

Sexualidad, Salud y Sociedad

REVISTA LATINOAMERICANA

ISSN 1984-6487 / n.5 - 2010 - pp.97-118 / www.sexualidadsaludysociedad.org

Equidad en salud reproductiva en mujeres Mapuche

Estela Arcos Griffiths

Instituto Enfermería Materna, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile
Valdivia, Chile

> earcos@uach.cl

Irma Molina Vega

Instituto de Estadísticas, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas,
Universidad Austral de Chile
Valdivia, Chile

> molina_irma@hotmail.com

Carolina Quezada Alvarado

Escuela de Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile
Valdivia, Chile

> cquezadaalvarado@gmail.com

Resumen: En este artículo presentamos los resultados de un estudio relativo a equidad/inequidad en salud sexual y reproductiva en mujeres mapuches, un ámbito donde se materializa parte de la política pública pro-equidad en salud intercultural. Sus objetivos fueron caracterizar y tipificar la dimensión de equidad/inequidad en salud sexual y reproductiva; construir el perfil de equidad/inequidad según antecedentes biosociodemográfico, de acciones, prácticas y consecuencias en salud sexual y reproductiva. Se trata de un estudio exploratorio transversal descriptivo, no experimental, en 149 mujeres en edad reproductiva, con al menos un hijo y con residencia en una localidad de la comuna de Panguipulli, Región de Los Ríos, Chile. La inequidad reproductiva se observó en tres de cada cuatro mujeres. Las brechas de equidad se explican por determinantes asociados al inicio temprano de sus trayectorias reproductivas, a un patrón reproductivo de alta fecundidad, a embarazos no planificados, e insuficientes conocimientos sobre métodos anticonceptivos. En mujeres mapuches se visibiliza una realidad social de desventajas acumuladas que refuerzan la persistencia de inequidades en salud sexual y reproductiva, riesgos de enfermedades, acentuando la pobreza y la vulnerabilidad.

Palabras claves: Mapuche; equidad; salud sexual; salud reproductiva; ruralidad

Equidade em saúde reprodutiva em mulheres Mapuche

Resumo: Neste artigo apresentamos um estudo de equidade/inequidade em saúde sexual e reprodutiva em mulheres mapuches, âmbito em que se materializa parte da política pública pró-equidade em saúde intercultural. Foram seus objetivos caracterizar e tipificar a dimensão de equidade/inequidade em saúde sexual e reprodutiva; construir o perfil de equidade/inequidade segundo antecedentes biosociodemográficos de ações, práticas e consequências em saúde sexual e reprodutiva. Trata-se de um estudo exploratório transversal descritivo, não-experimental, com 149 mulheres em idade reprodutiva, com ao menos um filho e com residência em uma localidade da comuna Panguipulli, na Região Los Rios, Chile. A inequidade reprodutiva foi observada em três de cada quatro mulheres. As brechas de equidade explicam-se por determinantes associados ao início prematuro de trajetórias reprodutivas, padrão reprodutivo de alta fecundidade, gestações não-planejadas, e insuficientes conhecimentos sobre métodos anticonceptivos. Em mulheres mapuches visibiliza-se uma realidade social de desvantagens acumuladas que reforçam a persistência de inequidade em saúde sexual e reprodutiva, riscos de enfermidade, pobreza e vulnerabilidade.

Palavras-chave: Mapuche; equidade saúde sexual; saúde reprodutiva; ruralidade

Equity in Reproductive Health Among Mapuche Women

Abstract: In this article we present the results of a study of equity/inequity in sexual and reproductive health among Mapuche women, focus of public pro equity policies in intercultural health. Research objectives: to characterize and to typify equity/inequity dimensions in sexual and reproductive health; to construct an equity/inequity profile according to bio-socio-demographic background, actions, practices and consequences in sexual and reproductive health. Methodology: descriptive, non-experimental cross-sectional exploratory study with 149 women in reproductive age, with at least 1 son and local residence (comuna Panguipulli, Los Rios, Chile). Results: Reproductive inequity was observed in three out of four women. Equity gaps are explained by determinants associated with early beginning of reproductive trajectories, high fecundity patterns, unplanned pregnancies and insufficient knowledge on contraceptive methods. Conclusions: A social reality of accumulated disadvantages is observed among Mapuche indigenous women, reinforcing the persistence of inequity in sexual and reproductive health, risks of disease, poverty and vulnerability.

Keywords: Mapuche; equity; sexual health; reproductive health; rural

Introducción

El concepto de equidad es controversial, pues se trata de un concepto multi-dimensional que considera inclusión, igualdad de oportunidades, movilidad social y vulnerabilidad (López-Pardo, 2007; Hernández-Álvarez, 2008). Equidad no es lo mismo que igualdad, porque equidad implica valorar las desigualdades desde la idea de justicia, por lo cual el tipo de valoración utilizado tiene implicaciones políticas, tanto en las decisiones cotidianas cuanto en las políticas públicas (Hernández-Álvarez, 2008). Esta premisa exige un enfoque epidemiológico social para valorar inequidades y desigualdades como determinantes de problemas de salud (Martínez, 2007). La equidad en salud implica que, idealmente, todos deben tener oportunidades de alcanzar un potencial pleno de salud y que nadie debe ser excluido de la consecución de dicho potencial (Martínez, 2007). Esta equidad es definida entonces como igualdad de acceso a la atención de salud frente a igual necesidad; igualdad de utilización de recursos para igual necesidad; igualdad de calidad de atención e igualdad de resultados de salud (Braveman, 2006; Ndiaye *et al*, 2008).

La identificación de rezagos y brechas sociales en materia de acceso y calidad de atención de salud, y las medidas para superarlos, constituyen un componente esencial de la acción pública integral destinada a romper el círculo vicioso de la pobreza, fortalecer los derechos a la salud y alcanzar un desarrollo humano sostenible (Naciones Unidas – CEPAL, 2008). Diversas aproximaciones empíricas demuestran que, si bien la atención de salud es consistentemente deficiente para las personas con pocos recursos, el alcance de las disparidades en salud varía en función de los momentos, segregación geográfica, raza/etnia, educación, clase social y género de las personas (Torres, 2001; Naciones Unidas-CEPAL, 2008; Adler *et al*, 2008). Las diferencias en la situación de salud de grupos minoritarios se relacionan con factores estructurales, como la pobreza, y con factores que están bajo el control del sector de salud, como la organización, distribución geográfica y calidad de los servicios de salud y el grado de información que tiene la población sobre cómo cuidar de su salud. Por esto, se torna prioritario que el sector de la salud atienda el segundo grupo de factores que caen directamente bajo su responsabilidad (Torres, 2001).

Las disparidades socioeconómicas, geográficas o regionales son más intensas y complejas cuando afectan a poblaciones que enfrentan problemas de exclusión por razones étnicas y culturales (Hopenhayn, 2006). Respecto de las mujeres indígenas, esta cuestión se viene abordando desde hace ya dos décadas, y da cuenta de

la situación de marginalidad en que ellas viven en nuestro país, por su condición de mujeres, de pobres y de indígenas (Agurto, 2004; Pérez *et al*, 2005; Donoso *et al*, 2006). La desigualdad y discriminación se manifiesta en bajos niveles de educación, salud, acceso a los beneficios de organismos públicos, al trabajo y a la seguridad social, entre otros (Del Popolo *et al*, 2005; González *et al*, 2005). Muchos de los riesgos de salud en las mujeres indígenas se relacionan directamente con su salud reproductiva, puesto que tienen hijos con intervalos intergénésicos breves, en contextos de escaso acceso a servicios de planificación familiar y con elevada fecundidad (Pantoja *et al*, 2002; Naciones Unidas – CEPAL, 2008).

Constituye un desafío encausar la acción en salud sexual y reproductiva a partir de un enfoque de derechos, con una visión plural e integrada y desde una perspectiva de género, tal como fue sellado en el consenso de la Conferencia de Población de El Cairo. Allí se precisó, entre otros, el reconocimiento explícito a mujeres y varones como sujetos de derechos con necesidades específicas en salud sexual y reproductiva que deben ser atendidas con calidad de atención, confidencialidad, sin discriminación, violencia, coacción por sus decisiones (Rojas, 2006; Dides, 2007). Por diversas razones, la gestión pública no ha sido eficaz en el posicionamiento de la sexualidad y la reproducción como objetos de derechos, especialmente, en personas que han padecido marginación y exclusión sistemática (Cunningham *et al*, 2008). Diversos trabajos demuestran que: i) el enfoque de derechos no se instituye sólo por leyes, decretos o programas, sino que resulta de procesos de aprendizaje social constante, de la socialización y del convencimiento para construir una sociedad basada en la cultura del respeto de los derechos humanos (Alarcón *et al*, 2003; González *et al*, 2005; Campos-Navarro, 2007); ii) los derechos humanos, los derechos indígenas, los derechos de las mujeres indígenas y la práctica de la salud intercultural están marcados por distancias sociales que producen asimetrías en las relaciones étnico-culturales (Valdebenito *et al*, 2006; Mosquera, 2007); y iii) la diversidad cultural se ha perpetuado como asignatura pendiente porque persisten núcleos de otredad en los discursos y prácticas sanitarias (Alarcón *et al*, 2004; MIDEPLAN, 2008). Se asume, además, que las personas a quienes se les brindan servicios sociales van a ser inducidas hacia un cambio sociocultural favorable, tanto para ellas como para la sociedad en su conjunto (Mosquera, 2007; Gómez, 2007).

Lo anterior ha provocado la sensación de aspiraciones no cumplidas en las comunidades indígenas, ya que las estrategias sanitarias han simplificado la complejidad de construir pertinencia cultural en las prácticas de salud (Andrade *et al*, 2002; Naciones Unidas – CEPAL, 2008). El entrelazamiento con múltiples lógicas de mundos personales y colectivos requiere un proceso de (de)construcción permanente para lograr una práctica sanitaria coherente a los propósitos de la política

pública (Propuesta de Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos, 2000; Andrade *et al*, 2002; Valdebenito *et al*, 2006). En lo cotidiano, a las acciones de salud las realizan agentes sociales con competencias en el saber y saber hacer que coinciden con el paradigma positivista y, en consecuencia, incorporan parcialmente –o no incluyen– la cosmovisión y pretensiones del mundo indígena, dando lugar a discriminación y persistencia de índices poco alentadores respecto de la situación de salud, calidad de atención y calidad de vida de los miembros de sus comunidades (Arcos *et al*, 2003; Alarcón *et al*, 2003; Alarcón *et al*, 2004; Donoso *et al*, 2006; Campos-Navarro, 2007).

A partir de las consideraciones expuestas, se realizó un estudio –que presentamos aquí– con mujeres mapuches para caracterizar y tipificar la dimensión de equidad/inequidad en salud sexual y reproductiva; y construir el perfil de equidad/inequidad según antecedentes biosociodemográfico, de acciones y sus consecuencias en salud sexual y reproductiva. Se optó por el análisis de la dimensión de equidad/inequidad en salud sexual y reproductiva porque es en este ámbito donde se materializa, por una parte, la política de derechos (Davis, 2008) y, por otra, la política pública pro equidad en salud intercultural. Estos resultados se ofrecen a: i) quienes toman decisiones y evalúan los efectos distributivos de la política pública en mujeres indígenas con ubicación territorial de alta vulnerabilidad sociocultural y económica (Ministerio de Salud de Chile, 2006); ii) a actores políticos y administrativos que fiscalizan la interacción entre instituciones públicas y población usuaria en la diversidad de procesos de ejecución de la política pública (Ministerio de Salud de Chile, 2006; Gómez, 2007) y, iii) a organizaciones e instituciones que monitorean el cumplimiento de las recomendaciones de las Naciones Unidas respecto a los derechos de los pueblos indígenas en Chile (Arcos *et al*, 2003; Cunningham *et al*, 2008).

Material y método

Diseño de la investigación: estudio exploratorio, transversal, descriptivo, no experimental, que estudió el problema en un recorte temporal determinado.

Localización territorial del estudio. Corresponde a una localidad de la comuna de Panguipulli que, junto a la comuna de Ranco son las que presentan la mayor concentración de población mapuche en la Región de Los Ríos de Chile.

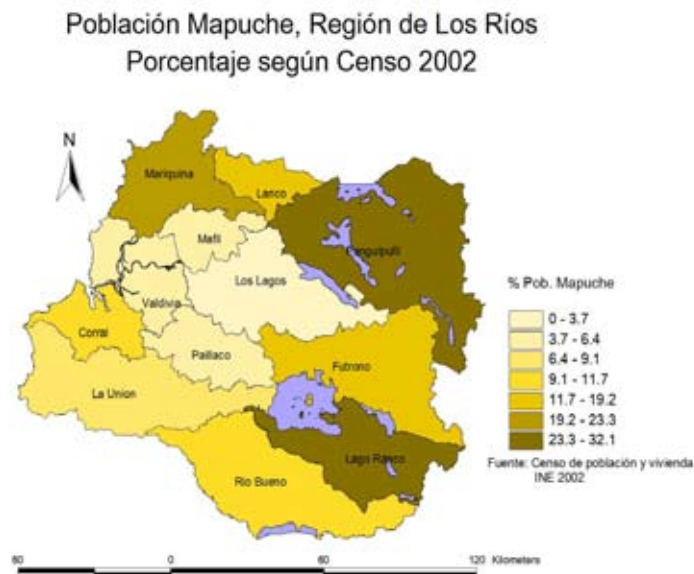


Figura 1. Distribución proporcional de población de etnia mapuche, según Censo de Población y Vivienda 2002.

Según el Censo del 2002, en la comuna de Panguipulli el 31.6 % de la población pertenece a la etnia mapuche (consultados los mayores de 14 años que declararon sentirse pertenecientes a dicho pueblo). Este porcentaje aumenta si se consideran además a los menores de 14 años y a todos aquellos que tienen apellidos mapuches, alcanzando según estudios locales hasta el 48%. Siguiendo los registros del Programa Orígenes, existen 166 comunidades Mapuches que agrupan a más de 5000 personas, que corresponden además al 24% del total de comunidades existentes en la Décima Región.

Población en estudio. La unidad de análisis fueron 277 mujeres mapuches atendidas, durante el primer semestre del año 2007, en centros de salud de una localidad de la comuna de Panguipulli. Los criterios de inclusión fueron: mujeres con ambos apellidos de origen mapuche, con edad entre 15 y 49 años, con al menos un hijo y, con residencia territorial en la localidad.

Diseño y tamaño muestral: El diseño muestral correspondió a una *muestra de conveniencia* (de cuota), con tamaño muestral definido por los siguientes criterios: i) proporción de mujeres mapuches en edad reproductiva que tienen hijos (P); y ii) un error de estimación máximo de 5% y confianza de 95% en la estimación de P. La muestra fue extraída de los registros convencionales de los centros de salud, hasta completar las 165 mujeres que aceptaron voluntariamente responder la encuesta. De las 165 mujeres, 149 reportaron información completa sobre las dimensiones equidad/inequidad reproductiva.

Variables dependientes. Se establecieron dos dimensiones: *Equidad reproductiva* (ER), entendida como la diferencia entre hijos observados e hijos deseados igual a cero, y la de *Inequidad reproductiva* como la diferencia entre hijos observados e hijos deseados diferente a cero. La dimensión de inequidad, a su vez, tuvo dos dimensiones: *inequidad reproductiva por exceso* (IRE) entendido como la diferencia entre hijos observados e hijos deseados superior a cero e *inequidad reproductiva por déficit* (IRD) entendida como la diferencia entre hijos observados e hijos deseados menor a cero. También, se usó el índice de moratoria sexual y reproductiva, entendida la *moratoria sexual* como el rango de tiempo que transcurre entre la menarquia y el inicio de la actividad sexual; y *moratoria reproductiva*, concebida como el rango de tiempo transcurrido entre el inicio de la actividad sexual y el nacimiento del primer hijo/a.

Variables sociodemográficas: edad, educación, actividad, estado civil, religión, centro donde realiza su control de salud y residencia.

Variables mediadoras: el comportamiento sexual y reproductivo es resultado de la interacción de numerosas variables y, entre ellas, fueron incluidas: edad al tener primer hijo/a, número de embarazos y partos, decisión relativa al número de hijos/as, antecedente de embarazo no planificado, antecedente de aborto, control prenatal, atención del parto, número de progenitores, edad de la menarquia, edad de inicio de la actividad sexual, edad de la mujer en su primera unión marital, número de parejas sexuales, número de uniones maritales, antecedentes de violación sexual, uso de métodos anticonceptivos, antecedentes de fracaso de métodos anticonceptivos y conocimiento sobre mecanismos de acción y tipos de métodos anticonceptivos.

Recolección de los datos. Se realizó una entrevista cara a cara en dependencias del Consultorio y/o Postas de Salud, con la aplicación de un cuestionario con preguntas estructuradas, semiestructuradas y abiertas. Una estudiante tesista, previamente entrenada, les informó los objetivos del estudio y les garantizó privacidad, confidencialidad y anonimato. Fueron entrevistadas aquellas mujeres que aceptaron participar voluntariamente, con firma de consentimiento informado.

Prueba piloto. Se realizó una prueba piloto del instrumento a veinte mujeres en un consultorio de salud municipal, con condiciones similares a las de población en estudio. De esta manera, con la información obtenida se efectuaron ajustes y/o modificaciones para optimizar la comprensión de las preguntas. Además, a cada una de las mujeres se le informó los objetivos de la investigación, y se le dio garantías de privacidad, confidencialidad y anonimato. Aquellas mujeres que aceptaron participar voluntariamente con firma de consentimiento informado fueron las entrevistadas.

Procesamiento y análisis de los datos: el procesamiento y análisis crítico de

los datos se apoyó en los programas computacionales Epi Info, SPSS y SPADN para análisis multivariado. Se configuraron bases de datos brutas y depuradas. Se calcularon estadígrafos descriptivos de frecuencia, posición y dispersión. La significancia estadística de diferencias entre grupos se determinó por el test *t* de Student y el test Chi cuadrado para comparar diferencias de proporción entre los grupos y análisis en tablas de contingencia. La relación multidimensional entre las variables se calculó por el análisis factorial de componentes principales. Se estableció un nivel de confianza de 95%.

Resultados

Equidad/inequidad en salud reproductiva. Se observó equidad reproductiva en el 24,2% de las 149 mujeres que brindaron información. La inequidad reproductiva se develó en 3 de cada cuatro mujeres, siendo la inequidad por exceso (IRE) del 32,7% y por déficit (IRD) en el 67,32 (figura 2). La distribución territorial según proporcionalidad mostró que todos los sectores superaron el 60% de mujeres con inequidad reproductiva.

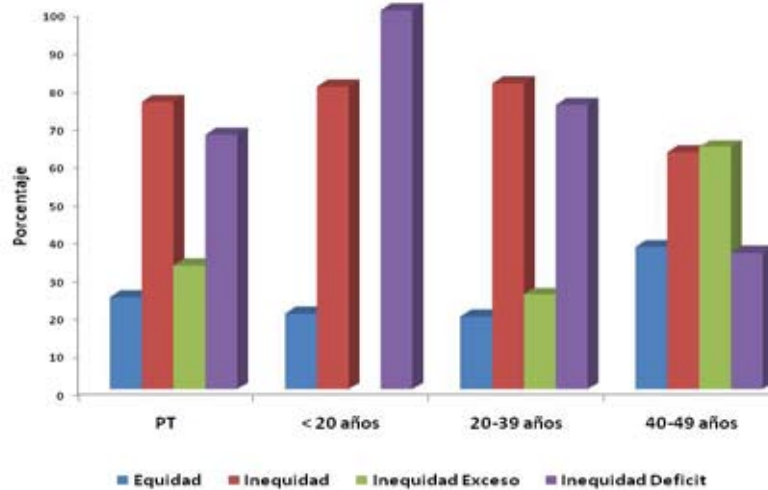


Figura 2. Equidad/inequidad en salud sexual y reproductiva en 149 mujeres mapuches, Comuna de Panguipulli, Región de Los Ríos de Chile, 2007.

Perfil sociodemográfico. Respecto de variables sociodemográficas, se encontraron diferencias significativas en el promedio de edad actual, escolaridad y condición civil de las mujeres según las dimensiones de equidad/Inequidad reproductiva.

Las mujeres con IRD eran más jóvenes, alcanzaron un mayor nivel de escolaridad y reconocían condición soltera y conviviente en mayor proporción que aquellas con IRE y ER, $p < 0,05$ (figura 2 y cuadro 1). La actividad “dueña de casa” y la religión católica predominaron en los tres grupos, con una proporción más alta de mujeres que no profesa credo religioso, $p \geq 0,05$. Los bajos niveles de escolaridad alcanzados por las mujeres y su distribución territorial, fue un hallazgo de suma importancia por las implicancias que este determinante social tiene para la vida futura de las mujeres.

Cuadro 1. Perfil biosociodemográfico de 149 mujeres mapuches, según condición equidad reproductiva. Comuna de Panguipulli, año 2007.

Variable	Categoría	ER (n=36)		IRE (37)		IRD (76)	
		N	%	N	%	N	%
Edad actual †	< 20 años	1	2,8			4	5,3
	20-39 años	20	55,6	21	56,8	63	82,9
	40-49 años	15	41,7	16	43,2	9	11,8
Condición civil †	Casada	20	55,6	17	45,9	13	17,9
	Conviviente	14	38,9	17	45,9	49	64,7
	Soltera	2	5,6	2	5,4	14	18,4
	Viuda			1	2,7		
Escolaridad †	1-4 años	9	25,0	10	27,0	8	10,5
	5-8 años	20	55,6	25	67,6	45	59,2
	≥ 9 años	7	19,4	2	5,4	23	30,3
Actividad °	Dueña de casa	36	100,0	35	94,6	69	90,8
Religión °	Católica	17	47,2	18	48,6	42	55,3
	Evangélica	9	25,0	12	32,4	15	19,7
	No tiene	6	16,7	3	13,5	17	22,4
	Mapuche	4	11,1	1	2,7	2	2,6

† Diferencias estadísticamente significativas en promedio de edad actual (ER 37 años; IRD 31 años e IRE 36 años; $F=9,5$, gl 2, $p < 0,05$) y promedio años de escolaridad (ER 6,6 años; IRD 7,8 años e IRE 5,9 años; $F=6,0$, gl 2, $p < 0,05$). † Condición civil ($X^2 26,5$, gl 8, $p < 0,05$). ° Diferencias estadísticamente no significativas, $p \geq 0,05$.

Perfil salud reproductiva. Hubo diferencias significativas en el número promedio de hijos/as deseados observados y de embarazos según equidad e inequidad reproductiva, $p < 0,05$ (cuadro 2). En mujeres con IRE, el promedio de hijos/as adicionales al deseado fue de 2 ± 1 hijos/as, con un mínimo de 1 y un máximo de 6,

valor modal 1 (19 casos, 51,4%). En mujeres con IRD, el promedio de hijos/as en diferencia a lo deseado fue de 2 ± 1 hijos/as, con un mínimo de 1 y un máximo de 4, valor modal 1 (46 casos, 60,5%).

Cuadro 2. Promedio de hijos deseados, hijos observados y experiencias de embarazos en mujeres mapuches, según condición de equidad/inequidad reproductiva.

Variable	ER	IRE	IRD
Hijos deseados †	3 ± 2 hijos	2 ± 2 hijos	3 ± 2 hijos
Hijos observados†	3 ± 1 hijos	4 ± 2 hijos	2 ± 1 hijos
Embarazos †	3 ± 1 embarazos	4 ± 3 embarazos	2 ± 1 embarazos

† Diferencias estadísticamente significativas, $p < 0,05$

Se halló una alta proporción de mujeres con experiencia de maternidad temprana en todos los grupos (40%) y, en particular, dos de cada tres mujeres con IRE tuvieron su primer hijo/a antes de los 20 años de edad, $p < 0,05$ (cuadro 3). Este hecho estuvo asociado a la alta paridad reportada por este grupo, casi una de cada dos mujeres calificaron como gran múltipara (X^2 14,4, gl 2, $p < 0,05$). También, estas mujeres reconocieron menor autonomía en la decisión sobre el número de hijos que quisieron tener (13,5%) comparadas con mujeres con ER y ERD (37,1% y 29,3% respectivamente, X^2 33,5; gl 6, $p < 0,05$). Otros hallazgos relevantes en mujeres con IRE fueron una más alta proporción de embarazos sin control prenatal (27%), de partos domiciliarios (18,9%) y de cambio de progenitores, donde una de cada dos mujeres reportó esta experiencia, $p < 0,05$. Los tres grupos reportaron experiencias por sobre el 70% de embarazos no planificados, $p \geq 0,05$ (cuadro 3). Adicionalmente, indicaron antecedentes de aborto, porcentaje que fue más alto en mujeres con ER, 25%, $p \geq 0,05$ (cuadro 3).

Cuadro 3. Perfil salud reproductiva de mujeres mapuches según condición equidad/inequidad reproductiva. Comuna de Panguipulli, año 2007.

Variable	Categoría	ER (n=36)		IRE (n=37)		IRD (n=76)	
		N	%	N	%	N	%
Edad mujer al tener primer hijo/a †	< 20 años	16	44,4	23	62,2	27	35,5
Paridad†	Primípara	1	2,8	0,0	0,0	31	40,8
	Múltipara	28	77,8	56,8	56,8	44	57,9
	Gran múltipara	7	19,4	43,2	43,2	1	1,3
Persona que tomó la decisión sobre número de hijos/as.†	Mujer	13	37,1	5	13,5	22	29,3
	Hombre	2	5,7	9	24,3	6	8,0
	Ambos	20	57,1	16	43,2	47	62,7
Antecedente embarazo no planificado °	Si	29	80,6	32	88,9	55	72,4
Antecedente de aborto°	Si	9	25,0	6	16,2	10	13,2
Embarazo sin control prenatal	Si	9	8,1	11	7,0	6	4,1
Parto domiciliario	Si	6	5,4	11	7,0	1	0,9
Cambio de progenitores †	Si	8	22,2	18	48,6	21	27,6
Proporción de embarazos no planificados†		3±1 43,6%		3±2 51,9%		1±1 48,6%	

† Diferencias estadísticamente significativas en: edad mujer al tener su primer/a hijo/a (X^2 7,2; gl 2, $p < 0,05$); paridad (X^2 56,3, gl 4, $p < 0,05$); persona que tomó la decisión sobre número de hijos/as (X^2 33,5; gl 6, $p < 0,05$); antecedente embarazo no controlado (X^2 9,1; gl 2, $p < 0,05$); antecedente parto domiciliario (X^2 11,2; gl 2, $p < 0,05$), número de embarazos ($F=48,3$, gl 2, $p < 0,05$); número de embarazos

no planificados ($F=15,8$, gl 2, $p < 0,05$); número de partos ($F=47,1$, gl 2, $p < 0,05$); y cambio de progenitores ($X^2 7$; gl 2, $p < 0,05$).

Respecto de la regulación de la natalidad, el 69,6% decidió el tipo de método anticonceptivo (MAC). Se observó un bajo conocimiento sobre anticonceptivos y sus mecanismos de acción, puesto que sólo el 23,6% tenía informaciones sobre tipos de MAC y el 15,2% refirió haber recibido información sobre mecanismos de acción de los MAC.

Perfil salud sexual. Los datos muestran que no hubo diferencias significativas en edad de menarquia, edad iniciación actividad sexual y edad primera unión según equidad/inequidad reproductiva, $p \geq 0,05$ (cuadro 4). La moratoria sexual y reproductiva observada tuvo un comportamiento similar según condición equidad/inequidad de las mujeres (figura 3).

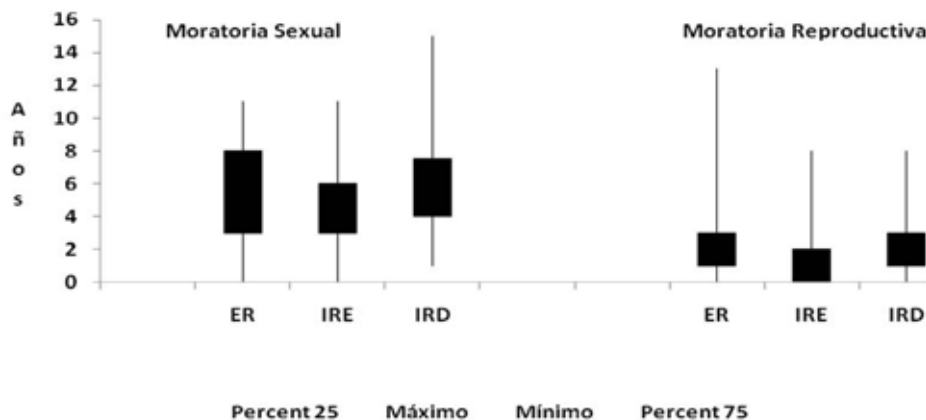


Figura 3. Antecedentes sobre moratoria sexual y reproductiva de mujeres mapuches según condición equidad/inequidad reproductiva. Comuna de Panguipulli, año 2007.

° No hubo diferencias estadísticamente significativas, $p \geq 0,05$.

Aunque no hubo diferencias significativas, en ambos casos la moratoria fue más corta en mujeres con IRE y más prolongada en mujeres con IRD, $p \geq 0,05$. Es preciso subrayar que estos resultados, junto con una primera unión de pareja antes de los 20 años de edad, son indicadores que predicen el comportamiento reproductivo respecto a intensidad y ritmo reproductivos: maternidad temprana, paridad, embarazos no planificados, abortos y alta fecundidad. En relación a sus relaciones de pareja, la mayoría reconoció convivencia marital con una pareja, y una de cada dos mujeres señaló al menos dos parejas sexuales. Otro hecho relevante fue el antecedente de violación sexual que fue registrado por el 7,4% de las mujeres (cuadro 4).

Cuadro 4. Perfil salud sexual de mujeres mapuches según condición equidad/inequidad reproductiva. Comuna de Panguipulli, año 2007.

Variable	Categoría	ER (n=36)	IRE	IRD
Edad menarquia °	Media ± DE	13 ± 1 año	12 ± 1 año	13±1
Edad inicio actividad sexual °	Media ± DE ≤ 15 años	18 ± 3 años 6 16,7%	17 ± 2 años 9 24,3%	19 ± 3 años 10 13,2%
Edad primera unión marital °	< 20 años	17 48,6%	17 45,9%	25 37,9%
Número parejas sexuales	Una	20 55,6%	13 35,1%	12 42,1%
Uniones con convivencia	Una ≥ a Dos Sin convivencia	32 91,4% 3 8,6%	30 81,1% 7 18,9%	50 65,8% 16 21,0% 10 13,2%
Antecedente violación sexual	Si	4 11,1%	1 2,7%	6 7,9%
Edad experiencia violación sexual	≤ 16 años	4 100%		4 66,7%

° No hubo diferencias estadísticamente significativas, $p \geq 0,05$.

Discusión

Abordar el estudio de la equidad en salud en mujeres indígenas mapuches, desde la perspectiva de la salud sexual y reproductiva, es un desafío por la complejidad propia del proceso de asignar significados a resultados empíricos relativos a la diversidad de fenómenos existenciales, culturales y vivenciales que ocurren en el espacio privado y que se dan en un sector social y geográfico específico (Andrade *et al*, 2002; Valdebenito *et al*, 2006; Knipper, 2010). A pesar de esa dificultad, consideramos preciso hacer visible una realidad social de desventajas acumuladas y la situación de vulnerabilidad que afecta a mujeres mapuches que tienen una do-

ble condición de inequidad y discriminación: por género y por etnia (Wessendorf, 2004). A ellas se agregan dos, por clase y por territorio, porque la pobreza y marginación son eminentemente rurales y afectan, en mayor medida, a las regiones con mayor proporción de población indígena (Pineda, 2002; Parra *et al.*, 2008).

Para Wiben (2005), la educación es una herramienta indispensable para salir de la exclusión, la pobreza y la discriminación a la que han sido históricamente destinados los pueblos indígenas. En el presente estudio, la relación entre etnia, bajos niveles de educación y pobreza explican el inicio temprano de la vida reproductiva, con un patrón reproductivo de alta fecundidad y paridad, embarazos no planificados, con poca opción de uso –e insuficiente conocimiento– de métodos anticonceptivos para espaciar embarazos y regular la natalidad. (Torres, 2001; CEPAL – CELADE, 2002; FLACSO, 2005; Arcos, 2005; González *et al.*, 2007; Rojas, 2008). A menores expectativas, posibilidades, perspectivas y motivación para elevar la escolaridad y tener empleo, mayor es la probabilidad de que las mujeres mapuches, como reflejo del contexto y de los valores que le dan sentido a sus vidas, vean a la maternidad y a la economía del cuidado como su única alternativa de desarrollo, situación que coincide con lo planteado por otros autores (Infante *et al.*, 1996; Rodríguez 2005). La baja escolaridad alcanzada por las mujeres mapuches define proyecciones de vida que no justifican la moratoria de su vida sexual y reproductiva; de hecho, siguen iniciándola antes que los grupos que tienen oportunidades de mejor educación (Olavarría, 2006).

Con respecto a la situación de salud intercultural, Schofield (2007) y Hernández-Álvarez (2008) han señalado que la organización, distribución geográfica, calidad de los servicios de salud y el grado de información que tiene la población sobre cómo cuidar su salud, están bajo el control del “sector salud”. Los datos presentados sobre las condiciones en que las mujeres fueron atendidas expresan inequidad sanitaria, puesto que la mitad de las mujeres realizaron sus controles en postas de salud y/o en estaciones médico-rurales que no cuentan con dotación de recursos permanentes que garanticen una atención de calidad a personas con evidencias de alta vulnerabilidad social. Esta incongruencia entre evidencia y política de acción en salud es fundamental para comprender porqué no se ha logrado reducir las inequidades (González *et al.*, 2007; Knipper, 2010). Sobre esto se ha planteado que si no se conocen mejor y/o no se toman en cuenta la forma cómo interactúan, se interrelacionan y subyacen los procesos socioculturales con las prácticas de salud sexual y reproductiva y las opciones productivas, no se logrará dilucidar la forma de aumentar la efectividad e impacto de las políticas de salud en personas, hogares y territorios vulnerables (Vega *et al.*, 2002; CEPAL – CELADE, 2002; FLACSO, 2005; Kilbourne *et al.*, 2006; Cole *et al.*, 2007).

Los resultados presentados en este artículo muestran una realidad social de

persistencia de inequidades y exclusiones en materia de salud sexual y reproductiva que no se condicen con los esfuerzos informados por Chile (MIDEPLAN 2006; CEPAL, 2008) en lo relativo a: la existencia de un marco de referencia teórico, estratégico y metodológico construido colectivamente con los pueblos indígenas; la ampliación del Programa Nacional de Salud y Pueblos Indígenas; la presencia y funcionamiento de Oficinas de Facilitadores Interculturales en establecimientos de salud; la formación de recursos humanos; el desarrollo de una línea de investigación epidemiológica; la implementación de diversas experiencias interculturales de salud el desarrollo de una norma sobre interculturalidad en los Servicios de Salud; y el reconocimiento de los saberes indígenas en la Ley de Derechos y Deberes de los Usuarios. La inequidad en salud podría ser explicada por las dificultades que se han señalado respecto de: la superación de las desconfianzas; incrementar los espacios de participación social; y especialmente, la imposibilidad de superar los procesos extraordinariamente centralizados que tiene Chile en la toma de decisiones en cuanto a metas, planes y normativas de salud. Al igual que en otros contextos, es muy probable que la situación de menoscabo del cumplimiento de los derechos indígenas –y en especial de sus derechos sexuales y reproductivos– esté vinculada a que su reconocimiento normativo no tenga la condición de tratado, y, por tanto, no se cuente con mecanismos e instrumentos para denunciar a los Estados firmantes que no cumplen la Declaración de las Naciones Unidas. Si esta situación no se revierte, continuará reproduciéndose lo que Paulo Freire llamó “desesperanza aprendida” (Commission on Social Determinants of Health, 2007; CEPAL 2008).

Otra explicación del escaso avance en esta materia, podría tomar la forma planteada por Knipper (2010), quien sostiene que las condiciones de vida en poblaciones indígenas son muy distantes a lo que el personal sanitario imagina; y que el personal sanitario debería haber asumido que las personas indígenas tienen derecho a no ser objeto de ningún tipo de discriminación, en particular, la instituida por su origen o identidad indígena. Adicionalmente, Calfio & Velasco (2005) han señalado que el tema de la equidad en salud es una demanda legítima de las mujeres indígenas cuando reclaman el derecho al ejercicio de una salud reproductiva plena y que respete la cosmovisión indígena. Por su parte Kreimer & Figueroa (2008) han afirmado que, para avanzar en equidad en salud, es preciso reducir los prejuicios y estereotipos étnicos discriminatorios que perpetúan las brechas expresadas en exclusión e inequidad; incrementar la relevancia de la categoría etnicidad; y valorar el cumplimiento del marco jurídico internacional relativo al derecho de los pueblos indígenas a la salud. Según estos autores, los Estados deben tomar las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente la plena garantía del derecho de las personas indígenas a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Lo precedente podría ser alcanzado con equipos sanitarios con compe-

tencias metodológicas transdisciplinarias que les permitan explorar, interpretar y comprender fenómenos complejos distintos a los propios y, en consecuencia, realizar una praxis sanitaria ajustada a las diversidades socioculturales específicas, resguardando las identidades étnicas y el respeto a los derechos indígenas, tanto individuales como colectivos (OMS, 2008; CEPAL, 2008).

Finalmente, coincidimos con el contenido de las recomendaciones reportadas por la Kambel (2004), CEPAL (2008), Parra (2008), y Oyarce (2008) sobre que la acción política de autoridades y especialistas en política pública intercultural, debe poner el foco en: i) la alfabetización del personal sanitario y comunidades indígenas en el conocimiento de una serie de instrumentos internacionales, contenidos en el Convenio 169 de la OIT, Resolución CD37.R5 de la OPS, en Derechos Humanos (Camacho et al, 2009) y en la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer; ii) el conocimiento del comportamiento epidemiológico desagregado por etnia, género y territorio de la salud como herramienta técnica para el monitoreo de la política pública; iii) la profundización de la investigación cuali-cuantitativa, para mejorar los materiales, métodos y metodologías de educación en salud; iv) la construcción de indicadores de salud y metodologías de medición culturalmente pertinentes que permitan monitorear y evaluar el impacto de planes y programas; y v) la necesidad de socializar la responsabilidad que compete al personal sanitario, al intersector y a la comunidad en la efectivización de la participación indígena en sus respectivas localidades. A la luz de lo revisado, asumimos que las medidas mencionadas resultarían fundamentales para construir una relación intercultural de respeto, diálogo y reconocimiento de los derechos indígenas relacionados con la salud de hombres y mujeres. Ya no puede eludirse una real y efectiva participación de las comunidades indígenas en el diseño, gestión y control social de políticas y programas de salud adecuadamente financiados, donde, para la disminución de las brechas de equidad en salud, es prioritario el acceso oportuno y eficiente a una atención de salud de calidad y pertinente en términos culturales (Bediako & Griffith, 2007; OPS, 2007).

Referencias bibliográficas

- ADLER, Nancy. & REHKOPF, David. 2008. "Disparities in Health: Descriptions, Causes, and Mechanisms". *Annu. Rev. Public Health*; 29: 235–52.
- AGURTO, Andrés. 2004. *Políticas públicas para los pueblos indígenas en Chile: los desafíos del desarrollo con identidad*. Tesis de grado de Escuela de Antropología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Disponible en: http://www.cybtertesis.cl/tesis/uchile/2004/agurto_a/sources/agurto_a.pdf. [Consultado: enero de 2009].
- ALARCÓN, Ana María, VIDAL, Aldo & NEIRA, Jaime. 2003. "Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales". *Rev. méd. Chile* [revista on line] 131(9):1061-1065. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000900014&lng=es. [Consultado enero 2009].
- ALARCÓN, A., ASTUDILLO, Paula, BARRIOS, Sara & RIVAS, Edith. 2004. "Política de Salud Intercultural: Perspectiva de usuarios mapuches y equipos de salud en la IX región, Chile". *Rev. méd. Chile* [revista en la Internet]. [citado 2009];132(9):1109-1114. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004000900013&lng=es. [Consultado enero 2009].
- ANDRADE, R., CADENAS, E., PACHANO, E., PEREIRA, L. & TORRES, A. 2002. "El paradigma de lo complejo: Un cadáver exquisito". *Revista electrónica de Epistemología de Ciencias Sociales*. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, 14. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10101407>. [Consultado junio 2007].
- ARCOS, E., UARAC, M., MOLINA, I., LARRAÑAGA, L., SANTANA, C. & RAMIREZ, J.D. 2003. "Derechos sexuales y reproductivos: Intenciones frente a realidades". *Cuadernos Mujer y Salud*, 7: 118-128.
- ARCOS, Estela, GALLARDO, Lorena & MALDONADO, Pablo. 2005. "Adolescencia en desventaja social". *Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC)*. Disponible en: <http://www.saludpublica.com/ampl/ampl16/05510017.htm>. [Consultado marzo 2009].
- BEDIAKO, Shawn & GRIFFITH, Derek. 2007. "Eliminating Racial/Ethnic Health Disparities: Reconsidering Comparative Approaches". *Journal of Health Disparities Research and Practice*, 2 (1):49-62.
- BRAVEMAN, Paula. 2006. "Health disparities and health equity: concepts and measurement". *Annu. Rev. Public Health*; 27: 167–94.
- CAMACHO Rosalía, GUZMÁN Laura, QUIRÓS Edda & TORRES Ana. 2009. "Guía de capacitación en derechos humanos de las mujeres. Tejiendo el cambio". Disponible en: <http://www.iidh.ed.cr/BibliotecaWeb/>. [Consultado en junio 2010].
- CALFIO Margarita & VELASCO Luisa. 2005. "Mujeres indígenas en América Latina: ¿Brechas de género o de etnia?" *Seminario Internacional Pueblos indígenas y*

- afrodescendientes de América Latina y el Caribe: relevancia y pertinencia de la información sociodemográfica para políticas y programas*. CEPAL, Santiago de Chile, 27 al 29 de abril de 2005. Disponible en: http://www.eclac.org/mujer/noticias/noticias/5/27905/FCalfio_LVelasco.pdf. (Consultado en junio 2010).
- CAMPOS-NAVARRO, Roberto. 2007. "Las políticas públicas y la salud intercultural en el marco de los derechos humanos e indígenas en América Latina". *Seminario-Taller Pueblos Indígenas de América Latina: políticas y programas de salud, ¿cuánto y cómo se ha avanzado?* CEPAL, Santiago de Chile, 25 y 26 de junio. Disponible en: <http://www.eclac.org/celade/noticias/paginas/8/29208/RCamposD.pdf>. [Consultado enero 2009].
- CEPAL-CELADE. 2002. "Vulnerabilidad sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas". Capítulos I y V del documento *Vulnerabilidad sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas*. División de Población de la CEPAL - Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). Disponible en: <http://publhealth.annualreviews.org>. [Consultado marzo 2009].
- _____. (2008). "Pueblos indígenas de América Latina: políticas y programas de salud ¿cuánto y cómo se ha avanzado?". *Serie 53 Seminarios y Conferencias*. Disponible en: http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/34739/SemyConf_53.pdf. (Consultado en junio 2010).
- COLE, Brian and FIELDING, Jonathan. 2007. "Health impact assessment: a tool to help policy makers understand health beyond health care". *Annu. Rev. Public Health*, 28: 393-412. Disponible en: <http://publhealth.annualreviews.org>. [Consultado enero 2009].
- COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH. 2007. "Social determinants and Indigenous health: The International experience and its policy implications". Report on specially prepared documents, presentations and discussion at the *International Symposium on the Social Determinants of indigenous Health*, Adelaide, 29-30 April 2007 for the Commission on Social Determinants of Health (CSDH). Disponible en: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/indigenous_health_adelaide_report_07.pdf. (consultado en junio 2010).
- CUNNINGHAM, M., MAIRENA, D., LÓPEZ, M., CHOQUE, M.E., REÁTEGUI, J. & SURANGO, L. F. 2008. "¿Que está pasando con los derechos de los pueblos indígenas?". UNIFEM, UNICEF, OACNUDH. Disponible en: http://www.unifemandina.org/un_archives/pueblos_indigenas.pdf. [Consultado mayo 2009].
- DAVIS, Laura. 2008. "Reconhecimento jurídico dos direitos sexuais – uma análise comparativa com os direitos reprodutivos". *Revista Internacional de Direitos Humanos*, 5 (8): 60-83.
- DEL POPOLO, Fabiana & OYARCE, Ana María. 2005. "Población indígena de América Latina: perfil sociodemográfico en el marco de la CIPD y de las Metas del Milenio". CEPAL. Disponible en : <http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/7/21237/delpopolo.pdf>. [Consultado enero 2009].
- DIDES, Claudia & PÉREZ, María Soledad. 2007. "Investigaciones en salud sexual y

- reproductiva de pueblos indígenas en Chile y la ausencia de pertinencia étnica”. *Acta Bioethica*, 13 (2): 216-22.
- DONOSO, A., CONTRERAS, R., CUBILLOS, L. & ARAVENA, L. 2006. “Interculturalidad y políticas públicas en educación. Reflexiones desde Santiago de Chile”. *Estud. pedagóg., Valdivia*, 32 (1). Disponible en <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07052006000100002&lng=es&nrm=iso>. [Consultado enero 2009].
- FLACSO-CHILE. 2005. “Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de los determinantes sociales de la salud”. Facultad de Ciencias Sociales. Disponible en: <http://cronopio.flacso.cl/fondo/pub/publicos/2005/libro/026065.pdf>. [Consultado marzo 2009].
- GÓMEZ, Adriana. 2007. “Salud sexual y reproductiva. Asegurando el acceso a los suministros”. *Revista Mujer y Salud / Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y El Caribe*, 1: 29-43.
- GONZÁLEZ, Elsa & JARA, Orietta. 2005. “Ser mujer indígena en Chile.” *Revista Ser Indígena*. Disponible en: http://revista.serindigena.cl/props/public_html/?module=displaystory&story_id=690&format=html [Consultado septiembre 2008].
- GONZÁLEZ, Electra & MOLINA, Temístocles. 2007. “Características de la maternidad adolescente de madres a hijas”. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [revista on line] [citado 2009]; 72 (6): 374-382. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262007000600004&lng=es. [Consultado enero 2009].
- HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, Mario. 2008. “El Concepto de Equidad y el Debate sobre lo Justo en Salud”. *Rev. salud pública*. 10 sup (1): 72-82.
- HOPENHAYN, Martín, BELLO, Álvaro & MIRANDA, Francisca. 2006. “Los pueblos indígenas y afrodescendientes ante el nuevo milenio”. *Comisión Económica para América Latina (CEPAL), División de Desarrollo Social, Serie Políticas Sociales* 116. 60p. Disponible en: http://www.cepal.cl/publicaciones/DesarrolloSocial/8/LCL2518PE/sps118_lcl2518.pdf. [Consultado junio 2009].
- INFANTE, Claudia. & SCHLAEPFER, Loraine. 1996. “Patrones de Inicio de la Vida Reproductiva: articulación con su dimensión social”. En: LARTIGUE BECERRA, T. *Sexualidad y Reproducción Humana en México*. pp: 95-119. México: Plaza y Valdés Editores.
- KAMBEL Ellen-Rose. 2004. “Guía sobre los derechos de la mujer indígena bajo la Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer”. *Forest Peoples Programme*. Disponible en: http://www.forestpeoples.org/documents/law_hr/cedaw_guide_jan04_sp.pdf. (Consultado en junio 2010).
- KILBOURNE A., SWITZER, G., HYMAN, K., CROWLEY-MATOKA, M. & FINE, M. 2006. “Advancing Health Disparities Research Within the Health Care System: A Conceptual Framework”. *Am J Public Health*. 96: 2113-2121.
- KNIPPER Michael. 2010. “Más allá de lo indígena: Salud e interculturalidad a nivel global”. *Rev Perú Med Exp Salud Pública* 2010; 27 (1): 94-101.

- KREIMER Osvaldo & FIGUEROA Viviana. 2008. "Los derechos de los pueblos indígenas explicados para todas y para todos". Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), agosto de 2008. Disponible en: http://www.politicaspUBLICAS.net/panel/biblioteca/cat_view/108-derechos-de-los-pueblos-indigenas.html. (Consultado en junio 2010).
- LÓPEZ-PARDO, Carlos. 2007. "Conceptualización y valoración de la equidad en salud". *Rev Cubana Salud Pública* 33 (3) :1-7.
- MARTÍNEZ, Silvia. 2007. "Equidad y situación de salud". *Rev Cubana de Salud Pública*, 33 (3) :1-8.
- MIDEPLAN. 2008. "Programa Re-Conocer: Pacto social por la multiculturalidad". *Ministerio de Planificación de Chile*. Disponible en: http://www.mideplan.cl/final/especiales_detalle.php?idesp=91. [Consultado enero 2009].
- _____. 2006. "Logros de la política indígena de Chile, 1993-2006". *Ministerio de Planificación de Chile*. Disponible en: http://www.mideplan.cl/final/ficha_tecnica.php?cenid=284. [Consultado enero 2009].
- MINISTERIO DE SALUD de CHILE. 2006. *Política de Salud y pueblos indígenas*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud. 2° Edición, 58 p.
- MOSQUERA, Claudia. 2007. "Lectura crítica de los talleres de salud sexual y reproductiva y de fortalecimiento cultural desarrollados con mujeres negras desterradas por el conflicto armado en Colombia". *Revista de Estudios Sociales*, 27: 122-137.
- NACIONES UNIDAS - CEPAL. 2008. "El derecho a la salud y los objetivos de desarrollo del milenio". En: _____ *Objetivos de desarrollo del milenio: Una mirada desde América Latina y El Caribe*. Disponible en <http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/4/33064/P33064.xml&xsl=/tpl/p9f.xsl&base=/tpl/top-bottom.xsl>. [Consultado junio 2009].
- _____. 2008. "Directrices sobre los asuntos de los pueblos indígenas. Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo". Disponible en: http://www.politicaspUBLICAS.net/panel/documentos/2008_onu_directrices_pueblos_indigenas.pdf. (Consultado en junio 2010).
- NDIAYE, K., KRIEGER, J., WARREN, J., HECHT, M. & OKUYEMI, K. 2008. "Health Disparities and Discrimination: Three Perspectives". *Journal of Health Disparities Research and Practice* 2 (3): 51-71.
- OMS - COMISIÓN DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD. 2008. "Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de salud". Consultado en: http://www.redsalud.gov.cl/archivos/determinantes_sociales/informefinal.pdf. [Consultado junio 2009].
- OLAVARRÍA, José, DONOSO, Alina & VALDÉS, Teresa. 2006. "Estudio de la situación de maternidad y paternidad en el sistema educativo chileno". Convenio Ministerio de Educación y FLACSO- Chile, Área de Estudios de Género. Disponible en: www.mineduc.cl/.../200612221242340.Informe%20Final%20Madres%20Padres%202006.pdf. [Consultado junio 2009].
- OPS. 2007. "Cerrar las Brechas de salud en la población menos protegida. Organización

- Panamericana de la Salud”. Disponible en: http://www.paho.org/Director/AR_2006/spanish/downloads/InformeAnual06.pdf. [Consultado mayo 2009].
- OYARCE, Ana María. 2008. “La identificación étnica en los registros de salud: experiencias y percepciones en el pueblo mapuche de Chile y Argentina”. Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL). Disponible en: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/7/34077/lcw198-morado.pdf>. [Consultado junio 2009].
- PANTOJA, Miguel Angel & CASTAÑEDA, Patricia. 2002. “Estudio comparativo de las características y necesidades en salud reproductiva entre mujeres mapuches migrantes y no migrantes, según región de origen étnico (IX Región) y región de destino migratorio (V Región)”. *Fronteras en Obstetricia y Ginecología*, 2 (2): 11-6.
- PARRA, Osvaldo, VILLANUEVA María & MARTÍN Agustín. 2008. “Protección Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales Sistema Universal y Sistema Interamericano”. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Disponible en: http://www.iidh.ed.cr/BibliotecaWeb/PaginaExterna.aspx?url=/BibliotecaWeb/Varios/Documentos/BD_190524876/proteccionDESC.doc. (Consultado en junio 2010).
- PÉREZ, María Soledad & DIDES, Claudia. 2005. *Salud Sexual y reproducción. Sistematización, investigación y experiencias en pueblos indígenas en Chile*. Santiago de Chile: Corporación de Salud y Políticas Sociales / CORSAPS. 109p.
- PINEDA Siboney. 2002. “La mujer indígena: Ante la pobreza”. *Espacio Abierto* 11 (2): 251-264.
- PROPUESTA DE LEY MARCO SOBRE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS. 2000. Ed. por Alessandra Burotto. Santiago de Chile, agosto. 60p.
- RODRÍGUEZ, Corina. 2005. “Economía del cuidado y política económica: una aproximación a sus interrelaciones”. *Unidad Mujer y Desarrollo de la Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL)*. Disponible en: http://piem.colmex.mx/Maestria_2008/Teresa%20Inchaustegui/Unidad%205/Economia%20del%20cuidado%20CEPAL.pdf. [Consultado junio 2009].
- ROJAS, Elsa. 2006. “Informe de salud sexual y reproductiva en las Américas”. *Confederación Parlamentaria de las Américas/COPA*. Disponible en: <http://www.isis.cl/MujerySalud/Sexual/Documentos/doc/1412salusexenlasam%E9ricas2006.pdf>. [Consultado junio 2009].
- ROJAS, Rocío. 2008. “Programa salud de los pueblos indígenas de las Américas. Plan de acción 2005-2007”. *Organización Panamericana de la Salud*. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/OS/Indig_PLAN05_07_esp.pdf. [Consultado junio 2009].
- SCHOFIELD, Toni. 2007. “Health inequity and its social determinants: A sociological commentary”. *Health Sociology Review*, 2007;16:105-114.
- TORRES, Cristina. 2001. “La equidad en material de salud vista con enfoque étnico”. *Rev Panam Salud Pública* 2001;10(3):188-201.
- VALDEBENITO, C., RODRÍGUEZ, M., HIDALGO, A., CÁRDENAS, U. & LOLAS, F. 2006. “Salud intercultural: Impacto en la identidad social de mujeres aimarás”. *Acta*

Bioética, 12 (2): 185-191.

- VEGA, J., JADUE, L., DELGADO, I., BURGOS, R., BROWN, F., MARÍN, F. & ZUÑIGA, V. 2002. "Disentangling the pathways to health inequities. The Chilean health equity gauge". *Pontificia Universidad Católica de Chile*. Disponible en: <http://www.paho.org/English/HDP/Equity-Chile.pdf>. [Consultado abril 2009].
- WESSENDORF Kathin. 2004. Editorial "Mujeres Indias". *Rev Asuntos indígenas*. Disponible en: http://www.iwgia.org/graphics/Synkron-Library/Documents/publications/Downloadpublications/Asuntos%20Ind%EDgenas/AI%201-2_04.pdf. (Consultado en junio 2010)
- WIBEN Marianne. 2005. Editorial "Pueblos Indígenas y Educación". *Revista Asuntos Indígenas*. Disponible en: http://www.iwgia.org/graphics/Synkron-Library/Documents/publications/Downloadpublications/Asuntos%20Ind%EDgenas/AI%201_2005%20part%201.pdf. (Consultado en: junio 2010).