

## ARTÍCULO ORIGINAL

## INEQUIDADES EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES INDÍGENAS DE PANAMÁ

Licda. Alba Mendoza<sup>1</sup>, Dra. Ruth G. De León<sup>2</sup>, Licda. Ligia Martínez<sup>3</sup>, Ing. Fermina Chamorro<sup>4</sup>, Lic. Eric Chur<sup>5</sup>, Licda. Farides Rodríguez<sup>6</sup>, Dr. Carlos Poveda<sup>2</sup>, Licda. Haydée Flores<sup>7</sup>, Licda. Iris Sandoval<sup>8</sup>

## RESUMEN

Las mujeres indígenas en toda América Latina, incluyendo Panamá, presentan condiciones de inequidad en lo que se refiere a la salud sexual y reproductiva. La fecundidad elevada, el alto índice de embarazo adolescente, y la falta de una adecuada atención y asistencia a la salud materna, son evidencia de esto. Las altas tasas de mortalidad materna están relacionadas con falta de cobertura de los servicios de salud sexual y reproductiva.

El presente estudio establece las desigualdades que existen entre la población femenina originaria y el resto de las mujeres del país, destacando cómo dichas desventajas influyen negativamente en la salud reproductiva de esta muestra.

**Palabras Claves:** Inequidades, fecundidad, salud materna.

## SUMMARY

Indigenous women in Latin America, including Panama, have conditions of inequity in regards to sexual and reproductive health. High fertility, the high rate of teenage pregnancy, and lack of adequate care and assistance to maternal health, are evidence of this. High rates of maternal mortality are related to lack of coverage of sexual and reproductive health services. This study establishes the inequalities that exist between native women and the rest of the women in the country, highlighting how these disadvantages have a negative influence on the reproductive health of this sample.

**Key words:** Inequities, fertility, maternal health.

<sup>1</sup>. Socióloga.

<sup>2</sup>. Médico Ginecóloga Obstetra.

<sup>3</sup>. Trabajadora Social

<sup>4</sup>. Ingeniera industrial/ MSP

<sup>5</sup>. Tecnólogo Médico

<sup>6</sup>. Nutricionista

<sup>7</sup>. Psicóloga

<sup>8</sup>. Enfermera

Centro de Investigación en Reproducción Humana. Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud.

## INTRODUCCIÓN

La salud sexual y reproductiva se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción. Entraña, además, la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos.

Un buen estado de salud sexual y reproductiva implica, entre otros aspectos, el derecho a recibir servicios adecuados de atención que permitan embarazos y partos sin riesgos, y el acceso de todas las personas a servicios y programas de calidad para promover, detectar, prevenir y atender todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y el acceso a métodos seguros, eficaces, aceptables y asequibles para regular la fecundidad<sup>1</sup>.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio, dimanantes de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, adoptada en 2000 por 189 Estados Miembros, consta de 8 objetivos fundamentales de los cuales, dos están directamente vinculados con la Salud Sexual y Reproductiva, a saber: tres - mejorar la salud materna, reducir la mortalidad y combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.

Si bien es cierto que la mayoría de las mujeres a nivel mundial gozan de un adecuado acceso a servicios relacionados a la salud sexual y reproductiva, hay un importante segmento de estas que no disfrutan de los elementos más básicos y esenciales de la misma: las mujeres pertenecientes a los pueblos indígenas.

Los indígenas constituyen una porción relevante de la población de América Latina y el Caribe. En esta región se identifican más de 650 pueblos indígenas, concentrados principalmente en México, Bolivia y Guatemala, además de Ecuador, Perú, Colombia, Brasil, Chile y algunos países de América Central y el Caribe, como Panamá<sup>2</sup>. De acuerdo al Censo de Población de 2010, en este país, había un total de 417, 559 indígenas, de los cuales casi el 50% son mujeres<sup>3</sup>.

Las mujeres indígenas en toda Latinoamérica, incluyendo Panamá, presentan condiciones de inequidad en lo que se refiere a la salud sexual y reproductiva. La fecundidad elevada, el alto índice de embarazo adolescente, y la falta de una adecuada atención y asistencia a la salud materna, son evidencia de esto. Las altas tasas de mortalidad materna

están relacionadas con falta de cobertura de los servicios de salud sexual y reproductiva.

Existen diversos factores que favorecen o propician el que los pueblos originarios sean objetos de discriminación y marginación, lo que repercute negativamente en gran manera en su salud, en especial en la esfera sexual y reproductiva. La incidencia de la pobreza y la pobreza extrema es mucho mayor entre los grupos indígenas, que entre los grupos no indígenas. En Panamá, casi la totalidad de los habitantes indígenas son pobres (96.3%) y un 57.6% viven con menos de un dólar al día, según la última Encuesta de Niveles de Vida (2008) del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC). FAO sitúa la pobreza extrema en estas áreas en el 90%<sup>3</sup>. Esta condición socioeconómica se conjuga con otros elementos que hacen más compleja la situación como el alto nivel de analfabetismo, el desempleo, la falta de acceso o de disponibilidad de los servicios sociales y de salud y las violaciones de los derechos humanos, entre otros<sup>4</sup>.

Las originarias en nuestro país presentan una esperanza de vida considerablemente menor que las que habitan en las áreas urbanas y rurales, así como la alta fecundidad y mortalidad materna. Las altas tasas de mortalidad materna no solo están relacionadas con la falta de cobertura de los servicios de salud sexual y reproductiva, sino también con las barreras culturales y de género que limitan el acceso de estas a los pocos servicios de salud a su alcance.

El presente artículo expondrá las desigualdades más notables en la salud de las mujeres pertenecientes a los pueblos originarios y de cómo estas afectan su proyecto de vida, su vida misma y el futuro de sus familias, para que así conociendo estas deficiencias se creen programas y políticas tendientes al mejoramiento de la calidad de vida de estas panameñas.

## OBJETIVOS

1. Conocer la situación actual de la Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres indígenas de Panamá.
2. Describir aspectos de la fecundidad en este grupo.
3. Identificar el estado del embarazo adolescente.
4. Señalar la condición de la salud materna entre esta población.

## METODOLOGÍA

Los resultados que se presentan son parte de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENASSER) realizada en Panamá en 2009. La encuesta es un estudio descriptivo transversal, que encuesta a mujeres del área indígena, en edad reproductiva (15-49 años). Participaban las Comarcas Emberá y Ngöbe Bugle; la Comarca Kuna Yala

no toma parte en el estudio. La información era captada por un Dispositivo Móvil de Captura (PDA), con el Generador de Encuestas Automáticas (GEA). Los datos obtenidos eran enviados a la base de datos ORACLE, para validar la muestra y depurarla en CsPro. Para el análisis de los resultados se utiliza la Guía de DHS Statistics .

## RESULTADOS

### Fecundidad:

Las evaluaciones sobre el nivel fecundidad más reciente que realiza ENASSER 2009 están referidas a los tres años precedentes a la encuesta. El trabajo de campo de esta investigación se inicia el 5 de enero de 2009 y finaliza el 10 de octubre de ese mismo año, lo cual indica que los datos se centran a finales de 2007. La TGF para el total de la población panameña para ese entonces era de 2.6 hijos por mujer.

El Cuadro 1. evidencia que, de acuerdo a las áreas de residencia, existían grandes diferencias en la TGF en las mujeres de 15 a 49 años. Mientras que el área urbana expone una baja tasa de 2.3 hijos por mujer, el área rural la sitúa en 3.2 hijos; pero al examinar la región indígena, observamos que la misma es mayor, superando inclusive a la fecundidad nacional, con un promedio de 5.0 hijos por mujer.

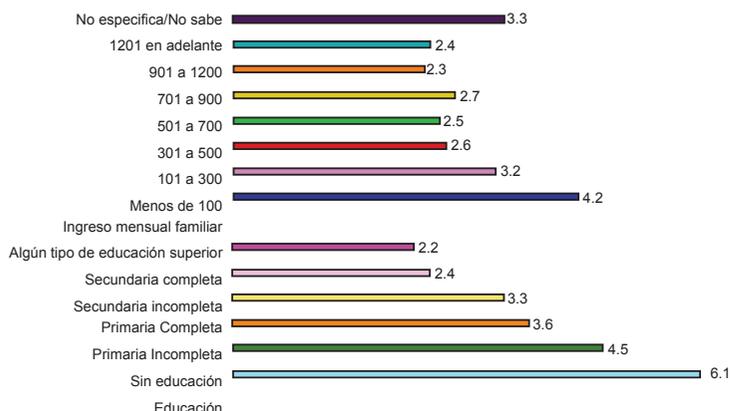
| Edad y tasa                | Área de residencia |       |          | Total |
|----------------------------|--------------------|-------|----------|-------|
|                            | Urbana             | Rural | Indígena |       |
| 15 - 19                    | 83                 | 98    | 151      | 92    |
| 20 - 24                    | 129                | 174   | 266      | 148   |
| 25 - 29                    | 92                 | 169   | 211      | 119   |
| 30 - 34                    | 79                 | 108   | 208      | 93    |
| 35 - 39                    | 54                 | 65    | 105      | 59    |
| 40 - 44                    | 15                 | 17    | 41       | 16    |
| 45 - 49                    | 0                  | 7     | 15       | 2     |
| Tasa General de Fecundidad | 71                 | 99    | 169      | 83    |
| Tasa Global de Fecundidad  | 2.3                | 3.2   | 5.0      | 2.6   |
| Tasa Bruta de Natalidad    | 19.8               | 21.8  | 34.9     | 21.4  |

Cuadro 1. Niveles de fecundidad para los 3 años que precedieron la encuesta

Fuente: ENASSER 2009

Por lo general, la tendencia siempre ha sido que la fecundidad disminuye a medida que aumenta la edad de la mujer, es decir, las mujeres en edad reproductiva tienen principalmente sus hijos entre los 20 a 29 años de edad (50.6%). Sin embargo, existe un pequeño segmento de mujeres en Panamá que mantienen su fecundidad más allá de la década de los 40. Los promedios de nacidos vivos para mujeres indígenas de 40 a 49 años al momento de la encuesta, que es una medida

de la fecundidad del pasado, indican que, a nivel nacional, el mismo se sitúa en 3.1 hijos, siendo el área urbana la que expone el promedio más bajo (2.7 hijos), seguida de la rural (3.8 hijos), en contraste con el área indígena, en donde las mujeres de este grupo de edad presentan un promedio elevado de 6.2 hijos.



**Gráfica 1.** Promedio de nacidos vivos/ nacidas vivas a mujeres 40-49 años, según ingreso mensual familiar y educación ENNASER 2009.

Los datos obtenidos por ENASSER 2009 demuestran que aquellas que tenían algún grado de educación superior alcanzaban un promedio de 2.2 hijos, en comparación con las que no contaban con educación alguna, las que llegaban a tener hasta casi cuatro veces más hijos (6.1). A mayor ingreso familiar, menor número de hijos: en aquellos hogares en donde el ingreso mensual ascendía a B/ 1 201.00 en adelante, el promedio de hijos era de 2.4; al contrario de esta situación, cuando el ingreso mensual solo es de B/ 100.00 y menos, el promedio de hijos era el doble (4.2) (**Gráfica No.1**).

La fecundidad adolescente es una problemática que en nuestro país ha mantenido un comportamiento estable desde hace casi 20 años, de un 19%, dato que coincide con lo encontrado en ENASSER 2009, en donde 15.6% de las adolescentes entrevistadas ya eran madres y 3.9% estaban embarazadas por primera vez, un total de 19.5%<sup>6</sup>.

A nivel nacional, una de cada cinco mujeres embarazadas es adolescente; en las Comarcas la situación es tres de cinco. Este fenómeno presenta mayores porcentajes en el área indígena (32.2%) que en la rural (23.3%) y en la urbana (16.9%). Nuevamente en esta situación influyen marcadamente la educación y el ingreso familiar de la adolescente: al exponer una mayor educación, se disminuye el riesgo de una gestación temprana. Así lo demuestran los datos que indican que el 43.6% de las encuestadas sin educación han estado alguna vez embarazada, en contra de 11.1% de las que poseen algún tipo de educación universitaria. Los nacimientos en las adolescentes disminuyen igualmente con el ingreso familiar mensual del hogar es mayor. El 27% de las mujeres de 15-19 años, en los hogares con los menores ingresos mensuales, han iniciado la maternidad, comparado con 1.0% de los hogares de mayor ingreso (B/ 1 201.00 en adelante).

La alta fecundidad que se presenta como regla general, en el área indígena de nuestro país, está íntimamente relacionada con el no uso de la planificación familiar y la necesidad insatisfecha de la misma entre las mujeres de estas etnias. Solo el 19.0% de esta población utilizaba algún tipo de método anticonceptivo moderno, al momento de la encuesta, en contraste con el 50.6% y 50.9% en las áreas urbana y rural, respectivamente. La necesidad insatisfecha de planificación familiar se hace más evidente entre las mujeres originarias siendo 2.9 veces mayor en el área indígena que en el área urbana (70.4% y 24.4%, respectivamente). La Comarca Ngöbe Bugle presenta la mayor necesidad insatisfecha de planificación familiar: para espaciar y para limitar (24.3% y 50.9%, respectivamente).

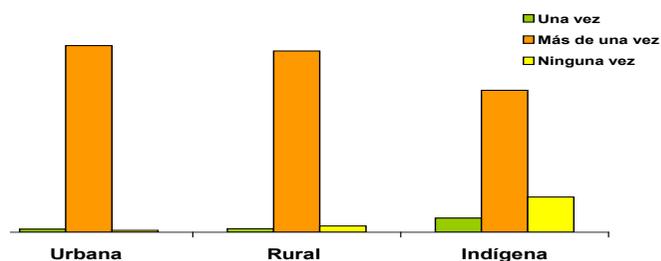
### Salud Materna:



A pesar de que Panamá en general presenta indicadores positivos con respecto a la Salud Materna, las cifras registradas por nuestra encuesta, demuestran grandes brechas entre las mujeres indígenas y las no indígenas. La gran mayoría de las encuestadas, 95.5% recibía atención prenatal por parte de un proveedor de salud capacitado, principalmente de un médico ginecólogo (45.6%). Sin embargo, al realizar el análisis por área de residencia,

obtenemos que en el área indígena sólo un 3.6% obtenía esta revisión de parte de este especialista, siendo superada, inclusive por la enfermera (23.8%) y la partera (4.7%) que en dichas zonas, desempeña un rol importante.

La asistencia a los controles prenatales es de vital importancia para la seguridad del desarrollo de la gestación y el éxito del parto. Con respecto a este dato, constatamos que el 94.4% de las mujeres embarazadas acuden a control más de una vez; de éstas, 74.2% son indígenas, que es el porcentaje menor, en comparación con la urbana que reportaba 97.5% y la rural 95.2%. El área indígena es la que expone tanto el mayor porcentaje de asistencia tardía a este chequeo (22.7% acuden entre los 5 y 8 meses y más) y la mayor proporción de no asistencia a controles prenatales (18.4%).

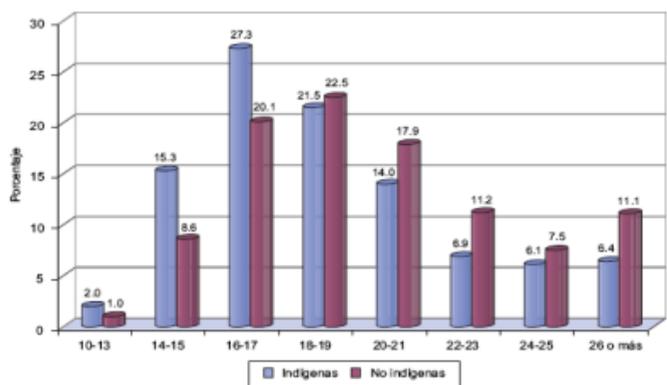


**Gráfico 2.** Número de visitas de atención prenatal para el último nacimiento, según zona de residencia

Los datos sobre el contenido del control prenatal brindado a esta población indican que sólo el 26.7% de las mujeres perteneciente a estas etnias habían recibido suplementos vitamínicos (hierro y ácido fólico); 38.9% recibieron información sobre complicaciones durante el embarazo, en comparación con 88.5% en la urbana y 79.4% en la rural. Los únicos datos en donde no se perciben desigualdades entre el área indígena y la urbana y rural es en lo relacionado con los exámenes que se le practican a las embarazadas en cada cheque prenatal, en donde las tres zonas exponen casi los mismos porcentajes. Sólo 57.9% de estas mujeres recibieron la vacuna antitetánica neonatal.

Del total de partos reportados en los últimos cinco años previos a la encuesta, el 88.3% ocurrieron en instituciones de salud, pero de estos, sólo 43.7% se dieron en el área indígena. El 55.2% de los nacimientos en estas zonas se presentaron en la casa de la mujer. El 88.6% de los partos contaron con atención profesional; pero esta cifra varía del 99.1% en el área urbana al 45.1% en la indígena, y si sumamos a esto el hecho de que 30.5% fueron asistido por una partera, comprendemos la gran inequidad que existe entre las mujeres de estas etnias y el resto de la población.

La totalidad de las mujeres entrevistadas en ENASSER 2009, asistieron a su cita de control postnatal (100.00%). No obstante, este ideal cambia de acuerdo a la zona de residencia; la proporción que tuvo el primer control en el transcurso de los primeros 7 días cambia del 81.0% en el área urbana al 34.9% en la indígena. El 27.4% de las originarias acuden tardíamente a este chequeo: (entre 8 y 42 días post parto) y peor aún es el hecho de que 32.2% ni siquiera recibía dicha atención.



Gráfica 2. Porcentaje de mujeres de 15-49 años, según edad al primer embarazo y condición de indigenismo.

Fuente: SSA, Ensar 2003.

## ANÁLISIS

Definir el término “fecundidad” resulta un tanto complejo, debido a que el mismo implica una gran cantidad de aspectos y factores inherentes, tanto biológicos como sociales, culturales y económicos, entre otros. Desde el punto de vista demográfico, la fecundidad se refiere al “número medio de hijos que tienen las mujeres. Este término es una de las variables

más importantes para evaluar la tendencia de crecimiento de la población. El nivel de fecundidad de una población se expresa de manera más precisa a través de la Tasa Global de Fecundidad (TGF), que se interpreta como el promedio de hijos que tendría una cohorte de mujeres al término de su vida fértil con los niveles actuales de fecundidad<sup>5</sup>.

En diversas encuestas demográficas y de salud realizadas en América Latina, es característico que la TGF entre las mujeres indígenas y no indígenas, evidencien dramáticas diferencias. Por ejemplo, en ENDEMI- 2004 por primera vez se midió la TGF por autoidentificación étnica dando como resultado una gran diferencial entre la población auto-identificada como indígena (4.9 vs. 3.1 nacimientos por mujer)<sup>6</sup>. Datos obtenidos de Censos de Población realizados en distintos países de América Latina, que poseen población indígena, se observaba como rasgo distintivo, las altas tasas de fecundidad: México (5.0 indígenas vs. 3.2 no indígenas; Guatemala 6.1 indígenas vs. 2.9 no indígenas, entre otros)<sup>7</sup>.

Mientras que en las mujeres no indígenas (urbanas y rurales) la fecundidad ha descendido a su máxima expresión al llegar al final de su vida reproductiva, en las indígenas la reproducción aún se mantiene activa lo cual es una práctica común entre los pueblos originarios: en México, según ENSAR 2003 se destaca el hecho de que mientras las mujeres indígenas de 45-49 años terminaron su vida reproductiva con 5.2 hijos en promedio, las no indígenas arrojan 3.9 hijos en este grupo de edad.

La probabilidad de experimentar fecundidad alta hacia los 40 años difiere marcadamente según condiciones educativas y socioeconómicas de las mujeres: una situación socioeducativa más alta tiene varios canales de impacto sobre la descendencia final (conocimiento sobre control de la fecundidad, ampliación del espacio para las decisiones libres e informadas, costos de oportunidad, proyectos incompatibles con una carga de crianza pesadas) también la tenencia de hijos, sobre todo a edades tempranas, dificulta la continuación de la trayectoria educativa y dificulta la movilidad social). Esto indica, entonces que, niveles más elevados de educación conducen a una menor probabilidad de una prole muy numerosa<sup>8</sup>. Salvo casos excepcionales (como Panamá, 2000), la probabilidad de tener fecundidad alta hacia los 40 años se reduce sistemáticamente con cada año de educación adicional<sup>9</sup>.

El análisis de la edad al primer embarazo que realiza ENSAR 2003 muestra claramente la persistencia de patrones de fecundidad muy jóvenes (embarazo adolescente) entre las indígenas, de tal suerte que un porcentaje elevado de ellas tienen sus primeros embarazos a edades muy tempranas (Gráfica 2). El valor más elevado se alcanza entre los 16-17 años, cuando el 27.3 por ciento de las indígenas tiene su primer embarazo. El pertenecer a un estrato socioeconómicamente bajo o muy bajo incide también en el hecho de que la jóvenes tiendan a embarazarse a más temprana edad, seguramente porque se enfrentan a menores alternativas de desarrollo personal y menor acceso a las instituciones educativas y de salud<sup>9</sup>.

La necesidad insatisfecha de planificación familiar hace referencia a “aquellas mujeres que están en edad de procrear y prefieren evitar o posponer un embarazo, pero no usan ningún método anticonceptivo”<sup>8</sup>. Las poblaciones marginadas con mayores índices de pobreza, en áreas de residencia rurales o indígenas y con menores índices de educación, siguen experimentando baja tasa de prevalencia anticonceptiva y alta necesidad insatisfecha de la misma; en Guatemala, al igual que en Panamá, estas poblaciones son las que menor acceso tienen a los servicios e insumos de planificación familiar<sup>10</sup>. En dicho país, esta necesidad asciende a 28%, siendo esta para las mujeres indígenas y del área rural, una desventaja. La demanda insatisfecha<sup>5</sup> de este servicio para la mujer indígena es de 39.3%, mientras que para la mujer ladina es de 21.9%. En cuanto a la prevalencia de planificación familiar, encontramos brechas entre las poblaciones rurales y urbanas con un 56.7% de prevalencia en el área urbana y 34.7% en el área rural. Entre las mujeres indígenas la prevalencia de uso de anticonceptivos es de 23.8% y entre las mujeres ladinas de 52.9%<sup>11</sup>.

### **Salud Materna:**

La salud materna, que engloba todos los fenómenos que ocurren alrededor del embarazo, el parto y el puerperio, está estrechamente relacionada con el estado de salud y bienestar de las mujeres y de la sociedad. En la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (ENSAR 2003) de México, la salud de la madre se mide a través de los indicadores la atención prenatal, la asistencia médica al parto, y el parto institucional. Los datos obtenidos indican que las indígenas son atendidas en la mayor parte de los casos por médicos y enfermeras.

En efecto, se aprecia que si bien tanto las indígenas como las no indígenas, en forma mayoritaria fueron revisadas por un médico (83.4% contra 95.7% respectivamente) un número más de cinco veces mayor de indígenas respecto de las no indígenas fue revisada por parteras (11.9% de indígenas contra 2.2% de las no indígenas), cuestión seguramente relacionada con la situación de mayor ruralidad de la población indígena<sup>8</sup>.

También se observan grandes contrastes con respecto al momento en que las indígenas acuden a su control prenatal. Es de mencionarse que entre ellas, la atención es algo más tardía. El momento de recibir atención tuvo diferencias importantes, ya que si bien la mayoría de las mujeres, en general, acudieron a ser revisadas dentro de los primeros cuatro meses de embarazo (en ese momento habían acudido a recibir atención 77.0% de las indígenas y 90.1% de las no indígenas), un porcentaje mayor de las no indígenas lo hizo desde el primero y segundo mes (poco más de 54% ya había acudido en el segundo mes contra solamente 33.6% de las indígenas). Y hubo mujeres indígenas, en un porcentaje importante de 23.0%, que acudieron a consulta apenas a partir del quinto y hasta el noveno mes del embarazo contra solamente 9.9% de las mujeres no indígenas en esta situación. O sea, las mujeres indígenas acuden a los servicios médicos no solamente en menor porcentaje (pese a que tienen un mayor número relativo de embarazos) sino que acuden más tarde que sus contrapartes no indígenas<sup>12</sup>.

Otros datos coincidentes entre ENASSER 2009 y ENSAR 2003 son los relacionados con la atención al parto entre las indígenas. En cuanto al lugar en donde dan a luz, se destaca la alta proporción de mujeres indígenas que viven el parto en su propia casa (39.8% contra solamente 2.9% de las no indígenas). Aunque 56.2% de estas mujeres sí van a un centro de salud para ser atendidas. Las no indígenas, en cambio, asisten en un porcentaje de 95.0% a una institución de salud y 24.2%, incluso, a una institución de salud privada contra solamente 8.0% de las mujeres indígenas<sup>8</sup>.

Con respecto a la atención por parte de un personal de salud calificado que atienda el alumbramiento, ENSAR 2003 encuentra que aún es baja la atención por parte de un médico o enfermera entre las mujeres indígenas. El porcentaje de las que acuden a un médico o a una enfermera para dar a luz a sus hijos, disminuye de forma considerable, ya que solamente 56.4% lo hace, mientras que aumenta en forma importante el porcentaje de las que son atendidas por parteras (36.6%) o familiares (4.9%). En tanto que, las no indígenas sí son atendidas mayoritariamente por un médico o enfermera en esos momentos cruciales (95.2%) y solamente 4.2% lo hace con una partera y una cifra aún más baja con familiares (0.3%).

Los autores del análisis reflexionaron sobre las razones por las cuales las indígenas optaban por un parto en casa que en una institución gubernamental, aduciendo que “ello podría deberse a que, a la hora del parto, los centros de salud están demasiado alejados de sus viviendas, o bien, a que las indígenas no tienen confianza en los centros de salud, más que para algunos aspectos del cuidado de su embarazo pero que, por alguna razón, no desean tener a sus hijos en esos lugares. O, quizás también, por cuestiones de tradición cultural, prefieren estar rodeados de sus familiares y en un ambiente más conocido para dar a luz<sup>8</sup>.”

En contraste con la población originaria de nuestro país, las indígenas mexicanas reportan una baja asistencia al control post parto: menos de la mitad (44.6%) acuden en forma espontánea en contraste con dos terceras partes de las no indígenas (67.1%) que sí van a revisarse en el período post natal. En ambos casos hay pues, cierto desinterés por su salud aunque habría que suponer que esto sucede si todo salió bien y su hijo está sano<sup>8</sup>.

### **CONCLUSIONES**

Los datos presentados en este artículo nos permiten constatar que existen marcadas y profundas brechas entre las mujeres indígenas y no indígenas de nuestro país en el campo de la salud sexual y reproductiva y que son consecuencias de la discriminación estructural que persiste hasta la actualidad en muchas de las sociedades latinoamericanas.

Los altos niveles de fecundidad en esta población que sobrepasan los índices nacionales, el embarazo adolescente persisten y la creciente necesidad insatisfecha en cuanto a la planificación familiar, además del no logro de la reducción

de la muerte materna, relacionada con la baja asistencia a controles prenatales, la baja asistencia de personal calificado en los partos de mujeres originarias y la deficiente cobertura de partos en instituciones de salud, contribuyen a las grandes inequidades que aún en el siglo XXI se presentan en estas áreas, lo que dificultará que se alcance el Objetivo 5 de los ODM para el año 2015.

Para la mejora de estos aspectos, el Gobierno Nacional debe aumentar la cobertura del sistema de salud oficial, que quizás no sea una garantía para el logro de las metas propuestas, pero sí pudiera las deficiencias ya existentes. Se hace necesario, por ende, implementar programas específicos de salud con enfoque inter-cultural que, partiendo del reconocimiento de una cosmovisión diferente y de una percepción del proceso salud-enfermedad-curación distintiva, promueva el diálogo entre el modelo biomédico y el tradicional indígena, con el objetivo de lograr además la accesibilidad cultural.

## REFERENCIAS

1. Cuarta conferencia mundial sobre la mujer (CCMM). Plataforma 94, 95, 96.
2. UNFPA. América Latina y el Caribe. Programa Regional. 2010.
3. UNFPA Panamá. Dossier interculturalidad y salud materna. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Panamá
4. OPS/OMS. La salud de los pueblos indígenas de las Américas. 138.a Sesión del Comité Ejecutivo. CE138/13, REV. 1 (español.). 12 de junio de 2006.
5. UNFPA. Situación de los pueblos indígenas en el Ecuador. Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil- ENDEMAIN 2004. Abril 2006.
6. USAID. Encuesta de Demografía y Salud Materna Infantil (ENDEMAIN 2004). Informe Final. Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR). Octubre 2005.
7. Del Popolo F, Oyarce A.M. Población indígena de América Latina: perfil sociodemográfico en el marco de la CIPD y de las Metas del Milenio. Seminario Internacional Pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina y el Caribe: Prevalencia y pertinencia de la información sociodemográfica para políticas y programas. CELADE-División de Población, CEPAL. CEPAL, Santiago de Chile, 27 al 29 de abril de 2005.
8. Chávez Galindo, A.M., Uribe Zuñiga, P, Palma Cabrera, Y. "La Salud Reproductiva en México". Análisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003. Secretaría de Salud. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM. México, 2007.
9. La fecundidad alta en el istmo centroamericano: un riesgo en transición. Jorge Rodríguez Vignoli. Población y Salud en Mesoamérica.
10. Sánchez, Anabella, Wendy Abramson, y Carlos Lamadrid. 2009. Guatemala: Estudio del acceso a servicios e insumos de planificación familiar para identificar estrategias que mejoren el acceso hasta el último rincón del país. Arlington, Va.: USAID | PROYECTO DELIVER, Orden de Trabajo 1.
11. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Plan Estratégico para reducir la Mortalidad Materna 2004 – 2008. Programa Nacional de Salud Reproductiva. Guatemala 2004 - 2008.
12. Flores, CF, Soto VE. El estado de la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe: Una visión global. \*Universidad de Los Andes, Bogotá, Université Catholique de Louvain. Banco Interamericano de Desarrollo 1300 New York, Avenue, N.W. Washington, D.C. 20577. 2008.