

# Anticoncepción en mujeres indígenas jóvenes de Oaxaca, México. Reflexiones desde los derechos humanos

Noé Valdiviezo Villanueva<sup>1</sup>

## Resumen

**Objetivo.** Analizar en mujeres de entre 15 y 24 años el efecto de la condición indígena como determinante de la propensión de uso métodos anticonceptivos (MAC) en función de factores sociodemográficos y dos aproximaciones socioculturales. **Metodología.** Se utilizan modelos de regresión logística. (N= 2.438 mujeres indígenas de los Valles Centrales de Oaxaca). **Resultados.** En el modelo con ambos grupos de factores, ser indígena tuvo un riesgo relativo 56% por ciento menor en la propensión de uso de MAC ( $p=0,05$ ). El método más utilizado es el dispositivo intrauterino (40,5%). Entre las indígenas, la realización de la oclusión tubaria bilateral es mayor que entre aquellas que no lo son (4,8 y 1,6%, respectivamente).

**Palabras clave:** demografía étnica, comportamiento reproductivo, métodos anticonceptivos, Oaxaca.

## Abstract

**Objective.** To analyze the effect of being indigenous as a determinant of contraceptive use among young women (15 y 24 years old) mediated by sociodemographic factors and those related to sociocultural context. **Methods.** Multivariable Logistic Regression Models (N= 2,438). **Results.** The final model includes both group of factors. Being indigenous had a less relative risk of contraceptive use (RR=56 percent). The most used method was the intrauterine device (40.5 percent). There is a major proportion of indigenous women that use tubal occlusion (4.8 percent).

**Keywords:** ethnic demographics, reproductive behavior, contraceptive methods, Oaxaca.

<sup>1</sup> Candidato a Doctor en Estudios de Población por El Colegio de México (nvaldiviezo@colmex.mx).



Foto: Mujeres en el mercado semanal del distrito de *Tlacolula* de3 la Región de los Valles Centrales, Oaxaca. Dana Romano Photography.

## Introducción

En México, existen diferencias muy importantes en los niveles de fecundidad de las mujeres no indígenas e indígenas (Vázquez, 2010; Menkes y Suárez, 2003; Holian, 1980; Hicks, 1974). Entre 1999 y 2009, la fecundidad de las primeras pasó de 3,5 a 2,4 mientras que para el mismo período, la fecundidad de las mujeres indígenas disminuyó en menos de un hijo, al pasar de 4,1 a 3,2 hijos por mujer (CONAPO, 2013). No obstante, al analizar la fecundidad indígena en detalle, se observa que la ligera disminución de la Tasa Global de Fecundidad (TGF) en las mujeres de esta subpoblación no se distribuye de manera aleatoria según la edad reproductiva. Según datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 1997), los cambios más recientes que se observan en la fecundidad de las mujeres indígenas corresponden a una disminución de la fecundidad en los grupos de edad 20-24 años y de 25-29 años.

Estos cambios en el calendario pueden interpretarse como la adopción gradual, por primera vez, de métodos anticonceptivos (MAC) modernos por parte de la población indígena. Es decir, durante la segunda mitad de la década de los ochenta, las mujeres indígenas comenzaron a acceder y utilizar métodos de planificación familiar, lo que influyó notoriamente en el descenso de las tasas de fecundidad entre las mujeres más jóvenes (Vázquez, 2010). Si bien, en condiciones rurales, con bajos niveles de escolaridad y alto grado de marginación, el uso de MAC es menor, éste aumenta una vez que se ha tenido el primer hijo ya que se desea controlar el número y espaciamiento de los mismos, por lo que es más probable que una joven esté informada sobre dónde conseguir MAC y la forma adecuada de utilizarlos (Mora y Oliveira, 2009; Welti, 2005; 2000).

Por otro lado, existen diferencias en la TGF de las mujeres indígenas según el grupo específico al cual pertenece. Para el período 1995-1999 y considerando a la población indígena bilingüe, es decir, hablante de una lengua indígena y el español, la TGF de las Tlapanecas del estado de Guerrero fue 5,8 hijos, mientras que el mismo indicador fue 4,9 en la población Tzotzil de Chiapas. Llama la atención la TGF más baja de las mujeres Zapotecas de la región de los Valles Centrales de Oaxaca con 3,1 hijos promedio (Vázquez, 2010), es decir, casi dos veces por debajo de la TGF más alta.

Con referencia a lo anterior, algunos ideólogos del indigenismo sostienen que el acceso de las mujeres indígenas a MAC debería ser limitado, debido a la reducción de la proporción que representan estas poblaciones respecto al total de la población nacional. Esta postura descarta el derecho de cada mujer mexicana de decidir de manera autónoma sobre su vida reproductiva.

Las primeras evidencias empíricas sobre la reducción reciente de la fecundidad de las mujeres indígenas indican que también se están disminuyendo los niveles de mortalidad infantil, hasta ser considerados como bajos; por lo que es muy probable que el paso de altos niveles de fecundidad a otros más bajos en las mujeres indígenas se deba a un cambio de régimen de fecundidad natural a uno de fecundidad controlada. Si este hecho se confirma en otros datos posteriores, esto significaría que los grupos indígenas estarían iniciando la segunda etapa de la transición demográfica -niveles bajos y sostenidos de la fecundidad- aún con treinta años de retraso respecto al país en su conjunto” (Vázquez, 2010: 131).

En este sentido, el uso de MAC entre adolescentes indígenas se plantea como una situación de orden sociodemográfico, que debe ser enfrentada y atendida a través de diferentes intervenciones públicas y privadas, debido a que su ocurrencia representa, por un lado, problemas específicos vinculados al acceso tanto a información sobre la sexualidad y a los propios métodos como a servicios de salud, y por otro, la consideración de los aspectos culturales ligados al proceso reproductivo en las poblaciones indígenas.

La problemática sobre el uso de MAC en adolescentes indígenas se convierte en problema de investigación, debido a que en el contexto mexicano es considerado como un hecho que da cuenta de las condiciones de vida de estas mujeres en una triple situación de desventaja social: por ser mujeres, indígenas y vivir en comunidades rurales. Así, el tránsito de los jóvenes indígenas a la vida adulta en condiciones de desigualdad y vulnerabilidad social, se orienta a través complejos sistemas sociales en los que pueden tener un limitado margen de acción (Mora y Oliveira 2009; Stern, 2007, 2004 y 2003; Menkes y Suárez, 2003; Welti, 2000; González, 2000). Por ello, se espera proporcionar algunos elementos reflexivos que contribuyan a describir la relación entre el entorno sexual y reproductivo y los derechos humanos en el contexto rural indígena de México.

Así, este trabajo analiza el efecto de la condición indígena como determinante de la propensión de uso o no de algún tipo de MAC durante las relaciones sexuales con la pareja actual, en la población de entre 15 y 24 años de la región de los Valles Centrales de Oaxaca, retomando para el análisis algunos elementos en torno a los

derechos humanos. Se utilizan modelos de regresión logística para describir el uso de MAC en la última relación sexual en 2008, y su relación con las variables sociodemográficas: nivel de escolaridad y unión conyugal, controlando por la condición indígena. Además, se incorporan variables socioculturales a partir de dos aproximaciones: i) ideales reproductivos, y ii) roles de la mujer; cuya construcción se explica en el apartado metodológico. Finalmente, en las conclusiones se presentarán algunas reflexiones derivadas de este ejercicio de investigación en torno a los ejes planteados con anterioridad.

Dentro del universo de complejidades que deben ser estudiadas en torno a la salud sexual y reproductiva, el estudio se centra en el uso de MAC en las jóvenes indígenas habitantes de zonas rurales de la región de los Valles Centrales de Oaxaca. Se trata de un primer acercamiento al tema a partir de la *Encuesta de Salud Reproductiva en Adolescentes en Áreas Rurales de Oaxaca, 2004-2008* para posteriormente profundizar en los resultados a través de una investigación cualitativa. Cabe entonces presentar una breve descripción de la relación entre la identidad étnica y las perspectivas de salud sexual y reproductiva y derechos humanos.

### Identidad étnica, salud sexual y reproductiva y derechos humanos

Los estudios sobre la población indígena consideran, en general, los criterios de ser hablante de alguna lengua indígena o lengua precolombina y la autoadscripción. En esta investigación se opta por identificar como población indígena a aquellas jóvenes que son hablantes de alguna lengua indígena, o que se autoadscriben como pertenecientes a algún grupo indígena, ya que “a través de la lengua se hace posible la transmisión del conocimiento, la tradición, la memoria y la experiencia de un conjunto de seres humanos” (Ordorica, 2009: 124). El uso de un criterio referente al sentido de pertenencia busca la existencia de algunos códigos simbólicos de la conducta que hacen alusión a la herencia cultural en el interior del hogar (INMUJERES, 2009). En conjunto, estos criterios permiten identificar con mayor amplitud a la población indígena en términos de la reproducción de las prácticas sociales que pueden influir, por ejemplo, en la falta de uso de MAC cuando el inicio de la vida sexual podría estar vinculado a la reproducción.

### Salud sexual y reproductiva en la población indígena de México

Las siguientes líneas tienen como objetivo plantear las desigualdades en los comportamientos reproductivos de las unidades socioculturales delimitadas -entendidas como poblaciones indígenas- enmarcadas en el enfoque de salud reproductiva.

El enfoque de la salud reproductiva ha cuestionado la forma en la que las políticas públicas repercuten en la reproducción, por ejemplo, a través de los programas de planificación familiar con los que se buscó la reducción de la fecundidad de la población, o bien, por medio de intervenciones relacionadas con la promoción del uso de MAC en diferentes regiones del mundo (Figuroa y Stern, 2001).

En diferentes reuniones internacionales como la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), la salud reproductiva se definió como el estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información sobre planificación de la familia; obtener los métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables; el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.

Así, la atención de la salud reproductiva aborda un conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva, con énfasis en el desarrollo de la vida y de las relaciones personales, y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.

Por lo tanto, el enfoque de la “salud reproductiva” constituye una convergencia de opiniones, la cual había sido impulsada por la iniciativa de una maternidad sin riesgos para la salud, además de la pertinencia de replantear la base ética de los programas de población, poniendo mayor atención en la salud de las mujeres y garantizando el ejercicio de sus derechos reproductivos.

Tres son los principios básicos que orientan la definición de la salud reproductiva:

1. Respetar la libertad de elección, es decir, que cada persona decida de manera libre, responsable e informada si quiere o no, el número, espaciamiento y calendario de los nacimientos.
2. Aceptar los vínculos con la sexualidad, lo cual se observa en el reconocimiento de la importancia que tiene para las personas una vida sexual satisfactoria y segura.
3. Incorporar el contexto cultural y socioeconómico, que no se puede dissociar de la salud reproductiva, ya que hace referencia a los papeles sociales y familiares de hombres y mujeres, así como al acceso a la información, la educación y los servicios de salud.

Este enfoque ha resultado en importantes aportaciones, ya que ha integrado distintos elementos de la sexualidad, la salud y la reproducción que antes parecían dispersos. Así, autores como Salles y Tuirán (2001), incluyen conceptos como derechos reproductivos, planificación familiar, relaciones de género y sexualidad adolescente. Estos autores apuestan por un concepto más amplio al incorporar la sexualidad como una construcción social; la reproducción humana, como un hecho biológico que forma parte de procesos más amplios de reproducción social y cultural; la sexualidad y la reproducción humanas inmersas en estructuras y redes de relaciones sociales, entre

las que se perfilan, por ejemplo, las asimetrías de clase y género; y la distribución de los recursos y las modalidades de ejercicio de poder, vinculadas a las prácticas reproductivas y sexuales de los individuos y de sus grupos de pertenencia (Salles y Tuirán, 2001).

Sin duda, en la población indígena existe un entrecruzamiento entre la etnicidad, la pobreza, las relaciones de género y los vínculos entre el sistema de salud occidental y el tradicional, que producen situaciones que representan cierto conflicto, debido a que las relaciones de género tienen un papel predominante, pero no solo en términos del ejercicio de poder del hombre sobre la mujer, sino también como un contexto cultural que mantiene inmersas a las mujeres indígenas en estas relaciones que difícilmente puede modificarse (Freyermuth en Szasz, 2003:13).

Quienes aparecen en el tramo más bajo de esta jerarquía social son las mujeres indígenas. En los pueblos indígenas de México prevalece una visión práctica de la primera unión conyugal. De acuerdo con la literatura, el matrimonio se presenta con mayor frecuencia a edades tempranas. Así, este ritual se vuelve la única opción para las mujeres que viven en realidades precarias y marginadas, sin opciones educativas y laborales. Las uniones se establecen mayoritariamente por una fuga consentida de los novios, como rito que formaliza la decisión de la pareja, pero a veces es precedido por relaciones sexuales o por un embarazo destinado a asegurar la exclusividad sexual del varón sobre la mujer. Aun con el paso a la adultez que representa iniciar la vida conyugal, las jóvenes indígenas siguen teniendo poca autonomía y mantienen fuertes vínculos familiares y sociales (Szasz y Lerner, 2010).

De lo anterior se observa que en las relaciones de género, y en otros aspectos de la vida social, hay una marcada tendencia por idealizar lo que se considera como “cultura indígena”. Ésta, es frecuentemente contrapuesta a una “cultura occidental” igualmente estereotipada, lo que limita tanto dimensionar las dificultades en la vida cotidiana, como profundizar en lo privado como un lugar que históricamente se ha delegado a las mujeres.

## Derechos humanos y la población indígena de México

Los fundamentos de la política demográfica de México se encuentran en un cuerpo jurídico legal que data de 1936 y 1974, mismo que interviene en el volumen, estructura, dinámica y distribución de la población en el territorio nacional, el cual considera el nivel de desarrollo social y económico en el país. A partir de este marco, las políticas demográficas se centraron en el aumento de la población en la década de los treinta, mientras que a finales de los setenta, lo hicieron en la desaceleración de la tasa de crecimiento poblacional (CONAPO, 2009; Sánchez, 2003). A partir de la ley de 1974, surgió el Programa Nacional de Planificación Familiar cuyo propósito central era la disminución de la fecundidad. En consecuencia a este programa, los niveles de fecundidad de las mujeres, pasaron de 7 hijos en promedio por mujer, en la segunda

mitad de la década de los sesenta, a 2,39 en el año 2009. En 2014, los niveles de fecundidad se estiman en 2,20 hijos en promedio por mujer<sup>2</sup>.

La existencia de estas políticas que buscan acelerar o desacelerar el tamaño de la población, plantea retos para el respeto de los derechos de los ciudadanos y particularmente de las ciudadanas. Las metas demográficas definidas por las políticas, por naturaleza, no pueden tomar en cuenta la voluntad de cada ciudadano y cada ciudadana en particular, ni siquiera de las parejas, ya que querer tener hijos o no, el número, espaciamiento y calendario varía de una persona a otra. Además, por el hecho de que los anticonceptivos están concebidos casi únicamente para las mujeres, podría decirse que es su cuerpo el que sirve al cumplimiento de las metas demográficas. En este sentido, los programas de planificación familiar en tanto que forman parte de la política demográfica son cuestionables respecto a si respetan los derechos reproductivos de los ciudadanos y ciudadanas; también es cuestionable si estos programas abordan la salud reproductiva integralmente o si se concentran únicamente en acelerar o desacelerar el ritmo de crecimiento de la población (Correa y Petchesky, 1994).

Esta situación adquiere relevancia social debido a la invisibilización de los derechos humanos de los y las indígenas, ya que son vistos como parte de una población homogénea, sin reconocer sus particularidades dentro de lo colectivo, o bien, su posición como mexicanos sujetos de derecho, lo cual se refleja en la desarticulación entre la Ley General de Población y el artículo 2º de la Constitución mexicana, que establece que la Nación tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas. En palabras de Navarrete (2004) “Ni los mestizos ni los indígenas constituían grupos únicos y homogéneos [...] las sociedades indígenas que viven en México ha [sic] sido siempre muchas y muy distintas entre sí” (Navarrete, citado en Velasco, 2001:144). La heterogeneidad de la población mexicana representa una auténtica riqueza cultural, sin embargo, también se transforma en una repetición de carencias y vulnerabilidad persistentes de manera estructural en las distintas poblaciones indígenas.

La heterogeneidad de los pueblos originarios y su reconocimiento como sujetos de derecho en la Ley General de Población, podría surgir como una acción afirmativa para garantizar el ejercicio del derecho de decidir sus propias prioridades, en lo relacionado con los fenómenos que afectan a su población en cuanto a su volumen, estructura, dinámica (fecundidad) y distribución en el territorio nacional, con base en su propio sistema de valores, creencias e instituciones.

### Breve descripción de la encuesta y de las variables utilizadas

Se utiliza información de la *Encuesta de Salud Reproductiva en Adolescentes en Áreas Rurales de Oaxaca, 2004-2008*, elaborada por la organización Investigación en Salud y Demografía S.C. (INSAD) con el apoyo del Programa de Población y Salud Reproductiva de la Fundación MacArthur en México y El Colegio de la Frontera Norte.

<sup>2</sup> Consultado en <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Indicadores>

El diseño de esta encuesta es cuasi-experimental, por lo que la intervención no fue de forma aleatoria y los investigadores controlaron la exposición incluyendo solo a adolescentes de entre 12 y 19 años. Se hace énfasis en que no se aplicaron procedimientos de muestreo dentro de las comunidades, lo que significa que la encuesta fue aplicada de manera censal, es decir a todas las adolescentes identificadas como elegibles en 2004 (INSAD, 2010).

La primera medición se realizó en 2004, año considerado como línea base. En ella, 4.036 adolescentes completaron el cuestionario (tasa de no respuesta de 7,8%). Consecutivamente, se realizaron seguimientos a las mismas adolescentes durante 2005, 2007 y 2008. El problema de atrición en los seguimientos se debió principalmente a la emigración. En 2005, se contaron a 3.467 adolescentes (con una tasa de no respuesta de 14%), mientras que para los años 2007 y 2008 se redujeron a 3.397 y 2.931 adolescentes, con tasas de no respuesta de 21% y 25%, respectivamente (INSAD, 2010). Lo que significa que al final del estudio se conservó 73% de la población contabilizada en la línea base.

Se utiliza el análisis de regresión logística para explicar la variable dependiente dicotómica “uso de métodos anticonceptivos” (codificada para el análisis estadístico como 1 sí lo usó y 0 en caso contrario) en la última relación sexual en 2008.

Las variables explicativas se dividen en sociodemográficas y socioculturales, y son operacionalizadas de la siguiente manera:

### **Variables sociodemográficas**

#### **Condición indígena**

- Codificada con 0, si no es indígena. Codificada con 1 si es indígena (hablante de lengua indígena o por autoadscripción).

#### **Edad al momento de la entrevista**

- Se utiliza como variable continua.

#### **Nivel de escolaridad<sup>3</sup>**

- Primaria incompleta. Incluye a quienes cursaron de 0 a 5 grados de primaria.
- Primaria completa o secundaria incompleta. Incluye a las adolescentes que cursaron 6 grados de primaria y hasta 2 de secundaria.
- Secundaria completa o preparatoria incompleta. Incluye a las adolescentes que cursaron 3 años de secundaria y hasta 2 de preparatoria.
- Preparatoria y más. Incluye a las adolescentes que cursaron 3 años de preparatoria y que siguieron estudiando.

<sup>3</sup> Cabe mencionar que en un principio se incluyó la categoría “Sin escolaridad”; sin embargo, menos de 1% de la población estudiada se concentró en dicha categoría, por lo que se decidió agruparla con la población que reportó tener “primaria incompleta”.

## Unión conyugal

- Codificada con 0, si no está unida al momento de la entrevista.
- Codificada con 1, si está unida al momento de la entrevista.

## VARIABLES O APROXIMACIONES SOCIOCULTURALES

### Ideales reproductivos

- Número ideal de hijos, variable continua.

### Roles de la mujer

- ¿A qué te gustaría dedicarte?, categorizada en cuidar de los hijos (referencia); seguir trabajando y/o estudiando.

Es así, que al tomar en cuenta algunas características culturales y sociodemográficas de una población heterogénea, se espera reforzar nuevos planteamientos coyunturales en el análisis de poblaciones minoritarias como la indígena de los Valles Centrales de Oaxaca, México, desde la perspectiva sociodemográfica.

## Resultados

Un total de 736 jóvenes (30,2%) declararon haber tenido relaciones sexuales al año 2008. Además, 493 jóvenes fueron identificadas como población indígena, la cual representa un 20,2% del total de la muestra (N=2.438). En el cuadro 1 se presentan algunos descriptivos de la población de mujeres jóvenes de la región de los Valles Centrales de Oaxaca, México, que deben ser entendidos en el contexto de una población de entre 15 y 24 años de edad que viven en ciudades con una tradición migratoria.

De forma general, una importante proporción de las poblaciones indígena, y aquella que no lo es, se ha iniciado sexualmente (29,1% y 30,4%, respectivamente), mientras que más del 20% de las jóvenes se encuentra unida al momento de la entrevista. Por su parte, una proporción mayor de población no indígena está embarazada al momento de la entrevista, en comparación con la población indígena. Sin embargo, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en su comparación.

**Cuadro 1**  
Distribución porcentual de las jóvenes de los Valles Centrales de Oaxaca en 2008, según factores de exposición al riesgo de concebir (N=2.438)

	Indígena	No indígena
Inicio sexual	29,1	30,4
Unión marital	27,0	24,3
Embarazo	4,7	5,2
Total	1.945	493

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Encuesta de Salud Reproductiva en Adolescentes en Áreas Rurales de Oaxaca, 2004-2008. INSAD.

Por su parte, la proporción de usuarias es 11,9% (249) en las mujeres de los Valles Centrales, mientras que la prevalencia del uso de MAC modernos es 11%, cifra que

proporciona elementos para señalar la importancia de investigar el uso de métodos entre las jóvenes de 15 a 24 años de edad.

El análisis de la condición indígena como un factor explicativo de que ella o su pareja estuviesen haciendo algo para no tener hijos, utilizado como una aproximación del uso o no de MAC, resultó un factor protector en todos los modelos, con variables sociodemográficas, socioculturales y en el modelo general que incluyó a las anteriores.

Al analizar las características sociodemográficas (modelo 2), el ser indígena disminuyó la propensión de usar un método anticonceptivo en 46% ( $p < 0,01$ ) en relación con las jóvenes no indígenas, controlando por edad, nivel de escolaridad y por unión conyugal. Independientemente de la condición indígena de las jóvenes se observan las siguientes características: la edad de las jóvenes aumentó el riesgo relativo del uso de algún método apenas en 19% ( $p < 0,01$ ). Respecto al nivel de escolaridad, se observa que contar con estudios de primaria, secundaria y preparatoria aumenta al menos el doble de la propensión del uso de MAC de las jóvenes ( $p < 0,10$ ). Llama la atención que no se encuentran elementos estadísticamente significativos para decir que la unión sea un factor explicativo del uso o no uso de algún método (véase el cuadro 2).

En el modelo 3 se analiza la condición indígena como determinante del uso o no de algún método anticonceptivo, controlando por factores socioculturales. Es importante mencionar, que las variables utilizadas en este modelo buscan aproximarse a algunas características culturales, sin embargo se reconoce que resulta en una exploración muy limitada.

El análisis del efecto que tiene la condición indígena en el uso de MAC proporciona elementos para decir que tiene un menor peso en la propensión del uso, en relación con el modelo 2, ya que reduce el riesgo relativo en 38% ( $p < 0,05$ ). Entre las entrevistadas, se analiza una aproximación de sus ideales reproductivos a través del número ideal de hijos. Al respecto, se observa que al desear tener 4 o más hijos la propensión del uso de algún método disminuye en 55% ( $p < 0,10$ ), lo que puede representar un menor control de la fecundidad. Adicionalmente, se exploran las expectativas de vida de las jóvenes, con una aproximación de los roles de las mujeres. Utilizando la pregunta, ¿a qué te gustaría dedicarte en la vida? se observa que el interés por seguir estudiando o trabajando incrementa la propensión del uso de algún método anticonceptivo en 44%, relación con aquellas jóvenes cuyo interés se centra solo en atender a la familia ( $p < 0,05$ ) (véase el cuadro 2).

El modelo 4 analiza la condición indígena como determinante del uso de algún método anticonceptivo, controlando el efecto de las variables sociodemográficas y socioculturales. Este modelo tiene un mejor ajuste en comparación con el modelo nulo que incluye solo a la condición indígena (con log-likelihood de -398,48 y -423,07, respectivamente).

En este modelo se observa que el ser indígena reduce la propensión de uso de algún método anticonceptivo en 45% en comparación con las jóvenes no indígenas ( $p < 0,01$ ). Por lo que se concluye que al considerar el efecto de las variables sociodemográficas y socioculturales, el uso de algún método para no tener hijos, ya sea que ella o él lo

use, es menor entre las jóvenes indígenas en comparación con las jóvenes que no son identificadas como indígenas (véase el cuadro 2).

**Cuadro 2**  
**Valles Centrales de Oaxaca: riesgos relativos del uso de métodos anticonceptivos en mujeres jóvenes. Año 2008**

Factores sociodemográficos	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4
Condición indígena				
No indígena (ref.)				
Indígena	0,586 ***	0,544 ***	0,624 **	0,559 ***
Edad al momento de la entrevista (continua)		1,191 ***		1,192 ***
Nivel de escolaridad				
Primaria incompleta (ref.)				
Primaria completa o secundaria incompleta		2,094 **		2,204 **
Secundaria completa o prepa incompleta		2,563 ***		2,368 **
Preparatoria y más		1,987 *		1,627
Unión conyugal				
No unida (ref.)				
Unida		1,062		1,233
<b>Factores socioculturales</b>				
Ideales reproductivos				
Número ideal de hijos				
1 (ref.)				
2			0,826	0,830
3			0,933	0,847
4			0,459 *	0,447 *
Roles de la mujer				
¿A qué te gustaría dedicarte?				
Solo a la familia (ref.)				
Seguir trabajado/estudiando			1,448 **	1,556 **
Log likelihood	-423,07	-405,75	-415,71	-398,48
BIC	859	856,41	869,96	867,49

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta de Salud Reproductiva en Adolescentes en Áreas Rurales de Oaxaca, 2004-2008. INSAD.

\* 0,10

\*\* 0,05

\*\*\* 0,01

Estos resultados parecen indicar que el perfil sociodemográfico tiene una mayor influencia en el uso de los MAC entre las jóvenes de los Valles Centrales de Oaxaca, al menos en 2008, en comparación con el perfil sociocultural. Sin embargo, sería inútil analizarlos por separado ya que conjuntamente proporcionan elementos contextuales en los que las jóvenes deciden sobre su sexualidad, o al menos, como puede ser, para los propósitos de este trabajo, sobre la práctica anticonceptiva.

Si bien el nivel de escolaridad se percibe como un factor facilitador del uso de MAC, el contexto sociocultural brinda otros elementos a considerar. Pareciera que mientras mayor sea el número deseado de hijos, las mujeres tienen un menor control de su

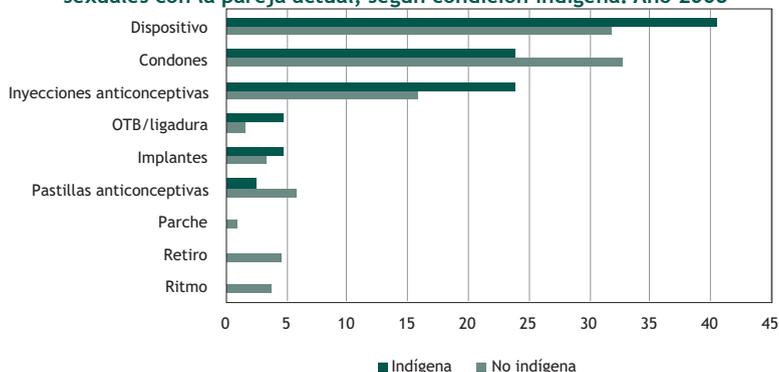
fecundidad, que puede estar vinculado con un sistema que valora la reproducción en las mujeres de la región de los Valles Centrales de Oaxaca, México.

Al analizar una aproximación sobre la influencia que tienen las expectativas de vida sobre la práctica anticonceptiva, se observa que las jóvenes que se interesan en seguir estudiando y trabajando tienen un mayor uso de algún tipo de MAC que aquellas cuyo interés se centra en el cuidado de la familia. Esta situación puede estar vinculada con la construcción de la autonomía y la autodeterminación, ya que las jóvenes pueden considerar que tener un mayor grado de estudios o un trabajo les facilita tener cierta independencia económica, o bien, al menos sus aspiraciones las hacen tener una práctica anticonceptiva que les facilite conseguirlas a diferencia de las jóvenes que aspiran a dedicarse únicamente al cuidado y atención de los miembros del hogar, lo que muestra la importancia de que cuenten con las condiciones individuales y estructurales que faciliten el cumplimiento de estas expectativas.

Una vez que hemos analizado la condición indígena como determinante de la propensión de uso de algún método anticonceptivo, se explora el tipo de método y las razones de no uso, según condición indígena. Vale la pena destacar que entre las jóvenes indígenas, el método anticonceptivo más utilizado es el dispositivo intrauterino (40,5%), seguido del condón y de las pastillas anticonceptivas, ambos en 23,8%. Asimismo, los datos nos muestran algunas diferencias relevantes. Por una parte, existe un mayor uso del método de oclusión tubaria bilateral (OTB) entre las indígenas (4,8%) en comparación con aquellas que no lo son (1,6%), es importante esta situación debido a que se trata de jóvenes que van de los 15 a los 23 años. Por otra parte, los métodos tradicionales (ritmo y retiro) no son utilizados por las jóvenes indígenas, a diferencia de un bajo, pero importante porcentaje de jóvenes que no son indígenas que los usan (4,5% y 3,7%, respectivamente) (véase el gráfico 1).

Gráfico 1

Distribución porcentual del tipo de método anticonceptivo utilizado durante las relaciones sexuales con la pareja actual, según condición indígena. Año 2008



Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta de Salud Reproductiva en Adolescentes en Áreas Rurales de Oaxaca, 2004-2008. INSAD.

Ahora bien, ¿qué es lo que sucede cuando revisamos las razones que declaran las jóvenes para no usar algún tipo de método? Los datos muestran diferencias importantes por destacar. La ausencia temporal de la pareja es la razón principal para no usar algún tipo de método entre las indígenas (27,6%). Esta alta proporción no es extraña, ya que la región de los Valles Centrales de Oaxaca tiene una tendencia emigratoria, que visibiliza la importancia de profundizar a partir de otras metodologías, sobre las formas de emparejamiento y constitución de las familias, mismas que pueden afectar la propensión de uso de los métodos en un contexto con tradición migratoria (véase el gráfico 2).

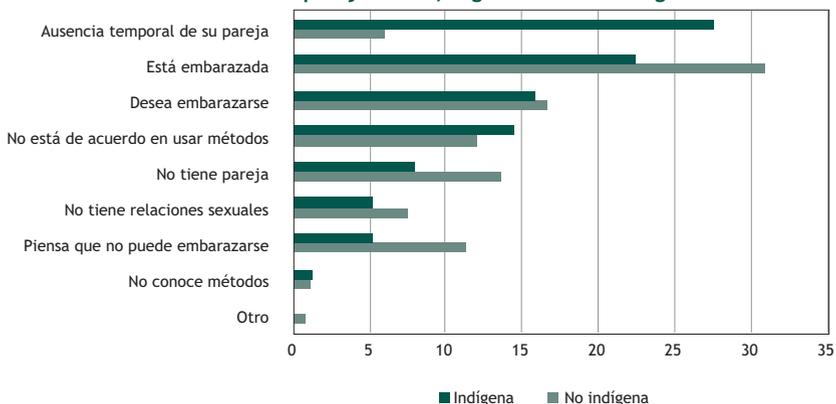
Al mismo tiempo, las jóvenes declaran que no utilizan algún método debido a que están embarazadas al momento de la entrevista (22,4% de las indígenas y 30,1% de las no indígenas) (véase el gráfico 2).

Además, se destaca que el deseo de tener un embarazo como razón de no uso está relativamente vinculado con no estar de acuerdo en usar algún tipo de método, lo cual reafirma la idea de que las jóvenes tienen una menor práctica anticonceptiva debido a fines reproductivos durante esta etapa de su vida (véase el gráfico 2).

Por último, si bien el desconocimiento de los diferentes tipos de métodos es relativamente bajo entre las jóvenes indígenas y aquellas que no lo son (1,3% y 1,1%, respectivamente), entre las jóvenes que no son indígenas existe una mayor proporción que piensa que no puede embarazarse (véase el gráfico 2). Dado el panorama que se ha presentado hasta este momento, lo que valdría la pena indagar es si piensa esto porque no está expuesta a las relaciones sexuales debido a la ausencia de la pareja, o bien, se trata de uno de los efectos de las intervenciones de los programas de salud sexual y reproductiva que surgen a partir de que diferentes organismos han dirigido a la población indígena las estrategias de atención en salud y de proporcionar información, desatendiendo en cierta manera las necesidades en salud de la población no indígena.

Gráfico 2

Distribución porcentual de la razón de no uso de algún método anticonceptivo durante las relaciones sexuales con la pareja actual, según condición indígena. Año 2008



Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta de Salud Reproductiva en Adolescentes en Áreas Rurales de Oaxaca, 2004-2008. INSAD.

## Algunas reflexiones finales

La información mostrada en este trabajo, no permite generar conclusiones definitivas sobre el uso de MAC entre las jóvenes indígenas de la región de los Valles Centrales de Oaxaca en 2008, sin embargo, permite realizar algunas reflexiones.

Como mencionan Figueroa, Rivera y Cervantes (1989) “ni la sexualidad puede reducirse al coito, ni la práctica anticonceptiva puede concebirse únicamente como la acción que evita un embarazo. Tanto un concepto como otro se encuentran nutridos de una gran cantidad de componentes sociales y culturales, que se interponen o que se convierten en mediaciones entre los dos fenómenos”. Dado que la población indígena tiene creencias socioculturales muy arraigadas, y por lo general vive en condiciones de escasez y vulnerabilidad, el uso de algún tipo de MAC no está mediado únicamente por un acceso pleno, sino por un sistema de creencias y valores sobre la reproducción, lo cual debe ser considerado dentro de las estrategias de atención a esta población, a fin de evitar que se vulnere su derecho a controlar y decidir libremente sobre su fecundidad.

La práctica anticonceptiva influye en el control de la fecundidad, pero también tiene el potencial de ser uno de los medios por los cuales las jóvenes indígenas ejerzan la posibilidad de planear proyectos de vida acordes a sus necesidades individuales, de pareja y de familia. En este sentido, se considera importante indagar sobre la construcción de estas relaciones y sobre el significado que de ellas tienen las jóvenes indígenas, a fin de diseñar estrategias de atención en salud sexual y reproductiva acordes a sus propios sistemas de creencias y valores, que faciliten el acceso informado a los MAC que no sean definitivos como la obstrucción tubaria bilateral, facilitando el ejercicio del derecho de decidir si quiere o no tener hijos, el número, el espaciamiento y el calendario.

Por otra parte, parece importante buscar la forma de garantizar una disponibilidad de mejor información entre las jóvenes, que sea desagregada por grupo étnico, por lengua y por región geográfica. Esto, significa que debemos mejorar el desarrollo de instrumentos para capturar esta información que identifiquen las características de la población, e incluirlos en los servicios de salud (en los registros vitales, formatos), de lo contrario, las particularidades de la población indígena se podrían homogeneizar con las de la no indígena. Así, se podrá mejorar las estrategias de captura de información.

Además, es necesario atender con un enfoque intercultural la demanda de servicios de atención en salud. Interculturalidad en atención en salud significa un proceso de conocimiento mutuo, que propicie la comunicación y el entendimiento, otra vez mutuo, sobre la base de horizontalidad. Es decir, formular modelos y estrategias de salud bajo una cosmovisión de la salud y la enfermedad, que consideren que las diferentes poblaciones indígenas tienen otros medios de atención de su salud sexual y reproductiva. Por ello, es importante considerar su propia medicina tradicional en el proceso de planeación para evitar creer que se está respondiendo a sus necesidades, para lo

cual es importante reflexionar sobre la interculturalidad como un proceso y cómo se traduce en acción concreta.

Como se mencionó al principio de este trabajo, las conferencias internacionales posteriores a la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), en la que se aprobó la creación de un Programa de Acción con un horizonte de 20 años, contribuyeron a diseñar agendas de trabajo enfocadas al desarrollo de objetivos como: el acceso universal a la educación primaria, a la atención médica primaria, secundaria y de servicios generales de salud reproductiva, incluidos los de planificación familiar, la reducción de las tasas de mortalidad y morbilidad materna e infantil, y el aumento de la esperanza de vida. Particularmente, se buscó centrar estas acciones en las personas de edad, migrantes, mujeres, adolescentes, y pueblos indígenas.

En estos 20 años, han existido diversos desafíos que quedan aún pendientes y que deberán ser tratados en calidad de urgentes, ahora que concluye el horizonte de trabajo planteado en 1994. Con la Primera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, celebrada del 12 al 15 de agosto de 2013 en la ciudad de Montevideo se conforma la agenda internacional enfocada a promover los derechos humanos, la paz, la seguridad y el desarrollo social.

Por último, a lo largo de este proceso de investigación, siguen surgiendo temas en los cuales profundizar. Sin embargo, queda claro que la incorporación de los aspectos socioculturales en los estudios sobre salud sexual y reproductiva son una de las bases para la comprensión de la relación entre el individuo y la estructura social mediada principalmente por los derechos humanos, lo que requiere desarrollar estrategias específicas para esta población, y las demás social e históricamente excluidas, que generen una conciencia colectiva, a fin de fomentar y garantizar el libre ejercicio de los mismos.

## Referencias

- CDI (Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas) (2008), "Región Sur. Tomo 1. Oaxaca", en *Condiciones Socioeconómicas y Demográficas de la Población Indígena*. México D.F.: CDI/PNUD.
- Cervantes, A. (1996), "De mujeres, médicos y burócratas: políticas de población y derechos humanos en México", en Gloria Careaga, Juan Guillermo Figueroa y María Mejía (coords.), *Ética y Salud Reproductiva*. México D.F.: UNAM y Porrúa.
- CONAPO (Consejo Nacional de Población) (2009), *La situación demográfica de México 2009*. México D.F.: Consejo Nacional de Población.
- \_\_\_\_ (2013), *La situación demográfica de México 2013*. México D.F.: Consejo Nacional de Población.
- Correa, S., and Petchesky, R. (1994), "Reproductive and Sexual Rights: A Feminist Perspective", en Sen G.; Germain, A. y Chen, L. (eds.), *Population Policies Reconsidered. Health, Empowerment, and Rights*. Cambridge: Harvard University Press.

- Figuroa, J. G.; Rivera, G. y Cervantes, A. (1989), "Práctica anticonceptiva y sexualidad en México: un análisis exploratorio", trabajo presentado en la XIV Reunión Nacional del Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología, San Luis Potosí, mayo.
- Figuroa, J. G. y Stern, C. (2001), *Encuentros y desencuentros en la salud reproductiva: políticas públicas, marcos normativos y actores sociales, México*. México D.F.: CEDUU/El Colegio de México.
- Freyermuth, G. (2003), *Las mujeres de humo: morir en Chenalhó. Género, etnia y generación. Factores constitutivos de riesgo durante la maternidad*. México D.F.: Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social-Comité por una Maternidad sin Riesgos en Chiapas, Instituto Nacional de las Mujeres-Miguel Ángel Porrúa.
- González, Humberto (2000), "Aspectos teóricos para el estudio sociodemográfico del embarazo adolescente", en *Revista Frontera Norte*, Baja California: El Colegio de la Frontera Norte, enero-junio, vol. 12, núm. 23.
- Hicks, W. Whitney (1974), "Economic development and fertility change in Mexico, 1950-1970", in *Demography*, Maryland: Population Association of America, agosto, vol. 11, núm. 3.
- Holian, John (1980), "Patterns of fertility determinants in Mexico, 1970", tesis de doctorado, Ohio, Bowling Green State University.
- INMUJERES (Instituto Nacional de las Mujeres) (2009), "Boletín Estadístico: Fecundidad y preferencias reproductivas en las mujeres indígenas mexicanas", en <[http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/101103.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101103.pdf)>, acceso 13 de julio de 2015.
- INSAD (Investigación en Salud y Demografía, S.C.) (2010), *Research to generate statistical information on the reproductive and sexual health of adolescents in rural communities in Oaxaca. Final report*. México D.F. (inédito).
- Menkes, Catherine y Suárez, Leticia (2003), "Sexualidad y embarazo adolescente en México", en *Papeles de Población*, México D.F.: Universidad Autónoma del Estado de México, núm. 35, pp 233-262.
- Mora, Minor y De Oliveira, Orlandina (2009), "Los jóvenes en el inicio de la vida adulta: trayectorias, transiciones y subjetividades", en *Estudios Sociológicos*, México D.F.: El Colegio de México, XXVII: 79.
- Navarrete, Federico (2004), *Las relaciones interétnicas en México*. México D.F.: UNAM.
- Ordorica, Manuel, et al. (2009), "El índice de reemplazo etnolingüístico entre la población indígena de México", en *Desacatos*, México D.F.: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, núm. 29, enero-abril.
- Salles, Vania y Tuirán, Rodolfo (2001), "El discurso de la salud reproductiva: ¿un nuevo dogma?", en Stern, Claudio y Figuroa, Juan Guillermo (coords.), *Sexualidad y salud reproductiva: avances y retos para la investigación*. México D. F.: El Colegio de México.

- Sánchez, Ángeles (2003), *Mujeres, Maternidad y Cambio. Prácticas reproductivas y experiencias maternas en la ciudad de México*. México D.F.: UNAM/UAM.
- Stern, Claudio (2007), “Estereotipos de género, relaciones sexuales y embarazo adolescente en las vidas de jóvenes de diferentes contextos socioculturales en México”, en *Estudios Sociológicos*, México D.F.: El Colegio de México, enero-abril, vol. XXV, núm. 001.
- \_\_\_\_ (2004), “Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México”, en *Papeles de población*. Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México.
- \_\_\_\_ (2003), “Significado e implicaciones del embarazo adolescente en distintos contextos socioculturales de México: reseña de un proyecto en proceso”, en *Estudios Sociológicos*, México D.F.: El Colegio de México, septiembre-diciembre, año/vol. XXI, núm. 003.
- Szasz, Ivonne (2003), “Relaciones e identidades de género, sexualidad y salud reproductiva”, en González Montes, Soledad, *Salud y derechos reproductivos en zonas indígenas de México*. México D.F.: COLMEX.
- Szasz, Ivonne y Lerner, Susana (2010), “Salud reproductiva y desigualdades en la población”, en Ordorica, Manuel y García, Brígida (coords.), *Los grandes problemas de México*. México, D.F.: El Colegio de México.
- Vázquez, Germán (2010), *Fecundidad indígena*. Pachuca: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Velasco, Laura (2008), “La subversión de la dicotomía indígena-mestizo: identidades indígenas y migración hacia la frontera México- Estados Unidos”, en *Migración, fronteras e identidades étnicas transnacionales*. México D.F.: El Colegio de la frontera Norte/Editorial Porrúa.
- Welti, Carlos (2005), “Inicio de la vida sexual y reproductiva”, en *Papeles de Población*, julio-septiembre, número 045. Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México.
- \_\_\_\_ (2000) “Análisis demográfico de la fecundidad adolescente en México”, en *Papeles de Población*. Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México.

