

**SALUD DE LA POBLACIÓN
JOVEN INDÍGENA
EN AMÉRICA LATINA**

UN PANORAMA GENERAL



NACIONES UNIDAS

CEPAL



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

SALUD DE LA POBLACIÓN JOVEN INDÍGENA EN AMÉRICA LATINA

Un panorama general



NACIONES UNIDAS



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



Asdi



Este documento forma parte de las actividades realizadas en el marco del convenio de colaboración entre la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), a través del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, y en el marco del Plan de trabajo 2009-2010 del CELADE-División de Población de la CEPAL y del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Su elaboración contó con el apoyo financiero de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), la Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo (ASDI) y el Organismo Noruego de Cooperación para el Desarrollo (NORAD) y estuvo a cargo de Malva-marina Pedrero, consultora de la OPS y la CEPAL y Ana María Oyarce, funcionaria del CELADE-División de Población de la CEPAL. Los procesamientos estadísticos estuvieron a cargo de Concepción Valdés, consultora de la OPS, quien contó con el apoyo de Bruno Ribotta, consultor del CELADE-División de Población de la CEPAL. La coordinación técnica estuvo a cargo de Matilde Maddaleno y Alejandro Giusti, de la OPS, y Fabiana Del Popolo, del CELADE-División de Población de la CEPAL.

Publicación de las Naciones Unidas

LC/R.2171

Copyright © Naciones Unidas, octubre de 2011. Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile • 2011-40

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse al Secretario de la Junta de Publicaciones, Sede de las Naciones Unidas, Nueva York, N. Y. 10017, Estados Unidos. Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Solo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

Índice



Prólogo	11
Introducción	13
Capítulo I	
Antecedentes	17
Capítulo II	
Aspectos conceptuales para abordar la situación de la juventud indígena: determinantes sociales y derechos colectivos	23
A. La juventud: categoría social y culturalmente construida	23
1. Una perspectiva crítica sobre la aplicabilidad del concepto de adolescencia en pueblos indígenas	25
2. ¿Qué muestran las etnografías sobre la transición entre la niñez y la vida adulta?	27
B. El enfoque de determinantes sociales: una herramienta para comprender la situación de salud de los jóvenes indígenas	30
C. Los derechos de los jóvenes indígenas	32
Capítulo III	
Aspectos metodológicos	35
Capítulo IV	
Jóvenes indígenas en América Latina: antecedentes demográficos . . .	39
A. Población joven (de 10 a 24 años)	40

1. Magnitud de la población	40
2. Composición por sexo	41
3. Distribución urbana y rural	42
B. Población de 10 a 19 años	44
1. Magnitud de la población	44
2. Composición por sexo	45
3. Distribución urbana y rural	46
C. Población de 15 a 24 años	46
1. Magnitud de la población	46
2. Composición por sexo	47
3. Distribución urbana y rural	47
D. Conclusiones: juventud relativa y marcada ruralidad de los pueblos indígenas	48

Capítulo V

Algunos indicadores para aproximarse a la situación socioeconómica de los jóvenes indígenas51

A. El acceso a la educación	51
B. Participación económica	56
C. A modo de síntesis.	59

Capítulo VI

Aproximaciones a la salud reproductiva de los jóvenes indígenas61

A. Inicio de la vida sexual	62
B. Maternidad en edades tempranas	64
1. El embarazo en jóvenes menores de 20 años	68
C. Conclusiones: patrones reproductivos diferenciados entre jóvenes indígenas y no indígenas	72

Capítulo VII

Juventud indígena y discapacidad75

Capítulo VIII

La salud mental de los jóvenes indígenas:un desafío pendiente81

A. Una aproximación al suicidio en jóvenes indígenas	82
B. Estudio de caso: mortalidad por traumatismo, lesiones y suicidio en jóvenes indígenas de Chile	85
C. Depresión en jóvenes indígenas	91
1. Datos epidemiológicos sobre depresión en jóvenes	92
2. Depresión y trabajo de la cultura: un enfoque necesario para un abordaje intercultural	93

D. La urgente necesidad de generar información sistemática sobre la salud mental de los jóvenes indígenas.	94
---	----

Capítulo IX

Recomendaciones para el mejor abordaje de la salud de la juventud indígena de las Américas.	95
---	-----------

Bibliografía	103
---------------------------	------------

Anexo metodológico.	111
---------------------------------	------------

Anexo estadístico	121
--------------------------------	------------

Índice de gráficos

Gráfico IV.1	América Latina (14 países): proporción de la población de 10 a 24 años sobre el total indígena y no indígena. Ronda de censos de 2000. ....	.41
Gráfico IV.2	América Latina (14 países): razón de masculinidad de la población de 10 a 24 años, por pertenencia a pueblos indígenas. Ronda de censos de 2000. ....	.41
Gráfico IV.3	América Latina (14 países): población de 10 a 24 años residente en áreas rurales por condición étnica. Ronda de censos de 2000 .	.42
Gráfico IV.4	América Latina (14 países): proporción de población de 10 a 19 años sobre el total indígena y no indígena. Ronda de censos de 2000. ....	.45
Gráfico IV.5	América Latina (14 países): razón de masculinidad de la población de 10 a 19 años, por pertenencia a pueblos indígenas. Ronda de censos de 2000. ....	.45
Gráfico IV.6	América Latina (14 países): población de 10 a 19 años residente en áreas rurales por condición étnica. Ronda de censos de 2000 .	.46
Gráfico IV.7	América Latina (14 países): proporción de población de 15 a 24 años sobre el total indígena y no indígena. Ronda de censos de 2000. ....	.47
Gráfico IV.8	América Latina (14 países): razón de masculinidad de la población de 15 a 24 años, por pertenencia a pueblos indígenas. Ronda de censos de 2000. ....	.47
Gráfico IV.9	América Latina (14 países): población de 10 a 19 años residente en áreas rurales por condición étnica. Ronda de censos de 2000 .	.48
Gráfico V.1	América Latina (14 países): diferencia relativa entre proporción de analfabetismo indígena y no indígena. Jóvenes (de 15 a 24 años) y población total. Ronda de censos de 2000 .....	.53
Gráfico VI.1	América Latina (14 países): proporción de madres jóvenes de 15 a 24 años, por condición étnica. Ronda de censos de 2000 . . . .	.65
Gráfico VI.2	América Latina (14 países): proporción de madres jóvenes en unión (de 15 a 24 años), según condición étnica. Ronda de censos de 2000. ....	.65

Gráfico VI.3	América Latina (14 países): proporción de madres jóvenes sin instrucción (de 15 a 24 años), según condición étnica. Ronda de censos de 2000. . . . .	.67
Gráfico VI.4	América Latina (14 países): proporción de madres jóvenes de 15 a 19 años, por condición étnica. Ronda de censos de 2000 . . . . .	.70
Gráfico VI.5	América Latina (14 países): proporción de madres jóvenes de 15 a 19 años respecto del total de mujeres con hijos, por condición étnica. Ronda de censos de 2000. . . . .	.71
Gráfico VII.1	América Latina (13 países): proporción de jóvenes (de 10 a 24 años) con discapacidad, por condición étnica. . . . .	.76
Gráfico VII.2	América Latina (13 países): proporción de jóvenes (de 10 a 19 años) con discapacidad, por condición étnica. . . . .	.78
Gráfico VII.3	América Latina (13 países): proporción de jóvenes (de 15 a 24 años) con discapacidad, por condición étnica. . . . .	.78
Gráfico VII.4	América Latina (13 países): proporción de jóvenes (de 10 a 24 años) con discapacidad, por condición étnica. . . . .	.79
Gráfico VII.5	América Latina (13 países): proporción de jóvenes (de 10 a 24 años) con discapacidad, por sexo . . . . .	.79
Gráfico VII.6	América Latina (13 países): proporción de jóvenes (de 10 a 19 años) con discapacidad, por condición étnica. . . . .	.79
Gráfico VII.7	América Latina (13 países): proporción de jóvenes (de 10 a 19 años) con discapacidad, por sexo . . . . .	.80
Gráfico VII.8	América Latina (13 países): proporción de jóvenes (de 15 a 24 años) con discapacidad, por condición étnica. . . . .	.80
Gráfico VII.9	América Latina (13 países): proporción de jóvenes (de 15 a 24 años) con discapacidad, por sexo . . . . .	.80
Gráfico VIII.1	Tasa bruta de mortalidad en la población de 10 a 24 años, por condición étnica, Chile, 2004-2006. . . . .	.85
Gráfico VIII.2	Tasa de mortalidad por traumatismos, accidentes y violencia en la población de 10 a 24 años, por condición étnica, Chile, 2004-2006. . . . .	.87
Gráfico VIII.3	Tasa de mortalidad por suicidio en la población de 10 a 24 años, por condición étnica, Chile, 2004-2006 . . . . .	.89
Gráfico VIII.4	Tasa de mortalidad por suicidio en la población de 15 a 24 años, por condición étnica, servicios de salud seleccionados, Chile, 2004-2006. . . . .	.90

Índice de cuadros

Cuadro V.1	América Latina (14 países): proporción de analfabetismo. Población de 15 a 24 años, población y total por condición étnica. Ronda de censos de 2000. . . . .	.53
Cuadro V.2	América Latina (14 países): proporción de analfabetismo. Población total y población de 15 a 24 años, por condición étnica y sexo. Ronda de censos de 2000 . . . . .	.55
Cuadro V.3	América Latina (14 países): promedio de años de estudio, población total y población de 15 a 24 años, por condición étnica. Ronda de censos de 2000 . . . . .	.56

Cuadro V.4	América Latina (14 países): tasa de participación económica. Población total y población de 15 a 24 años, por condición étnica. Ronda de censos de 2000 . . . . .	.57
Cuadro V.5	América Latina (14 países): tasa de participación económica de la población joven por condición étnica y sexo. Ronda de censos de 2000 . . . . .	.58
Cuadro VI.1	América Latina (6 países): edad de la primera relación sexual (de 15 a 24 años), según condición étnica. Encuestas seleccionadas . . .	.64
Cuadro VI.2	América Latina (3 países): tipo de la primera relación sexual (de 15 a 24 años), según condición étnica. Encuestas seleccionadas . . .	.64
Cuadro VI.3	América Latina (14 países): distribución de madres jóvenes (de 15 a 24 años) por rezago educacional según condición étnica. Ronda de censos de 2000 . . . . .	.66
Cuadro VI.4	América Latina (14 países): proporción de madres jóvenes (de 15 a 24 años) por rezago educacional según condición étnica. Ronda de censos de 2000 . . . . .	.68
Cuadro VIII.1	Distribución relativa de las defunciones por grandes grupos de causa de muerte, según condición étnica (población de 10 a 24 años, 2004-2006) . . . . .	.86
Cuadro VIII.2	Distribución relativa de las defunciones por traumatismos por causa específica de muerte, según condición étnica (población de 10 a 24 años, 2004-2006) . . . . .	.87

Prólogo



Hace ya varias décadas irrumpe en el escenario sociopolítico latinoamericano un importante movimiento indígena, que demanda a los Estados nacionales garantías a sus derechos fundamentales. Un aspecto primordial para avanzar en la implementación de esos derechos es la visibilización de las situaciones de inequidad que los afectan, como condición necesaria para diseñar políticas públicas oportunas y pertinentes y establecer sistemas de indicadores para su monitoreo y evaluación.

Desde la perspectiva de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), tal como se expresa en el documento *La hora de la igualdad: Brechas por cerrar, caminos por abrir*, la articulación de democracia, desarrollo e implementación de derechos supone enfrentar las desigualdades políticas, sociales, económicas, territoriales y étnicas vigentes en América Latina y el Caribe. Para ello, es preciso implementar políticas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y disparidad social que afecta a ciertos segmentos y grupos sociales, particularmente a los pueblos indígenas.

En este sentido, el primer desafío en materia de información es la producción de indicadores diferenciados que permitan monitorear el cumplimiento de los derechos de los pueblos indígenas en el contexto de los países en los cuales se insertan. Además, también es urgente hacer visible la heterogeneidad de situaciones, contextos y circunstancias que enfrentan estos pueblos en los escenarios latinoamericanos. Por lo tanto, es preteritorio trascender las informaciones generales, para visibilizar, dentro de estos pueblos, a los grupos específicos que concentran las desigualdades; tal es el caso, por ejemplo, de las mujeres, los niños, los habitantes rurales y los jóvenes. La investigación que

aquí se presenta se focaliza precisamente en este último grupo, abordando sobre todo el ámbito de la salud.

Desde una perspectiva amplia, a nivel demográfico, entre los pueblos indígenas de América Latina se verifica que el proceso de envejecimiento poblacional avanza a ritmos menos acelerados que para el resto de la población regional. Por tal razón, entre ellos los jóvenes continúan siendo un segmento muy numeroso de la población. Conjuntamente, aunque en varios países se constata un predominio de asentamiento rural, también se observa un aumento de la migración campo-ciudad entre las y los jóvenes indígenas. Esta situación los sitúa en un contexto en que se ponen al centro constantes tensiones entre tradición y modernidad, entre apego a la cultura propia y a los modos de vida occidentales.

La constatación de estas características demográficas de la juventud indígena tiene variadas implicancias en materia de salud, con los consiguientes desafíos de políticas no solo para mejorar el acceso a los servicios y lograr una cobertura universal sino también porque se requiere avanzar en la adecuación cultural de las estrategias para mejorar la calidad de vida y bienestar de los jóvenes, pues de ellos depende en gran medida la supervivencia de los pueblos indígenas como colectivos culturalmente diferenciados.

Aun cuando la población joven se enferma y muere proporcionalmente menos que otros grupos etarios, no es menos cierto que, tal como se señala en el documento, los jóvenes indígenas enfrentan desigualdades, vinculadas tanto a los determinantes estructurales como próximos de la salud, que los sitúan en una posición de mayor vulnerabilidad que los jóvenes no indígenas. En este sentido, los antecedentes aportados en este trabajo muestran sistemáticas brechas de equidad en materia de educación, en desmedro de los jóvenes indígenas; revelando además, que el sistemático incremento de los niveles educacionales verificado entre las generaciones más jóvenes de los pueblos indígenas no ha implicado superar las brechas interétnicas, que se potencian con las de género, lo que pone en entredicho sus posibilidades reales de desarrollo. Si bien la situación educacional ha mejorado, las inequidades persistentes frente a la juventud no indígena implican una falta de igualdad de oportunidades para la juventud indígena, limitando sus posibilidades a empleos de menor ingreso y con una mayor vulnerabilidad. Esto tiene su impacto en la salud y se asocia, entre otros factores, a tasas más altas de mortalidad por traumatismos, accidentes y violencia, principales causas de muerte en las poblaciones jóvenes.

En vista de que la meta 5B del quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio es lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva, el estudio también aborda algunos aspectos de esta materia. En particular se centra en

examinar los patrones reproductivos de las jóvenes indígenas, que suelen caracterizarse por un inicio más temprano de la vida sexual, generalmente en el marco de relaciones de pareja establecidas, y por una mayor incidencia de maternidad temprana. Ambos aspectos resultan claves para aproximarse a la fecundidad más alta observada entre estas jóvenes, sin desconocer que en parte puede ser no deseada, como una de las expresiones de su desventajosa posición en la estructura social y de su limitado acceso a la información sobre salud reproductiva.

Por otro lado, también en el ámbito de la salud, han surgido problemas asociados a una modernidad acelerada, que dan cuenta del estrés social y los dilemas de identidad que afectan a los jóvenes indígenas, tales como el alarmante aumento del suicidio y problemas de salud mental en general, que se abordan en este documento desde una perspectiva sociocultural, con énfasis en la implementación del derecho a la integridad cultural de los pueblos indígenas.

La información contenida en este documento constituye un insumo fundamental para el diseño de políticas inclusivas, que promuevan la igualdad, respeten la diversidad cultural de América Latina y el Caribe y reconozcan que los jóvenes indígenas son un grupo vulnerable pero, por sobre todo, personas con una gran resiliencia cultural en cuyo futuro está también el futuro de los pueblos indígenas de América Latina.

Alicia Bárcena
Secretaría Ejecutiva
Comisión Económica para
América Latina y el Caribe
(CEPAL)

Mirta Roses
Directora
Organización Panamericana
de la Salud
(OPS)

Introducción



La visibilización estadística de los pueblos indígenas es una tarea de primer orden en lo que respecta al diseño de políticas públicas inclusivas que permitan superar las profundas brechas de equidad que los afectan, evidenciadas a través de múltiples indicadores de desarrollo social. Así lo han entendido la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), quienes de manera conjunta —y con el apoyo de otros organismos del sistema de las Naciones Unidas, como el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)— están realizando esfuerzos sistemáticos por incluir el enfoque étnico en las estadísticas vitales y los registros de salud. Ello, en respuesta a la creciente demanda de información generada por los movimientos indígenas en América Latina.

En este contexto, el CELADE-División de Población de la CEPAL y la OPS, han realizado en los últimos años una prolifera labor que ha permitido avanzar en la sistematización de las experiencias latinoamericanas de medición estadística y caracterización de los pueblos indígenas a nivel regional. También han contribuido al establecimiento de una serie de orientaciones técnicas respecto de la inclusión del enfoque étnico en las fuentes de datos, consensuadas en diversos talleres y reuniones de expertos de carácter regional. A estas iniciativas, enmarcadas en el proyecto Enfoque étnico en las fuentes de datos y estadísticas de salud, se suma la producción de información sobre salud materno-infantil entre los pueblos indígenas y la creación de un sistema informático de registro integral de salud, como una forma de fortalecer modelos interculturales de atención que se implementan en territorios indígenas.

Con la aprobación, en 2008, por parte del Consejo Directivo de la OPS de la Estrategia regional para mejorar la salud de los adolescentes y los jóvenes, surge el desafío de generar información específica sobre este segmento etario. En vista de la diversidad étnica y cultural propia de América Latina, dicha información debe desagregarse necesariamente por condición étnica. Asimismo, el CELADE-División de Población de la CEPAL incluye en su programa de trabajo a los pueblos indígenas como uno de sus temas prioritarios. Entre sus investigaciones recientes ha abordado, entre otros, los asuntos de los jóvenes indígenas en conjunto con la Organización Iberoamericana de Juventud (OIJ). Con este documento, se pretende avanzar en ese sentido. Para ello, se presentan antecedentes sociodemográficos y socioeconómicos generales, diferenciados entre poblaciones indígenas y no indígenas de 14 países de América Latina, generados a partir de la ronda de censos de 2000. En lo específico, se aportan antecedentes sobre salud reproductiva y salud mental entre los jóvenes indígenas. Por último, se concluye con una serie de recomendaciones generales para el abordaje de la salud de los jóvenes, en las que se consideran sus particularidades étnicas y culturales.

Capítulo I

Antecedentes

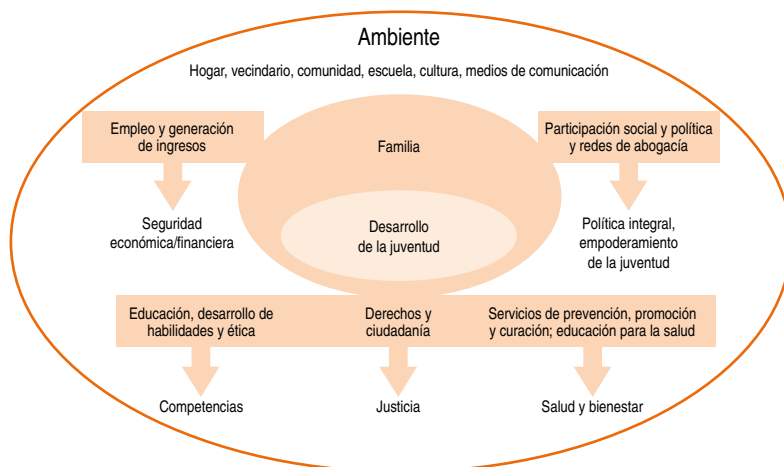


Pese a que los jóvenes representan el 30% de la población de América Latina, en general se ha hecho poco énfasis en su desarrollo en las políticas públicas. En el ámbito específico de la salud, su escaso relevamiento se sustentaba en pruebas epidemiológicas que indican que los riesgos de enfermar y morir en esta etapa del ciclo vital son menores que entre los niños y los adultos mayores. Pese a ello, es sabido que aproximadamente un 70% de las muertes prematuras en adultos tienen sus causas en hábitos adquiridos durante la juventud. Además, hay causas específicas de enfermedad y muerte en esta etapa de la vida relacionadas principalmente con salud mental y accidentes. Por lo anterior, resulta imprescindible diseñar estrategias que permitan enfrentar precozmente las necesidades y problemas de los jóvenes (Maddaleno y otros, 2003). En este escenario, desde hace más de una década la OPS ha priorizado acciones orientadas a este segmento poblacional. Este proceso comienza en 1997 con la aprobación del Plan de Acción sobre Salud y Desarrollo del Adolescente en las Américas 1998-2001 y el diseño de un marco conceptual específico centrado en el desarrollo humano y en la promoción de la salud dentro del contexto de la familia, la comunidad y el desarrollo social, político y económico¹.

¹ Resolución CD40.R16, aprobada en el XL Consejo Directivo de la OPS, realizado en 1997.

■ Diagrama I.1 ■

Marco conceptual de salud y desarrollo para la promoción de la salud de adolescentes y jóvenes



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Plan de Acción sobre Salud y Desarrollo del Adolescente en las Américas 1998-2001*, 1998.

Este marco conceptual implica un cambio de paradigma en el abordaje de la salud de jóvenes y adolescentes, al asumir, por una parte, que para prevenir problemas en el futuro, es necesario promover y alcanzar hoy su desarrollo y, por otra, que este grupo etario presenta problemas específicos de salud que requieren de un abordaje integral. Es un modelo que debe entenderse como proceso continuo, mediante el que los adolescentes y jóvenes satisfacen sus necesidades, desarrollan competencias, generan habilidades y cultivan vínculos sociales de colaboración. Un aspecto clave en este marco, muy útil para entender las condiciones de vida y de salud de los jóvenes indígenas, es el hecho de que se adopta un enfoque de derechos, que se debe contextualizar y ampliar más allá de los derechos ciudadanos individuales pues, al pertenecer a pueblos culturalmente diferenciados, sus derechos revisten además un carácter colectivo (véase el diagrama I.1).

Más recientemente, la OPS ha elaborado la Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes y Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes cuyo propósito es contribuir al mejoramiento de la salud de este grupo de población mediante el desarrollo y fortalecimiento de la respuesta integrada del sector de la salud y la implementación de programas de promoción, prevención y cuidado de salud de adolescentes y jóvenes². Con este fin, propone siete líneas de acción:

² La Estrategia regional fue aprobada en 2008 por el 48° Consejo Directivo de la OPS, según la resolución CD48.R5. El Plan de Acción, por su parte, se aprobó en el 49° Consejo Directivo de 2009, según la resolución CD49.R14.

- i) información estratégica e innovación;
- ii) entornos favorables y políticas basadas en datos científicos;
- iii) sistemas y servicios de salud integrados e integrales;
- iv) aumento de la capacidad de recursos humanos;
- v) intervenciones basadas en la familia, la comunidad y la escuela;
- vi) alianzas estratégicas y colaboración con otros sectores, y
- vii) comunicación social y participación de los medios de difusión.

Dado el carácter pluriétnico y pluricultural de la región, la implementación de cada una de estas líneas de acción impone desafíos específicos al quehacer sectorial. No solo se requiere avanzar en la generación de indicadores epidemiológicos convencionales diferenciados étnicamente, sino que es necesario profundizar en el conocimiento de esta etapa del ciclo vital en el marco de las culturas indígenas tradicionales, con el fin de materializar las intervenciones pertinentes.

Los antecedentes disponibles indican que en el contexto latinoamericano, la realidad de las juventudes indígenas es muy heterogénea a nivel territorial, demográfico, social y cultural. Aunque solo se cuenta con información fragmentada sobre sus condiciones de vida, se sabe que, producto de las condicionantes socioestructurales de la relación entre los pueblos originarios y los Estados, estos jóvenes se sitúan en una posición de mayor vulnerabilidad que sus pares no indígenas. Sumado a ello, los crecientes procesos de migración del campo a la ciudad y los efectos de sistemas educacionales homogeneizantes, entre otros factores, desarraigan a los jóvenes de la cultura tradicional. Esto viene acompañado de proyectos generacionales “modernos” que no llegan a surtir el efecto deseado, en el contexto de una sociedad dominante en que persisten patrones de exclusión y discriminación. En un contexto como este, surgen con fuerza conflictos de identidad, que se manifiestan de manera clara en problemas de salud mental. La expresión más dramática de estos problemas son las crecientes tasas de suicidio entre los jóvenes indígenas, que han sido documentadas entre los guaraníes del Brasil y el Paraguay (Bartomeu, 2004) y los mapuches y aimara de Chile (Oyarce y Pedrero, 2006, 2007, 2009).

Algunos estudios (Kliksberg, 2001; CEPAL/OIJ, 2004) indican que más allá de las supuestas ventajas relativas de los jóvenes en el mundo moderno, en las últimas décadas se ha visto que fueron fuertemente impactados por el aumento de la pobreza. En las Américas, entre fines del siglo XX y comienzos del XXI, el número de jóvenes en situación de pobreza aumentó en casi 8 millones, con lo que alcanzó una cifra total de aproximadamente 58 millones. En ese período, más de la mitad de los jóvenes rurales eran pobres y poco

más de un 25% vivía en condiciones de indigencia. Estas cifras son aun más elocuentes cuando se trata de los jóvenes indígenas, que siempre se sitúan en una situación más desfavorable respecto de los promedios generales debido a inequidades sistemáticas.

Las crecientes desigualdades en América Latina, ampliamente descritas en la literatura, son las condicionantes principales de la situación de salud de los jóvenes. Se ha señalado que las mayores situaciones de vulnerabilidad que afectan a los jóvenes marginados, rurales e indígenas son, entre otras: a) la posición socioeconómica, que los expone, por ejemplo, a mayores privaciones nutricionales, a condiciones deficientes de saneamiento ambiental y a un acceso limitado a la atención de salud; b) los menores niveles de escolaridad alcanzados por los jóvenes indígenas, en comparación con los no indígenas, debido a inequidades estructurales que limitan su acceso a información, participación y poder, factores básicos de los perfiles de morbimortalidad más vulnerables que presentan las poblaciones indígenas de la región; c) en materia de embarazo adolescente, las cifras no solo indican que la proporción de madres jóvenes es mayor en los estratos más pobres, sino que su acceso a atención en el embarazo, el parto y el posparto, es significativamente menor, y d) las causas violentas, a las que corresponde una parte importante de las muertes entre los jóvenes; de hecho, se estima que más de un 70% de los decesos de hombres jóvenes corresponde a causas violentas (CEPAL/OIJ, 2004).

Recuadro I.1

Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes

Línea estratégica	Objetivos	Acciones
Información estratégica e innovación	Fortalecer y apoyar la capacidad instalada de los países para mejorar los sistemas de información de salud de adolescentes y jóvenes.	<p>Consensuar una lista de indicadores básicos sobre la salud de la población joven respecto del seguimiento y comparación estandarizada dentro del país y entre países, a fin de identificar brechas e inequidades.</p> <p>Apoyar técnicamente a los países en el fortalecimiento de sus sistemas nacionales de información.</p> <p>Promover el análisis, síntesis y diseminación de la información integrada de distintas fuentes sobre el estado de salud y los determinantes sociales de la población joven en el país, a nivel subregional y regional.</p> <p>Apoyar la investigación regional y nacional sobre la repercusión de las nuevas tecnologías y la innovación en lo que respecta a mejorar la salud y el desarrollo de la población joven, además de difundir las intervenciones efectivas y las mejores prácticas.</p>
Entornos favorables y políticas públicas basadas en datos científicos	Promover y asegurar el desarrollo de entornos favorables y la implementación de políticas efectivas, integrales, sostenibles y basadas en datos científicos sobre la salud de adolescentes y jóvenes.	<p>Establecer políticas públicas que apoyen un mejor estado de salud de la población joven, con énfasis en las poblaciones jóvenes vulnerables, basadas en las recomendaciones de las resoluciones de la OMS y la OPS.</p> <p>Elaborar y poner en práctica políticas y programas que se basen en datos científicos y que, a su vez, sean consistentes con la Convención sobre los Derechos del Niño y las convenciones, declaraciones y recomendaciones del sistema de las Naciones Unidas y el marco interamericano (la OEA) en materia de derechos humanos.</p> <p>Abogar por ambientes que fomenten la salud y el desarrollo de la población joven, mediante el abordaje de los determinantes sociales de la salud y la promoción de comunidades saludables y seguras, incluida la iniciativa de escuelas promotoras de la salud.</p> <p>Apoyar el desarrollo y revisión de las políticas y legislaciones vigentes en temas prioritarios de salud de la población joven, especialmente las que influyen en el acceso a los servicios de salud.</p>
Sistemas de salud y servicios de salud integrados e integrales	Facilitar y apoyar el fortalecimiento de las capacidades del sistema de salud para responder a las necesidades de adolescentes y jóvenes.	<p>Implementar intervenciones a través del modelo efectivo de la OPS: Integración del Manejo del Adolescente y sus Necesidades Adolescentes (IMAN).</p> <p>Integrar los servicios con referencia y contrarreferencia entre los niveles primario, secundario y terciario.</p> <p>Aumentar el acceso a servicios de salud de calidad mediante el uso de estándares de calidad y asegurar la disponibilidad de insumos críticos de salud pública.</p> <p>Elaborar modelos de atención, incluidos modelos alternativos e innovadores de prestación de servicios que contribuyan a ampliar el acceso, como los consultorios móviles, los servicios de salud vinculados a la escuela y las farmacias, entre otros.</p> <p>Realizar estudios de disponibilidad, cobertura, utilización y costos de servicios.</p>

(continúa)

Recuadro I.1 (conclusión)

Línea estratégica	Objetivos	Acciones
Aumento de la capacidad de los recursos humanos	Apoyar el desarrollo y el fortalecimiento de los programas de formación de recursos humanos en salud integral de adolescentes, especialmente en las carreras de ciencias de la salud y afines, con miras al desarrollo de políticas y programas orientados a la promoción, prevención y atención de salud de adolescentes y jóvenes.	<p>Elaborar e implementar programas de formación relacionados con la salud y el desarrollo de adolescentes y jóvenes a nivel de pregrado, postgrado, y con servicios, mediante el uso de nuevas tecnologías, como las plataformas de ciberaprendizaje.</p> <p>Incluir el tema de salud de adolescentes y jóvenes en el currículo de los profesionales de salud y educación.</p> <p>Promover el fortalecimiento de las capacidades de los profesionales de la salud en atención primaria en los cursos evaluados de salud integral de adolescentes que actualmente apoya la OPS y que están disponibles en diversas plataformas virtuales.</p> <p>Incorporar la evidencia científica actual sobre la población joven y el tema del monitoreo y evaluación de programas en las plataformas virtuales de los cursos disponibles.</p>
Intervenciones basadas en la familia, la comunidad y la escuela	Desarrollar y apoyar los programas de promoción y prevención en materia de salud de adolescentes y jóvenes, con intervenciones basadas en las comunidades que fortalezcan a las familias, tengan en cuenta las escuelas y fomenten una amplia participación.	<p>Elaborar y disseminar herramientas basadas en pruebas que apoyen a los actores estratégicos en intervenciones que fortalezcan a las familias; por ejemplo, el programa evaluado de la OPS "Familias Fuertes con Hijos Adolescentes: Amor y Límites.</p> <p>Apoyar la movilización comunitaria con miras al cambio de las políticas institucionales y crear comunidades que favorezcan el desarrollo juvenil y la salud de los jóvenes.</p> <p>Desarrollar herramientas para promover la participación y el empoderamiento significativo de la población joven y sus comunidades, comenzando por la identificación de sus fortalezas y debilidades a fin de contribuir efectivamente al proceso decisorio, así como al diseño y la ejecución de los programas que los afecten.</p> <p>Fortalecer la relación entre los sectores de salud y educación con miras a desarrollar programas integrales a favor de los adolescentes y jóvenes, de modo que sea posible monitorear y evaluar su impacto.</p>
Alianzas estratégicas y colaboración con otros sectores	Facilitar el diálogo y la construcción de alianzas entre socios estratégicos con miras a promover la salud de adolescentes y jóvenes y asegurar que todos los socios estratégicos participen en el establecimiento de políticas y programas relacionados con este grupo etario.	<p>Desarrollar acciones integradas y coordinadas entre el sector de la salud y los asociados estratégicos a nivel regional, nacional y local.</p> <p>Aumentar y fortalecer los programas interinstitucionales relacionados con la población joven entre los organismos de las Naciones Unidas y los órganos y organismos de la Organización de los Estados Americanos.</p> <p>Establecer mecanismos de cooperación Sur-Sur y para compartir las buenas prácticas y las lecciones aprendidas en la región.</p>
Comunicación social y participación de los medios de difusión	Apoyar la incorporación de intervenciones en comunicación social y tecnologías innovadoras en los programas nacionales de salud de adolescentes y jóvenes.	<p>Promover imágenes, comportamientos y valores positivos en relación con la salud de la población joven.</p> <p>Fortalecer a los países en el uso de técnicas y nuevas tecnologías de comunicación social con miras a aumentar las intervenciones y el acceso a los servicios de salud.</p> <p>Apoyar la generación de pruebas en este tema, especialmente en lo que respecta al uso de nuevas tecnologías y su impacto en la salud.</p>

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes*, 2008.

Capítulo II

Aspectos conceptuales para abordar la situación de la juventud indígena: determinantes sociales y derechos colectivos



A. La juventud: categoría social y culturalmente construida

Los jóvenes como sujetos sociales comienzan a definirse, al menos en términos del análisis social, a partir de la segunda mitad del siglo XIX. Desde entonces se ha considerado que ser joven no se refiere exclusivamente a una etapa biológica, sino más bien a una construcción social, que en el caso de Occidente se ha fundamentado en preceptos de la revolución industrial: “La juventud es un producto de la sociedad burguesa, de la sociedad capitalista, antes la juventud no existía, ¿pero es que acaso antes no había jóvenes? Sí, efectivamente uno podría decir [que] jóvenes siempre hubo, mientras que juventud no, la juventud como fenómeno social, en los términos occidentales que hoy lo comprendemos, es un producto histórico que deviene de las revoluciones burguesas y del nacimiento y desarrollo del capitalismo” (Balardini, 2000).

Desde que Pierre Bourdieu masificara la idea de que cada sociedad y cultura establece determinadas pautas para definir lo “juvenil”, se ha evidenciado que “la juventud y la vejez no están dadas, sino que se construyen socialmente en la lucha entre viejos y jóvenes” (Bourdieu, 1990). Es decir, la juventud es una categoría social y culturalmente definida y construida. Por ello, tanto su extensión como sus contenidos específicos son dinámicos y contextuales; varían en función de cada cultura, época y estructura social.

En Occidente, se considera que los límites de la juventud están dados, por un lado, por los cambios fisiológicos que experimentan los individuos luego de la niñez y, por el otro, por su independencia de la familia de origen, la autosubsistencia, la inserción sociolaboral y la construcción de una familia propia. En este sentido, se corresponde con una fase de preparación o adiestramiento para la vida adulta, por lo que se ha asumido que tendría un carácter moratorio.

Bourdieu cree que tras este carácter moratorio de la juventud subyace una lógica de control del poder por parte del mundo adulto, lo que implica subordinación y exclusión. Por ello se ha dicho que la juventud puede definirse como una condición social que otorga a los individuos una posición en la estructura social. En la misma línea, Lutte (1991), propone que la adolescencia es un período de marginación causado por las estructuras sociales fundadas históricamente en la desigualdad. Por el mismo motivo, en sociedades más igualitarias la juventud estaría en menores condiciones de marginación.

En América Latina, sin embargo, la juventud como etapa de moratoria solo se podría verificar entre minorías sociales de niveles socioeconómicos más elevados y se circunscribiría preferentemente a las zonas urbanas, donde existirían condiciones propicias a una preparación más prolongada para la vida adulta. En cambio, entre las clases y culturas subalternas, y más aun entre los pueblos indígenas, el período de transición, si existe, es más corto y a veces imperceptible, pues la población experimenta una incorporación más precoz a la vida productiva y reproductiva.

Como señala Liebel (1992) en su estudio de las juventudes populares de Nicaragua, en sociedades jóvenes, y particularmente en el caso de las poblaciones marginadas de las opciones de la modernización, la esperanza de vida es menor, las personas pasan por períodos breves de actividad productiva y son relevadas rápidamente por las generaciones siguientes. Se da así un contexto en que la juventud, como tal, es débilmente reconocida, con lo que se facilita un rápido pasaje y mayor ambigüedad en la representación joven-adulto.

Los ciclos vitales individuales indígenas son algo diferentes, pues su adiestramiento para la participación plena en la comunidad de los adultos se inicia tempranamente, incluso desde el nacimiento, mediante los ritos que marcan la entrada a la comunidad de los vivos. Estos aspectos se abordarán más adelante.

La diversidad de contenidos y formas que adopta la condición juvenil en contextos pluriétnicos limita obviamente la posibilidad de una definición integradora y universal. Sin embargo, en Occidente se han adoptado ciertos criterios cronológicos, congruentes con transformaciones fisiológicas y

sociales, que permiten hacer operativa esta categoría. Así, desde 1985 las Naciones Unidas adoptaron como criterio normativo la cohorte de edad que se encuentra entre los 15 y los 24 años, aunque este rango puede desplazarse hacia arriba o hacia abajo, según las exigencias que impongan a los jóvenes los contextos particulares y nacionales. La Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes, en tanto, sitúa igualmente la juventud entre los 15 y los 24 años.

La variabilidad en la definición de los límites de la categoría juventud en los países latinoamericanos es amplia: entre los 7 y 18 años en El Salvador, entre los 12 y 26 años en Colombia; entre los 12 y 35 años en Costa Rica; entre los 12 y 29 años en México; entre los 14 y 30 años en la Argentina; entre los 15 y 24 años en el Ecuador, el Estado Plurinacional de Bolivia, el Perú y la República Dominicana; entre los 15 y 25 años en Guatemala; entre los 15 y 29 años en los casos de Chile, Cuba, España, Panamá y el Paraguay, y entre los 18 y 30 años en Nicaragua.

A los efectos de este estudio, sin embargo, se utilizarán las categorías definidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que reconocen: a) la adolescencia, como una etapa que transcurre entre los 10 y 19 años y que incluye dos fases, la adolescencia temprana (de 10 a 14 años) y la adolescencia tardía (de 15 a 19 años); y b) la juventud, que comprende el período entre los 15 y los 24 años de edad. Así pues, se analizarán indicadores aplicables a la juventud en general (de 10 a 24 años) y, en la medida en que lo permitan las fuentes de datos, se particularizará la situación de los jóvenes de los dos segmentos etarios recién mencionados. Se hará énfasis en dos aspectos centrales de la salud de los jóvenes: la salud reproductiva, principalmente en lo relativo a la maternidad temprana, y el daño a la salud mental, dado que ya varias investigaciones alertan sobre el aumento de las tasas de suicidio y abuso de sustancias entre los jóvenes indígenas.

1. Una perspectiva crítica sobre la aplicabilidad del concepto de adolescencia en pueblos indígenas

La adolescencia se ha definido como un período moratorio entre la niñez y la edad adulta, formada por las fases de desarrollo que la preceden y la siguen (Crockett y Petersen, 1993). La naturaleza extendida de la adolescencia en las naciones industrializadas occidentales ha llevado a los expertos a distinguir incluso tres fases secundarias: adolescencia temprana (de 11 a 14 años), adolescencia media (de 15 a 17 años) y última adolescencia (de 18 a 20 años) (Cote y Allahar, 1996). Desde un punto de vista social, esta definición basada en edades es arbitraria porque, como ya se describió anteriormente, la transición social de la niñez a la adolescencia se puede iniciar en diversas

edades en distintas culturas y puede tener significados diferentes para los individuos en distintos pueblos y grupos.

Además, en el caso de las delimitaciones basadas en la edad que se hacen en relación con el tema de las madres adolescentes, hay que considerar que se aborda este grupo como si fuera un colectivo homogéneo. Esta situación dista mucho de la realidad que se da en los distintos países y contextos sociopolíticos, la que, por ejemplo, abarca rangos de edad que van desde niñas de séptimo grado de enseñanza primaria hasta mujeres legalmente adultas (Millstein e Igra, 1997).

Desde una perspectiva antropológica todas las sociedades y culturas tienen modelos sobre el orden y las etapas de la vida: nacimiento, crecimiento, vida adulta y muerte, sexualidad, embarazo y parto (Erickson, 1998). No obstante, la estructura y el contenido de ese período varía de acuerdo a marcadores culturales, que a su vez reflejan patrones e instituciones sociales más amplios (Benedict, 1973). Dado que la adolescencia, como etapa de vida, es una construcción occidental, es cuestionable su supuesta universalidad, por lo que es una categoría limitada y culturalmente inadecuada para comprender el significado de la transición entre la niñez y la adultez en estos pueblos (Crockett y Petersen, 1993).

Según Worthmann (1986), se deben considerar tres tipos de marcadores culturales para comprender el equivalente a la adolescencia en otras sociedades y culturas: los marcadores de desarrollo, la claridad social e institucional de esa etapa y los roles sociales.

- i) Los marcadores de desarrollo: sugieren que las culturas estructuran la experiencia de la transición de la niñez a la vida adulta, principalmente mediante la atribución de significado social a señales de desarrollo particulares tales como la menarquía, el tamaño físico o la habilidad adquirida. Estas señales, que definen el curso normativo del desarrollo, varían de una cultura a otra y parecen estar vinculadas con la organización socioeconómica de la sociedad. Así, los marcadores biológicos, como la menarquía, se celebran más en aquellas sociedades en que la pubertad se liga al matrimonio y este tiene funciones políticas y económicas importantes.

En contraste, en sociedades industrializadas con estructuras ocupacionales complejas y focalizadas en logros objetivables, más que en el estado social, la pubertad ocurre mucho antes de que se alcance el nivel requerido de capacidad técnica (Crockett y Petersen, 1993).

En síntesis, la cultura conforma las etapas del ciclo vital, su extensión y secuencia. De este modo, el derecho de casarse se liga a la madurez biológica en las sociedades tradicionales y a la finalización de la enseñanza

formal, en las sociedades industrializadas occidentales (Crockett y Petersen, 1993). La mayor parte del dilema del embarazo adolescente en el mundo moderno se relaciona con un adelanto de la menarquia y un retraso en la edad del matrimonio o unión, aspectos que se retomarán en secciones posteriores.

- ii) Claridad en la identificación de la adolescencia como una etapa del ciclo vital individual: este marcador se refiere a la forma en que una cultura define la adolescencia como etapa de la vida, si se conceptualiza en forma clara y definida o si, por el contrario, está subsumida en otras etapas.

En muchas culturas indígenas, los ritos de paso y la iniciación definen el paso de la niñez a la vida adulta, es decir, el rito marca la transición y no necesariamente corresponde a una etapa. Por el contrario, en los países occidentales, claramente se distingue la adolescencia como una etapa del ciclo vital que ha ido perdiendo el carácter ritual de transición, siendo las instituciones educacionales, religiosas y de salud las que definen sus límites, aun cuando estos sean ambiguos y arbitrarios (Crockett y Petersen, 1993).

- iii) Los roles sociales: los roles sociales forman el contenido de la adolescencia y de sus secuencias. Por ejemplo, en los Estados Unidos la secuencia normativa con que se marca el fin de la adolescencia consiste en finalizar la educación, conseguir trabajo, casarse y, después, tener hijos. Si se tienen hijos antes, esto se considera una situación “anormal”, de “riesgo”. En cambio en otras culturas la menarquia marca el inicio del rol de esposa, que se consolida oficialmente al tener el primer hijo. Es decir, tener hijos es un paso que conduce al matrimonio y no su resultado (Crockett y Petersen, 1993).

Por lo anterior, el concepto de adolescencia al ser aplicado a los pueblos indígenas, no solo limita la comprensión de la juventud en su propio contexto, sino que la aliena de su verdadero sentido cultural y transfiere el estigma que este posee en el mundo occidental. Desde una perspectiva de derecho y de integridad cultural, lo más pertinente es aproximarse desde un concepto más general, como juventud de pueblos indígenas.

2. ¿Qué muestran las etnografías sobre la transición entre la niñez y la vida adulta?

Tradicionalmente, en muchos pueblos indígenas no habría existido una etapa mediadora entre la niñez y la adultez. Más bien, existiría un ciclo continuo y prolongado de tránsito entre ambas, cuya culminación en muchos casos está marcada por ritos de carácter colectivo.

Sobre este último aspecto, existen evidencias de su existencia muy pretérita. Por ejemplo, entre los mayas de la península de Yucatán existía una ceremonia que se denominaba *emku* (bajada de dios), en la que se retiraban las cuentas que los niños llevaban atadas a la cintura como señal de virginidad. Se integraban así a la vida adulta (Nauhardt, 1997, en Ortiz, 2002). Otros antecedentes etnográficos que apoyan la idea de la transición mínima o inexistente, son los aportados por Gusinde (1986), que describe la ceremonia de *klöketen* o *hain*, como marca de la transición de niño a adulto entre los yámana del extremo austral de Chile³.

Las etnografías contemporáneas muestran que, a pesar de la diversidad local, entre los pueblos indígenas la etapa de transición se marca culturalmente por medio de rituales y, en algunos casos, se considera que los jóvenes alcanzan el rol de adultos cuando forman una nueva familia. Zapata y Hoyos (2005), han descrito ritos de paso de la niñez a la adultez de la mujer entre algunos pueblos indígenas de Colombia. Por ejemplo, entre los emberá catío se practica el *jemené*, fiesta comunitaria que celebra la primera menstruación de las niñas. Los tulle siguen practicando un rito similar, denominado *surbainna* (Salazar y Vallejos, 2002). En general estos ritos de transición poseen gran importancia cultural, básicamente por dos elementos: en primer lugar, la consagración de estos pueblos a la Madre Tierra como generadora de vida se recrea simbólicamente a través de la fertilidad que empieza a encarnar la niña. Por otro lado, desde un punto de vista subjetivo, el ritual se refiere tanto a la presentación de la nueva mujer a la comunidad como a la purificación de su cuerpo y espíritu, en forma que permita un sano ingreso a la edad reproductiva y un desarrollo armonioso de la persona en su nueva condición social. Por su parte, los tikuna, también de Colombia, celebran la “fiesta de pelazón”, después de la primera menstruación de las niñas (DNP, 2006). Este tipo de rituales también existe entre los amazónicos yanomani y los yekwana de la República Bolivariana de Venezuela (Velázquez, 2004), entre otros. En el caso de los varones, entre los xingu del Brasil, se practica *awawoiá*, un rito de transición a la edad adulta. El adolescente comienza el rito de *awawoiá* cuando tiene 13 años. Pasa de dos a cinco años en el aislamiento y el entrenamiento antes de definirse como miembro adulto de la sociedad de los xingu.

Entre los mbyá guaraní que habitan la provincia de Misiones, en la Argentina, al llegar a la adolescencia, varones y mujeres son designados *iñe'enguchu* e *iñe'engue*, respectivamente. En los varones, la transición está señalada por el cambio de la voz y, en las mujeres, por la primera menstruación, a la que

³ El hain es un rito de iniciación a través del que los jóvenes de 14 o 15 años (a quienes se denominaba *klöketen*) eran introducidos en la vida adulta. Durante la ceremonia, que duraba varios meses, los hombres mayores enseñaban a los más jóvenes los secretos de la caza y las costumbres, tradiciones y creencias de la sociedad yámana.

sigue un período de reposo y reclusión. En ambos casos, los jóvenes reciben de sus parientes un conjunto de consejos relacionados con sus futuros roles de adultos. A las mujeres, además, se les corta el cabello y se les aplica pintura facial elaborada con miel de abeja. Estas prácticas aún se mantienen en muchas aldeas mbyá, a diferencia del ritual de iniciación masculina, representado por la perforación del labio inferior y la colocación del *tembeta*, que no se realiza desde hace algunas décadas. Tanto las mujeres como los hombres están en condiciones de casarse o “acompañarse”, siempre que demuestren a sus padres y suegros responsabilidad y habilidad para desempeñar las tareas que les corresponden como futuros cónyuges. Solo a partir del nacimiento del primer hijo, hombres y mujeres son denominados, respectivamente, *karai* y *kuña karai*, términos que significan “persona adulta”, “señor” o “señora” (Remorini, 2008, en Del Popolo, López y Acuña, 2009).

Por otro lado, en muchas lenguas indígenas no existe una palabra para designar a la juventud. Tal es el caso, por ejemplo, de los huicholes o wirrárika de México. Entre ellos, el niño (*nonutzzi*) perteneciente a una familia y dependiente de ella, pasa directamente a ser adulto (*uki*) responsable de una familia. Desde los cinco años aproximadamente, niñas y niños empezaban a ser adiestrados por las personas mayores —mediante el trabajo en el espacio doméstico y en la agricultura— para que asumieran los roles adultos de cada género según su maduración biológica. El paso de *nonutzzi* a *uki* se producía con el matrimonio, que se realizaba a edades muy tempranas (Pacheco, 1997).

No obstante, la ausencia de expresiones que describan la juventud no es generalizada entre los pueblos indígenas. Zapata y Hoyos (2005), han reportado que entre los emberá chamí de Colombia se usa la palabra *kurá* para denominar a una persona que no ha madurado. En el área andina, los aimara utilizan los términos *wayna* y *tavako*, respectivamente, para denominar a un hombre y a una mujer jóvenes que están preparados socioculturalmente para el matrimonio, hito que marca el ingreso a la comunidad de los adultos como *jaqi* (persona). Será entonces un hito social y no cronológico el que les permita incorporarse a la comunidad de los adultos.

Una cuestión clave es comprender los ciclos vitales indígenas en su propio contexto, evitando establecer equivalencias automáticas entre las categorías tradicionales y las occidentales. Los programas de salud organizados en torno al ciclo vital no serán más pertinentes en términos culturales por el solo hecho de utilizar formalmente categorías indígenas, sino por adecuarse a ellas y responder a los modelos tradicionales.

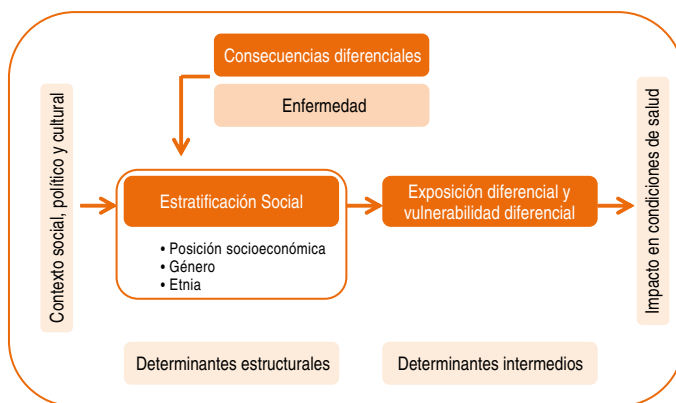
B. El enfoque de determinantes sociales: una herramienta para comprender la situación de salud de los jóvenes indígenas

El enfoque de determinantes sociales constituye un gran aporte conceptual y metodológico desde el punto de vista de la generación de políticas de salud pública, ya que permite distinguir los determinantes próximos (modificables) en los que habría que intervenir a fin de mejorar las condiciones de salud de los pueblos indígenas. La idea central de este enfoque, que se consolida a partir de las últimas décadas del siglo XX, es que los servicios de salud son solo uno de los factores que influyen sobre la salud de la población. Mucha mayor influencia tienen las condiciones sociales y económicas en que vive la gente: la pobreza, la injusticia social, el déficit de educación, la falta de seguridad alimentaria, la marginación social y la discriminación, la protección insuficiente de la infancia temprana, las pocas oportunidades para los jóvenes, la vivienda insalubre, el deterioro urbano, los déficits de acceso a agua potable, la violencia generalizada, las brechas en el acceso y cobertura de los sistemas de seguridad social. Por lo mismo, en lo que respecta a la definición de políticas públicas en materia de salud resulta ineludible conocer cómo se comportan tales determinantes de la relación entre salud y enfermedad. Más aun, desde una perspectiva de salud colectiva es también prioritario conocer las prácticas de las poblaciones en torno a ellos y sus significados inherentes. Nada más relevante, cuando lo que se quiere abordar es el conocimiento de la salud de pueblos diferenciados culturalmente y con tradiciones médicas propias.

En este enfoque, un concepto clave es el de las inequidades en los servicios de salud, entendidas como diferencias injustas que se podrían evitar con intervenciones sanitarias oportunas y que, en el caso de los pueblos indígenas, son culturalmente pertinentes. Estas intervenciones habrían de responder a sus necesidades específicas, en forma que respete sus propias concepciones y prácticas en materia de salud, enfermedad y curación. En el modelo se asume que en la base de las inequidades se encuentran exposiciones diferenciales al daño, producto de las cuales los colectivos se ven afectados por vulnerabilidades también diferenciales. Estos factores diferenciales obedecen a los sistemas de estratificación social, contruidos principalmente a partir de la posición socioeconómica, el género y la etnia (véase el diagrama II.1).

■ Diagrama II.1 ■

Marco conceptual para analizar los determinantes sociales



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de P. Frenz, "Desafíos en salud pública de la reforma: equidad y determinantes sociales de la salud", Santiago de Chile, 2002, inédito.

Los mecanismos de estratificación basados en la posición socioeconómica se conocen como determinantes estructurales, pues a partir de ellos se definen oportunidades diferenciales para la salud. En este sentido, condicionan los determinantes próximos o intermedios, que actúan directamente sobre la salud de los individuos (calidad de vivienda, circunstancias psicosociales, patrones alimentarios, hábitos, entre otros).

Las inequidades en lo que respecta a la salud, generadas a través de estos mecanismos de producción social de la enfermedad, se interpretan actualmente como brechas de implementación en el cumplimiento de los derechos fundamentales (CEPAL, 2007).

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) ha planteado tres recomendaciones principales para superar las inequidades en la salud: mejorar las condiciones de vida de las poblaciones; luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, y medir y analizar el problema⁴. En el primero de estos ámbitos, enfatiza en: a) equidad desde el comienzo de la vida; b) entornos saludables para una población sana, acceso a una vivienda de calidad, acceso a agua salubre y a servicios de saneamiento, como derecho de todo ser humano; c) prácticas justas en materia de empleo

⁴ Instancia creada por la OMS en 2005 con la misión de reunir datos científicos sobre las inequidades en materia de salud y generar recomendaciones para abordarlas.

y trabajo digno; d) protección social a lo largo de la vida, en una perspectiva universal, y e) atención de salud universal.

En lo específico, entre los determinantes sociales próximos que se han descrito en referencia a la situación deteriorada que presentan los jóvenes indígenas de la región están: menores niveles de escolaridad, empleos de inferior calidad, menos acceso a recursos y menos reconocimiento de sus derechos que los no indígenas (Del Popolo, López y Acuña, 2009). La situación de exclusión estructural que los afecta, incide además de manera determinante en sus condiciones de salud y en la posibilidad de acceso a servicios adecuados y oportunos. La mayor parte de las patologías que enfrenta la población indígena joven está asociada a las carencias sufridas desde el nacimiento. Se detectan altas tasas de desnutrición, que dificultan su posterior desarrollo, además de patologías vinculadas a la no disponibilidad de agua potable y servicios básicos, como las enfermedades gastrointestinales y afecciones respiratorias. Asimismo, en los varones, se producen padecimientos ocasionados por las condiciones de trabajo riesgosas y la exposición a contaminantes, así como una alta incidencia de alcoholismo y violencia (Calderón, 2003).

C. Los derechos de los jóvenes indígenas

A los jóvenes pertenecientes a los pueblos indígenas les asisten, por una parte, derechos colectivos generales que comparten con las demás generaciones y, por otra, derechos específicos en su calidad de grupo social. En el primero de estos ámbitos se ha alcanzado un consenso internacional en torno a un estándar mínimo de derechos, que genera obligaciones estatales en cuanto a la generación de marcos jurídicos y políticas públicas pertinentes, que garanticen su respeto, protección y cumplimiento. En este estándar, cuyo eje principal es la autodeterminación de los pueblos indígenas, se articulan cinco categorías de derechos: a) derecho de no discriminación; b) derecho a la integridad cultural; c) derechos de propiedad, uso, control y acceso a las tierras y recursos; d) derecho al desarrollo y bienestar social, y e) derechos de participación política y consentimiento libre, previo e informado (CEPAL, 2006).

En el ámbito de la salud, se incluye la promoción y el reconocimientos de los siguientes derechos de los pueblos indígenas: a) derecho a alcanzar y mantener el nivel más alto de salud física y mental, mediante un acceso sin discriminación a una atención adecuada, de calidad y culturalmente pertinente; b) derecho a la integridad cultural en materia de salud, sustentada en su concepto integral de bienestar, que involucra el uso, fortalecimiento y control de la medicina tradicional, además de la protección de sus territorios como espacios vitales para la salud individual y colectiva, y c) derecho a participar en el diseño, implementación, gestión, administración y evaluación de las

políticas y programas de salud que les competen, con énfasis en la autonomía de recursos (CEPAL, 2007). En este último aspecto, resulta vital garantizar que los programas de salud atiendan a las propias categorías de ciclo vital de los pueblos indígenas, cuestión que reviste aun mayor importancia en la esfera de la salud sexual y reproductiva, como se verá más adelante.

En términos específicos, los derechos de los jóvenes indígenas están respaldados, de manera implícita o explícita, por diversos instrumentos internacionales. Entre estos destacan la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre los Derechos del Niño, la Declaración Mundial para la Supervivencia, Protección y Desarrollo del Niño y el Plan de Acción para su aplicación, la Declaración de la Cumbre Mundial para la Infancia y la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas. Los derechos allí consagrados pueden agruparse en dos grandes categorías: derechos económico-sociales y derechos culturales.

Resulta particularmente relevante la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada en 1989 y ratificada por todos los países de la región, que en su artículo 30 reconoce explícitamente el derecho de los niños indígenas a tener su propia vida cultural, a profesar y practicar su propia religión, o a emplear su propio idioma; y que establece para los Estados una serie de obligaciones que conviene considerar en este estudio⁵. Entre ellas destacan: alentar a los medios de comunicación a que tengan particularmente en cuenta las necesidades lingüísticas del niño perteneciente a un grupo minoritario o que sea indígena (artículo 17); inculcar al niño el respeto de sus padres, de su propia identidad cultural, de su idioma y sus valores, de los valores nacionales del país en que vive, del país de que sea originario y de las civilizaciones distintas de la suya (artículo 29), y preparar al niño para asumir una vida responsable en una sociedad libre, con espíritu de comprensión, paz, tolerancia, igualdad de los sexos y amistad entre todos los pueblos, grupos étnicos, nacionales y religiosos y personas de origen indígena (artículo 29).

A mediados de los años noventa, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó el Programa de Acción Mundial para los Jóvenes hasta el año 2000 y años subsiguientes, en respuesta a la necesidad de instituir un sistema de protección especial para este grupo. Aunque en él se alude escasamente a los jóvenes indígenas (solo en materia de educación y capacitación, desempleo y subempleo), permitió avanzar en un proceso que ya venían desarrollando los jóvenes indígenas, por medio de las conferencias mundiales, con lo que fue surgiendo una agenda específica en torno a sus derechos.

⁵ La importancia de la Convención para la juventud indígena radica en que define como sujeto de derecho a todo ser humano menor de 18 años de edad (artículo 1).

Como parte del proceso iniciado por el Programa Mundial, más recientemente, en 2005, se aprueba la Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes, primer instrumento internacional que reconoce a los jóvenes como sujetos de derechos. En ella se reconoce el derecho de todos los jóvenes a gozar y disfrutar de todos los derechos humanos, se establece el compromiso de respetar y garantizar a los jóvenes el pleno disfrute y ejercicio de sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales (artículo 2) y se refrenda el principio de no discriminación basada en la raza, color, origen nacional, pertenencia a una minoría nacional, étnica o cultural, sexo, orientación sexual, lengua, religión, u otros factores (artículo 5). Igualmente, se establece que todo joven tiene derecho a tener una nacionalidad y su propia identidad, consistente en la formación de su personalidad, en atención a sus especificidades y características de sexo, nacionalidad, etnia, filiación, orientación sexual, creencia y cultura (artículo 5). En materia educativa, postula que es obligación de los Estados Parte garantizar una educación integral, continua, pertinente y de calidad y fomentar la práctica de valores, las artes, las ciencias y la técnica en la transmisión de la enseñanza, la interculturalidad, el respeto a las culturas étnicas y el acceso generalizado a las nuevas tecnologías, en forma que promueva en los educandos la vocación por la democracia, los derechos humanos, la paz, la solidaridad, la aceptación de la diversidad, la tolerancia y la equidad de género (artículo 22). Los derechos reconocidos en este instrumento requieren necesariamente de una contextualización para los jóvenes indígenas. Esto se aplica particularmente a los derechos relativos a la salud, que comprenden el derecho a la salud integral y de calidad, incluida la atención primaria gratuita, la educación preventiva, la nutrición, la atención y cuidado especializado de la salud juvenil, la promoción de la salud sexual y reproductiva, la investigación de los problemas de salud que se presentan en la edad juvenil, la información y prevención contra el alcoholismo, el tabaquismo y el uso indebido de drogas.

A fines de 2007 se aprueba la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas, quizás el instrumento internacional que más profundiza en la dimensión colectiva de estos. A nivel general establece, en el artículo 21, que “Los pueblos indígenas tienen derecho, sin discriminación alguna, al mejoramiento de sus condiciones económicas y sociales, entre otras esferas, en la educación, el empleo, la capacitación y el readiestramiento profesionales, la vivienda, el saneamiento, la salud y la seguridad social”, y señala, en el acápite siguiente, que debe prestarse una particular atención a los derechos y necesidades especiales de los jóvenes, entre otros grupos. Mención especial merece el derecho de las personas indígenas, incluidos los jóvenes, a la educación en su propia cultura y en su propio idioma (artículo 14).

Capítulo III

Aspectos metodológicos



En el marco de este estudio se han calculado indicadores demográficos, socioeconómicos y de salud basados en información de censos de población y encuestas de demografía y salud. En cada caso, la selección se ha realizado sobre la base de diferentes factores, comenzando por la existencia de la desagregación étnica, la relevancia de la información aportada para el estudio de la salud de la juventud indígena, y finalmente, la disponibilidad de los datos en distintos soportes.

Con respecto a los censos de población, se han procesado las bases de microdatos disponibles en el CELADE-División de Población de la CEPAL para obtener indicadores de mortalidad y fecundidad según dos enfoques: la situación en 2000 y la evolución en el período 1990-2000.

En primer término, se realiza el cálculo de los indicadores correspondientes a los censos de la ronda del año 2000, utilizando el criterio de la autoidentificación étnica con objeto de facilitar la comparabilidad de los datos. En esta etapa se han incluido los censos de población de la Argentina, el Brasil, Chile, Costa Rica, el Ecuador, el Estado Plurinacional de Bolivia, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, el Paraguay, el Perú y la República Bolivariana de Venezuela.

Como destacan Schkolnik y Del Popolo (2005), la coincidencia en el criterio de desagregación étnica no asegura totalmente la comparabilidad de la información entre un país y otro. Existen otros factores que pueden afectar la medición en mayor o menor grado, como la forma en que se haya redactado la pregunta (directa o con cláusula introductoria), los términos utilizados (“es”, “se considera”, “pertenece”), la denominación que se da a

los pueblos (grupo, cultura, etnia, raza) y la cobertura de la pregunta o edad a partir de la que se formula.

Otro elemento que advierte sobre las diferencias en la formulación de las preguntas de desagregación étnica tiene que ver con la utilización de términos que hacen referencia a la “descendencia” o “pertenencia” de la población a determinado grupo étnico, o con el grado de exigencia respecto a la participación en el plano subjetivo (por ejemplo, cuando se habla de “pueblo” o de “cultura”).

Además del diseño, contenido y redacción de las preguntas, no se puede descartar la influencia del contexto sociocultural y político de un país en los resultados de la autoidentificación. En términos más sencillos, en un ambiente de discriminación estructural, personas indígenas o afrodescendientes pueden no declararse como tales, sobre todo si las categorías utilizadas tienen una interpretación estigmatizante. En contextos de revitalización étnica, personas que no pertenecen a esos grupos étnicos (u otros) pueden autoadscribirse a ellos por afinidad o por acceso a políticas específicas, entre otras razones, aunque esta última situación parece tener menor incidencia que la primera (CEPAL, 2007; Antón y Del Popolo, 2008; Del Popolo, López y Acuña, 2009). Por su parte, hay aspectos metodológicos y operativos que pueden afectar las estimaciones: la cobertura, sobre todo en las zonas de difícil acceso; la escasa capacitación de los encuestadores; la dificultad de comunicación en áreas multilingües y la falta de participación de los actores involucrados, como los pueblos indígenas y afrodescendientes, en los operativos (Antón y Del Popolo, 2008).

No obstante lo anterior, y asumiendo los sesgos que pueda presentar la información recolectada con el criterio de autoadcripción, en la actualidad se considera que es imprescindible para dimensionar la magnitud de la presencia de indígenas en las fuentes de datos sociodemográficos desde una perspectiva de derechos humanos. Sin embargo, es necesario revisar todos aquellos factores que propicien sesgos en las mediciones estadísticas y tener presente que estas no son más que aproximaciones en el intento de cuantificar y caracterizar a estos grupos (Del Popolo, López y Acuña, 2009).

En lo tocante a las Encuestas de Demografía y Salud (DHS), se realizó la compilación de publicaciones y el procesamiento de bases de datos de los relevamientos que incluían desagregación étnica. Entre las encuestas de salud reproductiva (RHS/CDC), se seleccionaron los informes del Ecuador (2004) y Guatemala (2002). Con relación a las encuestas con formato DHS (ORC-Macro), se eligieron las del Estado Plurinacional de Bolivia (2003), Nicaragua (2001) y el Perú (2000). Finalmente, se seleccionaron diferentes encuestas de México (Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica-ENADID 1997,

Encuesta Nacional de Nutrición-ENN 1999 y Encuesta Nacional de Salud Reproductiva-ENSAR 2003). Es importante señalar que, entre el repertorio de encuestas disponibles, la selección mencionada se basó en diferentes criterios, como la fecha, la disponibilidad de tabulados o, en su defecto, de las bases de datos, y la calidad de la desagregación étnica realizada, lo que llevó a descartar algunas posibilidades.

Si bien sería importante analizar los registros de salud para aproximarse de mejor manera a las perfiles de morbilidad y mortalidad de los jóvenes indígenas en América Latina, los escasos avances en materia de adopción del enfoque étnico en estas fuentes de datos impiden recurrir a ellos de manera generalizada.

De acuerdo a los requerimientos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y según fuera la disponibilidad de información en las distintas fuentes utilizadas, se desagregaron los indicadores correspondientes a los siguientes grupos de población: a) población de 10 a 19 años, rango etario convencionalmente definido como “adolescentes”; b) población de 15 a 24 años, y c) población de 10 a 24 años, rango que involucra a la totalidad de la población convencionalmente definida como joven. Al analizar los indicadores que se presentan en este documento, hay que considerar que en los dos primeros rangos se incluyen edades que se traslapan.

Complementariamente, y como una forma de contextualizar algunos indicadores, se han revisado estudios cualitativos sobre salud de las poblaciones indígenas en América Latina.

Capítulo IV

Jóvenes indígenas en América Latina: antecedentes demográficos



La magnitud de la población joven indígena, y su peso relativo dentro de la población total, son variables en los países seleccionados para este análisis. Esta heterogeneidad no solo depende del contexto demográfico general de cada uno de ellos y del estadio de la transición por el que atraviesan, sino que se ve influida por los grados de identidad étnica alcanzados por las distintas generaciones y por el apego a la cultura propia de cada una de ellas, según sea el criterio de identificación utilizado⁶.

En estudios recientes se pone de relieve que los pueblos indígenas de América Latina tienen un patrón más joven que el del resto de la población (CEPAL/BID, 2005; CEPAL, 2006). Esto se manifiesta en pirámides poblacionales de bases más amplias y cúspides más pequeñas, con una disminución más acentuada de los grupos etarios a medida que aumenta la edad de las personas, lo que refleja las diferencias de fecundidad entre ambas poblaciones.

Las categorías de edad en relación con las que se calcularon indicadores sociodemográficos no son excluyentes y se traslapan, por lo que las tendencias generales son similares. Su inclusión obedece a criterios cronológicos definidos

⁶ El peso relativo de la población joven tiende a disminuir en una etapa incipiente de la transición demográfica, cuando la mortalidad infantil comienza a descender y aún se mantienen altas tasas de fecundidad. En una etapa posterior, esta proporción aumenta, tanto por la entrada a la juventud de los importantes contingentes de niños nacidos en la fase previa, como por el descenso de la fecundidad. En una etapa avanzada de la transición, en tanto, la proporción de jóvenes sobre el total vuelve a disminuir, como consecuencia del descenso progresivo de la fecundidad, que conlleva un proceso continuo de envejecimiento de la población.

internacionalmente para la priorización de políticas públicas en salud. Así, aun cuando los datos podrían parecer redundantes, constituyen insumos básicos e inéditos (edad, sexo, etnia, residencia) respecto de la particularización de estas políticas en contextos indígenas.

A. Población joven (de 10 a 24 años)

1. Magnitud de la población

Los jóvenes representan aproximadamente el 30% de la población total de los 14 países analizados, aunque se constatan leves diferencias entre ellos. En términos absolutos, los países que concentran la mayor cantidad de población joven son el Estado Plurinacional de Bolivia, Guatemala, México y el Perú.

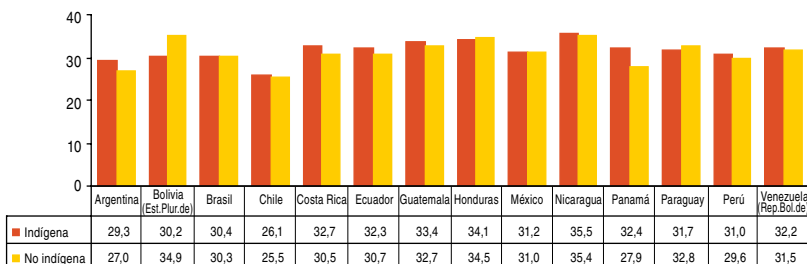
En el gráfico IV.1 se puede observar que la proporción de jóvenes de 10 a 24 años es levemente superior entre los indígenas, comparados con la población no indígena, en la Argentina, Costa Rica, el Ecuador, Panamá y el Perú. Una proporción similar entre los dos grupos se observa en el Brasil, Chile, Guatemala, México, Nicaragua y la República Bolivariana de Venezuela. En el Estado Plurinacional de Bolivia, Honduras y el Paraguay, en tanto, la proporción es mayor entre la población no indígena.

Es necesario considerar que las cifras relativas a la población indígena están condicionadas por distintos factores asociados a la autoidentificación. Es sabido que la identidad puede variar generacionalmente, dependiendo de los grados de participación en la cultura propia y de las condiciones estructurales existentes en cada país. Así, en aquellos países que han dado pasos más decididos en materia de políticas multiculturales y reconocimiento de derechos indígenas, es muy probable que existan mejores condiciones para la explicitación de la identidad étnica. Asimismo, en toda América Latina, durante las últimas décadas se han generado fuertes procesos de revitalización cultural que han tenido como protagonistas precisamente a los jóvenes.

La articulación de todos estos factores podría explicar la situación contradictoria que se observa en el Estado Plurinacional de Bolivia. Aquí, el menor peso relativo de los jóvenes entre los indígenas bien podría deberse en parte a un problema metodológico: la pregunta de pertenencia a pueblos indígenas en el censo se aplica a la población de 15 y más años, lo que obliga a atribuir la condición de indígena a los menores de esa edad según la autoidentidad del jefe de hogar. En consecuencia, las cifras correspondientes pueden estar subestimadas. Por otro lado, es posible que, en ciertos contextos, el estigma social asociado a lo indígena sea tan poderoso que no se ha podido contrarrestar con los procesos de reetnificación mencionados.

■ Gráfico IV.1 ■

América Latina (14 países): proporción de la población de 10 a 24 años sobre el total indígena y no indígena. Ronda de censos de 2000
(En porcentajes)



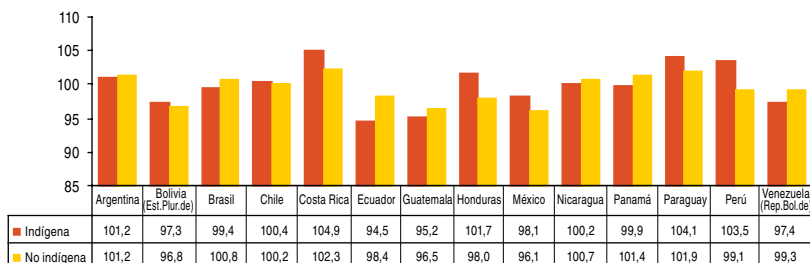
Fuente: Elaboración propia, sobre la base de procesamientos especiales de las bases de microdatos censales con REDATAM.

2. Composición por sexo

La composición por sexo de los jóvenes indígenas es también heterogénea, pues se observan igualmente diferencias con los jóvenes no indígenas⁷. Así, entre la población indígena, se aprecia que en Costa Rica, el Paraguay y el Perú hay una preponderancia masculina. Situación distinta ocurre en el Ecuador, el Estado Plurinacional de Bolivia, Guatemala y la República Bolivariana de Venezuela, donde hay un predominio de mujeres. En los países restantes, la composición por sexo es bastante equilibrada (véase el gráfico IV.2). En este ámbito, se debe tener en cuenta que la identidad étnica también puede expresarse diferenciadamente por género.

■ Gráfico IV.2 ■

América Latina (14 países): razón de masculinidad de la población de 10 a 24 años, por pertenencia a pueblos indígenas. Ronda de censos de 2000
(Por cien)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de procesamientos especiales de las bases de microdatos censales con REDATAM.

⁷ Cociente entre el número de hombres y el número de mujeres, multiplicado por 100.

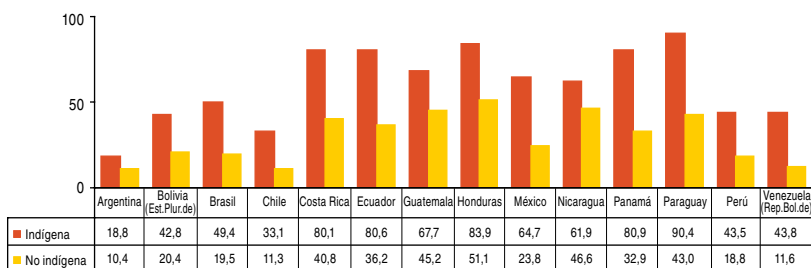
3. Distribución urbana y rural

Entre los jóvenes indígenas persiste un patrón de localización marcadamente rural, aun cuando proporciones muy significativas de este grupo poblacional se comienzan paulatinamente a asentar en las ciudades. Los censos de la ronda de 2000 revelan que, en la región, alrededor de un 44% de los jóvenes indígenas reside en zonas urbanas, situación que es cercana al 80% en el caso de los no indígenas del mismo segmento etario (Del Popolo, López y Acuña, 2009).

En Costa Rica, el Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá y el Paraguay, los jóvenes indígenas residen mayoritariamente en áreas rurales, con cifras que fluctúan entre un 67% y un 90%. Por el contrario, en la Argentina, el Brasil, Chile, el Estado Plurinacional de Bolivia, el Perú y la República Bolivariana de Venezuela, se integran principalmente en la población urbana. Es precisamente en la Argentina y Chile donde existe la menor proporción de jóvenes que viven en contextos tradicionales (véase el gráfico IV.3).

■ Gráfico IV.3 ■

América Latina (14 países): población de 10 a 24 años residente en áreas rurales por condición étnica. Ronda de censos de 2000
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de procesamientos especiales de las bases de microdatos censales con REDATAM.

A partir de estas cifras se puede deducir que en las políticas de salud orientadas a los jóvenes indígenas, a diferencia de los no indígenas, se debe hacer énfasis en los contextos rurales. Esta conclusión es válida incluso en aquellos países donde se advierte que un porcentaje importante de dicho grupo reside en las ciudades, pues en ellos al menos un tercio de los jóvenes continúa viviendo en contextos tradicionales (el Brasil, Chile, el Estado Plurinacional de Bolivia, el Perú y la República Bolivariana de Venezuela).

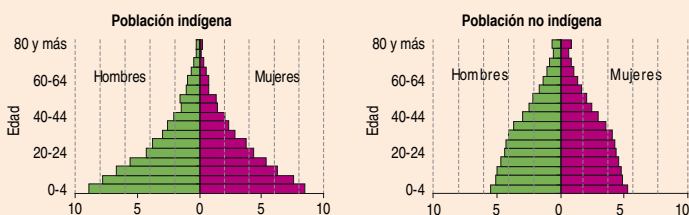
Recuadro IV.1

Juventud relativa de la estructura de edades de los pueblos indígenas

Los análisis demográficos de los pueblos indígenas de 10 países de América Latina, realizados por CEPAL (2006) a partir de la ronda de censos de 2000, revelan al menos tres rasgos fundamentales de sus estructuras por edades. En primer lugar, que las poblaciones indígenas son más jóvenes que las no indígenas en toda el área, aunque existe una gran variabilidad entre ellos. En segundo lugar, que los patrones de edad entre los indígenas presentan una gran heterogeneidad por países, pues se distinguen cuatro tipos de estructuras: a) poblaciones indígenas con estructura muy joven, como Guatemala, Honduras, Panamá y el Paraguay (véase el gráfico 1); b) con estructura joven, como es el caso de los pueblos originarios de Costa Rica, el Ecuador, el Estado Plurinacional de Bolivia y México (véase el gráfico 2); c) con estructura estable, como se observa en el Brasil (véase el gráfico 3), y d) el caso extremo de Chile, con estructura envejecida (véase el gráfico 4). En tercer lugar, en el interior de un mismo país se observan también diferencias entre pueblos indígenas.

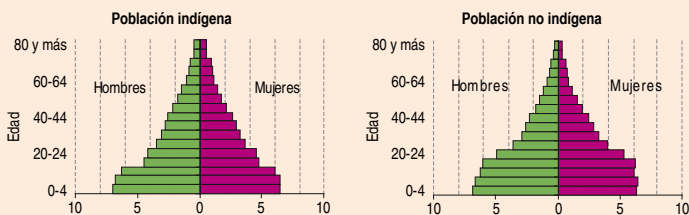
■ Gráfico 1 ■

Panamá: distribución porcentual de la población nacional según sexo, indígenas y no indígenas
(En porcentajes)



■ Gráfico 2 ■

Bolivia (Estado Plurinacional de): distribución porcentual de la población nacional según sexo, indígenas y no indígenas
(En porcentajes)

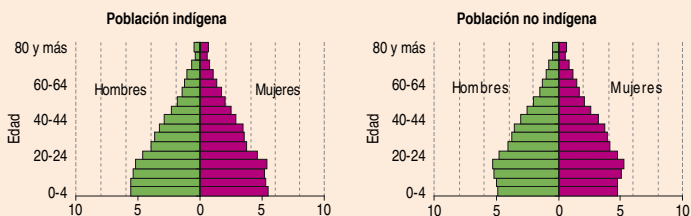


(continúa)

Recuadro IV.1 (conclusión)

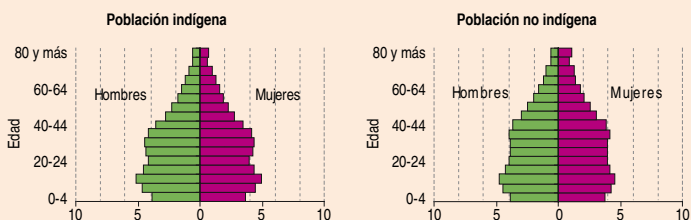
■ **Gráfico 3** ■

Brasil: distribución porcentual de la población nacional según sexo, indígenas y no indígenas
(En porcentajes)



■ **Gráfico 4** ■

Chile: distribución porcentual de la población nacional según sexo, indígenas y no indígenas
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Panorama social de América Latina 2006 (LC/G.2326-P/E), Santiago de Chile, 2006. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.06.II.G.133.

B. Población de 10 a 19 años⁸

1. Magnitud de la población

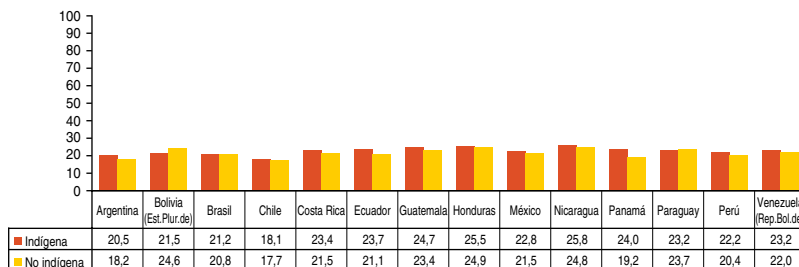
Los jóvenes de 10 a 19 años representan poco más del 20% de la población total en el área. Al igual que lo descrito acerca de la juventud en general, las proporciones son levemente superiores entre los indígenas, comparados con la población no indígena, en la Argentina, Costa Rica, el Ecuador, Panamá y el Perú. Una proporción similar entre los dos grupos se observa en el Brasil, Chile, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y la República Bolivariana

⁸ Si bien la OPS atribuye convencionalmente a la población de este rango de edad la clasificación de adolescente, en este documento se opta por no utilizar esta categoría debido a las limitaciones de su aplicación en contextos indígenas, ya descritas en párrafos precedentes.

de Venezuela. En el Estado Plurinacional de Bolivia y el Paraguay, en tanto, la proporción de jóvenes es mayor entre la población no indígena (véase el gráfico IV.4).

■ Gráfico IV.4 ■

América Latina (14 países): proporción de población de 10 a 19 años sobre el total indígena y no indígena. Ronda de censos de 2000
(En porcentajes)



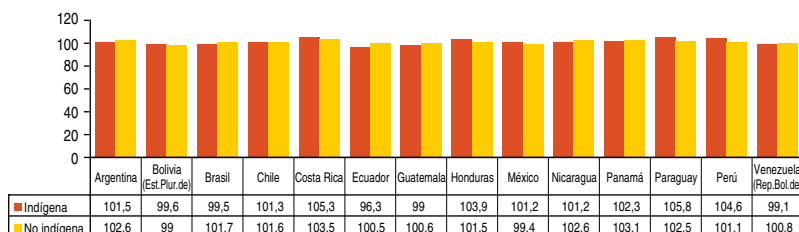
Fuente: Elaboración propia, sobre la base de procesamientos especiales de las bases de microdatos censales con REDATAM.

2. Composición por sexo

Según el patrón ya descrito respecto de la población joven en general, en la mayoría de los países analizados se observa una leve preponderancia masculina entre los indígenas. La excepción la constituyen el Brasil, el Ecuador, el Estado Plurinacional de Bolivia, Guatemala y la República Bolivariana de Venezuela (véase el gráfico IV.5).

■ Gráfico IV.5 ■

América Latina (14 países): razón de masculinidad de la población de 10 a 19 años, por pertenencia a pueblos indígenas. Ronda de censos de 2000



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de procesamientos especiales de las bases de microdatos censales con REDATAM.

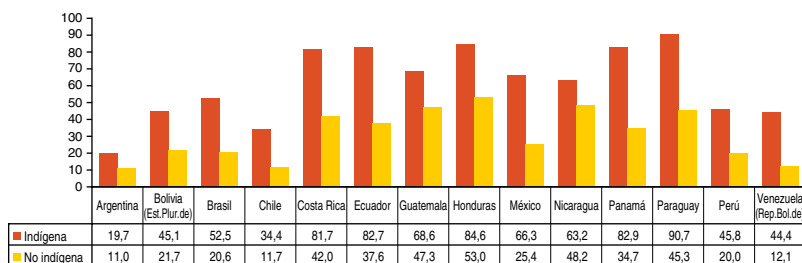
3. Distribución urbana y rural

En consonancia con lo ya mencionado respecto de la juventud en general, entre los indígenas de este segmento etario persiste un patrón residencial rural, con excepción de la Argentina, Chile, el Estado Plurinacional de Bolivia, el Perú y la República Bolivariana de Venezuela. Sin embargo, en estos tres últimos países los “adolescentes” residentes en áreas rurales están por sobre el 40%. Esta situación contrasta con el patrón predominante urbano de los no indígenas de cada país (véase el gráfico IV.6).

■ Gráfico IV.6 ■

América Latina (14 países): población de 10 a 19 años residente en áreas rurales por condición étnica. Ronda de censos de 2000

(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de procesamientos especiales de las bases de microdatos censales con REDATAM.

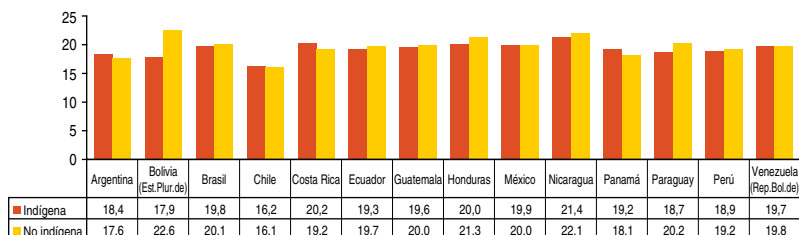
C. Población de 15 a 24 años

1. Magnitud de la población

Los jóvenes de 15 a 24 años representan aproximadamente el 20% de la población total de los 14 países analizados. En el gráfico IV.7 se aprecia que este grupo etario es, en términos proporcionales, levemente inferior entre los indígenas, comparado con la población no indígena, en el Estado Plurinacional de Bolivia, Honduras y el Paraguay. Las proporciones son similares entre los dos grupos en el caso de los otros 11 países.

■ Gráfico IV.7 ■

América Latina (14 países): proporción de población de 15 a 24 años sobre el total indígena y no indígena. Ronda de censos de 2000
(En porcentajes)



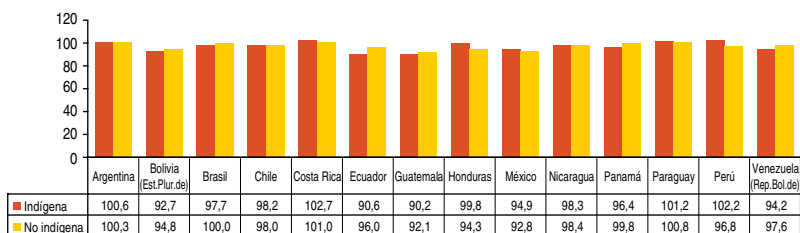
Fuente: Elaboración propia, sobre la base de procesamientos especiales de las bases de microdatos censales con REDATAM.

2. Composición por sexo

En la composición por sexo se observa una situación heterogénea en los 14 países analizados. Tal como se aprecia en el gráfico IV.8, entre los indígenas hay un leve predominio masculino en la Argentina, Costa Rica, el Paraguay y el Perú. En los demás países, en cambio, se observa una mayor preponderancia de mujeres. Al contrastar las poblaciones indígena y no indígena, como patrón general se observa que esta última exhibe una razón de masculinidad más alta en la mayoría de los países.

■ Gráfico IV.8 ■

América Latina (14 países): razón de masculinidad de la población de 15 a 24 años, por pertenencia a pueblos indígenas. Ronda de censos de 2000



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de procesamientos especiales de las bases de microdatos censales con REDATAM.

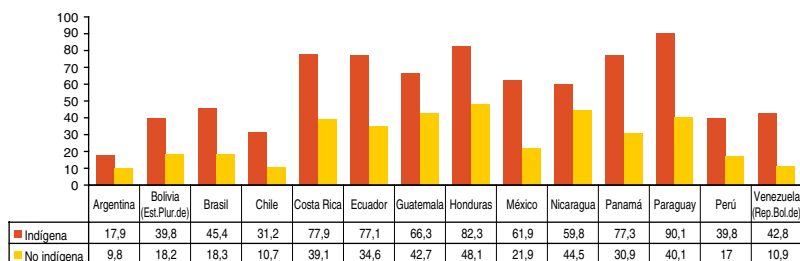
3. Distribución urbana y rural

En toda el área los jóvenes indígenas presentan un patrón residencial rural más alto que los no indígenas. De hecho, en Costa Rica, el Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá y el Paraguay, y siguiendo

el patrón general de todos los jóvenes antes presentado, los indígenas residen mayoritariamente en áreas rurales, con cifras que fluctúan entre un 60% y un 90%. Por el contrario, en la Argentina, el Brasil, Chile, el Estado Plurinacional de Bolivia, el Perú y la República Bolivariana de Venezuela, son principalmente población urbana; aunque las cifras en los cinco últimos muestran una proporción todavía significativa residente en los contextos tradicionales (véase el gráfico IV.9). Los importantes contingentes de población joven indígena asentada en las ciudades requieren de abordajes específicos en materia de salud, pues es precisamente en estos espacios donde los conflictos de identidad surgen con más fuerza y se expresan, en muchos casos, en serios problemas de salud mental.

■ Gráfico IV.9 ■

América Latina (14 países): población de 10 a 19 años residente en áreas rurales por condición étnica. Ronda de censos de 2000
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de procesamientos especiales de las bases de microdatos censales con REDATAM.

D. Conclusiones: juventud relativa y marcada ruralidad de los pueblos indígenas

Si bien la tendencia global de envejecimiento de la estructura poblacional en América Latina se observa también entre los pueblos indígenas de la región, en estos últimos el proceso parecería avanzar a ritmos menos acelerados, por lo que los jóvenes continúan siendo un segmento muy relevante de la población. Otro rasgo distintivo es la persistencia de un patrón residencial rural entre estos jóvenes, aun cuando se aprecia un creciente proceso de migración del campo a la ciudad.

Estas dos principales características demográficas de la juventud indígena tienen, al menos, tres implicancias en materia de salud: a) entre los pueblos

originarios, lo jóvenes continúan siendo una prioridad; b) es necesario redoblar esfuerzos encaminados a mejorar la cobertura de atención de salud en áreas rurales, dadas las limitaciones en el acceso a bienes y servicios del Estado en estas zonas, donde se concentran las mayores proporciones de jóvenes indígenas en la región, y c) si es de suponer que la juventud rural indígena participa en los modos de vida tradicionales, es también necesaria la adecuación cultural de las estrategias de intervención.

Capítulo V

Algunos indicadores para aproximarse a la situación socioeconómica de los jóvenes indígenas



A. El acceso a la educación

Tal como se mencionó con anterioridad, el acceso a la educación formal es uno de los determinantes sociales próximos de la salud de las poblaciones, pues representa diferencias en el acceso a información, decisión, participación y poder en la sociedad. En última instancia, estos son los factores que producen los perfiles de salud más vulnerables de los pueblos indígenas en general y de sus jóvenes, en particular.

En este contexto, el analfabetismo se considera un elocuente indicador de exclusión social. La ampliación de las coberturas educativas con miras a garantizar el derecho a la educación de los niños y niñas redundará en un descenso de este indicador en las generaciones más jóvenes. Sin embargo, en toda América Latina los avances aún son disímiles en razón del sexo, la condición socioeconómica y la etnia.

La situación del analfabetismo de los jóvenes indígenas de 15 a 24 años en los países analizados muestra una gran heterogeneidad, con rangos que van desde un 30,5% de jóvenes que no saben leer ni escribir en el Paraguay, hasta un 1,6% en Chile. Las situaciones observadas permiten hacer tres tipos de agrupaciones: a) países con alta vulnerabilidad, como Guatemala, el Paraguay y la República Bolivariana de Venezuela, donde aproximadamente

un 20% a un 30% de los jóvenes indígenas son analfabetos; b) países con vulnerabilidad mediana, como el Brasil, Costa Rica, Honduras y México, con un 10% a un 20%, y c) países con vulnerabilidad baja, como la Argentina, Chile, el Ecuador, el Estado Plurinacional de Bolivia y el Perú, con menos del 10%. Esta misma tendencia se observa al analizar la información por grupos específicos de edad (véase el cuadro V.1).

En términos de inequidades, una primera constatación es que, independientemente de los niveles de analfabetismo presentados por los jóvenes indígenas en cada país, en todos, con excepción de Nicaragua, hay brecha entre ellos y los no indígenas. Estas brechas no necesariamente están asociadas a la magnitud del analfabetismo y oscilan entre 1,6 (Chile y Honduras) y 14,2 (Panamá).

Dada la intensificación de los programas de alfabetización y la implementación de los compromisos internacionales tendientes a garantizar la cobertura universal de la educación primaria, no es extraño que la magnitud del analfabetismo entre los jóvenes indígenas sea inferior a la cifra que presenta la población general perteneciente a algún pueblo originario, que incluye a las generaciones mayores. Sin embargo, lo que sí llama la atención es que las brechas interétnicas en los jóvenes (de 15 a 24 años) sea más amplia que en la población total. Por ejemplo, en Panamá, la diferencia relativa entre las poblaciones totales indígena y no indígena es de 6,9, mientras que en el segmento juvenil es de 14,2. Aunque con variaciones, esta tendencia se puede observar también en la Argentina, el Brasil, Costa Rica, Guatemala, México, el Paraguay y la República Bolivariana de Venezuela (8 de 14 países). Esta situación permite inferir que, si bien se ha avanzado en cuanto a la inclusión social de los más jóvenes mediante la educación, no se han logrado superar las inequidades étnicas. Más bien parecerían haberse acrecentado (véase el gráfico V.1).

Por otro lado, en países como Chile, el Ecuador, el Estado Plurinacional de Bolivia, Honduras, Nicaragua y el Perú, las inequidades en desmedro de los indígenas no se acrecientan en las generaciones más jóvenes, aunque de todos modos persisten.

■ Cuadro V.1 ■

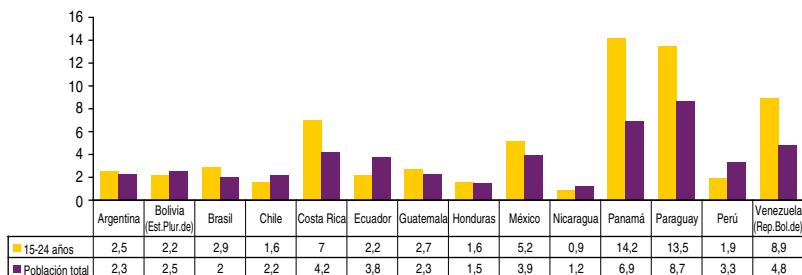
América Latina (14 países): proporción de analfabetismo. Población de 15 a 24 años, población y total por condición étnica. Ronda de censos de 2000
(En porcentajes)

País	Población de 15 a 24 años									Población total
	Grupos específicos de edad						Total			
	15 a 19			20 a 24						
	Condición étnica		Total	Condición étnica		Total	Condición étnica				Total
Indígena	No indígena		Indígena	No indígena		Indígena	No indígena			
Argentina	2,0	0,9	0,9	2,8	1,1	1,1	2,4	1,0	1,0	6,1
Bolivia (Estado Plurinacional de)	2,7	1,3	2,1	4,4	2,0	3,4	3,6	1,6	2,7	17,5
Brasil	13,4	4,2	4,2	16,1	6,0	6,1	14,6	5,1	5,1	25,3
Chile	1,4	0,9	0,9	1,7	1,0	1,0	1,6	1,0	1,0	8,9
Costa Rica	14,2	1,9	2,1	15,9	2,4	2,6	15,0	2,1	2,4	20,3
Ecuador	6,0	3,2	3,4	8,5	3,1	3,5	7,1	3,2	3,4	28,3
Guatemala	24,7	9,5	15,8	33,4	11,6	20,2	28,5	10,5	17,8	47,8
Honduras	15,4	10,0	10,4	19,2	11,4	11,9	17,1	10,6	11,1	29,0
México	11,5	2,4	2,9	17,3	3,0	3,9	14,1	2,7	3,4	32,0
Nicaragua	9,5	10,6	10,6	13,1	13,0	13,0	11,1	11,8	11,7	22,6
Panamá	20,3	1,5	3,6	25,8	1,7	3,9	22,7	1,6	3,8	38,0
Paraguay	27,7	2,0	2,4	33,9	2,5	3,0	30,5	2,3	2,7	45,2
Perú	1,8	1,1	1,3	3,2	1,5	1,9	2,5	1,3	1,6	15,5
Venezuela (República Bolivariana de)	21,0	2,3	2,8	23,6	2,7	3,1	22,2	2,5	2,9	32,7

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de procesamientos especiales de las bases de microdatos censales con REDATAM.

■ Gráfico V.1 ■

América Latina (14 países): diferencia relativa entre proporción de analfabetismo indígena y no indígena. Jóvenes (de 15 a 24 años) y población total. Ronda de censos de 2000



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de procesamientos especiales de las bases de microdatos censales con REDATAM.

Un análisis de este mismo indicador por sexo (véase el cuadro V.2), muestra que estas brechas de equidad se verifican de manera diferenciada entre hombres y mujeres. Por un lado, la tendencia generalizada es a un mayor analfabetismo entre estas que entre sus pares varones, sean indígenas o no indígenas y, por el otro, las brechas interétnicas son más amplias entre ellas que entre los hombres, con las situaciones más extremas en Costa Rica, Panamá, el Paraguay y la República Bolivariana de Venezuela.

Otro indicador que permite una aproximación a la condiciones de exclusión social de los jóvenes indígenas en materia de educación es el promedio de años de estudio aprobados. A este nivel, las brechas observadas son consistentes con las recién descritas, ya que en todos los países los promedios alcanzados por estos jóvenes están por debajo de los logrados por los jóvenes no indígenas, situación que se verifica en los dos segmentos etarios considerados (véase el cuadro V.3).

Según la situación de los jóvenes indígenas respecto de este indicador, pueden hacerse cuatro agrupaciones de países: a) con menos de cuatro años de estudio: Guatemala, lo que se considera que equivale prácticamente a un analfabetismo funcional; b) de cuatro a seis años de estudio aprobados: en esta situación se encuentran los jóvenes indígenas de la mayoría de los países; se insertan en esta categoría Costa Rica, el Ecuador, Guatemala, Honduras, Panamá, el Paraguay y la República Bolivariana de Venezuela; c) Con 6 a 7,9 años de estudio: México y Nicaragua; d) con más de ocho años: Argentina, Chile, Estado Plurinacional de Bolivia y Perú.

Si bien existen sistemáticamente brechas entre indígenas y no indígenas en todos los países, su intensidad difiere ampliamente entre un país y otro. Por ejemplo, en la Argentina y Nicaragua, la diferencia es de menos de un año y, en Panamá y el Paraguay, de más de cuatro.

■ Cuadro V.2 ■
América Latina (14 países): proporción de analfabetismo. Población total y población de 15 a 24 años, por condición étnica y sexo.
 Ronda de censos de 2000

País	Población joven (En porcentajes)												Brechas relativas					
	Grupos específicos de edad						Total						Interétnicas		Intraétnicas			
	de 15 a 19 años			de 20 a 24 años			Hombre			Mujer			Hombre ^a		Mujer ^b			
	Hombre Indígena	No indígena	Cociente	Hombre Indígena	No indígena	Cociente	Hombre Indígena	No indígena	Cociente	Mujer Indígena	No indígena	Cociente	Hombre Indígena ^c	No indígena ^d	Hombre Indígena ^c	No indígena ^d		
Argentina	2,0	1,1	2,1	2,1	0,7	1,31	2,6	1,31	3,1	0,9	2,3	1,2	2,6	0,8	1,9	3,3	0,9	1,5
Bolivia (Estado Plurinacional de)	1,4	1,1	4,0	1,5	1,9	1,46	6,7	2,8	2,8	1,2	5,3	2,1	1,3	2,5	0,3	0,6	0,6	0,6
Brasil	13,2	5,5	13,5	8,4	15,3	7,57	16,9	12,0	14,2	6,5	15,0	10,1	2,2	1,5	0,9	0,6	0,6	0,6
Chile	1,6	1,1	1,2	0,8	1,9	1,24	1,5	0,8	1,8	1,2	1,4	0,8	1,5	1,8	1,3	1,5	1,5	1,5
Costa Rica	13,7	2,4	14,5	1,4	13,6	2,82	17,6	2,0	13,6	2,6	15,9	1,7	5,2	9,4	0,9	1,5	1,5	1,5
Ecuador	4,6	3,5	7,2	2,9	5,4	3,30	11,2	3,0	3,4	9,0	3,0	1,5	3,0	0,6	1,1	1,1	1,1	1,1
Guatemala	18,2	8,8	30,8	10,3	22,8	9,80	19,4	13,1	20,2	9,2	36,1	11,6	2,2	3,1	0,6	0,8	0,8	0,8
Honduras	17,6	12,3	13,1	7,6	20,0	13,21	18,5	9,8	18,6	12,7	15,5	8,7	1,5	1,8	1,2	1,5	1,5	1,5
México	8,6	2,5	14,3	2,2	12,5	3,05	21,6	3,0	10,3	2,7	17,7	2,6	3,8	6,8	0,6	1,0	1,0	1,0
Nicaragua	12,7	12,6	8,6	8,6	14,6	14,53	11,4	11,5	13,6	13,5	10,0	10,0	1,0	1,0	1,4	1,4	1,4	1,4
Panamá	14,9	1,9	25,6	1,2	17,4	1,86	33,7	1,4	15,9	1,9	29,2	1,3	8,4	22,5	0,5	1,5	1,5	1,5
Paraguay	24,7	2,0	29,9	2,0	30,5	2,34	37,7	2,7	27,3	2,2	33,4	2,3	12,4	14,5	0,8	1,0	1,0	1,0
Perú	1,2	1,0	2,4	1,0	1,8	1,27	4,7	1,2	1,5	1,1	3,5	1,1	1,4	3,2	0,4	1,0	1,0	1,0
Venezuela (República Bolivariana de)	21,1	3,2	20,9	1,5	22,6	3,57	24,5	1,8	21,8	3,4	22,6	1,7	6,4	13,3	1,0	2,0	2,0	2,0

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de procesamiento especiales de las bases de microdatos censales con REDATAM.

^a Cociente entre hombres indígenas y hombres no indígenas.

^b Cociente entre mujeres indígenas y mujeres no indígenas.

^c Cociente entre hombres indígenas y mujeres indígenas.

^d Cociente entre hombres no indígenas y mujeres no indígenas.

■ Cuadro V.3 ■

América Latina (14 países): promedio de años de estudio, población total y población de 15 a 24 años, por condición étnica. Ronda de censos de 2000

(En porcentajes)

País	Población de 15 a 24 años								Población total	
	Grupos específicos de edad						Total			
	de 15 a 19			de 20 a 24						
	Condición étnica		Total	Condición étnica		Total	Condición étnica			Total
Indígena	No indígena		Indígena	No indígena		Indígena	No indígena			
Argentina	8,31	8,95	8,92	9,33	10,28	10,24	8,80	9,61	9,58	8,24
Bolivia (Estado Plurinacional de)	7,90	8,73	8,27	8,70	10,19	9,32	8,29	9,40	8,77	6,52
Brasil	4,89	6,75	6,73	5,41	7,52	7,50	5,13	7,11	7,10	4,46
Chile	9,39	10,00	9,97	10,07	11,49	11,42	9,72	10,72	10,68	7,86
Costa Rica	5,09	7,47	7,43	5,24	8,45	8,39	5,16	7,92	7,87	4,78
Ecuador	5,96	7,93	7,79	5,81	8,94	8,74	5,89	8,41	8,24	4,04
Guatemala	3,97	6,30	5,34	3,64	7,04	5,70	3,82	6,64	5,50	2,61
Honduras	4,64	5,77	5,69	4,50	6,15	6,04	4,58	5,94	5,85	3,66
México	6,21	8,37	8,23	5,89	9,13	8,93	6,07	8,73	8,56	4,52
Nicaragua	6,10	6,56	6,49	6,42	7,11	7,02	6,24	6,82	6,74	5,15
Panamá	5,27	8,88	8,48	5,12	10,08	9,60	5,20	9,46	9,02	4,14
Paraguay	4,25	7,81	7,77	4,08	8,88	8,83	4,18	8,29	8,25	3,71
Perú	9,25	10,12	9,91	10,73	12,14	11,81	9,94	11,09	10,82	7,77
Venezuela (República Bolivariana de)	5,19	8,23	8,16	5,19	9,10	9,02	5,19	8,65	8,57	4,23

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de procesamientos especiales de las bases de microdatos censales con REDATAM.

B. Participación económica⁹

A nivel latinoamericano, los jóvenes constituyen un 24,8% de la población económicamente activa (PEA), aunque la situación por países es heterogénea. En el caso de la Argentina y Chile, los jóvenes trabajadores constituyen menos del 20% de las PEA nacionales; en Guatemala y Honduras, un tercio de la actividad económica corresponde a los jóvenes.

Un 52,3% de los jóvenes de entre 15 y 24 años desempeñan actividades productivas. Llama la atención que, en términos generales, la proporción sea más baja entre los indígenas que entre los no indígenas (el 47,1% y el 57,2%, respectivamente), situación que bien podría estar asociada a un sesgo de los instrumentos censales, dado que muchas veces las actividades que realizan

⁹ Se presentan indicadores desagregados con respecto a dos grupos específicos de edad: 15 a 19 años y 20 a 24 años. Con el primero, se busca una aproximación a la inserción económica de los "adolescentes" indígenas. Dado que la PEA corresponde siempre a la población de 15 y más años, no es posible caracterizar a todo este grupo.

los jóvenes indígenas en el marco de las unidades productivas familiares no se registran como tales. Sin embargo, se aprecian distintas situaciones por país: en el Ecuador, el Estado Plurinacional de Bolivia, Panamá y el Paraguay, la participación económica es mayor en indígenas que en no indígenas, con diferencias relativas que fluctúan entre el 20% y el 40%. En la Argentina, Chile y Costa Rica, la inserción laboral de los indígenas supera en un 10% la de los no indígenas. En los países restantes, la situación es a la inversa (véase el cuadro V.4).

■ Cuadro V.4 ■

América Latina (14 países): tasa de participación económica. Población total y población de 15 a 24 años, por condición étnica. Ronda de censos de 2000
(En porcentajes)

País	Población joven						Población total	
	Grupos específicos de edad				Total			
	de 15 a 19 años		de 20 a 24 años		Indígena	No indígena	Indígena	No indígena
	Indígena	No indígena	Indígena	No indígena				
Argentina	39,5	34,0	80,0	76,8	58,9	55,4	78,6	75,6
Bolivia (Estado Plurinacional de)	39,1	30,6	59,8	53,4	49,2	41,0	62,1	56,3
Brasil	46,3	49,6	66,2	74,1	55,5	61,2	60,2	63,6
Chile	26,8	23,1	62,0	57,4	44,1	39,8	55,3	56,6
Costa Rica	37,6	28,6	56,3	59,4	46,2	43,0	53,3	52,2
Ecuador	61,5	35,0	74,3	59,4	67,2	46,9	72,3	59,7
Guatemala	41,5	34,4	48,7	54,4	44,7	43,7	47,2	51,1
Honduras	42,7	37,0	51,7	53,6	46,6	44,5	50,2	50,8
México	41,8	36,4	56,5	57,7	48,4	46,6	54,1	55,0
Nicaragua	28,6	31,4	49,3	54,6	38,0	42,5	49,7	53,8
Panamá	62,9	38,6	90,6	82,2	75,1	59,6	86,4	79,0
Paraguay	54,7	38,6	65,2	63,9	59,5	50,0	66,4	59,4
Perú	27,8	27,5	56,5	56,3	41,1	41,4	54,5	56,0
Venezuela (República Bolivariana de)	23,0	23,9	40,3	53,4	31,0	38,1	39,5	54,3

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de procesamientos especiales de las bases de microdatos censales con REDATAM.

Las cifras específicas por edades indican una inserción más temprana en las actividades productivas por parte de los jóvenes indígenas. Si bien, en términos globales, entre los 15 y los 19 años la participación económica es levemente menor en el caso de los indígenas (el 38,1% y el 40,4%, respectivamente), en varios de los países considerados la situación es a la inversa. Las diferencias más significativas se observan en el Ecuador, con un 80% más de participación económica; Panamá, con un 60%; el Paraguay, con un 40%, y el Estado Plurinacional de Bolivia y Costa Rica, con un 30%.

Obviamente, al avanzar en la escala etaria hasta el segmento de 20 a 24 años, la inserción económica de indígenas y no indígenas aumenta, hasta el 57,6% y el 66,2% en cada grupo.

Una clara diferenciación por sexo se aprecia en la inserción económica tanto de los jóvenes indígenas como no indígenas (véase el cuadro V.5). Así, en todos los países son los varones los que se incorporan con más fuerza al mercado del trabajo. Sin embargo, en el caso indígena, esto podría estar fuertemente influido por la falta de reconocimiento de las actividades productivas tradicionales de las mujeres como trabajo formal.

Entre los jóvenes indígenas, las diferencias por sexo más significativas se presentan en Costa Rica, Guatemala y Honduras, donde la participación económica de los varones está muy por encima de la de las mujeres, con diferencias relativas de 3,9, 3,2 y 5,0, respectivamente.

■ Cuadro V.5 ■

América Latina (14 países): tasa de participación económica de la población joven por condición étnica y sexo. Ronda de censos de 2000
(En porcentajes)

País	Grupos específicos de edad								Total			
	de 15 a 19 años				de 20 a 24 años							
	Condición étnica				Condición étnica				Condición étnica			
	Indígena		No indígena		Indígena		No indígena		Indígena		No indígena	
	Sexo		Sexo		Sexo		Sexo		Sexo		Sexo	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Argentina	41,9	37,1	36,9	31,1	82,6	77,5	79,6	73,9	61,4	56,4	58,1	52,7
Bolivia (Estado Plurinacional de)	41,6	36,8	35,8	25,5	72,9	47,8	66,5	41,4	56,8	42,2	49,6	32,8
Brasil	56,6	36,3	58,4	40,7	80,8	51,7	87,3	61,0	67,9	43,4	72,0	50,3
Chile	32,9	20,9	27,8	18,6	78,2	46,0	70,7	44,4	55,2	33,3	48,6	31,2
Costa Rica	60,6	14,2	42,2	14,8	87,2	24,1	80,5	38,5	73,0	18,8	59,9	25,9
Ecuador	69,0	63,0	48,8	21,6	89,4	80,1	81,5	38,7	78,1	70,7	64,6	30,0
Guatemala	63,0	21,3	49,9	19,3	78,9	23,0	78,3	33,7	69,9	22,0	62,7	26,2
Honduras	71,4	13,1	59,2	15,2	86,3	18,6	81,4	28,7	77,7	15,5	69,0	21,5
México	57,2	26,6	48,1	25,2	84,3	31,5	78,9	38,7	69,0	28,8	62,5	31,8
Nicaragua	43,6	13,8	48,8	13,9	71,8	27,4	77,6	32,4	56,4	20,0	62,5	22,9
Panamá	52,9	72,9	40,0	37,1	87,2	93,8	84,3	80,1	67,6	82,2	61,1	58,1
Paraguay	69,4	39,6	51,2	25,8	85,1	45,5	82,2	45,6	76,5	42,3	65,1	34,8
Perú	33,4	22,0	35,0	20,1	71,5	41,3	72,7	40,7	50,9	31,1	53,1	30,1
Venezuela (República Bolivariana de)	31,3	15,2	33,8	14,0	56,7	25,1	72,4	35,2	42,9	19,8	52,3	24,3

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de procesamientos especiales de las bases de microdatos censales con REDATAM.

Investigaciones recientes muestran una evidente relación entre los niveles de escolaridad de los jóvenes y su inserción en el mercado del trabajo (Del Popolo, López y Acuña, 2009). En consecuencia, si se toma en consideración que los indígenas tienen menos años de estudio que los no indígenas, su participación en la actividad económica se ve restringida a los empleos de menor calidad, de más bajos ingresos y con menor protección social.

C. A modo de síntesis

a) *Mejoría en los niveles educacionales de los jóvenes indígenas, en un contexto de persistentes brechas interétnicas*

Los antecedentes descritos son coherentes con otros estudios disponibles, pues muestran brechas sistemáticas de equidad en materia de educación en desmedro de los jóvenes indígenas. Pero, además, los datos aportados por este estudio revelan también otro rasgo de interés: que aun cuando se verifican mejorías substanciales en los niveles educacionales de las generaciones más jóvenes entre los pueblos indígenas, estos avances no han implicado superar las brechas interétnicas en esta materia.

Estas brechas en materia de educación formal ponen en entredicho las posibilidades reales de desarrollo de los jóvenes indígenas pues, como es sabido, hay una fuerte interdependencia entre los niveles de escolaridad y los ingresos económicos. Según estudios disponibles, los jóvenes de bajo nivel educativo acceden a los peores empleos, generalmente en el sector de baja productividad y con malos ingresos (Del Popolo, López y Acuña, 2009). Más aun, en contextos modernos, esta situación de detrimento expone a los jóvenes a los empleos de mayor peligro y con escasa protección social. Esto es de gran importancia para la planificación en materia de salud, pues podría estar en la base de la alta tasa de mortalidad por traumatismos, principal causa de muerte en las poblaciones jóvenes.

Por otro lado, hay que considerar que el mayor acceso a la educación formal alcanzado por los jóvenes indígenas, en el marco de modelos de aprendizaje homogeneizantes, bien podría entrar en contradicción con sus derechos colectivos como miembros de pueblos diferenciados culturalmente. Por ello, superar estas brechas requiere de políticas y programas pertinentes que incorporen las epistemologías indígenas, siguiendo los lineamientos establecidos en el Convenio 169 de la OIT. Esto es: a) garantizar a los jóvenes indígenas el acceso a una educación a todos los niveles, por lo menos en pie de igualdad con el resto de la comunidad nacional; b) velar por que los programas educacionales respondan a las necesidades particulares de los pueblos indígenas, y tener en cuenta su historia, sus conocimientos y técnicas,

sus sistemas de valores y todas sus demás aspiraciones sociales, económicas y culturales.

b) La necesidad de relativizar los antecedentes sobre participación económica de los jóvenes indígenas

Por otro lado, si bien los antecedentes descritos en el ámbito de la participación económica de los jóvenes indígenas muestran, como rasgos principales, una inserción laboral más baja entre ellos que entre los jóvenes no indígenas y una diferenciación por género compartida por ambos grupos, es necesario relativizar estos datos a fin de evitar que se infravalore la participación económica indígena. Más aun si se tiene en cuenta que la mayoría de los jóvenes de los pueblos originarios reside en áreas rurales donde participaría en las estructuras económicas tradicionales, de las que no necesariamente dan cuenta los instrumentos censales.

Capítulo VI

Aproximaciones a la salud reproductiva de los jóvenes indígenas



Los derechos sexuales y reproductivos han surgido con fuerza en la última década, a partir del principio de que todas las personas tienen el “derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos” así como “el de adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia” (Naciones Unidas, 1995).

Para la contextualización de estos derechos entre los pueblos indígenas es necesario considerar al menos dos elementos: a) el papel y significado de la fecundidad en el contexto más amplio de la concepción del buen vivir indígena, donde los hijos representan la posibilidad de la reproducción biológica y cultural continuamente amenazada (Quidel y Jineo, 1999; Conejo, 2006), y b) la necesidad de que las políticas en estas materias aseguren el acceso de manera efectiva y pertinente a los métodos anticonceptivos que los pueblos, parejas y mujeres elijan, incluidos los métodos naturales y tradicionales.

Así, promover y garantizar los derechos sexuales y reproductivos en contextos pluriétnicos, supone generar condiciones para que las personas y parejas puedan ejercerlos de acuerdo a sus propias prácticas y modelo de bienestar. Ello supone, en el caso de los pueblos indígenas, la articulación entre estos y sus derechos colectivos, lo que implica que los pueblos indígenas tienen derecho a diseñar sus propias políticas de población, sin que esto afecte los derechos reproductivos, que siguen siendo derechos ejercidos en el ámbito individual y de parejas (CEPAL, 2006). Por consiguiente, los pueblos, las parejas y los individuos, deberían disponer de la información necesaria para

asegurar la libertad de elección conforme a sus respectivas culturas y el acceso a servicios de salud y educación que garanticen la integralidad cultural.

A. Inicio de la vida sexual

Se estima que en América Latina el 50% de los jóvenes menores de 17 años son activos sexualmente. Desde la perspectiva de la salud pública, se parte del supuesto de que el inicio precoz de las relaciones sexuales pone a esta población en riesgo de embarazo y de contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS) y SIDA.

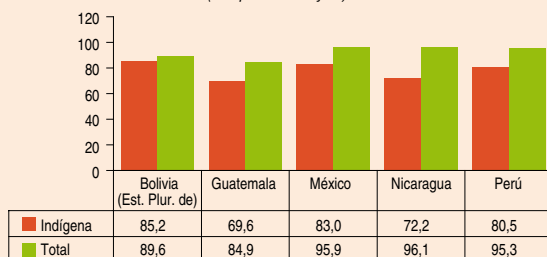
Los datos que se presentan a continuación requieren de una investigación más profunda, pues con las encuestas se intenta llevar a la esfera de lo público un tema como la sexualidad, que en el mundo indígena pertenece a la esfera de lo privado. Por ese motivo, la inclusión de estas materias en instrumentos de este tipo introduce sesgos que limitan la confiabilidad de los datos.

En cuatro de los seis países analizados, resulta evidente el inicio más temprano de la vida sexual entre los pueblos indígenas, en el marco de los patrones propios de sexualidad y reproducción ya descritos con anterioridad en este documento. Así, en Guatemala, México, Nicaragua y el Perú, el porcentaje de mujeres indígenas que tuvieron su primera relación sexual antes de cumplir los 15 años es notoriamente superior al de las mujeres no indígenas. La diferencia más clara se aprecia en Nicaragua. Un patrón diferente se observa en el Ecuador y el Estado Plurinacional de Bolivia, donde aparentemente serían las mujeres no indígenas las que inician más precozmente su vida sexual (véase el cuadro VI.1). La situación en estos dos países requiere de investigaciones en profundidad que contextualicen estos datos, precisamente por escapar del patrón.

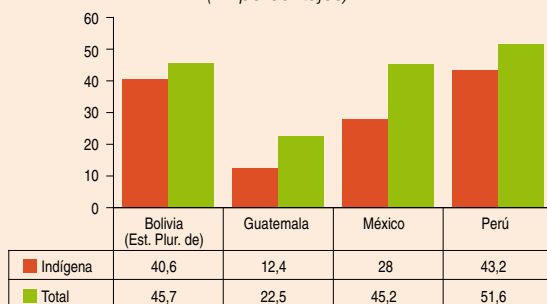
Aun cuando no se cuenta con información respecto de todos los países del área, los datos disponibles muestran que entre los jóvenes indígenas hay una tendencia mayor que entre los no indígenas a iniciar la vida sexual en el marco de relaciones de pareja establecidas. Esta situación es consistente con los patrones de sexualidad tradicionales, en los que el inicio temprano de la vida sexual de estos jóvenes no solo está libre de estigmatizaciones, sino que cuenta con la aprobación comunitaria, en los marcos de relaciones de pareja más o menos formalizadas.

Recuadro VI.1**Algunas cifras sobre anticoncepción convencional entre las jóvenes indígenas**

En un estudio reciente, basado en encuestas de demografía y salud, sobre salud reproductiva en mujeres indígenas de 15 a 19 años en el Estado Plurinacional de Bolivia, Nicaragua, México y el Perú, se puso de relieve, en primer lugar, que las jóvenes acceden a mayor información sobre estas materias que las mujeres de generaciones anteriores, con cifras que fluctúan entre el 70% y el 85% en Guatemala y el Estado Plurinacional de Bolivia, respectivamente. Pese a ello, en todos los países este segmento etario tiene menor conocimiento sobre métodos anticonceptivos que el resto de las jóvenes.

■ Gráfico 1 ■**Mujeres de 15 a 19 años que conocen al menos un método anticonceptivo. Indígenas y total**
(En porcentajes)

Del mismo modo, entre las indígenas se aprecia una proporción menor de uso de anticonceptivos en los cuatro países sobre los que se cuenta con datos. Las mayores diferencias se observan en Guatemala y México, con un 40% menos de uso; y las menores, en el Estado Plurinacional de Bolivia y el Perú, con un uso del 10% y el 20%, respectivamente.

■ Gráfico 2 ■**Mujeres de 15 a 19 años casadas y unidas que usan un método anticonceptivo. Indígenas y total**
(En porcentajes)

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de E. Pantelides, "Prevención y atención de la salud reproductiva entre mujeres indígenas de 15 a 19 años en países seleccionados de América Latina. Otro aspecto de las desigualdades en salud", documento presentado en el tercer Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población (ALAP), Córdoba, 24 a 26 de septiembre de 2008.

■ Cuadro VI.1 ■

América Latina (6 países): edad de la primera relación sexual (de 15 a 24 años), según condición étnica. Encuestas seleccionadas*(En porcentajes)*

Edad	Bolivia (Estado Plurinacional de) 2003		Ecuador 2004		Guatemala 2003		México 2003		Nicaragua 2001		Perú 2008							
	Condición étnica		Condición étnica		Condición étnica		Condición étnica		Condición étnica		Condición étnica							
	Indígena	No indígena	Indígena	No indígena	Indígena	No indígena	Indígena	No indígena	Indígena	No indígena	Indígena	No indígena						
<15	5,0	8,2	6,4	5,8	8,3	8,0	11,6	8,6	9,6	8,8	5,2	5,8	24,8	12,2	12,5	8,7	5,8	6,0
<18	29,1	36,0	32,3	26,1	30,6	30,0	36,8	27,3	30,3	33,3	26,1	28,4	57,1	39,4	39,8	36,1	27,6	28,2
<20	41,3	47,0	43,9	38,9	41,3	40,9	44,2	36,0	38,7	45,6	37,5	40,6	61,9	48,6	48,8	47,1	39,2	39,8
<22	46,5	50,7	48,4	43,1	45,5	45,1				50,1	42,2	45,6	65,7	51,6	51,9	50,9	44,3	44,8
<25	47,8	51,9	49,7	43,2	46,7	46,2	47,9	40,8	43,0	51,4	43,8	44,3	66,7	52,4	52,7	51,4	45,9	46,3

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de procesamientos especiales de encuestas seleccionadas.

■ Cuadro VI.2 ■

América Latina (3 países): tipo de la primera relación sexual (de 15 a 24 años), según condición étnica. Encuestas seleccionadas*(En porcentajes)*

Tipo	Ecuador 2004		Guatemala 2003		México 2003	
	Indígena	No indígena	Indígena	No indígena	Indígena	No indígena
Premarital	29,4	38,2	11,9	17,6	18,5	24,2
Marital	14,3	9,0	35,9	23,1	33,0	19,5
Total	43,7	47,1	47,8	40,7	51,5	43,7

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de procesamientos especiales de encuestas seleccionadas.

B. Maternidad en edades tempranas

Los antecedentes disponibles señalan que en América Latina los jóvenes comienzan su vida sexual a edades cada vez más tempranas y que, paulatinamente, han comenzado a postergar las uniones y el momento de tener el primer hijo (CEPAL/OIJ, 2004). Con todo, esta situación general presenta variabilidad entre distintos segmentos de la sociedad, fenómeno que se vincula con la posición en la estructura social y con la diversidad cultural, entre otros factores.

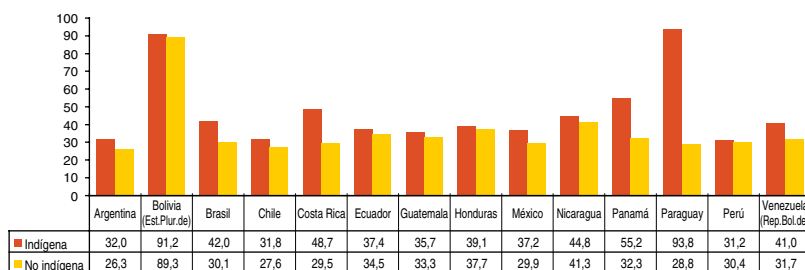
En los 14 países analizados, el patrón observado, siguiendo las tendencias de fecundidad descritas anteriormente, es un porcentaje sistemáticamente más alto de madres jóvenes entre las indígenas que entre las no indígenas. Las mayores diferencias interétnicas se aprecian en el Brasil, Costa Rica, Panamá y el Paraguay, y las más bajas, en el Estado Plurinacional de Bolivia, Honduras y el Perú (véase el gráfico VI.1). Sin embargo, hay que considerar

que no necesariamente estas diferencias remiten a inequidades, dado que los patrones reproductivos, que definen no solo el número de hijos, sino la edad de la unión, entre otros aspectos, difieren de una cultura a otra. O sea, no se puede inferir que estas cifras remitan exclusivamente a faltas de garantías de los derechos reproductivos de las jóvenes indígenas.

■ Gráfico VI.1 ■

América Latina (14 países): proporción de madres jóvenes de 15 a 24 años, por condición étnica. Ronda de censos de 2000

(En porcentajes)



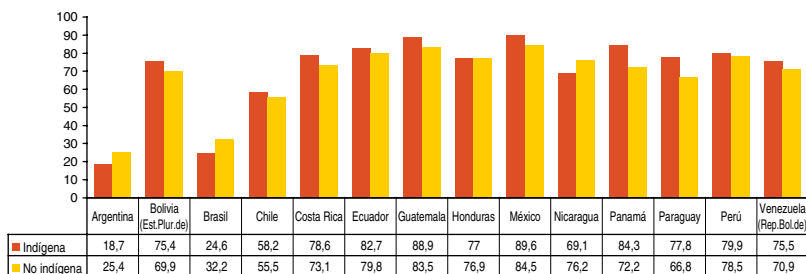
Fuente: Elaboración propia, sobre la base de procesamientos especiales de las bases de microdatos censales con REDATAM.

Un aspecto que bien podría estar relacionado con estas diferencias culturales es que los porcentajes de madres jóvenes en unión son superiores entre las indígenas que entre las no indígenas. Esta diferenciación se aprecia en 12 de los 14 países analizados, con cifras más elocuentes en Panamá y el Paraguay. Solo en la Argentina, el Brasil y Nicaragua se observa una situación distinta (véase el gráfico VI.2).

■ Gráfico VI.2 ■

América Latina (14 países): proporción de madres jóvenes en unión (de 15 a 24 años), según condición étnica. Ronda de censos de 2000

(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de procesamientos especiales de las bases de microdatos censales con REDATAM.

Tradicionalmente, se han asociado las altas proporciones de maternidad temprana en poblaciones indígenas a factores de discriminación estructural, evidenciados en altos niveles de pobreza y menores niveles educacionales, entre otros factores. Como una forma de hacer una aproximación a esta situación, se analiza la relación entre los niveles de escolaridad y la maternidad entre las jóvenes. Para ello, se ha definido un indicador operacional relativo al acceso a educación formal, partiendo del supuesto de que, a una edad determinada, sería esperable que las personas tuvieran determinada cantidad de años de estudio aprobados. De este modo, se ha asumido que las mujeres que no alcanzan este estándar (distinto, por cierto, según el país) están en condiciones de rezago educacional.

En el cuadro VI.3 se puede apreciar que en todos los países, con excepción de Chile (27,8%), las madres indígenas jóvenes presentan altos niveles de rezago educacional, con valores que fluctúan entre un 52,9% en el Perú y un 97% en el Paraguay. En segundo lugar, se observa que, independientemente del nivel, las brechas entre estas y las no indígenas son sistemáticas en todos los países, sin excepción. Las diferencias relativas más bajas se verifican en Honduras y Nicaragua (1,1) y las más altas, en Chile y el Paraguay (1,8).

■ Cuadro VI.3 ■

América Latina (14 países): distribución de madres jóvenes (de 15 a 24 años) por rezago educacional según condición étnica. Ronda de censos de 2000

País	Indígena (En porcentajes)		No indígena (En porcentajes)		Diferencia relativa ^a
	Con rezago	Sin rezago	Con rezago	Sin rezago	
Argentina	61,0	39,0	51,2	48,8	1,2
Bolivia (Estado Plurinacional de)	67,5	32,5	50,3	49,8	1,3
Brasil	79,5	20,5	63,2	36,8	1,3
Chile	27,8	72,2	15,3	84,7	1,8
Costa Rica	90,7	9,4	73,9	26,1	1,2
Ecuador	87,9	12,0	58,9	41,0	1,5
Guatemala	96,0	4,0	78,6	21,4	1,2
Honduras	93,9	6,1	85,5	14,5	1,1
México	84,7	15,2	52,0	48,0	1,6
Nicaragua	71,6	28,4	67,2	32,8	1,1
Panamá	90,7	9,3	49,4	50,7	1,8
Paraguay	97,0	2,9	67,6	32,3	1,4
Perú	52,9	47,2	36,1	63,9	1,5
Venezuela (República Bolivariana de)	85,6	14,4	53,6	46,5	1,6

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de procesamientos especiales de las bases de microdatos censales con REDATAM.

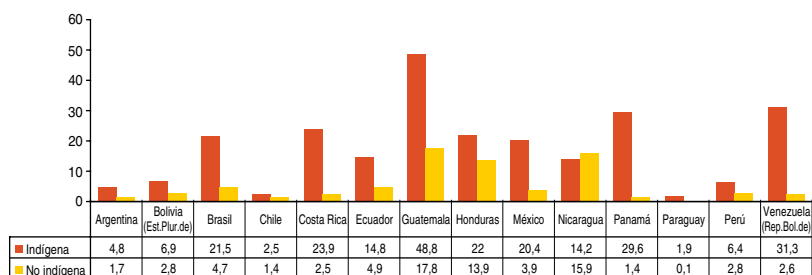
^a Cociente entre jóvenes indígenas y no indígenas con rezago.

Al profundizar en el análisis de las jóvenes que presentan rezago (véase el gráfico VI.3), se percibe que la situación de las mujeres indígenas refleja aun mayor exclusión. La proporción de las que no han accedido a la educación formal es siempre más alta que entre las no indígenas, observándose las diferencias más extremas en Panamá y el Paraguay.

■ Gráfico VI.3 ■

América Latina (14 países): proporción de madres jóvenes sin instrucción (de 15 a 24 años), según condición étnica. Ronda de censos de 2000

(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de procesamientos especiales de las bases de microdatos censales con REDATAM.

En los cuadros VI.3 y VI.4 se puede apreciar, como tendencia general, que la proporción de madres jóvenes es mayor precisamente entre las que no tienen instrucción formal, seguidas de las que presentan rezago educacional. Es notoriamente más baja entre las que nos presentan rezago. No obstante, independientemente de esta situación, las proporciones son más altas entre las mujeres indígenas en la mayoría de los países.

De manera complementaria, se puede apreciar, como es de esperar, que al comparar el total de mujeres jóvenes indígenas que presentan rezago educacional con las que no lo presentan, siempre hay una mayor proporción de madres entre las primeras. Llama la atención, sin embargo, que al establecer comparaciones entre las jóvenes indígenas y no indígenas en cada uno de estos subgrupos educacionales, no existen mayores diferencias entre las brechas relativas. Esto parece indicar que, más allá del acceso a la educación formal, lo decisivo son los modelos culturales asociados a la reproducción (véase el cuadro VI.4).

■ Cuadro VI.4 ■

América Latina (14 países): proporción de madres jóvenes (de 15 a 24 años) por rezago educacional según condición étnica. Ronda de censos de 2000

País	Con rezago			Sin rezago		
	Condición étnica (En porcentajes)		Brecha relativa ^a	Condición étnica (En porcentajes)		Brecha relativa ^b
	Indígena	No indígena		Indígena	No indígena	
Argentina	45,32	41,81	1,08	21,90	19,0	1,15
Bolivia (Estado Plurinacional de)	55,49	55,28	1,00	28,90	28,1	1,03
Brasil	49,49	42,36	1,17	26,50	20,1	1,32
Chile	58,23	59,96	0,97	32,00	29,6	1,08
Costa Rica	59,13	44,03	1,34	34,20	20,9	1,64
Ecuador	42,31	45,43	0,93	26,00	26,4	0,98
Guatemala	37,76	40,14	0,94	15,50	20,5	0,76
Honduras	41,44	42,88	0,97	21,10	21,9	0,96
México	42,63	41,60	1,02	21,70	23,0	0,94
Nicaragua	52,01	54,09	0,96	33,30	27,9	1,19
Panamá	59,54	49,87	1,19	32,40	24,1	1,34
Paraguay	59,48	37,80	1,57	39,40	21,5	1,83
Perú	45,64	44,59	1,02	23,10	25,8	0,90
Venezuela (República Bolivariana de)	50,63	49,07	1,03	25,10	24,2	1,04

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de procesamientos especiales de las bases de microdatos censales con REDATAM.

^a Cociente entre proporción de madres jóvenes con rezago educacional indígenas y no indígenas.

^b Cociente entre proporción de madres jóvenes sin rezago educacional indígenas y no indígenas.

1. El embarazo en jóvenes menores de 20 años

a) Contextualización de la maternidad temprana en los patrones de reproducción indígena

El embarazo en adolescentes se ha presentado como una crisis general, una epidemia o un problema de salud pública importante (Erickson, 1998; Luker, 1996; Kirby, 1999). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las madres adolescentes (de 15 a 19 años) dieron a luz a 17 millones de bebés en 1997. La mayoría de estos partos ocurrieron en los países en desarrollo (OMS, 1998).

En América Latina, la reproducción a edades tempranas constituye un foco particular de interés en las políticas públicas por varias razones. En primer lugar, porque pese a los descensos importantes en el nivel de fecundidad general, la fecundidad adolescente no ha seguido la misma tendencia. Más aun, en casi todos los países de la región los niveles se han mantenido o incluso han aumentado (Rodríguez, 2008). En segundo lugar, porque la reproducción en edades tempranas se asocia con la inequidad socioeconómica. Su frecuencia es mucho mayor entre los grupos pobres y de menor educación, al punto de que se la ha considerado uno de los componentes que disminuye las probabilidades de salir de la pobreza de varias generaciones a la vez (Del Pópolo, López y

Acuña, 2009; Rodríguez, 2008). Asimismo, se relaciona con la desigualdad de género, puesto que las responsabilidades de la crianza recaen principalmente en las jóvenes, sus madres y abuelas. En tercer lugar, porque la maternidad ocurre cada vez más fuera del matrimonio o de las uniones, lo que implica nuevamente una desigualdad de género, dada por el abandono masculino y la presencia de madres adolescentes sin pareja, e hijos sin padres presentes (Rodríguez, 2008).

Desde una perspectiva antropológica, el “problema” del embarazo en adolescentes se basa en un patrón occidental de clase media anglosajona de los Estados Unidos, donde la secuencia definida como “normal” es: graduación, matrimonio, relaciones sexuales y nacimiento de los hijos (Erickson, 1998; Luker, 1996).

Dado que los patrones y las secuencias de la transición difieren de una cultura a otra, habría que preguntarse si ese patrón es relevante o nos sirve para explicar la transición en otros grupos culturales, étnicos y sociales. En otras palabras, si ese patrón puede considerarse como normal y universal, y si es adecuado clasificar como enfermedad o problema lo que no se ajusta a esa norma.

La evidencia antropológica descrita en secciones anteriores de este documento revela que en la mayoría de los países no occidentales, y sobre todo en contextos indígenas, las mujeres alcanzan el estado de adultez con el matrimonio y la maternidad en una etapa de la vida que —según un criterio cronológico occidental— podría categorizarse como adolescencia. A la inversa, el modelo ideal de adolescente occidental (es decir, soltera, sin hijos y con el objetivo vital de lograr una mayor educación) puede no ser culturalmente pertinente para entender cómo las normas sociales y culturales conforman el comportamiento, las experiencias y el significado de la sexualidad y el embarazo adolescente en la juventud indígena.

b) ¿Qué información aportan los censos sobre el embarazo en mujeres menores de 20 años?

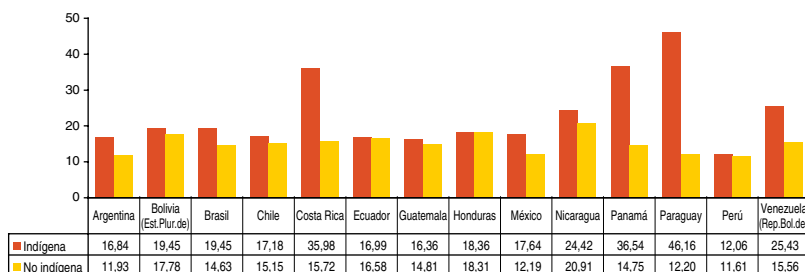
En general se asume una correlación directa entre el descenso de la fecundidad global y el de la fecundidad en los menores de 20 años. En América Latina, sin embargo, durante las últimas décadas se observa un fenómeno distinto: un descenso sostenido de la tasa global de fecundidad, acompañado de un estancamiento virtual de la fecundidad de este segmento etario específico (Rodríguez y Hopenhayn, 2007)¹⁰.

¹⁰ El marcado descenso de la fecundidad global obedece a factores socioeconómicos (urbanización, migración, industrialización, modernización, globalización), culturales (secularización de valores, individualización de proyectos de vida, nuevos estilos de vida, nuevas formas de organización familiar), educativos, de género (creciente inserción laboral y protagonismo social de las mujeres) y tecnológicos

La maternidad temprana fluctúa entre un 10% y un 20% en los 14 países analizados. En tres de ellos (el Ecuador, Honduras y el Perú) la proporción de madres adolescentes es similar entre indígenas y no indígenas. En los 11 restantes, en cambio, se aprecia un porcentaje sostenidamente superior entre las jóvenes de los pueblos originarios, aun cuando existe una gran variabilidad entre ellos. En Costa Rica, Panamá y el Paraguay, que son los países que presentan una maternidad temprana indígena más alta (entre 4 y 5 de cada 10 jóvenes son madres), se observan las diferencias interétnicas más significativas. Las madres indígenas cuadruplican a las no indígenas en el Paraguay y las duplican en Costa Rica y Panamá (véase el gráfico VI.4).

■ Gráfico VI.4 ■

América Latina (14 países): proporción de madres jóvenes de 15 a 19 años, por condición étnica. Ronda de censos de 2000
(En porcentajes)



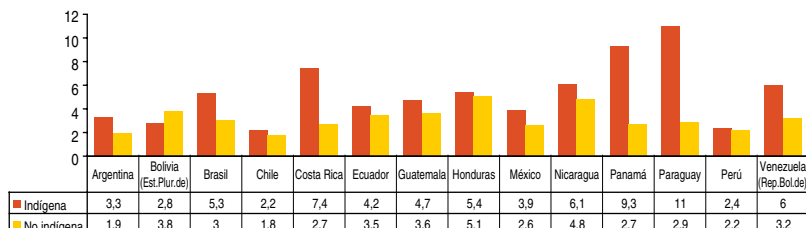
Fuente: Elaboración propia, sobre la base de procesamientos especiales de las bases de microdatos censales con REDATAM.

Al analizar el peso relativo que tienen las madres menores de 20 años en el total de mujeres con hijos, se observa que, si bien existe variabilidad entre las indígenas (las cifras fluctúan entre el 11%, en el Paraguay y el 2,2% en Chile), las proporciones entre ellas son siempre más altas que entre las no indígenas, con excepción del Estado Plurinacional de Bolivia (véase el gráfico VI.5).

(especialmente en los planos del acceso a la información en general y en la anticoncepción). En muchos países, la reducción de la fecundidad se ha registrado en un marco de intervenciones estatales en pro de la planificación familiar.

■ Gráfico VI.5 ■

América Latina (14 países): proporción de madres jóvenes de 15 a 19 años respecto del total de mujeres con hijos, por condición étnica. Ronda de censos de 2000
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de procesamientos especiales de encuestas seleccionadas.

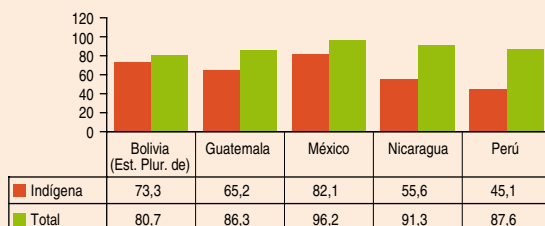
Recuadro VI.2

Juventud indígena y VIH

No existe información sistemática sobre la situación del VIH/SIDA entre los pueblos indígenas de América Latina. Algunos antecedentes, sin embargo, pueden encontrarse en un investigación reciente sobre salud sexual y reproductiva en mujeres indígenas de 15 a 19 años, que relevó información acerca del Estado Plurinacional de Bolivia, Guatemala, México, Nicaragua y el Perú. Sus resultados muestran que el porcentaje de mujeres jóvenes indígenas que han oído hablar del SIDA es siempre menor que la cifra promedio correspondiente a cada país. Las diferencias relativas más importantes se observan en Guatemala, Nicaragua y el Perú, y la menor, en el Estado Plurinacional de Bolivia.

■ Gráfico 1 ■

Mujeres de 15 a 19 años que han oído hablar del sida. Indígenas y total
(En porcentajes)



En cuanto a la percepción del riesgo de contraer SIDA, el estudio muestra que la mayoría de las jóvenes indígenas del Estado Plurinacional de Bolivia y el Perú se considera libre de riesgo de contraer el SIDA (el 58% y el 64%, respectivamente). En ambos países estos porcentajes son mayores que los del promedio de la población femenina de 15 a 19 años.

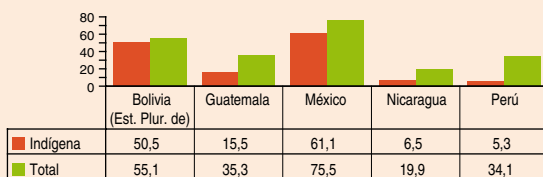
(continúa)

Recuadro VI.2 (conclusión)

El estudio también recaba información acerca del conocimiento de las jóvenes indígenas sobre el uso del condón como medio para evitar el contagio de SIDA. En los países analizados, este conocimiento está presente en una proporción significativamente menor de las adolescentes indígenas comparadas con el total, con excepción del Estado Plurinacional de Bolivia, donde la diferencia es pequeña.

■ Gráfico 2 ■

Mujeres de 15 a 19 años que saben que el condón puede evitar el contagio, entre las que han oído hablar del sida. Indígenas y total
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de E. Pantelides, "Prevención y atención de la salud reproductiva entre mujeres indígenas de 15-19 años en países seleccionados de América Latina. Otro aspecto de las desigualdades en salud", documento presentado en el tercer Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población (ALAP), Córdoba, 24 a 26 de septiembre de 2008.

C. Conclusiones: patrones reproductivos diferenciados entre jóvenes indígenas y no indígenas

Más allá de los sesgos introducidos por el carácter de las fuentes de datos utilizadas, de los antecedentes antes descritos en materia de salud sexual y reproductiva de las jóvenes indígenas sobresale un conjunto de elementos decisivos para la planificación en salud: a) aun cuando los datos son fragmentarios, muestran un inicio más temprano de la vida sexual entre las jóvenes indígenas; b) insinúan que, entre ellas, este inicio se da más en el marco de relaciones de pareja establecidas que entre las no indígenas; c) igualmente se observan mayores proporciones de maternidad temprana entre las mujeres indígenas, y d) esta situación se verifica indistintamente de los niveles de escolaridad alcanzados por las jóvenes.

Todas estas situaciones parecerían indicar que subsisten entre los jóvenes indígenas modelos de sexualidad y reproducción tradicionales, que podrían incidir en la fecundidad más alta observada entre las jóvenes. Junto a ello, la desventajosa posición en la estructura social, evidenciada en mayores rezagos educacionales de las madres jóvenes indígenas, limita también su acceso a información sobre salud reproductiva.

Capítulo VII

Juventud indígena y discapacidad



La OMS plantea que “discapacidad” es un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica aspectos negativos de la interacción entre un individuo (debido a una condición de salud) y sus factores contextuales (ambientales y personales).

A nivel mundial, se estima que aproximadamente unos 650 millones de personas tienen alguna discapacidad (el 10% de la población). Se observa una distribución desigual de ellas, pues se concentran de manera primordial en los países en desarrollo, con proporciones mayores en las áreas rurales (Groce, 2004). En el caso de América Latina, la cifra estimativa es de 85 millones de personas con discapacidades (OPS, 2006).

Más allá de las cifras, en contextos pluriétnicos resulta imprescindible un enfoque intercultural de la discapacidad, puesto que cada cultura desarrolla su propio modelo explicativo al respecto. A partir de este modelo se establecen determinados roles sociales para las personas con discapacidad y se les reconocen ciertos deberes y derechos (Groce, 1999). Por ese motivo, es necesario relevar la dimensión sociocultural de la discapacidad, más que la dimensión individual. El desafío pendiente en este ámbito es contextualizar la discapacidad en el marco de las propias definiciones indígenas de funcionalidad en los medios tradicionales, ya que las destrezas y habilidades requeridas para la vida difieren de una cultura a otra. En este sentido, un mismo atributo individual puede revestir distintas connotaciones según el rol que se asigne culturalmente a quien lo porta. Por ejemplo, en muchas comunidades indígenas, ciertas características físicas que en Occidente pueden considerarse

limitaciones, son valoradas positivamente por estar vinculadas a los criterios de reclutamiento de chamanes y otras funciones rituales.

En la región, 5,5 millones de jóvenes (de 10 a 24 años) viven con alguna discapacidad, lo que equivale aproximadamente a un 5% de la población total de este estrato de edad. Las cifras por países presentan gran variabilidad. Así, en el Perú, los discapacitados constituyen el 10% de la población juvenil; también por encima del promedio regional se ubican el Brasil, Guatemala y Nicaragua (el 6,7%, 6,5% y 7,7%, respectivamente).

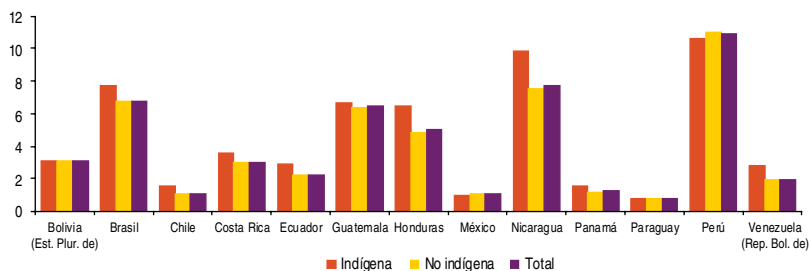
A nivel global, las proporciones son levemente mayores entre los indígenas, apreciándose también en este aspecto heterogeneidad por país. Así, las diferencias relativas muestran una situación de mayor limitación en los jóvenes indígenas en 11 de los 13 países analizados (las excepciones son México y el Perú), con valores más significativos en Chile, el Ecuador, Honduras, Nicaragua, Panamá y la República Bolivariana de Venezuela.

Por otro lado, un 4,6% de los adolescentes (de 10 a 19 años) declara alguna discapacidad; esto equivale a unos 3,2 millones de personas. También en este segmento de edad las proporciones son mayores entre los indígenas, con una diferencia relativa del 20% y con variabilidades por país similares a las ya mencionadas respecto de toda la población joven.

Por último, 3,6 millones de los jóvenes de 15 a 24 años viven con alguna discapacidad, lo que equivale al 4,9% de ese grupo.

■ Gráfico VII.1 ■

América Latina (13 países): proporción de jóvenes (de 10 a 24 años) con discapacidad, por condición étnica



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de procesamientos especiales de las bases de microdatos censales con REDATAM.

Recuadro VII.1

Derechos indígenas y discapacidad

La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006, es uno de los avances más significativos en función de garantizar la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad^a. Dos aspectos abordados en este instrumento resultan de interés para los pueblos indígenas: a) se reconoce que la discriminación de las personas con discapacidad se ve agravada por su “origen nacional, étnico, indígena o social” y b) se establece su “derecho, en igualdad de condiciones con las demás, al reconocimiento y el apoyo de su identidad cultural y lingüística específica”^b.

A un nivel general, la Convención reconoce a las personas con discapacidad los derechos de igualdad, protección, libertad, autonomía personal y participación, así como los derechos sociales básicos. Estos, indudablemente, requieren contextualizarse en el marco de los derechos colectivos de los pueblos indígenas.

Por su parte, en el artículo 21, inciso 2 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas, se insta a los Estados a prestar “particular atención a los derechos y necesidades especiales de los ancianos, las mujeres, los jóvenes, los niños y las personas con discapacidad indígenas” en la adopción de medidas tendientes a asegurar el mejoramiento de sus condiciones económicas y sociales.

Al respecto, distintas agrupaciones de personas indígenas con discapacidad han planteado a los Estados una serie de demandas, entre las que destacan:

- i) Asegurar que las personas con discapacidad pertenecientes a grupos indígenas, tribales, multiétnicos o de minorías culturales disfruten plenamente de su derecho a la ciudadanía.
- ii) Reconocer el derecho a las diversas formas de expresión y de ver los ritmos y patrones de vida, que son esenciales a su origen étnico y cultural específico, incluidos los estilos de comunicación;
- iii) Asegurar el acceso de intérpretes, asistentes para la comunicación, apoyo entre compañeros y, en caso necesario, ser asistidos por un consejero en la toma de decisiones que cuente con conocimientos pertinentes y comprenda el lenguaje y la experiencia de vida de la cultura prevaleciente en la sociedad étnica del individuo;
- iv) Reconocer asociaciones entre personas con discapacidad pertenecientes a contextos indígenas, tribales, multiétnicos o de origen cultural y alentar la formación de redes entre pares y con el resto de las organizaciones indígenas.
- v) Asegurar que las actividades, programas y medidas orientadas a comunidades indígenas, tribales, multiétnicas o de minorías culturales incluyan también a mujeres y niñas con discapacidad.
- vi) Desarrollar planes para incrementar en el público la conciencia de la existencia de personas con discapacidad pertenecientes a cualquier grupo indígena, tribal, multiétnico, o a minorías culturales y lingüísticas.

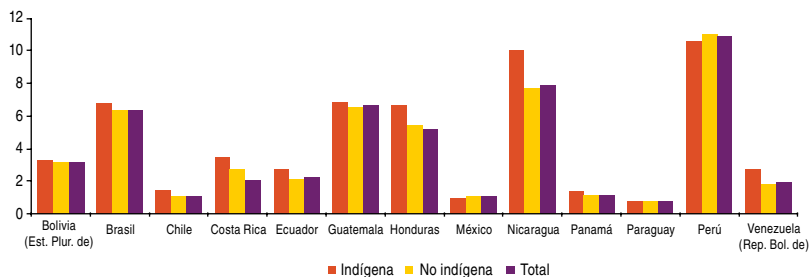
Fuente: Elaboración propia, sobre la base de las reflexiones del Grupo Internacional de Trabajo de Personas Indígenas con Discapacidad.

^a En América Latina, la Convención ha sido ratificada por Cuba, el Ecuador, El Salvador, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá y el Perú.

^b Artículo 30.

■ Gráfico VII.2 ■

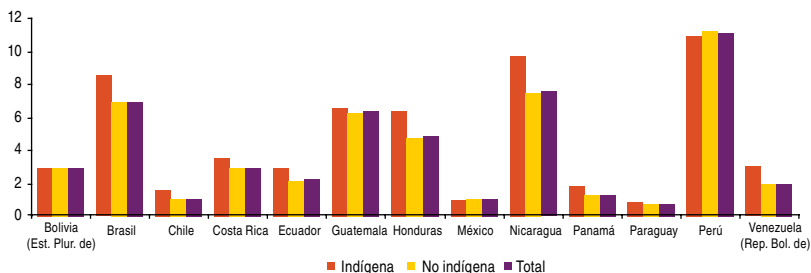
América Latina (13 países): proporción de jóvenes (de 10 a 19 años) con discapacidad, por condición étnica



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de procesamientos especiales de las bases de microdatos censales con REDATAM.

■ Gráfico VII.3 ■

América Latina (13 países): proporción de jóvenes (de 15 a 24 años) con discapacidad, por condición étnica

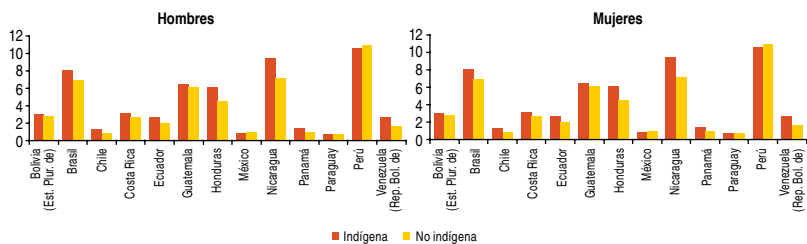


Fuente: Elaboración propia, sobre la base de procesamientos especiales de las bases de microdatos censales con REDATAM.

Por otro lado, y tal como se observa en los gráficos VII.4 y VII.5, la discapacidad afecta en proporciones levemente superiores a hombres que a mujeres, sean indígenas o no indígenas. La única excepción a este respecto la constituye el Brasil. En términos interétnicos, sin embargo, no existe un único patrón claramente diferenciado por género. Así pues, al comparar las proporciones correspondientes a hombres indígenas y hombres no indígenas, en 8 de 14 países hay una diferencia relativa en desmedro de los indígenas, que fluctúa entre un 10% (Brasil) y un 40% (Chile y República Bolivariana de Venezuela). En el caso de las mujeres, se sigue la misma tendencia por países, aunque la diferencia mayor, observada en la República Bolivariana de Venezuela, alcanza un 50%. Estas mismas tendencias se observan entre los jóvenes de 10 a 19 años y 15 a 24 años.

■ Gráfico VII.4 ■

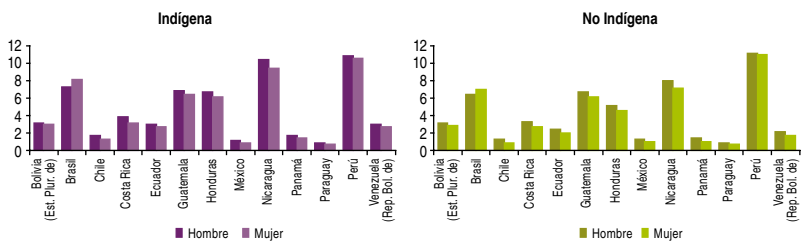
América Latina (13 países): proporción de jóvenes (de 10 a 24 años) con discapacidad, por condición étnica



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de procesamientos especiales de las bases de microdatos censales con REDATAM.

■ Gráfico VII.5 ■

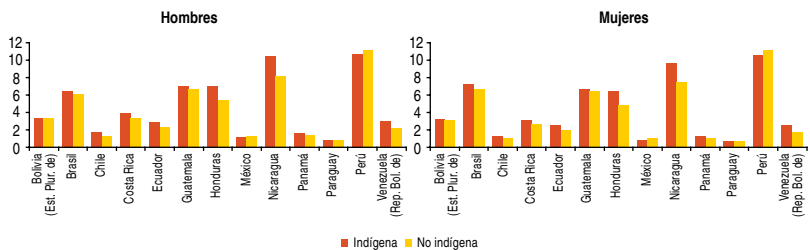
América Latina (13 países): proporción de jóvenes (de 10 a 24 años) con discapacidad, por sexo



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de procesamientos especiales de las bases de microdatos censales con REDATAM.

■ Gráfico VII.6 ■

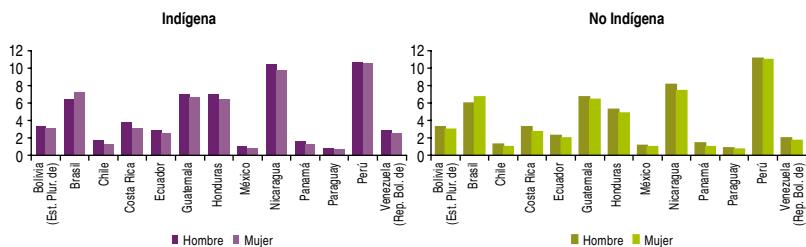
América Latina (13 países): proporción de jóvenes (de 10 a 19 años) con discapacidad, por condición étnica



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de procesamientos especiales de las bases de microdatos censales con REDATAM.

■ Gráfico VII.7 ■

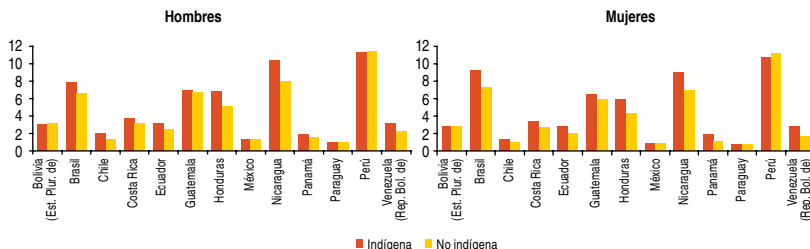
América Latina (13 países): proporción de jóvenes (de 10 a 19 años) con discapacidad, por sexo



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de procesamientos especiales de las bases de microdatos censales con REDATAM.

■ Gráfico VII.8 ■

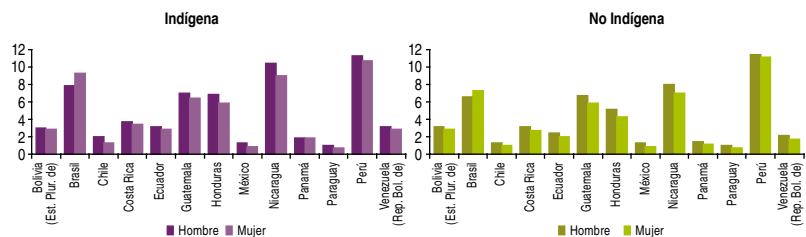
América Latina (13 países): proporción de jóvenes (de 15 a 24 años) con discapacidad, por condición étnica



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de procesamientos especiales de las bases de microdatos censales con REDATAM.

■ Gráfico VII.9 ■

América Latina (13 países): proporción de jóvenes (de 15 a 24 años) con discapacidad, por sexo



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de procesamientos especiales de las bases de microdatos censales con REDATAM.

Capítulo VIII

La salud mental de los jóvenes indígenas: un desafío pendiente



El concepto de violencia estructural resulta de gran utilidad para entender los determinantes sociales que causan sufrimiento, enfermedad y muerte. Con él se alude a la opresión sistemática relacionada con la pobreza, el racismo y el sexismo; es posible aplicarlo para aproximarse a los procesos que afectan a los pueblos y personas que sufren extrema pobreza, discriminación, hambre, violencia doméstica, migración obligada y desplazamiento (Desjarlais y otros, 1995). En este sentido, las altas tasas de enfermedad, muerte y autodestrucción, así como la violencia cotidiana por falta de oportunidades vitales, pueden también considerarse violencia estructural (Farmer, 1996).

Desde esta perspectiva, los problemas de salud mental de los pueblos deben entenderse en el contexto de violencia estructural y cambio social sin control cultural que enfrentan los grupos, especialmente los más vulnerables, como es el caso de los indígenas (Desjarlais y otros, 1995). Varios estudios muestran que el mundo de los pueblos originarios está marcado por el colapso demográfico, la usurpación, la pobreza, la marginalidad, la represión y la subordinación de sus culturas, como legado de la conquista europea que se mantiene hasta nuestros días (Desjarlais y otros, 1995; Young, 1990; CEPAL, 2007). En varias investigaciones se ha vinculado precisamente la violencia estructural con las altas tasas de depresión, alcoholismo, suicidio y violencia que existen actualmente en los pueblos indígenas. Además, se ha demostrado que estos traumas sociales han impactado de manera preponderante a los jóvenes y que podrían estar en la base de la mayor prevalencia de problemas mentales que presentan hoy día los jóvenes indígenas respecto de sus mayores y de sus pares no indígenas (Cohen, 1999, Kirmayer, Mac Donald y Brass, 2000).

Un aspecto central en la comprensión de estas “patologías sociales” en la juventud es el desarraigo y ruptura de un proyecto vital armonioso; es decir, el quiebre provocado por la contradicciones e inestabilidades del contexto sociocultural, en que se debe formar y consolidar la identidad (Martínez y Guinsberg, 2009). En el caso de los jóvenes indígenas, la pérdida y devastación de los territorios, la ruptura de la vida social y espiritual ligada a ellos, la colonización activa (cambio forzado en la organización tradicional) y la acelerada entrada a la modernidad han provocado que sean precisamente los jóvenes las mayores “víctimas del progreso” (Bodley, 1999). Esto se revela principalmente en las altas tasas de suicidio encontradas en jóvenes indígenas y ponen en entredicho las supuestas ventajas relativas de ellos en el mundo moderno (Kirmayer, Malud y Boothroyd, 1996). En síntesis, los daños a la salud que presentan los jóvenes indígenas no pueden entenderse como hechos aislados, sino en el contexto amplio de las condiciones de la vida desventajosas que enfrentan los pueblos indígenas en la actualidad.

Prácticamente no hay estudios sobre los factores que protegen a los jóvenes indígenas de los devastadores efectos del legado de la colonización. No obstante, se podría pensar que si la gran mayoría de la juventud indígena es sana y muestra resiliencia, se debe principalmente a factores protectores como la espiritualidad y el vínculo con el territorio, la orientación colectiva por sobre la individual, el rol que cumplen la familia extensa y las organizaciones de reivindicación étnica en el soporte social, la falta de estigma de los problemas mentales y el llamado “trabajo de la cultura” (Oyarce, 2000).

A. Una aproximación al suicidio en jóvenes indígenas

Un aspecto central de cualquier cultura es proveer a sus miembros con un significado y propósito en el mundo. Cuando el modo de vida de una comunidad o pueblo indígena se destruye —por enfermedades, genocidio, usurpación de territorios y represión de su lenguaje y cultura— lo que resulta como consecuencia lógica es la enfermedad, la autodestrucción y la muerte. Este es el contexto de violencia estructural en que hay que situarse para comprender las agresiones y el suicidio en jóvenes indígenas, donde el acto de quitarse la vida, de autodestruirse, es también una expresión final de angustia, miedo y sufrimiento (Kirmayer, Mac Donald y Brass, 2000).

Si bien existen algunas investigaciones sobre el alarmante aumento de las muertes autoinfligidas en los pueblos indígenas de Australia, el Canadá y los Estados Unidos, la información sobre jóvenes indígenas de América Latina es fragmentada y escasa. Un primer aspecto que se debe destacar entonces, es que no se cuenta con datos sistemáticos ni actualizados acerca de la juventud

de los pueblos originarios de América Latina, lo que marca de entrada una situación de inequidad en lo referente al tratamiento de esta temática.

En los países mencionados, las tasas de suicidio indígena, que pueden ser hasta cinco veces más altas que en los jóvenes no indígenas, se han asociado al intenso estrés social, traumas históricos que se traspasan intergeneracionalmente, historias de abuso sexual (en internados escolares) y duelos no resueltos. El estrés social es un término usado para referirse a la pérdida de confianza en los modos de entender la vida y vivirla que se han inculcado en una cultura particular. Se produce cuando se modifica el complejo conjunto de relaciones, conocimientos, lengua, instituciones sociales, creencias, valores y reglas éticas que unen a las personas y les dan un sentimiento colectivo de quiénes son y a qué pertenecen. Para los pueblos indígenas, la pérdida del territorio y del control sobre sus condiciones de vida, la supresión del sistema de creencias y la espiritualidad, el quiebre de sus instituciones políticas y sociales y discriminación racial han dañado seriamente su confianza y así los han predispuesto al suicidio, la autoagresión y otras conductas destructivas.

El suicidio en jóvenes aborígenes de Australia también se ha asociado a altas tasas de depresión y abuso de sustancias relacionados con pobreza, falta de educación, perspectivas limitadas de empleo, acceso reducido a servicios de protección social, ruralidad extrema, violencia doméstica y abuso de alcohol (véase [en línea] www.livingforeveryone.com.au).

En el Canadá, varios estudios epidemiológicos han documentado altos niveles de suicidio, alcoholismo, violencia y desmoralización en comunidades indígenas, que se pueden entender rápidamente como consecuencia directa de la historia de desplazamiento y trastorno de los patrones tradicionales de subsistencia y de su vínculo con el territorio (La Fombiose, 1988; Richarson, 1991; Shkilnyk, 1985; Waldram, 1997; York, 1990; citados por Kirmayer, Mac Donald y Brass, 2000). En un estudio llevado a cabo entre los inuit del norte del Canadá, que han sufrido de un “colonialismo activo”, se pone de relieve que, si bien la muerte por tuberculosis ha disminuido considerablemente, las tasas de suicidio han seguido la tendencia inversa. Estas tasas son varias veces mayores entre los hombres jóvenes que entre las mujeres de la misma edad, y son mucho más altas que entre sus pares en Dinamarca, el sur del Canadá y los Estados Unidos (Hicks, 2007). En este último país, los pocos datos disponibles muestran una clara evidencia de suicidio y abuso de sustancias entre jóvenes de comunidades nativas. Por ejemplo, según una encuesta en jóvenes indígenas entre 11 y 18 años de los pueblos de las planicies del Norte, dos tercios habían experimentado eventos traumáticos como accidentes, muertes por violencia o suicidios (Kunitz y otros, 1999).

Es evidente que las tasas de suicidio son el indicador más dramático de sufrimiento social en los jóvenes indígenas en las primeras naciones inuit y métis. Sin embargo, también hay heterogeneidad de situaciones; por ejemplo, los cree, también de las planicies del norte, no tienen tasas más altas que el resto de la provincia (Petawabano y otros, 1994). Por lo anterior, hay una urgente necesidad de estudiar a cada pueblo en su contexto histórico y territorial, ya que esta variabilidad debe enseñarnos mucho acerca de los patrones colectivos y locales que atañen al suicidio (Kirmayer, Mac Donald y Brass, 2000).

Entre los inuit, por ejemplo, se ha identificado el sentimiento de alienación de la comunidad tradicional como factor de riesgo de las tasas extremadamente altas entre los jóvenes. En cambio, entre los factores protectores, están la asistencia regular al colegio y la iglesia. Estos autores concluyen que hay una gran ruptura de los roles tradicionales de los jóvenes indígenas, lo que trae como resultado profundos problemas de identidad y autoestima (Kirmayer, Boothroyd y Hodgins, 1998; Kirmayer, Mac Donald y Brass, 2000).

Según otro estudio, en Columbia Británica, se ha revelado una clara asociación entre niveles de control de la comunidad o autonomía y las tasas de suicidio. Al examinar seis variables de “continuidad cultural”, se construyó un índice de “control cultural local”. Los resultados muestran que un valor alto de este índice está vinculado en un sentido negativamente inverso a la tasa de suicidio; en otras palabras, hay una asociación entre la falta de control comunitario y estas tasas (Chandler y Lalonde, 1998).

En América Latina, existen pocos estudios sobre el suicidio. Un caso notable lo constituye el pueblo emberá de Colombia, cuya situación puso de relieve que, cuando la supervivencia y la vida están amenazadas, la incidencia de suicidios aumenta. En 2008, este pueblo de 12 comunidades y 270 familias se vio amenazado por una empresa minera extranjera que pretendía explorar y explotar cobre, oro y otros minerales en un área ubicada en su territorio tradicional y bajo su resguardo, donde también se encuentran lugares sagrados. Ante la perspectiva de la contaminación de los ríos, la destrucción de la fauna y la flora, la amenaza sobre los recursos naturales y las fuentes tradicionales de vida, el despojo y la pérdida de los derechos sobre la tierra, se generó una angustia colectiva que derivó en ocho suicidios consumados y varios otros intentos, principalmente de jóvenes, por la desmoralización y la falta de perspectivas para el futuro (véase [en línea] <http://www.salvalaselva.org>).

A pesar de la heterogeneidad de situaciones, las cifras disponibles en América Latina reflejan dos tendencias: a) que existe una mayor mortalidad por suicidio en pueblos indígenas respecto de los no indígenas, sobre todo en edades jóvenes, y b) de manera complementaria, que la incidencia de muertes por suicidio en jóvenes se está incrementando más que en otros

grupos etarios. Así, desde hace varios años se observa en la región un aumento en el número de suicidios de niños, adolescentes y jóvenes indígenas en la Argentina, el Brasil, Chile, Colombia, Nicaragua, el Paraguay y la República Bolivariana de Venezuela. La situación anterior ha traído como consecuencia una preocupación creciente por parte de las organizaciones y comunidades indígenas y organismos internacionales sobre este tema (UNICEF, 2010).

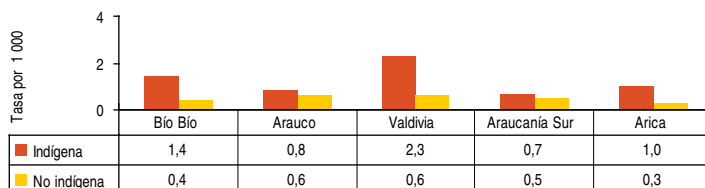
B. Estudio de caso: mortalidad por traumatismo, lesiones y suicidio en jóvenes indígenas de Chile

En Chile, un proyecto de epidemiología llevado a cabo por el Ministerio de Salud y otras instituciones, entre la que se encuentra el CELADE-División de Población de la CEPAL, ha permitido aproximarse al daño a la salud de la población joven de distintos pueblos indígenas mediante el análisis de las causas de muerte en cinco servicios de salud (Oyarce y Pedrero, 2006, 2009a, 2009b, 2010a, 2010b).

Como ya se mencionó, la población joven entre 10 y 24 años es, en general, población sana con tasas de mortalidad muy bajas. No obstante, y como se aprecia en el gráfico VIII.1, es posible observar brechas de equidad entre la mortalidad indígena y no indígena en los cinco servicios de los que se tiene información, con riesgos relativos que van desde un 40% en los mapuches del área lafkenche de Araucanía Sur, hasta un 280% más de riesgo para los mapuche-williches del área de cobertura del Servicio de Salud Valdivia. En este último también se encuentran las tasas más altas.

■ Gráfico VIII.1 ■

Tasa bruta de mortalidad en la población de 10 a 24 años, por condición étnica, Chile, 2004-2006



Fuente: M. Pedrero y A.M. Oyarce, 2010 "Suicidio entre los pueblos indígenas de Chile: aspectos epidemiológicos y contextuales", Santiago de Chile, 2010, inédito.

Al analizar las causas de muerte de los jóvenes (véase el cuadro VIII.1), se observa que los traumatismos, envenenamientos y otras causas externas constituyen más de la mitad del total de muertes, una situación ya descrita

en relación con la juventud a nivel internacional. En términos porcentuales, estas muertes son levemente más altas en no indígenas (el 62,3% y el 65,6%, respectivamente). Otro aspecto destacable es que entre los indígenas hay un porcentaje mayor de muertes no clasificadas, lo que remite a problemas en el acceso a la atención médica. Hay, además, un porcentaje muy bajo de muertes de jóvenes indígenas por factores de embarazo, parto y puerperio, causa de muerte no registrada por los no indígenas en este período.

■ Cuadro VIII.1 ■

Distribución relativa de las defunciones por grandes grupos de causa de muerte, según condición étnica (población de 10 a 24 años, 2004-2006)

(En porcentajes)

Gran grupo de causa de muerte	Condición étnica		Total
	Indígena	No indígena	
Traumatismos, envenenamientos y consecuencia de causa externa	62,3	65,6	64,6
Síntomas y signos no clasificados	7,5	3,9	5,0
Cáncer	6,6	7,8	7,5
Sistema circulatorio	5,7	6,3	6,1
Sistema nervioso	4,7	7,4	6,6
Sistema respiratorio	4,7	0,4	1,7
Embarazo, parto y puerperio	1,9	0,0	0,6
Malformaciones congénitas	1,9	2,3	2,2
Otras causas	4,7	6,3	5,8
Total	100,0	100,0	100,0

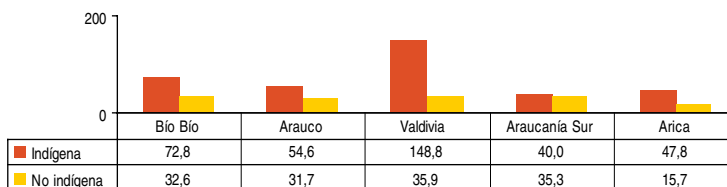
Fuente: M. Pedrero y A.M. Oyarce, 2010 "Suicidio entre los pueblos indígenas de Chile: aspectos epidemiológicos y contextuales", Santiago de Chile, 2010, inédito.

Un examen más detallado y según el riesgo diferencial de indígenas y no indígenas de las muertes por traumatismos, accidentes y violencia (véase el gráfico VIII.2), revela que los jóvenes indígenas (de 10 a 24 años) tienen más probabilidades de fallecer por motivos traumáticos en todas las áreas estudiadas, con riesgos relativos que van desde 1,1 en Arauco hasta 4,1 en el Servicio de Salud Valdivia.

Dentro de este gran grupo de causas de muerte, los accidentes de tránsito bordean un 27% en el caso de los indígenas y no indígenas, siendo levemente más altas en los primeros. A las lesiones autoinfligidas, es decir, el suicidio, corresponde casi la cuarta parte del total de muertes, siendo también proporcionalmente más significativas en los indígenas. Por último, las muertes por agresiones tienen bastante más peso en los pueblos indígenas, elevándose a casi un 20% del total de muertes por traumatismos (Oyarce y Pedrero, 2010).

■ Gráfico VIII.2 ■

Tasa de mortalidad por traumatismos, accidentes y violencia en la población de 10 a 24 años, por condición étnica, Chile, 2004-2006



Fuente: M. Pedrero y A.M. Oyarce, 2010 "Suicidio entre los pueblos indígenas de Chile: aspectos epidemiológicos y contextuales", Santiago de Chile, 2010, inédito.

■ Cuadro VIII.2 ■

Distribución relativa de las defunciones por traumatismos por causa específica de muerte, según condición étnica (población de 10 a 24 años, 2004-2006)

(En porcentajes)

Causa específica	Condición étnica		Total
	Indígena	No indígena	
Accidentes tránsito	27,3	26,8	26,9
Agresiones	18,2	9,5	12,0
Lesiones autoinfligidas	24,2	23,2	23,5
Caídas	11,4	10,8	10,6
Ahogamientos y sumersiones	7,6	15,5	13,2
Exposición al fuego	2,4	3,7	3,5
Otras	8,9	10,5	10,3
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: M. Pedrero y A.M. Oyarce, 2010 "Suicidio entre los pueblos indígenas de Chile: aspectos epidemiológicos y contextuales", Santiago de Chile, 2010, inédito.

Recuadro VIII.1

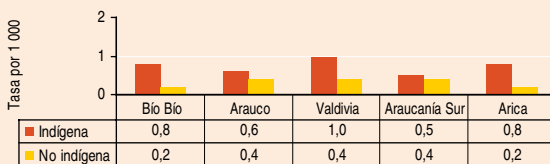
Mortalidad en jóvenes indígenas de Chile

Panorama general: la información epidemiológica muestra que: a) a nivel general la mortalidad indígena entre los jóvenes de 10 a 24 años supera la no indígena en un 150%; b) la principal causa de mortalidad entre la población joven son los traumatismos y envenenamientos. Así, 6 de cada 10 muertes de jóvenes, sean indígenas o no, ocurren por esta causa. Sin embargo, en términos de riesgo se aprecian grandes diferencias, siempre en desmedro de los indígenas; c) en este gran grupo de causas de muerte, ocupan un importante lugar las lesiones autoinfligidas, expresión del estrés social que enfrentan los pueblos indígenas como fruto de la violencia estructural a que están sometidos. En términos proporcionales, casi un cuarto de las muertes de los jóvenes indígenas y no indígenas se deben a esa causa; sin embargo, son los jóvenes indígenas los que se encuentran siempre con una sobremortalidad por suicidio y agresiones.

Población menor de 20 años: la sobremortalidad de los jóvenes indígenas, comparados con los no indígenas, es sistemática. Mientras que las cifras correspondientes a los no indígenas están dentro de la media del país (0,4 x 1.000, en 2005), las correspondientes a los jóvenes originarios siempre están sobre la media. En este caso, son nuevamente los mapuches de Bío Bío y Valdivia y los aimara del extremo norte los que se ven afectados por un mayor daño. Coherentemente, las brechas en estos casos, medidas a través de riesgos relativos, son dos y cuatro veces mayores, en desmedro de los indígenas.

■ Gráfico 1 ■

Tasa de mortalidad por suicidio en la población de 10 a 19 años, por condición étnica, Chile, 2004-2006



Fuente: M. Pedrero y A.M. Oyarce, "Suicidio entre los pueblos indígenas de Chile: aspectos epidemiológicos y contextuales", Santiago de Chile, 2010, inédito.

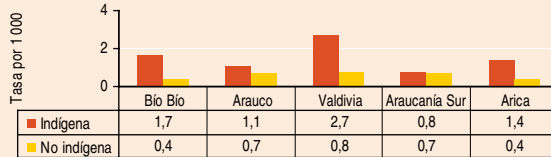
Población joven de 15 a 24 años: las brechas subsisten al analizar la mortalidad en este segmento de edad, con una tendencia por territorios similar a las ya descritas respecto de los otros grupos etarios.

(continúa)

Recuadro VIII.1 (conclusión)

■ Gráfico 2 ■

Tasa de mortalidad por suicidio en la población de 15 a 24 años, por condición étnica, servicios de salud seleccionados, Chile, 2004-2006

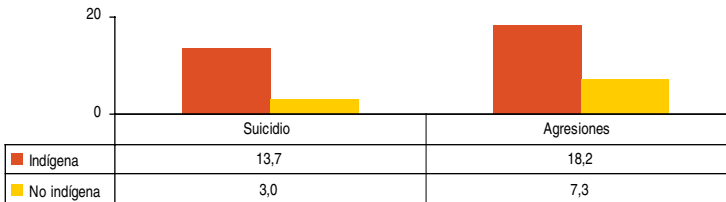


Fuente: M. Pedrero y A.M. Oyarce, "Suicidio entre los pueblos indígenas de Chile: aspectos epidemiológicos y contextuales", Santiago de Chile, 2010, inédito.

Fuente: Elaboración propia.

■ Gráfico VIII.3 ■

Tasa de mortalidad por suicidio en la población de 10 a 24 años, por condición étnica, Chile, 2004-2006
(En porcentajes)

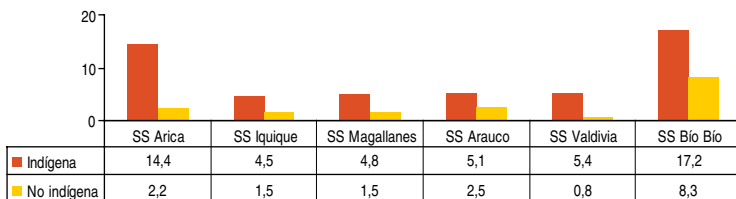


Fuente: M. Pedrero y A.M. Oyarce, "Suicidio entre los pueblos indígenas de Chile: aspectos epidemiológicos y contextuales", Santiago de Chile, 2010, inédito.

En términos de riesgo, la tasa de mortalidad por agresiones en jóvenes indígenas (18,2 x 100.000) es más del doble que las tasas de defunciones por esta causa en los jóvenes no indígenas (riesgo relativo [RR]: 2,5). Si bien entre jóvenes indígenas la tasa de suicidio es un poco más baja que la de muertes por agresiones (13,7 x 100.000), la brecha con los no indígenas es más amplia, con un 360% más de riesgo de morir por esta causa en el caso de los indígenas (RR: 4,6).

■ Gráfico VIII.4 ■

Tasa de mortalidad por suicidio en la población de 15 a 24 años, por condición étnica, servicios de salud seleccionados, Chile, 2004-2006



Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico VIII.4 se aprecian dos situaciones: a) que el suicidio en jóvenes indígenas es siempre más alto que en los no indígenas en todos los territorios estudiados, y b) que existe una gran heterogeneidad entre pueblos y áreas, de manera similar a lo descrito en otros países: los jóvenes aimara del área del Servicio de Salud Arica y los pewenches del área del Servicio de Salud Bío Bío muestran tasas bastante más altas que el resto de pueblos. En ambos casos se trata de hombres expuestos a ambientes urbanos con un patrón de rápida asimilación, poco control cultural y un desdibujamiento de los mecanismos de soporte social (Oyarce y Pedrero, 2010a; Barrientos y Basualto, 2008).

Si se acepta que todas las sociedades humanas presentan una “tasa base de suicidio”, de 5 a 10 por 100.000 habitantes al año, la diferencia entre esta y otras mayores solo podría explicarse como el resultado de determinantes sociales (Goldney, 2003). En el caso de los jóvenes indígenas de Chile, la única línea de explicación en el caso de pueblos que viven en distintas regiones y presentan una sobremortalidad sistemática por suicidio, es que comparten una serie de determinantes sociales, como la etnia, la pobreza y la discriminación, que interactúan con un aumento de los factores de tensión debido a presiones externas e internas a las comunidades. Si a eso se suma la creciente pérdida de los mecanismos de organización comunitarios, los acelerados cambios culturales y una entrada a la modernidad sin control cultural, se puede entender por qué y cómo el suicidio se presenta de manera desproporcionada entre estos jóvenes.

C. Depresión en jóvenes indígenas¹¹

En general, el mundo está experimentando un proceso de transición en salud donde la morbilidad, especialmente la mental, ha llegado a ser tan importante como la mortalidad, siendo la depresión el problema de salud mental más común (OMS, 2000; Desjarlais y otros, 1995; Kleinman, 1991).

En términos amplios, la depresión es una sensación de la tristeza (Kleinman, 1988). Desde un enfoque biomédico, ha sido definida como un cambio de humor moratorio experimentado en un solo episodio (infrecuente), durante varias horas (más común) o como parte de una alternación con manía (desorden bipolar) (Desjarlais y otros, 1995). También es un síntoma asociado a una variedad de desórdenes psiquiátricos, de enfermedades severas y debilitantes, tales como esquizofrenia, a desórdenes más moderados como los estados ansiosos. Además, la depresión es, en sí misma, una enfermedad mental diagnosticada como depresión clínica. Por lo tanto, se considera un estado de ánimo (emoción), un síntoma y una enfermedad; la relación entre estas conceptualizaciones es problemática y no tiene una respuesta definitiva (Oyarce, 2000).

Las pruebas epidemiológicas muestra dos tendencias interrelacionadas: i) por una parte está aumentando en el mundo y en los países en desarrollo en particular, y ii) por otra, es cada vez más frecuente en jóvenes y a edades más tempranas (OMS, 2000).

Desde otro punto de vista, hay que considerar que la conceptualización de este problema en los jóvenes ha cambiado, principalmente en los países desarrollados. Hasta la década de 1960, la depresión entre ellos se consideró un problema “normal”, relacionado con una etapa de transición vital; a fines de la década de 1970 se empezó a categorizar como un “problema de salud mental”. En la década de 1980 la investigación científica puso en evidencia que no se podía seguir tratando este tema sin tener una aproximación más válida, una mejor medición y un mejor diagnóstico. Es así como en las dos últimas décadas los estudios sobre la depresión en jóvenes han aumentado significativamente (Angold y Costello, 2001). No obstante, subsisten importantes interrogantes en relación a las tendencias, así como a las diferencias por género y etnia. Por ello, se requieren de forma urgente investigaciones que permitan acometer este problema desde una óptica válida y, sobre todo, de manera que se tenga en cuenta la perspectiva de los propios jóvenes (Angold y Costello, 2001).

¹¹ Elaborado a partir de Oyarce 2000 y 2002b.

1. Datos epidemiológicos sobre depresión en jóvenes

Los datos epidemiológicos sobre la depresión en jóvenes son fragmentarios, contradictorios y claramente insuficientes. Más allá de los enormes problemas metodológicos en su medición y comparación intra- e intercultural, la información proveniente de diferentes países muestra que la prevalencia de depresión en jóvenes menores de 20 años varía entre el 1,8% y el 8,9%, con un promedio general de alrededor de un 2% a un 3% (Angold y Costello, 2001)¹². De manera consistente, se reporta una prevalencia y un aumento mayor en mujeres respecto de varones (Petersen, 1993).

La información sobre depresión en jóvenes indígenas es prácticamente inexistente¹³. De manera similar a la antes expuesta sobre el suicidio, los datos disponibles provienen de estudios parciales de jóvenes indígenas de Australia, el Canadá y los Estados Unidos. Entre los pueblos nativos de este último país, las tasas de depresión parecen ser más altas que entre los no indígenas (Beiser y Attneave, 1982; Barney, 2001), principalmente en los internados (Manson, Shore y Bloom, 1985; Dinges y Quang Doung-Tran, 1993). Un estudio en jóvenes del pueblo hopi de Arizona reveló altas tasas de depresión asociadas con la pérdida cultural y la pobreza (Manson, Shore y Bloom, 1985).

Otras investigaciones aportan pruebas sobre la relación entre depresión en jóvenes indígenas y etnicidad, donde los eventos vitales estresantes interactúan con la pobreza, el bajo rendimiento escolar, la ruptura familiar y la desarmonía comunitaria (Kirmayer, Mac Donald y Brass, 2000). En este mismo sentido, el racismo, la marginalidad cultural, los conflictos entre los valores tradicionales (familiares o comunitarios) y los de la sociedad mayoritaria occidental, sumados a las tensiones intergeneracionales y un limitado acceso a recursos y oportunidades vitales, ponen a los jóvenes indígenas en un mayor riesgo de depresión (Marsella, Friedman y Spain, 1992).

¹² Los principales problemas en la interpretación de los datos disponibles sobre depresión se producen en: i) la comparación entre criterios (síntomas, necesidad de tratamiento, incapacidad social o una combinación de ambos); ii) el modo en que se combina la información que proviene de diferentes fuentes; iii) el tipo de prevalencia reportada, que varía según el periodo de estudio, y iv) las diferencias en la muestra (por ejemplo, al analizar las diferencias entre colegios, se pueden subestimar las muestras debido a alumnos que no asisten o se han retirado) (Harrington, 1993).

¹³ Algunos estudios sobre afrodescendientes en los Estados Unidos muestran que en algunos grupos étnicos hay tasas más altas que en otros (Manson y otros, 1990; Dinges y Quang Doung-Tran, 1994; Petersen, 1993). En dos de estos estudios, los adolescentes afroestadounidenses presentan tasas más altas que los de otros grupos étnicos (Fleming, Offord y Boyle, 1989). De modo similar, Schoenbach y otros (1982) encuentran tasas más elevadas en jóvenes afroestadounidenses que en jóvenes blancos (Harrington, 1993). Por el contrario, Nettle y Pleck (1987), tras revisar varios estudios, concluyen que si bien los afroestadounidenses presentan un mayor riesgo, las tasas son más bajas que entre los caucásicos. Otros estudios no encuentran ninguna asociación (Costello, 1989; citado por Harrington, 1993). Dornbush, Petersen y Hetherington (1991) reportan que los jóvenes caucásicos y asiáticoestadounidenses experimentan más síntomas depresivos que los afroestadounidenses o hispanoestadounidenses adolescentes, aun si se controlan otros factores, como los eventos vitales estresantes.

En una investigación realizada por Barney (2001) se demuestra que la depresión y la aculturación se vinculan de varias maneras: a) como una relación negativa, en que los jóvenes que están menos aculturados presentan un mayor riesgo de depresión debido a la pérdida reciente de redes de soporte social, estrés socioeconómico en un nuevo ambiente y bajas en la autoestima; b) como una asociación positiva, en que un aumento de la aculturación lleva a un mayor riesgo de depresión debido a las situaciones discriminatorias hacia los grupos étnicos, la alienación en las comunidades de inmigrantes y la internalización de la baja autoestima, o c) como una relación curva, en que el riesgo de sufrir depresión aumenta en los extremos de baja y alta aculturación. Por ejemplo, las mujeres jóvenes latinas están más impactadas por la aculturación y presentan mayor riesgo de depresión ya que, si bien la socialización familiar está orientada a un rol tradicional, el mundo de sus pares las orienta hacia el logro personal. Producto de ello, las niñas experimentan altas expectativas y no pueden romper con su cultura tradicional, lo que las pone en riesgo de depresión. En este sentido, un equilibrio entre la cultura tradicional y la nueva cultura parece ser el factor de protección contra la depresión.

2. Depresión y trabajo de la cultura: un enfoque necesario para un abordaje intercultural

De manera opuesta a la visión biomédica, que considera la depresión como una enfermedad biológica universal causada por un desequilibrio químico en el cerebro, la perspectiva cultural plantea que la depresión es resultado final de la aflicción personal y la realidad social, en el marco de sistemas locales de conocimiento y poder (Kleinman y Good, 1985). Desde esta perspectiva, en un abordaje intercultural sobre la depresión en jóvenes indígenas se debería tratar de explorar cómo reaccionan estos ante la pérdida y la desesperanza y qué prácticas terapéuticas se construyen en torno a esas reacciones (Oyarce, 2000).

Como un medio de evitar el etnocentrismo en el diagnóstico y tratamiento de la depresión entre los indígenas, especialmente entre los jóvenes, se deberían conocer: a) las fuentes de valor; b) las situaciones de pérdida y metas vitales bloqueadas en su contexto de vida, y c) la respuesta socialmente organizada ante esas pérdidas o bloqueos vitales (Lutz, 1985), conocida como “trabajo de la cultura”. En este proceso, los motivos dolorosos y afectos depresivos privados se transforman en un conjunto de significados y símbolos públicos y legítimos (Obeyesekere, 1985). Por ejemplo, en las sociedades mapuches de Chile, en los rituales de duelo (*elunun*) los sentimientos de pérdida de un ser querido pasan del mundo privado al público. Este “trabajo de la cultura” protege contra la depresión, puesto que hace que la tristeza se disipe. Esta sería la razón por la que la tristeza, que es universal, no necesariamente llega a

manifestarse como enfermedad en sociedades no occidentales (Obeyesekere, 1985; Keyes, 1985).

Otros aspectos fundamentales en el abordaje intercultural de la depresión en jóvenes indígenas se relacionan con el conocimiento y comprensión de: a) la orientación de la cultura, es decir, si es sociocéntrica o egocéntrica; b) la relación entre cuerpo, mente y emociones, y c) el lenguaje de las emociones (Jenkins, Kleinman y Good, 1991). En este sentido, es urgente avanzar en una investigación intercultural sobre la forma en que se manifiesta la tristeza patológica en los jóvenes, para lo que habría que determinar si es somática o se expresa en términos afectivos.

D. La urgente necesidad de generar información sistemática sobre la salud mental de los jóvenes indígenas

Es indudable que el incremento de las tasas de suicidio entre los jóvenes indígenas informadas desde distintos países de América Latina es la expresión más crítica del gran daño social que estos sufren en el marco de la discriminación estructural que afecta a los pueblos originarios en general. Este fenómeno está relacionado con el fuerte estrés social en un contexto de pérdida o desestructuración de los modos de vida tradicionales y de precaria inserción en los escenarios modernos o urbanos, donde los jóvenes indígenas se ubican en los estratos más bajos de la estructura social.

Capítulo IX

Recomendaciones para el mejor abordaje de la salud de la juventud indígena de las Américas



El marcado proceso de envejecimiento que caracteriza las estructuras poblacionales no indígenas en América Latina está mucho menos avanzado entre los pueblos indígenas; de ahí la necesidad de desplegar esfuerzos específicos orientados a mejorar las condiciones de vida y de salud de sus generaciones más jóvenes. Para ello, es necesario trascender el sector de la salud tal como se entiende en el mundo occidental, a fin de garantizar el sentido integral de bienestar general que está en la base de la cosmovisión indígena. Esto no solo supone la superación de las inequidades estructurales que generan las condiciones de mayor daño a la salud (discriminación, posición subordinada en la estructura social, entre otras), sino que es necesario incidir en sus determinantes próximos. En el contexto de esa concepción integral del bienestar, dichos determinantes incluyen el derecho fundamental a la tierra, territorios y fuentes de agua; la seguridad alimentaria y la libre determinación, entre otros aspectos.

Diseñar estrategias oportunas y culturalmente pertinentes con miras a abordar los principales problemas de salud de los jóvenes indígenas, en forma que se garanticen sus derechos individuales y colectivos, es una tarea ineludible si se aspira a superar las profundas inequidades sociales que los afectan. Con este fin, se propone avanzar en los siguientes ámbitos:

a) *Información estratégica e innovación*

Un primer desafío en esta línea estratégica es profundizar en el conocimiento sobre las condiciones de vida y de salud de los jóvenes indígenas, cuestión que entraña al menos tres aspectos generales indispensables en lo que respecta al diseño de programas e intervenciones de salud pertinentes e integrales:

- i) Avanzar en la comprensión de los cursos de vida en general, y de la etapa de juventud en particular, entre los distintos pueblos indígenas. Con este propósito, se debe indagar sobre la forma en que se expresan en los contextos tradicionales y cuáles son sus adecuaciones en escenarios modernos urbanos, así como relevar diferencias territoriales, por género y por segmentos etarios dentro del gran grupo de la juventud.
- ii) Relevar sistemática y periódicamente indicadores convencionales de salud, que permitan orientar sanitariamente las acciones. Un desafío derivado de este es la inclusión del enfoque étnico en los registros de salud, materia en que existen escasos avances en la región.
- iii) Consensuar con los pueblos indígenas indicadores complementarios que rescaten la integralidad de los sistemas médicos tradicionales y permitan volver a colocar problemas de salud, como el embarazo temprano, la depresión, el suicidio, el alcoholismo, entre otros, en el marco de la cultura propia. Un aspecto central, en este ámbito, es propiciar el empoderamiento de los jóvenes indígenas en este proceso, mediante el diseño de estrategias innovadoras para la producción y difusión de la información.

Por otro lado, se requiere generar conocimientos sobre, al menos, dos ámbitos específicos: salud reproductiva (en particular la maternidad temprana) y salud mental. Al respecto, en materia de embarazo en jóvenes indígenas, se requiere contar con información sobre:

- i) el contexto del embarazo en jóvenes en el marco de los patrones culturales y el significado y valor dado a la fecundidad; así como los roles de género, con énfasis en la masculinidad;
- ii) las motivaciones de los jóvenes de ambos sexos en relación con el embarazo, en el contexto y las circunstancias de sus vidas particulares;
- iii) la variabilidad cultural, intercultural e intracultural en la percepción, experiencia y respuesta en lo referente al embarazo en diversos ambientes económicos y socioculturales, y
- iv) las trayectorias de vida y su relación con variables sociodemográficas, familiares, sociales, culturales y personales.

También es urgente generar información sobre el daño a la salud mental de los jóvenes indígenas, particularmente el relacionado con depresión, abuso

de sustancias y suicidio, dado que los antecedentes disponibles indican que estos problemas irán paulatinamente en aumento, de mantenerse la tendencias al quiebre cultural y la acelerada modernización.

A fin de mejorar el diagnóstico y tratamiento de la depresión entre los indígenas, en forma que se eviten sesgos etnocéntricos, especialmente entre los jóvenes, se deberían investigar:

- i) las fuentes de valor socialmente aceptadas;
- ii) las situaciones de pérdida y metas vitales bloqueadas en el contexto de vida de los jóvenes;
- iii) la respuesta socialmente organizada ante esas pérdidas o bloqueos vitales, o “trabajo de la cultura”;
- iv) la orientación de la cultura, es decir, si es sociocéntrica o egocéntrica;
- v) la relación entre cuerpo, mente y emociones entre los pueblos indígenas, y
- vi) el lenguaje de las emociones.

La obtención de este conocimiento se debería enfocar desde las culturas indígenas y en el contexto de los conceptos holísticos de bienestar y salud. En ese sentido, se deben comprender e investigar no solo los factores de riesgo de las enfermedades mentales y del suicidio ya descritos respecto de la población general, sino ampliar la perspectiva a fin de incluir cambios en el ecosistema, pérdida cultural, ruptura familiar y espiritual, entre otros factores.

Los organismos de las Naciones Unidas —en particular la OPS—, los Estados y las organizaciones de la sociedad civil enfrentan el desafío de fortalecer la capacidad de los países de la región en lo que respecta a crear información sanitaria de calidad sobre la salud de los indígenas y sus determinantes sociales, en la que se desglose la información por edad, sexo, pueblos de pertenencia y nivel socioeconómico. En el marco del intercambio de información estadística y datos relativos al desarrollo de los jóvenes indígenas entre los organismos del sistema de las Naciones Unidas, se deberá consensuar una definición de los grupos de edad de los adolescentes y jóvenes indígenas con miras a la vigilancia, la notificación y el análisis de los datos. También se deberá apoyar la investigación sobre los temas más relevantes en relación con la salud de los jóvenes indígenas y divulgar las intervenciones eficaces y las prácticas más adecuadas.

b) Entornos favorables y políticas basadas en datos científicos

Los datos aquí aportados sugieren que se debería hacer una doble lectura sobre las necesidades de los jóvenes indígenas en los distintos entornos en que se desenvuelven. Por un lado, la gran mayoría, que sigue residiendo en áreas rurales, y posiblemente en contextos tradicionales, aun cuando está

expuesta a marginalidad y pobreza, también posee factores de protección propios de las estructuras sociales indígenas, así como identidades culturales menos tensionadas y proyectos de vida más acordes con su cosmovisión. Por el otro, los desplazamientos forzados del campo a la ciudad ponen a los jóvenes en situaciones de mayor estrés social, lo que fragmenta su identidad y los despoja de los factores protectores con que contaban en los contextos tradicionales.

Los límites entre ambas situaciones muchas veces se difuminan: la creciente presión ejercida sobre los territorios indígenas y sus recursos naturales ha instalado también en los contextos tradicionales un dramático problema de la modernidad, como es el suicidio. Esta situación constituye la evidencia científica más significativa del entorno desfavorable en que se desarrollan los jóvenes en la actualidad. Por lo tanto, se plantea la urgencia de políticas específicas destinadas a los jóvenes indígenas, independientemente de su lugar de residencia.

En el ámbito de la salud y el bienestar, en estas políticas se debería considerar que la muerte en jóvenes indígenas se da principalmente por causas que no son biológicas, sino resultado de factores de tensión social. Aun cuando esta situación podría darse también entre los jóvenes no indígenas, en los pueblos originarios la situación es más crítica, pues es expresión acelerada del efecto sinérgico del daño acumulado de los factores de discriminación étnica, pobreza, falta de oportunidades vitales, crisis de identidad y otros.

Aun cuando los escasos datos existentes sobre suicidio en jóvenes indígenas de América Latina son consistentes entre sí y con los disponibles para pueblos indígenas de otras partes del mundo, resulta ineludible la necesidad de producir información científica sobre esta materia en el resto del área, a fin de diseñar políticas pertinentes y efectivas conducentes al establecimiento de entornos favorables.

La OPS, en colaboración con los demás organismos de las Naciones Unidas comprometidos con la temática de la juventud y la participación de los pueblos indígenas, deberían definir una agenda de cooperación técnica orientada a los Estados para que sus políticas y planes de salud relacionados con los jóvenes indígenas respeten y cumplan los estándares internacionales de derechos¹⁴. En este ámbito sería conveniente buscar la articulación entre los derechos establecidos en la Convención de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas y su Observación 11, los derechos de salud y los derechos colectivos de los pueblos indígenas (CEPAL, 2007).

¹⁴ Estos instrumentos internacionales se mencionan en el documento técnico CD48/8, "Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes" [en línea] <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/CD48-08-s.pdf>.

A nivel regional, debería apoyarse la elaboración de una estrategia compartida de promoción y defensa de los derechos de salud de los jóvenes, en el marco del fomento y la protección de la salud de los pueblos indígenas en general.

c) *Sistemas y servicios de salud integrados e integrales*

Los sistemas y servicios de salud requieren de profundas adecuaciones que permitan dar cuenta de las construcciones del ciclo vital indígena, donde el paso de la niñez a la vida adulta —como se señaló— no siempre coincide con lo que en Occidente se denomina adolescencia. Estos sistemas y servicios, más que organizarse en términos de criterios cronológicos, deberían enfatizar en los cambios de roles que marcan los límites de cada etapa, principalmente en los temas de salud reproductiva.

Los servicios de salud orientados a los jóvenes deberían centrarse en ellos como un todo, en forma que se les preste una atención integral, que trascienda lo biológico e incorpore dimensiones espirituales y afectivas basadas en su cultura. Con este fin, es imprescindible la incorporación de nuevos actores sociales en la atención de salud, como los terapeutas indígenas, los líderes comunitarios y los propios jóvenes.

Esta reorganización de los servicios de salud podría ser muy efectiva en los ámbitos de la salud mental (depresión y suicidio) y la salud reproductiva (embarazo en edades tempranas, embarazos no deseados, planificación familiar adecuada, entre otros).

En materia de embarazo en jóvenes indígenas, los servicios integrales e interculturales necesitan trascender el paradigma biomédico que define el embarazo en adolescentes como un problema o una enfermedad. En lugar de ello, debe tratarse de entender cómo los patrones culturales y el contexto pueden ser los verdaderos marcadores de protección o riesgo, según las situaciones particulares (Burton Obeidallah y Allison, 1996). Resulta especialmente importante conocer el contexto en que viven las jóvenes que se embarazan (y sus parejas, dado que la mayoría de los embarazos entre las jóvenes indígenas se dan en uniones) a fin de evaluar la naturaleza de los riesgos y de los factores protectores.

La OPS y otros organismos especializados de las Naciones Unidas deberían apoyar a los países con el propósito de mejorar los sistemas y servicios de salud integrales e integrados de calidad para atender las necesidades de salud de los jóvenes indígenas. En este sentido, se debería hacer hincapié en la atención primaria de la salud y fortalecer las redes de servicios. Se recomienda crear servicios de salud alternativos, innovadores y de mejor accesibilidad, por ejemplo, por medio de consultorios móviles, un horario más amplio de atención o consultorios que funcionen en las escuelas, farmacias o centros

comunitarios. Será esencial proporcionar cooperación técnica para que se incluya el tema de la salud de adolescentes y jóvenes y la interculturalidad en los programas de formación de profesionales de la salud.

d) Intervenciones basadas en la familia, la comunidad y la escuela

En los dos ámbitos más relevantes de la salud de los jóvenes indígenas (la reproductiva y la mental) se ha considerado como una prioridad el enfoque familiar y comunitario. En la mayoría de los pueblos indígenas la familia sigue siendo la unidad básica de producción y reproducción biológica y cultural, y en ella radican los principales factores de protección para los jóvenes. Por ese motivo, un desdibujamiento de los lazos familiares y comunitarios, acompañado de un creciente protagonismo de los logros individuales por sobre los colectivos, propicia el surgimiento de nuevos factores adversos. En este sentido, la atención de salud orientada a los jóvenes debe precisamente fortalecer estos vínculos.

Potenciar los vínculos comunitarios es prioritario en lo que respecta a la salud mental, pues los estudios han demostrado su peso como factor de protección frente a la depresión, agresiones y suicidio. En este enfoque se debe distinguir la situación de los jóvenes rurales y urbanos. Entre los primeros, el énfasis debería estar en el fortalecimiento del control comunitario, por lo que las estrategias deberían tener base territorial. Entre los segundos, se debería propiciar el vínculo con las organizaciones indígenas surgidas en las ciudades, lo que contribuiría a brindar un soporte social y cultural en estos contextos.

Sería conveniente que la OPS, en conjunto con los organismos internacionales estratégicos apoyaran a los países en lo que respecta a elaborar y respaldar los programas de promoción y prevención de la salud de los jóvenes indígenas, con intervenciones comunitarias que fortalezcan a las familias, incluyan a las escuelas y promuevan la participación y la apropiación de las intervenciones. Deberían apoyar igualmente la creación de herramientas que promuevan la participación significativa y el empoderamiento de los jóvenes indígenas y sus comunidades y permitan mejorar las competencias de los agentes de la comunidad y otros actores sociales. Asimismo, podrían promover la creación de asociaciones y alianzas entre las escuelas, los padres, los jóvenes y las organizaciones comunitarias que atienden a la población joven indígena (de la sociedad civil y el sector privado), a fin de fomentar la voluntad social y determinar los pasos siguientes.

e) Alianzas estratégicas y colaboración con otros sectores

Para avanzar en el tema de la salud de los jóvenes indígenas es importante que se facilite el diálogo y se forjen alianzas que impulsen un programa de acción sanitaria de este grupo etario, en forma que se garantice la participación de todos en la formulación de políticas y programas pertinentes. Igualmente, la

OPS deberá apoyar el establecimiento de un grupo de estudio interinstitucional (organismos de las Naciones Unidas, la OEA, instituciones multilaterales y bilaterales) con miras a aumentar y reforzar los programas de desarrollo de adolescentes y jóvenes indígenas, y de un comité de coordinación interinstitucional en materia de salud¹⁵.

El desafío de la salud de los jóvenes indígenas es enorme y requerirá la cooperación y el compromiso de todos. Se espera que la información que brinda este documento permita colocar el tema en la agenda política y pública, de modo que se pueda mejorar la salud de los pueblos indígenas en general y de los jóvenes indígenas en especial.

¹⁵ El proceso se inició con la Reunión interinstitucional de las Naciones Unidas para la región de las Américas: mejora de la salud y el desarrollo de los adolescentes y los jóvenes. Un llamamiento en favor de la acción para una respuesta integrada para mejorar la salud y el desarrollo de los jóvenes. Ciudad de Panamá, 20 de marzo de 2009.

Bibliografía

- ACNUDH (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos) (2009), “Los niños y los jóvenes indígenas”, *Folleto*, N° 9.
- Angold, A. y E. Costello (2001), “The epidemiology of depression in children and adolescents”, *The Depressed Child and Adolescent*, I. M. Goodyer (ed.), Cambridge, Cambridge University Press.
- Antón, J. y F. del Popolo (2009), “Visibilidad estadística de la población afrodescendiente de América Latina: aspectos conceptuales y metodológicos”, *Afrodescendientes en América Latina y el Caribe: del reconocimiento estadístico a la realización de derechos*, serie Población y desarrollo, N° 87 (LC/L.3045-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.09.II.G.47.
- APROFA (Asociación de Protección a la Familia) (2000), *Datos sobre salud sexual y reproductiva de los jóvenes en Chile*, Santiago de Chile.
- Balardini, Sergio (2000), “De los jóvenes, la juventud y las políticas de juventud”, *Última década*, vol. 8, N° 13.
- Barney, David D. (2001), “Risk and protective factors for depression and health outcomes in American Indian and Alaska native adolescents”, *Wicazo Sa Review*, vol.16, N° 1, University of Minnesota Press.
- Barrientos, Nelson y Álvaro Basualto (2008), “Intentos de suicidio en Alto Bío Bío 2006-2007”, Santiago de Chile, inédito.
- Bartomeu, Meliá (2004), “La novedad guaraní (viejas cuestiones y nuevas preguntas). Revisita bibliográfica (1987-2002)”, *Revista de Indias*, vol. LXIV, N° 230.
- Beiser, M. y C.L. Attneave (1982), “Mental disorder among the Native American children: rates and risk periods for entering treatment”, *American Journal of Psychiatry*, vol. 38, N° 6.

- Benedict, R. (1973), *El hombre y la cultura*, Buenos Aires, Centro Editor de América Latina.
- Bodley, John H. (1999), *Victims of Progress, Mountain View*, Mayfield Publishing.
- Bourdieu, Pierre (1990), “La juventud no es más que una palabra”, *Sociología y cultura*, México, D.F., Grijalbo.
- Burton, L., D. Obeidallah y K. Allison (1996), “Ethnographic insights on social context and adolescent development among inner-city African-American teens”, *Ethnography and Human Development: Context and Meaning in Social Inquiry*, R. Jessor, A. Colby y R. Sheders (eds.), University of Chicago Press.
- Calderón, L. (2003), *Juventud, pobreza y desarrollo en América Latina y el Caribe* (LC/MEX/L.575), México, D.F., sede subregional de la CEPAL en México.
- Castillo, Richard (1997), *Culture and Mental Illness. A Client-Centered Approach*, Pacific Grove, Brooks/Cole Publishing Company.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2007), *Panorama social de América Latina, 2007* (LC/G.2351-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.07.II.G.124.
- (2006), *Panorama social de América Latina 2006* (LC/G.2326-P/E), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.06.II.G.133.
- CEPAL/BID (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Banco Interamericano de Desarrollo) (2005), “Atlas sociodemográfico de la población indígena y afroecuatoriana de Ecuador: diagnóstico sociodemográfico a partir del censo de 2001”, *Documentos de proyecto*, N° 16 (LC/W.16), Santiago de Chile.
- CEPAL/OIJ (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Organización Iberoamericana de Juventud) (2004), *La juventud en Iberoamérica. Tendencias y urgencias* (LC/L.2180), Santiago de Chile.
- Chandler, J.M. y C. Lalonde (1998), “Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada’s first nations”, *Transcultural Psychiatry*, vol. 35, N° 2.
- Cohen, Alex (1999), *The Mental Health of Indigenous Peoples. An International Overview* (WHO/MNH/NAM/99.1), Departamento de Salud Mental, Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Coley, R. L. y P.L. Chase-Lansdale (1998), “Adolescent pregnancy and parenthood: recent evidence and future directions”, *American Psychologist*, vol. 53, N° 2.
- Conejo, Miriam (2006), “Aprendizajes del Servicio de Salud Intercultural: Jambi Huasi”, *Enfoque intercultural y de género en salud materna*, seminario internacional, Jambi Huasi, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
- Cote, J. y A. Allahar (1996), *Generation on Hold: Coming of Age in the Late 20th Century*, Nueva York, New York University Press.
- Crockett, L.J. y A.C. Petersen (1993), “Adolescent development: health risks and opportunities for health promotion”, *Promoting the Health of Adolescents: New Directions for the 21st Century*, S.G. Millstein, A.C. Petersen y E.O. Nightingale (eds.), Nueva York, Oxford University Press.
- Del Popolo, Fabiana, Mariana López y Mario Acuña (2009), *Juventud indígena y afrodescendiente en América Latina: inequidades sociodemográficas y desafíos de políticas*, Madrid, Organización Iberoamericana de Juventud (OIJ).

- Desjarlais, R. y otros (1995), *World Mental Health. Problems and Priorities in Low-Income Countries*, Nueva York, Oxford University Press.
- Dinges, Norman G. y Quang Duong-Tran (1993), "Stresful life events and co-occurrence depression substance abuse and suicidality among American Indian and Alaska native adolescents", *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 12, N° 4.
- DNP (Departamento Nacional de Planeación de Colombia) (2006), *Los pueblos indígenas de Colombia en el umbral del nuevo milenio*, Bogotá.
- Dornbush, S.M., A.C. Petersen y E.M. Hetherington (1991), "Projecting the future of research on adolescence", *Journal of Research on Adolescence*, N° 1.
- Erickson, P. (1998), *Latina Adolescent Childbearing in East Los Angeles*, Austin, University of Texas Press.
- Farmer, Paul (1996), "On suffering and structural violence: a view from below", *Dædalus*, N° 125.
- Fleming, J.E., D.R. Offord y M.H. Boyle (1989), "Prevalence of childhood and adolescent depression in the community. Ontario Child Health Study", *The British Journal of Psychiatry*, N° 155.
- Frenz, Patricia (2002), "Desafíos en salud pública de la reforma: equidad y determinantes sociales de la salud", Santiago de Chile, inédito.
- Goldney, Robert (2003), "A novel integrated knowledge explanations of factors leading to suicide", *New Ideas in Psychology*, N° 21.
- Groce, Nora (2004), *HIV/AIDS and Disability: Capturing Hidden Voices*, Banco Mundial/ Yale University.
- _____ (1999), "Disability in cross-cultural perspective: rethinking disability", *The Lancet*, vol. 354, N° 9180.
- Gusinde, Martín (1986), *Los indios de Tierra del Fuego. Los yámanas*, Buenos Aires, Centro Argentino de Etnología Americana.
- Harrington, R.C (1995), "Affective disorders", *Child and Adolescent Psychiatry. Modern Approaches*, M. Rutter, E. Taylor y L. Hersov (eds.), Londres, Blackwell Science.
- Hicks, Jack (2007), "Los determinantes sociales de las altas tasas de suicidio de los jóvenes Inuit", *Asuntos indígenas*, N° 4/07.
- Hill, R. F. y J. D. Fortenberry (1992), "Adolescence as a culture bound syndrome", *Social Science and Medicine*, vol. 35, N° 1.
- Hoffman, S. D. (1998), "Teenage childbearing is not so bad after all...Or is it? A review of the new literature", *Family Planning Perspectives*, vol. 30, N° 5.
- Hoffman, S. D., E.M. Foster y F.F. Furstenberg (1993), "Re-evaluating the cost of teen childbearing", *Demography*, N° 30.
- Holland, D. (1994), "Suffering and the work of culture. A case of magical poisoning in Toraja", *American Ethnologist*, vol. 21, N° 1.
- Jenkins, Janis H., A. Kleinman y B.J. Good (1991), "Cross-cultural studies of depression", *Psychosocial Aspects of Depression*, J. Becker y A. Kleinman (eds.), Nueva Jersey, Lawrence Erlbaum Associates.
- Jilek, W. (2000), "Civilización moderna, occidentalización y salud mental", *Revista de psiquiatría*, vol. 27, N° 2.

- Keyes, Charles (1985), "The interpretative basis of depression", *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*, A. Kleinman y B. Good (eds.), Berkeley, University of California Press.
- Kinsman, S. y Gail Slap (1992), "Barriers to adolescent prenatal care", *Journal of Adolescent Health*, N° 13.
- Kirby, D. (1999), "Reflections on two decades of research on teen sexual behavior and pregnancy", *Journal of School Health*, vol. 69, N° 3.
- Kirmayer, L. (1989), "Cultural variations in the response to psychiatric disorders and emotional distress", *Social Science and Medicine*, vol. 29, N° 3.
- Kirmayer, Laurence, J. Malud y J. Boothroyd (1996), "Suicide attempted among Inuit youth: a community survey of prevalence and risk factors", *Acta Psiquiatrica Scandinavica*, N° 94.
- Kirmayer, Laurence, J. Boothroyd y Hodgins (1998), "Attempted suicide among Inuit youth: psychological correlates and implications for prevention", *Canadian Journal of Psychiatry*, N° 43.
- Kirmayer, Laurence, M.E. Mac Donald y Gregory M. Brass (2000), "The mental health of indigenous peoples", *Culture and Mental Health Research Unit Report*, N° 10, Mc Gill University.
- Kleinman, A. (1986), *Social Origins of Distress and Disease*, New Haven, Yale University Press.
- (1988), *Rethinking Psychiatry: Cultural Category to Personal Experience*, Nueva York, The Free Press.
- (1991), "What is depression", *Psychosocial Aspects of Depression*, A. Kleinman y J. Becker (eds.).
- (2000), "The violence of everyday live. The multiple forms and dynamics of social violence", *Violence and Subjectivity*, V. Dass y otros (eds.), Berkeley, University of California Press.
- Kleinman, A. y B. Good (1985), "Introduction and epilogue", *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*, A. Kleinman y B. Good (eds.), Berkeley, University of California Press.
- Kleinman, A. y A. Cohen (1997), "Psychiatry's global challenge", *Scientific American*, marzo.
- Kliksberg, Bernardo (2001), "El contexto de la juventud en América Latina y el Caribe: interrogantes, búsquedas, perspectivas" [en línea] <http://www.unesu.org/far.AEE01/lecturaA.pdf>.
- Kunitz, S.J. y otros (1999), "Alcohol dependence and conduct disorder among Navajo Indians", *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 60, N° 2.
- LaRue, A. y otros (1996), "Acculturation and depression among Latina urban girls", *Urban Girls: Resisting Stereotypes, Creating Identities*, B. J. R. Leadbeater y N. Way (eds.), Nueva York, New York University Press.
- Liebel, Manfred (1992), *Mala onda. La juventud popular en América Latina*, Managua, Ediciones Nicarao.
- Luker, K. (1996), *Dubious Conceptions: The Politics of Teenage Pregnancy*, Cambridge, Harvard University Press.
- Lutte, Gérard (1991), "Los jóvenes en las representaciones sociales dominantes", *Liberar la adolescencia. La psicología de los jóvenes de hoy*, Barcelona, Herder.

- Lutz, Catherine (1985), "Depression and the translation of emotional worlds", *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*, A. Kleinman y B. Good (eds.), Berkeley, University of California Press.
- Maddaleno, Matilde y otros (2003), "Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y el Caribe: desafíos para la próxima década", *Salud pública de México*, vol. 45, N° 1, Cuernavaca.
- Manson, S.M. (1996), "The wounded spirit: a cultural formulation of post traumatic stress disorder", *Culture, Medicine and Psychiatry*, N° 20.
- Manson, S., J. H. Shore y J. D. Bloom (1985), "The depressive experience in American indian communities: a challenge for psychiatric theory and diagnosis", *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*, A. Kleinman y B. Good (eds.), Berkeley, University of California Press.
- Manson, S. y otros (1989), "Risk factors for suicide among Indian adolescents at boarding schools", *Public Health Reports*, vol. 104, N° 6.
- Martínez, Angela y Enrique Guinsberg (2009), "Investigación cualitativa al estudio del intento de suicidio en jóvenes de Tabasco", *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, vol 27, N° 1, Universidad de Antioquia, enero-abril.
- Marsella A.J., M. Friedman y H.A Spain (1992), "Selective review of the literature on ethnocultural aspects of PTSD", *PTSD Research Quarterly*, N° 2.
- Marsella, A.J. y otros (1985), "Cross-cultural studies of depressive disorders: an overview", *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*, A. Kleinman y B. Good (eds.), Berkeley, University of California Press.
- Millstein, S. G. y V. Igra (1997), "Theoretical models of adolescent risk-taking behavior", *Adolescent Health Problems: Behavioural Perspectives*, J. Wallander y L.J. Siegel (eds.), Nueva York, Guilford Press.
- Naciones Unidas (1995), "Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo", *Población y desarrollo*, vol. 1 (ST/ESA.SER.A/149), Nueva York.
- Naik, U.S., M.S. Menon y S. Ahmed (1998), "Culture and psychiatry: an Indian overview of issues in women and children", *Clinical Methods in Transcultural Psychiatry*, S.O. Okpaku (ed.), Washington, D.C., American Psychiatric Press.
- Natera, Guillermina (2005), "La difícil identificación del consume de alcohol en jóvenes en comunidades indígenas", *El Cotidiano*, vol. 20, N° 132, Universidad Autónoma Metropolitana Azcapotzalco, julio-agosto.
- Nathanson, C. (1991), *Dangerous Passage: The Social Control of Sexuality in Women's Adolescence*, Philadelphia, Temple University Press.
- Obeyesekere, Gananath (1985), "Depression, Buddhism and the work of culture", *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*, A. Kleinman y B. Good (eds.), Berkeley, University of California Press.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2008), *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud* (WHO/IER/CSDH/08.1), Ginebra.

- _____ (2000), *Report on Cross Cultural Study on Depression*, Ginebra.
- _____ (1998), “Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Resumen Analítico”, informe final de la CDSS.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (1998), *Plan de Acción de Desarrollo y Salud de Adolescentes y Jóvenes en las Américas, 1998-2001*.
- _____ (2006), *Alcohol y salud de los pueblos indígenas*, Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud Unidad de Salud Mental, Abuso de Sustancias y Rehabilitación.
- _____ (2008), Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes.
- Ortiz, Celso (2002), “Las venas del campo: las tagotg (las jóvenes) y los chogotg (los jóvenes en la comunidad de Pajapan, Veracruz) y sus estrategias de vida”, CONACULTA-FONCA.
- Oyarce, Ana María (2000), “Depression in youth: an international overview”, Universidad de Arizona, inédito.
- _____ (2002a), “An anthropological perspective in teen pregnancy”, Universidad de Arizona, inédito.
- _____ (2002b), “Culture and depression”, Universidad de Arizona, inédito.
- Oyarce, A.M. y M. Pedrero (2006), “Perfil epidemiológico básico de la población aymara del Servicio de Salud Arica”, *serie Situación de salud de los pueblos indígenas de Chile*, N° 1, Santiago de Chile, Ministerio de Salud.
- _____ (2009a), “Perfil epidemiológico de la población mapuche residente en las comunas del área Lafkenche del Servicio de Salud Araucanía Sur”, *serie Situación de salud de los pueblos indígenas de Chile*, N° 4, Santiago de Chile, Ministerio de Salud.
- _____ (2009b), “Perfil epidemiológico de la población mapuche residente en la región de Los Ríos las comunas del área Lafkenche del Servicio Salud Araucanía Sur”, *serie Situación de salud de los pueblos indígenas de Chile*, N° 6, Santiago de Chile, Ministerio de Salud.
- _____ (2010a), “Perfil epidemiológico básico de la población mapuche residente en la Provincia de Arauco”, Santiago de Chile, en prensa.
- _____ (2010b), “Diagnóstico epidemiológico de la población pewenche”, Servicio de Salud Bío Bío, inédito.
- Pacheco, L. (1997), “La doble cotidianidad de los huicholes jóvenes. Aportaciones sobre la identidad juvenil desde la etnografía”, *Jóvenes. Revista de estudios sobre juventud*, N° 4.
- Pantelides, Edith (2008), “Prevención y atención de la salud reproductiva entre mujeres indígenas de 15 –19 años en países seleccionados de América Latina. Otro aspecto de las desigualdades en salud”, documento presentado en el tercer Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población (ALAP), Córdoba, 24 a 26 de septiembre.
- Pedrero, M. y A.M. Oyarce (2010), “Suicidio entre los pueblos indígenas de Chile: aspectos epidemiológicos y contextuales”, Santiago de Chile, inédito.
- Petawabano, B.H. y otros (1994), *Mental Health and Aboriginal People of Quebec*, Le Comité de la Santé Mentale du Québec, Gaetan Morin, Québec.

- Petersen, Duncan (1993), “Mental health among the indigenous peoples of Latin America”, *Working Paper*, N° 19, series on International Mental and Behavioral Health, Cambridge, Center for the Study of Culture and Medicine, Harvard University.
- Quidel, José y Fernando Jineo (1999), “Las raíces para nuestro cultivo”, *Estilos de desarrollo en América Latina*, Aracely Caro, Teresa Durán y Julio Tereucán (eds.), Temuco, Universidad Católica de Temuco y Universidad de la Frontera.
- Rodríguez, Jorge (2008), *Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción*, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Organización Iberoamericana de Juventud (OIJ).
- Rodríguez, J. y M. Hopenhayn (2007), “Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe. Tendencias, problemas y desafíos”, *Boletín Desafíos*, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
- Salazar, Oscar y Luis Guillermo Vallejos (2002), *Surba Inna. Rito de iniciación femenina en la cultura Cuna-Tule*, Instituto Colombiano de Cultura Hispánica.
- Schkolnik, Susana y Fabiana Del Popolo (2005), “Los censos y los pueblos indígenas en América Latina: Una metodología regional”, *Notas de población*, N° 79 (LC/G.2284-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), julio. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G.141.
- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2010), “Términos de referencia. Estudio sobre el bienestar, oportunidades y cumplimiento de derechos entre los adolescentes indígenas y el fenómeno de suicidio”.
- Velasco, Y. (2007), *La juventud en Ecuador 2007. El desarrollo y la nueva generación*, Quito.
- Worthmann, C.M. (1986), “Developmental dyssynchrony as normative experience: Kikuyu adolescents”, *School-Age Pregnancy and Parenthood: Biosocial Dimensions*, J. Lancaster and B. Hamburg (eds.).
- Young, A. (1990), “A description of how ideology shapes knowledge of a mental disorder (Post Traumatic Stress Disorder)”, *Knowledge, Power and Practice*, S. Lindenbaum y M. Lock (eds.), Berkley, University of California Press.
- Zapata, Carlos Andres y Mauricio Hoyos (2005), “¿Existe una condición de juventud indígena?”, *Nómadas*, N° 23.

Anexo metodológico

Notas técnicas



I. Atribución de la condición indígena en la ronda de censos de 2000

La etnia de la población de los menores se atribuyó según la etnia del jefe y cónyuge del hogar. Es decir, se consideran indígenas los menores que residen en hogares con jefe indígena sin cónyuge, o con jefe y cónyuge indígenas.

Los países que aplicaron este método de atribución son el Estado Plurinacional de Bolivia, México y el Perú.

Argentina (2001)

Indígena es la población de los hogares en los que se declaró que vivía al menos una persona descendiente o perteneciente a un pueblo indígena.

No indígena es la población de los hogares en los que se declaró que no vivía una persona descendiente o perteneciente a un pueblo indígena.

Bolivia (Estado Plurinacional de) (2001)

Indígena es la población mayor de 14 años que se considera perteneciente a los siguientes pueblos: quechua, aimara, guaraní, chiquitano, mojeño u otro nativo. La etnia de la población menor de 15 años se atribuyó según la etnia del jefe y cónyuge del hogar. En tal carácter, se consideran indígenas los menores de 15 años que residen en hogares con jefe indígena sin cónyuge, o con jefe y cónyuge indígenas.

No indígena es la población mayor de 14 años que declara no pertenecer a los pueblos antes mencionados, o los menores de esa edad, que residen en hogares con jefe solo no indígena, o jefe o cónyuges (o ambos) no indígenas (por atribución de la condición étnica de estos).

No se incluye población con etnia ignorada.

Brasil (2000)

Indígena es la población que reconoce que su “color o raza” es indígena.

No indígena es la población que reconoce que su color o raza es blanca, amarilla, negra o mestiza.

No se incluye población con “color o raza” ignorada.

Chile (2002)

Indígena es la población que declara pertenecer a los siguientes pueblos: alacalufe (kawashkar), atacameño, aimara, colla, mapuche, quechua, rapa nui y yámana (yagán).

No indígena es la población que declara no pertenecer a ninguno de los pueblos antes mencionados.

Costa Rica (2000)

Indígena es la población que declara pertenecer a la cultura indígena.

No indígena es la población que declara pertenecer a las culturas china o afrocostarricense o negra.

No se incluye población con etnia ignorada.

Ecuador (2001)

Indígena es la población que se considera como tal.

No indígena es la población que se considera negra (afroecuatoriana) o mulata o mestiza, blanca u otra.

Guatemala (2002)

Indígena es la población que responde afirmativamente a la pregunta “¿es indígena?”

No indígena es la población que responde negativamente a la pregunta “¿es indígena?”

Honduras (2001)

Indígena es la población que declara pertenecer a los siguientes grupos poblacionales: tolupán, pech (paya), misquito, lenca, tawanka (sumo) y chortí.

No indígena es la población que declara pertenecer a los grupos garífuna o negro inglés, u otros grupos poblacionales.

México (2000)

Indígena es la población mayor de cinco años que declara ser náhuatl, maya, mixteca o de “otro” grupo indígena. La etnia de la población menor de cinco años se atribuyó según la etnia del jefe y cónyuge del hogar. En tal carácter, se consideran indígenas los menores de cinco años que residen en hogares con jefe indígena sin cónyuge, o con jefe y cónyuge indígenas.

No indígena es la población mayor de cinco años que declara no ser náhuatl, maya, mixteca o de “otro” grupo indígena, o los menores de esa edad, a los que se les atribuye esa condición étnica porque residen en hogares con jefe solo no indígena, o jefe o cónyuges no indígenas (o ambos).

No se incluye población con etnia ignorada.

Nicaragua (2005)

Indígena es la población que responde ser perteneciente a un pueblo indígena o grupo étnico, y luego declara integrar los pueblos rama, garífuna, mayagna-sumu, miskitu, ulwa, xiu-sutiaba, nahoas-nicarao, chorotega-nahua-mange, cacaopera-matagalpa u “otro”.

No indígena es la población que responde afirmativamente a la pregunta sobre su pertenencia a un pueblo o etnia que se considere integrante de los pueblos creole (kriol) o mestizo de la costa del Caribe y la población conformada por quienes declaran no pertenecer a un pueblo o etnia indígena.

Finalmente, la población con etnia ignorada está conformada por quienes no responden a la pregunta, o responden no saber cuál es su pueblo o etnia indígena. Este grupo no se incluye en las estimaciones.

Panamá (2000)

Indígena es la población residente en la vivienda entrevistada, que declara ser indígena y pertenecer a los pueblos kuna, ngöbe, buglé, teribe, bokota, emberá, wounaan, bri bri o ninguno de los anteriores.

No indígena es la población que declara no pertenecer a ningún grupo indígena (según declaración en la lista de ocupantes de la vivienda).

Paraguay (2002)

Indígena es la población que declara pertenecer a las etnias aché, ava-guaraní, mbyá, pai, guaraní occidental, ñandeva, enlhet norte, enxet sur, sanapaná, toba, angaité, guana, maskoy, nivaclé, maká, manjui, ayoreo, chamacoco (ybytos), tomaráho y toba-qom.

No indígena es la población que declara pertenecer a una etnia no indígena.

Perú (2007)

Indígena es la población mayor de tres años que declara que el idioma o lengua en que aprendió a hablar fue: quechua, aimara, asháninka u otra lengua nativa. La etnia de la población menor de tres años se atribuyó según la etnia del jefe y cónyuge del hogar. En tal carácter, se consideran indígenas los menores de tres años que residen en hogares con jefe indígena sin cónyuge, o con jefe o cónyuge indígena (o ambos).

No indígena es la población mayor de tres años que declara no pertenecer a los pueblos antes mencionados, o los menores de esa edad, que residen en hogares con jefe solo no indígena, o jefe o cónyuges no indígenas (o ambos).

Venezuela (República Bolivariana de) (2001)

Indígena es la población que declara pertenecer a algún pueblo indígena (entrevistada en censo general) o que habita en comunidades indígenas (entrevistada en censo de comunidades indígenas).

No indígena es la población que declara no pertenecer a pueblos indígenas (entrevistada en censo general).

No se incluye la población con etnia ignorada.

II. Encuestas de demografía y salud

En este apartado se indican los criterios de desagregación étnica de la población utilizados para el cálculo de los indicadores basados en las Encuestas de Demografía y Salud del Ecuador (2004), el Estado Plurinacional de Bolivia (2003), Guatemala (2002), México (2003), Nicaragua (2001) y el Perú (2008).

Bolivia (Estado Plurinacional de) (2003)

Es indígena la población que se considera perteneciente a los pueblos quechua, guaraní, aimara u otro pueblo indígena. En el caso de los nacimientos o niños, se considera la autopertenencia declarada por la madre.

Es no indígena la población que no se considera perteneciente a ninguno de los pueblos mencionados. En el caso de los nacimientos y niños se utiliza el mismo criterio, según la declaración de la madre.

Ecuador (2004)

Se considera indígena a la población que consta como tal en los tabulados de la encuesta.

Es no indígena la población identificada como mestiza, blanca u “otro” en los tabulados de la encuesta.

Guatemala (2002)

Es indígena la población que figura como tal en los tabulados de la encuesta.

Es no indígena la población identificada como “ladina” en los tabulados de la encuesta.

México (2003)

En la encuesta ENSAR 2003 es indígena la población que habla lengua indígena (mujer respondiente).

No indígena corresponde a los integrantes de hogares sin mujeres de 12 a 45 años que hablen idioma nativo.

Nicaragua (2001)

Es indígena la población que desde su niñez habla las lenguas miskito o sumo.

Es no indígena la población que desde su niñez habla español, inglés u otro idioma.

Perú (2008)

Es indígena la población que reside en hogares donde la lengua habitualmente hablada es quechua, aimara u otra lengua aborígen.

Es no indígena la población que reside en hogares donde la lengua habitualmente hablada es el castellano u otro idioma extranjero.

III. Indicadores

A. Contexto demográfico

1. Índice de masculinidad

Definición: expresa la composición por sexo de una población, en términos de la relación entre la cantidad de hombres y la cantidad de mujeres.

Cálculo: cociente entre el total de hombres con respecto al total de mujeres, multiplicado por 100.

Desagregación: condición étnica, grupos de edad de 10 a 24, 10 a 19 y 15 a 24 años.

2. *Porcentaje de población urbana o rural*

Definición: expresa la proporción de la población indígena (no indígena) que reside en zonas urbanas (rurales).

Cálculo: población indígena (no indígena) que reside en áreas urbanas (rurales) dividida por la población indígena (no indígena) total, multiplicada por 100.

Desagregación: grupos de edad de 10 a 24, 10 a 19 y 15 a 24 años.

Nota: la definición de urbano o rural se estableció según los criterios aportados por cada país.

B. *Contexto socioeconómico*

1. *Población económicamente activa*

Definición: mide el grado de participación de la población adulta de 15 años y más en el mercado de trabajo.

Cálculo: cociente entre la población económicamente activa (definida como las personas que trabajan o buscan trabajo) de 15 años y más y la población total de 15 años y más, multiplicado por 100.

Desagregación: condición étnica, sexo, grupos de edad de 15 a 19, 20 a 24 y 15 a 24 años.

2. *Población económicamente inactiva*

Definición: mide el grado de inactividad de la población adulta de 15 años y más en el mercado de trabajo.

Cálculo: cociente entre la población económicamente inactiva (definida como las personas que no trabajan ni realizan alguna actividad económica) de 15 años y más y la población total de 15 años y más, multiplicado por 100.

Desagregación: condición étnica, sexo, grupos de edad de 15 a 19, 20 a 24 y 15 a 24 años.

Nota: en el presente documento se ha distinguido a los estudiantes de la población inactiva porque se asume que un alto porcentaje de ellos son estudiantes del grupo de edad analizado en el presente estudio.

3. *Tasa de alfabetismo*

Definición: mide la magnitud relativa de la población alfabetizada.

Cálculo: población de 15 años y más que sabe leer y escribir, dividida por la población de 15 años y más, multiplicada por 100.

Desagregación: condición étnica, sexo, grupos de edad de 15 a 19, 20 a 24 y 15 a 24 años.

4. Promedio de años de estudio de la población

Definición: es una medida del grado de instrucción formal de la población.

Cálculo: suma de los años de estudios de las personas de 15 y más años, dividida por el total de personas de esa misma edad.

Desagregación: condición étnica, sexo, grupos de edad de 15 a 19, 20 a 24 y 15 a 24 años.

C. Salud sexual y reproductiva

5. Madres jóvenes

Definición: mide la proporción de mujeres adolescentes que son madres.

Cálculo: cociente entre las mujeres de 15 a 24 años que ya tienen al menos un hijo nacido vivo, respecto al total de mujeres, multiplicado por 100.

Desagregación: condición étnica, urbana o rural.

6. Rezago escolar

Definición: mide la proporción de mujeres adolescentes con o sin rezago educativo y sin instrucción.

Cálculo: cociente entre las mujeres de 15 a 24 años de acuerdo al nivel educativo, respecto al total de mujeres, multiplicado por 100.

Desagregación: condición étnica.

Nota: se entiende que presentan rezago educativo aquellas mujeres del grupo de 15 a 24 años que, en el momento del censo, no tienen los años de estudio esperados para su edad. Es decir, si no tienen los nueve años de estudios que deberían haber alcanzado (seis de primaria y tres de secundaria), se consideran con rezago (en algunos países son seis y dos).

D. Datos de referencia

1. Censos

Argentina: Censo de Población, Hogares y Vivienda de 2001.

Bolivia (Estado Plurinacional de): X Censo Nacional de Población y Vivienda, año 2001.

Brasil:	Censo Demográfico del año 2000.
Chile:	XVII Censo Nacional de Población y VI de Vivienda, año 2002.
Costa Rica:	IX Censo Nacional de Población y V de Vivienda, año 2000.
Ecuador:	VI Censo de Población y V de Vivienda, año 2001.
Guatemala:	XI Censo Nacional de Población y VI de Habitación, año 2002.
Honduras:	XVI Censo De Población y V de Vivienda, año 2001.
México:	XII Censo de Población y Vivienda, año 2000.
Nicaragua:	VIII Censo de Población y IV de Vivienda, año 2005.
Panamá:	X Censo Nacional de Población y VII de Vivienda, año 2000.
Paraguay:	VI Censo Nacional de Población y Vivienda y II Censo Nacional Indígena, año 2002.
Perú:	XI Censo Nacional de Población y VI de Vivienda, año 2007.
Venezuela (República Bolivariana de):	XIII Censo General de Población y Vivienda, y Censo de Comunidades Indígenas, año 2001.

2. Encuestas

Bolivia (Estado Plurinacional de):

Sardán, M.; Ochoa, L. y Castillo, W. (2004), Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2003 (ENSAR 2003). Miraflores: INE, MSD, PRS, USAID, FORSA (Canadá), UNFPA, UNICEF, PMA, PROSIN y MEASURE DHS+/ORC Macro.

Base de microdatos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2003 (ENSAR 2003), provista por DHS/ORC-Macro.

Ecuador:

CEPAR (Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social) (2005), Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil 2004 (ENDEMAIN

2004): Informe Final. Quito: MSP, INEC, USAID, Fondo Japonés, BID, UNFPA, PMA, UNICEF, UNIFEM, OPS/OMS, STFS-SIISE, OSE.

Guatemala:

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MPAS) y otros (2003), Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002. INE, UVG, CDC, USAID, ASDI, APRESAL/UE, PNUD, UNICEF, UNFPA, Proyecto POLICY II y Care Guatemala.

México:

Base de microdatos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2003 (ENSAR 2003), provista por Bases de datos para el análisis Social de México (BDSOCIAL).

Nicaragua:

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)/ Ministerio de Salud (MINSA) (2002), Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2001 (ENDESA 2001), Managua: USAID, ASDI, BM/FISE, BID/PMSS, PNUD, FNUAP, DHS+/ORC Macro.

Base de microdatos de la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2001 (ENDESA 2001), provista por DHS/ORC-Macro.

Perú:

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2008), Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2008 (ENDES 2008). Lima: USAID, UNICEF y DHS+/ORC Macro.

Base de microdatos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud Familiar 2008 (ENDES 2008), provista por DHS/ORC-Macro.

Anexo estadístico



■ Cuadro A.1 ■ América Latina (14 países): población total, de 10 a 24 años, 10 a 19 años y 15 a 24 años, por condición étnica. Ronda de censos de 2000

País	Población total			Población de 10 a 24 años			Población de 10 a 19 años			Población de 15 a 24 años						
	Indígena	No indígena	Ignorado	Indígena	No indígena	Ignorado	Total	Indígena	No indígena	Ignorado	Total	Indígena	No indígena	Ignorado	Total	
	Argentina	1 112 350	32 364 603	33 476 953	325 829	8 746 666	9 072 495	227 845	5 898 134	6 126 979	204 367	5 692 037	5 896 404			
Bolivia (Estado Plurinacional de)	5 008 997	3 045 172	36 563	1 512 407	1 062 701	21 229	2 596 337	1 076 311	750 159	21 229	1 847 699	894 763	686 661		1 561 464	
Brasil	7 04 628	166 564 596	1 181 268	168 450 492	214 363	50 458 996	380 640	51 053 989	149 563	34 654 813	268 207	35 072 563	139 189	33 427 378	245 366	33 811 934
Chile	688 934	14 131 192	14 800 126	174 409	3 601 363	3 775 792	120 769	2 496 759	2 617 528	109 052	2 668 778	2 377 830				
Costa Rica	63 539	3 632 054	95 282	3 790 875	20 779	1 107 764	30 083	1 158 626	14 851	782 375	21 464	818 710	12 854	698 961	21 464	733 239
Ecuador	826 301	11 242 350	12 068 651	266 640	3 450 506	3 717 146	195 556	2 368 841	2 564 397	159 315	2 219 613	2 378 928				
Guatemala	4 597 827	6 806 601	11 206 428	1 536 697	2 160 996	3 697 695	1 136 609	1 545 226	2 681 835	898 809	1 320 717	2 219 526				
Honduras	426 966	5 615 818	6 042 784	145 767	1 936 425	2 082 192	108 689	1 395 372	1 504 061	85 514	1 193 597	1 279 111				
México	5 940 178	85 886 491	2 264 445	94 091 114	1 854 612	26 659 464	709 204	29 223 280	1 353 668	18 490 569	526 775	20 371 032	1 123 349	17 137 558	407 072	18 667 979
Nicaragua	244 157	4 652 844	227 860	5 124 891	86 779	1 644 861	68 381	1 800 041	63 101	1 151 628	48 791	1 263 520	52 202	1 026 933	41 042	1 120 177
Panamá	274 545	2 512 687	2 787 232	88 902	702 074	790 976	65 902	482 780	548 682	52 569	454 339	506 908				
Paraguay	88 134	5 034 797	5 122 931	27 957	1 648 842	1 676 799	20 468	1 190 501	12 10 959	16 499	1 017 629	1 034 128				
Perú	6 489 109	20 564 285	3 805	27 057 199	2 009 003	6 095 632	787	8 105 622	1 440 550	4 187 016	549	5 628 115	1 223 178	3 944 911	489	5 168 578
Venezuela (República Bolivariana de)				158 466	6 748 810	6 907 276	114 110	4 712 112	4 826 222	96 713	4 230 426	4 327 139				

Fuente: CELADE, procesamiento especiales de los microdatos censales.

■ Cuadro A.2 ■

América Latina (14 países): distribución de la población de 10 a 24 años, por área de residencia y condición étnica. Ronda de censos de 2000

País	Población entre 10 y 24 años									
	Urbana			Rural			Total			
	Indígena	No indígena	Total	Indígena	No indígena	Total	Indígena	No indígena	Total	
Argentina 2001	284 606	7 837 787	8 102 393	61 223	908 879	970 102	325 829	8 746 666	9 072 495	
Bolivia (Estado Plurinacional de) 2001	865 233	646 067	1 722 037	647 174	216 634	874 300	1 512 407	1 062 701	2 596 337	
Brasil 2000	108 377	40 624 234	41 020 329	105 986	9 834 751	10 033 660	214 363	50 458 986	51 053 989	
Chile 2002	116 657	3 193 313	3 309 970	57 752	408 070	465 822	174 409	3 601 383	3 775 792	
Costa Rica 2000	4 131	656 117	677 522	16 648	451 647	481 104	20 779	1 107 764	1 158 626	
Ecuador 2001	51 666	2 202 269	2 253 935	214 974	1 248 237	1 463 211	266 640	3 450 506	3 717 146	
Guatemala 2002	496 101	1 185 399	1 681 500	1 040 596	975 599	2 016 195	1 536 697	2 160 998	3 697 695	
Honduras 2001	23 467	947 971	971 438	122 300	988 454	1 110 754	145 767	1 936 425	2 082 192	
México 2000	653 850	20 316 350	21 509 432	1 200 762	6 341 114	7 713 848	1 854 612	26 659 464	29 223 280	
Nicaragua 2005	33 037	877 917	946 841	53 742	766 984	853 200	86 779	1 644 881	1 800 041	
Panamá 2000	16 987	471 178	488 165	71 915	230 896	302 811	88 902	702 074	790 976	
Paraguay 2002	2 686	939 642	942 328	25 271	709 200	734 471	27 957	1 648 842	1 676 799	
Perú 2007	1 135 076	4 949 948	6 085 504	873 927	1 145 984	2 020 118	2 009 003	6 095 532	8 105 622	
Venezuela (República Bolivariana de) 2001	89 080	5 966 627	6 055 707	69 386	782 183	851 569	158 466	6 748 810	6 907 276	

Fuente: CELADE, procesamientos especiales de los microdatos censales.

Cuadro A.3

América Latina (14 países): distribución de la población de 10 a 19 años, por área de residencia y condición étnica. Ronda de censos de 2000

País	Población entre 10 y 19 años									
	Urbana			Rural			Total			
	Indígena	No indígena	Total	Indígena	No indígena	Total	Indígena	No indígena	Total	
Argentina 2001	183 032	5 251 270	5 434 302	44 813	6 47 864	692 677	227 845	5 899 134	6 126 979	
Bolivia (Estado Plurinacional de) 2001	590 696	597 472	1 188 905	485 615	1 62 887	658 794	1 076 311	750 159	1 947 699	
Brasil 2000	71 080	27 501 388	27 771 227	78 482	7 153 425	7 301 356	149 563	84 654 813	35 072 583	
Chile 2002	79 225	2 205 240	2 284 465	41 544	291 519	333 063	120 769	2 496 759	2 617 528	
Costa Rica 2000	2 715	453 601	468 401	12 136	328 774	350 309	14 851	782 375	818 710	
Ecuador 2001	33 825	1 477 812	1 511 637	161 731	891 029	1 052 760	195 556	2 368 841	2 564 397	
Guatemala 2002	357 245	815 026	1 172 271	779 364	730 200	1 509 564	1 136 609	1 545 226	2 881 835	
Honduras 2001	16 774	655 580	672 354	91 915	739 792	831 707	108 689	1 395 372	1 504 061	
México 2000	455 972	13 802 007	14 652 444	897 716	4 688 582	5 718 588	1 353 688	18 490 569	20 371 032	
Nicaragua 2005	23 195	596 748	645 054	39 906	554 880	618 466	63 101	1 151 628	1 263 520	
Panamá 2000	11 277	315 208	326 485	54 625	167 572	222 197	65 902	482 780	548 682	
Paraguay 2002	1 903	659 995	662 898	18 555	539 506	558 061	20 458	1 190 501	1 210 959	
Perú 2007	780 536	3 959 029	4 130 885	680 014	836 987	1 497 230	1 440 550	4 187 016	5 628 115	
Venezuela (República Bolivariana de) 2001	63 413	4 141 349	4 204 762	50 697	570 763	621 460	114 110	4 712 112	4 826 222	

Fuente: CELADE, procesamientos especiales de los microdatos censales.

■ Cuadro A.4 ■ América Latina (14 países): distribución de la población de 10 a 24 años, por sexo y condición étnica. Ronda de censos de 2000

País	Población entre 10 y 24 años											
	Hombre					Mujer					Total	
	Indígena	No indígena	Total	Indígena	No indígena	Indígena	No indígena	Total	Indígena	No indígena	Total	
Argentina 2001	163 876	4 999 710	4 563 586	161 953	4 346 956	4 508 909	325 829	8 746 666	9 072 495	2 596 337		
Bolivia (Estado Plurinacional de) 2001	745 676	522 788	1 279 692	766 731	539 913	1 316 645	1 512 407	1 062 701	51 053 989	3 775 792		
Brasil 2000	106 845	25 324 791	25 627 618	107 518	25 134 194	25 426 371	214 363	50 458 986	1 107 764	1 158 626		
Chile 2002	87 369	1 802 691	1 890 060	87 040	1 798 692	1 885 732	174 409	3 601 383	3 897 695	2 082 192		
Costa Rica 2000	10 640	560 166	585 988	10 139	547 598	572 628	20 779	1 107 764	3 450 506	3 697 695		
Ecuador 2001	129 527	1 711 323	1 840 850	137 113	1 739 183	1 876 296	266 640	2 160 998	2 082 192	29 223 280		
Guatemala 2002	749 393	1 061 350	1 810 743	787 304	1 099 648	1 886 952	1 536 697	1 936 425	1 854 612	26 659 464		
Honduras 2001	73 506	958 501	1 032 007	72 261	977 924	1 050 185	145 767	1 936 425	1 644 881	1 800 041		
México 2000	918 616	13 060 990	14 330 906	935 996	13 598 474	14 892 374	1 854 612	26 659 464	1 800 041	1 800 041		
Nicaragua 2005	43 437	825 344	903 485	43 342	819 537	896 556	86 779	1 644 881	790 976	790 976		
Panamá 2000	44 431	353 488	397 919	44 471	348 586	393 057	88 902	702 074	1 648 842	1 676 799		
Paraguay 2002	14 258	832 104	846 362	13 699	816 798	830 437	27 957	1 648 842	6 095 832	8 105 622		
Perú 2007	1 021 650	3 034 128	4 056 202	987 353	3 061 704	4 049 420	2 009 003	6 095 832	6 748 810	6 907 276		
Venezuela (República Bolivariana de) 2001	78 173	3 362 234	3 440 407	80 293	3 386 576	3 466 869	158 466	6 748 810	6 907 276	6 907 276		

Fuente: CELADE, procesamiento especiales de los microdatos censales.

■ Cuadro A.5 ■ América Latina (14 países): distribución de la población de 10 a 19 años, por sexo y condición étnica. Ronda de censos de 2000

País	Población entre 10 y 19 años											
	Hombre					Mujer					Total	
	Indígena	No indígena	Total	Indígena	No indígena	Indígena	No indígena	Total	Indígena	No indígena	Total	
Argentina 2001	114 758	2 998 860	3 101 618	113 087	2 912 274	3 025 361	227 845	5 889 134	6 126 979			
Bolivia (Estado Plurinacional de) 2001	536 971	373 127	921 326	539 340	377 032	926 373	1 076 311	750 159	1 847 689			
Brasil 2000	74 609	17 470 270	17 684 685	74 953	17 184 543	17 387 898	149 563	34 654 813	35 072 583			
Chile 2002	60 763	1 258 120	1 318 883	60 006	1 238 639	1 298 645	120 769	2 496 759	2 617 528			
Costa Rica 2000	7 616	397 998	416 569	7 235	384 377	402 141	14 851	782 375	818 710			
Ecuador 2001	95 931	1 187 167	1 283 098	99 625	1 181 674	1 281 299	195 556	2 368 841	2 564 397			
Guatemala 2002	565 463	774 958	1 340 421	571 146	770 268	1 341 414	1 136 609	1 545 226	2 881 835			
Honduras 2001	55 385	702 974	758 359	53 304	692 398	745 702	108 689	1 395 372	1 504 061			
México 2000	680 942	9 216 560	10 162 946	672 746	9 274 009	10 208 086	1 353 688	18 490 569	20 371 032			
Nicaragua 2005	31 745	583 148	639 803	31 356	568 480	623 717	63 101	1 151 628	1 263 520			
Panamá 2000	33 330	245 090	278 420	32 572	237 690	270 262	65 902	482 780	548 682			
Paraguay 2002	10 519	602 594	613 113	9 939	587 907	597 846	20 458	1 190 501	1 210 959			
Perú 2007	736 620	2 105 124	2 842 048	703 930	2 081 892	2 786 067	1 440 550	4 187 016	5 628 115			
Venezuela (República Bolivariana de) 2001	56 782	2 365 448	2 422 230	57 328	2 346 664	2 403 992	114 110	4 712 112	4 826 222			

Fuente: CELADE, procesamientos especiales de los microdatos censales.

■ Cuadro A.6 ■ América Latina (14 países); distribución de la población de 15 a 24 años, por sexo y condición étnica. Ronda de censos de 2000

País	Población entre 15 y 24 años											
	Hombre					Mujer					Total	
	Indígena	No indígena	Total	Indígena	No indígena	Indígena	No indígena	Total	Indígena	No indígena	Total	
Argentina 2001	102 469	2 850 152	2 952 621	101 898	2 844 885	2 943 783	204 367	5 892 037	5 896 404			
Bolivia (Estado Plurinacional de) 2001	430 366	334 132	764 518	464 397	352 549	816 946	894 783	686 681	1 581 464			
Brasil 2000	68 792	16 709 486	16 903 907	70 398	16 717 892	16 908 026	139 189	33 427 376	33 811 934			
Chile 2002	54 036	1 122 764	1 176 800	55 016	1 146 014	1 201 030	109 052	2 268 778	2 377 830			
Costa Rica 2000	6 514	351 151	366 973	6 340	347 810	363 467	12 854	698 961	730 440			
Ecuador 2001	75 719	1 087 302	1 163 021	83 596	1 132 311	1 215 907	159 315	2 219 613	2 378 928			
Guatemala 2002	426 259	633 314	1 059 573	472 550	687 403	1 159 953	898 809	1 320 717	2 219 526			
Honduras 2001	42 710	579 398	622 108	42 804	614 199	657 003	85 514	1 193 597	1 279 111			
México 2000	547 021	8 249 279	8 994 645	576 328	8 868 279	9 673 334	1 123 349	17 137 558	18 667 979			
Nicaragua 2005	25 875	509 299	555 780	26 327	517 634	564 397	52 202	1 028 933	1 120 177			
Panamá 2000	25 806	226 943	252 749	26 763	227 396	254 159	52 569	454 339	506 908			
Paraguay 2002	8 297	510 951	519 248	8 202	506 678	514 880	16 499	1 017 629	1 034 128			
Perú 2007	618 289	1 940 550	2 559 102	604 889	2 004 361	2 609 476	1 223 178	3 944 911	5 168 578			
Venezuela (República Bolivariana de) 2001	46 911	2 089 921	2 136 832	49 802	2 140 505	2 190 307	96 713	4 230 426	4 327 139			

Fuente: CELADE, procesamientos especiales de los microdatos censales.

■ Cuadro A.7 ■ América Latina (14 países): razón de masculinidad por grupos específicos de edad según condición étnica. Ronda de censos de 2000

País	Grupo de 10 a 24 años			Grupo de 10 a 19 años			Grupo de 15 a 24 años		
	Indígena	No indígena	Total	Indígena	No indígena	Total	Indígena	No indígena	Total
Argentina 2001	101,2	101,2	101,2	101,5	102,6	102,5	100,6	100,3	100,3
Bolivia (Estado Plurinacional de) 2001	97,3	96,8	97,2	99,6	99,0	99,5	92,7	94,8	93,6
Brasil 2000	99,4	100,8	100,8	99,5	101,7	101,7	97,7	99,9	100,0
Chile 2002	100,4	100,2	100,2	101,3	101,6	101,6	98,2	98,0	98,0
Costa Rica 2000	104,9	102,3	102,3	105,3	103,5	103,6	102,7	101,0	101,0
Ecuador 2001	94,5	98,4	98,1	96,3	100,5	100,1	90,6	96,0	95,7
Guatemala 2002	95,2	96,5	96,0	99,0	100,6	99,9	90,2	92,1	91,3
Honduras 2001	101,7	98,0	98,3	103,9	101,5	101,7	99,8	94,3	94,7
México 2000	98,1	96,0	96,2	101,2	99,4	99,6	94,9	92,8	93,0
Nicaragua 2005	100,2	100,7	100,8	101,2	102,6	102,6	98,3	98,4	98,5
Panamá 2000	99,9	101,4	101,2	102,3	103,1	103,0	96,4	99,8	99,4
Paraguay 2002	104,1	101,9	101,9	105,8	102,5	102,6	101,2	100,8	100,8
Perú 2007	103,5	99,1	100,2	104,6	101,1	102,0	102,2	96,8	98,1
Venezuela (República Bolivariana de) 2001	97,4	99,3	98,2	99,0	100,8	100,8	94,2	97,6	97,6

Fuente: CELADE, procesamientos especiales de los microdatos censales.

Cuadro A.8

América Latina (14 países): condición de alfabetismo por grupos específicos de edad según condición étnica. Ronda de censos de 2000

País	Condición de alfabetismo	Indígena				No indígena				Total			
		de 15 a 19 años		de 20 a 24 años		de 15 a 19 años		de 20 a 24 años		de 15 a 19 años		de 20 a 24 años	Total
		de 15 a 19 años	de 20 a 24 años	de 15 a 19 años	de 20 a 24 años	de 15 a 19 años	de 20 a 24 años	de 15 a 19 años	de 20 a 24 años	de 15 a 19 años	de 20 a 24 años	Total	
Argentina 2001	Alfabetizada	104 204	95 200	199 404	698 657	2 819 882	2 816 443	5 636 325	22 645 619	2 924 086	2 911 643	5 835 729	23 344 276
	No alfabetizada	2 179	2 784	4 963	45 147	24 623	31 089	55 712	606 277	26 807	33 873	60 675	651 424
	Total	106 383	97 984	204 367	743 804	2 844 505	2 847 532	5 692 037	23 251 896	2 950 893	2 945 516	5 896 404	23 995 700
Bolivia	Alfabetizada	445 598	415 974	861 572	2 512 428	3 688 319	3 044 857	6 733 176	17 320 255	813 917	720 831	1 534 748	4 242 683
	No alfabetizada	12 428	19 369	31 797	533 178	4 771	6 300	11 071	129 522	17 199	25 669	42 868	662 700
	Ignorado	661	753	1 414	7 862	1 049	1 385	2 434	9 716	1 710	2 138	3 848	17 578
Total de 2001	458 887	436 096	884 783	3 053 468	3 741 339	3 125 542	6 866 681	18 699 493	832 826	748 638	1 581 464	4 922 961	
Brasil 2000	Alfabetizada	64 450	54 379	118 829	356 676	16 890 266	14 848 381	31 738 647	102 326 482	16 954 716	14 902 760	31 857 476	102 683 158
	No alfabetizada	9 939	10 421	20 360	120 718	732 940	955 791	1 688 731	14 979 439	742 879	966 212	1 709 092	15 100 157
	Total	74 389	64 800	139 189	477 394	17 623 206	15 804 172	33 427 378	117 305 921	17 697 595	15 868 973	33 566 568	117 783 315
Chile 2002	Alfabetizada	54 619	52 729	107 348	446 652	1 153 397	1 083 383	2 246 780	10 037 173	1 208 016	1 146 122	2 354 138	10 483 825
	No alfabetizada	793	911	1 704	43 826	10 757	11 231	21 988	425 822	11 550	12 142	23 692	469 648
	Total	55 412	53 640	109 052	490 478	1 164 154	1 104 624	2 268 778	10 462 995	1 219 566	1 158 264	2 377 830	10 953 473
Costa Rica 2000	Alfabetizada	5 944	4 986	10 930	29 914	366 427	317 589	684 016	2 356 974	372 371	322 575	694 946	2 386 888
	No alfabetizada	982	942	1 924	7 625	7 145	7 800	14 945	120 232	8 127	8 742	16 869	127 857
	Total	6 926	5 928	12 854	37 539	373 572	325 389	698 961	2 477 206	380 498	331 317	711 815	2 514 745
Ecuador 2001	Alfabetizada	80 888	63 425	144 313	337 003	1 058 470	1 011 332	2 069 802	6 639 486	1 139 358	1 074 757	2 214 115	6 976 489
	No alfabetizada	5 140	5 880	11 020	133 379	35 054	32 825	67 879	531 557	40 194	38 705	78 889	664 936
	Ignorado	47	57	104	852	305	386	691	4 958	352	443	795	5 610
Total de 2001	86 075	69 362	155 437	471 234	1 093 829	1 044 543	2 138 372	7 176 001	1 179 904	1 113 905	2 293 809	7 647 235	
Guatemala 2002	Alfabetizada	375 733	265 544	642 277	1 294 602	637 815	544 414	1 182 229	3 167 935	1 013 548	810 958	1 824 506	4 462 437
	No alfabetizada	122 988	133 544	256 532	1 185 714	67 130	71 358	138 488	813 165	190 118	204 902	395 020	1 998 879
	Total	498 721	400 088	898 809	2 480 316	704 945	615 772	1 320 717	3 981 000	1 203 666	1 015 860	2 219 526	6 461 316

(continúa)

Cuadro A.8 (conclusión)

País	Condición de alfabetismo	Indígena			No indígena			Total					
		de 15 a 19 años	de 20 a 24 años	de 15 a 24 años	de 15 a 19 años	de 20 a 24 años	de 15 a 24 años	de 15 a 19 años	de 20 a 24 años	Total			
		Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total			
Honduras 2001	Alfabetizada	40 974	29 943	70 917	162 536	587 448	479 215	1 066 663	2 634 282	628 422	509 158	1 137 580	2 796 818
	No alfabetizada	7 462	7 135	14 597	66 394	65 096	61 838	126 934	633 778	72 558	68 973	141 531	700 172
	Total	48 436	37 078	85 514	228 930	652 544	541 053	1 193 597	3 268 060	700 980	578 131	1 279 111	3 496 990
México 2000	Alfabetizada	550 479	413 950	964 429	2 468 215	8 756 391	7 918 479	16 674 870	52 265 694	9 306 870	8 332 429	17 639 299	54 733 909
	No alfabetizada	71 522	86 607	158 129	1 163 575	211 065	248 815	469 880	4 627 990	282 567	335 422	618 009	5 791 565
	Ignorado	424	367	791	4 393	1 207	1 601	2 808	26 658	1 831	1 968	3 599	31 051
Total	622 425	500 924	1 123 349	3 636 183	8 968 663	8 168 895	17 137 558	56 920 342	9 591 088	8 669 819	18 260 907	60 556 525	
Nicaragua 2005	Alfabetizada	25 828	20 582	46 410	109 884	476 850	429 277	906 127	2 355 155	502 678	449 859	952 537	2 485 039
	No alfabetizada	2 666	3 096	5 792	32 005	56 830	63 976	120 806	565 939	59 526	67 072	126 598	587 944
	Total	28 524	23 678	52 202	141 889	533 680	493 253	1 026 933	2 921 094	562 204	516 931	1 079 135	3 062 983
Panamá 2000	Alfabetizada	23 558	17 049	40 607	91 206	231 130	215 186	446 316	1 639 568	254 888	232 235	486 923	1 730 774
	No alfabetizada	5 995	5 937	11 932	55 885	3 618	3 615	7 233	95 136	9 613	9 552	19 165	151 021
	Ignorado	4	4	8	56	25	33	58	365	29	37	66	421
Total	29 557	22 990	52 547	147 147	234 773	218 834	453 607	1 735 069	264 330	241 824	506 154	1 882 216	
Paraguay 2002	Alfabetizada	6 500	4 946	11 446	25 552	545 294	444 262	989 556	2 990 481	551 794	449 208	1 001 002	3 016 033
	No alfabetizada	2 486	2 542	5 028	21 082	11 356	11 463	22 819	164 223	13 842	14 005	27 847	185 305
	Total	8 986	7 488	16 474	46 634	556 650	465 725	1 012 375	3 154 704	565 636	463 213	1 028 849	3 201 338
Perú 2007	Alfabetizada	642 826	550 165	1 192 991	3 637 428	2 013 935	1 879 768	3 893 703	13 737 217	2 656 761	2 429 933	5 086 694	17 374 645
	No alfabetizada	11 899	18 288	30 187	669 762	22 160	29 048	51 208	681 113	34 059	47 336	81 395	1 350 875
	Total	654 725	568 453	1 223 178	4 307 190	2 036 095	1 908 816	3 944 911	14 418 330	2 690 820	2 477 269	5 168 089	18 725 520
Venezuela (República Bolivariana de) 2001	Alfabetizada	41 292	33 806	75 098	190 842	2 142 616	1 981 893	4 124 509	13 074 651	2 183 908	2 015 689	4 199 607	13 265 493
	No alfabetizada	10 975	10 454	21 429	92 635	51 112	54 804	105 916	946 403	62 087	65 258	127 345	1 039 038
	Total	52 267	44 260	96 527	283 477	2 193 728	2 036 697	4 230 425	14 021 054	2 245 995	2 080 952	4 326 952	14 304 531

Fuente: CELADE, procesamiento especiales de los microdatos censales.



La articulación entre democracia, desarrollo y realización de derechos supone enfrentar las desigualdades vigentes en América Latina, en particular aquellas que afectan a los pueblos indígenas, pueblos que han sido históricamente excluidos y discriminados. Para ello, se necesitan políticas orientadas a cerrar las disparidades y brechas en el ejercicio de sus derechos, en el marco de los estándares internacionales. De esta manera, la producción de conocimiento e información se constituye en una herramienta clave, tanto por su utilidad técnica como política. En este sentido, el presente estudio presta atención a la salud de la población joven indígena en América Latina, que constituye un grupo especialmente vulnerable dentro de su pueblo, y es fuente de preocupación porque sus jóvenes se distancian de su propia cultura y a la vez sufren el rechazo del resto de la sociedad. Las cifras y el análisis incluido en este documento son un insumo fundamental para el diseño de políticas inclusivas, que promuevan la igualdad y respeten la diversidad cultural que existe en la región. Ello implica reconocer que los jóvenes indígenas son, por encima de todo, personas con una gran resiliencia cultural en cuyo futuro se vislumbra también el futuro de los pueblos indígenas de América Latina.



CEPAL

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)
Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC)
www.cepal.org