

## **Prevención y atención de la salud reproductiva entre mujeres indígenas de 15 –19 años en países seleccionados de América Latina. Otro aspecto de las desigualdades en salud \***

**Edith Alejandra Pantelides \*\***

Palabras-clave: prevención, salud reproductiva, indígenas

### **Resumo**

El propósito de esta ponencia es mostrar la situación de las mujeres indígenas de 15 a 19 años y su posición relativa respecto a sus pares adolescentes en cuanto a prácticas preventivas del embarazo no planeado y del contagio del VIH y conocimientos a ellas ligadas y en cuanto la atención del embarazo y el parto como indicadores de prevención de la mortalidad materna e infantil. La posesión de recursos cognitivos, si bien no es un determinante único de las conductas, es sin duda una condición necesaria para su guía. Estos recursos están desigualmente distribuidos en la sociedad, y su precariedad o ausencia torna vulnerables a las poblaciones que ya lo son por otros motivos, como su pertenencia a los grupos económica y socialmente más desposeídos, entre ellos, los indígenas. Pero aún si se poseen los conocimientos y actitudes necesarios para una conducta preventiva en salud, la existencia de los recursos (servicios médicos, provisión de anticonceptivos, etc.) pone límites a las posibilidades de prevención y atención de la salud. Ponen también límites al acceso la organización de los servicios y las formas, abiertas o encubiertas, de discriminación. La ponencia se basa en un análisis de datos secundarios provenientes de las Encuestas de Demografía y Salud o similares realizadas a principios del presente siglo en países de América Latina y el Caribe. Se cuenta con información para Bolivia, Guatemala, México, Nicaragua y Perú, aunque no toda está disponible para todos los países.

---

\* Trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP, realizado en Córdoba –Argentina, del 24 al 26 de Septiembre de 2008. La investigación en que se basa este documento fue realizada por pedido de Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe del FNUAP y contó con la coordinación y apoyo de Silvia Franco.

\*\* CONICET; Centro de Estudios de Población -CENEP.

♦ Colaboraron Magalí Gaudio, Sonia Mychaszula y Carolina Peterlini del CENEP.

# **Prevención y atención de la salud reproductiva entre mujeres indígenas de 15 –19 años en países seleccionados de América Latina. Otro aspecto de las desigualdades en salud \***

**Edith Alejandra Pantelides \*\***

## **1. Introducción**

El propósito de esta ponencia es mostrar la situación de las mujeres indígenas de 15 a 19 años y su posición relativa respecto a sus pares adolescentes en cuanto a prácticas preventivas del embarazo no planeado y del contagio del VIH y conocimientos a ellas ligadas y en cuanto la atención del embarazo y el parto como indicadores de prevención de la mortalidad materna e infantil.

La posesión de recursos cognitivos, si bien no es un determinante único de las conductas, es sin duda una condición necesaria para su guía. Los recursos cognitivos están desigualmente distribuidos en la sociedad, y su precariedad o ausencia torna vulnerables a las poblaciones que ya lo son por otros motivos, como su pertenencia a los grupos económica y socialmente más desposeídos (los pobres, las mujeres, las minorías, los indígenas). Pero aún si se poseen los conocimientos y actitudes necesarios para una conducta preventiva en salud, la existencia de los recursos (servicios médicos, provisión de anticonceptivos, etc.) pone límites a las posibilidades de prevención y atención de la salud. Ponen también límites al acceso, la organización de los servicios y las formas –abiertas o encubiertas- de discriminación (Del Pópolo y Oyarce, 2005).

Las edades seleccionadas en este trabajo para definir la adolescencia corresponden a las últimas etapas de lo que generalmente así se denomina, pero dudamos en usar este concepto cuando se trata de poblaciones indígenas. Por ello, aunque por razones de comodidad utilizaremos las denominaciones “adolescentes” y “adolescencia”, debe quedar claro que esas categorías están definidas en este escrito en base únicamente a la pertenencia a un grupo de edad. La selección del grupo de 15-19 años, dentro del más amplio de entre 10 años (o 12) a 19 años que generalmente se utiliza para delimitar la adolescencia se debe sobre todo a que la información de la que disponemos se limita a ese segmento de edades. Pero también se debe señalar que es en estas edades dentro de la adolescencia cuando ocurre el grueso de las conductas que nos interesa estudiar.

---

\* Trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP, realizado en Córdoba –Argentina, del 24 al 26 de Septiembre de 2008. La investigación en que se basa este documento fue realizada por pedido de Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe del FNUAP y contó con la coordinación y apoyo de Silvia Franco.

\* CONICET; Centro de Estudios de Población -CENEP.

♦ Colaboraron Magalí Gaudio, Sonia Mychaszula y Carolina Peterlini del CENEP.

## 2. Objetivos

El objetivo del trabajo es efectuar un análisis comparativo de conocimientos, percepciones y conductas reproductivas de las mujeres de 15 a 19 años indígenas respecto de la población de esas edades, que las contiene. El propósito es doble. Por un lado, mostrar los conocimientos, percepciones y conductas de las adolescentes indígenas respecto a aspectos claves que hacen a su salud reproductiva, y por otro señalar en qué situación se encuentran respecto a sus pares no indígenas.

Los aspectos a analizar son los relativos a la prevención y atención de la salud reproductiva:

- prevención de embarazos no planeados (los conocimientos relativos a los métodos anticonceptivos y su provisión);
- prevención del sida (conocimientos necesarios para ello) y
- prevención de la morbilidad y mortalidad materna e infantil: atención del embarazo y el parto.

## 3. Metodología y fuentes

El trabajo que aquí presentamos es de carácter descriptivo. Se trata de un análisis de datos secundarios provenientes de las últimas encuestas disponibles de demografía y salud o similares (ver anexo Fuentes) realizadas a principios del presente siglo en países de América Latina.

La definición que dan las fuentes de “población indígena” será por fuerza la que aquí se adopta<sup>2</sup> y sólo será explicitada pero no discutida, aunque no se desconocen las dificultades implicadas en lograr tal definición y, además, en traducirla en términos que la hagan mensurable (Peysner y Chackiel, 1999; Schkolnik y Del Popolo, 2005). Tampoco desconocemos que bajo la denominación de “indígenas” se suman culturas diferentes, aún dentro de un mismo país.

Son pocos los países en los cuales se distinguió a la población indígena y, aún cuando esto se hizo, la identificación se realizó mediante métodos diferentes. Las mujeres indígenas fueron identificadas en Guatemala por observación de la encuestadora, quien debía clasificar a la población en indígena, ladino y otros. En México se le mencionaban a la entrevistada un cierto número de grupos étnicos y se le pedía que dijera si pertenecía a alguno de ellos. En Nicaragua la pregunta era sobre el idioma o lengua hablada desde la niñez. En Perú se preguntaba por el idioma habitual en el hogar. La comparabilidad de esta información puede ser puesta en duda. Sin embargo como el interés se centra sobre todo en comparar las conductas de indígenas y no indígenas en cada país, el problema de la comparabilidad entre países pierde importancia.

Como las indígenas están incluidas en las sub-poblaciones con las cuales se las comparará esas comparaciones deben ser leídas como un contraste entre las adolescentes indígenas y la población adolescente “promedio” (la total de cada categoría). Esta es una limitación del análisis

---

<sup>2</sup> Los grupos indígenas incluidos en cada país pueden verse en el anexo Definiciones.

dentro de un trabajo que pretende ser un paso adelante en el conocimiento de los aspectos demográficos de las poblaciones indígenas.

De las sub-poblaciones de adolescentes con las que es interesante comparar a las adolescentes indígenas, se han elegido las categorías que se estiman menos privilegiadas en términos de conocimientos y otros recursos. Así, de la variable “área de residencia” se eligió la categoría “rural” y de la de nivel socioeconómico, la categoría más baja, mientras que en el nivel de educación se ha elegido a la categoría “primaria” pues la que incluía a quienes carecen totalmente de educación tenía pocos casos en varios de los países.

Los países para los que se cuenta con información son Bolivia, Guatemala, México, Nicaragua y Perú (en dos fechas), pero no toda la información está disponible para todos estos países. Las dos encuestas de Perú, separadas por 3 años de distancia, presentan en general datos que sugieren un progreso en los indicadores que difícilmente haya ocurrido en tan corto lapso. Como no se tienen elementos para juzgar si se trata de mala calidad de los datos y, en ese caso, cuál de las encuestas refleja mejor la realidad, se ha optado por mostrar la información proveniente de ambas.

#### **4. La prevención de embarazos no planeados: conocimiento y uso de métodos anticonceptivos**

Aunque ya se ha mostrado extensamente (por ejemplo respecto a los fumadores) que el conocimiento no necesariamente lleva a una conducta acorde con lo que se sabe, conocer es sin duda un paso previo imprescindible para adoptar conductas preventivas. Los conocimientos y conductas a que se referirá esta sección son los relacionados con la prevención de embarazos no planeados.

Cuadro 1. Países de América Latina. Porcentaje de mujeres de 15-19 años que conocen al menos un método anticonceptivo (a), por características sociales y económicas seleccionadas. Últimos años disponibles

| País      | Fecha | Total | Residentes en área rural | Con educación primaria (b) | De nivel socioeconómico más bajo (c) | Indígenas (d) |
|-----------|-------|-------|--------------------------|----------------------------|--------------------------------------|---------------|
| Bolivia   | 2003  | 89.6  | 75.6                     | 77.4                       | 66.7                                 | 85.2          |
| Guatemala | 2002  | 84.9  | 81.2                     | 81.5                       | 67.8                                 | 69.6          |
| México    | 2003  | 95.9  | 90.7                     | 82.3                       | ...                                  | 83.0          |
| Nicaragua | 2001  | 96.1  | 91.9                     | 94.5                       | 86.2                                 | 72.2          |
| Perú      | 2000  | 95.3  | 87.5                     | 83.1                       | 81.8                                 | 80.5          |
| Perú      | 2003  | 97.7  | 94.1                     | 91.0                       | ...                                  | 87.0          |

Notas: (a) Se calculó por diferencia con las que no conocían ningún método, por lo cual incluye a las que mencionaron espontáneamente algún método y las que lo identificaron sólo cuando fue mencionado.

(b) Al menos un año de educación primaria.

(c) Respecto a los criterios para determinar el nivel socioeconómico, ver el anexo metodológico.

(d) Respecto a qué grupos étnicos se incluyen en cada país, ver el anexo metodológico.

... No hay información.

Fuentes: elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

El porcentaje de adolescentes indígenas que conoce algún método anticonceptivo está siempre por debajo del promedio de su grupo de edad y, con la excepción de Bolivia, las diferencias son importantes. En Perú, país para el que se dispone de dos encuestas separadas por tres años, se observa un avance en el conocimiento por parte de los indígenas que los acerca al promedio general (cuadro 1).

La proporción de jóvenes indígenas que conocen algún método anticonceptivo es siempre inferior, excepto en Bolivia, a la de su grupo de edad. Algo similar ocurre cuando se compara a las indígenas con la población de adolescentes con alguna educación primaria, salvo en México, donde los porcentajes correspondientes a indígenas y a toda la población de ese nivel educativo son similares. Por último, mientras en Guatemala y Perú el porcentaje de adolescentes indígenas que conoce métodos anticonceptivos es similar al de las de nivel socioeconómico bajo, en Nicaragua es netamente menor y en Bolivia es superior.

En conclusión, respecto al conocimiento de métodos anticonceptivos las adolescentes indígenas se encuentran, en casi todos los casos, en inferioridad de condiciones respecto a otras poblaciones sub-privilegiadas por su lugar de residencia, nivel educativo o socioeconómico. La excepción de Bolivia es notable, pues allí las indígenas se asemejan al promedio poblacional.

Aun conociendo la existencia de métodos anticonceptivos aquellas jóvenes no saben dónde pueden obtenerlos tampoco tienen acceso a los mismos. Entre las indígenas no usuarias de anticonceptivos el 40% de las bolivianas, el 48% de las guatemaltecas, el 36 % de las nicaragüenses y el 35% de las peruanas, no conocen una fuente de suministro. En Bolivia y Nicaragua, las diferencias con el total de las adolescentes con las mismas características son casi inexistentes. En Perú, por el contrario, el porcentaje de indígenas que desconocen dónde proveerse de anticonceptivos triplica al del total de la población de su misma edad y en Guatemala es un 50% mayor (datos no mostrados en este trabajo).

En algunas de las encuestas que son la fuente de datos para este trabajo sólo se les hizo la pregunta sobre uso de anticonceptivos a las casadas y unidas, por lo cual se limitará el análisis a esa sub-población. En los cuatro países para los que se cuenta con información relativa al uso de anticonceptivos entre las adolescentes pertenecientes a etnias indígenas la frecuencia de usuarias es inferior a la media, registrándose las diferencias relativas más importantes en Guatemala y México y las menores en Bolivia (cuadro 2).

El porcentaje de usuarias entre las indígenas es en Bolivia similar al del total de adolescentes con educación primaria y en Guatemala a las de nivel socioeconómico más bajo, mientras que en Perú, pero más notablemente en México, el nivel de uso entre las adolescentes indígenas está por debajo de los de las adolescentes de educación primaria, de las residentes en áreas rurales y de las de menor nivel socioeconómico (cuadro 2).

Cuadro 2. Países de América Latina. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años casadas y unidas que usan un método anticonceptivo, por características sociales y económicas seleccionadas. Últimos años disponibles

| País      | Fecha | Total | Residentes en área rural | Con educación primaria (a) | De nivel socioeconómico más bajo (b) | Indígenas (c) |
|-----------|-------|-------|--------------------------|----------------------------|--------------------------------------|---------------|
| Bolivia   | 2003  | 45.7  | 44.1                     | 39.9                       | 35.5                                 | 40.6          |
| Guatemala | 2002  | 22.5  | 17.6                     | 24.5                       | 12.1                                 | 12.4          |
| México    | 2003  | 45.2  | 35.9                     | 34.6                       | ...                                  | 28.0          |
| Nicaragua | 2001  | 55.2  | 51.3                     | 53.0                       | 48.3                                 | ...           |
| Perú      | 2000  | 51.6  | 51.1                     | 49.8                       | 48.2                                 | 43.2          |
| Perú      | 2003  | 56.4  | 40.7                     | 35.0                       | ...                                  | *             |

Notas: (a) Al menos un año de educación primaria.

(b) Respecto a los criterios para determinar el nivel socioeconómico, ver el anexo metodológico.

(c) Respecto a qué grupos étnicos se incluyen en cada país, ver el anexo metodológico.

\* Menos de 25 casos en la celda. ... No hay información.

Fuentes: elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

En todos los casos existe una gran distancia entre el nivel de conocimiento y el uso. Los cuadros 1 y 2 no pueden compararse estrictamente pues el segundo sólo se refiere a las adolescentes casadas y unidas. Con esa restricción, una mirada general muestra que los porcentajes de uso que son muy inferiores a los de conocimiento, tanto entre el total de las adolescentes como entre las indígenas. Ello en parte se debe al desconocimiento de las fuentes de provisión, como se mostró más arriba, pero esa no parece ser toda la explicación, la que quizás deba buscarse en otras barreras al acceso –como las económicas- o en temores frente a los efectos secundarios, quizás reforzados por creencias propias de la cultura.

## 5. La prevención del contagio del VIH

Para evitar el contagio por el VIH es indispensable tener conocimiento de su existencia, conocer las formas de transmisión y, finalmente, adoptar una conducta acorde la que, en lo referido a la transmisión sexual, significa utilizar el condón en todas las relaciones sexuales. No todos estos aspectos podrán ser mostrados en este trabajo, dadas las limitaciones de las fuentes, pero lo que se puede mostrar es suficientemente expresivo.

Cuadro 3. Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que oyeron hablar del Sida, por características sociales y económicas seleccionadas. Últimos años disponibles.

| País      | Fecha | Total | Residentes en área rural | Con educación primaria (a) | De nivel socioeconómico más bajo (b) | Indígenas (c) |
|-----------|-------|-------|--------------------------|----------------------------|--------------------------------------|---------------|
| Bolivia   | 2003  | 80.7  | 54.9                     | 57.6                       | 37.1                                 | 73.3          |
| Guatemala | 2002  | 86.3  | 77.5                     | 79.8                       | 61.6                                 | 65.2          |
| México    | 2003  | 96.2  | 90.7                     | 81.7                       | ...                                  | 82.1          |
| Nicaragua | 2001  | 91.3  | 82.3                     | 87.0                       | 73.7                                 | 55.6          |
| Perú      | 2000  | 87.6  | 66.2                     | 54.9                       | 50.1                                 | 45.1          |
| Perú      | 2003  | 91.9  | 77.5                     | 63.5                       | ...                                  | 57.4          |

Notas: (a) Al menos un año de educación primaria.

(b) Respecto a los criterios para determinar el nivel socioeconómico, ver el anexo metodológico.

(c) Respecto a qué grupos étnicos se incluyen en cada país, ver el anexo metodológico.

... No hay información.

Fuentes: elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

Nuevamente se advierte la situación de inferioridad en que se encuentran las adolescentes pertenecientes a culturas indígenas, ya que el porcentaje de las que oyeron hablar del sida es siempre menor que el promedio del país. Las diferencias relativas más importantes se observan en Nicaragua y Perú y la menor en Bolivia (cuadro 3).

Si la comparación se realiza entre las indígenas y las adolescentes rurales, la situación es semejante. Algo diferente es el resultado si el parámetro son las adolescentes que sólo tienen educación primaria, pues en México los porcentajes que oyeron hablar del sida son similares en las dos sub-poblaciones. Por último, la proporción de indígenas con conocimiento de la existencia del sida son una proporción mayor que sus pares de nivel socioeconómico bajo en Bolivia y Guatemala y menor en Nicaragua y Perú (cuadro 3).

Concluyendo, la población adolescente indígena de los países analizados - con la excepción de Bolivia- está menos informada sobre la existencia del sida que sus pares rurales. La situación es más matizada si la comparación se realiza con la población de nivel socioeconómico bajo y con la que tiene educación primaria.

El conocer la existencia de una enfermedad, si bien una condición necesaria, es sólo un primer paso en el camino de la prevención. Las personas deben también ser conscientes de la medida en la cual están expuestas al contagio. Esta medida tiene componentes objetivos: ¿Se ha estado expuesto al riesgo de contagio? ¿Se han tomado las precauciones necesarias? Pero también tiene una dimensión cognitiva: ¿Se conocen los factores de riesgo y las medidas de precaución? Y una dimensión que podría denominarse subjetiva: el balance que la persona hace de su situación de riesgo puede o no tomar en cuenta los conocimientos que posee y los aspectos objetivos y puede o no agregarle un *quantum* de arbitrariedad u omnipotencia.

Se preguntó a las mujeres sexualmente iniciadas que habían oído hablar del sida si se consideraban en riesgo de contraer la enfermedad. Sólo se cuenta con datos para las adolescentes indígenas en Bolivia y Perú (año 2000). En Bolivia el porcentaje de éstas que se considera libre de riesgo de contraer el sida es de 58% y el Perú de 64%. En ambos países estos porcentajes son mayores que los del promedio de la población femenina de 15 a 19 años y que los de las jóvenes rurales, con educación primaria y de nivel socioeconómico bajo (datos no mostrados en este trabajo).

Saber que el condón puede evitar el contagio del sida es un conocimiento esencial para una prevención eficaz de la transmisión sexual. Sin embargo, ese conocimiento no es generalizado entre la población adolescente de los países que forman parte de este estudio. En Nicaragua, el caso más dramático, menos de una quinta parte de las adolescentes conoce la importancia del condón en evitar el contagio del sida. En el otro extremo, tres cuartas partes de las adolescentes mexicanas tienen un conocimiento adecuado. Pero en todos los países, una proporción significativamente menor de las adolescentes indígenas – excepto en Bolivia donde la diferencia es pequeña- contestó positivamente la pregunta (cuadro 4).

Es notable la distancia entre los valores de Bolivia y México, por un lado, y los demás países por el otro. Debe señalarse también el progreso ocurrido en Perú en los 3 años que separan una encuesta de la otra. El cambio ocurrido parece difícil de aceptar, aunque la tendencia que se observa entre las indígenas es la misma que se da, aunque menos marcada, en el total de las adolescentes.

Cuadro 4. Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que saben que el condón puede evitar el contagio entre las que oyeron hablar del Sida, según características sociales y económicas seleccionadas. Últimos años disponibles

| País      | Fecha | Total | Residentes en área rural | Con educación primaria (a) | De nivel socioeconómico más bajo (b) | Indígenas (c) |
|-----------|-------|-------|--------------------------|----------------------------|--------------------------------------|---------------|
| Bolivia   | 2003  | 55.1  | 37.2                     | 40.8                       | 31.5                                 | 50.5          |
| Guatemala | 2002  | 35.3  | 33.5                     | 25.9                       | 15.5                                 | 15.5          |
| México    | 2003  | 75.5  | 63.9                     | 53.8                       | ...                                  | 61.1          |
| Nicaragua | 2001  | 19.9  | 13.6                     | 14.3                       | 7.6                                  | 6.5           |
| Perú      | 2000  | 34.1  | 19.6                     | 13.3                       | 17.1                                 | 5.3           |
| Perú      | 2003  | 45.3  | 25.2                     | 20.2                       | ...                                  | 25.0          |

Notas: (a) Al menos un año de educación primaria.

(b) Respecto a los criterios para determinar el nivel socioeconómico, ver el anexo metodológico.

(c) Respecto a qué grupos étnicos se incluyen en cada país, ver el anexo metodológico.

... No hay información.

Fuentes: elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

Como en los otros aspectos ya analizados, las adolescentes indígenas bolivianas presentan valores en este indicador superiores tanto al de las adolescentes rurales como a las de nivel socioeconómico bajo y las que tienen sólo educación primaria. La situación opuesta se da en Nicaragua y en Perú (según la encuesta del año 2000). En Guatemala el porcentaje de indígenas que reconocen que el condón puede evitar la transmisión sexual del VIH se asemeja al de las adolescentes de nivel socioeconómico bajo, pero está por debajo de los valores de todas las demás categorías socioeconómicas consideradas. En México, finalmente, la situación entre las adolescentes indígenas es similar a la de sus pares de áreas rurales pero superior a las que poseen educación primaria (cuadro 4). La encuesta de Perú de año 2003 muestra un cambio radical ya que se multiplica por 5 el porcentaje de indígenas que reconocen el valor protector del condón, y aumentan también significativamente los porcentajes en las demás categorías analizadas.

Resumiendo, la mayor vulnerabilidad de las adolescentes indígenas al contagio del sida respecto a sus pares comienza por una menor penetración de la elemental información sobre la existencia de la enfermedad, continúa por una menor tendencia a considerarse en riesgo de contagio y culmina con un mayor desconocimiento de la importancia del condón en la prevención de la transmisión sexual. En algunas de estas características comparten su situación con los sectores menos privilegiados de la sociedad.

## 6. Prevención de la mortalidad materna e infantil: cuidado del embarazo y el parto

Las mujeres indígenas llegan a la maternidad más tempranamente que sus pares no indígenas, lo que se traduce en una frecuencia mayor de madres adolescentes entre las primeras, como lo muestra el cuadro 5. La excepción es nuevamente Bolivia<sup>3</sup>. Las diferencias observables no son muy grandes en Guatemala y México, pero llegan casi al 50% en Nicaragua<sup>4</sup> y al 100% en el Perú (cuadro 5). Estos resultados son los esperables dados la falta de conocimiento y, sobre todo, de uso de anticonceptivos que se señaló más arriba.

Cuadro 5. Países de América latina. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que han tenido al menos un hijo nacido vivo según características sociales y económicas seleccionadas. Últimos años disponibles

| País      | Fecha | Total | Residentes en área rural | Con educación primaria (a) | De nivel socioeconómico más bajo (b) | Indígenas (c) |
|-----------|-------|-------|--------------------------|----------------------------|--------------------------------------|---------------|
| Bolivia   | 2003  | 12.7  | 18.2                     | 20.7                       | 24.7                                 | 10.9          |
| Guatemala | 2002  | 16.0  | 18.6                     | 20.0                       | 29.5                                 | 18.7          |
| México    | 2003  | 13.0  | 15.6                     | 22.1                       | ...                                  | 15.2          |
| Nicaragua | 2001  | 20.6  | 25.8                     | 27.4                       | 32.2                                 | 29.1          |
| Perú      | 2000  | 10.7  | 19.2                     | 22.9                       | 26.3                                 | 22.6          |
| Perú      | 2003  | 10.9  | 16.6                     | 30.1                       | ...                                  | 23.4          |

Notas: (a) Al menos un año de educación primaria.

(b) Respecto a los criterios para determinar el nivel socioeconómico, ver el anexo metodológico.

(c) Respecto a qué grupos étnicos se incluyen en cada país, ver el anexo metodológico.

... No hay información.

Fuentes: elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

En Bolivia el porcentaje de madres adolescentes indígenas es menor que en las tres categorías sociales y económicas con las que hemos venido comparando. Pero en los demás países la frecuencia de la maternidad adolescente entre indígenas sólo es superada en Guatemala, Nicaragua y Perú por las jóvenes de nivel socioeconómico bajo y en México por las que tienen educación primaria (cuadro 5).

<sup>3</sup> En Bolivia la tasa de fecundidad indígena es inferior a la no indígena porque el embarazo adolescente está presente también en estratos sociales altos (CEPAL/BID, 2005).

<sup>4</sup> En Nicaragua, aunque la tasa de fecundidad adolescente ha disminuido, las de varios grupos indígenas ha aumentado (Delgadillo, 2007).

La maternidad en la adolescencia, y en particular en aquellas de más edad dentro de esa categoría, concurren actualmente los especialistas, no es más riesgosa que la de las mujeres adultas jóvenes. También hay acuerdo en que los controles prenatales no evitan todas las posibles causas de mortalidad materna e infantil, ya que una parte no menor de ellas se debe a causas no atribuibles a la salud de la mujer o del feto, como la demora en concurrir al servicio de salud por problemas de acceso (distancia, falta de transporte, carencia de dinero para pagarlo), la falta de recursos, el deficiente manejo de la emergencia por parte de los servicios (Ramos et al., 2004) y, en el caso de la mortalidad infantil, a causas ambientales existentes en el hogar. Sin embargo los controles prenatales sí permiten detectar a tiempo otras posibles causas de morbilidad y muerte materna e infantil.

En el cuadro 6 puede observarse que, dentro de valores relativamente altos, salvo en el Perú, es menor la proporción de adolescentes indígenas que tuvieron al menos un control prenatal en comparación con el total de sus pares (que las incluye). Al contrario de lo que se venía observando, es en Bolivia donde la diferencia es más importante.

Cuadro 6. Países de América latina. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que tuvieron al menos un control prenatal en su último nacimiento. Total e indígenas. Últimos años disponibles

| País      | Fecha | Total | Indígenas (a) |
|-----------|-------|-------|---------------|
| Bolivia   | 2003  | 81.9  | 71.6          |
| Guatemala | 2002  | 84.9  | 78.8          |
| México    | 2003  | 97.3  | 92.6          |
| Nicaragua | 2001  | 86.2  | *             |
| Perú      | 2000  | 82.3  | 83.0          |
| Perú      | 2003  | 98.4  | *             |

Notas: (a) Respecto a qué grupos étnicos se incluyen en cada país, ver el anexo metodológico.

\* Menos de 25 casos en la celda.

Fuentes: elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

La Organización Mundial de la Salud recomienda un mínimo de cinco controles prenatales<sup>5</sup>, y es importante que éstos comiencen a realizarse tempranamente durante el embarazo. El cuadro 7 informa el porcentaje de adolescentes que han tenido un número escaso o nulo de controles prenatales.

Puede observarse que el déficit de controles es más importante en Bolivia y menos importante en México, que cuenta con un extendido sistema de salud. Las jóvenes indígenas no parecen estar allí

---

<sup>5</sup> También hace recomendaciones sobre las características que deben tener esos controles, pero eso no puede conocerse con los datos disponibles.

en desventaja en el cuidado de la salud materna e infantil, respecto a sus pares de los demás grupos sub-privilegiados como tampoco lo están en Bolivia, donde comparten la ausencia de cuidados con las adolescentes pobres, con poca instrucción formal y residentes en zonas rurales. Pero, para que no se llegue a la conclusión de que en Bolivia la falta de controles prenatales es un fenómeno generalizado, sólo el 19% de las adolescentes bolivianas del estrato social más rico han tenido entre 0 y 2 controles prenatales. En Guatemala, la proporción de indígenas con déficit de control prenatal es superior a los demás grupos analizados por escaso margen, mientras que en Perú (año 2000) se da la situación inversa.

Cuadro 7. Países de América latina. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que tuvieron entre 0 y 2 controles prenatales en el embarazo de su último hijo nacido vivo según características sociales y económicas seleccionadas. Últimos años disponibles

| País      | Fecha | Residentes en área rural | Con educación primaria (a) | De nivel socioeconómico más bajo (b) | Indígenas (c) |
|-----------|-------|--------------------------|----------------------------|--------------------------------------|---------------|
| Bolivia   | 2003  | 47.7                     | 37.8                       | 52.5                                 | 43.7          |
| Guatemala | 2002  | 28.3                     | 24.9                       | 29.9                                 | 33.4          |
| México    | 2003  | 13.0                     | 14.1                       | ...                                  | 14.3          |
| Nicaragua | 2001  | 32.8                     | 24.6                       | 37.0                                 | *             |
| Perú      | 2000  | 38.7                     | 37.9                       | 44.0                                 | 33.0          |
| Perú      | 2003  | *                        | 10.2                       | ...                                  | *             |

Notas: (a) Al menos un año de educación primaria.

(b) Respecto a los criterios para determinar el nivel socioeconómico, ver el anexo metodológico.

(c) Respecto a qué grupos étnicos se incluyen en cada país, ver el anexo metodológico.

... No hay información.

\* Menos de 25 casos en la celda.

Fuentes: elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

El control prenatal debería idealmente comenzar en el primer trimestre. Controles iniciados más tardíamente indican generalmente problemas de acceso a los servicios de salud, aunque no es infrecuente que la tardanza se deba a una falta de reconocimiento del estar embarazada por parte de la joven debido a desconocimiento de los síntomas, pero también a que las irregularidades menstruales, bastante comunes en la adolescencia, confundan el cálculo.

Cuadro 8. Países de América Latina. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que se hicieron el primer control prenatal de su último nacido vivo en los últimos dos trimestres, según características sociales y económicas seleccionadas. Últimos años disponibles

| País      | Fecha | Total | Residentes en área rural | Con educación primaria (a) | De nivel socioeconómico más bajo (b) | Indígenas (c) |
|-----------|-------|-------|--------------------------|----------------------------|--------------------------------------|---------------|
| Bolivia   | 2003  | 46.1  | 52.0                     | 47.6                       | 59.8                                 | 35.7          |
| Guatemala | 2002  | 38.4  | 40.6                     | 41.6                       | 48.0                                 | 47.2          |
| México    | 2003  | 41.8  | 32.4                     | 42.0                       | ...                                  | 38.0          |
| Nicaragua | 2001  | 38.1  | 36.8                     | 35.8                       | 40.5                                 | *             |
| Perú      | 2000  | 45.3  | 50.2                     | 46.6                       | 52.9                                 | 56.5          |
| Perú      | 2003  | 36.3  | 46.3                     | 34.8                       | ...                                  | *             |

Notas: (a) Al menos un año de educación primaria.

(b) Respecto a los criterios para determinar el nivel socioeconómico, ver el anexo metodológico.

(c) Respecto a qué grupos étnicos se incluyen en cada país, ver el anexo metodológico.

... No hay información.

\* Menos de 25 casos en la celda.

Fuentes: elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

En Bolivia y México el porcentaje de las adolescentes indígenas que concurren tardíamente a los controles prenatales es menor que el del total de la población adolescente, mientras que en Guatemala y Perú (año 2000) es mayor. En Bolivia los demás grupos con los que se ha estado comparando en este trabajo presentan porcentajes superiores a las indígenas, mientras que en Perú se da la situación contraria. En Guatemala solo presentan un similar déficit de atención prenatal las jóvenes de nivel socioeconómico bajo, aunque las diferencias con este y los demás grupos subprivilegiados no son importantes (cuadro 8).

Cuadro 9. Países de América Latina. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que tuvieron atención de personal calificado en el parto de su último hijo nacido vivo, según características sociales y económicas seleccionadas. Últimos años disponibles

| País      | Fecha | Total | Residentes en área rural | Con educación primaria (a) | De nivel socioeconómico más bajo (b) | Indígenas (c) |
|-----------|-------|-------|--------------------------|----------------------------|--------------------------------------|---------------|
| Bolivia   | 2003  | 68.8  | 44.6                     | 60.7                       | 41.0                                 | 54.0          |
| Guatemala | 2002  | 54.4  | 44.6                     | 56.3                       | 35.8                                 | 28.7          |
| México    | 2003  | 90.5  | 71.0                     | 77.4                       | ...                                  | 62.2          |
| Nicaragua | 2001  | 73.9  | 54.5                     | 69.1                       | 41.6                                 | *             |
| Perú      | 2000  | 53.0  | 29.0                     | 33.8                       | 22.8                                 | 17.4          |
| Perú      | 2003  | 77.0  | 53.6                     | 55.1                       | ....                                 | ...           |

Notas: (a) Al menos un año de educación primaria.

(b) Respecto a los criterios para determinar el nivel socioeconómico, ver el anexo metodológico.

(c) Respecto a qué grupos étnicos se incluyen en cada país, ver el anexo metodológico.

... No hay información.

Fuentes: elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

El último indicador de cuidados preventivos en relación a la salud de la madre y el hijo es el acceso a un parto atendido por personal calificado. Es en este indicador donde más claramente se diferencia la situación de salud materna de las adolescentes indígenas: en todos los países analizados su acceso a una atención calificada es menor que la de la población de 15 a 19 años en general, y lo es en magnitudes importantes. Se destaca el caso de Perú (año 2000) donde el porcentaje de madres adolescentes indígenas que recibió atención calificada es un tercio de su equivalente en el total de las adolescentes madres (cuadro 9).

## 7. Conclusiones

Este trabajo es solamente una primera aproximación al estudio de los efectos que la condición de indígena tiene sobre la exposición al riesgo de embarazos no planeados, del contagio del VIH y de la morbilidad y mortalidad materna e infantil. Es necesario en adelante, en la medida en que el tamaño de las muestras lo permita, realizar análisis multivariados, aislando el “factor indígena” de las otras variables que influyen en los resultados, que están además íntimamente ligadas a la condición de indígena, y que son, fundamentalmente, las aquí analizadas: nivel socioeconómico, nivel de educación y lugar de residencia. También sería preciso introducir los aspectos culturales, de suma importancia,

que requieren de otra forma de recolección de información y de la discriminación de cada uno de los diferentes grupos étnicos.

Aun con todas las limitaciones metodológicas que se han señalado, algunas conclusiones pueden extraerse de este trabajo. En primer lugar, en cuanto a los diversos aspectos de la prevención analizados, la situación relativa de las adolescentes indígenas *vis a vis* el total del grupo al que pertenecen es en casi todos los casos más deficitaria. Sin embargo, al comparar a las indígenas con otros grupos sub-privilegiados, se advierte que no todo se debe a su condición de indígenas sino que otros factores están actuando. En Bolivia, ese factor es el nivel socioeconómico: en todos los indicadores analizados el grupo que se encuentra en situación más frágil es el de las jóvenes del nivel socioeconómico más bajo (que, obviamente, contiene indígenas pero no se agota en ellas). En Guatemala y Nicaragua, las situaciones más desventajosas se dan alternativamente entre las indígenas y entre las de estrato socioeconómico bajo, lo mismo que en el Perú (año 2000). En México faltan datos sobre nivel socioeconómico, y el bajo nivel de educación es determinante.

## ANEXOS

### Anexo Fuentes

En este estudio se han utilizado los resultados publicados y los datos básicos (microdatos) de las siguientes encuestas: (1) Encuestas realizadas en el marco del Proyecto de las Encuestas Demográficas y de Salud (DHS); (2) Encuestas apoyadas por el Centro de Prevención y Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC); y (3) Encuesta realizada por la Secretaría de Salud y la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

#### Encuestas DHS

Son encuestas de hogar representativas a nivel nacional, con tamaños de muestra grandes (generalmente entre 5.000 y 30.000 hogares). Proporcionan datos para evaluar el impacto de indicadores de las áreas de población y salud, entre otras. En esta investigación se utilizaron los datos básicos de las encuestas realizadas desde el año 1999 hasta el año 2003.

Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Bolivia, 2003.

(varones y mujeres)

Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud, Nicaragua, 2001.

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, Perú, 2000 y 2003

#### Encuestas CDC

Las encuestas así denominadas han sido realizadas por instituciones nacionales de cada país con el apoyo del Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos. Contrariamente a las DHS, estas encuestas no están estandarizadas, por lo que el cuestionario puede diferir sustancialmente de un país a otro. Se utilizó la siguiente encuesta:

Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, Guatemala, 2002.

#### Otras encuestas

Encuesta Nacional de Salud Reproductiva, México, 2003.

### Anexo Definiciones

Población indígena: En Guatemala se decidía por observación de la encuestadora, quien debía clasificar a la población en indígena, ladino y otros. En México se le mencionaban a la mujer entrevistada un cierto número de grupos étnicos y se le pedía que dijera si pertenecía a alguno de ellos. En Nicaragua la pregunta era sobre el idioma o lengua hablada desde la niñez. En Perú se preguntaba por el idioma habitual en el hogar.

Bolivia: incluye la población Quechua, Aymara, y Guaraní

Guatemala: incluye los clasificados como indígenas en base a observación.

México: incluye la población de los grupos Náhuatl, Maya, Zapoteco, Mixteco y “otro grupo indígena”

Nicaragua: las lenguas indígenas listadas eran el Miskito y el Mayangna, pero no había en la muestra adolescentes que hablaran este último idioma. Por lo tanto, se refiere a la población que tiene por lengua el Miskito.

Perú 2000: incluye la población Quechua y Aymara

Perú 2003: incluye la población Quechua, Aymara y “otra lengua aborígen”

Nivel socioeconómico. Los índices de nivel socioeconómico fueron contruidos por las fuentes y tomados tal cual en este trabajo. La construcción del índice del nivel socioeconómico en las encuestas DHS se basa en características de los hogares tales como bienes poseídos, características de la construcción y de los servicios disponibles. Este índice sólo se calculó para las encuestas más recientes. Los aspectos estándares incluidos en las DHS consideran:

*Bienes del hogar:* radio, televisión, teléfono, refrigerador, bicicleta, motocicleta y automóvil.

*Material del piso:* naturales (tierra), rudimentarios (planchas, palma, etc.), terminados (parquet, cemento, cerámica, etc.).

*Fuente de abastecimiento de agua:* cañería fuera o dentro del hogar, pozo, etc.

*Disposición de excretas:* inodoro, letrina, sin acceso.

*Número de miembros del hogar por dormitorio.*

*Si la mujer o el marido trabajan en la agricultura.*

*Si el hogar tiene servicio doméstico.*

En cada uno de los aspectos listados se codificaba un "sí" o un "no", excepto en la variable de hacinamiento. Otros aspectos incluidos en cada país y específicos de cada uno fueron dicotomizados del mismo modo. A través de un análisis de clasificación múltiple se calcularon los puntajes para cada categoría, que se resumieron en un puntaje único para cada hogar. Las poblaciones enumeradas en cada hogar fueron ordenadas según su puntaje desde el más bajo hasta el más alto y divididas en cinco grupos. En este trabajo, se consideró como nivel socioeconómico más bajo al primer quintil, y al más alto, el quinto y último quintil.

La construcción del índice del nivel socioeconómico en las encuestas CDC se basa en características de los hogares, como bienes poseídos, características de la construcción y de los servicios disponibles. El puntaje más alto que un hogar podría recibir fue de nueve (si tiene todos los bienes y servicios) y el más bajo, cero (si no tiene ninguno de los bienes y servicios). Los hogares fueron divididos en tres niveles, alto, medio y bajo, basados en el número de bienes y servicios que informaron poseer. Las encuestas CDC utilizadas construyeron dichos niveles según criterios propios. En la ponencia se trabajó con el nivel socioeconómico más bajo y el más alto.

## Referencias

CEPAL/BID, 2005. *Los pueblos indígenas de Bolivia: diagnóstico sociodemográfico a partir del censo del 2001*. Santiago de Chile: CEPAL/BID, Documentos de Proyectos.

Delgadillo, M., 2007. *Desigualdades demográficas en Nicaragua: tendencias, relevancia y políticas pertinentes*. Santiago de Chile: CELADE, Serie Población y Desarrollo N° 48.

Del Pópolo, F. y Oyarce, A.M., 2005. América Latina, población indígena: perfil sociodemográfico en el marco de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y de las metas del milenio. En: *Notas de Población*, 79: 13-52.

Peysner, A. y Chackiel, J., 1999. La identificación de poblaciones indígenas en los censos de América Latina. En: CEPAL-CELADE, *América Latina: aspectos conceptuales de los censos del 2000*. Santiago de Chile: CEPAL-CELADE, Serie Manuales.

Ramos, S.; Romero, M.; Karolinki, A.; Mercer, H.; Insúa, I. y Del Río Fortuna, C., 2004. *Para que cada muerte materna importe*. Buenos Aires: CEDES/ Ministerio de Salud.

Schkolnik, S. y Del Popolo, F., 2005. Los censos y los pueblos indígenas en América Latina: una metodología regional. En: *Notas de Población* 79: 101-132.