetando los conceptos de su cosmo-visión.

¿Con qué tipo de intervenciones se debería promover la capacitación de los recursos humanos para lograr servicios de salud con calidad y que se adecúen a las necesidades de salud de los adolescentes y jóvenes indígenas, incluyendo la promoción y prevención?

Se requerirá capacitar al personal de salud y de educación sobre las costumbres y cosmovisión indígena para evitar la discriminación, y en particular generar el respeto hacia los HSH y las personas viviendo con el VIH (PVVS) o en las comunidades. Para que los servicios se puedan organizar sobre la base de la interculturalidad es necesario:

- ◆ Capacitar recursos humanos en salud en poblaciones indígenas/afrodescendientes y otros grupos discriminados;
- ◆ Capacitar a través de talleres y cursos al personal de salud en los diferentes establecimientos en el manejo del respeto de la diversidad cultural y la interculturalidad.
- ◆ Capacitar al personal de salud en modelos de atención integral y no solo medicalizada y más bien en base a detección de factores de riesgo especialmente orientados a la salud de los/las

Salud sexual y reproductiva y VIH

de los jóvenes y adolescentes indígenas
en Bolivia, Ecuador, Guatemala,
Nicaragua y Perú

adolescentes, promoviendo la conformación de equipos interdisciplinarios, con un enfoque de derechos.

- ◆ Definir los requisitos del perfil del personal de salud. Los equipos profesionales deben ser capacitados en los principios básicos de la cosmovisión perteneciente al pueblo indígena mayoritario en la comunidad y deben entender y hablar los idiomas originarios del lugar donde trabaja o instalar mecanismos de traducción.
- ◆ La capacitación de recursos humanos se podrá hacer usando tecnologías de capacitación a distancia, flexibles, que se adapten a los esquemas laborales del personal de salud, en el marco de los programas de capacitación continua.
- ◆ Incluir dentro de la currícula universitaria de las diferentes carreras la temática de atención integral del adolescente, con una perspectiva de interculturalidad.

¿Con qué tipo de intervenciones se podría promover la participación de redes de apoyo y alianzas estratégicas para la protección de los adolescentes y su implementación?

Se debe garantizar la participación de los/las propios adolescentes y jóvenes indígenas, junto a las autoridades comunitarias religiosas y municipales, los médicos tradicionales, representantes del sector educación, y del sector salud, en donde también participe el sector privado y en especial los medios de comunicación, para diseñar programas de intervención acorde a sus necesidades y con un enfoque de derechos. Se requiere para ello:

- ◆ Conformación de alianzas estratégicas para promover el empoderamiento, la capacitación y el fortalecimiento de su identidad. Los medios de comunicación actuales pueden jugar

un papel central para estos propósitos. Los/las adolescentes y jóvenes están muy abiertos al uso de nuevas tecnologías (celular, Internet) que se suman a las más tradicionales de mucha penetración en las comunidades como la radio y la televisión.

- ◆ Promover programas de comunicación, priorizando programas radiales y televisivos y videos, involucrando a maestros en las escuelas, hacer obras de teatro y otras formas tradicionales de comunicación.
- ◆ Promover la inclusión de temas de prevención y promoción de la salud en las currículas de educación a nivel primario.
- ◆ Participación del sector privado para lograr sustentabilidad de proyectos de inversión que aumente el acceso de los jóvenes a la información de salud que puede incluir la provisión de equipos (celulares, PCs) y acceso a Internet para las escuelas y talleres de computación para alumnos y maestros.
- ◆ Coordinar el trabajo con las autoridades religiosas de las diferentes iglesias.
- ◆ Creación de espacios de construcción de identidad y autoestima, como “Casa de Adolescentes y/o Jóvenes” en donde se les de respuesta a sus necesidades de información y orientación sobre temas de salud, observando criterios de confidencialidad. Existen asociaciones y/o confederaciones indígenas diversas y peculiares en cada país; a partir de allí sería indicado iniciar un trabajo para que sean estas instituciones las que le brinden a los jóvenes un espacio formal para formar sus redes, pero garantizando la preservación de su identidad y con su validación institucional.

REFERENCIAS

- Albó, X., "Ciudadanía étnico cultural en Bolivia", en Corte Nacional Electoral Ciudadanías en Bolivia, Corte Nacional Electoral, La Paz, 2006.
- Arrobo, N., Almeida, y Ojeda, "Autonomía Indígena Frente al Estado Nación y a la Globalización Neoliberal", Abya Yala, Quito, 2005.
- Bant Haver, A., (2001) "Salud Cultura y Género: Cómo Mejorar la Salud Sexual y Reproductiva en un País Intercultural?" REPROSALUD, La Paz, 2001.
- Barth, F., "Introducción" en . Barth F (coord.) "Los Grupos Etnicos y Sus Fronteras: la Organización Social de las Diferencias Culturales", Fondo de Cultura, Ciudad de México, México, 1998.
- Casaús Arzú, M., y Amilcar Davila, E., (Coord.) "Diagnóstico de Racismo en Guatemala. Investigación Interdisciplinaria y Participativa para una Política Integral por la Convivencia y la Eliminación del Racismo, Vol. I, 2ª edición, Vicepresidencia de la República, Ciudad de Guatemala, 2007.
- Cabrero, F., Segura, M., y Puig, C., "En la Intimidad del Buen Vivir/Horizontes Interculturales en Salud y VIH: VIH y Pueblos Indígenas en Ecuador", FCI Quito, 2009.
- Cabrero, F. "Información Operativa Sobre la Situación de Salud de los/las Jóvenes Indígenas y Brechas de Género", FLACSO-OPS, Quito, 2010.
- Castro, M.D., "Informe Final: Diagnóstico Cualitativo Sobre SSR y VIH en Tres Comunidades Indígenas de Bolivia", OPS, La Paz, 2010.
- Castro, M.D. et al., "La Salud Sexual y Reproductiva en las Poblaciones Indígenas de Bolivia Tierras Bajas", UNFPA/FCI, La Paz, 2008.
- Cialdini, R.B., Reno, R., y Kallgreen, C., "A Focus Theory of Normative Conduct: Recycling the Concept of Norms to Reduce Littering in Public Places", Journal of Personality and Social Psychology, New York, 1990.
- Cialdini, R.B., "Crafting Normative Messages to Protect the Environment, Current Directions", in Psychological Science, 12 US, 2003.
- Conejo, M., "Yambi Huasi, Historia de Yambi Huasi", Quito, FIC/UNFPA, 2006 en Cabrero, "Información operativa sobre la situación de salud de los/las jóvenes indígenas y Brechas de Género", FLACSO-OPS, Quito, 2010.
- Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo, OIT www.oit.or.cr/mdtsanjo/indeg/derecho.html
- Cunningham, M., "Etnia, Cultura y Salud", Conferencia Magistral, Managua, Nicaragua, 2002.
- Cunningham, M., "Sondeo Cualitativo Sobre Salud Sexual y Reproductiva y VIH en Jóvenes y Adolescentes Indígenas de Nicaragua", OPS, 2010.
- Declaración de la Conferencia Internacional Sobre Población y Desarrollo www.eclac.org/cgi-bin/getprod.asp
- Declaración de la Cuarta Conferencia Mundial Sobre Mujer www.cinu.org.mx/temas/mujer/conferencia_mujer.html
- Declaración de la ONU Sobre Derechos de los Pueblos Indígenas www.un.org/esa/socdev/unpfi/es/drip.html
- Dirección de Estadísticas Encuesta Nacional de Salud 2006-07 Managua, Nicaragua
- ENDSA, " Informe estadístico", 2008.
- Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENDMAIN), 2004.
- ENEMDU, Encuesta Nacional de Empleo y Desempleo Urbano y Rural, INEC Quito, 2006.
- Faur, E., "Género, Sexualidad y Derechos Reproductivos de los Adolescentes", Paidós, Buenos Aires, 2003.

Salud sexual y reproductiva y VIH

de los jóvenes y adolescentes indígenas
en Bolivia, Ecuador, Guatemala,
Nicaragua y Perú

- Guerrero, P., "La cultura", ediciones Abya Yala, Quito, Ecuador, 2002
- INEC, Pobreza y extrema pobreza en el Ecuador (Noviembre 2005 – Octubre 2006). Quito: INEC.
- INEC, "La Población Indígena del Ecuador", Análisis de Estadísticas Socio-demográficas, INEC, Quito, 2006.
- INEC, "Censo de población y vivienda." INEC, Quito, 2001.
- INEC, "Encuesta Nacional Encuesta de Condiciones de Vida", INEC, Quito, 2006.
- INEC, "Encuestas de Hogares", Lima, 2007.
- Kallgren, Carl, Reno, Raymond and Cialdini, Robert "A Theory of Normative Conduct: When Norms Do and Do Not Affect Behavior", Social Psychology, Vol. 26, 1990.
- Kiell, N., "The Universal Experience of Adolescence, New York, International University Press, New York, Beacon Press, 1967.
- Margulis, M. "Juventud: Una Aproximación Conceptual", en Solum Donas Burak (comp.), Adolescencia y Juventud en América Latina, Costa Rica, 2001.
- Martinez Cobo, J., "Estudio del Problema de Discriminación Contra las Poblaciones Indígenas", ONU, Nueva York, 1983.
- Mead, M., "Coming of Age in Somoa, Ann Arbor: Morrow, Traducción Castellana de E. Dukelski, Adolescencia y Cultura en Somoa, Buenos Aires, 1967.
- Mead, M., "A Psychological Study of Primitive Youth for Western Civilization", NY Morrow, 1928, New edition, Harper Collins, 2001.
- Ministerio de Salud " Informe de Salud de pueblos indígenas", MINSA, 2009.
- MSPAS, INE, UVG, USAID, ASDI, CDC, UNICEF, OPS, "V Encuesta Nacional Materno Infantil" Guatemala, nov. 2009.
- Moreno, A., La Adolescencia: Perspectivas Teóricas, en J.A. García Madruga y P. Lacasa (comps), Psicología Evolutiva, Vol. 2, Madrid: UNED, 1990.
- OPS Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de ITS/VIH/SIDA en Hombres que tienen Sexo con Hombres. OPS, Nicaragua, 2002.
- OPS, "Equidad en Salud Desde la Perspectiva de la Etnicidad", OPS, W.D.C., 2001.
- OPS, "La Política de Igualdad de Género", OPS, W.D.C., 2008.
- OPS/CELADE/CEPAL "Atlas Regional de Vulnerabilidad Sub-regional y su Impacto Sobre Salud en América Latina y el Caribe", W.D.C., 2010-08-28.
- OPS/CELADE/CEPAL "Salud de la Población Joven Indígena en América Latina", OPS W.D.C., 2010.
- OPS, "La Incomunicación Afecta la Accesibilidad de la Atención Materna", Boletín Indígena, OPS, W.D.C., 2004.
- OPS/ONUSIDA Vigilancia del Sida en las Américas. OPS, junio 2005 OPS/ONUSIDA Managua, junio 2005 y 2008.
- Pedrero, M., "La Inclusión de los Pueblos Indígenas en los Partidos Políticos", Mexico, D.F., 2010.
- Plan Nacional de Juventudes, "Jóvenes Unidos Por el Cambio", 2008-12, La Paz, 2008.
- Resolución CD47/R18 sobre "La salud de los pueblos indígenas" www.paho.org/spanish/gov/cd/CD47.13-5-pdf
- Resolución CD48/R5 sobre "La salud de los adolescentes y jóvenes" www.paho.org/spanish/gov/cd/CD48.r5-s.pdf
- Salazar, X., "Sondeo Cualitativo Sobre la Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes y Jóvenes en el Distrito de Ventanilla", OPS, Lima, Perú.
- Salinas, S. y Rimmasa, M., "Informes: Pueblos Indígenas Originarios y ODMs". La Paz, 2007 y 2009.

Salinas, S. y Rimassa, M., "Salud General y SSR de Adolescentes y Jóvenes Indígenas en Bolivia. Surcando Caminos, Develando Realidades, Esbozando Desafíos", La Paz, 2010.

Tito, A. "Sondeo Cualitativo Sobre Salud Sexual y Reproductiva y VIH en Adolescentes y Jóvenes Indígenas del Perú", OPS, Lima, 2010.

Unidad de Análisis de Política Sociales y Económicas (UDAPE), "Objetivos de Desarrollo del Milenio", en Bolivia, Quinto informe de progreso, La Paz, Bolivia, 2008.

UDAPE/NNUU/OIT, "Pueblos indígenas originarios y Objetivos de Desarrollo del Milenio", La Paz, 2006.

UNAIDS, "Informe de Situación Sobre VIH", 2007, 2008.

Valles, M. S. "Técnicas Cualitativas de Investigación Social: Reflexión Metodológica y Práctica Profesional," Síntesis, Madrid, 2003.



HISTORIAS DE VIDA

RETRATO 1: ROSALÍA

Rosalía tiene 23 años es soltera y heterosexual. Nació en la ciudad de El Alto y se considera Aymara por sus orígenes y la de su familia. En su hogar hablan el aymara y el castellano. Como muchas otras familias que han migrado a El Alto, la familia de Rosalía no ha perdido su vínculo con la comunidad de origen (una provincia rural de La Paz) y con sus prácticas sociales, culturales y económicas. Cada año participan en las fiestas y rituales, así como en los sembradíos y cosechas.

Rosalía es universitaria, recientemente terminó su tesis y pronto obtendrá su grado de licenciada. Además de estudiar también trabaja apoyando a su madre, quien se dedica a las labores del hogar y al comercio informal. Su padre es asalariado y además es taxista para lograr complementar su salario y sostener a toda la familia.

Rosalía describe así un día típico: *“Bueno ahora hay que pelearla para vivir y continuar con lo que uno se ha trazado en la vida seguir realizando mis actividades; he cambiado... En mi cuarto colgué los afiches de VIH”.*

Roles y perspectiva de género

Destaca el machismo en la familia, en la universidad y en su cultura como predominante. Ella es consciente de esta situación, que califica como *“lamentable”*. Por esta razón, comenta que *“las mujeres de su pueblo se van a buscar un marido para casarse”*. Sin embargo, Rosalía piensa que a pesar del machismo, ella estudió. Considera que su madre y su hermana también han tenido cierto protagonismo en la familia.

Relaciones de género

El machismo y el alcohol son generadores de violencia hacia las mujeres. *“Mi papá le golpeaba a mi mamá, si muchos por el hecho de que estaba relacionado con las bebidas alcohólicas”*. La censura a las relaciones sexuales prematrimoniales y al madre

solterismo en su pueblo, influye para que no se hable de la prevención y protección en las relaciones sexuales. Para Rosalía, conservar la virginidad hasta llegar a la universidad fue un valor muy importante. La censura y la presión de grupo hacia las que no tienen relaciones sexuales y no toman bebidas alcohólicas eran muy fuertes. Negarse, por sus valores, a tener relaciones sexuales le costó que su enamorado la abandonara. La desilusión la llevó a aceptar alcohol y a buscar consuelo con el amigo de su hermano, un taxista nueve años mayor que ella. Rosalía tuvo con él una sola relación sexual. Esta relación fue sin protección, no utilizó el condón. A pesar que ella sabía que el condón protegía contra las ITS, ella dice *“esto era solo teoría”, “no estaba consciente, ojalá lo hubiera estado”*. Aún así con información y con su diagnóstico actual, Rosalía comenta que muchos PVVS no usan el condón, considera que es muy difícil usar el condón.



Percepción de riesgos

Antes de su diagnóstico y de tener más información sobre el VIH, Rosalía creía que es una enfermedad de las prostitutas y de las promiscuas, como ella no era así, pensaba que nunca le iba a pasar. Incluso hacía caso omiso de la información. *“Creo que la información que alguna vez nos ha dado en la universidad o en la tele, no sé donde más, me resbala así como sin nada, lo ignoraba,... pero el día que me ha tocado enterarme de que vivo con esto, no pues, estaba completamente vacía”*.

Cuando empezó a enfermarse no tenía idea de lo que tenía. Tuvo muchos problemas de salud; ella dice que se enfermó muy rápido. Entre las enfermedades que tenía le diagnosticaron tuberculosis. Su familia—sobre todo—su madre, la cuidaba, acudían a la medicina tradicional, pero no pasaba nada. *“Te digo mi familia es tan tradicionalista a yatiris, curanderos, pura hierbas caseras. Tengo unos tíos que te leen la coca; ellos me ha leído la coca. Tengo tíos que curan, me han curado con conejos, más hemos acudido a la medicina tradicional que tampoco me ha hecho nada”*. Su familia llegó a pensar que le hicieron una brujería.

Salud sexual y reproductiva y VIH

de los jóvenes y adolescentes indígenas
en Bolivia, Ecuador, Guatemala,
Nicaragua y Perú

Cuando su ex-pareja falleció, ya no tenían nada juntos. Su madre dice: “¿Sabes de que murió el B.?” No. Respondieron. “Dicen que murió con Sida”. Rosalía sintió algo terrible, su hermano la miró sin decir nada. Se retiró a su cuarto angustiada, no sabía qué hacer, con quién hablar. Buscó ayuda donde le detectaron la tuberculosis y le dijeron dónde hacían las pruebas gratuitas. No quería ir sola, fue con su amiga de la universidad. Así se enteró de su diagnóstico. “He ido a hacerme ver la coca tal vez lo mejor estaba equivocado el resultado, pero como te digo, cuando me he enfermado he acudido a todo lado, a los cha'macanis (los que hablan de noche) brujos, yatiris, no se tantas cosas que mis papás han acudido sí o sí. Pero después yo sí he ido alguna vez donde un yatiri para que me lean la coca, las cartas, no decían nada sólo decían que estabas bien enferma nada más. Ya después de eso creo que más actualizada y he creído lo que tenía he empezado tratamientos”.

“En los grupos de PVVS no hablan de “síntomas” del VIH, además de que estos pueden variar de una persona a otra. Hablar de “síntomas” es motivo para discriminar a cualquier persona que presente síntomas asociados al VIH”. Desde que inicio su tratamiento contra la tuberculosis primero y después para el VIH, ha generado cierta resistencia. Tiene alergias, gastritis, erupción cutánea. Esta situación se torna compleja cuando no hay quien acompañe estas molestias y le ayuden con sus medicamentos. “Cuando no hay quien te diga hija tomá tus medicamentos o ya es hora.” Su tratamiento lo consigue mediante el CEDEVIR (Centro de Diagnóstico de ITS y VIH).

Entorno social

Rosalía proviene de una familia unida, todos se colaboran entre sí. Sin embargo, ha sido para ella muy difícil comunicar a sus padres su diagnóstico por temor. Sólo por necesidad comunicó a sus hermanos mayores. Además su hermano era amigo de B y el ya sospechaba algo. Pese a que su familia sabe que ella es activista por los derechos de las PVVS, reaccionan negativamente ante estos temas y piensan que los que tienen VIH/Sida son promiscuos.

Los hermanos que conocen su diagnóstico le aconsejan no comunicar a sus padres, pero tampoco la apoyan, no se involucran. Por lo general, se mueve

en un entorno familiar desinformado y con estigmas hacia el VIH. La universidad es otro ambiente en donde la mayoría están desinformados y reproducen conductas discriminadoras. La REDBOL es ahora “todo en mi vida”: su vida gira alrededor de estas actividades y de sus compañeros/as con los/as que comparte esta vivencia. Allí encontró también su pareja actual.

Acceso y calidad de la atención en los servicios de atención

Rosalía se entera que en las comunidades rurales hay muchas muertes, pero “por la cosmovisión que tienen, la creencia es cuando alguien tiene mucha fiebre y se muere dicen que era el “kari kari”.” Cuando no se tiene información es difícil acceder a un servicio y hacer una prueba. Este fue el caso de Rosalía quien tuvo que ir a muchos lugares antes y con costos (desde 80 a 180 Bolivianos) para saber si tenía o no VIH. Logra llegar al CEDEVIR donde le hicieron la prueba. El CEDEVIR es un lugar en donde encuentra sus medicamentos y alguna atención específica. Sin embargo, para otros problemas de salud tiene que ir a otros especialistas (gastroenterólogos, neurólogos, ginecólogos, dermatólogos) y centros de salud diferentes. Para ella la atención integral, incluyendo atención psicológica, es fundamental, además de una atención con calidad. Este es uno de los problemas. Aunque rescata que es un gran avance contar con el CEDEVIR.

(Este retrato fue preparado por María Dolores Castro y fue incluido en el Informe Nacional de Bolivia)

RETRATO 2: CATA

Cata es una joven Ixil, de 18 años, que reside en la cabecera departamental de la región de Nabaá. Tiene estudios de nivel medio, practica la religión católica. Trabaja con su familia en la cocina. Cata se enorgullece de poseer un entorno muy acogedor con unos padres que la apoyan y le ayudan y con los que tiene una relación de gran amor y confianza, lo que le ha permitido retornar a su casa después de una mala experiencia matrimonial. “Mi familia es muy feliz, mis padres me quieren mucho, mi papá trabaja mucho para darnos todo. Regresé a la casa

de mis padres y me recibieron porque ellos me quieren y ese hombre sólo tomando está, en las cantinas de esta comunidad.”

Su sueño era tener una familia como la de sus padres y tener muchos hijos, era una adolescente feliz y tenía muchos amigos en su comunidad y le hubiera gustado estudiar y graduarse. Sólo tuvo un novio en su vida, su marido, que se fue a Estados Unidos y cuando volvió se casaron y vivieron juntos 6 meses.

Relaciones de género

Ella relata que cuando él se fue la engañó con otras mujeres pero que nunca le dijo nada. Ella lo encontraba raro porque no quería tener hijos y la trataba un poco mal. Cata comenta que lo que más le duele es que la engañara, que ella *“hubiera desaprovechado tantos años de su vida sin tener ningún otro novio ni relación”*.

Ella recuerda *“En mi adolescencia el único novio que tenía a los catorce años fue mi ex esposo. Nos conocimos en la escuela y cuando cursábamos el sexto grado él decidió ir a los Estados Unidos, yo lloré mucho por él, me prometió respetarme y regresar conmigo y eso sí lo cumplimos porque después de tres años el regresó a Guatemala.”*

Ella achaca el cambio de su ex marido a la migración hacia Estados Unidos y al haber salido con *“mujeres malas que le pegaron esa enfermedad”*. Cuando volvió la trató mal, incluso la golpeó... ella lo que no le perdona es que la haya traicionado y le haya transmitido la enfermedad, cuando ella siempre le fue fiel y sólo tuvo un amor en su vida: él. Cata lo refiere así: *“Él es muy malo, él me engañó cuando éramos novios sus promesas fueron falsas, lo único que él puede hacer es dañar a las mujeres, él me amenaza con regresar a los Estados Unidos, pero eso no me dolerá nunca, porque lo que quiero es no verlo más... No eso solo fue con él, por eso lo odio, pensé que él siempre me trataría con cariño y con amor pero lástima que él cambió mucho y lo que él hizo no se lo perdonaré nunca.”*

Cata cuenta las muchas veces que la maltrató y le pegó, sin que ella hiciera nada. Generalmente lo hacía cuando venía de la cantina, hasta que un día salió a buscar ayuda con los vecinos y regresó a la casa

de sus padres quienes la acogieron y la ayudaron hasta hoy. *“Sí, ese hombre después de quince días de unidos me golpeó, me tiró toda la comida que yo le preparé, y los padres de él siempre me culpaban por lo que sucedía en la casa, pero él llegaba tarde y no sé qué tanto hacía en la calle, y la última vez fue cuando yo decidí separarme de él y de su familia.”*

Entorno social

Un hecho muy notable en esta historia de vida es el respaldo que los padres le dan a su hija y la confianza que Cata deposita en ellos. Cuando Cata les contó toda la historia y ellos fueron quienes la llevaron a un médico privado para hacerse las pruebas y descubrieron que era VIH positivo.

Cuando se enteró Cata, cuenta que tuvo desesperación, que *“no podía dormir ni comer y me sentí como una persona que no tenía rumbo ni salida.”* Sin embargo, el hecho de que sus padres le apoyaran y la llevaran al médico le cambió la vida y ahora se siente un poco más aliviada y tranquila. Sin embargo los temores y miedos de que en la comunidad se enteren le hacen permanecer casi todo el día sola y encerrada en su casa. También tiene temor a las amenazas de su ex esposo.

Cata recuerda que cuando se enteró quería matarse y matarlo por haberle destrozado la vida. Siente que desde entonces su vida no tiene valor y que todo lo que hizo por él no sirvió para nada y sólo guarda un profundo odio y resentimiento contra él. *“Una vida perdida, una vida que no tiene valor, pero me estoy recuperando gracias al apoyo de mis padres que lo he tenido siempre, pero no sé por qué no lo pensé antes. Ellos siempre me dijeron que tener esposo tan rápido era malo, pero lo hice, porque este hombre siempre me dio falsas promesas.”* Cree que el apoyo, confianza y cariño de sus padres le salvaron la vida y por eso piensa seguir luchando y volver a estudiar para ser alguien en la vida.

Acceso y percepción de la calidad de los servicios de salud

Cata se encuentra satisfecha de los servicios de salud, dice que la tratan bien y con cariño y que a pesar de que no hablan su idioma son buenos

Salud sexual y reproductiva y VIH

de los jóvenes y adolescentes indígenas
en Bolivia, Ecuador, Guatemala,
Nicaragua y Perú

y comprensivos con ella y el doctor es de “buen corazón”. Sin embargo, le parece que la vida no es justa y es la única que piensa que si el marido la sigue molestando tendrá que denunciarle. “Esa noche, cuando él me contó la verdad de su vida y que posiblemente yo también tenía VIH... no sabía si creerlo, para mí todo era un sueño... un sueño que desde esa fecha no he vuelto a dormir tranquila... siempre pienso en eso.”

(Este retrato fue preparado por Regina Fuentes y fue incluido en el Informe Nacional de Guatemala.)

RETRATO 3 : SUPER

Nació en Wiwinak, Bilwi, hace 18 años, pertenece al pueblo Miskitu, pudo completar sólo hasta segundo año de escuela primaria. Es gay, actualmente viviendo con VIH, no trabaja y vive en una zona urbana.

“Me llamo Súper. Mi día típico es muy solitario. Como vivo solo en la casa, soy el hijo mayor, hago los quehaceres de la casa, ayudando a mi mamá en las cosas que se hacen en la casa”. Súper mantiene su cultura y tradiciones: “Mi familia es del pueblo Miskitu. He ido algunas veces a una celebración que se hace cada año en donde recordamos que tuvimos un Rey en la Costa, es la fiesta del King Pulanka. También celebramos el Maskarit”.

Niñez y orientación sexual

“No crecí feliz, porque desde muy niño, desde los 9 años tuve problemas. No tuve personas cercanas, ninguna, solo el señor... Mi hogar era triste, porque mi madre era madre soltera, mi padrastro me humillaba, diciéndome que yo era cochón (gay), me golpeaba. En mi hogar yo no tuve papá, mi padrastro me violentaba, me echaba de la casa, me pegaba, me humillaba. Por esta razón no tuve una infancia feliz, si no que vivía violencia porque me decía que yo era GEGEY.”

Pero a pesar de los problemas familiares, Súper también tenía proyectos para su futuro: “Mi sueño era estudiar ingeniería en computación.” Pero los problemas que tuvo que enfrentar que le impidieron alcanzar esos proyectos:

“Mi adolescencia también fue muy triste, ya que solo vivía en violencia y humillaciones. A los 9 años tuve problemas, ya que un señor mayor de edad se enamoró de mí, aunque yo era un niño... Mi adolescencia fue siempre triste, ya que este señor que se enamoró de mí me engañó y me llevó a una casa solitaria y me violó a los 14 años... y yo ni podía contarle a nadie... ya que no tuve apoyo de ninguna persona... solo humillaciones. Siempre soñé estudiar y ser alguien en la vida y demostrar a mi padrastro que valía”.

A pesar de la violencia que enmarcó la primera relación Súper aceptó ser la pareja de aquel hombre mayor, pero la desigualdad al interior de la relación persistió: “Yo quería usar preservativos para prevenir infección y protegerme de infecciones de transmisión sexual. Sin embargo, mi mayor obstáculo, era que mi pareja era mucho mayor que yo y él decidía todo. Después de él no tuve más relaciones formales, aunque, si tuve otras relaciones no formales”.

Entorno social

Súper tuvo que sufrir situaciones de subordinación y humillación de su padrastro primero y de su pareja después.

“Fui violado, fui discriminado por mi familia y la comunidad por tener relaciones con personas de mi mismo sexo. Recientemente he sido golpeado y discriminado por tener relaciones con personas de mi mismo sexo. Nadie me protege, más bien todos están en contra de mi persona y quieren más bien que me maten.” Desde su perspectiva, son pocas los espacios donde puede encontrar apoyo, se siente muy vulnerable y sólo frente a la violencia y la discriminación: “No hay ninguna institución a la que puedo acudir y más bien quiero correrme, huir, esconderme. Para el caso de nuestra discriminación el sistema de administración de justicia comunitaria no aplica.”

Acceso y percepción de la calidad de atención en los Servicios de Salud

“En julio del 2009 se me presentó fiebre, dolor de hueso y toda mi familia me decía que yo tenía Sida. Yo acudí a la enfermera que lleva el programa del

VIH Sida en el Centro de Salud y después de hacerme la prueba salí positivo”.

La noticia fue devastadora para el joven Miskitu, y se sumó a la serie de infortunios que en sus pocos años le había tocado vivir. *“Mi primera reacción fue que pensé que me iba a morir y me entristeció mucho... y sentí temor.”*

Súper está satisfecho del trato que recibió en el servicio de salud. *“No encontré ningún obstáculo para hacérmela...”* y añade: *“Me siento en confianza con ellos y creo que son competentes. Estoy recibiendo tratamiento y mi estado de salud ha mejorado. Me siento alegre con los servicios de salud porque me siento bien. La persona que me atiende es alegre y me da apoyo emocional durante mi visita al Centro de Salud. Me habla en mi idioma, el Miskitu, y no me han discriminado.”*

A pesar de este pequeño oasis de humanidad que encuentra en los servicios de salud, la juventud de Súper se ensombrece socialmente. *“Después de contraer la enfermedad hay cambios en mi vida, he dejado a mis amigos y ya no salgo a pasear. Con mi familia no estoy bien... mi mamá me da apoyo emocional. No me he sentido agredido porque nadie sabe, porque es confidencial.”*

(Este retrato fue preparado por Antonio Law y fue incluido en el Informe Nacional de Nicaragua.)

RETRATO 4: ÚRSULA

Úrsula es una mujer joven casada, tiene 3 hijos y vive en zona urbana en la Asociación Niguas en el distrito de Cusco. Es bilingüe, pero habla más castellano que quechua, se identifica como cusqueña. Profesa la religión católica, aunque no va a misa, le gusta leer la Biblia. Tiene 6 hermanos, ella es la mayor, tuvo que asumir responsabilidades de cuidado de sus hermanos menores. Todos trabajaban, no tenían espacios de diversión, mucho menos tiempo para jugar. Otro factor que marcó su niñez fue la separación de sus padres cuando ella tenía 8 años de edad. *“Tres de mis hermanos hemos pasado la vida trabajando, porque mi padre nos abandonó cuando yo tuve 8 años de edad, no pude concluir con mis estudios secundarios. De día trabajábamos y de noche estudiábamos... Mi padre se separó de mi madre y se*

consiguió otra mujer, mi madre continúa sola.”

Por falta de dinero y de apoyo de sus padres sólo pudo completar 3ro de secundaria. Cuando tenía 13 años, su madre le envió a Lima con una señora que era su amiga. Úrsula trabajó como doméstica. La matrona la maltrataba e insultaba mucho y se retiró a otra casa. Cuando era adolescente quería ser policía. *“Quiero ser policía y cuando lo vea a mi padre lo voy a meter a la cárcel,”* así decía.

Iniciación sexual y conocimientos sobre salud sexual y reproductiva

En Lima estuvo ocho años y retornó a Cusco cuando se embarazó. Como toda adolescente era ingenua y no creía que se había embarazado en la primera relación sexual que tuvo; pensaba que solo era un retraso menstrual y hasta que cuando le hicieron una ecografía, le confirmaron que tenía un embarazo de 7 meses.

En ese momento se revelan relaciones de género desiguales que afectan negativamente a Úrsula. *“No vivía todavía con él y le dije que estaba embarazada y él me dijo “de quién todavía será”. Entonces yo le dije como era orgullosa también “será de por allí será pues”. Cuando nació el bebé dijeron que se parecía al padre de mi hijo, recién nos juntamos, pero él no quería firmar su nombre como acto de reconocimiento su certificado, hasta ahorita carece de certificado.”*

A su esposo lo conoció en Lima. Ella jamás había pensado que era portador del virus, tampoco sabía sobre el uso del preservativo. *“Yo dije que era una persona sana. Pero cuando ya convivimos me enteré que paraba con una y otra mujer y así me he contagiado. No usaba condón, tampoco no sabía. El no quería usar tampoco “eso es para las mujeres que trabajan en la calle nomás,”* decía.

Ahora que supieron que ambos eran portadores recién utilizan el preservativo, el esposo siempre muestra resistencia e incredulidad. Úrsula tienen bien claro sobre la importancia de protegerse, *“Tuve una hijita la mayor de este que tengo ahora, es decir la penúltima. Ella nació con VIH y falleció, allí me he enterado, a mi esposo le gustaba estar con una y otra en Lima... Acá en Cusco también era así, nació*

Salud sexual y reproductiva y VIH

de los jóvenes y adolescentes indígenas
en Bolivia, Ecuador, Guatemala,
Nicaragua y Perú

mi hija y desde que nació siempre le veía malita. Que le habrá pasado a esta bebé, no gatea.”

Información sobre VIH

Su tercera hija nació con bajo peso y presentó problemas de desarrollo. Cuando tenía 5 meses se enfermó y la llevaron al hospital, donde le hicieron los exámenes y le detectaron que era VIH positiva. Úrsula se sorprendió y empezó a preocuparse e inmediatamente pensó que la había contagiado su esposo, por el mal comportamiento que tenía. Ella cuenta: *“La llevé al hospital y no le detectaron nada en la primera vez. Y cuando le hicieron las pruebas de VIH salió positivo y ya estaba avanzado ya, le dieron medicamentos traídos desde Estados Unidos y España, pero era solo para adultos. No había para niños, de eso le dio un paro cardíaco y ha muerto a los 6 meses, pero parecía un bebé de un mes, no crecía, no engordaba y cuando le hicimos llamar a mi esposo al hospital, se ha negado del todo y dijo “yo no he sido el portador, será de la mujer. Como yo me voy de viaje, con quienes no se meterá mi mujer”. A mí me echó toda la culpa. Su familia también nos hicieron lo mismo –nos discriminaron, especialmente su madre decía: “la mujer le ha contagiado a mi hijo”, no reconocían que su hijo era el portador.”*

Falleció la niña y se generaron más problemas en su familia. Una hermana de Úrsula la cuestionó, por que se mantenía en silencio, y por qué no previno a la familia. Como no tenía información respecto a la enfermedad, la acusó de transmitir el virus a toda la familia y que todos estarían en riesgo principalmente sus hijos: *“Tus sabías que tenías VIH”. Yo le contesté, “yo también recién me he enterado en el hospital” y ella me dice, “hasta cuándo vas a estar así, deberías dar parte a mamá, vas a contagiar a todos, estás poniendo en riesgo a tus hijos, a todos. Me sentí mal, carecía de dinero y fui al hospital y a las hermanas les dije: “Yo soy la mamá de la niña que ha fallecido” y ella me dijo, “toma tus tratamientos””*

En el hospital Antonio Lorena le hicieron la prueba y salió positivo. El esposo de Úrsula no quiso hacerse la prueba, porque simplemente no cree en el mal, pero al final las enfermeras le detuvieron y la obligaron a que se haga los respectivos exámenes.

“Se hizo la prueba y salió positivo. Se ha dedicado a las bebidas alcohólicas por decepción. A veces se metía con chicas y me acusaban de celosa. Y no era por eso sino prevenir a las chicas, cualquiera puede pensar que estaba sano, pero no era así él no se llevaba preservativo. Yo solía decir a las chicas: “que te vea nomas con mi esposo yo te voy a pegar.”

Después de la muerte de su hija, Úrsula se embarazó nuevamente, su esposo no entendía que ambos estaban con la enfermedad. Por lo tanto, que no deberían tener más hijos. El no cree que sea VIH positivo, simplemente no acepta. Para él todo era falso, *“no pasa nada”*. No se preocupa de su tratamiento. *“Lo abandonó hace ya más de un año, cada pastilla que le daban no lo tomaba, sino lo tiraba al desagüe. Lo tiraba a un balde con agua y como la pastilla se disolvía muy rápido, luego lo echaba.”*

Felizmente el último de sus hijos, que tiene un año, es cero negativo, Úrsula para esa época ya tenía mas información y sabía como prevenir la transmisión horizontal. Dio a luz con cesárea y recurrió a sucedáneos de la leche materna para evitar amamantar, lo atendieron a través del SIS. *“Me estaba cuidando y cada vez que venía mi esposo decía “mentira es eso del VIH, es mentira” y a la fuerza me agarraba. “Tú eres la que me ha contagiado”. Hace poco también me ha dicho, “tú eres la que me ha contagiado y tú debes hacerme curar”. Yo digo “si yo fuera la que ha contagiado, yo sería la que está peor y no tu.”*

Frente a los problemas de familiares y la precaria condición económica, el médico que le atendió, aconsejó que se haga la ligadura de trompas. Ella tuvo que aceptar, no vio otra alternativa. Por el momento no está trabajando, porque tiene que cuidar a su esposo que está con VIH en situación muy delicada y a sus niños que tienen poca edad. Tampoco encontrar trabajo en su situación es fácil *“Yo quise ingresar como barrendera a la municipalidad, pero allí también piden análisis. Y si encuentran el mal ya no reciben.”*

Acceso y satisfacción con la atención de los servicios de salud

Úrsula acude a los servicios de salud del hospital Antonio Lorena para cualquier problema. Desde el momento que se enteró que era VIH positiva, permanentemente asiste para su tratamiento y control. También lleva a sus hijos para sus controles, ella dice que *“gracias a Dios que sus niños están sanos”*. Actualmente el centro de salud le provee los medicamentos necesarios para su tratamiento. Está con tratamiento hace 4 años y su control lo hace cada 6 meses.

“{Voy} al centro de salud donde me daban las pastillas que las tomo dos veces al día por las mañanas y por las noches, son cápsulas. Todos los días tengo que tomarlas y lo hago hace 4 años ya, no debo olvidarlos para nada.”

Ella se siente satisfecha con el apoyo del Estado mediante los servicios de salud, y valora que el tratamiento de retrovirales es gratuito. Cuando los medicamentos en los servicios también les dan facilidades para conseguir en las farmacias. Lo que le preocupa es que no está actualizada su tarjeta del SIS y no lo puede regularizar a falta del certificado de nacimiento de su hijo mayor, quien nació en Lima y que su padre no lo quiso reconocer. En la actualidad, aún no está inscrito en las oficinas de registro civil, sin tarjeta de control no podrá ser atendido. *“Deberían dar más facilidades para sacar el SIS, yo lo tengo desactualizado, pero a veces quieren todos los documentos en regla como la partida de nacimiento. Ahora es familiar, si no se afilia uno, no se afilia nadie. Por ejemplo este mi hijito tiene partida de nacimiento, el problema es del mayor y yo le pedí que si puede pasar solo con su cartilla, le pedí que posteriormente podría regularizarla y ella me dice “está prohibido, porque les dieron una orden del ministerio público.”*

Para solucionar el problema del certificado de nacimiento de su hijo decidió casarse, las personas de su entorno le apoyaron a hacer las gestiones para el matrimonio. *“La señorita que atendía en la oficina del SIS me aconsejó. Mejor por qué no te casas y con más garantía sacarás sus certificados de nacimiento”*. Su esposo no estuvo de acuerdo, pero finalmente aceptó. Tal vez no quiso porque ambos eran

portadores y legalmente no está permitido casarse. *“A la fuerza hice que me casara, me ayudaron los de la municipalidad a tramitar todos los papeles que se necesitaban. Incluso hicimos adulterar lo que debía firmar el médico legista y no aparezca el mal que padecíamos y todo debía ser con la firma y sello del doctor y en los papeles pusieron “persona sana, así nomas lo pusieron”*.

Se casaron, pero allí no terminó el problema, necesita dinero para viajar a Lima y obtener la constancia de nacimiento del hospital y luego hacer la inscripción en registro civil y recién podrá obtener el certificado de nacimiento que necesita. Muchas tareas para los pocos recursos y energía de Úrsula.

Ella también ha sufrido situaciones penosas en los servicios. Por ejemplo, siente que la han discriminado cuando dio a luz a su hijito. Ella no se explica el porqué, piensa que *“cuando uno es profesional y conoce su labor no debería tener ese comportamiento. Algunos médicos son buenos, pero la mayoría no... Cuando di a luz a este mi hijo los enfermeros me discriminaron, el Dr. les dijo que yo era “0 positivo”. Ellos ya saben que se trata del VIH y comienzan a discriminar. Me sentí mal, comencé a adelgazar por la preocupación misma y la depresión. Me maltrataban, la comida me lo tiraban y ya no me alcanzaban. Como me hicieron la cesárea, tenía que sentarme bien, tuve que jalar la bandeja de alimentos con los pies. No se me acercaban para nada excepto solo el médico nomás. Los enfermeros eran discriminadores: “nos vamos”*.

Úrsula desea *“{que} estemos más informados, más que todo por la radio, poco por la tele, porque pocos tienen televisión. Si sacaran programas por radio de esa manera la gente ya no sufriría discriminación y todos estarían enterados del problema. Si alguien se entera todo sería normal y dirían “por algo será”, ya no con la discriminación que a una choca.”*

La familia sus padres y hermanas, tampoco le brindan apoyo, solo la apoyan dejando que habite en el cuarto. Si ella tuviera dinero, apoyaría en la economía del hogar, pero como no puede, la ven como una carga que solo representa egresos y gastos para la casa.

“Ahora yo me encuentro bien, no me duele nada, excepto cuando me preocupo mi cabeza empieza

Salud sexual y reproductiva y VIH

de los jóvenes y adolescentes indígenas
en Bolivia, Ecuador, Guatemala,
Nicaragua y Perú

a doler y comienzo a adelgazar, pero cuando estoy alegre y tranquila nada. Como de todo, al respecto la Dra. dice que todo debemos comer bien cocinado, las verduras y las frutas bien lavadas. Cuando estamos en el mercado me olvido de lavarlas y lo limpio nada más y felizmente no me hace daño. A mi amiga le digo que haga lo mismo, porque está mal del corazón.”

(Este retrato fue preparado por Alejandra Ttito y fue incluido en el Informe Nacional de Cusco, Perú.)

RETRATO 5: EDER

Nació en Pucallpa, su padre era carbonero, su mamá vendía en un puesto del mercado. Su nombre es Eder y en la actualidad tiene 29 años. Recuerda su infancia como tranquila, iba a estudiar y jugaba en la calle con los vecinos al regreso de la escuela. Buscaba oportunidades para participar de actividades deportivas *“iba solito y me matriculaba, siempre en el barrio había personas que organizaban boxeo o karate”*.

Tuvo siete hermanos pero cada uno por su lado *“aparte mi papá -piensa- en ese tiempo era un borracho, la maltrataba a mi mamá y también pegaba a mis hermanos mayores, por eso se fueron cada uno por su lado.”* A los 11 años, se fue a vivir en casa de una tía, en Lima. *“Hasta que nos mudamos acá a Ventanilla cuando comenzaron a invadir.”* Además de pensar en jugar y hacer deportes el joven Eder, le gustaba la electricidad y la electrónica, las dificultades que tuvo que enfrentar le impidieron seguir estudiando.

Inicio de la sexualidad y conocimientos sobre protección a la salud

Sus primeras experiencias amorosas fueron con su vecina, y algunas amigas de sus primos. Las chicas le mandaban notitas con su prima, para marcar encuentros. Eder se ríe cuando recuerda: *“A veces nos besábamos, pero no duraba mucho ...una semana y después ya...”* Su primera relación fue cuando tenía 16 o 17 años, con una amiga de su hermana que ya estaba trabajando y que era mayor

que él. *“Ella tenía sus 24 o 25, no?... Después de eso tuve otras relaciones a escondidas con mujeres, en una fiesta a veces, la chica se me regalaba”-piensa-“ a esa edad comencé con las mujeres, con los hombres empecé a los 18.”*

En el colegio había recibido alguna información sobre el uso del condón pero se le hacía difícil conseguirlos. *“En ese tiempo, como era adolescente tenía que ir al centro de salud y a los adolescentes no les hacían caso, tenía que ir con sus padres para que te den creo y si no, no te daban, no?”*

Su orientación sexual la mantiene reservada. *“Nunca lo he mostrado ante la sociedad, sí con los amigos conocidos...o sea más bien estás conforme con ellos porque también ellos entienden no? la situación que ellos también lo tienen.”*

Percepción del VIH

No recuerda en qué circunstancias contrajo el virus, *“No sabría decirte, porque lo sentí, sentí los síntomas desde hace dos años atrás y quería salir de dudas... yo mismo me fui a hacer el examen porque me sentía mal, me sentía débil, cansado ya se venían las complicaciones, por el problema de cuestiones de defensas, eso...”* *“Yo soy una persona muy enfermiza, pasaba enfermándome, pero cuando iba a la posta no me encontraban nada”*.

Finalmente, Eder decide tomar una decisión al respecto *“Tengo un amigo es travesti, él está en un programa, le dije como en ese tiempo no estaba trabajando, me sentía mal, le pregunté si podía ir para que me hagan gratis porque yo pensaba que el examen de VIH en las postas médicas cuesta y no tenía plata, estaba en las últimas, “ya pues” -me dice-, vamos te hago pasar como mi pareja, ya nos fuimos a sacar la prueba y me salió positiva, esa fue la primera vez.”*

Eder tiene un cambio muy importante al saber el diagnóstico, *“Me lo tomé con calma, pensando, pensaba...primeramente pensaba en mi hija que ya había nacido, prácticamente sana, gracias a Dios, ese ha sido el problema mío, desesperado ese ha sido mi principal preocupación.”*

Pudo confiárselo a su hermana mayor, y le contó



que no tenía dinero pero que quería llevar a su esposa e hija para que le hicieran la prueba y fue su hermana quién le indicó un centro de salud en Lima. *“Andá -me dice- y me fui, me sacaron a mí de nuevo, a la mamá de mi hija de nuevo, hice la autorización para mi hijita, como tenía un año, ya pues, nos sacaron, mi hija salió negativo, mi señora salió positivo, ya pues. Y después fuimos a otra posta por el Callao, ahí también nos recomendaron de acá del Cayetano pues, y sacaron allí el examen de mi hijita, salió negativo, a mi hijita le falta el último examen ya pues si le sale negativo es porque no tiene nada...”*

Acceso y percepción de la calidad de los servicios de salud

Eder encontró difícil, en su experiencia personal, el acceso a los servicios de salud, primero porque entendía que la prueba para detección de VIH requeriría de un pago y él no tenía condiciones para hacerlo, En segundo lugar también en su percepción ha recibido una atención de baja calidad, *“... Hasta las patas, muy mal, acá en Ventanilla lo mismo,*

solo cuando lo inauguraron muestran buen trato como debe ser pues”-piensa-“ una situación muy humillante para mí, porque esa información es confidencial, no? Ahí me hicieron pasar con un doctor y dos estudiantes, preguntaban sobre tu vida personales, “por qué tienes esto?” y yo le pregunté, le reclamé, el doctor me dijo, “ no están estudiando, están aprendiendo.” Y eso, yo que tengo que ver? Yo estoy viniendo a un hospital a tratarme, porque esto es confidencial, es mi vida, no?”

Eder dejó de ir con ese doctor y buscó otro hospital en donde sintió que lo trataban mejor *“Ahí si me atendieron como debe ser. Si bien todos, el doctor, creo que el doctor es como nosotros”.*

Ahora, trata de llevar una vida tranquila, *“relajada”* como le ha recomendado el doctor, todavía no ha necesitado comenzar con los tratamientos solo necesita hacerse sus controles. Su hijita sigue bien *“va por los tres {años}... Ella es la razón de mi vida”.*

(Este retrato fue preparado por Ximena Salazar y fue incluido en el Informe Nacional de Ventanilla, Perú.)





Organización Panamericana de la Salud



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud

525 23rd St., N.W.
Washington, D.C. 20037
U.S.A.

www.paho.org

