

La salud sexual y reproductiva de las mujeres hablantes de lengua indígena, 1997-2009

María Felipa Hernández López, Mario René Hernández Vázquez y Miguel Sánchez Castillo

Resumen

Con base en información de 1997 y 2009, el presente trabajo examina los avances o retrocesos que las mujeres indígenas han tenido en relación con su desarrollo socioeconómico y, por ende, en la salud sexual y reproductiva, en comparación con los resultados estimados para las mujeres no indígenas. En primera instancia se muestra el contexto sociodemográfico. Posteriormente, con información censal se abordan los cambios de la fecundidad de la población indígena y no indígena; con base en las características sociodemográficas (edad, paridez, educación y empleo) de estos dos grupos de población, se hace un análisis bivariado de indicadores de salud sexual y reproductiva (prevalencia anticonceptiva, demanda insatisfecha, entre otros). Por último, se analizan indicadores de atención materno-infantil de acuerdo a las variables antes mencionadas con base en encuestas de la dinámica demográfica.

Introducción

La población indígena¹ forma parte fundamental de nuestro país, sus diferentes visiones y aportaciones contribuyen a la riqueza de la cultura y las tradiciones mexicanas. Sin embargo, históricamente ha sido una población excluida del desarrollo económico y social del país, a lo que se añade que, por lo general, vive en localidades rurales aisladas de centros urbanos o en territorios de

difícil acceso, lo que deriva en condiciones precarias en materia de vivienda, educación y servicios.

Esta situación de exclusión, sin dejar de lado el componente cultural, contribuye a que esta población tenga dificultad para acceder a información y servicios adecuados, sobre todo en salud, y a que se continúen limitando sus derechos reproductivos, especialmente en el caso de las mujeres.

De acuerdo con el último informe de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM, 2010), entre 1992 y 2009 se implementaron programas de combate a la pobreza dirigidos a esta población, en los cuales se incluyeron componentes tanto educativos como de salud, con especial énfasis en la salud reproductiva y de planificación familiar; durante ese periodo se logró alcanzar un aumento en los indicadores de planificación familiar de las mujeres indígenas, sobre todo en el uso de métodos anticonceptivos.²

Sin embargo, aun con estos logros, buena parte de las mujeres indígenas siguen sin hacer propio el derecho de decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y espaciamiento de sus hijos, según lo establece el artículo 4º Constitucional.

Este trabajo busca mostrar los avances o retrocesos de las mujeres indígenas en relación con su desarrollo socioeconómico, por ende, en la salud sexual y reproductiva, en comparación con los resultados que se han obtenido en las mujeres no indígenas, quienes tienen

¹ En este trabajo los términos “indígena” y “hablante de lengua indígena” se usarán indistintamente.

² El uso de métodos anticonceptivos ha sido uno de los factores que ha contribuido a que se reduzca la fecundidad en el país.

mayor acceso a los beneficios que brinda el desarrollo económico y social del país. Las fuentes de información empleadas fueron el XII Censo General de Población y Vivienda 2000, el Censo de Población y Vivienda (CPV) 2010, y las Encuestas Nacionales de la Dinámica Demográfica³ (ENADID) de 1997 y 2009, que ha levantado el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

En primera instancia se dará a conocer el contexto sociodemográfico de las Mujeres en Edad Fértil (MEF) hablantes de lengua indígena (HLI) respecto al de las MEF no hablantes de lengua indígena (NHLI), entre 2000 y 2010. Para esto se consideraron algunas variables socioeconómicas que informan sobre el acceso a bienes y servicios, como son la educación, el empleo y servicios de salud.

En segundo lugar se muestran los cambios en la fecundidad de la población indígena y no indígena, calculada a partir de la información de los dos últimos censos; asimismo, se hace un análisis bivariado de indicadores de salud sexual y reproductiva (prevalencia anticonceptiva, demanda insatisfecha, entre otros) de mujeres indígenas de acuerdo con sus características sociodemográficas (edad, paridez, educación y empleo), con el fin de identificar los cambios durante el periodo de estudio bajo la condición de habla de lengua indígena; por último, se analizan los avances en la atención materno infantil de acuerdo a las variables antes mencionadas con base en las encuestas.

Contexto social y demográfico de las mujeres hablantes de lengua indígena

En los Estados Unidos Mexicanos, en el año 2000, se registraron alrededor de 84.4 millones de personas de 5 años y más; en 2010 su número aumentó a 104.2 millones; de esas poblaciones 7.2 y 6.6 por ciento, respectivamente, se identificaron como hablantes de alguna lengua indígena. La mayor parte de la población del país, de acuerdo con los resultados de ambos eventos censales, no habla alguna lengua indígena.

En términos relativos, la población indígena disminuye, pero en volumen esta población aumentó entre 2000 y 2010 de 6.0 a 6.7 millones, con una tasa de crecimiento de 0.99 personas por cada cien. Al igual que en la población total, la mitad de la población HLI está constituida por mujeres (50.6% en 2000 y 50.9% en 2010), de las cuales 56.0 por ciento se encontraba en edad fértil (15 a 49 años), equivalente a 1.7 millones de mujeres en 2000 y a 1.9 millones en 2010.

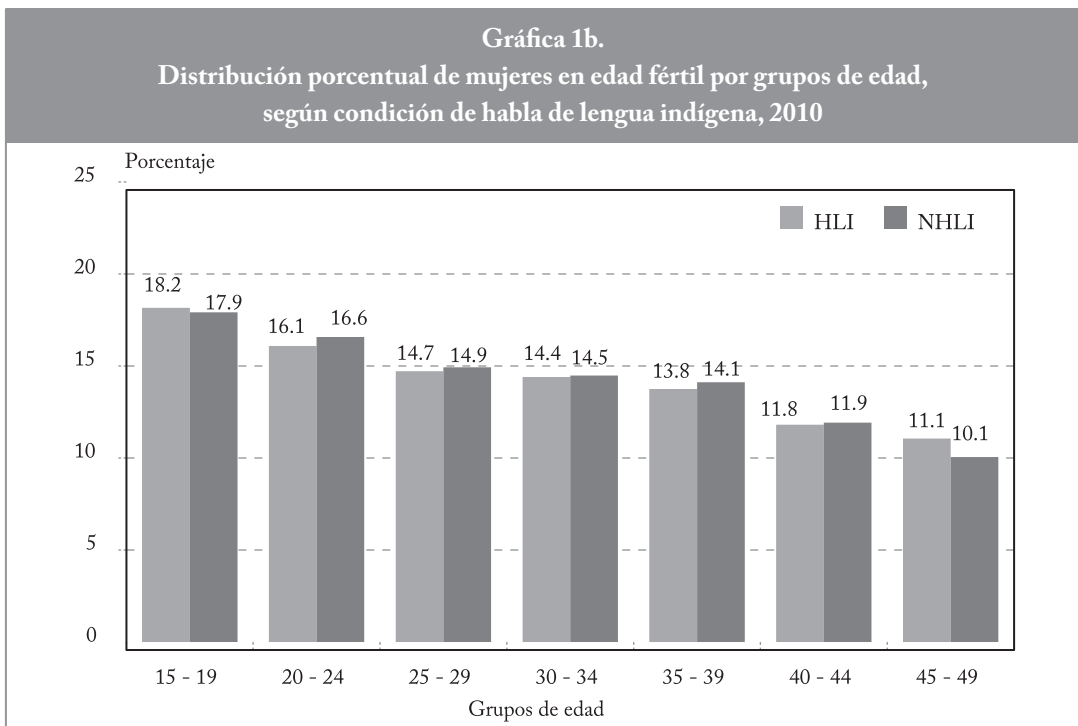
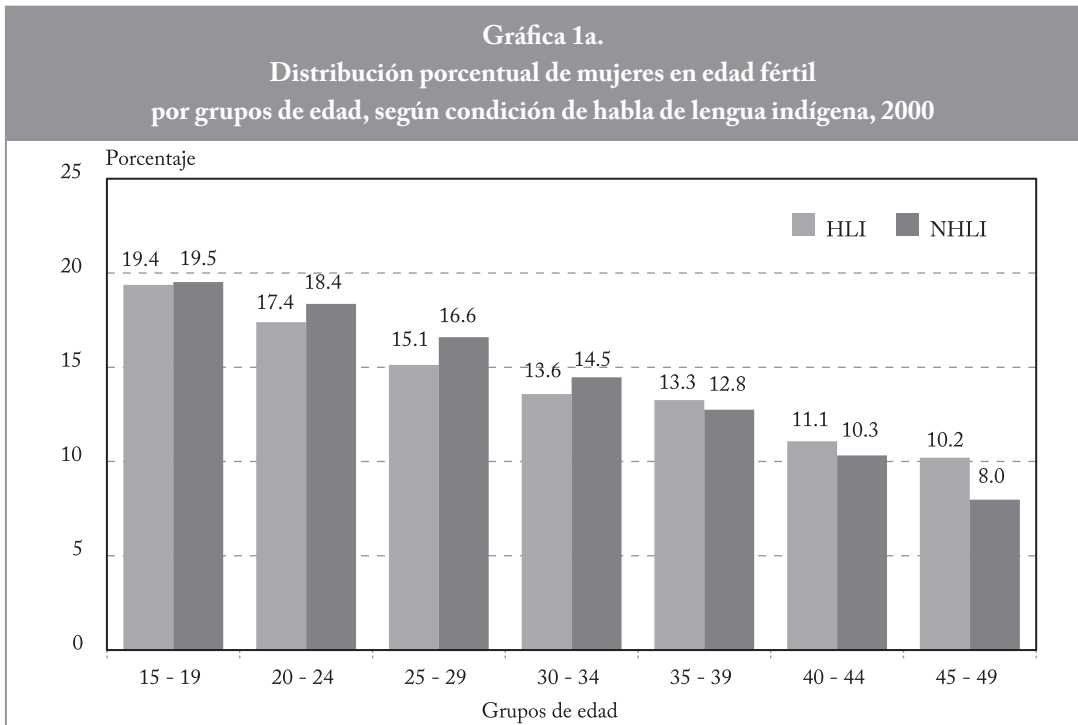
La estructura por edad de las MEF indígenas y no indígenas fue casi igual en el último decenio (véanse gráficas 1a y 1b). Entre 2000 y 2010 se muestra una ligera disminución de los pesos relativos de ambos grupos de mujeres en edades jóvenes, en consecuencia, hubo un aumento relativo en edades adultas. Cabe destacar que el mayor volumen de indígenas se encuentra en edad adolescente (15 a 19 años).

Por otra parte, se observa que aumentó el porcentaje de mujeres que además de hablar alguna lengua indígena también hablan español. Entre 2000 y 2010, el porcentaje de mujeres indígenas en edad fértil que también hablan español pasó de 83.5 a 87.2, respectivamente, lo que indica que todavía 12.8 por ciento de estas mujeres (235 mil) sólo habla alguna lengua indígena. Además, se registró un incremento de adolescentes HLI que también hablan español, al pasar de 88.0 a 92.5 por ciento entre 2000 y 2010; en las jóvenes indígenas (20 a 24 años) pasó de 86.2 a 90.5 por ciento, respectivamente. Esto implica que 8.4 por ciento de adolescentes y jóvenes (53 mil mujeres) solamente habla alguna lengua indígena.

Alfabetismo y educación

La educación es un factor básico para la formación integral de las personas. Les permite sentar las bases de la personalidad, así como los fundamentos de la cultura en la que se desenvuelven, además de proporcionar las herramientas necesarias para su inserción en la sociedad. La educación también es un derecho, sin embargo, dada la heterogeneidad y dispersión de la población en nuestro país, se han logrado avances desiguales en la materia.

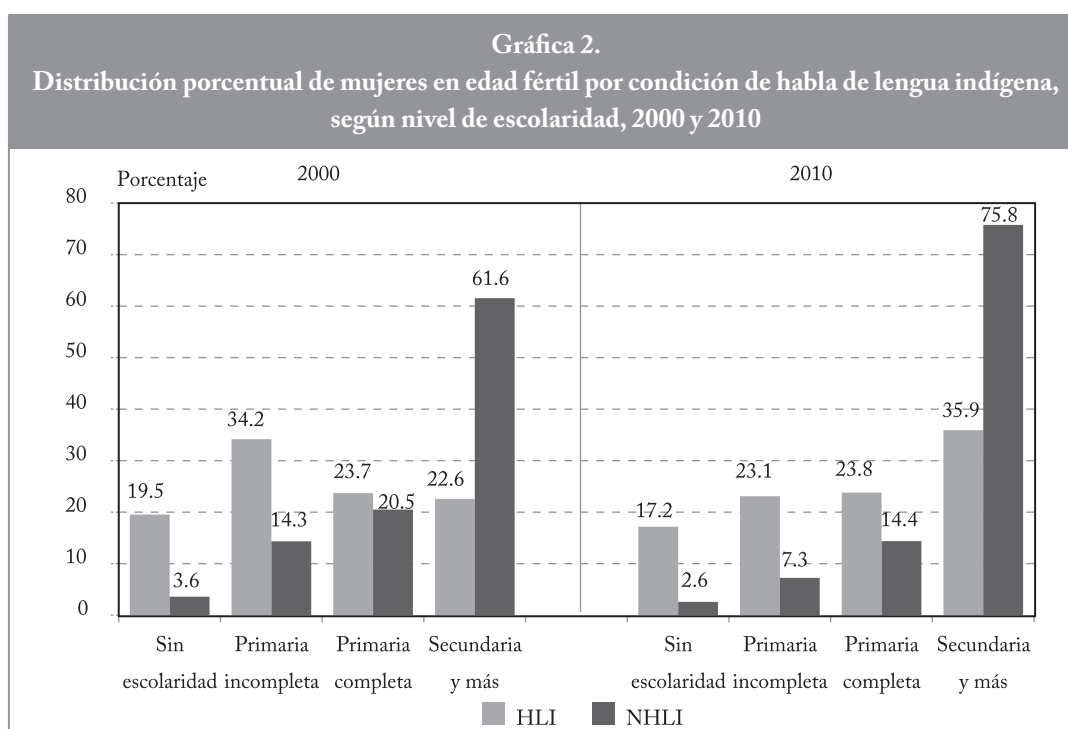
³ En 1992 se levantó la primera Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, pero no se preguntó la condición de habla de lengua indígena.



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda 2000; la Conciliación demográfica 1990-2010 y Proyecciones de población 2010-2050.

Ejemplo de lo anterior es que en el año 2000 únicamente 67.3 por ciento de las mujeres en edad fértil indígenas sabía leer y escribir, mientras que en las no indígenas este porcentaje era de 95.2. En 2010, se observó un incremento de 17.4 por ciento en el primer grupo de mujeres (79.0% sabía leer y escribir), sin embargo, se mantiene la condición de desigualdad ante las no indígenas, cuyo porcentaje fue de 97.5, originando una brecha de 18.5 puntos porcentuales.

En 2000, una de cada cinco MEF indígenas no contaba con algún nivel de instrucción toda vez que una de cada tres tenía primaria incompleta. No obstante, en 2010 se aprecia un cambio en esta situación, debido a que una de cada seis no tenía algún nivel de escolaridad y una de cada tres contaba con secundaria o más (véase gráfica 2). Cabe señalar que disminuyó el porcentaje de mujeres con primaria incompleta en ambos grupos, aunque es tres veces mayor en las indígenas que en las no indígenas.



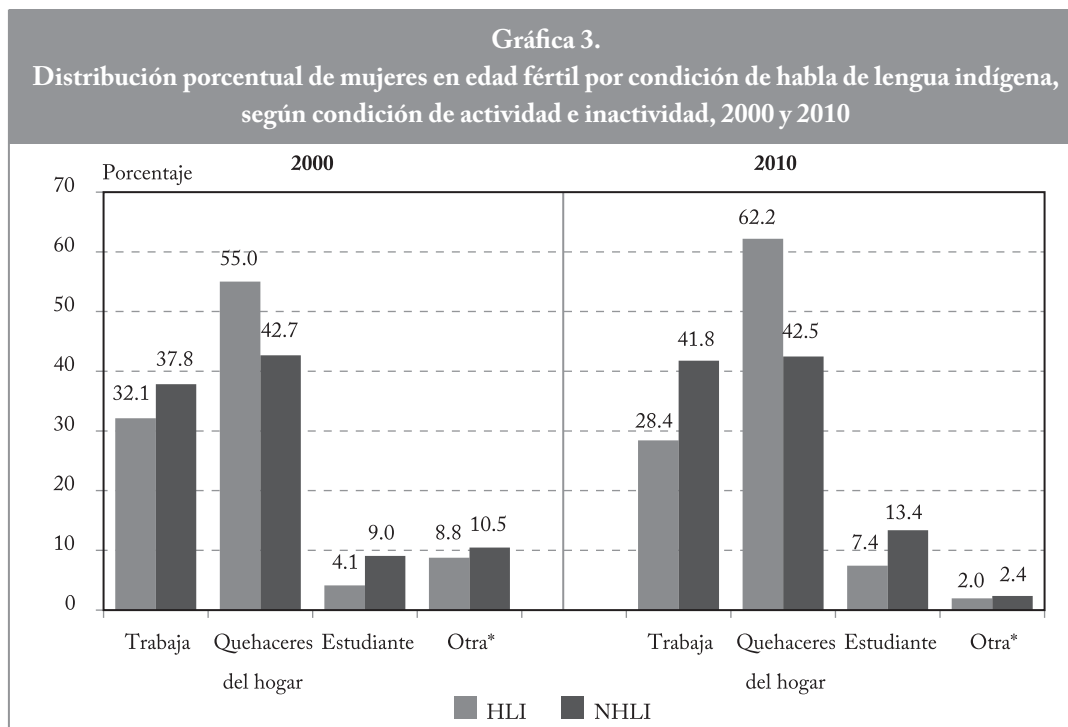
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, muestras del XII Censo General de Población y Vivienda 2000 y del Censo de Población y Vivienda 2010.

El porcentaje de mujeres indígenas adolescentes y jóvenes que asistía a la escuela en 2000 fue de 24.9 y de 6.3, respectivamente, mientras que en las adolescentes y jóvenes no indígenas los valores fueron de 47.7 y 17.3 por ciento, de manera respectiva. Diez años después se distingue un incremento de 13.2 puntos porcentuales de adolescentes HLI que asistían a la escuela (38.1%); en el caso de las jóvenes indígenas el aumento fue de 1.7 puntos porcentuales (8.0%), pero incluso dichas cifras se encuentran por debajo de los porcentajes de asistencia

escolar de adolescentes y jóvenes no indígenas, que en 2010 fueron de 58.9 y 23.1, respectivamente.

Condición de actividad y empleo

Entre 2000 y 2010, las mujeres indígenas que se dedicaban a trabajar disminuyeron en 11.6 por ciento, y se registró un aumento de 13.1 por ciento de mujeres indígenas dedicadas a los quehaceres del hogar. Esta si-



*Incluye a pensionadas, jubiladas, con alguna limitación física o mental y otra situación.

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, muestras del XII Censo General de Población y Vivienda 2000 y del Censo de Población y Vivienda 2010.

tuación contrasta con las no indígenas, pues ellas incrementaron su participación en el mercado laboral y casi se mantuvo constante el porcentaje que se dedicó a los quehaceres domésticos (véase gráfica 3). Por otra parte, se elevó el porcentaje de estudiantes en ambos grupos, aunque se mantiene la brecha. Cabe señalar que también se redujo el porcentaje de las mujeres que declaran dedicarse a otra actividad, indistintamente de su condición de habla de lengua indígena.

Acceso a servicios de salud

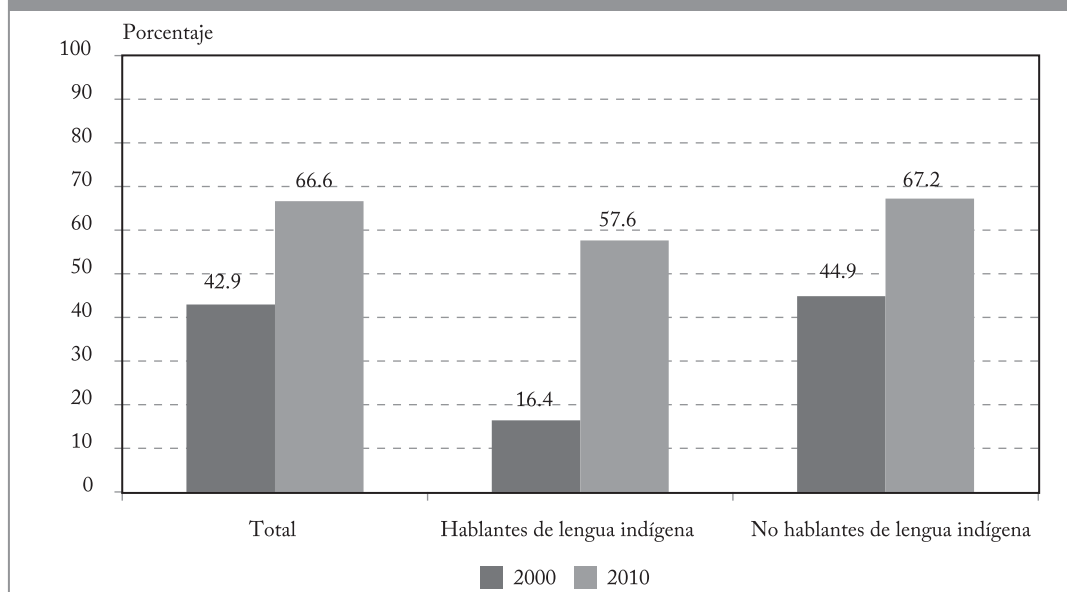
El acceso a servicios de salud permite elevar la calidad de vida de los individuos, así como el nivel de desarrollo y reduce las condiciones de desigualdad en una sociedad. En el censo de 2000 se observó que más de 93 y 98 por ciento de las mujeres hablantes y no hablantes de lengua indígena, respectivamente, hacían uso de servicios médicos; en 2010 estos porcentajes aumentaron a 97.0 y 98.4, de forma respectiva. Sin embargo, menos de la mitad de mujeres en edad fértil en 2000 y poco más

de seis de cada diez en 2010 eran derechohabientes de estos servicios (véase gráfica 4). Aunque cabe destacar que durante esos diez años hubo un incremento de 55.1 por ciento en la derechohabiencia, viéndose favorecidas en mayor medida las mujeres indígenas.

A pesar de este aumento, se puede apreciar la existencia de un grupo considerable de mujeres en edad fértil hablantes y no hablantes que hicieron uso de los servicios médicos sin estar afiliadas a instituciones de salud, las cuales tuvieron que cubrir los gastos de la atención médica; ello pone a este grupo de mujeres en una situación de vulnerabilidad por la subordinación de la atención médica a la existencia de recursos suficientes para tener acceso a consultas, medicinas y procedimientos médicos, entre otros.

La distribución de mujeres en edad fértil derechohabientes por institución muestra la incorporación de una cantidad importante de mujeres indígenas y no indígenas a servicios de salud públicos, que pudieron no haber gozado de este beneficio anteriormente, debido a la falta de acceso a trabajos formales que brindarían esta prestación.

Gráfica 4.
Porcentaje de mujeres en edad fértil por condición de habla de lengua indígena, según derechohabencia a los servicios de salud, 2000 y 2010



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, muestras del XII Censo General de Población y Vivienda 2000 y del Censo de Población y Vivienda 2010.

Cuadro 1.
Distribución porcentual de las MEF por condición de habla de lengua indígena, según institución de derechohabencia, 2000 y 2010

Institución	Total	Hablante de lengua indígena	No hablante de lengua indígena
2000			
IMSS	70.4	69.6	70.5
ISSSTE	13.0	16.8	12.9
Hospital privado	11.0	6.9	11.1
Pemex, Defensa o Marina	2.3	2.7	2.3
Otra	3.3	4.0	3.2
Total	100.0	100.0	100.0
2010			
Seguro Popular	35.3	70.0	33.3
IMSS	47.1	21.3	48.6
ISSSTE	9.6	4.7	9.9
Hospital privado	3.9	1.7	4.0
Pemex, Defensa o Marina	1.4	0.7	1.4
Otra	2.7	1.7	2.8
Total	100.0	100.0	100.0

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, muestras del XII Censo General de Población y Vivienda 2000 y del Censo de Población y Vivienda 2010.

En 2000, tanto las mujeres indígenas como las no indígenas estaban afiliadas principalmente al IMSS, en segundo lugar al ISSSTE y en tercer lugar a hospitales privados (véase cuadro 1). Con la creación del Seguro Popular⁴ las indígenas fueron las más beneficiadas, ya que en 2010 dos terceras partes estaban inscritas en este programa. Aunque también una tercera parte de las no indígenas se incorporó al Seguro Popular, la mayoría continuó afiliada al IMSS.

Fecundidad y salud reproductiva

Fecundidad

La disminución de la fecundidad ha sido el principal determinante en la reducción del crecimiento demográfico registrado en el país durante los últimos cuarenta años. Pero el descenso de la fecundidad no ha ocurrido

⁴ Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). El Seguro Popular fue creado para brindar protección a la población no derechohabiente mediante un seguro de salud, público y voluntario, orientado a reducir los gastos médicos de bolsillo y fomentar la atención oportuna a la salud.

de manera simultánea, ni con la misma intensidad entre los diferentes ámbitos poblacionales o en los distintos grupos étnicos del país, pues aún continúan presentando altos niveles de fecundidad.

Entre 1999 y 2009, la Tasa Global de Fecundidad⁵ (TGF) de las mujeres indígenas disminuyó en cerca de un hijo, al pasar de 4.14 a 3.25 hijos por mujer.⁶ Sin embargo, continúa por arriba de la TGF estimada en mujeres no indígenas, que fue de 2.73 y 2.27 hijos, respectivamente. En tanto, la TGF estimada a nivel nacional fue de 2.85 en 1999 y disminuyó a 2.32 en 2009. Dichos datos confirman que la fecundidad de hablantes de lengua indígena sigue siendo mayor con respecto a la estimada a nivel nacional, contrario a lo que sucede con la fecundidad de no hablantes de lengua indígena, la cual es menor.

De acuerdo a la estructura por edad, se observó que las mujeres indígenas mantienen un patrón de fecundidad temprano, es decir, la cúspide se encuentra en el grupo de jóvenes (20 a 24 años). Por su parte, las no indígenas, desde el año 2000, tienden a tener un patrón dilatado, la cúspide se encuentra compartida entre el grupo de jóvenes y el grupo de mujeres entre 25 y 29 años.

Tanto en la población indígena como en la no indígena descendieron las tasas específicas de fecundidad (TEF), aunque en mayor proporción en las indígenas. Por ejemplo, en las adolescentes hablantes de lengua indígena la tasa bajó 27.8 por ciento, al pasar de 94.8 a 68.4 nacidos vivos por cada mil, mientras que en las no hablantes de lengua indígena la reducción fue de 12.2 por ciento, debido a que la tasa pasó de 60.7 a 53.3 (véanse gráficas 5a y 5b). Cabe señalar que la brecha entre la fecundidad de adolescentes indígenas y no indígenas se redujo a la mitad (de 34.1 a 15.1 hijos por cada mil).

Por otra parte, las preferencias e ideales reproductivos influyen en la determinación de la fecundidad y descendencia final de las parejas; asimismo, dan cuenta de las necesidades de la población en materia de planificación familiar y salud reproductiva (CONAPO, 2011). En ese sentido, es importante conocer el número ideal promedio de hijos, sobre todo de las mujeres en edad fértil unidas, quienes tienen mayor probabilidad de embarazarse. A nivel nacional, el número ideal de hijos promedio pasó de 3.2 en 1997 a 3.0 en 2009, en tanto que en las mujeres indígenas se mantuvo en 3.9; en las no indígenas tampoco se han mostrado cambios, al estimarse en 3.0 hijos.

En cuanto al número promedio ideal de hijos por nivel de escolaridad, éste cambia a 4.6 hijos como ideal en mujeres indígenas que no cuentan con algún nivel de escolaridad; en las no indígenas con la misma característica, a 4.1 hijos; y en ambos grupos disminuye si cuentan con secundaria o más, de manera que en las indígenas el ideal baja a 3.1 hijos y en las no indígenas, a 2.7 hijos. Estos datos muestran que la educación formal es un factor que influye en la determinación de expectativas reproductivas de la población al brindarles un mayor acceso a la información.

Salud reproductiva

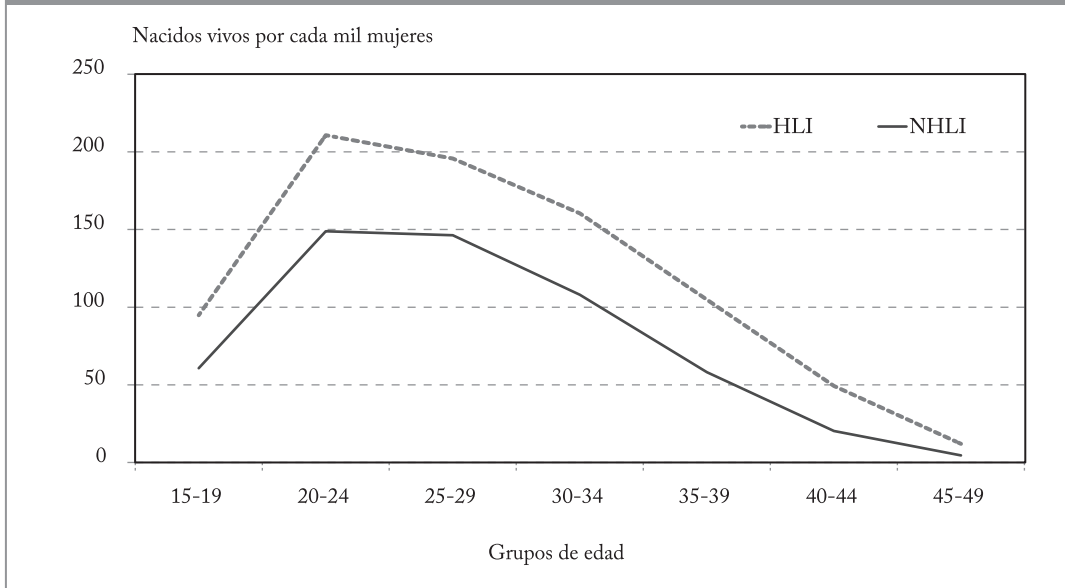
Entre la población indígena todavía persisten núcleos de personas en condiciones de aislamiento geográfico, donde carecen o tienen un limitado acceso a los servicios de salud, sobre todo a información que le permita planear su descendencia. Se sabe que uno de los mecanismos primordiales para promover la igualdad de oportunidades es brindar la prestación de servicios de salud, incluidos los de salud reproductiva⁷ y planificación familiar junto con la educación.

⁵ La TGF mide el número de hijos que tendría una mujer al final de su vida reproductiva en caso de seguir el patrón que registra la estructura de la fecundidad en el año de referencia.

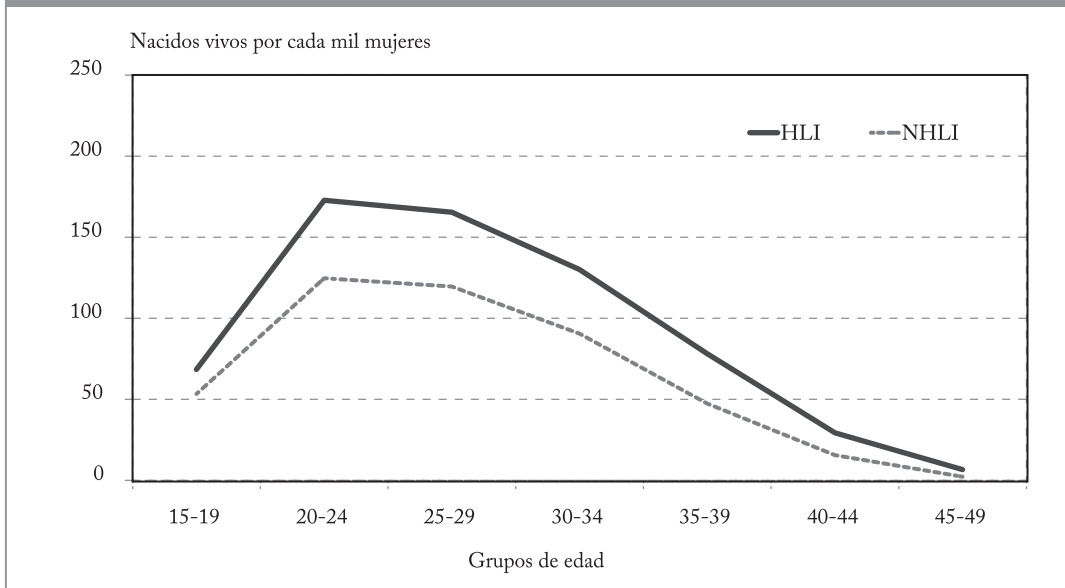
⁶ La estimación se realizó a partir del último hijo nacido vivo ocurrido un año previo al levantamiento del censo.

⁷ La salud reproductiva se entiende como el estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos, así como con el ejercicio de la sexualidad (CONAPO, 2000).

Gráfica 5a.
Tasa específica de fecundidad de mujeres en edad fértil por condición de habla de lengua indígena, 2000



Gráfica 5b.
Tasa específica de fecundidad de mujeres en edad fértil por condición de habla de lengua indígena, 2010



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en las muestras del XII Censo General de Población y Vivienda 2000 y del Censo de Población y Vivienda 2010.

Transiciones de vida

La población pasa por diferentes transiciones a lo largo de la vida (casarse por primera vez, tener la primera relación sexual, el nacimiento del primer hijo, entre otras) que pueden ser complejas, ya que dependen de un conjunto de factores estructurales e institucionales que se caracterizan por situaciones históricas particulares, sin embargo, la mayoría de las personas transita por las mismas fases (Loggia 2006).

Las edades medianas a la que ocurren los eventos que constituyen transiciones en la vida de las jóvenes se muestran en el cuadro 2, donde se distingue que no siguen el orden más conservador (unión⁸-sexualidad-reproducción). Por ejemplo, la primera relación sexual sucede antes que la primera unión. En 2009, el inicio de la vida sexual de las indígenas ocurrió a una edad mediana más temprana con respecto a las no indígenas. En tanto que la edad mediana a la primera unión en mujeres indígenas se mantuvo casi igual entre 1997 y 2009.

En 2009 las mujeres no indígenas se unieron a una edad más temprana que en 1997, aunque las indígenas son las que experimentan esta transición siendo más jóvenes, incluso antes de cumplir la mayoría de edad. En cuanto a la llegada del primer hijo, se mostró un ligero incremento en la edad mediana de las mujeres indígenas; en las no indígenas se mantuvo la misma edad.

Finalmente, la edad mediana al primer uso de métodos anticonceptivos en las mujeres indígenas en 1997 ocurría 4.5 años después del nacimiento del primer hijo; en 2009 se redujo a 2.6 años. En el caso de las mujeres no indígenas, en 1997 la edad mediana al primer uso de anticonceptivos ocurrió después de 1.8 años de nacido el primer hijo y en 2009 adoptaron el método a menos de un año del nacimiento.

No obstante, la diferencia entre la edad mediana a la primera relación sexual y al primer uso de anticonceptivos fue de 3.9 años en mujeres indígenas y de 2.2 años en mujeres no indígenas. Esta brecha apunta a que persisten conductas de riesgo en las primeras relaciones sexuales tanto de hablantes como de no hablantes.

Cuadro 2.
Edad mediana de cada una de las transiciones seleccionadas, de mujeres entre 25 y 34 años, según condición de habla de lengua indígena, 1997 y 2009

Transiciones de vida	Hablantes de Lengua indígena		No hablantes de lengua indígena	
	1997	2009	1997	2009
Relación sexual		17.3		18.5
Unión	17.7	17.6	20.2	18.9
Hijo	18.2	18.6	19.7	19.8
Uso de métodos	22.7	21.2	21.5	20.7

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica de 1997 y 2009.

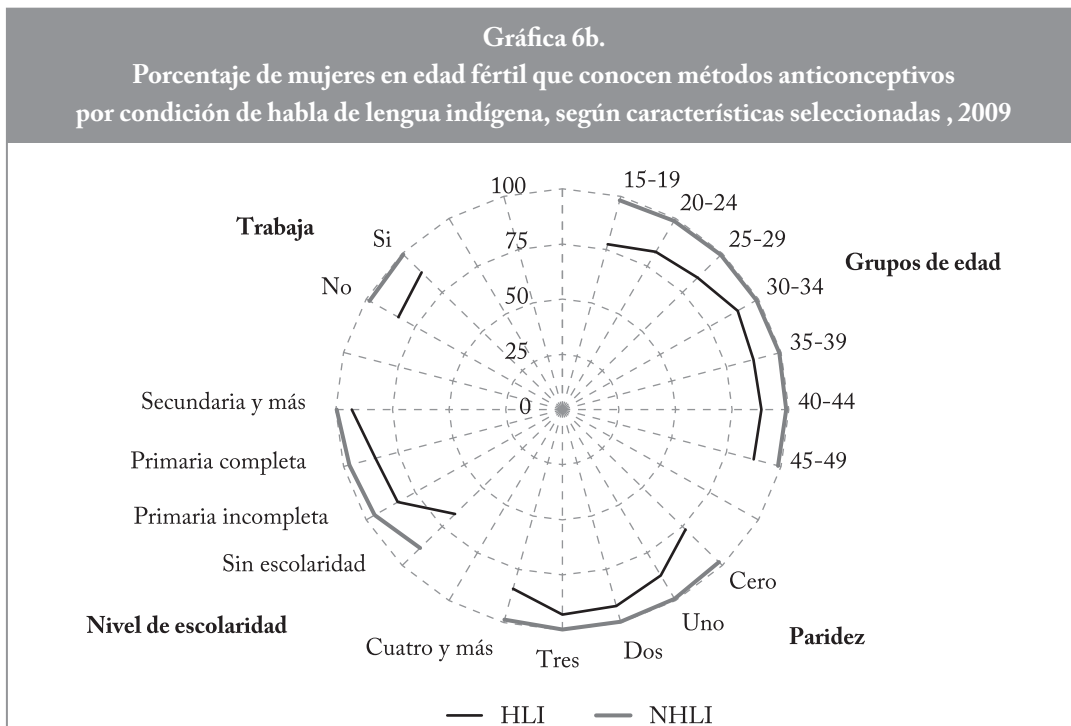
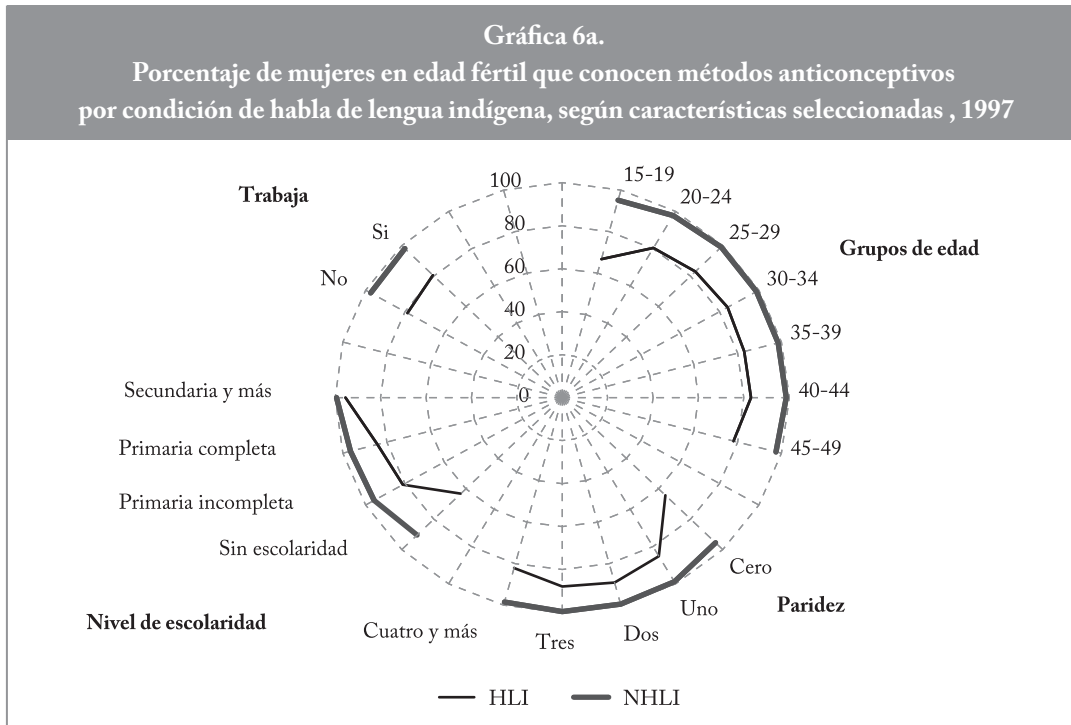
Conocimiento de métodos anticonceptivos

La población indígena se ha caracterizado por presentar carencias en cuanto al ejercicio de sus derechos reproductivos; una de ellas ha sido la falta de acceso a la información, lo que ha limitado la participación de las mujeres en la toma de decisiones relativas a su sexualidad, reproducción y cuidado de la salud. Por tal motivo, ampliar el conocimiento de los métodos anticonceptivos en esta población es relevante,⁹ ya que esto, junto con una mayor educación y políticas públicas pertinentes, permitirá a las mujeres tomar una decisión más informada con respecto al uso de métodos anticonceptivos.

En 1997, el porcentaje de mujeres en edad fértil que conocía al menos un método anticonceptivo era de 96.5 por ciento, en mujeres indígenas era de 79.4, y en no indígenas, de 97.8. Doce años después se observó que a nivel nacional el conocimiento de métodos anticonceptivos aumentó 1.5 puntos porcentuales al ubicarse en 98.0 por ciento, en no indígenas, en 98.7 por ciento, y en indígenas, en 84.9 por ciento, es decir, en este último grupo de mujeres hubo un incremento de 5.5 puntos porcentuales.

⁸ Se refiere al primer matrimonio o unión consensual.

⁹ En el Programa Nacional de Población (PNP) 2008-2012 una de las metas fue abatir el desconocimiento de métodos anticonceptivos en un 50 por ciento.



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica de 1997 y 2009.

Entre 1997 y 2009 se observó que el porcentaje de indígenas adolescentes y de edades entre 45 y 49 años que conocen al menos un método anticonceptivo creció en mayor medida, sin embargo, las adolescentes continuaban siendo el grupo de mujeres que menos conoce métodos anticonceptivos, en 1997 el porcentaje fue de 66.7 y en 2009, de 77.5 (véanse gráficas 6a y 6b).

En cuanto a la paridez de las mujeres, destaca que las indígenas sin hijos son las que más conocen al menos un método anticonceptivo, pues el porcentaje pasó de 64.2 en 1997 a 76.9 en 2009; en el caso de las no indígenas sin hijos este porcentaje fue de 95.5 a 97.7 en los años respectivos.

De acuerdo al nivel de escolaridad, el mayor aumento en el porcentaje de mujeres indígenas que conocen al menos un método en el periodo en cuestión se dio en aquellas sin escolaridad (63.2 a 67.0, respectivamente), pero dicho porcentaje continúa por debajo del presentado por mujeres no indígenas con ese mismo nivel de escolaridad, que en 1997 fue de 90.5, y en 2009, de 88.8. Llama la atención que el porcentaje de mujeres indígenas con secundaria y más que conoce al menos un método anticonceptivo disminuyó en 2.5 puntos porcentuales, al pasar de 95.5 en 1997 a 93.0 en 2009.

Por último, en 1997 el conocimiento de métodos de acuerdo a la condición de trabajar o no era relevante, tanto para hablantes como no hablantes de lengua indígena, pero en 2009 se aprecia que esta característica, sobre todo en las indígenas, influyó para que más mujeres contaran con conocimientos sobre métodos anticonceptivos.

Uso de métodos anticonceptivos

Dado que la población indígena tiene creencias socioculturales muy arraigadas y por lo general vive en condiciones de escasez y vulnerabilidad, se reduce la posibilidad de un acceso pleno a los métodos anticonceptivos,¹⁰ con lo cual se vulnera su derecho a controlar y decidir libremente su fecundidad.

Lo anterior se ve reflejado en el bajo porcentaje de mujeres indígenas en edad fértil unidas que usan métodos anticonceptivos, pues aún en 2009 estaban muy alejadas de la prevalencia estimada a nivel nacional en 1997 (véase cuadro 3), aunque cabe mencionar que ha sido en esta población donde se logró un mayor incremento.

La prevalencia anticonceptiva de mujeres en edad fértil unidas (MEFU) indígenas es menor en cualquier grupo de edad respecto de la prevalencia para las mujeres no indígenas en esta misma categoría. Si bien resalta que hubo un aumento en el porcentaje de adolescentes indígenas unidas que usan métodos anticonceptivos, en las no indígenas se observó un estancamiento al mantenerse casi el mismo porcentaje.

Por otra parte, las mujeres indígenas de mayor edad intensificaron el uso de métodos, particularmente a partir del grupo de 35 años. Una posible explicación de este hecho es, como se verá más adelante, el aumento en el uso de métodos anticonceptivos definitivos.¹¹

Tanto las mujeres en edad fértil unidas indígenas como no indígenas continúan sin planear la llegada del primer hijo, aunque en menor medida las indígenas; a pesar del aumento que hubo entre 1997 y 2009, sólo una de cada cinco y una de cada tres mujeres, respectivamente, hizo uso de algún método. En 2009, casi dos terceras partes de las indígenas hacen uso de anticonceptivos a partir del segundo hijo, mientras que en las no indígenas se protegen en ese mismo porcentaje pero a partir del primer hijo.

El porcentaje de uso de anticonceptivos por indígenas como por no indígenas aumenta conforme sube el nivel de escolaridad. Sin embargo, llama la atención que, en 2009, en las mujeres con secundaria o más de ambos grupos disminuyó el porcentaje. Otra situación notable es la brecha entre las indígenas y no indígenas sin escolaridad, que aumentó de 19.0 a 25.5 puntos porcentuales.

Por otro lado, las mujeres en edad fértil unidas indígenas como no indígenas que trabajan son las que presentan mayor porcentaje de uso con respecto a las que no lo hacen.

¹⁰ El uso de métodos anticonceptivos ha influido de manera importante en la disminución de la fecundidad y tiene el potencial de ser uno de los medios por el cual las personas ejerzan el derecho a controlar su fecundidad y planear proyectos de vida acordes a sus necesidades individuales, de pareja y de familia.

¹¹ En 2009 se estimó que más del 57 por ciento de las mujeres que usan métodos anticonceptivos comprende aquellas que eligen métodos definitivos como la OTB y la vasectomía.

Cuadro 3.
Prevalencia anticonceptiva de mujeres en edad fértil unidas,
según condición de habla de lengua indígena, 1997 y 2009

Características seleccionadas	Total		Habla de Lengua indígena		No hablantes de lengua indígena	
	1997	2009	1997	2009	1997	2009
Total	68.4	72.5	48.3	58.3	70.2	73.5
Grupos de edad						
15-19	45.0	44.7	30.5	32.2	46.7	45.8
20-24	59.2	62.9	38.3	45.5	61.2	64.2
25-29	67.7	66.5	51.8	51.5	68.9	67.5
30-34	75.4	73.1	56.6	61.5	76.8	73.8
35-39	76.1	80.2	60.7	67.7	77.4	81.1
40-44	74.5	81.1	53.7	70.1	76.4	81.8
45-49	61.2	74.8	32.5	58.0	64.2	75.9
Paridez						
Cero	23.7	29.9	11.2	20.9	24.8	30.3
Uno	59.8	59.4	42.1	42.6	60.8	60.2
Dos	75.4	78.3	55.9	60.5	76.5	79.1
Tres	80.5	84.9	56.2	72.2	82.1	85.6
Cuatro años y más	70.3	77.8	50.0	61.1	73.3	80.4
Escolaridad						
Sin escolaridad	47.8	60.5	34.8	43.3	53.8	68.8
Primaria incompleta	61.2	67.3	49.5	59.9	63.1	68.7
Primaria completa	69.6	71.3	54.8	61.7	70.6	72.2
Secundaria y más	74.8	74.4	67.2	63.7	75.0	74.7
Trabaja						
No	66.5	70.6	46.4	57.4	68.1	71.6
Si	71.6	76.1	51.0	61.3	73.7	76.8

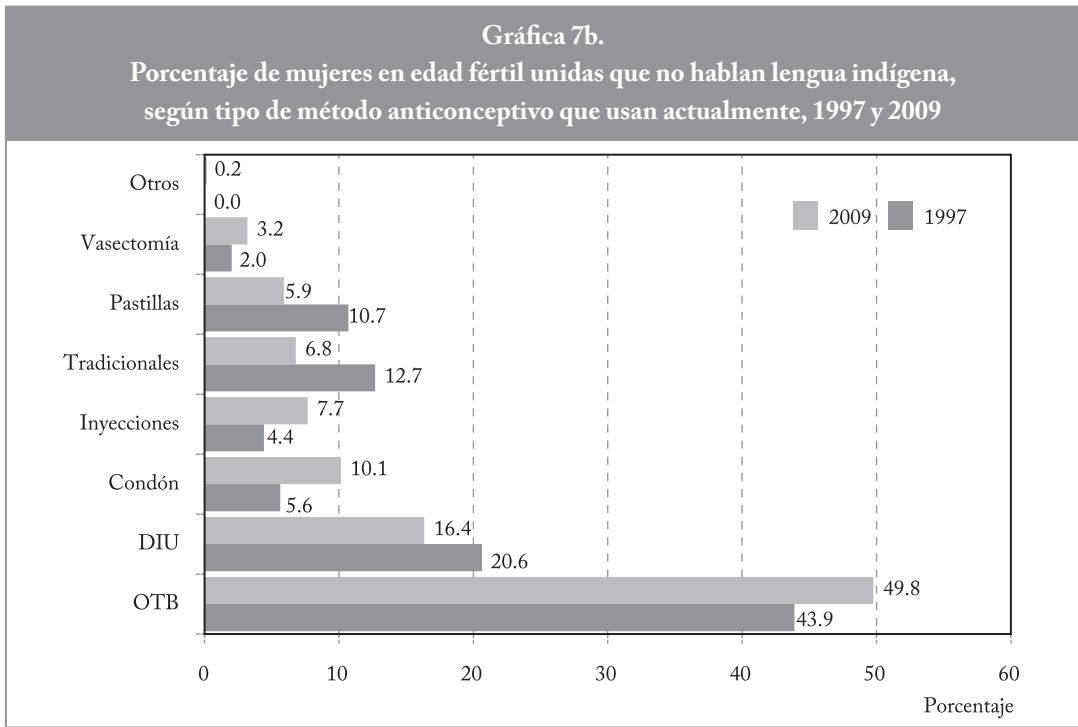
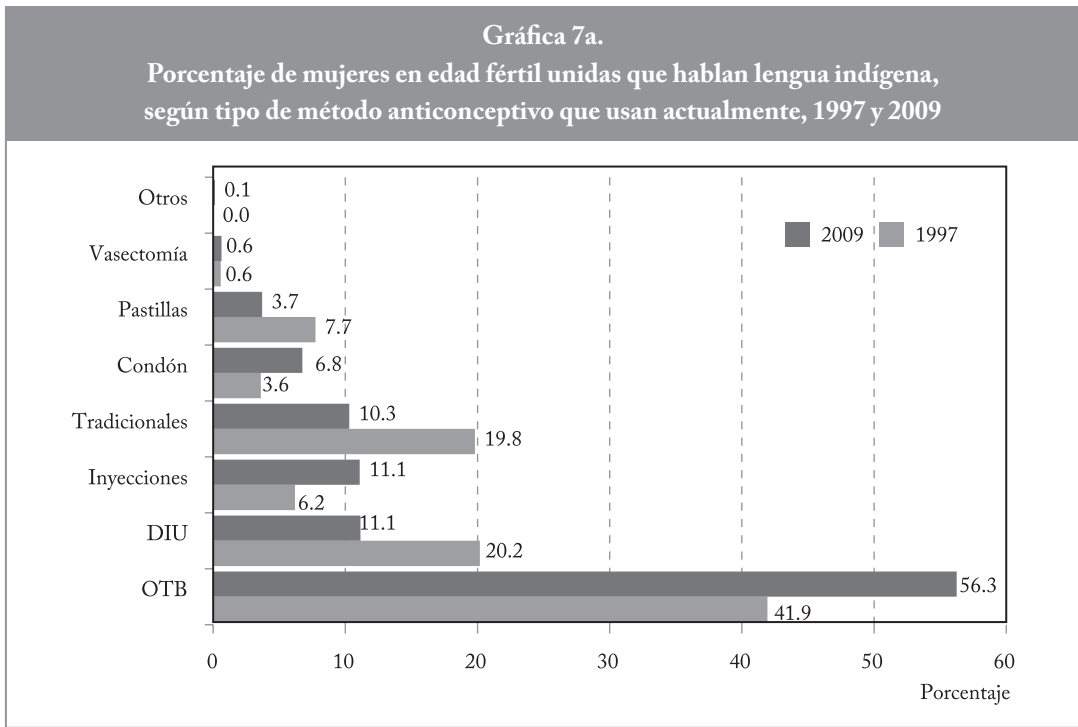
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica de 1997 y 2009.

Método anticonceptivo que usan actualmente

En general, se observa que el método más utilizado es la Oclusión Tubaria Bilateral (OTB), tanto por mujeres en edad fértil unidas indígenas como no indígenas, pero entre 1997 y 2009 se incrementó en mayor medida en las indígenas, rebasando el porcentaje de uso que presentan las no indígenas (véanse gráficas 7a y 7b).

Las MEFU indígenas recurren al uso del DIU en segundo lugar (aunque se reduce a casi la mitad el porcentaje durante el periodo de estudio) y a las inyecciones. En el caso de las no indígenas, también el DIU es el segundo método que más emplean. En tercer lugar, las indígenas continúan utilizando métodos tradicionales,¹² sólo que en 1997 dos de cada diez mujeres los usaban y en 2009, una de cada diez mujeres lo hacía; en el caso de las no indígenas, éstas se inclinaron por el uso del preservativo o condón masculino en tercer lugar.

¹² Los métodos tradicionales son el ritmo, calendario o abstinencia periódica, y retiro o coito interrumpido.



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica de 1997 y 2009.

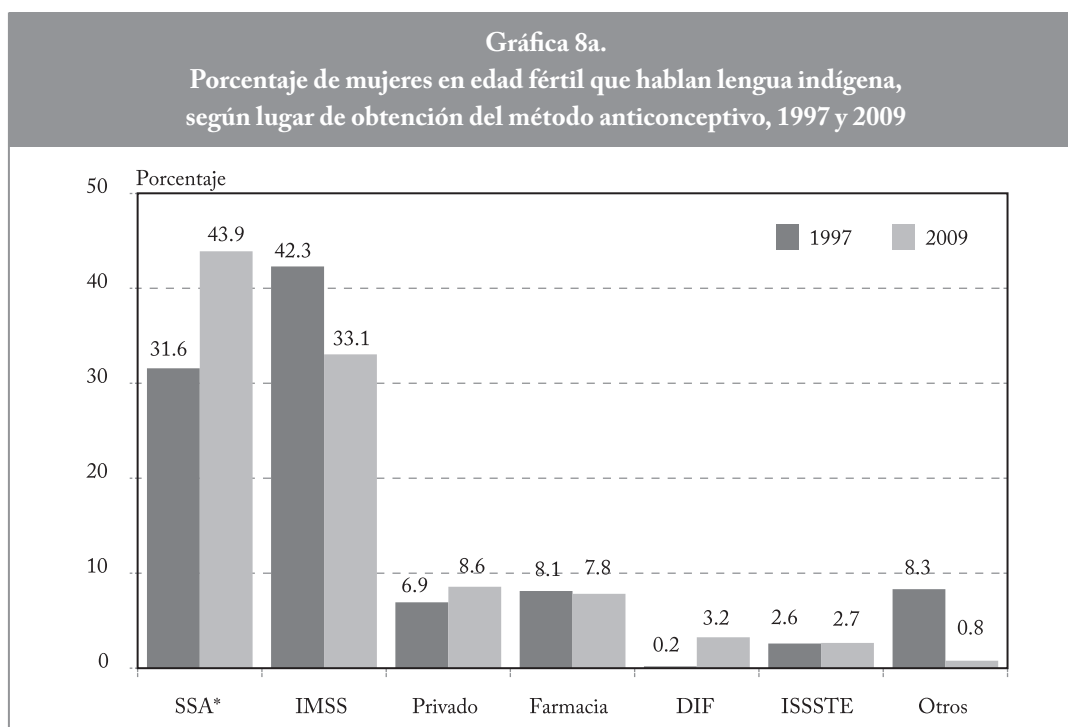
Lugar de obtención de métodos anticonceptivos

En 1997, las mujeres indígenas en edad fértil unidas obtenían los métodos anticonceptivos principalmente en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el cual, en 2009, pasó a ser la segunda institución con más demanda de anticonceptivos; en ese mismo año la Secretaría de Salud, a través del programa Seguro Popular, se convirtió en la primera institución con más solicitudes. En el periodo de estudio, las MEFU no indígenas acudieron en primer lugar al IMSS, en segundo a la Secretaría de Salud, la cual elevó el porcentaje de mujeres que demandaron anticonceptivos y, en tercer lugar, al igual que las indígenas, los obtuvieron de hospitales privados (véanse gráficas 8a y 8b).

Necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos

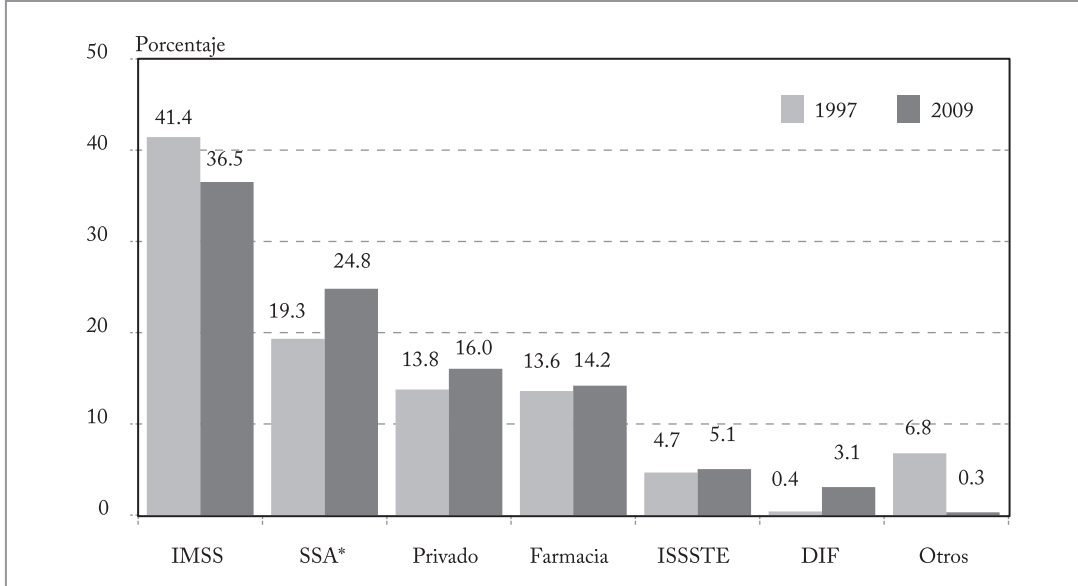
Entre 1997 y 2009, a nivel nacional se estimó que el porcentaje de mujeres en edad fértil unidas con necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos¹³ (NIA) disminuyó de 12.1 a 9.8. Al analizar la información de acuerdo a la condición de habla de lengua indígena, se observa que el indicador continúa elevado, sobre todo en las indígenas, aunque pasó de 25.8 a 21.5 por ciento, siendo además dos veces mayor al porcentaje estimado en no indígenas (11.0 en 1997 y 9.0 en 2009).

Al considerar algunas características socio-demográficas de las MEFU indígenas, se aprecia que la NIA aumenta considerablemente en las adolescentes, de 43.6 por ciento en 1997 disminuyó a 40.5 por ciento en 2009, además de ser el grupo con mayor necesidad respecto a los demás. Destaca que las mujeres con un hijo fueron las que también tuvieron la mayor necesidad insatisfecha y continúa relativamente igual



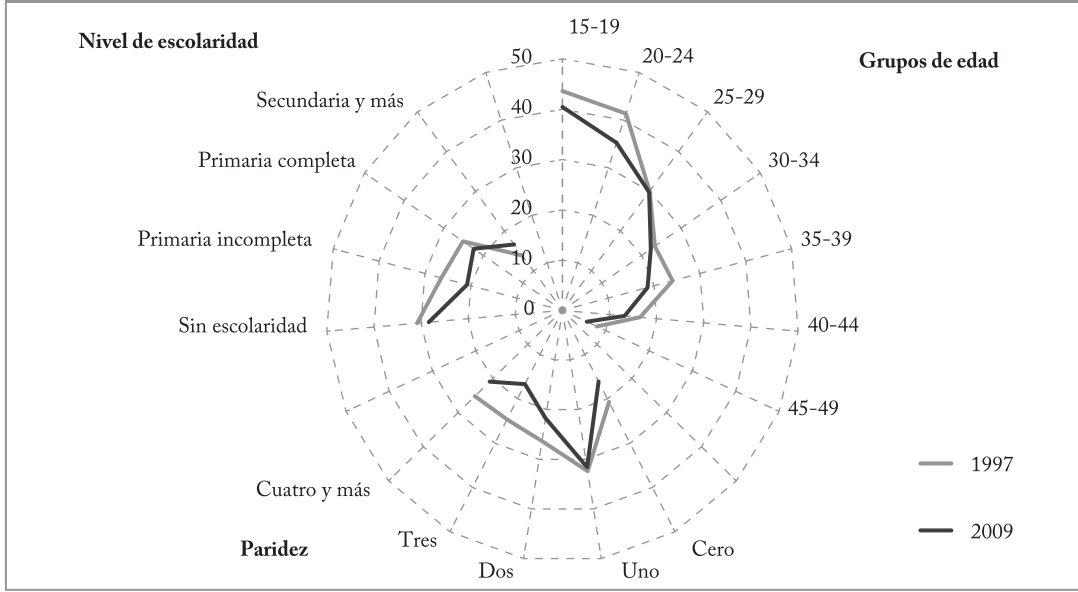
¹³ Se refiere a aquellas mujeres que se encuentran expuestas a un embarazo y que no hacen uso de métodos anticonceptivos a pesar de su deseo expreso de querer espaciar o limitar su descendencia.

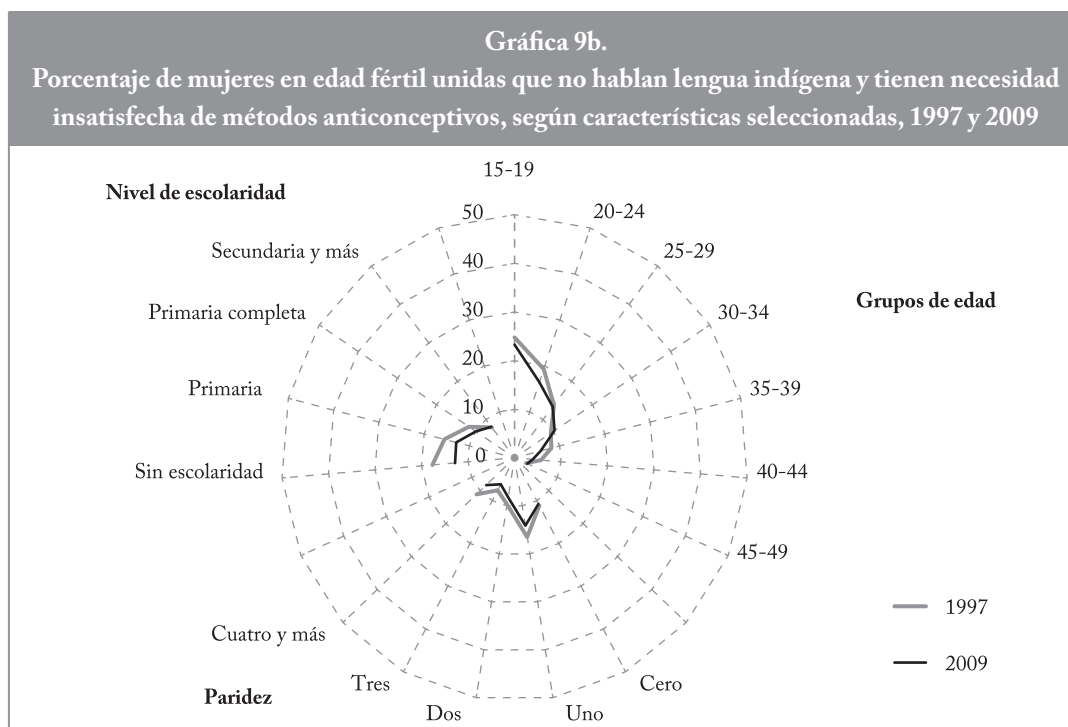
Gráfica 8b.
Porcentaje de mujeres en edad fértil que no hablan lengua indígena, según lugar de obtención del método anticonceptivo, 1997 y 2009



*Incluye el Programa de Seguro Popular.
 Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica de 1997 y 2009.

Gráfica 9a.
Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas que hablan lengua indígena y tienen necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos, según características seleccionadas, 1997 y 2009





Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica de 1997 y 2009.

(una de cada tres demandó métodos anticonceptivos tanto en 1997 como en 2009). Otro grupo en similar situación fue el de las mujeres sin escolaridad, cuyos porcentajes pasaron de 30.8 en 1997 a 28.4 en 2009 (véase gráfica 9a).

En cuanto a las mujeres en edad fértil unidas no indígenas se distingue que, al analizarlas por características seleccionadas, los mismos grupos de mujeres presentaron la mayor necesidad insatisfecha aunque en porcentajes menores. En las adolescentes el porcentaje fue de 24.7 en 1997 y de 23.3 en 2009; en las mujeres con un hijo descendió de 16.5 a 14.1, respectivamente; y en las mujeres sin escolaridad bajó de 17.7 a 12.8. Pero además, en 2009 el porcentaje de MEFU con primaria incompleta con necesidad insatisfecha no varió con respecto a las que no cuentan con nivel de escolaridad alguno (véase gráfica 9b).

Atención materna

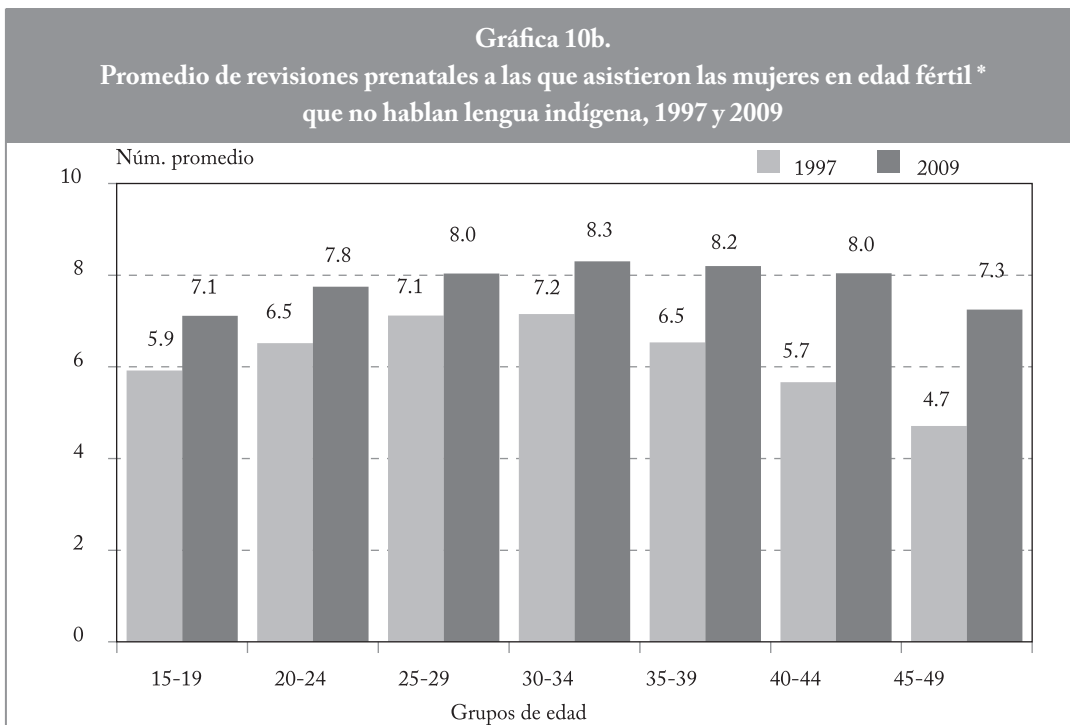
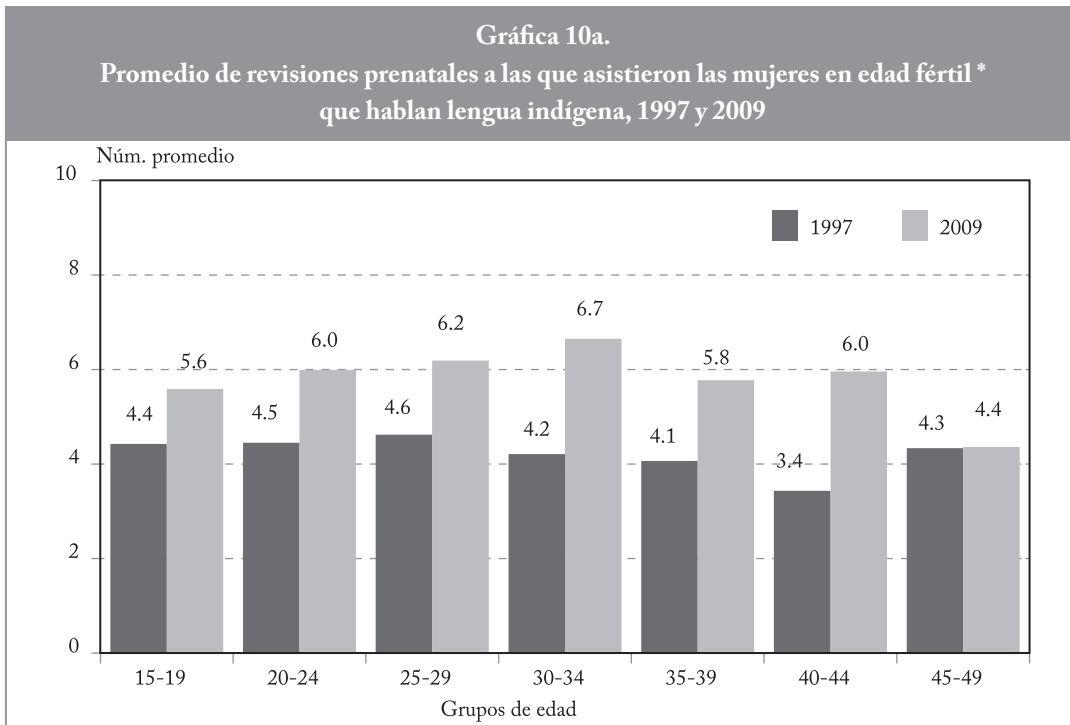
El enfoque de la salud reproductiva da un alto valor al derecho de hombres y mujeres a regular su fecundi-

dad en forma segura y efectiva, a cursar un embarazo y parto sin riesgos para la salud, a tener y criar hijos saludables, a comprender y disfrutar su propia sexualidad, y a permanecer libres de enfermedad, incapacidad o muerte asociada con el ejercicio de la sexualidad y la reproducción (CONAPO, 2000).

En ese sentido, la atención prenatal ha sido una estrategia para detectar complicaciones de manera oportuna, además de ser una intervención eficaz para promover la salud de la madre y del recién nacido. A nivel nacional, desde 1997 el número promedio de revisiones prenatales cumplía con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana,¹⁴ con 6.5 revisiones en promedio; doce años después, la cifra se incrementó a 7.8.

En el caso de las mujeres indígenas en edad fértil, en 1997 acudían en promedio a 4.3 revisiones y para 2009 aumentaron casi a dos más, esto es, a 6.1 revisiones en promedio, apenas superando lo establecido en la Norma. En tanto que las MEF no indígenas desde 1997 ya asistían en promedio a 6.7 revisiones, en 2009 se detectó

¹⁴ La Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido establece que la mujer debe recibir un mínimo de cinco consultas prenatales.



* Mujeres en edad fértil que tuvieron hijos nacidos vivos en los cinco años previos al levantamiento de cada encuesta.
 Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica de 1997 y 2009.

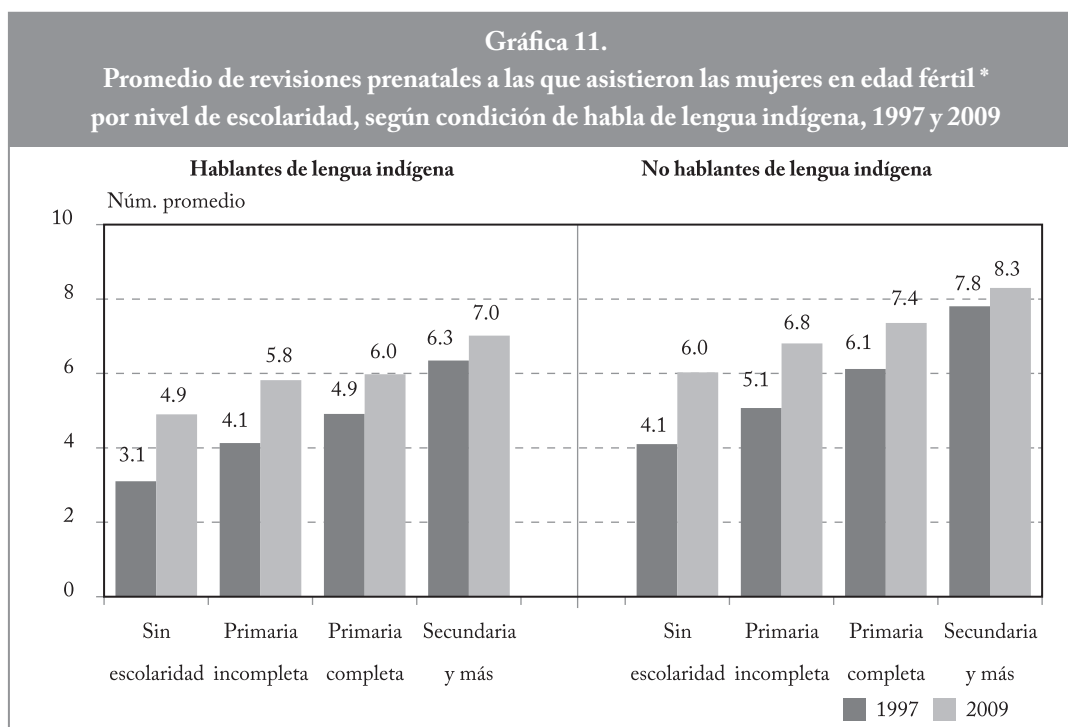
que acudieron casi inmediatamente después de saberse embarazadas, con un promedio de 8.0 revisiones.

Al analizar la asistencia a revisiones prenatales por grupos de edad de las mujeres indígenas, se observa que, en 1997, en general las mujeres casi no asistían a revisiones durante el embarazo, doce años después apenas se logró superar el número de revisiones establecido en la Norma (véanse gráficas 10a y 10b), siendo las mujeres de entre 30 y 34 años las que alcanzan la mayor cifra.

Mientras que en 1997 las mujeres no indígenas de 45 a 49 años registraban un número promedio menor a las cinco revisiones, para 2009 sólo las adolescentes y

las mujeres de 45 a 49 reportaron una revisión menos respecto a los demás grupos de edad (siete revisiones en promedio contra ocho, de manera respectiva).

Nuevamente se corrobora que el nivel de escolaridad es un factor que influye para que las mujeres acudan a las revisiones prenatales. En la gráfica 11 se muestra cómo aumenta el número promedio de revisiones conforme se incrementa la escolaridad de las MEF tanto indígenas como no indígenas. Entre 1997 y 2009 fue claro el aumento de casi dos revisiones más en promedio tanto en las indígenas sin escolaridad como en las que tenían primaria incompleta, mientras que en las mujeres con



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica de 1997 y 2009.

primaria completa o con secundaria y más el incremento fue de tan sólo una revisión más en promedio.

En el caso de las no indígenas, el comportamiento no varió con respecto a las indígenas en los diferentes grados de escolaridad. Cabe destacar que la concentración de infraestructura y recursos médicos en áreas urbanas ha contribuido a la dispersión de la atención y cobertura de servicios de salud, misma que no llega a la población indígena que se localiza principalmente en zonas rurales (CDI-PNUD, 2010).

Agente que atiende el parto

Entre las medidas para prevenir riesgos de muerte o enfermedad tanto de la mujer como del niño se encuentra la atención del parto por personal calificado,¹⁵ es decir, por un médico, además de contar con todos los servicios en caso de emergencia.

¹⁵ A partir de 2008, el Gobierno Federal estableció el *Programa Embarazo Saludable* a nivel nacional, por medio del cual se asegura en todo momento la incorporación al Seguro Popular de todas aquellas mujeres con diagnóstico de embarazo y al momento del parto.

A nivel nacional, en 1997 se estimó que 84.2 por ciento de las mujeres era atendido por un médico, 11.9 por ciento, por una partera, 2.2 por ciento, ella sola o por otra persona, y 1.7 por ciento, por una enfermera o una auxiliar. En 2009 se logró que 94.0 por ciento de las mujeres contara con la atención de un médico, lo que implicó la disminución del porcentaje de mujeres atendidas por una partera a 4.0, en tanto que 1.5 por ciento contó con una enfermera o auxiliar y disminuyó a 0.6 por ciento en las mujeres que estuvieron solas durante el proceso de parto.

En el caso de las indígenas, todavía en 2009 una tercera parte careció de la atención de un médico y

una de cada cuatro acudió a una partera; cabe destacar que en ese mismo año casi la mitad de las mujeres indígenas sin escolaridad recurrió a una partera y aumentó el porcentaje de atendidas por un médico conforme ellas tenían un mayor nivel de escolaridad; sólo es hasta que cuentan con secundaria o más que disminuye drásticamente el porcentaje de mujeres que utilizó a una partera (véase cuadro 4).

Esta situación contrasta con la atención que recibieron las mujeres no indígenas, ya que en 2009 casi todas contaron con la atención de un médico y sólo las mujeres sin escolaridad presentaron el mayor porcentaje que fue asistido durante el parto por una partera.

Cuadro 4.
Distribución porcentual de la mujeres en edad fértil por grupos de edad y nivel de escolaridad de acuerdo al tipo de agente que la atendió durante el parto, según condición de habla de lengua indígena, 1997 y 2009

Característica seleccionada	Médico		Enfermera/auxiliar		Partera		Ella sola/otro	
	1997	2009	1997	2009	1997	2009	1997	2009
Hablantes de Lengua indígena	45.6	70.4	3.9	2.3	40.0	25.0	10.5	2.3
Edad de la madre al momento del nacimiento								
12-19	48.1	68.8	3.6	3.5	39.0	26.1	9.4	1.6
20-34	46.2	72.2	4.0	1.5	39.6	24.5	10.2	1.8
35-49	40.8	64.2	3.8	4.4	42.6	26.2	12.8	5.2
Nivel de escolaridad								
Sin escolaridad	27.3	46.4	3.7	4.0	51.2	47.6	17.8	2.0
Primaria incompleta	42.9	64.3	4.3	2.8	42.7	29.9	10.2	3.0
Primaria completa	51.4	72.5	5.1	1.0	36.7	24.4	6.9	2.1
Secundaria y más	80.2	86.2	1.3	1.9	16.1	9.7	2.4	2.1
No hablantes de Lengua indígena	88.0	95.7	1.5	1.4	9.1	2.4	1.4	0.4
Edad de la madre al momento del nacimiento								
12-19	86.0	95.1	1.9	1.7	11.0	2.9	1.2	0.4
20-34	88.9	96.0	1.3	1.4	8.5	2.3	1.3	0.3
35-49	84.7	95.1	1.7	1.2	11.1	2.7	2.5	1.1
Nivel de escolaridad								
Sin escolaridad	63.7	76.9	2.3	4.1	28.1	16.1	6.0	2.9
Primaria incompleta	72.4	87.2	2.5	1.7	21.7	9.3	3.4	1.8
Primaria completa	86.0	93.1	2.1	1.9	10.8	4.2	1.1	0.8
Secundaria y más	96.4	97.8	0.8	1.2	2.4	0.9	0.4	0.1

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica de 1997 y 2009.

Conclusiones

El diagnóstico presentado en este trabajo analiza algunas de las variables determinantes en la calidad de la salud sexual y reproductiva de las mujeres. La actualización en general de los diferentes indicadores demográficos, en particular los de salud sexual y reproductiva, de las mujeres hablantes de lengua indígena es importante porque muestra cambios en la conducta reproductiva y sexual de un grupo de la población tradicionalmente vulnerable.

La población indígena, en especial las mujeres, ha tenido un mayor acceso a la educación que en el pasado, sin embargo, persisten desigualdades con respecto a las mujeres no indígenas.

Entre 2000 y 2010, la participación de las mujeres indígenas en el mercado laboral disminuyó, mientras que aumentó el porcentaje que se dedica a los quehaceres domésticos. Esto implica que debe haber mujeres indígenas que al dejar de formar parte de un trabajo formal, pierden la protección de sistemas de salud como el IMSS o el ISSSTE, en posible detrimento de acceso a tratamientos médicos, así como a métodos anticonceptivos. Sin embargo, la creación y puesta en marcha del Seguro Popular benefició principalmente a la población indígena, en particular, a todas aquellas mujeres que carecen de un empleo formal.

En lo que respecta al número ideal de hijos, las mujeres indígenas presentaron en 2009 un ideal casi igual al que reportaban en 1997, en ambos casos es más alto que el estimado para las no indígenas. Otra situación que coloca a las mujeres indígenas en una posición de mayor vulnerabilidad es el hecho de que tuvieron su primera relación sexual a una edad más temprana que las no indígenas.

Cabe agregar que las indígenas no sólo reportan haber iniciado su vida sexual más jóvenes, sino que comenzaron a usar métodos anticonceptivos casi dos años después de haber tenido a su primer hijo, en tanto que las no indígenas comienzan a protegerse casi en el mismo año de haber tenido a su primer hijo. Las mujeres indígenas presentaron mayores rezagos en el uso de métodos anticonceptivos, lo que se refleja en una necesidad insatisfecha más elevada que la mostrada por las no indígenas, en especial en las adolescentes.

El análisis por condiciones sociodemográficas sugiere que elevar el nivel de educación formal de las mujeres indígenas implica que ellas tengan mayor acceso a la información, así como mayor capacidad para ejercer sus derechos. Sin embargo, los datos también indican que la falta de acciones de programas de salud reproductiva y de estrategias de planificación familiar comienzan a afectar de manera negativa el uso de métodos anticonceptivos en mujeres con escolaridad de secundaria y más.

Finalmente, podemos concluir que las revisiones médicas a las que acuden las mujeres embarazadas indígenas apenas sobrepasa lo establecido por la Norma Mexicana. El aumento en el número de revisiones prenatales pudiera estar relacionado con el incremento de embarazos atendidos por un médico, en especial de las mujeres con mayores niveles educativos. A pesar de este incremento, la importancia de las parteras sigue siendo notoria al atender alrededor de uno de cada cuatro partos de mujeres indígenas.

Si bien es cierto que la mayoría de los indicadores presentados en este documento mejoran para las mujeres indígenas entre 1997 y 2009, se sigue observando que, en este país, ser hablante de lengua indígena representa una condición de vulnerabilidad, situación que debe abatirse mediante el refuerzo de políticas y programas públicos, sin dejar de lado el respeto a su identidad, sus tradiciones y sus costumbres.

Bibliografía

- CONAPO (2008), *Programa Nacional de Población 2008-2012. Por un cambio demográfico a favor del desarrollo*. México.
- (2011), *Perfiles de Salud Reproductiva*. República Mexicana, México.
- Fernández Patricia, Juan Enrique García y Diana Esther Ávila (2002), “Estimaciones de la población indígena en México” en *La situación demográfica de México 2002*, CONAPO, México, pp. 169-182.
- González Montes, Soledad (Coord.) (2003), *Salud y derechos reproductivos en zonas indígenas de México*. Memoria del seminario de investigación.
- INMUJERES (2006), *Las mujeres indígenas de México: su contexto socioeconómico, demográfico y de salud*, México.
- Loggia Gago, Silvia (2006), “Salud y derechos sexuales y reproductivos en los pueblos indígenas” en *Foro Nacional: Las políticas de población en México. Programa Nacional de Población 2008-2012: Debates y propuestas*. CONAPO, México, pp. 241-249.
- ONU México (2011), *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de Avances 2010*, México.
- Stern, Claudio *et al.* (2012), *El ‘problema’ del embarazo en la adolescencia*. Colmex, México.
- Tinoco Ojanguren, Rolando (2006), “Sexualidad y salud reproductiva en los programas de educación y comunicación con pueblos indígenas” en *Foro Nacional: Las políticas de población en México. Programa Nacional de Población 2008-2012 Debates y propuestas*. CONAPO, México, pp. 251-256.

