

SIN GARANTÍAS: VIOLENCIA INTERSECCIONAL Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES INDÍGENAS AMAZÓNICAS VENEZOLANAS

WITHOUT SAFEGUARDS: INTERSECTIONAL VIOLENCE, SEXUAL AND REPRODUCTIVE RIGHTS OF VENEZUELAN AMAZONIAN INDIGENOUS WOMEN

ALICIA MONCADA ACOSTA*
Amnistía Internacional
aliciamoncada@gmail.com

Resumen

Los obstáculos que enfrentan las mujeres indígenas amazónicas para el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, así como para el acceso a la atención en salud relacionada, generalmente se asocian a “problemas” relacionados con su etnia, sin evidenciar la responsabilidad que tienen los Estados en la formulación de leyes, acciones y políticas de protección diferenciada. En este documento planteamos cómo se requieren avances normativos y políticas públicas específicas en materia de derechos sexuales y reproductivos para las mujeres indígenas en el contexto de una crisis humanitaria incrustada de discriminación histórica y violencia interseccional en Venezuela.

Palabras clave: derechos de la mujer, mujeres indígenas, salud indígena, salud sexual y reproductiva, Venezuela.

Abstract

The obstacles faced by Amazonian indigenous women to exercise their sexual and reproductive rights, as well as access to related healthcare, are generally associated with “problems” related

* Investigadora y activista de Derechos Humanos. Actualmente coordina investigaciones en la Fundación para la Justicia y el Estado Democrático de Derecho en (la sede de Ciudad de México). Fue profesora de la Universidad Central de Venezuela, investigadora en Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales de la sección venezolana de Amnistía Internacional y miembro de organizaciones indígenas colombo-venezolanas. Su producción académica puede consultarse en: <https://ucv.academia.edu/Alicia-Moncada>



to their ethnicity, without revealing the responsibility that the States have in the formulation of laws, actions, and differentiated protection policies. In this document, we propose how regulatory advances and specific public policies on sexual and reproductive rights are required for indigenous women in the context of a humanitarian crisis embedded with historical discrimination and intersectional violence in Venezuela.

Keywords: women's rights, indigenous women, indigenous health, sexual and reproductive health, Venezuela.

RECIBIDO: 09-02-2024 / ACEPTADO: 11-05-2024 / PUBLICADO: 30-06-2024

Cómo citar: Moncada Acosta, A. (2024). Sin garantías: Violencia interseccional y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres indígenas amazónicas venezolanas. *Almanaque*, 43, 99 - 114.
<https://doi.org/10.58479/almanaque.2024.107>

INDICE

Resumen	99
Abstract	99
Introducción	103
Derechos sexuales y reproductivos de la mujer en Venezuela	104
La variable étnica en la normatividad y las políticas públicas venezolanas relacionadas con los derechos sexuales y reproductivos	107
Sin garantías: Violencia interseccional y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres indígenas amazónicas venezolanas	108
Conclusiones	113

Introducción

Venezuela es un país donde las normas han dado importancia a los derechos específicos y colectivos de los pueblos indígenas, siendo la pluriculturalidad un principio constitucional. Aunque existe una amplia variedad de leyes que se ajustaron -en gran medida- a las demandas de la agenda indígena y a los compromisos adquiridos en los instrumentos internacionales adoptados en Venezuela, aún faltan condiciones institucionales, políticas y culturales que permitan a los grupos indígenas la realización efectiva de sus derechos humanos.

Asimismo, desde la promulgación de la *Constitución de la República Bolivariana de Venezuela* (en adelante, CRBV) y su Capítulo Octavo, referido a los pueblos y comunidades indígenas, se crearon espacios institucionales para la dignificación de la vida en las comunidades indígenas. Si bien algunos de estos espacios generaron algunas acciones positivas, no perduraron en el tiempo y tampoco lograron remediar la situación histórica de vulnerabilidad individual y colectiva de los pueblos y comunidades indígenas.

Quienes soportan con mayor fuerza la desatención y el incumplimiento de las obligaciones gubernamentales en torno a los derechos de los grupos indígenas son las mujeres, los niños y los ancianos. En el caso de las mujeres y niñas indígenas, la vulnerabilidad radica en la discriminación múltiple y simultánea que se enquista, proviene y se alimenta de la opresión patriarcal colonizadora.

Aunque el objetivo de este trabajo no es analizar el estado general de los derechos de las mujeres indígenas venezolanas¹, es importante mencionar que el país no ha creado ningún tipo de políticas públicas para la atención y protección específica de las mujeres indígenas. Las pocas menciones que se han hecho sobre los pueblos indígenas no han ido más allá del aspecto declarativo -siendo el ejemplo más destacado las grandes lagunas en torno al tema del *Ministerio del Poder Popular para la Mujer* (en adelante MINMUJER)² y sus órganos ejecutores de planes y programas.

1 Para profundizar en este tema mirar. Moncada, Alicia (2019). "Estado de los Derechos de las Mujeres Indígenas en Venezuela" en CEPAZ. Memorias del I Encuentro de la Red Naranja. Miradas por los derechos humanos de las mujeres en Venezuela (Memorias del I Encuentro Red Naranja. Derechos Humanos de las Mujeres Venezolanas Perspectivas). Disponible en: <https://cepaz.org/wp-content/uploads/2019/11/Informe-Memorias-Encuentro-Naranja.pdf>

2 Nos referimos a planes como el Plan para la igualdad y equidad de género "Mamá Rosa". (2013-2016). Plan Nacional para Prevenir, Atender y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, y Primera. Plan Nacional de Protección de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

El Ministerio del Poder Popular para los Pueblos Indígenas (en adelante MINPPI), Poder Popular para los Pueblos Indígenas, entidad implementadora de políticas públicas en Venezuela no cuenta con oficinas dedicadas ni ha publicado datos sobre la situación de los derechos humanos de los indígenas venezolanos. Asimismo, la Defensoría del Pueblo –que esporádicamente realiza algunas actividades de promoción y difusión de derechos humanos con organizaciones indígenas cercanas al partido de gobierno– no ha generado ningún informe interno o público al respecto.

La Defensoría del Pueblo, ente ejecutor de políticas públicas en Venezuela, no cuenta con oficinas dedicadas ni ha publicado datos sobre la situación de los derechos humanos de los indígenas venezolanos. Asimismo, la *Defensoría del Pueblo* -que esporádicamente realiza algunas actividades de promoción y difusión de los derechos humanos con organizaciones indígenas afines al partido de gobierno- no ha generado informes internos ni públicos al respecto.

En esta investigación -que surge de la profunda preocupación por el terrible panorama expuesto- nos enfocaremos en resaltar las brechas relacionadas con la variable étnica en la normatividad y políticas de Estado en materia de derechos sexuales y reproductivos (en adelante, DDSSR) en Venezuela, así como ofreceremos un panorama sobre la discriminación y violencia interseccional que sufren las mujeres indígenas que viven en el estado Amazonas frente a las que se encuentran en total desprotección.

Derechos sexuales y reproductivos de la mujer en Venezuela

Los DSR se refieren a “una serie de derechos relacionados con el libre ejercicio de la sexualidad sin riesgos, al placer físico y emocional, a la libre orientación sexual, a la libre elección del número de hijos, a la protección de la maternidad, entre otros aspectos”^{***} (Gómez, 2012:38).

Aunque los DSR no están contemplados específicamente en la *CRBV*, el marco normativo y las políticas públicas en Venezuela reconocen su importancia para el disfrute de otros derechos humanos establecidos en leyes nacionales e instrumentos internacionales.

Asimismo, el Estado venezolano ha suscrito declaraciones y planes de acción como los emanados de la *IV Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo* (El Cairo, 1994), la *Conferencia Mundial sobre Desarrollo Social* (Copenhague, 1995) y la *IV Conferencia Mundial sobre la Mujer* (Beijing, 1995).

El *Plan de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo* -también conocida informalmente como Conferencia de El Cairo- insta a los Estados miembros a la reducción de la mortalidad neonatal, infantil y materna; y al acceso universal a los servicios de salud reproductiva, en particular los de planificación familiar y salud sexual. Asimismo, la *Declaración de Beijing*, emanada de la *IV Conferencia Mundial sobre la Mujer*, hace referencia a la salud y los SSR, indicando que la reafirmación de los derechos de las mujeres a controlar

** Todas las traducciones de citas de idiomas distintos del inglés son realizadas por los traductores.

sus cuerpos y sexualidades es un requisito esencial para el empoderamiento y el alcance de la igualdad efectiva.

A partir de estos y otros compromisos internacionales adquiridos por el Estado venezolano, la *Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva (2003/2013)* (en adelante NOAISSR) se constituyó como una iniciativa del *Ministerio del Poder Popular para la Salud* (en adelante MPPS) y se articuló con una serie de planes y programas relacionados con la salud sexual y reproductiva. La NOAISSR fue un instrumento rector de las políticas públicas en derechos sexuales y reproductivos que estableció “las competencias y funciones de los niveles de gestión y los procedimientos para la atención integral en este campo” (NOAISSR, 2013:7). Esto se enmarcó en los lineamientos del *Primer plan socialista de la nación* (Simón Bolívar, 2008-2012) y el *Plan de la Patria* (2013-2019), relativos a la creación y desarrollo del *Programa nacional de salud sexual y reproductiva del MPPS*.

Tanto la NOAISSR, como los documentos del programa “incluyeron sus bases conceptuales y pragmáticas, la reglamentación técnica administrativa y los procedimientos para su desarrollo” (Idem), como “los lineamientos estratégicos para la promoción y desarrollo de la salud sexual y reproductiva”. (Ibidem: 11) Este instrumento demostró ser una mejora significativa de las antiguas *Normas de atención materna y planificación familiar* (1992), impulsando la igualdad de género y la autonomía de la salud sexual y reproductiva como pilares esenciales de las políticas en las políticas nacionales de salud.

En materia de salud y derechos reproductivos, el concepto de maternidad -desde el cual el Gobierno venezolano comenzó a elaborar sus políticas iniciales en la materia- se expone en la NOAISSR donde se refiere a la maternidad como una “expresión diferencial de la naturaleza biológica” (NOAISSR, 2003/2013:28) aunada al género. La noción de maternidad está determinada por factores socioculturales, geográficos y temporales que le asignan una serie de significados, roles y funciones. Así, en una cultura donde la desigualdad entre varones y mujeres está naturalizada, la función de la mujer estará sólo acoplada a la reproducción, escindiéndola de la autonomía para elegir la reproducción y su momento ideal. El NOAISSR consideró que la sexualidad y la reproducción son procesos independientes que pueden entrecruzarse si se elige la maternidad, tal como lo establecen las normas internacionales para los TSR.

A pesar de todo, las disposiciones de la NOAISSR se fueron desvaneciendo con el tiempo, sustituidas por una serie de planes y acciones inadecuados e insuficientes creados por el MINMUJER.

En el *Plan Mamá Rosa* (2013-2019), el MINMUJER se propuso establecer diversas alianzas con el MPPS para “estimular la inclusión de la perspectiva de género en el *Sistema Público Nacional de Salud* (SPNS)” (MINMUJER, 2013:24), convirtiéndose en el primer objetivo de la dimensión social del *Plan Mamá Rosa*. Otro de los objetivos, relacionado con los TSR, es “educar a mujeres y hombres sobre los derechos a una sexualidad feliz y responsable en sus diferentes etapas de vida, y educar a mujeres y hombres sobre los derechos reproductivos” (Idem), para dar cumplimiento al artículo 76 de la CRBV.

En el marco de esta planeación, el Instituto Nacional *de la Mujer* (en adelante INAMUJER), como instancia ejecutora del MINMUJER, conformó el *Plan nacional de protección de los Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres* (2014-2019) como una forma de creación:

“acciones específicas para aquellas mujeres que, por diversas razones, aún se encuentran en situación de vulnerabilidad y exclusión social de las políticas públicas que rigen la materia. Fomentando el acceso a servicios de atención y prevención en salud, educación y justicia -considerando sus especificaciones y necesidades-, y desarrollando las acciones necesarias para alcanzar el pleno ejercicio de sus Derechos Sexuales y Reproductivos” (INAMUJER, 2014:9).

A pesar de que en el Plan Nacional de Protección de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres se propuso la creación de una serie de políticas para el ejercicio de los DSR de las mujeres, prevaleció una visión patriarcal de la sexualidad de las mujeres, y especialmente de la maternidad. Prueba de ello es el actual *Plan Parto Humanizado y Lactancia Materna* creado en 2017, para la promoción del “parto natural y sin dolor³, y que incluye transferencias monetarias para madres lactantes y recién paridas que acrediten estar inscritas en la Plataforma *Patria*⁴. El mencionado *Plan* tiene como objetivo promover la maternidad para “hacer crecer la patria”⁵, tal como lo manifestó el presidente Nicolás Maduro en un acto relacionado con la política, y donde además aseguró que la “mujer se hizo para parir”⁶.

Ninguno de los programas y misiones sociales que señalan en sus objetivos garantizar los DSR tiene resultados positivos, fácticos y verificables. Desde el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del MPPS⁷, la Misión *Niño Jesús*⁸ hasta el actual Plan Humaniza

- 3 Deutsche Welle. (4 de marzo de 2020). Maduro invita a todas las venezolanas a parir por la patria [Maduro pide a todas las venezolanas que den a luz por la patria]. Deutsche Welle. <https://www.dw.com/es/maduro-invita-a-todas-las-venezolanas-a-parir-por-la-patria/a-526424033>
- 4 TeleSur. (16 de noviembre de 2018) Plan Parto Humanizado protege a las embarazadas en Venezuela. [Plan Parto Humanizado protege a embarazadas en Venezuela]. TeleSur. <https://www.telesurtv.net/news/venezuela-plan-parto-humanizado-politica-social-201811160031.html>
- 5 Deutsche Welle. (4 de marzo de 2020). Maduro invita a todas las venezolanas a parir por la patria [Maduro pide a todas las venezolanas que den a luz por la patria]. Deutsche Welle. <https://www.dw.com/es/maduro-invita-a-todas-las-venezolanas-a-parir-por-la-patria/a-526424033>
- 6 Deutsche Welle. (4 de marzo de 2020). Maduro invita a todas las venezolanas a parir por la patria [Maduro pide a todas las venezolanas que den a luz por la patria]. Deutsche Welle. <https://www.dw.com/es/maduro-invita-a-todas-las-venezolanas-a-parir-por-la-patria/a-526424033>
- 7 Fue una iniciativa del MPPS que busca generar acciones y servicios integrales para la atención sexual y la salud reproductiva. Como indica el MPPS, se utilizaron alianzas entre el público y los autoridades privadas, para el desarrollo de políticas públicas de “promoción, prevención, restauración, y rehabilitación en materia de derechos sexuales y reproductivos, con un enfoque integrado de la equidad de género. lidad; en función de las necesidades, riesgos y derechos específicos -de mujeres y hombres-, durante toda su vida ciclo”. (MPPS. Versión digital)
- 8 Surgida en 2009, era una misión nacional que tenía por objetivo generar y ejecutar medidas de protección medidas para las poblaciones materna e infantil. Pretendía crear las condiciones para una prestación de servicios sanitarios a las mujeres embarazadas, durante los periodos anterior y posterior al parto. En el

el Nacimiento no han dejado resultados que hayan contribuido a crear condiciones para el ejercicio efectivo de los DSR de las mujeres venezolanas.

La variable étnica en la normatividad y las políticas públicas venezolanas relacionadas con los derechos sexuales y reproductivos

Entre los derechos de los pueblos indígenas, reconocidos y protegidos por la legislación venezolana, el derecho a la salud se erige como prioritario para la reproducción de la vida individual y colectiva.

Individualmente, los indígenas gozan de estas disposiciones constitucionales como el resto de la población nacional, siendo “un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida.” (Art. 83, CRBV, 1999). Correspondientemente, se declara que los grupos indígenas poseen el derecho colectivo a una “atención integral en salud que considere sus prácticas y culturas. El Estado reconocerá su medicina tradicional y terapias complementarias, de conformidad con los principios bioéticos”. (Art. 112, CRBC, 1999).

El concepto de salud al que se refieren estas disposiciones constitucionales es de naturaleza holística, trasciende el paradigma biomédico occidental y se relaciona con el bienestar general fisiológico, psicológico y espiritual. Esta idea es muy similar a los principios de la mayoría de los grupos indígenas sobre la salud, concibiéndola como el bienestar inherente a la relación armoniosa entre las personas, los seres tangibles, la naturaleza y el mundo trascendente o espiritual. Según estos principios, las enfermedades representan el resultado de una ruptura de la relación simbiótica entre el mundo material y el espiritual.

Así como el Estado en sus normas promueve la articulación entre la medicina tradicional indígena y la occidental, también expresa que

“Este reconocimiento no limita el derecho de los grupos y comunidades indígenas al acceso a los demás servicios y programas del *Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social*, los cuales deberán prestarse en igualdad de oportunidades, equidad y calidad de servicio respecto al resto de la población nacional” (Art. 111, LOPCI^{***}, 200).

Cabe destacar que, cuando se aborda la salud indígena en la normativa venezolana, se asume a estas comunidades como un bloque homogéneo sin distinciones de género, por

mismo manera, esta Misión consistía en vigilar y generar condiciones óptimas de atención para los niños durante sus primeros años de vida.

^{***} LOPCI: *Ley Orgánica de Pueblos y Comunidades Indígenas*

lo que no se mencionan los TSR o la salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas. Las políticas, regulaciones y normatividad que consideraron los TSR en Venezuela incluyeron la variable étnica como un agregado políticamente correcto, sin aclarar los procesos de implementación, sus requerimientos técnicos, comunitarios, presupuestarios y normativos. Todo porque ha persistido en la institucionalidad venezolana la idea equivocada de la mujer como un grupo homogéneo, ajeno a la complejidad de la discriminación interseccional y a las necesidades prácticas y estratégicas de género según la pertenencia a grupos que históricamente han estado en situación de vulnerabilidad social.

La NOAISSR, por ejemplo, reconoció como una gran limitación la falta de transversalización desde la perspectiva étnica o variable en las respuestas institucionales relacionadas con el déficit de atención en salud sexual y reproductiva (NOAISSR, 2003/2013: 52). También admitieron la “baja cobertura, calidad/amigabilidad y accesibilidad a los servicios de atención en salud sexual y reproductiva -desde una perspectiva integral, promocional y transversal- para la atención de las necesidades propias de cada grupo según edad, género, territorio y clase social, con énfasis en la atención primaria en salud.” (Idem)

En el *Proyecto de desarrollo de autonomía en salud sexual y reproductiva* del MPPS, se menciona la importancia del enfoque intercultural (Ibidem: 55-58), y la focalización en los grupos étnicos, pero no señala las estrategias y líneas de acción, el desarrollo de regulación o criterios para la atención de la salud sexual y reproductiva de los grupos indígenas, y -menos aún- de protección o adecuación intercultural en los servicios de atención materna.

En el Primer Plan Nacional de Protección Sexual y Reproductiva de las Mujeres (2014/2019) del INAMUJER, no se agregó en su curso de acción la pertinencia cultural en los servicios de atención sexual y materna. Tampoco en la Ley Orgánica de Pueblos y Comunidades Indígenas las mujeres cuentan con salvaguardas que promuevan sus DSR.

Entre las disposiciones generales del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, se enfatizó la imperiosa necesidad de crear respuestas institucionales que requieran adecuaciones justificadas en el diagnóstico de necesidades, identificación de brechas de desigualdad y déficit de atención; mencionando a los pueblos y comunidades indígenas como uno de los grupos priorizados. Sin embargo, tales respuestas y adecuaciones no existen.

En este orden de ideas, en Venezuela, la normatividad, los planes y las acciones en torno a los SSR hacen escasas y casi forzadas menciones a la atención diferenciada, la pertinencia cultural o las adaptaciones interculturales de los servicios de salud sexual y reproductiva.

Sin garantías: Violencia interseccional y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres indígenas amazónicas venezolanas

Desde la teoría feminista, la discriminación interseccional ha sido definida como la interacción entre sexismo y racismo (Williams, 1989; Colling, 2000; Anzaldúa, 2001). En el contexto latinoamericano, Esther Pineda, por su parte, ha señalado que “mientras todas las mujeres comparten la opresión de ser mujeres, experimentan el sexismo y se encuentran en

situaciones de vulnerabilidad y riesgo por su sexo, la opresión sexista se profundiza en las mujeres racializadas” (Pineda, 2020:271). Asumiendo que género, clase y raza son estructuras de opresión -que, imbricadas, afectan de manera específica y diferenciada a las mujeres racializadas-, podría decirse que la violencia interseccional de género son aquellos actos de violencia basados en la discriminación interseccional que tienen como objetivo generar sufrimiento y diferentes tipos de daño (físico, sexual, psicológico, simbólico, etc.) hacia las mujeres y niñas racializadas, afectando su desarrollo individual y su vida en comunidad.

Como ya se ha mencionado, las mujeres, adolescentes y niñas indígenas forman parte de un grupo históricamente vulnerado, objeto de discriminación interseccional que -en Venezuela- no goza de políticas específicas de protección que sumen asistencia o tomen en cuenta sus problemáticas particulares. Entre la larga lista de formas de discriminación, factores de riesgo y vulnerabilidad que experimentan, es importante mencionar las altas tasas de mortalidad materna que -entre los grupos indígenas del estado Amazonas⁹ - utilizan para ser de 120,5 por cada 100.000 RLV (nacidos vivos registrados) (datos de 2012 y últimos datos públicos emitidos por el gobierno de Venezuela¹⁰) frente a una media nacional en el mismo año de 73,34 por cada 100.000 RLB. En 2011, Amazonas fue el segundo estado con mayor tasa de mortalidad materna (123,3 por cada 100.000 RLB) después de Delta Amacuro (179,8 por cada 100.000 RLB), siendo el embarazo que termina en aborto gran parte de las muertes maternas, que representaron 60% del total de fallecimientos. La variable étnica tiene un peso inmenso en esta situación porque nos dice que el 100% de las muertes correspondieron a mujeres indígenas -siendo el 80% de las mujeres del grupo *jivi*, y el 20% del grupo *kurripaco*, ambos grupos amazónicos. Se suman las terribles diferencias que existen en Venezuela en materia de vigilancia epidemiológica, que empeoran el panorama, con el subregistro como un problema muy común.

Frente a esta compleja situación, la falta de espacios de atención en salud sexual y reproductiva -y de condiciones para el ejercicio de sus DSR-, es un factor que contribuye al estado de vulnerabilidad de las mujeres indígenas en general. Especialmente de las mujeres amazónicas, ya que se encuentran en territorios rezagados en las políticas públicas venezolanas, o como las denomina el gobierno nacional: zonas silenciadas.

Hasta 2015 y 2016 existían algunos servicios médicos que brindaban atención médica sexual y reproductiva. Estos limitados espacios se concentraban en Puerto Ayacucho, único asentamiento urbano en todo el estado. A continuación una breve descripción del estado de estos servicios durante el período mencionado:

9 Según el censo de 2011, los grupos indígenas representan el 2,8% (724.592) de la población total venezolana (26.071.352). Constituyendo la mayor diversidad étnica en el estado Amazonas, donde representa el 53,7% de la población total. Las mujeres indígenas son el 49,5% (359.016) de la población indígena total del país y, en Amazonas, representan el 26,4% de la población del estado.

10 Es importante mencionar que el gobierno venezolano dejó de publicar el *Boletín Epidemiológico Semanal* desde octubre de 2014 hasta la semana 26 de 2015 (28 de junio al 4 de julio). En los primeros meses de 2016, la *Sociedad Venezolana de Salud Pública* informó que se incorporaron silenciosamente al portal web del Ministerio de Salud los reportes correspondientes a los 15 meses de vacío de información epidemiológica sobre más de 72 enfermos de notificación obligatoria y otros datos útiles para la población. Asimismo, los datos epidemiológicos con variables étnicas no se publican desde 2012.

1. Para 2016, el Hospital José Gregorio Hernández -el único de la región- contaba con un servicio de ginecología y obstetricia que disponía de un reducido número de especialistas. Solo trabajaban cuatro (4) médicos especialistas en ginecología y obstetricia que debían atender a 71.414 mujeres, que -según el último censo nacional- viven en el estado¹¹. El personal médico dividía su tiempo entre la práctica privada y la pública. En este último servicio, las mujeres indígenas tenían que lidiar con largos tiempos de espera para acceder a su turno de consulta, y muchas veces eran regresadas a sus domicilios debido a la ausencia del personal médico. Asimismo, las mujeres indígenas tuvieron que sortear la falta de insumos médicos y la inoperatividad de los equipos de imagenología.
2. El Centro de Diagnóstico Integral “Gilberto Rodríguez Ochoa” de Puerto Ayacucho no ofrece el servicio de ginecología desde 2015, aunque en años anteriores se concertaron diversas actividades de salud que incluyeron la entrega de preservativos y anticonceptivos.
3. Entre los pocos espacios que brindaban atención en salud sexual y reproductiva se encontraba el Centro de Atención y Formación Integral de las Mujeres (CAFIM) de Puerto Ayacucho, afiliado a INAMUJER. Inaugurado en 2015, el CAFIM ofreció una atención fluctuante, y el funcionamiento del centro se vio profundamente afectado por el vacilante apoyo de la administración central del INAMUJER. Quien, en múltiples ocasiones, argumentó la falta de financiamiento para equipar un consultorio de ginecología y financiamiento de papanicolau -analizado por un laboratorio médico privado-, debido a la falta de un servicio similar en el sistema público.
4. Mientras que la Dirección Regional de Salud organizó actividades entre 2014 y 2015 que incluyeron atención en salud sexual y reproductiva, estas actividades disminuyeron (realizando solo 3) y el rango de operación (cubriendo solo el área urbana) para 2016. Adicionalmente, el Servicio Autónomo Centro Amazónico de Investigación y Control de Enfermedades Tropicales (SA-CAICET) -no cuenta con oficinas con competencias directas en el área de salud sexual y reproductiva- planificó e implementó una actividad de detección temprana de VPH en 2015, pero se trató de una acción inherente a una investigación que están realizando investigadoras cercanas al centro, por lo que no tuvo un carácter médico-asistencial¹².

Si la situación era dramática en la ciudad de Puerto Ayacucho, la desatención en otros municipios del estado era y sigue siendo penosa. Ninguno de los otros municipios alejados de Puerto Ayacucho cuenta con servicios como los de Puerto Ayacucho, que -a pesar de sus grandes limitaciones- es el único lugar del estado donde es posible encontrar especialistas

11 Véase: Instituto Nacional de Estadística (2014). *Resultados por Entidad Federal y Municipio del Estado Amazonas* [Results by Federal Entity and Municipality of the State of Amazonas]. Versión en línea. Disponible en: <http://www.ine.gov.ve/documentos/Demografia/CensodePoblacionyVivienda/pdf/amazonas.pdf>

12 Esta actividad, realizada durante mayo y junio de 2015, fue coordinada junto con CAFIM (Centro de Atención y Capacitación Integral para las Mujeres) e INAMUJER (Instituto Nacional de las Mujeres).

en ginecología y/u obstetricia. Los Centros de Diagnóstico Integral de los demás municipios nunca ofrecieron atención médica especializada. Por lo tanto, cuando las mujeres indígenas acuden a esos centros buscando solucionar problemas específicos de salud sexual y reproductiva, que no pueden ser tratados con la medicina tradicional indígena, son remitidas a los centros de salud de la ciudad, lugar que actualmente resulta casi inalcanzable -por su lejanía y costo de transporte- para la mayor parte de la población indígena¹³.

La compleja crisis humanitaria que ha enfrentado Venezuela destruyó espacios de atención en salud a nivel nacional, siendo la Amazonia uno de los territorios con mayor impacto en términos de acceso al derecho a la salud. La pandemia del COVID-19 ha intensificado recientemente las condiciones ya mencionadas. Asimismo, los desafíos geográficos en el acceso a los territorios, la discriminación histórica en el acceso a la salud, la presencia de grupos armados y la delincuencia generalizada que controlan los territorios indígenas amplifican los obstáculos para el ejercicio del derecho a la salud de los pueblos indígenas, en todas sus dimensiones. La intervención sanitaria efectiva en los territorios indígenas depende esencialmente de acciones estructuradas, urgentes y diferenciadas del gobierno, en alianza con los pueblos y comunidades indígenas, lo cual no se ha llevado a cabo en Venezuela.

Sumado a la emergencia sanitaria anteriormente descrita, en los espacios de atención médica hospitalaria y ambulatoria se producen una serie de expresiones de discriminación y violencia interseccional que -superpuestas a la falta de políticas públicas y normativas de protección para las mujeres indígenas y sus DDSRR- imposibilitan el ejercicio efectivo de sus derechos humanos.

Una de las principales manifestaciones de la violencia interseccional se observa en la agresión constante y apoyada del personal médico y de enfermería contra las mujeres y niñas indígenas por su condición étnica y las dificultades que se derivan de su situación de pobreza y exclusión social. Para la mayoría de las mujeres indígenas, especialmente las que provienen de comunidades indígenas, el solo hecho de ingresar al hospital representa una primera muerte. Esta idea fue repetida por Marlenys Blanco¹⁴, líder indígena entrevistada, cuando afirmó: “como murió mi hija, no quise ver cómo sufrió en el hospital, porque eso es lo que pasa ahí con todos los indígenas”. (M. Blanco, conversación personal, 21 de noviembre de 2016).

El espacio médico sanitario como lugar de sufrimiento y muerte, y no de curación, proviene de la violencia institucional sistemática racista que expresa la forma de atender y comprender las necesidades de las mujeres indígenas en la prestación de servicios de ginecología y obstetricia.

Existen numerosas posibilidades de violencia institucional y obstétrica hacia las mujeres indígenas debido a las dificultades que algunas pueden tener para comunicarse en español y comprender los diagnósticos e indicaciones. Siendo este obstáculo, una de las razones más comunes por las que no se realizan y/o continúan los controles médicos ginecológicos, prenatales y postnatales. Estos actos violentos frecuentemente no son denunciados, ya

13 Con la dolarización del precio del gas en Venezuela, la mayoría de las comunidades indígenas y rurales carecen por completo de acceso constante a las ciudades cercanas.

14

que algunos grupos indígenas utilizan el silencio como manifestación de rechazo ante la discriminación que viven.

La falta de queja -que desde la perspectiva occidentalizada es síntoma de pasividad o simplemente indiferencia- es una de las manifestaciones de indignación más comunes entre algunos grupos indígenas amazónicos como los *huottüja*¹⁵, llegando incluso a considerar el enfrentamiento hacia el personal médico agresor como un signo de vileza y escasa contención emocional.

Por cierto, una de las colaboradoras *huottüja* que ofreció su testimonio para este trabajo afirmó: “cuando uno está en el hospital hay una persona que te da la comida pero no te trata bien. Algunos médicos maltratan, otros tratan bien. A los que maltratan no les digo nada porque si lo hago soy como ellos”. (R. García, conversación personal, 10 de enero de 2016).

Así, la mayor manifestación de rechazo hacia la agresión es marcharse y no volver al centro sanitario.

Los retos de las mujeres indígenas para acercarse a la medicina científica e institucionalizada no sólo tienen que ver con retos lingüísticos, sino que son intrínsecos al ejercicio de poder del personal de salud, que además ofrece información llena de tecnicismos y carente de la sensibilidad necesaria para hacerla accesible a las mujeres indígenas.

La falta de apoyo y orientación oportunos (que deberían ir aparejados a los diagnósticos) afecta negativamente a los pacientes, que no encuentran la empatía y la compañía necesarias para afrontar los resultados y encontrar soluciones. De ahí que sea común que regresen a sus comunidades de origen sin tratamiento ni orientación médica, donde fallecerán sin dejar registro alguno. Aunque el MPPS había asignado la tarea de compañía a la dirección de salud indígena y a su personal, lamentablemente esta política no contó desde su creación con el apoyo necesario para garantizar un trabajo eficiente.

La imagen de la mujer indígena como un ser infrahumano, como un ser incapaz de comprender las indicaciones médicas, está inserta en la mentalidad de la mayoría del personal de atención, pero también está incrustada la idea de la mujer indígena como un sujeto de experimentación, por quien nadie se preocupará. Precisamente, los vacíos en la garantía de los TSR de las mujeres indígenas contribuyen a este fenómeno y permiten la reproducción de la violencia obstétrica.

Uno de los testimonios recogidos revela cómo, durante el primer parto de una mujer indígena, la violencia obstétrica de la que fue víctima también implica una forma de violencia interseccional:

“Pasé por muchas cosas, me empujaban para que el bebé saliera a la fuerza porque no querían meterme en el quirófano. Decían que no había anestesia [los médicos]. Me gritaban: ¡parid normalmente porque parís como las perras en la naturaleza! Casi me muero,

15 Comúnmente llamadas *piaroas*, la definición correcta para nombrarlas es el término *Huottüja*.

fue ahí cuando ya no quise ir al hospital nunca más”. (L. Pérez, conversación personal, 22 de mayo de 2015)

La vulnerabilidad de las mujeres indígenas frente al poder médico patriarcal se relaciona con la visión colonizadora que afilia la salud al dominio de la ciencia médica occidental, la cual -debemos enfatizar- deja de lado y desacredita las formas de atención tradicional del parto de los pueblos indígenas.

La atención materna, ginecológica y obstétrica tradicional occidental fracasa estrepitosamente entre las mujeres indígenas (especialmente niñas y ancianas) debido a sus exámenes clínicos y procedimientos de análisis excesivamente invasivos. Por razones culturales, las mujeres indígenas necesitan condiciones especiales para la atención ginecológica y obstétrica, que se caracterizan, esencialmente, por el respeto a la concepción ancestral de la sexualidad, la maternidad y la medicina tradicional indígena.

Esto implica sensibilizar al personal sobre las cuestiones indígenas, pero en mayor medida sobre cómo conciben los indígenas el cuerpo y los significados simbólicos que engloban los genitales y la sexualidad.

Conclusiones

A pesar de que en Venezuela los DSR no están consagrados constitucionalmente, el gobierno ha adquirido compromisos internacionales en la materia. Sin embargo, no existen políticas públicas que garanticen condiciones para el ejercicio de estos derechos, agravando este escenario para grupos víctimas de vulnerabilidad social, como las mujeres indígenas.

El vacío institucional en torno a los derechos de las mujeres indígenas -específicamente los DDSSR- es tan notorio que deja al descubierto la poca relevancia que este tema tiene para el gobierno venezolano. Aunque la realidad muestra que los más altos índices de mortalidad materno-infantil y la violencia patriarcal, proveniente de grupos armados no gubernamentales dedicados a la minería ilegal, ponen en riesgo la vida e integridad de las mujeres, adolescentes y niñas indígenas¹⁶.

Las acciones y políticas que se han implementado a nivel nacional, además de ser actividades clientelares sin impacto medible, no han tenido un impacto positivo en las poblaciones indígenas, porque se han planteado desde una perspectiva que considera a las

16 Véase también: Conde, Amelia & Moncada, Alicia (2014). Segunda asamblea de mujeres indígenas de Autana. Disponible en: https://www.academia.edu/242-20098/Segunda_Asamblea_de_Mujeres_Indigenas_de_Autana; Moncada, Alicia (2016) “Aportes para el análisis de la violencia contra las mujeres indígenas en los contextos mineros”. En: *Mujeres, Derechos y Políticas Públicas en América y el Caribe*. Ciudad de México. MobyDick Editorial [editorial]. Moncada, Alicia (2017) “Oro, sexo y poder: violencia contra las mujeres indígenas en los contextos mineros de la frontera amazónica colombo-venezolana”. En: *Textos e Debates*, Universidad Federal de Roraima, 31, enero-junio, 43-53, y Moncada, Alicia (2020) “Trata de mujeres indígenas en Venezuela: la continuidad de la conquista sexual de América”: La continuidad de la conquista sexual de América]. En: *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, Universidad Central de Venezuela, Vol. 25, No 54, enero-julio 2020.

mujeres como un grupo homogéneo, ignorando las necesidades diferenciadas de las mujeres indígenas. De igual forma, no toman en cuenta el racismo y sexismo sistémico, visto en la violencia y discriminación interseccional, desde el poder médico que complica y obstaculiza a las mujeres indígenas en el ejercicio de sus DDSSRR.

Finalmente, es importante recordar que el gobierno venezolano ha tratado de ocultar la gravedad y el impacto de la crisis humanitaria en Venezuela, así como ha contribuido al desmantelamiento de la institucionalidad sanitaria. Creando y favoreciendo así un escenario donde la falta de garantías de los DDSSRR de las mujeres indígenas ha puesto en peligro -y lo sigue haciendo- el derecho a la vida y a la continuidad de los grupos indígenas, lo cual vulnera la obligación del Estado de respetar, proteger y garantizar el derecho a la vida.