

# Fecundidad deseada y no deseada en Bolivia: ¿cuenta el origen étnico?

Por Catherine B. McNamee

Catherine B. McNamee es doctoranda de la Universidad de Texas en Austin, Austin, TX, EEUU.

**CONTEXTO:** En Bolivia, la tasa global de fecundidad (TGF) en poblaciones indígenas es más alta que la observada en la población no indígena. Es importante investigar si esta diferencia se puede atribuir a diferencias étnicas en la fecundidad deseada o no deseada.

**MÉTODOS:** Se utilizaron los datos de la Encuesta de Demografía y Salud de Bolivia de 2003 para estimar las tasas globales de fecundidad deseada y no deseada en mujeres. Se condujo una serie de análisis de regresión logística para examinar si las características de las mujeres, hombres y parejas estaban asociadas con el uso de algún método anti-conceptivo y de métodos modernos.

**RESULTADOS:** Las TGF para mujeres indígenas y no indígenas fueron de 4.3 y 3.1, respectivamente. La tasa de fecundidad deseada para mujeres indígenas fue casi la misma que para las mujeres no indígenas (1.5 y 1.7, respectivamente); virtualmente, toda la diferencia étnica en las TGF se atribuyó a las diferencias étnicas en la fecundidad no deseada. La proporción de mujeres que necesitan anticoncepción fue mayor entre las mujeres indígenas que entre las mujeres no indígenas (26% vs 19%). En análisis de regresión logística, las preferencias de fecundidad masculina explicaron solamente una pequeña parte de la diferencia étnica en el uso de anticonceptivos.

**CONCLUSIÓN:** Las preferencias de las mujeres, hombres y parejas contribuyen solamente de manera marginal a la fecundidad no deseada, lo que sugiere que algunos factores estructurales actúan como obstáculos en la prevención de la fecundidad no deseada.

*Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva, número especial de 2011, pp. 12–21*

Las poblaciones indígenas de Bolivia han presentado continuamente una tasa global de fecundidad (TGF) más alta que la población no indígena: Por ejemplo, la TGF general para los grupos indígenas fue de 6.9 en 1978 y 5.0 en 2001, en comparación con 6.0 y 3.6, respectivamente, para la población no indígena.<sup>1</sup> La fecundidad relativamente alta de las poblaciones indígenas del país pueden surgir de las preferencias de fecundidad más altas, de mayores niveles de fecundidad no deseada o de ambas. Las preferencias de fecundidad más altas pueden reflejar una necesidad de que más niños trabajen en el hogar y en las tierras de la familia. La fecundidad no deseada puede ser resultado de la necesidad no satisfecha de anticonceptivos.

Estudios previos, basados en métodos indirectos, no desagregaron la fecundidad en las categorías de deseada y no deseada según el origen étnico.<sup>2–7</sup> Este estudio examina si las mujeres indígenas presentan mayor fecundidad debido

a que desean familias más grandes o debido a que tienen más cantidad de nacimientos no deseados, probablemente debido a las preferencias de fecundidad de los hombres o la influencia de los hombres sobre el uso de anticonceptivos de sus parejas. ¿De qué forma se relacionan las preferencias de fecundidad de las mujeres, de los hombres y de las parejas con los resultados de fecundidad? ¿Qué discrepancias potenciales existen entre la fecundidad preferida y la real que podrían explicar las diferencias en cuanto a la fecundidad étnica en Bolivia?

## ANTECEDENTES

La definición de “indígena” en Bolivia varía, lo cual complica las estimaciones; sin embargo, de acuerdo con la mayoría de los estudios, más de la mitad de la población de Bolivia es indígena.<sup>8</sup> Desde el período colonial, los pueblos indígenas de Bolivia han estado marginados económica, política y socialmente. Sin embargo, han mantenido una fuerte identidad cultural debido, al menos en parte, a que se han visto compelidos a vivir en las áreas más remotas y subdesarrolladas del país.<sup>9</sup> En las últimas décadas, el activismo político ha aumentado considerablemente la influencia de las poblaciones indígenas, lo que originó reformas en la educación multilingüe y los derechos constitucionales, así como la elección de Evo Morales en 2005, el primer presidente indígena.<sup>10</sup> No ob-

\*Se estima que los grupos indígenas representan un 50–66% de la población total de Bolivia (fuentes: Del Popolo F y Oyarce AM, América Latina, población indígena: perfil sociodemográfico en el marco de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo y los Objetivos del Milenio, *Notas de Población*, 2005, No. 79, pp. 13–52; y el Instituto Nacional de Estadística (INE), Bolivia: distribución porcentual de la población de 12 años y más por sexo, área y auto-identificación étnica, La Paz, Bolivia: INE, 2007. La variación en las estimaciones entre las encuestas es causada por las diferentes mediciones utilizadas para identificar el origen étnico indígena (e.g., ubicación geográfica, idioma y auto-identificación). De acuerdo con la definición utilizada en este artículo, el 53% de las mujeres de la muestra de la DHS era indígena.

stante, prevalece una desigualdad sustancial entre las poblaciones indígenas y no indígenas en el ingreso, la educación y el acceso a los servicios de salud.<sup>11</sup>

Los niveles desproporcionados de pobreza de las poblaciones indígenas se relacionan con su concentración en las áreas rurales, que tienden a ser más pobres.<sup>6</sup> Sin embargo, incluso en las áreas urbanas, las personas indígenas son más pobres que las no indígenas.<sup>12,13</sup> El nivel educativo, la ocupación y los antecedentes familiares explican en gran parte la brecha en la pobreza: Los pueblos indígenas suelen provenir de entornos familiares en mayor desventaja, tener niveles educativos más bajos y ocupaciones con remuneraciones más bajas. Sin embargo, las personas indígenas se ven desfavorecidas aun cuando se tienen en cuenta estas diferencias en la composición, lo cual indica la posibilidad de discriminación relacionada con el empleo. Aunque la identidad nacional de Bolivia ha avanzado hacia una mezcla multicultural, la discriminación con respecto a las poblaciones indígenas está firmemente arraigada.<sup>14</sup>

Las mujeres, independientemente de su origen étnico, deben poder controlar el número y espaciamento de sus hijos. La incapacidad para controlar la fecundidad es en menoscabo en los derechos humanos básicos, y puede conducir a una mayor pobreza y consecuencias negativas en la salud del niño y de la madre.<sup>2</sup> En un estudio comparativo realizado en 1989, en ocho países de América Latina, Bolivia presentó la proporción más alta de embarazos no deseados (44%), reflejada en una TGF de 5.0 y una tasa de fecundidad deseada de 2.8.<sup>3</sup> Según otro estudio comparativo que incluyó 13 países de América Latina, Bolivia tuvo la mayor proporción de nacimientos no deseados en 2003 (63%)—un porcentaje que no cambió desde 1989, a pesar de disminuciones en la tasa de fecundidad no deseada.<sup>2</sup> Los hallazgos indican que, en Bolivia, la preferencia de fecundidad está disminuyendo más rápido que la tasa de fecundidad real. Aproximadamente el 49% de las mujeres bolivianas al final de su edad reproductiva (entre 45 y 49 años) informaron que superaban su tamaño ideal de familia.<sup>4</sup> Y en uno de los pocos estudios que investigaron la fecundidad indígena (aunque no se comparó con la fecundidad no indígena), en 1994, la cantidad ideal de hijos de las bolivianas indígenas era mucho menor que su TGF real (2.4 vs. 6.5).<sup>15</sup>

Los obstáculos que impiden el conocimiento, la disponibilidad y el uso de los anticonceptivos pueden aumentar considerablemente la fecundidad no deseada.<sup>3,5-7</sup> El deseo de una persona de no usar anticonceptivos se puede considerar una barrera relacionada con sus preferencias, que puede derivarse de deseos y creencias en conflicto. Por ejemplo, las mujeres pueden querer limitar su fecundidad, pero tener una preferencia de no utilizar anticonceptivos basada en sus entornos sociales o culturales. Además, los temores de las mujeres indígenas sobre los efectos colaterales reales o aparentes o sobre la medicina moderna en general, pueden disuadirlas del uso de anticonceptivos modernos y alentarlas a usar métodos tradi-

cionales menos efectivos.<sup>16</sup> Asimismo, la segregación cultural de los pueblos indígenas limita la difusión de actitudes positivas con respecto a los anticonceptivos.<sup>17</sup>

Además, los obstáculos estructurales tales como la falta de recursos económicos o de acceso a los servicios médicos —que en Bolivia puede ser una barrera para que las poblaciones indígenas obtengan anticonceptivos— pueden disuadir a las mujeres de usar anticonceptivos a pesar de su deseo de limitar la fecundidad.<sup>15,18,19</sup> Los factores relacionados con el suministro pueden actuar como obstáculos estructurales al dificultar severamente el acceso a los anticonceptivos. Por ejemplo, la inclusión de la planificación familiar en la agenda nacional de Bolivia dos décadas atrás, ha contribuido a la escasez de anticonceptivos subsidiados en áreas remotas, debido a que los centros con anticonceptivos subsidiados están mayormente concentrados en áreas urbanas; lo cual limita el acceso de las mujeres que viven en áreas remotas a los anticonceptivos con precios asequibles.<sup>20</sup>

Bolivia se esfuerza por ofrecer asistencia médica a su población multiétnica.<sup>16</sup> Los servicios multilingües no están disponibles de manera universal,<sup>15,19</sup> y la discriminación impide a las mujeres indígenas visitar las clínicas de planificación familiar. Un estudio de caso sobre los servicios de planificación familiar en El Alto, descubrió que, aunque los prestadores de servicios médicos no estaban conscientes del problema, muchos pacientes reportaron casos de discriminación hacia las personas viviendo en condiciones de pobreza y hacia quienes usan la vestimenta indígena tradicional.<sup>21</sup> Las mujeres indígenas generalmente dependen de sus maridos u otros familiares de sexo masculino para que actúen como sus representantes al interactuar con alguna figura de autoridad; en situaciones tales como el diálogo sobre planificación familiar con un médico, las mujeres indígenas pueden encontrar dificultad para comunicarse abiertamente, debido a que no están acostumbradas a compartir información personal abiertamente con figuras de autoridad.<sup>22</sup> Además, los prestadores de servicios médicos tienden a usar un lenguaje médico formal que las mujeres indígenas pueden no comprender; lo cual puede ser un obstáculo adicional para que las mujeres indígenas se sientan cómodas al comunicarse con esos prestadores de servicios.

En Bolivia, los hombres indígenas típicamente son más instruidos y es más probable que sean bilingües en comparación con las mujeres indígenas;<sup>15</sup> y a pesar de que su participación en cuanto a la salud reproductiva es baja, es más probable que los hombres estén informados sobre anticoncepción y más acostumbrados a interactuar con las instituciones tales como centros médicos para obtener anticonceptivos. Sin embargo, las preferencias de fecundidad o las actitudes con respecto a la anticoncepción de los hombres no siempre coinciden con las de sus parejas.<sup>23-25</sup> Los hombres pueden desalentar el uso de anticonceptivos por diversas razones, tales como el deseo de tener más hijos, temor a la infidelidad sexual de la mujer o interferencia aparente con el placer sexual. E incluso si los hom-

bres aprueban la planificación familiar, posiblemente no se sientan cómodos visitando una clínica de planificación familiar, o pueden resistirse a aceptar la información sobre planificación familiar transmitida por sus parejas de sexo femenino, debido a las normas sociales y culturales relacionadas con el género.<sup>22</sup> Las parejas pueden preferir limitar la fecundidad, pero su contexto social y cultural puede hacer que a los hombres, y por consiguiente a las mujeres, se les dificulte utilizar los servicios de una clínica de planificación familiar. Las preferencias masculinas son importantes, pero son pasadas por alto en las medidas que se toman para responder tanto a la fecundidad no deseada como a las necesidades insatisfechas. El rol de la pareja de sexo masculino para mediar en las interacciones con las instituciones médicas podría aumentar su poder de toma de decisiones, dificultando el acceso de las mujeres a los servicios. Las preferencias masculinas podrían estar relacionadas con la fecundidad no deseada, si se oponen a que las mujeres usen anticonceptivos.

## MÉTODOS

### Datos y muestra

La Encuesta de Demografía y Salud de Bolivia (EDS) es una encuesta de hogares representativa a nivel nacional, que incluye un cuestionario para mujeres de 15 a 49 años de edad y otro cuestionario para un subgrupo de sus parejas de sexo masculino. Para este análisis, se utilizaron datos de la EDS de 2003, debido a que es la encuesta más reciente y la única que informa sobre origen étnico. El conjunto de datos de 2003 incluyó a 17,654 mujeres encuestadas, así como una sub-muestra de parejas integrada por 2,873 mujeres cuyas parejas también fueron entrevistadas.<sup>25</sup> Las encuestadas que se identificaron como “Quechua”, “Aimara” o “Guarani” se consideraron indígenas; las personas consideradas como no indígenas fueron aquellas que respondieron “Ninguno” cuando se les consultó sobre su origen étnico. Se excluyeron las personas

\*La documentación de la EDS no menciona el origen étnico en el informe técnico; por lo tanto, se desconoce cualquier tipo de error de muestreo sobre origen étnico por sí solo. Sin embargo, todos los análisis son ponderados para tomar en cuenta los errores de muestreo.

†Se estimó la fecundidad total no deseada a partir de datos de fecundidad reales sobre los nacimientos recientes y las preferencias futuras. Los resultados evitan una racionalización a posteriori, pero una desventaja principal de la medición es la imposibilidad de explicar los cambios en las preferencias (fuentes: referencias 2 y 4). La medición quizá no pueda predecir con exactitud la fecundidad deseada; sin embargo, indica una diferencia étnica sustancial en la fecundidad total deseada.

‡La medición del deseo de tener más hijos es diferente para las mujeres embarazadas que para las demás mujeres debido a que no está claro si las mujeres embarazadas incluyen su embarazo actual cuando responden si desean más hijos. Para las mujeres embarazadas, esta medición se define por la comparación de la cantidad total de hijos vivos de la mujer y el tamaño de su familia ideal. Si su embarazo actual sobrepasa el tamaño de familia ideal entonces se codifica como que no desea otro hijo. Por el contrario, las mujeres cuyo embarazo cae dentro de su tamaño de familia ideal se codifican como que desean otro hijo (fuente: referencia 26).

§Bongaarts incluye dos errores adicionales para la tendencia a través del tiempo y la duración del período de referencia. El error para la tendencia a través del tiempo no se representó aquí porque se requieren tasas anuales que no pueden ser calculadas con los datos de la EDS. Debido a que los dos errores son pequeños en la mayoría de las incidencias y se compensan unos con otros, su exclusión no debe invalidar los resultados de este estudio (fuente: referencia 26).

encuestadas con “otro” origen étnico o que no respondieron a la pregunta; esto redujo el tamaño de la muestra de mujeres a 17,393.\*

Para el análisis de parejas, la muestra estuvo limitada a las parejas étnicamente endógamas, para podernos concentrar en la dinámica del género dentro del mismo origen étnico. Es probable que la dinámica de las parejas exógamas difiera de las parejas endógamas, lo que complicaría la comparación de la dinámica de las parejas indígenas y no indígenas. Además, el análisis de las parejas estuvo limitado a aquellas en las que la mujer tenía necesidad de usar anticonceptivos; excluimos a aquellas que querían quedar embarazadas dentro de los próximos dos años, aquellas que eran infértiles y aquellas que actualmente tenían un embarazo deseado. La muestra de parejas final estuvo integrada por 1,157 parejas indígenas y 704 parejas no indígenas.

### Mediciones

Se utilizaron tres mediciones sobre las preferencias de fecundidad de las mujeres: fecundidad total deseada, necesidad insatisfecha de anticoncepción y uso de anticonceptivos. El uso de anticonceptivos también capta la influencia de las preferencias de los hombres y los obstáculos impuestos por la pareja.

La estimación de las proporciones de fecundidad total atribuible a la fecundidad deseada y no deseada puede permitirnos comprender mejor por qué la TGF para las mujeres indígenas es mayor que la de las mujeres no indígenas. Se calculó la tasa total de fecundidad deseada usando un método desarrollado por Bongaarts,<sup>†26</sup> sumando un hijo más a la TGF de las mujeres que indicaron que deseaban tener más hijos —aquellas que respondieron “tener otro” y “no decidida” a la pregunta sobre la preferencia de fecundidad en la EDS.<sup>‡</sup> Se restó una pequeña corrección para dar cuenta de las mujeres que vivían en unión y deseaban tener más hijos, pero que estaban en el período final de su edad reproductiva (de 40 a 49 años) y aquellas que dijeron que definitivamente no deseaban tener más hijos.<sup>§</sup> Si la TGF más alta para las mujeres indígenas se explica en términos de los nacimientos deseados, podemos concluir que las mujeres indígenas desean familias más grandes. Sin embargo, si la TGF más alta proviene de nacimientos no deseados, puede reflejar obstáculos estructurales o preferencias de los hombres.

La marginación social de las poblaciones indígenas puede hacer que la práctica de la anticoncepción para limitar la fecundidad sea más difícil para ellas que para la población no indígena. Para examinar las preferencias y la actualización de las mismas a través del comportamiento, se calculó la necesidad insatisfecha de anticoncepción para cada población. La medida se obtuvo a partir de una variable construida de la EDS que utilizó diversas variables para definir a las mujeres fecundas viviendo en unión, que no estaban utilizando un método anticonceptivo y no deseaban un nacimiento dentro de los próximos dos años. La medida se replanteó en términos de una variable ficti-

cia para codificar tanto “necesidad insatisfecha con respecto al espaciamiento” y “necesidad insatisfecha con respecto al límite” como 1=sí. Una alta necesidad insatisfecha indicaría fecundidad no deseada causada por razones diferentes a las preferencias de la mujer.

Las mediciones de la fecundidad deseada y necesidad insatisfecha pasan por alto la dinámica de la pareja involucrada en las decisiones sobre fecundidad. La medición del uso de anticonceptivos de las mujeres que actualmente no desean tener más hijos nos brinda la oportunidad de comprobar que las preferencias de los hombres o la dinámica de la pareja pueden ser obstáculos frente al uso de anticonceptivos, lo que podría variar según el origen étnico.\* Se creó una variable ficticia dicotómica “utiliza un método moderno” a partir de la respuesta a una pregunta relacionada con el uso actual de anticonceptivos, para la cual “método moderno” se codificó como 1 y “ningún método”, “método popular” y “método tradicional” se codificaron como 0. Se creó otra variable ficticia dicotómica “usa algún método” codificando “método moderno”, “método popular” y “método tradicional” como 1; y, “ningún método” como 0.

Se incluyeron algunas características selectas de los antecedentes relacionados potencialmente con el uso de anticonceptivos para controlar las diferencias de composición entre las poblaciones indígenas y no indígenas. Las mujeres se dividieron en cuatro grupos en función de la edad: 15–24, 25–34, 35–44 y 45–49 (para los hombres, la última categoría fue 45–64). La paridad ajustada se definió como la cantidad de nacimientos de una mujer (incluidos los embarazos actuales). El nivel de logro educativo se midió por separado para los hombres y las mujeres como ninguno, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa y nivel superior a la secundaria completa.

Se incluyeron diversas variables que miden las actitudes de las mujeres, los hombres y las parejas con respecto a la planificación familiar y la fecundidad. Una medición de la actitud de las mujeres frente a la planificación familiar se dividió en “aprueba” o “desaprueba/no sabe”. Para las parejas, la actitud frente a la planificación familiar se dividió en cuatro categorías: “ambos aprueban”, “sólo el hombre aprueba”, “sólo la mujer aprueba” y “ambos desaprueban/no saben”. Para observar las preferencias del hombre y la discordancia de la pareja respecto de la fecundidad, se incluyó una variable que midió si la pareja de sexo masculino indicó que deseaba otro hijo. Los hombres que respondieron “deseo dentro de los próximos dos años”, “deseo pero no sé cuando” o “no estoy decidido” se consideraron como que deseaban otro hijo; y aquellos que respondieron “deseo después de dos o más años” o “no deseo más hijos” se consideraron como que no deseaban otro hijo; se excluyeron a aquellos que notificaron que “fueron diagnosticados infértiles” y aquellos con datos faltantes.

Se incluyó otro conjunto de variables para poder comprender la dinámica social y cultural de la pareja con respecto a la comunicación y cómo las mujeres toman en

cuenta su percepción de las preferencias de su pareja en relación con el uso de anticonceptivos. La comunicación sobre la planificación familiar está vinculada con un mayor acuerdo de la pareja respecto de la aprobación de la planificación familiar y se demostró una asociación positiva con el uso de anticonceptivos.<sup>27–30</sup> Además, en un estudio realizado en Kenia, la percepción de una mujer respecto a la aprobación de su pareja predijo con bastante aproximación el uso de anticonceptivos, a pesar de que su percepción no siempre era precisa.<sup>29</sup> Entre las parejas indígenas, la comunicación sobre planificación familiar puede ser difícil debido a la actitud social negativa respecto de discutir cuestiones sexuales abiertamente, especialmente entre personas de diferente sexo.<sup>16,31</sup> Por lo tanto, las parejas indígenas posiblemente tengan más dificultades para actualizar sus preferencias sobre fecundidad.

Una variable de la percepción de las mujeres sobre si la pareja había dialogado en torno a la planificación familiar se codificó como 1 para “una o dos veces” o “con mayor frecuencia” y 0 para “nunca”. Otra variable se utilizó para medir si la mujer pensaba que su pareja aprobaba o desaprobaba la planificación familiar; la respuesta opcional “no sé” estaba disponible para las mujeres que no estaban seguras acerca de los sentimientos de su pareja respecto a la planificación familiar. Una pregunta con un marco similar solicitó a cada mujer una respuesta sobre su percepción del deseo de fecundidad de su pareja en relación con el suyo propio; las respuestas posibles fueron “ambos deseamos lo mismo”, “el hombre desea más hijos”, “el hombre desea menos hijos” y “no sabe”.

### Análisis

La TGF deseada y la necesidad insatisfecha de anticonceptivos se calcularon en función del origen étnico. En forma separada según el origen étnico se calcularon estadísticas Kappa, que miden el grado de acuerdo, para comparar la percepción de las mujeres respecto a la aprobación de la planificación familiar de su pareja, en relación con la propia percepción reportada por su pareja. Las estadísticas de Kappa también se utilizaron para medir la prevalencia de la discordancia de los esposos en cada grupo étnico y para examinar el grado de ideologías conflictivas dentro de la pareja, lo cual podría crear obstáculos para ambos miembros de la pareja en la actualización de sus preferencias sobre fecundidad.

Se llevó a cabo un análisis inicial chi-cuadrado para

\*Los conceptos de fecundidad deseada y no deseada se definen de forma diferente para las tasas de “deseo más” fecundidad y la necesidad insatisfecha de anticoncepción. El deseo de más fecundidad mide la fecundidad de una mujer promedio a lo largo de su vida, suponiendo que la fecundidad y los deseos de fecundidad permanecen constantes. Un nacimiento inoportuno no se considera no deseado, debido a que podría encajar dentro de una preferencia de fecundidad deseada a lo largo de la vida. Sin embargo, la necesidad insatisfecha abarca los deseos de fecundidad actuales y, por lo tanto, considera los nacimientos inoportunos como no deseados. Por lo tanto, en este estudio, se consideró que las mujeres embarazadas tenían una necesidad insatisfecha de anticoncepción si no deseaban su embarazo actual en el momento de la concepción, pero que no habían estado usando un método anticonceptivo cuando quedaron embarazadas, porque excluir a estas mujeres subestimaría el cálculo de la necesidad insatisfecha (fuentes: referencias 5 y 6).

**CUADRO 1. Distribución porcentual de mujeres en parejas étnicamente endógamas que necesitan anticoncepción, por origen étnico, según las características seleccionadas, Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Bolivia 2003**

Característica	Indígena (N=1,157)	No indígena (N=704)
<b>Resultado</b>		
Usa anticonceptivo moderno		
Sí	27.3	61.2
No	72.7	38.8
Usa algún anticonceptivo		
Sí	56.3	74.0
No	43.7	26.0
<b>Antecedentes</b>		
Edad de la mujer		
15-24	16.9	23.4
25-34	36.3	38.1
35-44	35.7	29.7
45-49	11.2	8.8
Edad del hombre		
15-24	8.4	8.1
25-34	35.5	37.1
35-44	36.0	32.4
45-64	20.2	22.4
Paridad†		
0	1.0	1.3
1	11.6	16.2
2	20.0	22.6
3	19.8	20.2
4	14.6	15.3
5	12.0	9.1
≥6	21.1	15.3
Educación de la mujer		
Ninguna	12.5	2.8
Primaria incompleta	61.5	46.5
Primaria completa	4.8	8.0
Secundaria incompleta	6.7	15.8
Secundaria completa	9.5	16.1
>secundaria completa	5.0	10.9
Educación del hombre		
Ninguna	1.1	1.4
Primaria incompleta	54.9	42.2
Primaria completa	6.8	7.2
Secundaria incompleta	16.1	18.8
Secundaria completa	12.5	14.1
>secundaria completa	8.6	16.3
<b>Aspectos actitudinales</b>		
Aprobación de la planificación familiar por parte de la mujer		
Aprueba	83.6	95.0
Desaprueba/no sabe	16.4	5.0
Aprobación de la planificación familiar por parte de la pareja		
Ambos aprueban	64.0	87.4
Sólo el hombre aprueba	9.7	4.0
Sólo la mujer aprueba	19.6	7.7
Ambos desaprueban/no saben	6.7	1.0
Deseo del hombre de tener otro hijo		
Sí	4.9	11.7
No	95.1	88.4
<b>Percepción de la mujer</b>		
Deseo de la pareja de tener otro hijo		
Ambos desean lo mismo	61.0	55.0
El hombre desea más hijos	17.1	22.8
El hombre desea menos hijos	11.2	9.5
No sabe	10.7	12.8
Aprobación de la planificación familiar por parte de la pareja		
Aprueba	76.6	87.2
Desaprueba	10.3	6.3
No sabe	13.1	6.5
Conversación entre los cónyuges sobre planificación familiar		
Sí	82.0	89.5
No	18.0	10.5
Total	100.0	100.0

†Para las mujeres embarazadas, se incluyen los hijos vivos y el embarazo actual.

identificar algunas diferencias ( $p < 0.05$ ) entre las mujeres indígenas y no indígenas en cuanto a su práctica de planificación familiar, tanto de manera global como su dependencia de los métodos anticonceptivos tradicionales en comparación con los métodos modernos, mismos que son más efectivos para evitar el embarazo.<sup>32</sup> Entonces se crearon dos conjuntos de cinco modelos de regresión logística para examinar las asociaciones entre las preferencias de las mujeres, hombres y parejas y las diferencias étnicas en el uso de algún anticonceptivo por parte las mujeres y el uso de un método moderno. El modelo de línea de base incluye sólo el origen étnico. El segundo modelo agrega los antecedentes de la mujer y las variables socioeconómicas (edad, paridad y educación) para tomar en cuenta las diferencias en la composición de los grupos. El tercer modelo agrega la variable referente a la actitud de la mujer (aprobación de la planificación familiar). El cuarto modelo omite la aprobación de la planificación familiar por parte de la mujer e incluye las variables relevantes para el hombre y para la pareja (la edad del hombre, la educación del hombre, el deseo del hombre de tener otro hijo y la aprobación de la planificación familiar por parte de la pareja), con el objeto de determinar el rol de las preferencias de los hombres y la dinámica de la pareja con respecto al uso de anticonceptivos. Finalmente, para observar más a fondo la dinámica de la pareja, el quinto modelo excluye las variables relevantes para el hombre y la pareja e incluye la aprobación de la mujer sobre la planificación familiar y las tres variables de percepción (la percepción de la mujer sobre si la pareja ha conversado sobre planificación familiar, la percepción de la mujer sobre la aprobación de la planificación familiar por parte de su pareja y la percepción de la mujer sobre si concuerdan los deseos de fecundidad de ambos cónyuges).

## RESULTADOS

### Características de la muestra de parejas

En la muestra de parejas, la proporción de mujeres que practicaban la anticoncepción difirió según el grupo étnico (Cuadro 1). Una proporción menor de mujeres indígenas que de mujeres no indígenas informaron que usaban un método anticonceptivo moderno (27% vs. 61%) o algún método (56% vs. 74%). Los dos grupos étnicos también difirieron en cuanto a los antecedentes y las características socioeconómicas. En comparación con las mujeres y los hombres no indígenas de la muestra de parejas, las mujeres y los hombres indígenas eran ligeramente mayores en edad, tenían mayor paridad y menor nivel educativo. Además, dentro de los grupos étnicos, las mujeres mostraron una tendencia a ser más jóvenes que los hombres y tener menor nivel educativo.

La mayoría de las mujeres y las parejas de ambos grupos étnicos aprobaron la planificación familiar; sin embargo, menores proporciones de mujeres y parejas indígenas que sus homólogos no indígenas aprobaron la planificación familiar. La aprobación fue 11 puntos porcentuales menos para las mujeres indígenas que para las

mujeres no indígenas (84% vs. 95%) y 23 puntos porcentuales menos para los dos integrantes de las parejas no indígenas (64% vs. 87%). Las parejas indígenas presentaron mayor discordancia en cuanto a sus actitudes sobre la planificación familiar: En el 10% de las parejas indígenas, el hombre aprobó la planificación familiar pero la mujer no, y en el 20%, la mujer aprobó pero el hombre no; las proporciones entre las parejas no indígenas, fueron de 4% y 8%, respectivamente. En una proporción mayor de parejas indígenas que de parejas no indígenas, ambos integrantes de la pareja desaprobaron la planificación familiar o informaron que no sabían (7% vs. 1%). Una minoría pequeña de hombres en cada grupo étnico deseaba tener otro hijo; sin embargo, la proporción de hombres indígenas que lo hicieron fue menos de la mitad de los hombres no indígenas (5% vs. 12%).

En comparación con las mujeres no indígenas, una proporción mayor de mujeres indígenas percibieron que ellas y sus parejas deseaban la misma cantidad de hijos (61% vs. 55%) o que sus parejas deseaban menor cantidad de hijos (11% vs. 10%). El once por ciento de las mujeres indígenas y el 13% de las mujeres no indígenas dijeron que ellas no sabían si sus parejas deseaban tener hijos, en relación con sus propios deseos. Más de tres cuartas partes de las mujeres de ambas etnicidades percibieron que sus parejas aprobaban la planificación familiar; sin embargo, mayores proporciones de mujeres indígenas que de mujeres no indígenas creían que sus parejas desaprobaron (10% vs. 6%) o dijeron que no conocían su actitud (13% vs. 7%). Por último, el 82% de las mujeres indígenas y el 90% de las mujeres no indígenas informaron que alguna vez conversaron con su pareja sobre la planificación familiar.

### Fecundidad deseada

De acuerdo con la EDS de Bolivia 2003, la TGF estimada para todas las encuestadas fue de 3.8.<sup>33</sup> Se estimó que la TGF para las mujeres indígenas y no indígenas fue de 4.3 y 3.1, respectivamente. Sorpresivamente, la tasa de fecundidad deseada fue casi idéntica en los dos grupos (1.5 para las mujeres indígenas y 1.7 para las mujeres no indígenas), por lo que la tasa de fecundidad no deseada fue mayor para las mujeres indígenas que para las mujeres no indígenas (2.8 vs. 1.4). Esto indica que la diferencia en la TGF entre las poblaciones étnicas se puede atribuir casi completamente a una mayor fecundidad no deseada de las mujeres indígenas.

De todas las mujeres encuestadas de la EDS que reportaron estar viviendo en unión, el 25% de las mujeres indígenas y el 34% de las mujeres no indígenas indicaron que deseaban tener otro hijo (Cuadro 2). De hecho, en cada nivel de paridad ajustada, salvo la paridad 1 y la paridad  $\geq 6$ , una proporción significativamente mayor de mujeres no indígenas que de mujeres indígenas indicó que deseaba otro hijo.

El veintiséis por ciento de las mujeres indígenas y el 19% de las mujeres no indígenas tenían una necesidad insatisfecha de anticoncepción. En cada nivel de paridad

**CUADRO 2. De todas las mujeres que participaron en la Encuesta de Demografía y Salud de Bolivia de 2003, los porcentajes de mujeres viviendo en unión que informaron que deseaban otro hijo y tenían una necesidad insatisfecha de anticoncepción, por origen étnico, y según la paridad**

Paridad	Indígenas (N=5,816)		No indígenas (N=4,633)	
	Desean otro hijo	Necesidad insatisfecha	Desean otro hijo	Necesidad insatisfecha
<b>Todos</b>	<b>25.2</b>	<b>25.7</b>	<b>33.9</b>	<b>18.8</b>
0	78.7	8.9	89.9	13.0
1	65.3	21.0	69.7	18.3
2	26.9	19.4	36.3	15.9
3	14.5	26.8	22.6	17.2
4	9.2	24.2	14.2	20.7
5	11.8	31.4	12.2	27.9
$\geq 6$	9.8	33.4	10.1	23.3

Nota: Los datos son ponderados.

ajustada, salvo en la paridad cero, una mayor proporción de mujeres indígenas que de mujeres no indígenas no deseaba otro hijo dentro de los próximos dos años pero no usaban anticonceptivos. Curiosamente, la segunda diferencia étnica más alta de necesidad insatisfecha (10 puntos porcentuales) se encontró en la paridad 3, con el 27% de las mujeres indígenas y el 17% de las mujeres no indígenas con necesidad insatisfecha. Este hallazgo sugiere que en el punto en el que la mayoría de las mujeres han alcanzado su nivel de fecundidad preferido, la probabilidad de que las mujeres indígenas usen un método anticonceptivo es menor en comparación con la de las mujeres no indígenas.

Los puntajes kappa revelaron que las parejas indígenas estaban de acuerdo con mayor frecuencia en cuanto al deseo de tener otro hijo, que las parejas no indígenas (90% y 82%, respectivamente). Sin embargo, cuando las mujeres en las parejas no deseaban tener un hijo, fue más probable que las mujeres indígenas percibieran erróneamente la aprobación de su pareja sobre planificación familiar que las mujeres no indígenas (estadística kappa, 66% y 82%, respectivamente).

### Análisis multivariado

Las preferencias de fecundidad de las mujeres no explican las diferencias étnicas en cuanto a la fecundidad. En el paso siguiente, los modelos multivariados examinan si los obstáculos de la pareja o las preferencias del hombre influyen en el uso de anticonceptivos por la mujer y si tales variables están sistemáticamente vinculadas con las diferencias en origen étnico.

• **Uso de algún anticonceptivo.** En el primer modelo de regresión logística observado en el Cuadro 3 (página 18), que no incluye controles, las probabilidades de que las mujeres indígenas usaran algún método anticonceptivo fueron menores en comparación con las mujeres no indígenas (cociente de probabilidades, 0.43). Después de agregar al modelo la edad, la paridad y la educación de las mujeres, la brecha entre las mujeres indígenas y no indígenas en cuanto a las probabilidades de usar anticonceptivos se cerró lig-

**CUADRO 3. Cocientes de probabilidades observados en los análisis de regresión logística que evalúan la asociación entre las características seleccionadas y el uso de algún método anticonceptivo por las mujeres**

Característica	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5
<b>Origen étnico</b>					
No indígena (ref)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Indígena	0.43***	0.50***	0.54***	0.61**	0.64**
<b>Antecedentes</b>					
Edad de la mujer					
15-24 (ref)	na	1.00	1.00	1.00	1.00
25-34	na	2.85***	2.83***	2.82***	2.75***
35-44	na	4.00***	4.63***	4.32***	4.48***
45-49	na	1.72	1.78	1.37	1.47
Edad del hombre					
15-24 (ref)	na	na	na	1.00	na
25-34	na	na	na	0.90	na
35-44	na	na	na	1.10	na
45-64	na	na	na	1.19	na
Paridad					
0-2 (ref)	na	1.00	1.00	1.00	1.00
3-5	na	0.66*	0.64*	0.66*	0.66*
≥6	na	0.39***	0.37***	0.37***	0.46**
Educación de la mujer					
<primaria (ref)	na	1.00	1.00	1.00	1.00
Primaria	na	3.36***	2.68***	2.51***	2.90***
>primaria	na	5.01***	3.54***	2.52**	3.00***
Educación del hombre					
<primaria (ref)	na	na	na	1.00	na
Primaria	na	na	na	1.30	na
>primaria	na	na	na	1.85	na
<b>Aspectos actitudinales</b>					
Aprobación de la planificación familiar por parte de la mujer					
Aprueba (ref)	na	na	1.00	na	1.00
Desaprueba/ no sabe	na	na	0.16***	na	0.47**
Aprobación de la planificación familiar por parte de la pareja					
Ambos aprueban (ref)	na	na	na	1.00	na
Sólo el hombre	na	na	na	0.18***	na
Sólo la mujer	na	na	na	0.53***	na
Ambos desaprueban/ no sabe	na	na	na	0.06***	na
Deseo del hombre de otro hijo					
No (ref)	na	na	na	1.00	na
Sí	na	na	na	1.02	na
<b>Percepción de la mujer</b>					
Deseo de la pareja de tener hijos					
Ambos desean lo mismo (ref)	na	na	na	na	1.00
El hombre desea más	na	na	na	na	1.14
El hombre desea menos	na	na	na	na	0.89
No sabe	na	na	na	na	0.61*
Aprobación de la planificación familiar por parte de la pareja					
Aprueba (ref)	na	na	na	na	1.00
Desaprueba/no sabe	na	na	na	na	0.12***
Conversación entre los cónyuges sobre planificación familiar					
No (ref)	na	na	na	na	1.00
Sí	na	na	na	na	1.76

\*p<0.05. \*\*p<0.01. \*\*\*p<0.001. Notas: na=no aplicable. Para el análisis multivariado, se compactaron las categorías educativas del Cuadro 1: "ninguna" y "primaria incompleta" se registraron como "<primaria"; "primaria completa" se registró como "primaria"; y "secundaria incompleta", "secundaria completa" y ">secundaria completa" se registraron como ">primaria".

eramente (0.50). Las probabilidades de que las mujeres de 25 a 34 y de 35 a 44 años de edad usaran un método anticonceptivo fueron mayores (2.9 y 4.0, respectivamente) en comparación con las de las mujeres de 15 a 24 años; y las mujeres que tenían una educación primaria completa y aquellas con mayor nivel educativo presentaron mayores probabilidades de practicar la anticoncepción que las mu-

jes que no habían completado la escuela primaria (3.4 y 5.0, respectivamente). En comparación con las mujeres que habían tenido entre 0 y 2 hijos, aquellas que habían tenido entre 3 y 5 y seis o más hijos tuvieron menos probabilidades de usar anticonceptivos (0.7 y 0.4, respectivamente).

En el tercer modelo, que agregó la aprobación de la mujer sobre planificación familiar, la probabilidad relativa de que las mujeres indígenas usaran un método anticonceptivo aumentó ligeramente (cociente de probabilidades, 0.54); lo que sugiere que las actitudes de las mujeres representan en parte la diferencia étnica en el uso de anticonceptivos. Como era de esperarse, la desaprobación de las mujeres respecto a la planificación familiar estuvo asociada de manera negativa con el uso de anticonceptivos (0.2). Las asociaciones con la edad, la paridad y la educación de la mujer continuaron siendo significativas.

En el siguiente modelo, que agregó las variables de hombres y parejas, pero omitió la aprobación de las mujeres sobre la planificación familiar, las probabilidades de que las mujeres indígenas usaran algún anticonceptivo volvió a aumentar ligeramente (cociente de probabilidades, 0.61). La edad, la paridad y la educación de las mujeres continuaron asociadas con el uso de los anticonceptivos. Sin embargo, de las variables relacionadas con los hombres y las parejas, sólo la aprobación de la planificación familiar por parte de las parejas fue significativa: En comparación con las parejas en las que ambos cónyuges aprobaban la planificación familiar, la probabilidad de que todas las demás combinaciones de parejas usaran anticonceptivos fue menor (0.1-0.5). La probabilidad de que usaran anticonceptivos fue menor para las parejas en las que sólo el hombre aprobaba en comparación con las parejas en las que sólo la mujer aprobaba su uso. Como era de esperarse, en el caso de las parejas en las que ambos cónyuges desaprobaron el uso de anticonceptivos, la probabilidad de uso fue la más baja.

En el modelo final, se examinó la dinámica social y cultural de la pareja a través de la percepción de la mujer sobre las preferencias de su pareja, lo que resultó en una mayor atenuación de la brecha entre las probabilidades de las mujeres indígenas y no indígenas de usar anticonceptivos (cociente de probabilidades, 0.64). Las relaciones entre el uso de anticonceptivos y la edad, la paridad y la educación de la mujer y la aprobación de la planificación familiar por parte de la mujer, permanecieron similares a aquellas observadas en los modelos previos. La probabilidad de que las mujeres usaran anticonceptivos no estuvo asociada al hecho de que ellas pensaran que sus parejas deseaban más o menos hijos que ellas; sin embargo, en comparación con las mujeres que pensaban que ellas y sus parejas deseaban la misma cantidad de hijos, aquellas que no conocían los deseos de fecundidad de su pareja presentaron menores probabilidades de usar anticonceptivos (0.6). Las mujeres que creían que sus parejas desaprobaron la planificación familiar o que no conocían la actitud de sus parejas, tuvieron probabilidades de usar anticonceptivos marcadamente menores que las mujeres que

creían que sus parejas aprobaban la planificación familiar (0.1). De los modelos con controles, este modelo final explicó las diferenciales étnicas con mayor éxito, con una reducción de 21 puntos porcentuales en la diferencia de las probabilidades de usar anticonceptivos por origen étnico, en comparación con el modelo inicial.

• **Uso de anticonceptivos modernos.** En el primer modelo del Cuadro 4, la probabilidad de que las mujeres indígenas usaran un método anticonceptivo moderno fue significativamente menor en comparación con las mujeres no indígenas (cociente de probabilidades, 0.19). Después de agregar la edad, la paridad y la educación de la mujer, la diferencia étnica en cuanto a la probabilidad de usar anticonceptivos modernos disminuyó moderadamente (0.22). Sin embargo, de las variables agregadas, sólo la educación de las mujeres fue significativa: las mujeres que habían completado la educación primaria y aquellas con un nivel mayor, tuvieron mayor probabilidad de usar un anticonceptivo moderno que las mujeres que no completaron la escuela primaria (1.7 y 2.8, respectivamente).

En el tercer modelo, que incluyó la aprobación de la planificación familiar por parte de la mujer, esta adición disminuyó ligeramente la diferencia étnica en el uso de anticonceptivos modernos del modelo anterior (cociente de probabilidades, 0.23). Las mujeres que desaprobaban la planificación familiar o que no tenían una posición definida al respecto, presentaron menores probabilidades que las demás mujeres de usar un método moderno (0.2). Tener un nivel educativo superior a la educación primaria estuvo positivamente asociado con el uso de anticonceptivos modernos (2.1), pero tener solamente una educación primaria perdió significancia.

El cuarto modelo añadió las variables relacionadas con los hombres y las parejas, pero omitió la aprobación de las mujeres respecto a la planificación familiar. En este modelo, las mujeres indígenas siguieron presentando probabilidades significativamente menores de usar anticonceptivos modernos en comparación con las mujeres no indígenas (cociente de probabilidades, 0.25). Además, las variables específicas del hombre (edad, educación y deseo de otro hijo) no fueron significativas; lo que sugiere que los hombres no tienen una fuerte influencia sobre el uso de anticonceptivos modernos por parte de las mujeres. En comparación con las parejas en las que ambos cónyuges aprobaban la planificación familiar, las parejas en las que ningún cónyuge aprobaba tuvieron un 97% menos probabilidades de usar anticonceptivos modernos; las parejas en las que sólo el hombre aprobaba o sólo la mujer aprobaba, también presentaron menores probabilidades de usar anticonceptivos modernos (0.2 y 0.5, respectivamente). En el caso de las mujeres, el hecho de tener un nivel educativo superior a la educación primaria permaneció positivamente asociado al uso de un anticonceptivo moderno (2.1), pero tener una edad de 45 a 49 años estuvo negativamente asociado al uso de un método moderno (0.4).

En el último modelo, las mediciones de las características y las actitudes del cónyuge masculino fueron reem-

**CUADRO 4. Cocientes de probabilidades observados en los análisis de regresión logística que evalúan la asociación entre las características seleccionadas y el uso de un método anticonceptivo moderno por las mujeres**

Característica	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5
<b>Origen étnico</b>					
No indígena (ref)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Indígena	0.19***	0.22***	0.23***	0.25***	0.27***
<b>Antecedentes</b>					
<b>Edad de la mujer</b>					
15-24 (ref)	na	1.00	1.00	1.00	1.00
25-34	na	1.25	1.21	1.24	1.09
35-44	na	1.39	1.43	1.32	1.03
45-49	na	0.61	0.62	0.39*	0.28***
<b>Edad del hombre</b>					
15-24 (ref)	na	na	na	1.00	na
25-34	na	na	na	0.88	na
35-44	na	na	na	0.97	na
45-64	na	na	na	1.19	na
<b>Paridad</b>					
0-2 (ref)	na	1.00	1.00	1.00	1.00
3-5	na	1.10	1.10	1.13	1.04
≥6	na	0.72	0.74	0.77	0.84
<b>Educación de la mujer</b>					
<primaria (ref)	na	1.00	1.00	1.00	1.00
Primaria	na	1.73*	1.38	1.42	1.36
>primaria	na	2.83***	2.08*	2.08*	1.79
<b>Educación del hombre</b>					
<primaria (ref)	na	na	na	1.00	na
Primaria	na	na	na	1.20	na
>primaria	na	na	na	1.10	na
<b>Aspectos actitudinales</b>					
<b>Aprobación de la planificación familiar por parte de la mujer</b>					
Aprueba (ref)	na	na	1.00	na	1.00
Desaprueba/no sabe	na	na	0.16***	na	0.16***
<b>Aprobación de la planificación familiar por parte de la pareja</b>					
Ambos aprueban (ref)	na	na	na	1.00	na
Sólo el hombre	na	na	na	0.16***	na
Sólo la mujer	na	na	na	0.46***	na
Ambos desaprueban/ no sabe	na	na	na	0.03**	na
<b>Deseo del hombre de otro hijo</b>					
No (ref)	na	na	na	1.00	na
Sí	na	na	na	1.01	na
<b>Percepción de la mujer</b>					
<b>Deseo de la pareja de tener hijos</b>					
<b>Ambos desean lo mismo</b>					
(ref)	na	na	na	na	1.00
El hombre desea más	na	na	na	na	1.44
El hombre desea menos	na	na	na	na	0.96
No sabe	na	na	na	na	0.59*
<b>Aprobación de la planificación familiar por parte de la pareja</b>					
Aprueba (ref)	na	na	na	na	1.00
Desaprueba/no sabe	na	na	na	na	0.43**
<b>Conversación entre los cónyuges sobre planificación familiar</b>					
No (ref)	na	na	na	na	1.00
Sí	na	na	na	na	1.27

\*p<0.05. \*\*p<0.01. \*\*\*p<0.001. *Notas:* na=no aplicable. Para el análisis multivariado, las categorías educativas del Cuadro 1 se compactaron: "ninguna" y "primaria incompleta" se registraron como "<primaria"; "primaria completa" se registró como "primaria"; y "secundaria incompleta", "secundaria completa" y ">secundaria completa" se registraron como ">primaria".

plazadas por aquellas relacionadas con la percepción de las mujeres sobre las actitudes de su cónyuge, con el fin de examinar los aspectos sociales y culturales de la dinámica de pareja. Una vez más, la diferencia étnica en la probabilidad de usar un método moderno disminuyó levemente (cociente de probabilidades, 0.27). La brecha existente entre la probabilidad de que las mujeres indígenas y no indígenas usaran anticonceptivos modernos está mejor ex-



plicada por el modelo que incluye la percepción de las mujeres sobre la aprobación de su pareja respecto a la planificación familiar y sus deseos de fecundidad. Sin embargo, este modelo representa sólo una reducción de ocho puntos porcentuales en las probabilidades de usar un anticonceptivo moderno por origen étnico, en comparación con el modelo inicial; lo que sugiere que la decisión de usar métodos modernos está posiblemente influenciada por diversos obstáculos estructurales, tales como la asequibilidad y el acceso.

### ANÁLISIS

Según los hallazgos de este estudio, la diferencia en las tasas globales de fecundidad entre las poblaciones indígenas y no indígenas de Bolivia proviene casi completamente de una fecundidad no deseada más alta—no por el deseo de tener familias más grandes—entre las mujeres indígenas. Muchos factores pueden contribuir a esta diferencia en la fecundidad no deseada. En el estudio actual, la aprobación de la planificación familiar fue menor entre las mujeres indígenas y las parejas, y las mujeres indígenas fueron menos precisas al predecir la aprobación de sus parejas respecto a la planificación familiar. Además, la probabilidad de que las mujeres indígenas conversaran con sus parejas sobre planificación familiar fue menor, lo que pudo haberlas disuadido de usar anticonceptivos si sentían que era necesaria la aprobación de sus parejas. Por lo tanto, los obstáculos culturales que impiden a las parejas indígenas conversar sobre planificación familiar podrían contribuir a la necesidad insatisfecha de anticoncepción y a la fecundidad no deseada.

Los hombres pueden no siempre estar de acuerdo con sus parejas en cuanto al deseo de un embarazo o nacimiento y pueden influir en la necesidad insatisfecha al desalentar el uso de anticonceptivos. Sin embargo, las parejas indígenas presentaron mayor grado de acuerdo que las parejas no indígenas en cuanto a los deseos de fecundidad, y la mayoría estuvo de acuerdo en no querer otro hijo. Además, una proporción menor de hombres indígenas que de hombres no indígenas deseaba tener otro hijo. Esto sugiere que el mayor nivel de fecundidad no deseada entre las mujeres indígenas no fue provocado por la discordancia de la pareja o las preferencias de fecundidad más alta de los hombres.

Las mujeres indígenas tuvieron una necesidad insatisfecha de anticoncepción más alta que las mujeres no indígenas. Una explicación posible es que la aprobación de la planificación familiar es más importante que las preferencias de fecundidad al predecir el uso de anticonceptivos. La percepción de las mujeres sobre la aprobación de su cónyuge respecto a la planificación familiar estuvo asociada a su probabilidad de usar anticonceptivos, pero un tercio de las mujeres indígenas predijeron erróneamente la actitud de su cónyuge. Esto sugiere que la dinámica de la pareja que dificulta la calidad de comunicación entre los cónyuges y la menor aprobación de la planificación familiar por parte de los hombres, pueden contribuir a la fe-

cundidad no deseada de las mujeres indígenas. Sin embargo, ni la aprobación real ni la percepción de las mujeres sobre la aprobación de los hombres explica en gran medida las diferencias étnicas en el uso de anticonceptivos, especialmente el uso de un método moderno. Por lo tanto, las barreras creadas por la dinámica de la pareja y las preferencias de los hombres son a lo sumo moderadas.

Curiosamente, las diferencias étnicas en las probabilidades de usar un anticonceptivo moderno fueron mayores que las diferencias en las probabilidades de usar cualquier método; además, estas diferencias estuvieron afectadas en menor medida por las variables de control, lo cual sugiere la existencia de un predictor desconocido significativo del uso de un método moderno. Además, la percepción de una mujer sobre la aprobación de su cónyuge con respecto a la planificación familiar fue significativamente más importante que la propia desaprobación de la mujer para predecir sus probabilidades de usar algún método anticonceptivo; aunque lo contrario aplica para determinar sus probabilidades de usar un método moderno. La diferencia entre todos los métodos y los métodos modernos es la inclusión de los métodos tradicionales, lo que sugiere que la mujer que usa métodos modernos se deja llevar más fácilmente por su propia actitud con respecto a la planificación familiar, mientras que las mujeres que usan métodos tradicionales es más probable que estén influenciadas por lo que creen que piensa su pareja.

### Implicaciones para las políticas

La fecundidad no deseada puede agravar la pobreza y la desigualdad étnica que prevalece en toda Bolivia. Al abordar las diferencias étnicas en la fecundidad no deseada, los programas y políticas de planificación familiar dirigidos a reducir la fecundidad no deseada podrían ser más efectivos para responder a las necesidades particulares de las poblaciones indígenas. Los hallazgos de este estudio apuntan a diversas vías importantes para la investigación futura.

Aparentemente las preferencias de las mujeres no son la fuerza impulsora detrás de la fecundidad más alta en las poblaciones indígenas; por lo tanto, los estudios futuros y las iniciativas de políticas deben concentrarse en los obstáculos estructurales para el uso de anticonceptivos.

En lugar de concentrarse únicamente en las mujeres, las clínicas de planificación familiar deben crear un ambiente acogedor para los hombres y alentar a las parejas a conversar sobre las cuestiones relacionadas con la reproducción. Los programas de planificación familiar podrían reducir los obstáculos sociales y culturales con respecto al uso de anticonceptivos a través de la educación de los hombres sobre las ventajas de la planificación familiar, especialmente aquellos en parejas que no confían en los métodos modernos.

Se debe examinar el acceso de las poblaciones indígenas a los anticonceptivos. La pobreza y las ubicaciones remotas de las clínicas pueden impedir que las mujeres y los hombres indígenas obtengan los anticonceptivos necesarios para reducir la fecundidad no deseada. Además, es

necesario investigar para determinar si las conductas y las políticas culturalmente insensibles podrían impedir el acceso de las parejas indígenas a los anticonceptivos.

Así mismo, este estudio se concentra en las parejas endógamas. La gran mayoría de mujeres bolivianas tienen hijos dentro de una unión étnicamente endógama, pero esto no disminuye la necesidad de las mujeres solteras o de las mujeres que viven en uniones exógenas de evitar el embarazo no deseado. Los estudios futuros deben considerar las implicaciones de la fecundidad no deseada de mujeres en diferentes condiciones de unión y aquellas en parejas exógamas, para tratar las necesidades de todas las mujeres y las múltiples combinaciones posibles de género y etnicidad.

## REFERENCIAS

1. Gray GM, Ethnic politics in Bolivia, 1900–2000: 'harmony of inequalities' 1900–2000, working paper, Oxford, UK: Centre for Research on Inequality, Human Security and Ethnicity, 2007, No. 15.
2. Casterline JB y Mendoza JA, Unwanted fertility in Latin America: historical trends, recent patterns, paper presented at the annual meeting of the Population Association of America, Detroit, MI, EEUU, Abr. 30–May 2, 2009.
3. Westoff C y Lorenzo M, Reproductive intentions and fertility in Latin America, en: Guzman JM et al., eds., *The Fertility Transition in Latin America*, Oxford, UK: Oxford University Press/International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP), 1996, pp. 242–251.
4. Hakkert R, Levels and determinants of wanted and unwanted fertility in Latin America, paper presented at the general conference of the IUSSP, Salvador de Bahia, Brazil, Ago. 18–24, 2001.
5. Westoff C, Unwanted fertility in six developing countries, *International Family Planning Perspectives*, 1981, 7(2):43–52.
6. Bongaarts J, Trends in unwanted childbearing in the developing world, *Studies in Family Planning*, 1997, 28(4):267–277.
7. Blanc AK, Unwanted fertility in Latin America and the Caribbean, *International Family Planning Perspectives*, 1982, 8(4):156–162.
8. Barrios RM, *Los pueblos indígenas de Bolivia: diagnóstico sociodemográfico a partir del censo del 2001*, Santiago, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2005.
9. Van Cott DL, Party system development and indigenous populations in Latin America: the Bolivian case, *Party Politics*, 2000, 6(2):155–174.
10. Arocena F, Multiculturalism in Brazil, Bolivia and Peru, *Race & Class*, 2008, 49(1):1–21.
11. Patrinos HA, Skoufias E y Lunde T, Indigenous peoples in Latin America: economic opportunities and social networks, *Documento de Trabajo de Investigación de Políticas del Banco Mundial*, Washington, DC: Banco Mundial, 2007, No. 4227.
12. Psacharopoulos G, Ethnicity, education, and earnings in Bolivia and Guatemala, *Comparative Education Review*, 1993, 37(1):9–20.
13. Hall G y Patrinos HA, *Indigenous People, Poverty and Human Development in Latin America: 1994–2004*, Nueva York: Palgrave MacMillan, 2006.
14. Beneria-Surkin J, Has multiculturalism arrived? Reflections on indigenous people, power, development and knowledge in Bolivia, *Planning Theory & Practice*, 2004, 5(1):109–118.
15. Terborgh A et al., Family planning among indigenous populations in Latin America, *International Family Planning Perspectives*, 1995, 21(4):143–149.

16. Schuler SR, Choque ME y Rance S, Misinformation, mistrust, and mistreatment: family planning among Bolivian market women, *Studies in Family Planning*, 1994, 21(4):211–221.
17. De Broe S y Hinde A, Diversity in fertility patterns in Guatemala, *International Journal of Population Geography*, 2006, 12(6):435–459.
18. Mantilla Castro MD y Antezana ML, *Evaluation of Community Interventions in Sexual and Reproductive Health Services in Urban-Marginal Areas of La Paz, Bolivia*, Nueva York: Population Council, 2004, pp. 1–35.
19. Montenegro RA y Stephens C, Indigenous health in Latin America and the Caribbean, *Lancet*, 2006, 367(9525):1859–1869.
20. Policy project, *Documentation of the Use of SPARHCS: Bolivia*, <<http://www.policyproject.com/pubs/policymatters/SPARHCSBolivia.Final.04.10.06.doc>>, consultado el 11 de agosto de 2006.
21. Velasco C et al., Calidad de los Servicios Anticonceptivos en El Alto, Bolivia, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 1999, 5(6):411–418.
22. Paulson S and Bailey P, Culturally constructed relationships shape sexual and reproductive health in Bolivia, *Culture, Health & Sexuality*, 2003, 5(6):483–498.
23. Bankole A y Singh S, Couples' fertility and contraceptive decision-making in developing countries, *International Family Planning Perspectives*, 1998, 24(1):15–25.
24. Carter M y Speizer IS, Pregnancy intentions among Salvadorean fathers: results from the 2003 National Male Reproductive Health Survey, *International Family Planning Perspectives*, 2005, 31(4):179–182.
25. Casterline JB, Perez AE y Biddlecom AE, Factors underlying unmet need for family planning in the Philippines, *Studies in Family Planning*, 1997, 28(3):173–191.
26. Bongaarts J, The measurement of wanted fertility, *Population and Development in Review*, 1990, 16(3):487–506.
27. Bawah A, Spousal communication and family planning behavior in Navrongo: a longitudinal assessment, *Studies in Family Planning*, 2002, 33(2):185–194.
28. DeRose LF et al., Does discussion of family planning improve knowledge of partner's attitude toward contraceptives? *International Family Planning Perspectives*, 2004, 30(2):87–93.
29. Lasee A y Becker S, Husband-wife communication about family planning and contraceptive use in Kenya, *International Family Planning Perspectives*, 1997, 23(1):15–22.
30. Sharan M y Valente TW, Spousal communication and family planning adoption: effects of a radio drama serial in Nepal, *International Family Planning Perspectives*, 2002, 28(1):16–25.
31. Bongaarts J y Bruce J, The causes of unmet need for contraception and the social content of services, *Studies in Family Planning*, 1995, 26(2):57–75.
32. Robey B, Ross J y Bhushan I, Meeting unmet need: new strategies, *Population Reports*, 1996, Series J, No. 43.
33. Sardan MG, Ochoa LH y Guerra WC, *Informe Final de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Bolivia, 2003, 2004*, <<http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR159/00FrontMatter.pdf>>, consultado el 28 de octubre de 2006.

## Agradecimientos

La autora agradece a Cynthia Buckley, Bob Hummer, Sarah McKinnon, Stephen McNamee, Joe Potter y Tom Pullum por brindar una respuesta invaluable en este artículo y a John Casterline por su ayuda para corregir las tasas de fecundidad deseada y no deseada de las mujeres indígenas y no indígenas.

**Contacto con la autora:** [catem@prc.utexas.edu](mailto:catem@prc.utexas.edu)