

# La Planificación Familiar Entre las Poblaciones Indígenas de América Latina

Por Anne Terborgh, James E. Rosen, Roberto Santiso Gálvez, Willy Terceros, Jane T. Bertrand y Sheana E. Bull

*Aproximadamente 40 millones de habitantes en cinco países de América Latina—Bolivia, Ecuador, Guatemala, México y Perú—retienen el idioma y gran parte de la antigua cultura precolombina de las civilizaciones azteca, maya e inca. Estas poblaciones son generalmente pobres, residen en zonas rurales y su nivel educativo es muy bajo. Desde hace mucho tiempo estas poblaciones indígenas no reciben una atención de salud adecuada, lo cual dificulta el suministro de servicios de planificación familiar. El examen de dos promisorios proyectos—uno en Guatemala y el otro en Bolivia—sugiere varias estrategias potencialmente útiles para alcanzar a estas poblaciones indígenas, entre ellas, el uso de promotores comunitarios de salud, curanderos y parteros para promover la planificación familiar; la prestación de servicios mixtos de salud materno-infantil junto con la planificación familiar; y el empleo de personal bilingüe y bicultural.*

(Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, número especial de 1996, págs. 4–11 & 33, 1996)

Si bien durante los últimos 25 años se han reducido en forma sostenida las tasas de fecundidad en América Latina y ha aumentado el nivel de uso de anticonceptivos modernos entre las mujeres que viven en unión (de menos del 10% antes de 1970 al nivel actual del 48%),<sup>1</sup> estos amplios avances han sido muy desparejos entre los diversos grupos étnicos y culturales. La población indígena de la región ha sido el segmento de la sociedad latinoamericana que ha permanecido prácticamente al margen de esta revolución anticonceptiva.

No hay una definición única para el término “indígena”, pero la mayoría coincide en que los indígenas de América Latina son

los descendientes de los habitantes precolombinos, quienes aún mantienen parcial o totalmente sus propias instituciones sociales, culturales, económicas y políticas. Este grupo es enormemente diverso, hablan cientos de idiomas o dialectos diferentes, y su diversidad se extiende desde las tribus pequeñas que habitan regiones aisladas de la selva, a los millones de quechua parlantes que son descendientes del vasto imperio incaico de América del Sur.

La falta de una definición estándar dificulta la tarea de identificar al habitante indígena en forma coherente y exacta. Hay factores múltiples que unen a los grupos étnicos, entre ellos la raza, la cultura, las tradiciones y el idioma.<sup>2</sup> Sin embargo, puede resultar difícil medir factores tales como la adhesión a los valores tradicionales y la identificación cultural. En América Latina, generalmente los gobiernos no desglosan los indicadores estadísticos de acuerdo con el origen étnico, y por tanto se dispone de muy poca información a nivel nacional en la materia.

Los datos recabados en encuestas y estudios especiales generalmente se basan en indicadores de fácil observación, tales como la vestimenta y el lenguaje, para identificar a la población indígena. Sin embargo, estos indicadores son deficientes

para identificar a una población en diversas etapas de transición y de asimilación cultural. Por ejemplo, muchos indígenas que viven en los centros urbanos hablan español y abandonan su vestimenta tradicional por la del mundo occidental, pero continúan observando sus costumbres tradicionales y mantienen sólidos vínculos con sus comunidades rurales de origen.

Como se puede observar en el Cuadro 1, se estima que más de 40 de los 144 millones de habitantes que viven en cinco países de América Latina—Bolivia, Ecuador, Guatemala, México y Perú—son indígenas. Sin embargo, la proporción de indígenas en cada país varía mucho, del 14% en México al 66% en Guatemala y al 71% en Bolivia.

Estas cifras, recogidas del trabajo realizado por Roberto Jordán Pando,<sup>3</sup> se basan en un examen exhaustivo de fuentes censales y etnográficas, y cálculos del número de personas que hablan idiomas indígenas. Toman en cuenta el crecimiento demográfico y nueva información etnográfica y lingüística. Sin embargo, se han realizado otros cálculos sobre el número de la población indígena correspondiente a estos cinco países, el cual varía entre los 20 y los 50 millones.<sup>4</sup>

Independientemente del número exacto de la población indígena de América Latina, su tamaño es tan enorme que ignorarla tendría importantes consecuencias en materia de salud, población y de política en los países involucrados. No obstante, las organizaciones de planificación familiar y los donantes han atendido muy lentamente a las necesidades de este grupo.

La población indígena presenta desafíos culturales y lingüísticos a quienes prestan servicios de planificación familiar y tiene las características de una población de difícil acceso: pobreza, residencia rural y bajos niveles de educación. Al comparar los datos de las Encuestas Demográficas y de Salud (EDS), se observan grandes diferencias entre las poblaciones indígena y

Anne Terborgh es asociada principal de Development Associates, Arlington, Virginia, EE. UU. James E. Rosen es asociado principal de investigación de Population Action International, Washington, D. C., EE. UU. Roberto Santiso Gálvez es director ejecutivo de la Asociación Pro-Bienestar de la Familia de Guatemala, Ciudad de Guatemala. Willy Terceros es director de programas de la Fundación Ecueménica para el Desarrollo, Cochabamba, Bolivia. Jane T. Bertrand es profesora en la Facultad de Salud Pública y Medicina Tropical de la Universidad de Tulane, Nueva Orleans, Louisiana, EE. UU. Sheana E. Bull es académica asociada en la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Emory, Atlanta, Georgia, EE. UU. Los autores desean agradecer al personal de las Encuestas Demográficas y de Salud, Macro International, por su ayuda en el cálculo de datos según el grupo étnico.

no indígena (véase el Cuadro 2, pág. 6).<sup>\*</sup> Por ejemplo, las tasas de mortalidad infantil y de la niñez en Bolivia, México y Perú son casi (y a veces más de) el doble entre la población indígena que entre la población no indígena (mestizos). En forma similar, los niveles de educación son mucho más bajos entre las mujeres indígenas. Más aún, en México y Perú, las tasas de fecundidad entre las indígenas alcanzan al doble de las registradas entre mujeres no indígenas, y los niveles de uso de anticonceptivos son sustancialmente inferiores.

### Barreras para anticoncepción

Hay múltiples barreras para el uso generalizado de anticonceptivos entre la población indígena. Algunos de estos obstáculos provienen de las características de la propia población y otros son programáticos y reflejan el fracaso del sistema de servicios de salud.

#### Barreras socioeconómicas y culturales

• **Pobreza y analfabetismo.** Las poblaciones indígenas de América Latina tienen mayores probabilidades de vivir en la pobreza, y menos probabilidades de tener una educación formal que sus conciudadanos.<sup>5</sup> Además, el analfabetismo es más común entre las mujeres indígenas que entre los hombres indígenas, y éstas son más propensas que los hombres a ser monolingües en su idioma nativo.<sup>6</sup>

Debido a que la pobreza y la falta de educación están estrechamente vinculadas con las tasas más bajas de uso de anticonceptivos, es indudable que estos factores contribuyen a la importante brecha en el nivel de conocimiento de anticonceptivos modernos entre las mujeres indígenas y las no indígenas (Cuadro 2). Por ejemplo, en Bolivia y Guatemala, el 89% de las mujeres no indígenas conocen por lo menos un método anticonceptivo moderno, en comparación con solamente el 43–46% de las mujeres indígenas.

• **Residencia en zonas rurales.** Si bien frecuentemente es difícil acceder a los servicios de planificación familiar en las zonas rurales, esta sola razón no explica los diferenciales que existen entre la población indígena y no indígena. En los países que se presentan en el Cuadro 2, se observa que son más bajos los niveles de uso y conocimiento de anticonceptivos entre las mujeres indígenas que entre las no indígenas, aun cuando el análisis se restringe únicamente a la población rural.

Otros factores, tales como la elevada mortalidad infantil y los valores sociales tradicionales, también tienden a favorecer una elevada fecundidad. No obstan-

te, en tanto que las indígenas de zonas rurales tienen familias más numerosas que sus contrapartes vecinas, los datos de las EDS de cuatro de los cinco países indican que el número ideal de hijos de ambos grupos es prácticamente idéntico.

• **Desconfianza a los forasteros y disturbios políticos.** Las poblaciones indígenas comparten una larga historia de opresión social y política por parte de la población predominante de habla hispana. Como resultado, muchos desconfían de las intenciones de los forasteros. Por tanto, no sorprende que en algunos países, el mensaje de “tener menos hijos” haya sido interpretado como una estratagema para reducir o eliminar la población indígena.

Además, la población indígena ha sido víctima, en forma desproporcionada, de la violencia política ocurrida durante los últimos años. Los conflictos armados en Perú y Guatemala, y más recientemente en el Estado de Chiapas en el sudeste de México, han contribuido a que sea particularmente difícil continuar con la prestación de servicios de planificación familiar entre las poblaciones indígenas de las zonas en conflicto.

• **Creencias.** La insatisfacción de las comunidades indígenas con los servicios de salud, frecuentemente resulta debido a los conflictos que existen entre los sistemas de salud “moderno” y el tradicional.<sup>7</sup> Al no tomar en cuenta las creencias tradicionales, los prestadores de servicios pueden desalentar a los potenciales interesados. Además, las creencias de los indígenas indirectamente pueden limitar la aceptación de la planificación familiar, fomentando una actitud de fatalismo con respecto al parto. En Guatemala, por ejemplo, muchos creen que una mujer está destinada a tener cierto número de hijos; por tanto, tener un número inferior es “asesinar” a los que aún no hayan nacido.<sup>8</sup>

• **Religión.** A pesar de la oposición de la Iglesia Católica a los métodos modernos, la prevalencia de anticonceptivos es elevada en varios países latinoamericanos predominantemente católicos (Brasil, Colombia, Costa Rica y Panamá, entre otros). Sin embargo, tanto los grupos católicos como los evangélicos fundamentalistas, ejercen una considerable influencia entre algunas poblaciones indígenas de América Latina, y su posición pronatalista refuerza el fatalismo con respecto a la procreación. La Iglesia Católica frecuentemente ha atacado directamente los servicios de planificación familiar destinados a la población indígena. Por ejemplo, en una ciudad del Perú ubicada en la sierra, la arquidiócesis expulsó a un organismo de sus ofici-

**Cuadro 1. Población total y porcentaje y número de indígenas en cinco países de América Latina, 1994**

País	Total*	Indígenas	
		%	No.*
<b>Total</b>	<b>143,8</b>	<b>29</b>	<b>40,9</b>
Bolivia	8,2	71	5,8
Ecuador	10,6	43	4,6
Guatemala	10,3	66	6,8
México	91,8	14	12,9
Perú	22,9	47	10,8

\*En millones, medio año de 1994. Fuentes: **Columna 1**—véase referencia 1; **Columna 2**—véase referencia 3.

nas ubicadas en un edificio propiedad de la Iglesia porque realizaba actividades de planificación familiar. En Guatemala, varias iglesias se oponían a un programa integrado de control parasitario y planificación familiar, y la Iglesia Católica no permitió que en sus escuelas se realizaran ni la campaña de control parasitario.<sup>9</sup>

• **Rechazo social.** La Fundación Ecuémica para el Desarrollo (FEPADE), una organización no gubernamental boliviana que trabaja con quechua parlantes, indica que hay una gran preocupación entre las mujeres de las zonas rurales que consideran la posibilidad del uso de los servicios de planificación familiar, porque temen ser criticadas y aisladas de los demás cuando los vecinos se percaten que no quedan embarazadas con la habitual regularidad.<sup>10</sup> En forma similar, en Ecuador, el Centro Médico de Orientación y Planificación Familiar (CEMOPLAF) verificó que para protegerse de los comentarios negativos, muchas mujeres de las comunidades indígenas preferían recibir anticonceptivos de un supervisor no indígena (que visita esporádicamente la comunidad) que de los distribuidores voluntarios (que viven en la misma comunidad).<sup>11</sup>

• **La condición de la mujer y la actitud de los hombres.** Los cónyuges de las indígenas ejercen un control considerable y desempeñan un papel importante en la toma de decisiones relacionada con la planificación familiar. Con frecuencia se oponen a la

\*Para preparar los datos presentados en el Cuadro 2, utilizamos una variedad de definiciones operativas, incluidos el lenguaje hablado, la clasificación de la persona entrevistada de acuerdo con su idioma y su apariencia, y lugar de residencia. La definición de “indígena” es un tanto problemática en las encuestas de la EDS realizadas hasta la fecha. Solamente en la encuesta de Guatemala se pidió explícitamente que la persona entrevistada indicara cuál era su grupo étnico. En las encuestas realizadas en Bolivia y Perú, las entrevistadas se clasificaron como indígenas en base al idioma que hablaban. En la encuesta mexicana, las entrevistadas fueron asignadas como indígenas en base a su ubicación geográfica e indirectamente, conforme a su idioma. En la encuesta realizada en Ecuador, la clasificación se basó en el lugar geográfico de la entrevistada.

**Cuadro 2. Indicadores seleccionados de salud, nivel social, fecundidad y de planificación familiar, para todas las mujeres e indicadores de fecundidad y planificación familiar para mujeres residentes en zonas rurales, según grupo étnico (indígena o no indígena), en cinco países de América Latina**

Indicador	Bolivia (1994)		Ecuador (1989)		Guatemala (1987)		México (1987)		Perú (1991-1992)	
	Indíg.	No indíg.	Indíg.	No indíg.	Indíg.	No indíg.	Indíg.	No indíg.	Indíg.	No indíg.
<b>TODAS LAS MUJERES</b>										
<b>Salud y nivel social</b>										
Tasa de mortalidad infantil*	121,2	69,2	53,0	40,0†	76,4	81,7	111,8	48,6	87,8	48,8
Tasa de mortalidad de niñez†	188,5	103,7	74,0	55,0†	135,1	112,6	139,0	61,6	127,7	69,0
% con > educación primaria	14,3	65,8	24,8	58,6	2,4	21,2	7,3	43,0	14,9	69,8
% cuya vivienda tiene agua potable dentro de la casa	25,8	68,3	nd	nd	29,6	53,0	4,4	55,2	23,3	63,4
<b>Fecundidad y planificación familiar</b>										
Tasa global de fecundidad	6,5	4,4	5,2	3,8‡	6,8	5,0	7,4	3,8	7,2	3,2
% que actualmente usan un método moderno§	3,0	23,9	22,2	47,6	4,5	27,9	16,6	47,2	7,6	35,6
% que conocen por lo menos un método moderno§	46,1	89,2	75,1	96,5	43,4	89,1	72,3	95,1	70,6	97,2
Número ideal promedio de hijos§	2,4	2,5	3,2**	3,1‡,**	4,7	3,4	3,9	2,9	2,4	2,5
% que no desean tener más hijos§	79,8	69,2	64,8	61,9	34,9	53,9	53,4	62,8	84,2	71,1
<b>MUJERES DE ZONAS RURALES</b>										
<b>Fecundidad y planificación familiar</b>										
Tasa global de fecundidad	6,7	6,4	5,2	4,7	7,0	6,2	7,4	6,2	7,9	5,6
% que actualmente usan un método moderno§	2,8	12,6	22,2	41,5	3,0	17,6	16,6	27,2	5,2	19,3
% que conocen por lo menos un método moderno§	42,6	72,4	75,1	91,7	39,3	89,3	72,3	84,0	79,6	95,4
Número ideal promedio de hijos§	2,4	2,6	3,2**	3,5**	5,0	3,8	3,9	3,7	2,5	2,8
% que no desean tener más hijos§	80,7	69,5	64,8	62,4	32,1	47,7	53,4	57,1	84,7	74,0

\*Por 1.000 nacidos vivos, entre niños de menos de un año. †Por 1.000 nacidos vivos, entre niños de menos de cinco años. ‡Total nacional, incluida la población indígena. §Entre mujeres en unión de edad reproductiva. \*\*Datos de encuesta de 1987. Fuentes: **Bolivia**—véase referencia 19; y otros análisis de datos EDS. **Ecuador**—Centro de Estudios de Población y Paternidad Responsable y Centers for Disease Control (CDC), *Ecuador: Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil 1989*, Quito, Ecuador, 1990; CDC, *Ecuador: Family Planning and Child Survival Survey 1989—Final English Language Report*, Atlanta, Ga., EE.UU., 1992; y otros análisis de datos EDS. **Guatemala**—véase referencia 25. **México**—IRD/Macro Systems y Dirección General de Planificación Familiar, Secretaría de Salud, *México: Encuesta Nacional Sobre Fecundidad y Salud 1987*, Columbia, Md., EE.UU., y México, D.F., 1989; y otros análisis de datos EDS. (Se clasificaron de indígenas a las entrevistadas residentes en áreas rurales de los estados de Campeche, Chiapas, Hidalgo, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo e Yucatán.) **Perú**—Instituto Nacional de Estadística e Informática, Asociación Benéfica PRISMA y Macro International, *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1991/1992*, Lima, Perú, y Columbia, Md., EE.UU., 1992; y otros análisis de datos EDS. Nota: nd=no disponible.

planificación familiar por temor a que sus esposas se sientan tentadas a cometer actos de adulterio.<sup>12</sup>

Asimismo, rumores e información errónea sobre los efectos que ciertos métodos anticonceptivos tienen sobre la salud de la mujer les preocupan a los maridos, que temen poner en riesgo el bienestar de su pareja. Los hombres pueden desconfiarse de las visitas de sus parejas a la clínica, porque temen que no pueden comunicarse adecuadamente con el personal, que quizás les engañen en recetar un método potencialmente perjudicial a la salud.

#### Barreras institucionales

• **Idioma.** Pocos de los miembros del personal del sistema de salud de los cinco países tratados en este artículo son bilingües, lo cual entorpece la comunicación con la población indígena monolingüe. Rara vez las clínicas ofrecen servicios de interpretación. Más aún, las personas que hablan español suelen creer que los indígenas pueden hablar en español, pero simplemente se niegan a hacerlo. Por tanto, las actividades de capacitación para los indígenas trabajadores de campo generalmente se realizan en español, aunque los asistentes comprendan la presentación sólo parcialmente. La barrera del idioma tam-

bién es evidente en la preparación de material informativo, educativo y de comunicación: o simplemente no hay material educativo en los idiomas indígenas, o hay traducciones muy pobres de materiales o mensajes diseñados para el público de habla español.

• **Discriminación.** Los clientes indígenas pueden sufrir discriminación y falta de respeto, en parte porque no pueden hablar en español y en parte debido a la actitud que existe en la sociedad en general. La discriminación sutil y extendida que se practica en América Latina contra el indígena, normalmente no se reconoce ni discute. Cuando el CEMOPLAF lanzó una campaña radial especial para atraer usuarios de la comunidad indígena, encontró que si bien en cierta medida durante la campaña aumentó el número de asistentes de habla quechua, disminuyó la asistencia del público general a la clínica. El personal del centro cree que es probable que el fracaso de la campaña se debió a que la campaña bilingüe se desalentó la concurrencia de las mujeres de habla hispana.<sup>13</sup>

• **Carencia de personal indígena en los cargos de toma de decisiones.** Hay muy poco personal indígena en los cargos de toma de decisiones en las organizaciones de planificación familiar de América Latina. Esta carencia de

personal indígena profesional es particularmente aguda en Guatemala. En los Andes, es bastante común que los no indígenas hablen quechua, pero en Guatemala, son muy pocas las personas no indígenas que hablen un idioma o dialecto maya con facilidad. Esta carencia de personal indígena reafirma la percepción de que la planificación familiar está destinada solamente a las personas que hablan español.

• **Expectativas irreales de los donantes.** Una razón por la cual no se da inicio a los programas dirigidos a las poblaciones indígenas es la presión para lograr metas fijas de distribución o venta de anticonceptivos dentro de un período de tiempo breve. El gran volumen de la inversión inicial en materia de información, educación y comunicación, los elevados costos de transporte y supervisión relacionados con los programas rurales, y el número relativamente pequeño de aceptantes de métodos anticonceptivos de los programas dirigidos a las poblaciones indígenas actúan como un disuasivo para los donantes preocupados por el rendimiento de la inversión.

Los programas en los centros urbanos generalmente reciben clientes de un sector de la población con un mejor nivel educativo, y muchos de ellos ya han utilizado métodos anticonceptivos. En los progra-

mas que se realizan en las zonas rurales y que están dirigidos a las poblaciones indígenas, una gran mayoría son personas que utilizan métodos anticonceptivos por primera vez. Un estudio reveló que solamente el 10% de las indígenas que recibían un método de un distribuidor de la comunidad habían usado un método alguna vez, en comparación con el 50% de las usuarias de una clínica ubicada en un pueblo vecino. Según la medida tradicional del costo de cada nueva aceptante del programa, resultó que el programa de distribución comunitaria fue más del doble de caro que el programa realizado en la clínica (US \$18,85 por cada nueva aceptante del programa de distribución comunitaria contra US \$8,01 por cada nueva aceptante de la clínica). Sin embargo, cuando se examinó el costo de cada aceptante que recibía por primera vez el servicio, disminuyó significativamente la brecha del costo (US \$21,02 en el programa de distribución comunitaria y \$16,09 en la clínica).<sup>14</sup>

## Estudios de caso

### *Planificación familiar en El Quiché*

Se estima que la población indígena de Guatemala (un país que apenas sobrepasa los 10 millones de habitantes) se encuentra entre los 4,3 y 7 millones de habitantes. El pueblo indígena de Guatemala—los descendientes del imperio maya, que se desmembró antes de la conquista española—vive básicamente en el altiplano, practicando la agricultura de subsistencia; muchos migran durante la estación de cosechas para trabajar en las plantaciones de la costa. Los más de 20 idiomas indígenas obstaculizan seriamente la comunicación con este grupo. Los principales proveedores de los servicios de planificación familiar son el Ministerio de Salud de Guatemala y la Asociación Pro-Bienestar de la Familia de Guatemala (APROFAM).

El Quiché, un departamento de Guatemala, resulta particularmente útil para estudiar la aceptación de los servicios de planificación familiar, debido a que allí se han realizado dos estudios, uno cualitativo (basado en grupos focales y en entrevistas detalladas) y una encuesta cuantitativa de una muestra representativa de mujeres en edad reproductiva. Los resultados de la investigación cualitativa (realizada en 1990) se presentan en otro lugar.<sup>15</sup> Los resultados de la encuesta cuantitativa realizada en 1992,<sup>16</sup> confirman en gran parte los del estudio cualitativo; juntos, los dos estudios ofrecen un panorama muy útil sobre las perspectivas de las mujeres de habla quiché con respecto al espaciamiento de hijos y uso anticonceptivo.

La encuesta cuantitativa se limitó a ocho pueblos pequeños ubicados en El Quiché, que se encontraban relativamente accesibles y cuya situación política era estable. El muestreo se realizó en dos etapas. La primera etapa consistió en preparar una lista de todos los segmentos correspondientes a las ocho áreas (basada en los datos del censo de 1984) y se las subdividieron en 113 sectores, de los cuales 34 fueron seleccionados al azar. En la segunda etapa, se trazó un bosquejo de todos los hogares ubicados en cada sector seleccionado y se eligieron al azar 30 casas para realizar las entrevistas. El equipo encargado de las entrevistas estaba constituido por un supervisor y cuatro entrevistadores mayas (todos bilingües y biculturales) que habían ayudado a mejorar la traducción del cuestionario al quiché y luego condujeron pruebas del mismo en el campo. Todas las entrevistas se realizaron entre mayo y agosto de 1992; la tasa de respuestas fue del 95%. (Se puede consultar el estudio original por mayores detalles sobre la metodología utilizada.<sup>17</sup>)

• *Características socioeconómicas.* Se incluyeron solamente a las mujeres en unión de edad reproductiva (15–49 años), debido a que ellas (y sus cónyuges) fueron el grupo escogido para la intervención que se realizaba a continuación.\* De este grupo de 846 mujeres, el 20% participaron en algún tipo de actividad que les permitía ganar dinero. El 41% dijeron que eran católicas, el 21% evangélicas, el 20% practicaban religiones tradicionales y el 18% no eran religiosas. Más de las dos terceras partes (71%) nunca habían asistido a la escuela, en tanto que el 29% habían obtenido cierto nivel de educación primaria y menos del 1% habían cursado estudios posteriores a la enseñanza primaria. Las tres cuartas partes (75%) de las mujeres no sabían leer, en comparación con el 48% de sus cónyuges.

Sólo el 12% de la población tenía servicios de electricidad, el 12% poseía una bicicleta y menos del 10% tenía acceso a cualquier otro tipo de transporte. También era muy limitado su acceso a los medios masivos de comunicación: sólo el 9% tenía un televisor, y el 7% indicó que veía televisión por lo menos una vez al día; el 8% indicó que leía un periódico por lo menos una vez a la semana. Más de la mitad (60%) poseía una radio, aunque sólo el 46% indicó que escuchaba la radio por lo menos una vez al día.

• *Historial de partos.* Los datos relativos a la fecundidad revelaban una paridad muy alta entre estas mujeres, y casi todas (95%) habían dado a luz alguna vez. Al final de su período reproductivo, estas mujeres

presentaban un promedio de 8,3 nacimientos vivos por mujer, si bien se mantenían vivos solamente 6,6 niños. (Más de un tercio de las mujeres que habían tenido por lo menos un nacimiento vivo habían experimentado la muerte de un hijo.)

• *Espaciamiento de los partos y número ideal de hijos.* ¿Resultó receptiva esta población con respecto al concepto del espaciamiento de los partos?† Solamente el 43% expresó que espaciar los nacimientos era “buena”; el 31% la consideró “mala” y el 26% dijo que no sabía. El 80% de las mujeres de opinión favorable al espaciamiento indicaron que hacerlo favorecía el cuidado y la salud del niño; menos del 5% atribuyeron su apoyo a razones económicas.

A la mayoría de las entrevistadas le pareció extraño el concepto del número ideal de hijos. La respuesta más común a esta pregunta fue “no sé” (39%), seguida de “que se cumpla la voluntad de Dios” (32%). Entre el grupo de mujeres que indicaron una cifra determinada, el número ideal de hijos fue de 5,0, un número un poco más bajo que el promedio de hijos sobrevivientes entre las mujeres que habían completado su período reproductivo.

Sin embargo, varios resultados sugirieron una necesidad potencial de métodos para espaciar los partos entre esta población. Entre las mujeres que habían dado a luz, solamente el 15% indicaron que habían querido el último parto en ese momento, en tanto que el 78% mantenían que hubieran preferido embarazarse más adelante. De las 123 mujeres que se encontraban embarazadas en el momento de la entrevista, el 19% expresaron que no estaban contentas con su embarazo. En forma similar, entre las no embarazadas, el 49% indicaron que no les gustaría quedar embarazadas en un futuro cercano. Finalmente, el 23% indicaron que no querían tener más hijos y el 23% que no estaban seguras de ello. Sin embargo, fueron muy pocas las que expresaron que considerarían someterse a la esterilización (6%).

• *Métodos tradicionales contra métodos modernos.* Se notó una discrepancia interesante entre el estudio cualitativo y la encuesta cuantitativa relacionada con la relativa aceptación de métodos tradicionales y modernos. Los resultados del grupo focal revelaron un rechazo generalizado a los métodos modernos; la única “apertura”

\*Aunque incluimos a los hombres en los grupos focales para aprender más sobre sus opiniones acerca del espaciamiento de los nacimientos y el uso anticonceptivo, no formaban parte de la investigación cuantitativa debido a limitaciones de recursos financieros y del tiempo.

†La pregunta específica del cuestionario (traducido del Quiché) era “¿Cree usted que es bueno usar un método para espaciar los embarazos?”

pareció ser en términos de planificación familiar natural. Sin embargo, cuando se les preguntó individualmente en la intimidad de sus hogares, las entrevistadas se mostraron más proclives a indicar que conocían, habían usado o en ese momento estaban utilizando, un método moderno en vez de un método tradicional.\* Además, solamente el 5% de las entrevistadas podían identificar correctamente el período de fecundidad durante el ciclo menstrual de la mujer.

En comparación con la prevalencia del uso anticonceptivo en América Latina en general (58%) o de Guatemala en general (23%), el nivel de uso actual entre esta población era bajo: solamente el 4% utilizaba anticonceptivos modernos y el 1% métodos tradicionales. Entre el grupo que no practicaba la anticoncepción, el 57% no tenía interés en hacerlo. Más de la mitad de las no usuarias que considerarían utilizar un método en el futuro no tenían idea de qué método seleccionar; las otras mencionaron con mayor frecuencia los métodos de la píldora, los inyectables o la esterilización femenina.

• *Acceso a los mensajes de los medios de difusión.* Esta población tenía un acceso mínimo a los mensajes sobre el espaciamiento de los partos difundidos por los medios de comunicación y también era poco frecuente el intercambio de este tipo de información en forma personal. Menos de la cuarta parte (22%) había oído o visto un mensaje en alguno de los siete medios de comunicación que se les mencionó durante la entrevista; casi todas dijeron haber oído un mensaje radial. Sin embargo, la estación de radio más frecuentemente mencionada fue Radio Quiché, una estación radial dirigida por la Iglesia que se opone vehementemente a la planificación familiar.

• *Receptividad a los mensajes de planificación familiar.* ¿Cuáles son las perspectivas para difundir en el futuro los mensajes sobre el espaciamiento de los partos? Posiblemente debido a una muestra de cortesía, más de la mitad de las entrevistadas indicaron que aceptarían recibir este tipo de mensajes. Casi todas (90%) expresaron que les gustaría recibir una visita a su hogar para hablar sobre temas relacionados con la salud de sus hijos, si bien esta proporción disminuyó al 60% si el tema de la visita

fuera el espaciamiento de los partos. Los dos tercios (67%) se mostraron receptivos a recibir información sobre los métodos naturales para espaciar los partos, pero un poco menos (53%) tenían interés en recibir información sobre los métodos modernos. En forma sorprendente, cerca de las tres cuartas partes (72%) aceptaban la idea de la educación sexual para los adolescentes.†

• *Uso de servicios de salud modernos.* Un poco más de la mitad (57%) de las entrevistadas habían visitado uno de los 19 centros de salud o 57 puestos de salud en el área. El 4% había visitado la clínica regional de APROFAM, y el 1% había oído hablar de un distribuidor comunitario de APROFAM.

En resumen, los resultados de la encuesta realizada en 1992 en El Quiché indicaron una notable falta de aceptación de los métodos anticonceptivos modernos y cierto grado de ambivalencia hacia el concepto del espaciamiento de los partos. Sin embargo, se notaron signos de una demanda latente para espaciar los partos, y una minoría de las entrevistadas en realidad no querían tener más hijos. La mayoría indicó que estaban dispuestas a recibir más información sobre el espaciamiento de los partos o sobre la planificación familiar, aunque estos temas despertaban menos interés que el relacionado con la salud de los niños.

Si bien esta información de ninguna manera es representativa del total de la población maya de Guatemala, refleja en términos concretos el tipo de reto que se les presenta a los interesados en promover la planificación familiar y el espaciamiento de los partos entre el sector indígena de la población de ese país.

El proyecto realizado en El Quiché fue uno de los primeros intentos para evaluar sistemáticamente el impacto de una intervención específica sobre las variables en la población indígena, tales como actitudes sobre el espaciamiento de los partos o el uso de anticonceptivos. Esta intervención, que constó de 15 actividades, fue diseñada para incrementar el acceso de la mujer a los servicios de anticoncepción, mejorar la calidad de los servicios (especialmente con respecto al trato otorgado a los clientes mayas) y mejorar la imagen del programa (en parte poniendo mayor énfasis en los aspectos de la salud reproductiva y el espaciamiento de los partos, en lugar de los servicios de planificación familiar). Esta intervención multifacética comenzó a funcionar a mediados de 1993, con una evaluación de seguimiento programada para 1996. Esto constituirá un paso importante para determinar si el mejoramiento de los servicios de planificación familiar produce efectos en la población.

### Trabajadores indígenas en Bolivia

La gran mayoría de los 5 ó 6 millones de indígenas bolivianos hablan quechua o aimará y son descendientes de las civilizaciones precolombinas de la región de los Andes. Se encuentran concentrados en la región montañosa, y desde los tiempos de la colonia trabajan como mineros y se han mantenido practicando una agricultura de subsistencia en las mesetas semiáridas y en los valles de las sierras. Igual que la mayoría de los bolivianos de las zonas rurales, los indígenas tienen un escaso acceso a información o servicios de planificación familiar. (Recién ahora comenzó Bolivia a ofrecer servicios públicos de planificación familiar y es muy limitada la disponibilidad de tales servicios fuera de los principales centros urbanos.)

Una evaluación recién realizada ofrece una descripción de la experiencia de la organización boliviana no gubernamental, FEPADE, en sus esfuerzos en la capacitación de los trabajadores indígenas comunitarios de la salud en el suministro de servicios de planificación familiar.<sup>18</sup> (FEPADE es una organización de desarrollo rural comunitario que tiene programas de asistencia educativa y técnica en materia de salud, agricultura y desarrollo de la comunidad.) La mayoría de los 60 pueblos quechuas a los cuales asiste FEPADE se encuentran en el Departamento de Cochabamba y son comunidades rurales aisladas. Las familias viven en base a una agricultura de subsistencia, aunque algunos completan sus ingresos con trabajos zafrales que realizan en las ciudades o en las regiones de cultivo de la coca.

Entre 1985 y 1993, con la ayuda de los proyectos de capacitación realizados por Development Associates y financiados por la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos, FEPADE capacitó a aproximadamente 250 trabajadores comunitarios de la salud en la promoción y suministro de los servicios de planificación familiar. Cuatro enfermeras auxiliares que trabajaban en el campo, y dos médicos que realizaban visitas mensuales al lugar, complementaron y apoyaron el trabajo realizado por los trabajadores comunitarios de la salud.

Los trabajadores comunitarios de la salud eran promotores de los servicios de salud o proveedores tradicionales, tales como curanderos y parteros. Ambos tipos de trabajadores comunitarios de la salud, quienes residían en el lugar donde trabajaban, realizaban tareas de promoción de planificación familiar, distribuían métodos (píldoras y condones), referían a las interesadas en obtener los DIU y realiza-

\*Debido a que un intervalo de dos años separó los dos estudios, una explicación posible de esta diferencia sería que las entrevistadas estaban más expuestas a la planificación familiar durante este intervalo.

†La pregunta específica del cuestionario era: "¿Cree usted que es una idea buena o mala que en las escuelas den clases a los jóvenes sobre los cambios en sus cuerpos cuando llegan a ser adolescentes y temas similares?"

ban otras actividades de atención básica de la salud. Los promotores fueron seleccionados por los líderes de la comunidad y tenían una relación más formal con el organismo que los curanderos y parteros. Ubicados en los pequeños puestos de salud, los promotores recibían un estipendio mensual de US \$6 por lo cual trabajaban a tiempo parcial para FEPADE, promoviendo los servicios de salud y de planificación familiar mediante visitas domiciliarias y charlas a grupos.

Al inicio del estudio se capacitaron en técnicas de investigación cualitativa cuatro enfermeras, dos médicos y dos educadores de FEPADE, todos quechua parlantes. Entre septiembre de 1992 y abril de 1993, los funcionarios de FEPADE realizaron entrevistas detalladas a 42 trabajadores comunitarios, 19 clientes de planificación familiar y 12 líderes comunitarios. Se realizaron 19 grupos focales, los cuales estuvieron formados por 8–12 participantes. Ocho de los grupos focales estuvieron compuestos por miembros de la comunidad, cuatro con trabajadores comunitarios de salud y uno con educadores de campo y técnicos agrícolas de FEPADE. Las enfermeras de FEPADE también acompañaron a los trabajadores comunitarios a 31 visitas domiciliarias, y se les calificaron su desempeño mediante un formulario de evaluación. Además, las enfermeras y médicos de FEPADE examinaron el nivel de conocimiento de los trabajadores comunitarios por un sistema de simulación de casos con pacientes realizados con 23 trabajadores comunitarios.

• *Características de los trabajadores comunitarios de salud.* De los 25 promotores de salud y 17 proveedores tradicionales de salud entrevistados, el 64% eran hombres. Todos los promotores de salud tenían entre 17 y 35 años de edad, mientras que las tres cuartas partes de curanderos y parteros tenían más de 35 años. Todos los trabajadores comunitarios de salud hablaban quechua y la mayoría tenían limitaciones para expresarse en español. (El 69% hablaban poco o nada de español.) El 85% de los trabajadores comunitarios de salud habían cursado enseñanza primaria o menos.

• *Reclutamiento de aceptantes entre los indígenas.* Durante un período de cinco años, el programa reclutó o refirió a 631 aceptantes de planificación familiar, aproximadamente el 32% de las mujeres casadas de edad reproductiva en las 60 comunidades. De estas mujeres, el 37% seleccionaron el DIU, el 32% la píldora, el 6% el condón y el 25% métodos tradicionales. Si bien no se pueden considerar estas cifras como una tasa de prevalencia, al comparar estos

datos con la tasa nacional registrada entre las mujeres indígenas de zonas rurales (26% en general, 3% métodos modernos y 23% métodos tradicionales), se observa claramente el impacto producido por el programa de FEPADE. El éxito del programa se puede deber en parte al elevado uso de anticonceptivos entre los miembros casados del grupo de trabajadores comunitarios de la salud: el 58% de los promotores utilizaban un método (17% moderno y 41% tradicional), así como el 38% de los curanderos y parteros (23% métodos modernos y 15% tradicionales).

• *Orientación de usuarias.* Mediante un sistema de calificación del desempeño durante las visitas domiciliarias (con los promotores) y la calificación asignada en base a la simulación de casos con las clientes (con los trabajadores comunitarios de salud), FEPADE encontró que los trabajadores comunitarios de salud transmitían correctamente las cuestiones básicas más importantes de la planificación familiar. Las entrevistas realizadas con las usuarias confirmaron la calidad de la información suministrada por los trabajadores comunitarios de salud de FEPADE. Entre las usuarias de la píldora que habían olvidado de tomar su dosis un día, todas habían aprendido cómo corregir ese error; además, todas las usuarias tomaban la píldora a una hora fija del día.

• *Promoción de la planificación familiar.* A pesar de la receptividad demostrada a la planificación familiar en los grupos focales de los miembros de la comunidad y la evidente aceptación indicada por las usuarias, los trabajadores comunitarios de salud indicaron que no era fácil promover la planificación familiar en estas comunidades. Al responder a una pregunta acerca de la forma en que éstos fueron recibidos en la comunidad, un trabajador dijo que “la comunidad nos acepta como promotores de salud, pero en planificación familiar, algunos nos escuchan y otros nos rechazan”. Los promotores expresaron que les complace cuando la gente los escucha y demuestra interés en la planificación familiar, pero que se sienten “mal cuando son indiferentes”. Uno de ellos dijo “cuando me rechazan, ya no quiero enseñar”.

• *El papel de los practicantes tradicionales de salud.* Los curanderos y los parteros hicieron muy poco en cuanto a la distribución directa de servicios o a referir pacientes, principalmente por su falta de contacto con los mismos. En estas comunidades, la mayoría de los parteros son los hombres líderes de la comunidad, quienes son llamados únicamente si los familiares de la embarazada necesitan ayuda en la atención al

parto; por tanto, los parteros no desempeñan un papel en el cuidado prenatal ni postnatal. De acuerdo con la EDS, los parteros asisten solamente al 13% de los partos en las zonas rurales de Bolivia; la mayoría de los nacimientos (58%) son asistidos por familiares, amigas u otros.<sup>19</sup>

Sin embargo, los datos recogidos de los grupos focales indican que algunos parteros toman ventaja de sus contactos con las clientes para promover los servicios de planificación familiar. Una partera tradicional explicó que cuando ella va a una casa a atender a una mujer, le dice “ahora que ya tiene muchos hijos, aunque tenga dos, puede hacer planificación familiar para no tener hijos muy seguidos y que mejor hable con la enfermera”. Sin embargo, cuando se les formuló la siguiente pregunta a los miembros de la comunidad, “¿Quién debe proveer información sobre la planificación familiar a la comunidad?”; ningún grupo focal contestó que deberían ser los practicantes tradicionales de salud. Más bien, insistieron que “la persona debe estar bien capacitada y preparada”. El trabajador de salud más nombrado era el médico, aunque también indicaron que “la enfermera debe explicar y hacer entender” o que los “promotores que saben bien (deben estar capacitados), deben enseñarnos en la comunidad”.

• *Oportunidades y barreras.* Las entrevistas y grupos focales también revelaron oportunidades para lograr la aceptación de la planificación familiar. Casi todos los miembros de la comunidad reconocieron la dificultad para mantener una familia numerosa, expresando que los padres con muchos hijos deben trabajar más, y aún así no ganan suficiente para alimentar, vestir y educar a sus hijos. Tampoco pueden asegurar el futuro de sus hijos, puesto que no hay suficientes tierras para dividir entre tantos.

Los participantes en los grupos focales también acordaron que para lograr el bienestar de la madre y de sus hijos, las mujeres deben esperar entre dos y cuatro años entre un parto y otro. Una mujer observó que en 2–3 años, “se recupera . . . la madre”; en tanto que otra señaló que con un intervalo de 3–4 años, “ya no existen problemas en el cuidado de los niños”. Un hombre expresó que “cuando hay hijos seguidos, nuestras mujeres envejecen más rápido”.

Si bien los participantes en los grupos focales generalmente reconocieron que la planificación familiar es una forma para evitar el nacimiento de un hijo tras otro y una forma de controlar el número de hijos, se registró una falta de conocimiento de métodos y una gran abundancia de mitos y rumores. El personal de FEPADE, los

trabajadores comunitarios de salud, los miembros de la comunidad y las usuarias mencionaron con frecuencia que la falta de conocimiento y la ignorancia eran los mayores obstáculos que encontraban para el uso de anticonceptivos. Un trabajador comunitario de la salud dijo que "hay desconocimiento porque recién se está difundiendo y el campesino tarda en comprender".

Otro factor que resultó evidente fue el temor a los efectos secundarios: estos métodos "provocan dolores de cabeza, del estómago"; "cuando [las mujeres usuarias de anticoncepción] toman chicha [bebida alcohólica común en los Andes], les hace daño y puede ver hemorragias"; y las mujeres "se vuelven flacas o duele la espalda". También se mencionó el temor a someterse a un examen médico y la vergüenza a ser examinadas.

Otras barreras importantes mencionadas fueron la oposición religiosa, la negativa de los cónyuges y el temor a ser rechazadas por los amigos y vecinos. Una mujer comentó que "los evangélicos dicen que métodos anticonceptivos no se deben usar, sólo los métodos naturales". Un hombre observó que "es pecado, puesto que en la Biblia dice que es pecado"; en tanto que otro afirmó que "la mujer se vuelve adúltera". Un trabajador comunitario de la salud indicó que "la mujer dice, '¿qué dirá mi marido?', y el hombre dice 'de ella siempre depende' ". A pesar de las opiniones expresadas, la mitad de los grupos focales estuvieron de acuerdo en que la pareja, no solamente el hombre, debe decidir sobre la cuestión de la planificación familiar.

• *Recomendaciones para FEPADE.* Los miembros de la comunidad recomendaron que los trabajadores de salud de FEPADE participen en un mayor número de reuniones con los grupos comunitarios y que realicen más visitas a los hogares de las parejas, "el promotor [debe estar] acompañado de la enfermera, para que sea más valorada y respetada la conversación". Otros recomendaron que es necesario "hablar con más frecuencia, hasta hacerles entender bien", y que "no hacerles caso a la gente que habla mal" de la planificación familiar. El personal de FEPADE cree que al aumentar y mejorar los cursos de capacitación de la entidad en materia de planificación familiar dirigidos a los trabajadores de la agricultura y de la educación, se logrará reforzar la confianza de los trabajadores comunitarios de la salud en la promoción de planificación familiar y la distribución de métodos anticonceptivos. Esperan que con estas medidas se logrará informar mejor los aceptantes y aumentar su número.

## Alcanzar a los indígenas

Tanto la experiencia de FEPADE como los resultados obtenidos en El Quiché demuestran que a pesar de las dificultades que existen para prestar servicios de planificación familiar a estas numerosas poblaciones indígenas de América Latina carentes de servicios, durante los últimos años se ha logrado un éxito relativo. Sin embargo, éstos han sido programas experimentales pequeños, conducidos por organizaciones no gubernamentales; a largo plazo será necesario contar con una gestión mayor que involucre a los proveedores del sector público. No obstante, en base a la experiencia acumulada hasta la fecha, hay varias formas mediante las cuales los organismos pertinentes pueden diseñar programas más adecuados.

De la misma forma que APROFAM y FEPADE, la mayoría de los programas de la región utilizan trabajadores comunitarios como una forma de bajo costo para llegar a las comunidades indígenas. Los trabajadores comunitarios, como miembros de la comunidad (que con frecuencia son seleccionados por los líderes de la comunidad) gozan de un alto nivel de confianza. En un proyecto de investigación operativa realizado entre 1986 y 1989, el CEMOPLAF del Ecuador realizó una prueba para evaluar las estrategias de distribución de servicios mediante el uso de voluntarios ubicados en 85 comunidades rurales de habla quechua. En algo más de dos años, este organismo reclutó a 1.475 aceptantes de planificación familiar, o cerca del 16% de las mujeres casadas en edad reproductiva de estas comunidades.<sup>20</sup> Desde que se realizó este proyecto piloto, el programa indígena de CEMOPLAF ha continuado creciendo y actualmente abarca cinco provincias. En 1993, este organismo reclutó a 7600 indígenas aceptantes de planificación familiar.<sup>21</sup>

Una desventaja que presenta la utilización de los trabajadores comunitarios es su alta tasa de rotación de personal.<sup>22</sup> Otra desventaja específica en los programas indígenas es la necesidad de dar capacitación en el idioma nativo de los trabajadores, utilizando técnicas apropiadas para adultos que no saben leer. El primer obstáculo que tienen algunos organismos es la falta de adiestradores bilingües capacitados en una metodología pedagógica participativa. Al reconocer este problema, Development Associates y APROFAM han desarrollado un manual de ejercicios de capacitación para los trabajadores comunitarios analistas que ha sido utilizado para capacitar en quechua y aimará en Bolivia y en idiomas mayas en Guatemala.<sup>23</sup>

Con frecuencia se ha debatido si las comunidades indígenas aceptarán los servicios de planificación familiar si no van acompañados de servicios de salud materno-infantil. Los proveedores no gubernamentales de servicios de planificación familiar pueden reconocer las necesidades múltiples de las comunidades indígenas, pero carecen de los recursos necesarios para realizar otras actividades que no sean las de planificación familiar. Por ejemplo, una gestión anterior de APROFAM para ofrecer atención primaria de la salud a través de promotores indígenas adiestrados fue dejado de lado, en parte debido al elevado costo a que ascendía cada aceptante.

Sin embargo, la mayoría de los administradores de los programas creen que emplear una mezcla de servicios ayuda en atraer a las poblaciones indígenas y en facilitar su aceptación de los servicios de planificación familiar. El enfoque inicial de FEPADE al integrar los servicios de planificación familiar a su programa básico de atención a la salud, combinó la educación nutricional y el fomento del amamantamiento con la enseñanza sobre los beneficios del espaciamiento de los embarazos.

La participación de personal bilingüe y bicultural en un programa elimina la barrera del lenguaje que existe para alcanzar a las poblaciones indígenas. Sin embargo, esto se logra más fácilmente en los Andes (donde hay solamente uno o dos idiomas indígenas comunes), que en Guatemala (donde hay 23 idiomas). Además, el nivel educativo de los pueblos indígenas de los Andes es superior al de sus pares en Guatemala. Por ejemplo, en Guatemala la gente maya tiene un promedio de 1,3 años de escolaridad, en comparación con una media de 5,5 años entre sus contrapartes en Bolivia.<sup>24</sup> En consecuencia, en Bolivia, donde casi la mitad de la población es bilingüe, muchos profesionales de la salud y proveedores de servicios dominan el español y un idioma indígena. Esto es poco común en Guatemala.

Pero en cualquier escenario, la simple contratación de personal bilingüe o bicultural probablemente no garantiza que dichos programas mantengan una alta sensibilización a las cuestiones indígenas. El personal bilingüe que reside en los centros urbanos en particular suele rechazar mucho de su patrimonio cultural y compartir muchos de los estereotipos de sus colegas no indígenas. Esta situación puede despertar sospechas entre la gente de las zonas rurales indígenas al relacionarse con este personal.

Llegar a las poblaciones indígenas a través de los practicantes tradicionales de

salud es un concepto atractivo y los organismos han intentado, a veces con éxito, utilizar dicho personal para cerrar la brecha que existe entre las distintas culturas. La evaluación de FEPADE demostró la importancia que tiene el examen del papel que desempeñan estos practicantes tradicionales de salud dentro de la comunidad, antes de iniciar un programa de envergadura: en Bolivia, los parteros tradicionales supervisan solamente una pequeña proporción de los partos. Por el contrario, los practicantes tradicionales asisten al 60% de los partos en Guatemala, incluidos el 78% de los partos de las mujeres indígenas.<sup>25</sup>

Los administradores de los programas concuerdan en que cualquier estrategia dirigida a los pueblos indígenas debe incorporar a miembros de esa comunidad como parte del diseño, ejecución y evaluación del programa. APROFAM, FEPADE y otras instituciones en Ecuador y Perú han educado y capacitado a líderes comunitarios indígenas en actividades de planificación familiar y salud reproductiva y éstos, a su vez, han prestado consejería sobre la ejecución del programa y han apoyado en la promoción del mismo. En Ecuador, los líderes comunitarios adiestrados por CEMOPLAF formularon un plan de acción para ejecutarlo a su regreso a la comunidad. En Bolivia, FEPADE adiestró a líderes y miembros de sindicatos campesinos. Asimismo, las comunidades donaron espacio, mobiliario y equipo para estos programas. Un problema común entre los líderes era la falta de seguimiento del programa, lo cual daba por resultado que el líder perdía entusiasmo en la promoción del programa.

Aunque muchas organizaciones involucradas en actividades de planificación familiar generalmente enfocan a la mujer, en las comunidades indígenas es importante hacer participar al hombre también. Por tanto, algunos organismos están reclutando a los trabajadores comunitarios varones; cerca del 50% de los trabajadores voluntarios comunitarios de CEMOPLAF son hombres, y la mayoría de los promotores de FEPADE son hombres.<sup>26</sup> Una ventaja es su capacidad para comunicarse con los hombres sobre cuestiones que pueden ser consideradas delicadas, mientras que una mujer promotora podría sentirse en una posición embarazosa de hacerlo. Por otro lado, pueden tener menos éxito para alcanzar a la mujer; por tanto, algunos organismos han reclutado a equipos de promoción compuestos por una pareja casada. FEPADE experimentó este enfoque pero se percató que las parejas que recibían una visita de un matrimo-

nio promotor se sentían avergonzadas de encarar este tema en compañía mixta.

Es frecuente que los hombres indígenas acompañen a su pareja a las clínicas, especialmente cuando el personal de la clínica no es bilingüe. Como los hombres generalmente hablan más español que sus esposas, actúan como intérpretes y asesores. La participación de los hombres indígenas en las visitas a la clínica ofrece una excelente oportunidad para informarlos acerca de las ventajas de la planificación familiar y otras cuestiones relacionadas con la salud.

Finalmente, algunos organismos han podido satisfacer las preocupaciones de los líderes religiosos y políticos, al ponerse en contacto con ellos al inicio del desarrollo del programa y suministrarles información suficiente sobre el programa y la institución que representan. Los organismos también han involucrado a dichos líderes religiosos y políticos en planear el programa y en las reuniones de la comunidad para desarrollar las actividades. Aun en los casos en que los líderes locales permanecen en una posición contraria a la planificación familiar, los organismos observan que sus ataques públicos sirven como publicidad en forma gratuita y son útiles para despertar la necesidad latente que existe en la comunidad por estos servicios.

Los organismos también han aprendido que la estructura política de las comunidades indígenas puede ser complicada y difícil de tratar. Con frecuencia existen dos estratos de autoridad—el tradicional y el moderno. El manejo de estos dos niveles de autoridad se torna complejo y consume una importante parte del tiempo de los organismos de planificación familiar. Sin embargo, se pueden superar las barreras religiosas y políticas. Como lo señaló un organismo peruano al comentar sobre el éxito de uno de sus programas piloto: “se demostró que la población indígena accede y manifiesta su necesidad de planificación familiar. Por lo tanto se rompió el mito—muy explotado por sociólogos, Iglesia y autoridades de que el poblador andino rechazaba la planificación familiar. Ahora se requiere de un proyecto agresivo y exclusivo para la población indígena”.<sup>27</sup>

## Referencias

1. Population Reference Bureau, *World Population Data Sheet*, Washington, D. C., 1994.
2. C. M. Snipp, *American Indians: The First of This Land*, Russell Sage Foundation, Nueva York, 1989.
3. R. Jordán Pando, *Poblaciones Indígenas de América Latina y el Caribe*, Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación e Instituto Indigenista

Interamericano, México D. F., 1990.

4. Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), “Latin America: Censal Information About Indigenous People”, *Demographic Bulletin*, Vol. 25, No. 50, 1992; M. Gnerre, “Indigenous Peoples in Latin America”, International Fund for Agricultural Development, Working Paper No. 30, Roma, Italia, 1990 (citado en Banco Mundial, Departamento Técnico, Región Latinamerica y del Caribe, *Indigenous People and Poverty in Latin America: An Empirical Analysis*, Washington, D. C., 1993); y *Worldmark Encyclopedia of the Nations*, seventh ed., Vol. 3, World Mark Press, 1988.
5. Banco Mundial, 1993, op. cit. (véase referencia 4).
6. *Ibid.*; y CELADE, 1992, op. cit. (véase referencia 4).
7. R. D. Finerman, “Experience and Expectation: Conflict and Change in Traditional Family Health Care Among the Quichua of Saraguro”, *Social Science and Medicine*, 17:1291–1298, 1983.
8. V. Ward, J. T. Bertrand y F. Puac, “Barreras Socioculturales que Enfrenta la Planificación Familiar Entre los Mayas de Guatemala”, *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial de 1992, págs. 19–25 & 41, 1992.
9. P. Poppe y L. M. A. Atucha, *Integrated Project and IEC Materials in Guatemala and Mexico and Their Dissemination Throughout the Region*, Evaluation Report RLA/88/P10, RLA/89/P14, JOICFP, Tokio, 1992.
10. W. Terceros et al., *La Promoción de Servicios de Planificación Familiar en Areas Rurales Indígenas de Bolivia: Evaluación de un Programa de Capacitación para Trabajadores Comunitarios*, Fundación Ecuemérica para el Desarrollo y Development Associates, Cochabamba, Bolivia, 1994.
11. R. Benalcazar et al., “Delivery of Family Planning and Health Services in Campesino and Indigenous Communities in Ecuador”, informe final, Centro Médico de Orientación y Planificación Familiar (CEMOPLAF) y The Population Council, Quito, Ecuador, 1989.
12. Center for Health Research, Consultation and Education and Mother Care Project, *Qualitative Research on Knowledge, Attitudes and Practices Related to Women's Reproductive Health: Cochabamba, Bolivia*, Working Paper No. 9, John Snow, Arlington, Va., EE. UU., 1991.
13. R. Benalcazar et al., 1989, op. cit. (véase referencia 11).
14. *Ibid.*
15. V. Ward, J. T. Bertrand y F. Puac, 1992, op. cit. (véase referencia 8); y J. T. Bertrand, V. Ward y F. Puac, “Sexual Practices Among the Quiché-Speaking Mayan Population of Guatemala”, *International Quarterly of Community Health Education*, 12:265–282, 1992.
16. J. Bertrand et al., *Espaciamento de Embarazos en el Departamento de el Quiché: Resultados del Estudio de Base para un Proyecto Piloto*, Asociación Pro-Bienestar de la Familia de Guatemala (APROFAM), Ciudad de Guatemala, Guatemala, 1993.
17. *Ibid.*
18. W. Terceros et al., 1994, op. cit. (véase referencia 10).
19. Instituto Nacional de Estadística y Macro Internacional, *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1994*, La Paz, Bolivia, y Calverton, Md., EE. UU., octubre de 1994.
20. R. Benalcazar et al., 1989, op. cit. (véase referencia 11).
21. M. Farrell, CEMOPLAF, comunicación personal, 18 de febrero, 1994.
22. Centro de Investigación, Educación y Servicios y Development Associates, *El Desafío de Motivar y Retener a los Promotores Voluntarios: Evaluación de un Programa de Capacitación en Primeros Auxilios, Educación Popular y Di-*

(continúa en la página 33)

## Planificación familiar...

(continúa de la página 11)

*námica de Grupos*, La Paz, Bolivia, 1992.

23. R. Velásquez et al., *Capacitando Sin Letras*, APROFAM y Development Associates, Ciudad de Guatemala, Guatemala, 1993.

24. Banco Mundial, 1993, op. cit. (véase referencia 4).

25. Institute for Resource Development/Westinghouse, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, y Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, *Guatemala: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1987*, Columbia, Md., EE. UU., y Ciudad de Guatemala, mayo de 1989.

26. R. Benalcazar et al., 1989, op. cit. (véase referencia 11); y W. Terceros et al., 1994, op. cit. (véase referencia 10).

27. A. Terborgh, J. E. Rosen y M. Farrell, *Family Planning for Indigenous Populations in Latin America: Service Delivery Challenges*, Development Associates, Arlington, Va., EE. UU., sin fecha.