

Mujeres indígenas y su acceso a los derechos sexuales y reproductivos, 2009 y 2014

María Felipa Hernández, Eloina Meneses y Miguel Sánchez¹

Resumen

El artículo tiene por objetivo mostrar los avances en los principales indicadores relacionados con el ejercicio de la salud sexual y reproductiva de las mujeres de hogares indígenas, con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009 y 2014. La finalidad es proporcionar información para continuar con el diseño, evaluación y planeación de políticas públicas en poblaciones en condiciones de vulnerabilidad. El trabajo se desarrolla a partir de un análisis descriptivo del acceso que han tenido las indígenas a la educación y a los servicios de salud como factores indispensables para tener una salud sexual y reproductiva plena, al posibilitarles contar con mayor información sobre métodos anticonceptivos para prevenir embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, tanto en el inicio de la vida sexual como durante la vida reproductiva. Entre los resultados destaca la persistencia de fuertes problemas estructurales de tipo socioeconómico, marcados por un rezago importante en el nivel de educación de las indígenas, situación ligada, entre otros aspectos, a que a pesar de la expansión de la cobertura de afiliación a servicios de salud, éstos no ha sido suficientes para fomentar la prevención y/o planeación de embarazos o de adquirir alguna infección de transmisión sexual.

Términos clave: mujeres en edad fértil indígenas, salud sexual y reproductiva, métodos anticonceptivos, necesidad insatisfecha, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID).

Introducción

Las características demográficas, así como las condiciones de vida económicas, sociales y culturales de las personas tienen una estrecha relación con su salud sexual y reproductiva (ssyr). Por un lado, determinan el uso y el acceso a los servicios de salud disponibles, y, por el otro, propician prácticas diferenciadas y de desigualdad en cuanto al acceso y a la atención de estos servicios en grupos de la población con características sociodemográficas particulares, como la población indígena.

En particular, la atención en materia de ssyr en las mujeres hablantes de lengua indígena representa un desafío complejo. En esta tarea se conjugan la mayoría de los factores que explican un menor acceso no solo a la ssyr, sino a la salud en general y a la educación. Dicho rezago tiene sus raíces en las condiciones precarias y marginadas en las que viven estos grupos poblacionales, y las barreras lingüísticas y culturales para acceder a los servicios de salud, donde, además, las mujeres indígenas están insertas en un conjunto de normas y costumbres que propician y aprueban el inicio temprano de la vida conyugal, al igual que de la maternidad. Entre ellas existen fuertes restricciones establecidas por los cónyuges, la familia y la comunidad sobre las decisiones relacionadas con su propio cuerpo y su salud reproductiva. En muchos casos, las mujeres indígenas dependen de la autorización de sus parejas para usar métodos anticonceptivos, para atender su salud en general, y para decidir el número y espaciamiento de sus hijos(as), entre otros (Espinosa, 2008).

¹ Dirección General de Estudios Sociodemográficos y Prospectiva, Consejo Nacional de Población (felipa.hernandez@conapo.gob.mx; eloina.meneses@conapo.gob.mx; miguel.castillo@conapo.gob.mx). Los autores agradecen a la C. Virginia Muñoz Pérez y a la C. Mitzi Ramírez Fragoso por la sistematización de la información para la elaboración de los cuadros y las gráficas que integran el presente artículo.

La ralentización del acceso a la salud sexual y reproductiva que se experimenta a nivel nacional hace todavía más necesario que se refuercen proyectos o programas sobre todo en grupos que tradicionalmente han presentado poco acceso a dichos servicios, como es el caso de la población indígena. A pesar de las acciones llevadas a cabo por el Gobierno Federal en cuanto a salud y educación en pro de mejorar la calidad de vida de este grupo de población, aún se perciben áreas de oportunidad. Es claro que todavía **prevalecen problemas estructurales**, como la baja escolaridad, el poco acceso y la insuficiente calidad en los servicios de salud para brindarle atención integral, lo que se refleja en el inicio de la reproducción a una edad temprana, acompañada de un bajo uso de métodos anticonceptivos y una mayor necesidad insatisfecha² de éstos, que derivan en altas tasas de fecundidad y menores oportunidades de desarrollo para estas mujeres y sus familias.

Dentro de este contexto, el presente estudio tiene como objetivo analizar la situación de las mujeres indígenas en cuanto a acceso a la educación y los servicios de salud como factores clave en la ssyr, así como identificar rezagos en esta materia que permitan focalizar acciones y diseñar políticas públicas dirigidas a mejorar las condiciones de vida de dicha población.

Para tener un mejor acercamiento a las características sociodemográficas de la población indígena, se han desarrollado metodologías que buscan hacer una identificación adecuada del conjunto de la misma, que por sus costumbres o tradiciones se encuentra sujeta a normas sociales y estructurales que condicionan su acceso a la salud reproductiva. Una de las formas de aproximarse a este grupo ha sido a través del criterio de la autoadscripción, que si bien capta la identidad de las personas que sienten pertenecer a un grupo, cultura o tradiciones con las que se identifican, podría ser un tanto subjetiva, difícil de delimitar y cuantificar; asimismo, tal metodología está sujeta a una dinámica de cambio social cotidiano que difícilmente refleja el sentido de pertenencia e identidad.

² La necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos se refiere a la proporción de mujeres expuestas a un embarazo que no hacen uso de algún método anticonceptivo, no obstante su deseo expreso de limitar o espaciar sus nacimientos.

Mediante el criterio lingüístico se ha obtenido una mejor aproximación al volumen de población, basada en el supuesto de que la preservación de la lengua indígena constituye una mejor representación entre la larga serie de costumbres, valores y prácticas cotidianas que pueden definir a los grupos étnicos (CONAPO, 2001). Sin embargo, este criterio puede dejar fuera a población que ya no conserva su lengua, pero que desciende directamente de indígenas, y que, por tanto, guarda costumbres y tradiciones que delimitan sus condiciones de vida.

Para fines de esta investigación, se estimó a la población indígena mediante la aproximación metodológica³ constituida por el manejo sistemático de los hogares como unidad de análisis en vez del individuo, bajo la consideración de que el hogar permite una observación más comprehensiva de algunos fenómenos sociales, en este caso la pertenencia a los grupos étnicos, considerando como indígenas a todos los integrantes del hogar que guardan algún parentesco con el jefe(a) o su cónyuge, y en donde estos últimos hablan algún dialecto, agregando a los hablantes de lengua indígena (HLI) que son integrantes de hogares donde ni el jefe ni su cónyuge hablan lenguas indígenas.

Bajo dicha construcción, entonces, se considerará como mujer indígena a toda aquella que resida en hogares y guarde algún parentesco con el jefe(a) o cónyuge que hablan lengua indígena, aunque ella no la hable, además de las HLI en hogares donde el jefe o cónyuge no son HLI. Esta identificación de mujeres indígenas en edad fértil se realiza, como ya se mencionó, con la finalidad de evitar la selectividad que puede provocar incluir solo a las mujeres HLI (CONAPO, 2001), ya que se ha visto que las generaciones más jóvenes dejan de hablar la lengua indígena para inser-

³ Se han construido diferentes procedimientos de estimación de la población indígena. Uno es considerar únicamente a los hablantes de alguna lengua autóctona, monto poblacional que debe considerarse solo como límite inferior del número de indígenas que habitan nuestro país (CONAPO, 2001). Por otra parte, la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) considera población indígena a todas las personas que forman parte de un hogar indígena, donde el jefe(a) del hogar, su cónyuge y/o alguno de los ascendientes (madre o padre, madrastra o padrastro, abuelo(a), bisabuelo(a), tatarabuelo(a), suegro(a)) declaró ser hablante de lengua indígena; además incluye a personas que declararon hablar alguna lengua indígena y que no forman parte de estos hogares (CDI, 2015).

tarse en la educación formal y la vida laboral, pero conservan la influencia de costumbres y tradiciones que son preponderantes en las prácticas y acceso a la salud sexual y reproductiva.

Este trabajo parte de un análisis descriptivo del contexto social y demográfico de las mujeres indígenas –destacando el acceso que han tenido a la educación y a los servicios de salud–, así como de aspectos de la ssyr tales como: la condición de actividad sexual, el uso de métodos anticonceptivos, el tipo de método anticonceptivo utilizado, el lugar de obtención del anticonceptivo, la calidad del servicio al obtener el anticonceptivo, la necesidad insatisfecha y, finalmente, la fecundidad y la condición de planeación y deseo del último hijo nacido vivo. El universo de estudio son las mujeres en edad fértil⁴ indígenas (MEFI) y las mujeres en edad fértil no indígenas (MEFNI), grupos entre los cuales se realizan comparaciones con el fin de identificar las brechas existentes. La fuente de información es la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2009 y 2014 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

Contexto demográfico y social de las mujeres indígenas

El comportamiento demográfico de la población femenina en edad fértil es un aspecto de sumo interés para el análisis de la fecundidad y la salud reproductiva. Asimismo, marca la pauta sobre las demandas de atención que habrán de enfrentar los servicios de salud; además, la estructura por edad es relevante para determinar las prácticas sexuales y las asociadas a la reproducción, pues las necesidades varían de una edad a otra y requieren de atención diferenciada.

De acuerdo con los resultados obtenidos a partir de la ENADID, entre 2009 y 2014 se observa un ligero aumento en el porcentaje de la población hablante de lengua indígena respecto al total de la población, pasando de 5.8 a 6.1. Al realizar la estimación de indígenas a partir de la conformación de hogares, los datos se incre-

mentan a 8.9 en 2009 y a 9.4 en 2014. En ambos años, la presencia relativa de mujeres indígenas es mayor respecto a los hombres (51.1 y 51.2%, respectivamente).

En 2009, el porcentaje de MEFI respecto al total de mujeres indígenas era de 50.8, el cual aumentó en 11.0 por ciento para 2014, ya que el peso relativo fue de 56.4 por ciento; en tanto que, del total de mujeres no indígenas, las MEFNI constituían en 2009 el 55.9 por ciento y para 2014, el 60.3 por ciento. Se puede apreciar que el incremento en este último grupo fue menor (7.9%), sin embargo, en ambos años de análisis la proporción de MEFNI es mayor respecto a la de las MEFI.

La distribución porcentual de los dos grupos de mujeres en edad fértil en 2014 se ilustra en la gráfica 1. Tanto en MEFI como MEFNI existe una proporción superior de adolescentes (15 a 19 años) y jóvenes (20 a 24 años), en mayor medida en las indígenas, donde ambos grupos acumulan 36.2 por ciento, y el de no indígena, 31.9 por ciento. Por otra parte, es menor el porcentaje de mujeres en edades adultas indígenas respecto a los no indígenas, sobre todo en las de 35 a 39 años y en las de 40 a 44 años. Por lo anterior, los servicios de salud deberán prever la atención para atender a todavía un número significativo de mujeres indígenas principalmente en la adolescencia y juventud, donde las demandas se centrarán en la atención de salud materno-infantil.

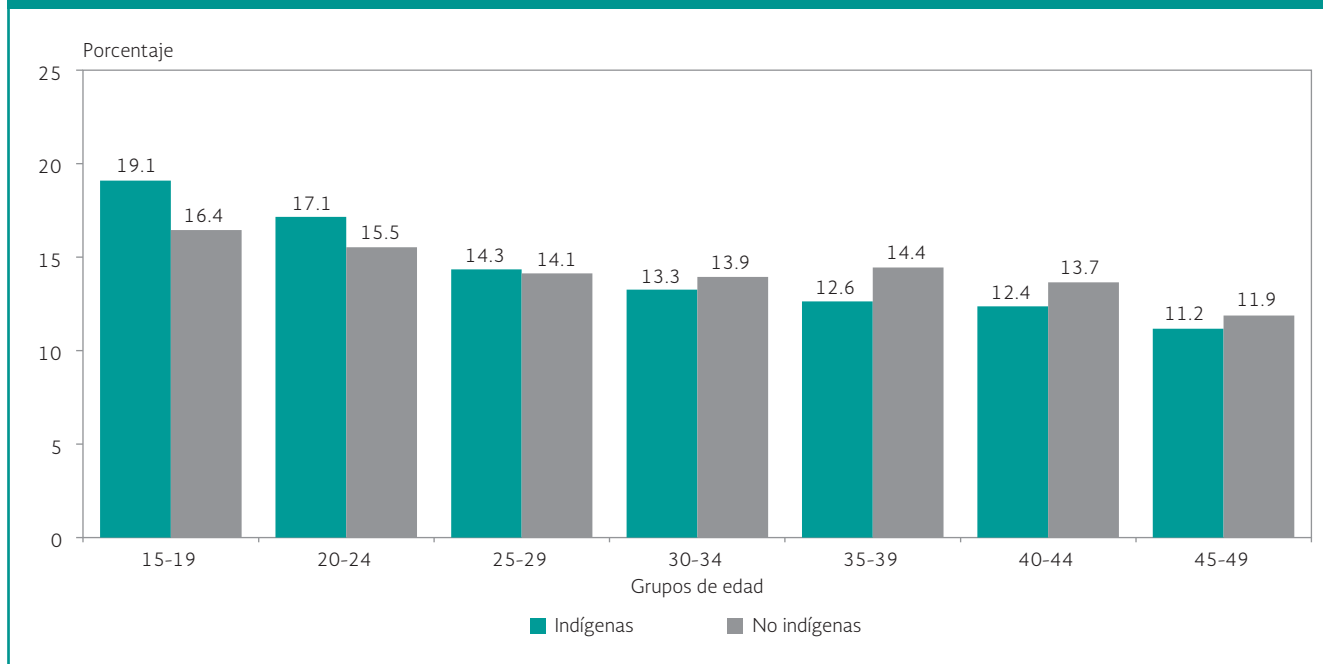
Acceso a la educación

Un elemento fundamental para lograr un cambio social hacia el desarrollo es la educación. En el caso de la población indígena, el derecho a la educación es la clave no solo como medio para salir de la exclusión y discriminación que ha sufrido históricamente, sino también como una vía para garantizar el pleno goce de otros derechos. Se ha demostrado que al incrementar el nivel de escolaridad de una población es posible obtener una mejora de la productividad, la reducción de la pobreza, la construcción de ciudadanía y la identidad, entre otros (UN, 2007).

El Estado es quien tiene la obligación de garantizar condiciones suficientes para asegurar, sin discriminación alguna, que todas las personas reciban una

⁴ Se considera mujeres en edad fértil a aquellas que tienen entre 15 y 49 años de edad.

Gráfica 1.
México. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil, por grupos de edad, según condición indígena, 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014.

educación de calidad, que se traduzca en asistencia y permanencia en la escuela hasta concluir la escolaridad obligatoria (INEE, 2012). De acuerdo con Ross y Jürgens Genevois (2006), la educación de calidad debe reconocer el pasado, ser de interés para el presente y tener una visión de futuro, por lo que debe reflejar la naturaleza dinámica de las culturas y lenguas y el valor de los pueblos, de una forma que promueva la igualdad y conduzca a un futuro sostenible.

En ese sentido, en México durante la última década se registraron avances importantes en términos de equidad de acceso a la educación básica, al implementarla como obligatoria, sin embargo, la escolaridad alcanzada por las MEFNI continúa por debajo del nivel presentado por las MEFNI e incluso de los hombres indígenas en ese mismo grupo de edad. Dicha información se corrobora en la gráfica 2, donde se aprecia que, a pesar del aumento de 8.6 puntos porcentuales de mujeres indígenas con secundaria y más ocurrido entre 2009 y 2014 (de 46.5 a 55.1%, respectivamente), y aunque descendió el porcentaje de mujeres indígenas

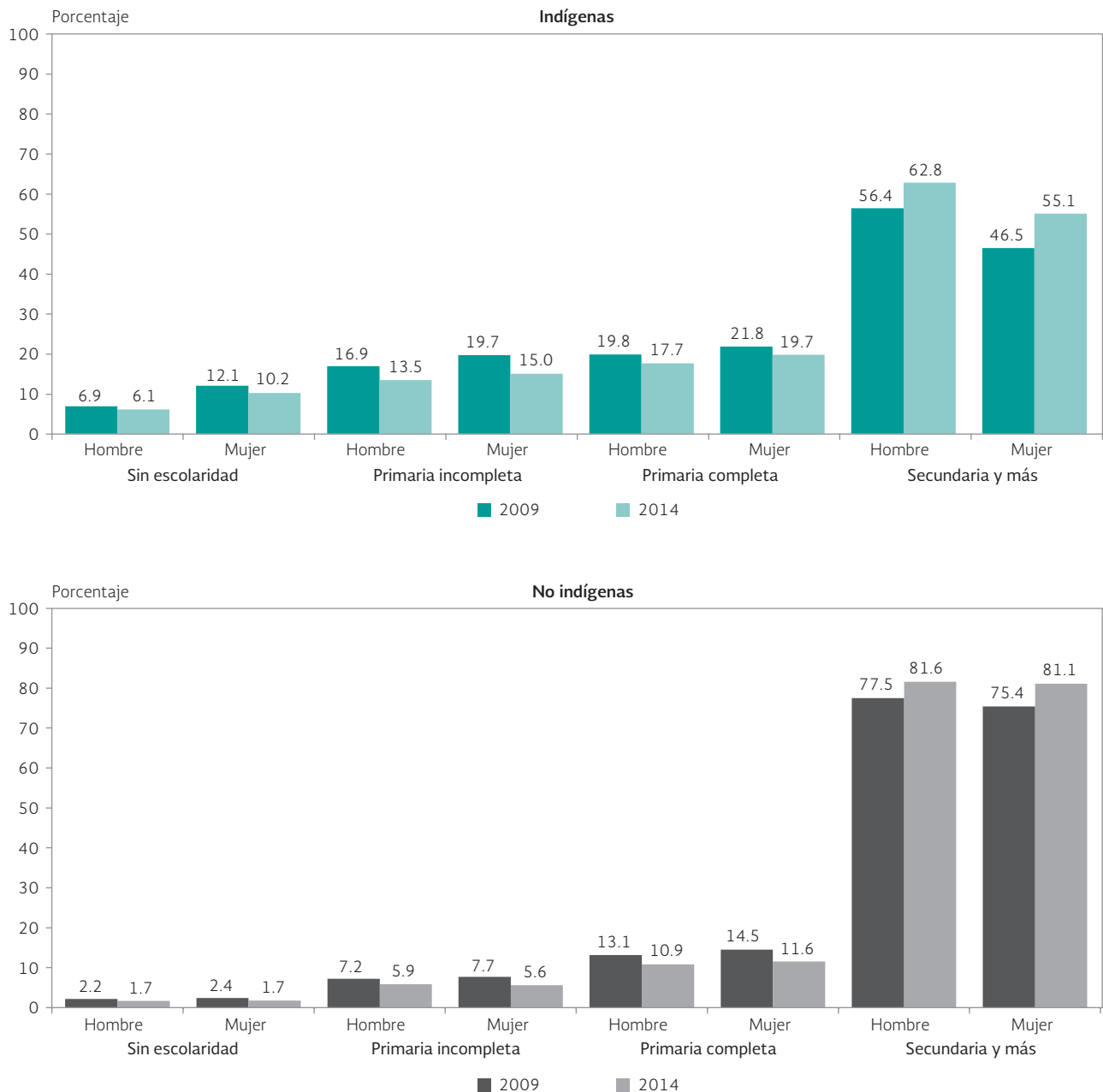
con primaria completa, todavía en 2014 una de cada diez no cuenta con instrucción formal.

Esta situación las continúa posicionando en desventaja respecto a los hombres indígenas del mismo grupo de edad, pues aunque ellos mostraron un incremento de menor medida en el porcentaje de quienes cuentan con secundaria y más (6.4 puntos porcentuales), pasaron de 56.4 a 62.8; solo 6.1 por ciento en 2014 se encontró sin escolaridad.

Al comparar con el nivel alcanzado por las MEFNI, se distingue que es 47.2 menor el porcentaje de MEFNI con secundaria y más en 2014, ya que desde 2009 dos terceras partes (75.4%) de las MEFNI ya contaban con secundaria y más, aumentando a 81.1 en 2014, casi igualando a la proporción de hombres no indígenas con secundaria y más. Asimismo, tanto en hombres como en mujeres no indígenas el porcentaje sin escolaridad es de 1.7.

Por otra parte, en el país la asistencia de mujeres adolescentes a la escuela es de 62.2 por ciento, descendiendo a 46.8 en el caso de las indígenas, en tanto

Gráfica 2.
México. Distribución porcentual de hombres y mujeres entre 15 y 49 años, por nivel de escolaridad, según condición indígena, 2009 y 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009 y 2014.

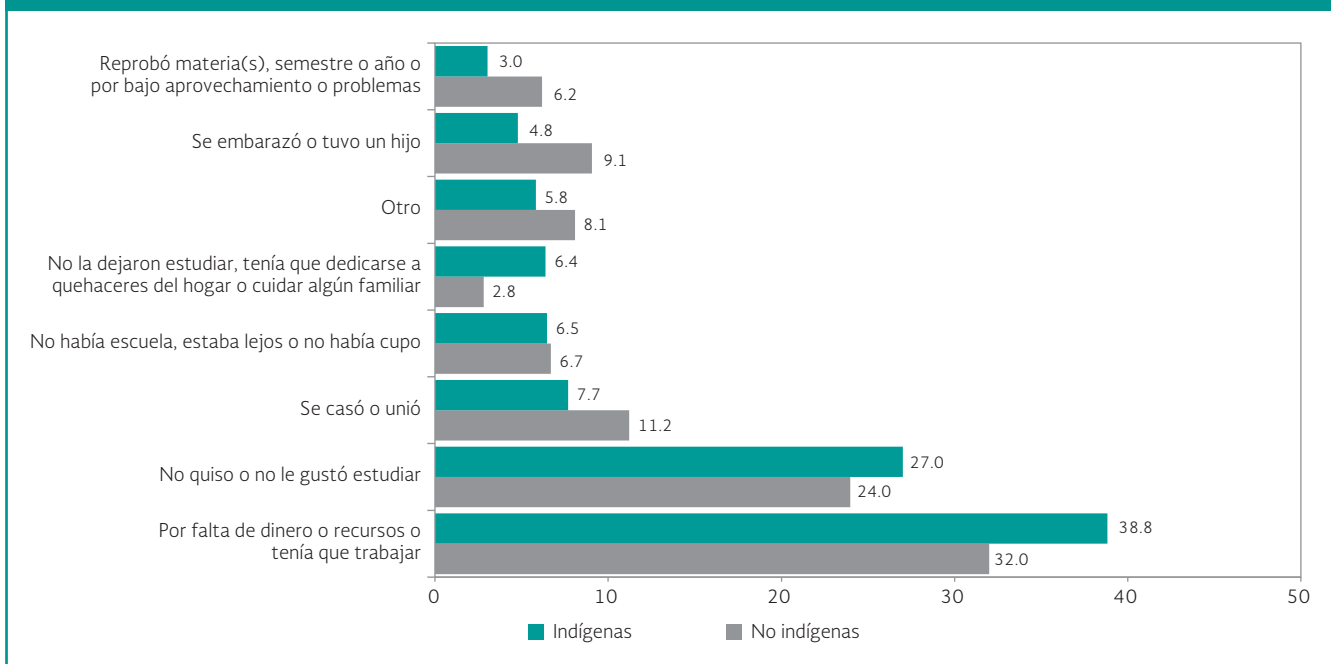
que en las no indígenas es de 63.9 por ciento. Asimismo, la edad mediana a la que las mujeres de 25 a 29 años dejaron de asistir a la escuela a nivel nacional fue a los 16.9 años, mientras que en las indígenas la mitad ya no asistió a los 14.9 años, lo que indica que en el supuesto de no haber reprobado ningún grado escolar, apenas si alcanzarían a completar el nivel de secundaria; en el caso de las no indígenas la edad es a los 17.1 años, lo cual significa que, a diferencia del grupo anterior, y bajo el mismo supuesto, todavía estudiarían dos años del nivel medio superior.

La razón principal por la cual las indígenas adolescentes dejaron de acudir a la escuela fue la falta de dinero o recursos (38.8%), lo que muestra las condiciones de desventaja y marginación que prevalecen en esta población; dicha situación también la experimenta gran parte de las no indígenas, aunque en menor proporción (32.0%) (véase gráfica 3). Otro motivo es que no les gusta estudiar, con 27.0 en las indígenas y 24.0 por ciento en las no indígenas. Casarse o unirse es la tercera razón, pero con mayor peso en las no indígenas

y si se acumula con las que se embarazaron o tuvieron un hijo, se incrementa en las no indígenas a 20.3 y en las indígenas a 12.5 por ciento. Cabe señalar que a 6.4 por ciento de las mujeres indígenas **no se le dejó estudiar** a fin de que se dedicara a los quehaceres del hogar o para cuidar a algún familiar; en el caso de las no indígenas este porcentaje es de 2.8.

Estos resultados nos muestran que persisten fuertes problemas estructurales de tipo socioeconómico, ya que existen brechas importantes entre los niveles de escolaridad que alcanzan las no indígenas respecto a las indígenas, y que una mayor proporción de mujeres indígenas abandona la escuela por no contar con dinero para estudiar o, peor aún, porque no le gustó el estudio. Tales datos indican que no es solo un tema de falta de cobertura y acceso a la educación, sino de oportunidades de desarrollo que se han brindado de manera limitada o diferenciada, y que han dejado de lado a los grupos más marginados, derivando en que no ha sido posible que todos los indígenas ejerzan plenamente el derecho a la educación.

Gráfica 3.
México. Distribución porcentual de mujeres adolescentes, por razones de abandono escolar, según condición indígena, 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014.

En el ámbito de la salud sexual y reproductiva, un mayor nivel de estudios proporciona los conocimientos para llevar prácticas con menos riesgos y, por lo tanto, una vida más plena, así como un mejor cuidado y atención a la salud tanto de los individuos como de sus familias. Se ha demostrado que un mayor nivel de escolaridad se vincula con un mayor y mejor conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, a la vez que con mejores prácticas para evitar el contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS); además, proporciona más elementos para decidir sobre el volumen de la descendencia y el momento de tenerla (Echarri, 2008).

Por lo anterior, se visibiliza que en los sectores más pobres y marginados se magnifican los problemas para acceder a la educación y más aún para que dicha educación sea de calidad, por lo que debe reforzarse el sistema de apoyos o becas que permitan la culminación de los estudios a nivel básico y superior. De igual manera, es preciso revisar los planes y programas educativos que, de acuerdo a las Naciones Unidas,⁵ deberían involucrar la participación de los indígenas, a fin de que se incluya su historia, sus conocimientos y técnicas, sus sistemas de valores y aspiraciones, ya sean sociales, económicas y culturales; en suma, brindarles una educación propia e inclusiva de su cultura y en su propio idioma, a fin de potenciar sus posibilidades de desarrollo, específicamente en materia de ssyr, coadyuvando así a reducir los riesgos asociados a un nivel de escolaridad insuficiente.

Acceso a la salud

Un factor más que resulta indispensable para el bienestar de la población es el derecho a la salud, el cual también se relaciona con el ejercicio de otros derechos, y que bajo el concepto de salud indígena trasciende la definición internacional aceptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS),⁶ ya que incorpora como elementos constitutivos la espiritualidad, lo colectivo

y la estrecha relación con el ecosistema de una manera holística (CEPAL, 2007).

Para atender a la salud como un derecho social, en México se creó el Seguro Popular,⁷ que es un seguro médico, público y voluntario que fomenta la atención oportuna a la salud a través de un mecanismo de protección del patrimonio familiar. Mediante este programa⁸ se logra la inclusión en los servicios de salud sobre todo de la población con mayores rezagos. Los servicios se proporcionan de manera gratuita y los que inciden específicamente en la salud reproductiva son los de planificación familiar, atención prenatal, del parto y del puerperio, y del recién nacido, vigilancia de la nutrición y el crecimiento infantil en niños menores de 5 años, así como prevención y detección del cáncer cérvico-uterino y de mama (Caballero y Martínez, 2016).

Con la ENADID de 2009 se estimó que 56.6 por ciento de las MEFI y 62.7 por ciento de las MEFNI se encontraban afiliadas a alguna institución de salud. Para 2014, se observa que los porcentajes de afiliadas aumentan y casi se igualan entre ambos grupos, al pasar a 81.0 y 81.5, de manera respectiva. En el caso de las MEFI, desde 2009 cerca de dos terceras partes (64.0%) tenían acceso a los servicios por estar inscritas en el Seguro Popular, mientras que en las MEFNI se debía principalmente por su afiliación al Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), con 54.1 por ciento. En 2014 se distingue que hubo un incremento de 12.4 puntos porcentuales de MEFI (76.4%) y de 17.7 puntos de MEFNI (45.5%) inscritas en el Seguro Popular, superando incluso a las afiliadas al IMSS (44.0%), véase cuadro 1.

Como puede apreciarse, la cobertura de los servicios de salud, sobre todo en la población indígena, se ha extendido a través del Seguro Popular. Esto se ha logrado a partir de objetivos que siguen cuatro ejes: la

⁵ Artículo 14 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (UN, 2007).

⁶ El concepto de salud, de acuerdo con la OMS, es el estado completo de bienestar físico y social que tiene una persona.

⁷ El Seguro Popular ofrece atención médica, estudios y medicamentos sin costo. Garantiza el acceso a un paquete de servicios de salud, que cubre 249 padecimientos y los medicamentos asociados a dichos padecimientos. Estos últimos están clasificados en nueve conglomerados o grupos de servicios: a) Acciones de detección y prevención para toda la familia, b) Medicina ambulatoria, c) Odontología, d) Salud reproductiva, e) Embarazo, parto y recién nacido, f) Rehabilitación, g) Hospitalización, h) Urgencias, e i) Cirugía.

⁸ En sus orígenes comenzó con programas específicos que buscaban la cobertura de la población más vulnerable del país: recién nacidos, mujeres embarazadas, población indígena y de los estratos bajos (García-Junco, 2012).

Cuadro 1.
México. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil afiliadas a los servicios de salud, según condición indígena, 2009 y 2014

	Indígena		No indígena	
	2009	2014	2009	2014
Total	56.6	81.0	62.7	81.5
Seguro Popular	64.0	76.4	27.8	45.5
IMSS	24.3	17.7	54.1	44.0
ISSSTE	7.1	4.5	12.0	7.5
PEMEX, SEDENA y SEMAR	1.0	0.8	1.4	1.0
Privado	2.1	0.3	3.1	1.5
Otra institución	1.5	0.3	1.6	0.6

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009 y 2014.

equidad, que se refiere a la disminución y desaparición de las desigualdades existentes en el financiamiento a la salud; la calidad, que busca mejorar el nivel de salud de los ciudadanos a través de los servicios médicos proporcionados; la protección financiera, la cual implica proveer de financiamiento a los servicios de salud para todos los ciudadanos que no cuentan con aseguramiento de otros sistemas y lograr reducir el gasto de bolsillo en salud; y la cobertura universal, dando acceso a los servicios de salud a toda la población mexicana.

El reporte de salud mundial (WHO, 2013) y Kn-aul et al. (2012) señalan que el Seguro Popular ha tenido éxito en proveer a los más pobres de un servicio de salud, garantizando la equidad del acceso a la atención médica, evitando que las familias pierdan su patrimonio al hacer frente a alguna contingencia de salud; según estas fuentes, México ha logrado cobertura universal. Sin embargo, otros estudios indican que dichos servicios deben analizarse más allá de una medida pragmática de bienestar, enfocándose en la calidad y cobertura de la atención, así como en los resultados en salud, ya que estos factores no han sido cubiertos del todo (Aburto, 2014).

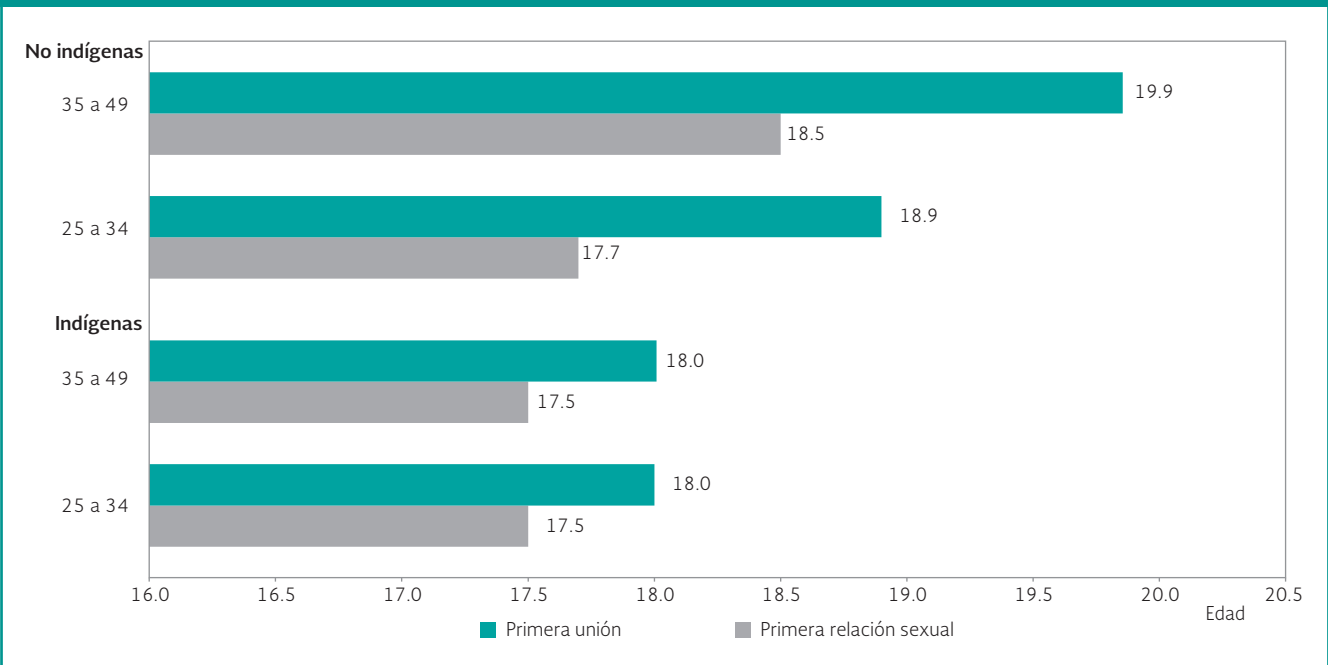
La salud sexual y reproductiva⁹

A nivel nacional e internacional se reconoce que la planificación familiar beneficia a la salud de las mujeres, de los niños y niñas, y, por ende, de las familias, al ofrecer la posibilidad de planear los nacimientos a partir del acceso a un abanico de métodos anticonceptivos. La práctica anticonceptiva también se ha extendido en las comunidades indígenas, aunque de manera paulatina, con lo cual también se ha buscado disminuir la mortalidad materna y mejorar la salud de la madre y del recién nacido(a) al prevenir embarazos de alto riesgo, reduciendo a su vez la práctica de abortos inseguros (OPS, 2004). Es por ello que, al no satisfacer las necesidades de la población en materia de anticoncepción, se priva a las mujeres del ejercicio del derecho a la salud y, en consecuencia, de otros derechos interrelacionados como son los sociales o económicos (CEPAL/UN, 2014).

En ese sentido, a continuación se mostrarán indicadores que dan cuenta del acceso que han tenido las mujeres en edad fértil indígenas a la información y al uso de métodos anticonceptivos en la etapa del inicio de la vida sexual en la que se espera prevengan el embarazo o una ITS, y en la etapa de la reproducción

⁹ La salud reproductiva es un derecho humano que se define como "... un estado general de bienestar físico y mental en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, este enfoque entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, así como la libertad para decidir sobre la procreación, el momento más adecuado para ésta y el número de veces que habrá de ocurrir" (UN, 1994: 53).

Gráfica 4.
México. Edad mediana a la primera relación sexual y a la primera unión de dos generaciones de mujeres, según condición indígena, 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014.

para postergar el primer nacimiento y espaciar o limitar el nacimiento de más hijos(as).

El inicio de la vida sexual es una transición crucial en la vida de las y los jóvenes, aunque no siempre la tríada unión, sexualidad y reproducción siguen la secuencia típica ni el mismo calendario (CONAPO, 2006). Con los resultados obtenidos a partir de la ENADID 2014, se corrobora que entre las indígenas el inicio de la vida sexual continúa ligado a la unión conyugal; de igual manera, que ésta ocurre a edades tempranas (en la adolescencia) sin que se visibilicen cambios en la edad mediana a la que comienzan las relaciones sexuales y la unión entre las distintas generaciones¹⁰ de mujeres (véase gráfica 4). En ambas generaciones, la mitad de las indígenas tuvo su primera relación sexual

a los 17.5 años y, medio año después, comienzan una vida conyugal (18.0 años).

En las no indígenas se distingue que se reduce ligeramente entre las generaciones el tiempo que transcurre entre el inicio de la primera relación sexual y la primera unión conyugal. No obstante, ambos eventos en la generación más joven (25 a 34 años) ocurren a una edad más temprana, es decir, entre las mujeres de 35 a 49 años la mitad inició su vida sexual antes de los 18.5 años y las de 25 a 34 años, previo a los 17.7 años; la mediana a la primera unión sucedió a los 19.9 años en la generación de mujeres de más edad y a los 18.9 años entre las adultas más jóvenes.

Por lo general, en el contexto indígena la unión conyugal se encuentra ligada a la reproducción ya que para muchas mujeres es un símbolo de estatus y legitimidad de su matrimonio ante su comunidad (Szasz y Lerner, 2010). Esto se ve reflejado en el bajo uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual entre las MEFI, sin embargo, llama la atención que entre

¹⁰ Los grupos de generaciones se determinan considerando a todas aquellas que ya pasaron por la etapa de la adolescencia (15 a 19 años) y la juventud temprana (20 a 24 años), en los cuales en diversos estudios se corrobora que ocurren transiciones importantes de vida, como la unión y el nacimiento del primer hijo.

2009 y 2014 hubo un incremento de las que sí hicieron uso de ellos en esa primera relación (véase cuadro 2), al pasar de 8.0 a 18.9 por ciento. No obstante, al compararlos con los resultados obtenidos en las MEFNI, la cifra todavía se queda muy por debajo de lo que éstas presentaron tanto en 2009 como en 2014, periodo en el que también aumentaron las MEFNI que hicieron uso (de 20.5 en 2009 a 35.7% en 2014). Cabe destacar que las no indígenas continúan con porcentajes por encima de lo estimado a nivel nacional (19.5 en 2009 y 34.3 en 2014).

De acuerdo a la estructura por edad de las mujeres en edad fértil, el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual ocurre en mayor medida entre las más jóvenes a nivel nacional, situación que no es distinta entre las indígenas, ya que, en 2014, el 35.2 por ciento de las de 15 a 19 años y 34.9 por ciento de las de 20 a 24 años hicieron uso, proporciones que son mayores a las correspondientes a las mujeres en los demás grupos de edad. Es importante mencionar que lo mismo sucede entre las no indígenas, pero en porcentajes más altos, 56.8 y 55.9, respectivamente.

El tipo de método anticonceptivo más utilizado tanto por MEFI como MEFNI es el condón masculino, que además en ambos casos mostró un incremento de 6.7 puntos porcentuales en indígenas y de 8.5 en no indígenas. Como consecuencia, se observa una mayor disminución en el uso de métodos hormonales¹¹ que en el uso de otro tipo de métodos,¹² aunque en 2014 el porcentaje de uso de otros métodos por ambos grupos es muy semejante (véase gráfica 5).

Entre las razones de no uso de métodos anticonceptivos entre las MEFI, la principal es que no conocían los métodos anticonceptivos o no sabían dónde obtenerlos o cómo usarlos, mientras que entre las MEFNI se debe a que la mayoría quería embarazarse. La segunda razón en las indígenas es que querían embarazarse y en las no indígenas, que no conocían o no sabían dónde obtener los métodos anticonceptivos. En ambos grupos, el tercer motivo obedece a que no planeaban tener relaciones, aunque el porcentaje de MEFNI es casi el doble del correspondiente a las MEFI (véase gráfica 6).

Con estos datos es posible constatar que todavía gran parte de las mujeres, sobre todo indígenas, no se protege como consecuencia de la falta de información sobre los métodos anticonceptivos. Ello podría deberse a varios factores, resaltando el que la mayor parte de la población indígena vive en contextos rurales de marginación y pobreza, donde existen dificultades para acceder a los servicios médicos, lo que imposibilita la cobertura adecuada de esta población. Otro aspecto es el insuficiente personal capacitado en los servicios de salud para brindar información sobre métodos anticonceptivos y su adecuado uso, así como sobre el resto de los temas relacionados con sexualidad y reproducción, los cuales además deberían proporcionarse en las lenguas autóctonas de esta población.

Cuadro 2.
México. Porcentaje de mujeres en edad fértil, por grupos de edad que hicieron uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, según condición indígena, 2009 y 2014

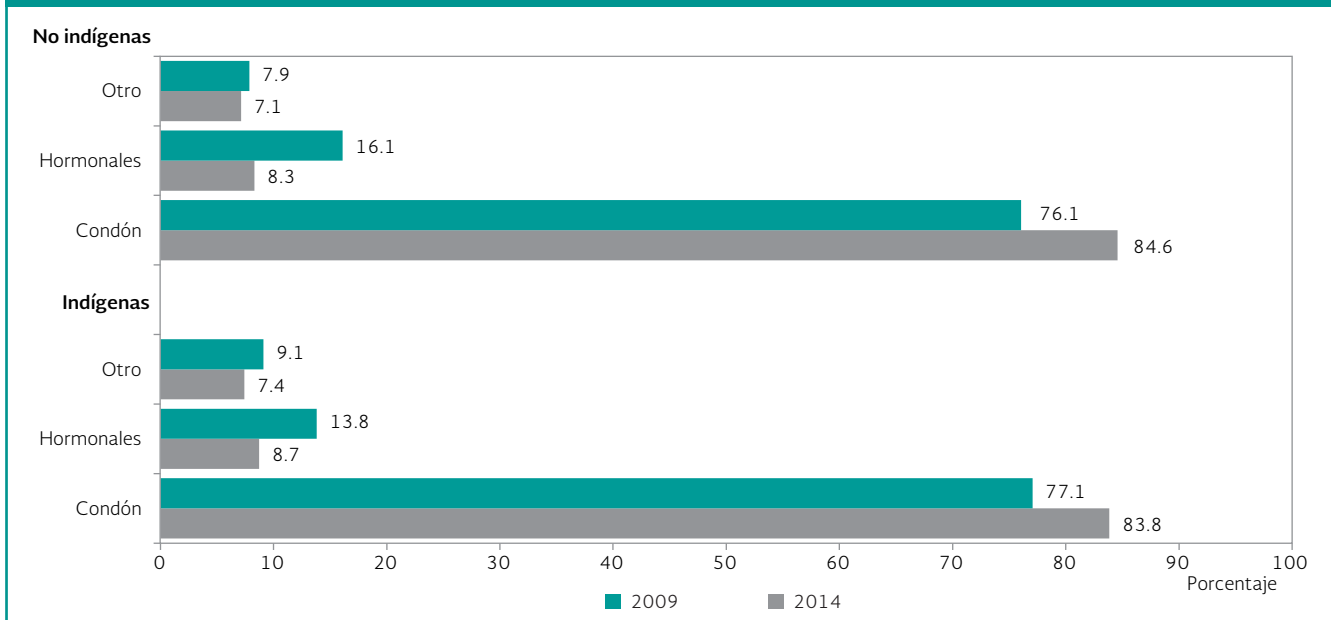
	2009	2014
Indígenas	8.0	18.9
15-19	20.5	35.2
20-24	17.5	34.9
25-29	7.8	26.5
30-34	8.2	18.6
35-39	3.3	12.9
40-44	2.9	6.9
45-49	2.4	4.8
No indígenas	20.5	35.7
15-19	39.3	56.8
20-24	34.6	55.9
25-29	26.1	46.9
30-34	19.6	36.0
35-39	15.9	28.6
40-44	11.6	22.4
45-49	9.6	18.2

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009 y 2014.

¹¹ En métodos anticonceptivos hormonales se agrupó a: pastillas, inyecciones o ampolletas, implante subdérmico, parche anticonceptivo, píldora del día siguiente o anticoncepción de emergencia.

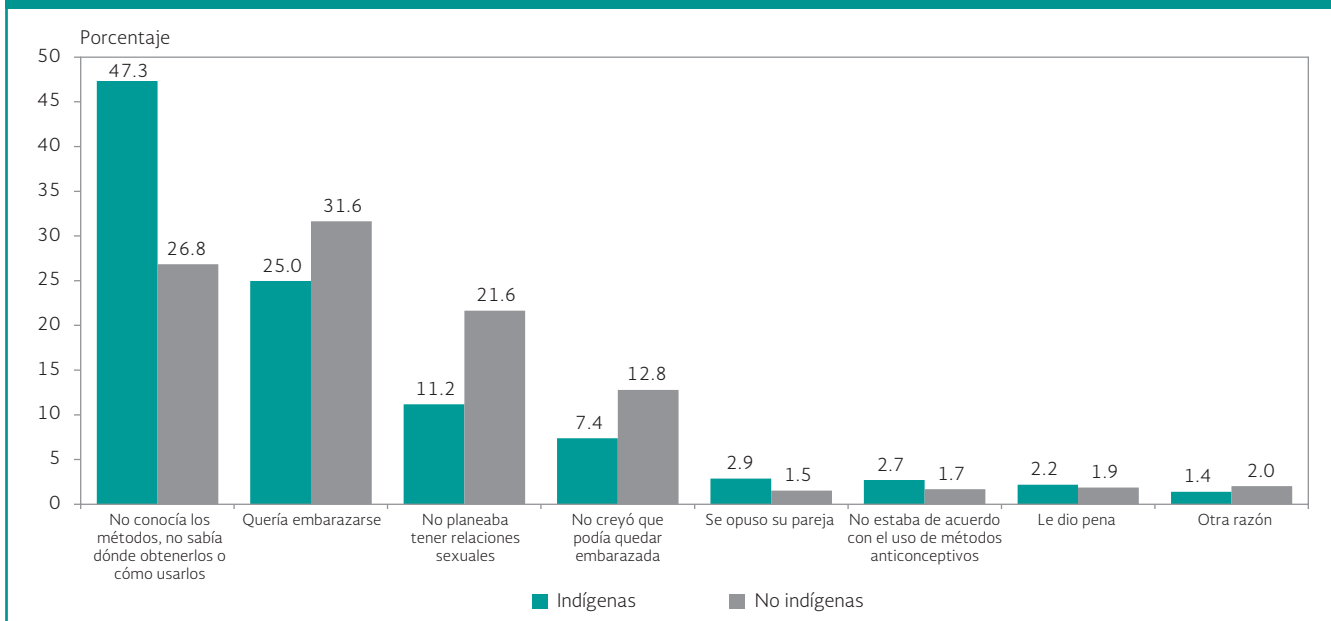
¹² Otros métodos anticonceptivos comprenden: dispositivo o aparato de cobre (DIU), condón femenino, óvulos, jaleas, espumas, ritmo, calendario, *Billings* o abstinencia periódica, retiro, otro.

Gráfica 5.
México. Porcentaje de mujeres en edad fértil, por tipo de método anticonceptivo utilizado en la primera relación sexual, según condición indígena, 2009 y 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009 y 2014.

Gráfica 6.
México. Porcentaje de mujeres en edad fértil, por razones de no uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, según condición indígena, 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014.

En el país se han impulsado políticas públicas en este sentido, y pese a que han tratado de adecuar la información a su lengua y focalizar la atención en comunidades indígenas y acercarse a éstas de diversas formas, aún falta el reconocimiento de sus usos y costumbres (Caballero y Martínez, 2014). De igual forma, se identifica la falta de difusión y, por tanto, de conocimiento sobre los derechos sexuales y reproductivos en las mujeres indígenas, requisito indispensable para favorecer el ejercicio y acceso a información sobre los lugares donde pueden obtenerse los métodos y conocer la forma de usarlos.

Finalmente, también prevalecen aspectos culturales como la falta de autonomía y los roles de género preexistentes en estos contextos, que favorecen la maternidad, y que, por tanto, pueden llegar a limitar o restringir el uso de métodos anticonceptivos (Szasz y Lerner, 2010). En este contexto, a pesar de que la oposición de las parejas de las mujeres indígenas al uso de métodos anticonceptivos representa una proporción pequeña, todavía queda un trecho importante por recorrer en cuanto a involucrar a los hombres en las decisiones sexuales y reproductivas. A la par, es preciso realizar acciones que empoderen a las mujeres para que puedan ejercer sus derechos sobre su sexualidad sin coerción o violencia.

Condición de actividad sexual

En el país han ocurrido transformaciones de comportamientos y conductas sociales que han brindado condiciones de mayor equidad para las mujeres en cuanto al ejercicio de la sexualidad, por lo que se requiere calcular indicadores que reflejen la situación actual y real respecto al ejercicio de la sexualidad de la sociedad mexicana. Para ello, generalmente se considera la actividad sexual¹³ de las mujeres de manera indepen-

diente de su situación conyugal como se había hecho tradicionalmente, y así garantizar una mejor detección de las necesidades en materia de ssyr, al considerar el universo de mujeres expuestas al riesgo de embarazarse o de contraer una ITS.

Sin embargo, al hacer la clasificación por condición de actividad sexual, sobre todo en las mujeres indígenas, las mujeres sexualmente activas están determinadas por la condición de unión (94.4%), ya que solo 5.6 por ciento de mujeres ex unidas o solteras tuvo al menos una relación sexual en el mes previo al levantamiento de la encuesta. En el caso de las no indígenas, el porcentaje de sexualmente activas que están unidas también es alto (87.9), aunque la proporción de ex unidas o solteras activas sexualmente es de 12.1 (véase gráfica 7). Los datos anteriores muestran que las mujeres indígenas sexualmente activas están determinadas principalmente por aquellas que se encuentran casadas o unidas, por lo que se decidió que los siguientes indicadores relacionados con la ssyr de estas mujeres considerarán como población objetivo a las mujeres unidas en edad fértil.

Uso de métodos anticonceptivos

En México, en 2014, no se presentan grandes cambios entre generaciones de mujeres indígenas en cuanto a la edad mediana a la que inician el uso de métodos anticonceptivos de manera constante. De esta forma, en las mujeres de 35 a 49 años¹⁴ se estimó que la edad mediana a la que ya estaban usando dichos métodos fue a los 26.5 años, mientras que entre las de 25 a 34¹⁵ fue a los 22.3 años; esto indica que se redujo el número de años que pasan después de tener la primera relación sexual (17.5 años en ambas generaciones) hasta usar su primer método anticonceptivo de una generación a otra, de 9.0 a 4.8 años.

¹³ Se clasifica a las mujeres en edad fértil en:

Sexualmente activas (MEFSA): se refiere a aquellas mujeres en edad fértil que tuvieron al menos una relación sexual en el mes previo al levantamiento de cada encuesta.

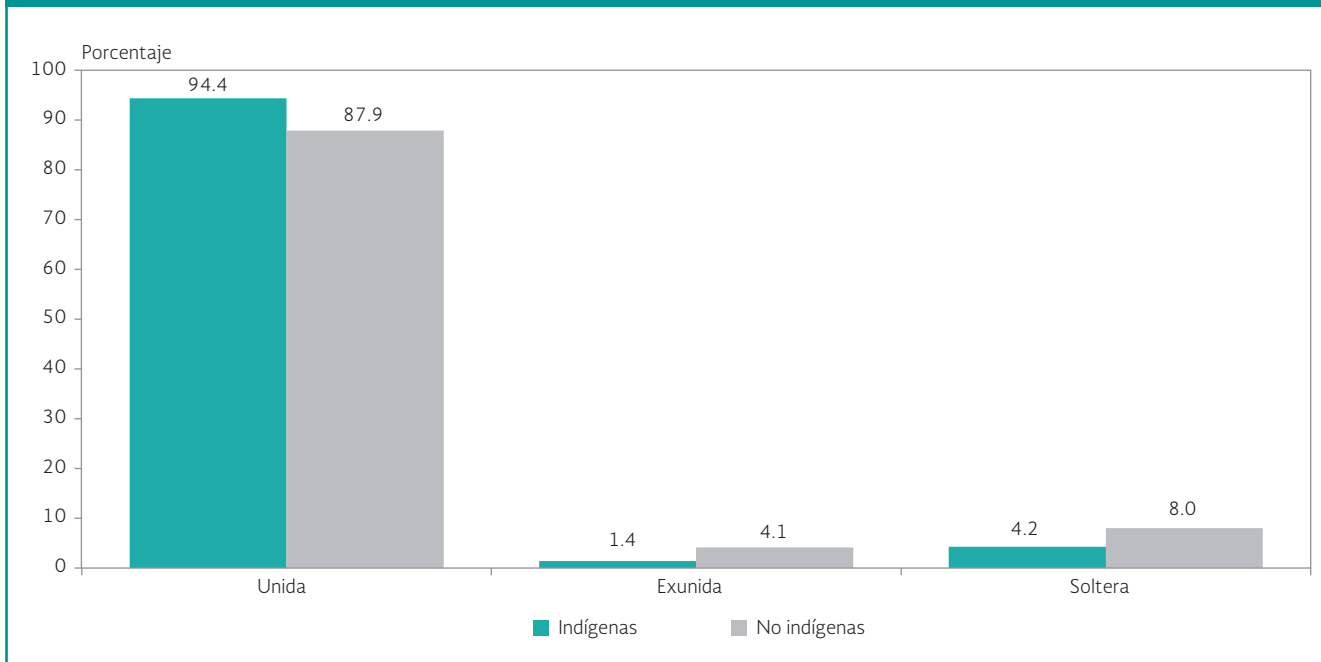
Sexualmente inactivas (MEFSI): son aquellas mujeres en edad fértil que ya han tenido relaciones sexuales, pero no son sexualmente activas, esto es, que respondieron haber tenido su último encuentro sexual en más de un mes previo al levantamiento de la encuesta.

Sin relaciones sexuales (MEFSIN): son mujeres en edad fértil que no han tenido relaciones sexuales hasta el momento de la encuesta.

¹⁴ Son mujeres nacidas entre 1965 y 1979.

¹⁵ Son mujeres nacidas entre 1980 y 1989.

Gráfica 7.
México. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas, por situación conyugal, según condición indígena, 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014.

Entre las no indígenas se identifica el mismo comportamiento, es decir, en las adultas (35 a 49 años) la mitad comenzó a utilizar métodos anticonceptivos a los 24.7 años o menos y las de 25 a 34, a los 21.9 años o menos, reduciéndose también el número de años que pasan una vez que experimentan la primera relación sexual (18.5 en 35 a 49 años y 17.7 en 25 a 34 años), de 6.3 a 4.2 años.

Estos resultados dan cuenta de que el uso constante de métodos anticonceptivos se hace una vez que ya han tenido descendencia y que buscan espaciar o limitar el nacimiento de un siguiente hijo(a). Por ejemplo, la mitad de las mujeres indígenas de la generación adulta (35 a 49 años) tuvo su primer hijo(a) a los 19.5 años, mientras que en las jóvenes (25 a 34 años) la mitad contaba con su primogénito a los 18.8 años. En mujeres no indígenas el nacimiento del primer hijo(a) también ocurre previo al inicio del uso de métodos anticonceptivos, en las adultas la mitad lo

tuvo antes de los 20.7 años y en las jóvenes sucedió a una edad más temprana, a los 19.6 años.

Tanto en indígenas como en no indígenas unidas, la prevalencia anticonceptiva en los últimos cinco años no registra cambios. Así, la prevalencia anticonceptiva en las mujeres indígenas en edad fértil unidas fue de 60.2 por ciento en 2009 y 60.8 por ciento en 2014, con una brecha de 13.2 y 12.7 puntos porcentuales respecto a la prevalencia estimada en el grupo de mujeres no indígenas también en edad fértil unidas, cuyos porcentajes fueron de 73.4 en 2009 y 73.5 en 2014. Cabe señalar que la prevalencia anticonceptiva actual de las indígenas es menor a la estimada a nivel nacional hace 24 años (63.1%, de acuerdo a la ENADID de 1992).

Tales resultados evidencian que la aceptación de los métodos y programas de contracepción es parte de un proceso complejo que, en gran medida, depende del sistema de significados culturales previos que tienen los pueblos respecto a la menstruación, las

relaciones sexuales, la concepción, la gestación, el embarazo, el parto, la infertilidad, el aborto y la menopausia (CEPAL/UN, 2014), así como de la cobertura que los programas de anticoncepción puedan lograr en estas poblaciones vulnerables.

Al considerar la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos por grupos quinquenales de edad de las mujeres indígenas en edad fértil unidas, se observa que son las adolescentes quienes reportan el menor porcentaje de uso y que además descendió entre 2009 y 2014, de 38.3 a 36.0. Ello implica que la brecha con sus pares no indígenas se incrementó de 7.0 a 17.6 puntos porcentuales, dado que las no indígenas presentaron un aumento de 8.3 puntos porcentuales, al pasar de 45.3 a 53.6 por ciento de usuarias (véase cuadro 3).

Asimismo, en el caso de las jóvenes indígenas (de 20 a 24 años), desde 2009, casi la mitad usa métodos anticonceptivos (49.0 y 50.9%, respectivamente), mientras que entre 2009 y 2014, si bien desciende el porcentaje de usuarias en las no indígenas, casi dos terceras partes continúan empleando dichos métodos (64.3 y 62.7%, de manera respectiva). En ambos grupos de mujeres, conforme se incrementa la edad, mayor es la prevalencia anticonceptiva, sin embargo, el grupo que exhibe un alto porcentaje de uso, también desde 2009, tanto en indígenas como en no indígenas, es el de 40 a 44 años; en 2014 fue de 70.5 y 80.2, respectivamente.

De acuerdo a la paridez, se identificó que las mujeres sin hijos apuntan la más baja prevalencia, aunque con menor porcentaje en las indígenas que en las no indígenas y en ambos casos no se presentaron cambios importantes entre un año y otro, quedando para 2014 con un porcentaje de mujeres que usan métodos anticonceptivos de 22.9 en indígenas y de 29.4 en no indígenas.

Es importante mencionar que la prevalencia aumenta de forma considerable en las mujeres con un hijo con relación a las nulíparas, aunque en las indígenas el porcentaje en 2009 apenas fue de 50.5 y para 2014 disminuyó a 46.4; mientras que en las no indígenas también se duplicó respecto a las que no tienen hijos, y pasó de 59.8 en 2009 a 60.8 en 2014. Lo anterior confirma que las intervenciones en el tema de anticoncepción ocurren en mayor medida una vez que se ha tenido el primer hijo, no obstante, hace falta reforzar la prevención del primer embarazo. Así, la más

alta prevalencia anticonceptiva corresponde a las mujeres con tres hijos, manteniéndose la proporción de usuarias indígenas tanto en 2009 y 2014, con 74.4 y 74.7 por ciento, respectivamente. En el caso de las no indígenas sucede lo mismo, pero además aumentaron de 85.3 en 2009 a 86.9 en 2014.

Al considerar el nivel de escolaridad, se aprecia que a mayor escolaridad más alto es el porcentaje de usuarias, si bien destaca que entre las indígenas sin escolaridad o con primaria incompleta hubo un incremento de 3.9 puntos porcentuales, al pasar de 54.1 a 58.0 por ciento; y en las no indígenas con esta misma característica también hubo un aumento aunque menor (1.6 puntos porcentuales) de 68.7 a 70.3. Por otro lado, de 2009 a 2014, entre las indígenas con secundaria y las que tienen preparatoria o más descendió el porcentaje de prevalencia en 1.8 y 7.6 puntos porcentuales, respectivamente; mientras que las no indígenas con secundaria elevaron su prevalencia en 1.4 puntos y las que cuentan con preparatoria o más bajaron en 2.1 puntos porcentuales.

Tipo de método anticonceptivo utilizado

La disponibilidad y variedad de métodos anticonceptivos favorece la prevalencia anticonceptiva siempre y cuando se satisfagan las necesidades de los individuos. De igual forma, la distribución de la prevalencia anticonceptiva por el tipo de método permite conocer tanto la variedad de métodos ofertados como la preferencia de las parejas por cada tipo de método (Meneses, 2014).

El patrón de uso de métodos anticonceptivos de las mujeres en edad fértil indígenas no difiere mucho de las no indígenas, aunque incluso sea ligeramente más alto el porcentaje de usuarias de métodos modernos¹⁶ (95.2) respecto de las no indígenas (94.5). En ambos grupos, la mayoría se ha realizado la oclusión tubaria

¹⁶ Se denominan métodos anticonceptivos modernos a aquellos cuya forma de acción es mecánica, se basan en alguna sustancia o requieren de intervenciones quirúrgicas (ssa, 1994), los cuales son: ovt, vasectomía, pastillas, inyecciones, implante subdérmico, parche, diu, condón masculino, condón femenino, óvulos, jaleas o espumas anticonceptivas y la pastilla de emergencia.

Cuadro 3.
México. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas que usan métodos anticonceptivos, por características seleccionadas, según condición indígena, 2009 y 2014

Características	Indígenas		No indígenas	
	2009	2014	2009	2014
Total	60.2	60.8	73.4	73.5
Grupos de edad				
15-19	38.3	36.0	45.3	53.6
20-24	49.0	50.9	64.3	62.7
25-29	54.2	55.0	67.4	68.7
30-34	63.7	65.4	73.8	74.7
35-39	70.2	69.8	80.9	78.8
40-44	71.2	70.5	81.6	80.2
45-49	60.3	60.3	75.8	76.3
Paridez				
Sin hijos	22.0	22.9	30.2	29.4
Un hijo	50.5	46.4	59.8	60.8
Dos hijos	64.3	66.0	79.0	78.2
Tres hijos	74.4	74.7	85.3	86.9
Cuatro o más	62.7	65.4	80.3	82.3
Nivel de escolaridad				
Primaria incompleta o menos	54.1	58.0	68.7	70.3
Primaria completa	62.8	62.6	72.1	71.6
Secundaria	62.6	60.8	73.3	74.7
Preparatoria y más	70.8	63.2	75.8	73.7

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009 y 2014.

bilateral (OTB) o ligadura de las trompas (53.0 y 49.7%, de manera respectiva). También coincide que el segundo método más usado es el DIU, con 16.2 y 16.6 por ciento; le sigue el condón masculino, con 8.5 y 11.5 por ciento. Destaca que todavía entre las indígenas 8.5 usa inyecciones mientras que solo 4.9 por ciento de las no indígenas recurre a este método (véase gráfica 8).

Como se ha visto, tanto en indígenas como en no indígenas, más de la mitad de la prevalencia anticonceptiva¹⁷ de las MEFU está determinada por los métodos quirúrgicos (33.0%): la OTB, con 32.2 por ciento, y la vasectomía, con 0.8 por ciento (véase gráfica 9). Ambos son procedimientos irreversibles con una efec-

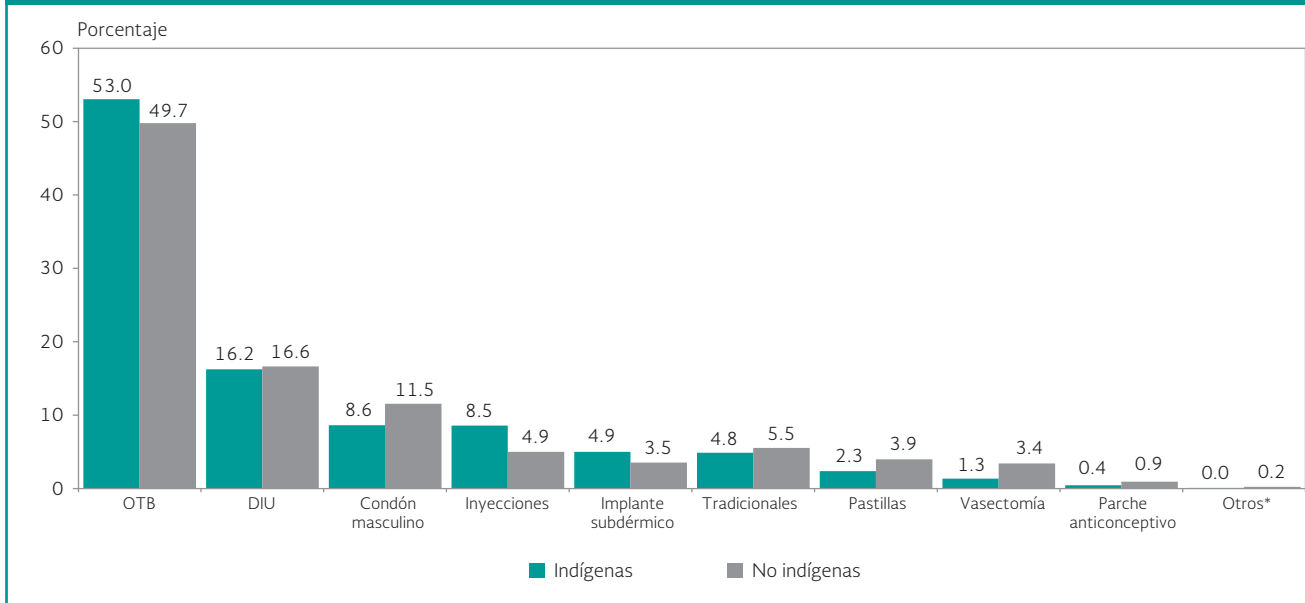
tividad para evitar más embarazos cercana a 100 por ciento.¹⁸ El resto de la prevalencia está dada por el uso de anticonceptivos que son reversibles y que para lograr la efectividad deseada es necesario que la mujer tenga el conocimiento sobre cómo o con qué periodicidad aplicar o revisar, y a dónde debe acudir para adquirir el anticonceptivo. De ese conocimiento “funcional o efectivo”¹⁹ dependerá el nivel de riesgo de experimen-

¹⁷ La prevalencia anticonceptiva se refiere al porcentaje de mujeres en edad fértil que se encuentran usando algún método, entre el total de mujeres en edad fértil. Cuando se calcula por tipo de método la suma de los porcentajes de mujeres por cada tipo de método anticonceptivo que usan, debe ser igual al porcentaje total de mujeres en edad fértil unidas que usan métodos anticonceptivos.

¹⁸ Para consultar información sobre el tipo de método, eficacia y cómo se usa, se sugiere visitar la siguiente dirección electrónica: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

¹⁹ En la ENADID 2014 se incluyeron preguntas que permiten determinar si la mujer tiene un conocimiento “funcional” adecuado; en algunos métodos anticonceptivos pueden ser hasta tres preguntas, por ejemplo, en el caso del condón masculino o femenino se indaga sobre si ha visto alguna vez el condón o preservativo, si sabe dónde se coloca y sobre cuántas veces debe utilizarlo. Para identificar si la mujer tiene conocimiento funcional del método se consideró a aquellas que contestaron correctamente a todas las preguntas de cada uno de los métodos anticonceptivos sobre los que se indagó.

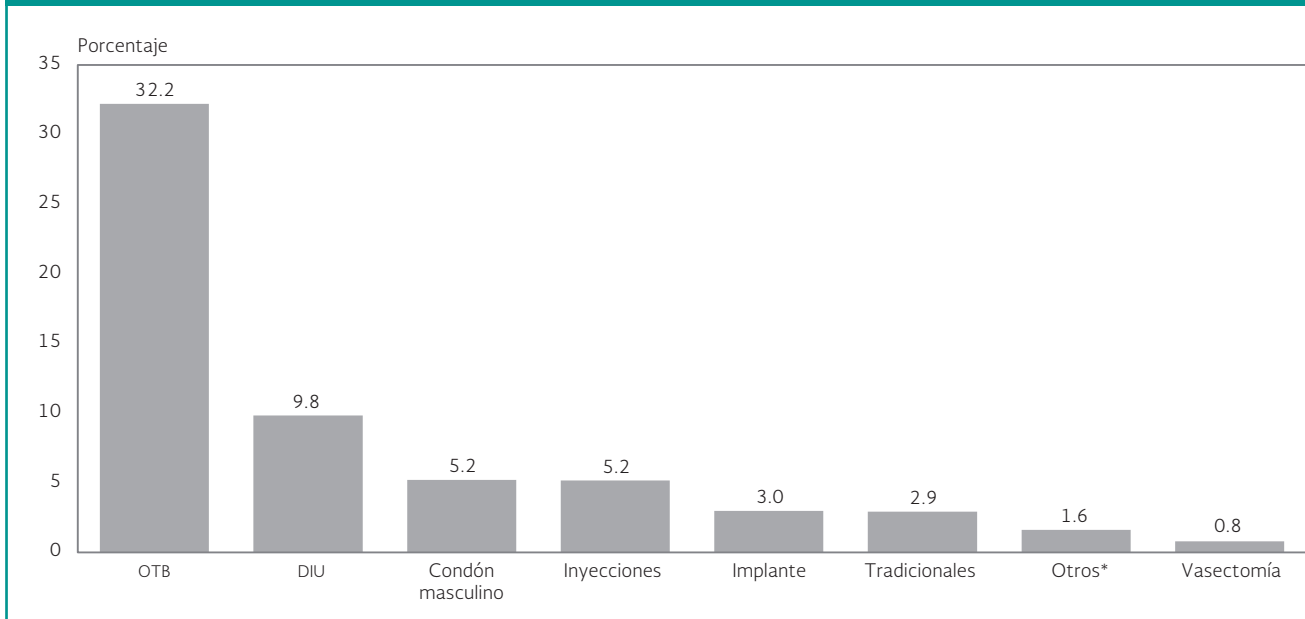
Gráfica 8.
México. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil unidas, por tipo de método anticonceptivo que usan actualmente, según condición indígena, 2014



* Condón femenino, pastilla de emergencia y otros.

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014.

Gráfica 9.
México. Prevalencia anticonceptiva de mujeres indígenas en edad fértil unidas, por tipo de método anticonceptivo, 2014



* Pastillas, parche anticonceptivo y otros.

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014.

tar una falla de método que derive en embarazos no planeados o no deseados o en la adquisición de una ITS.

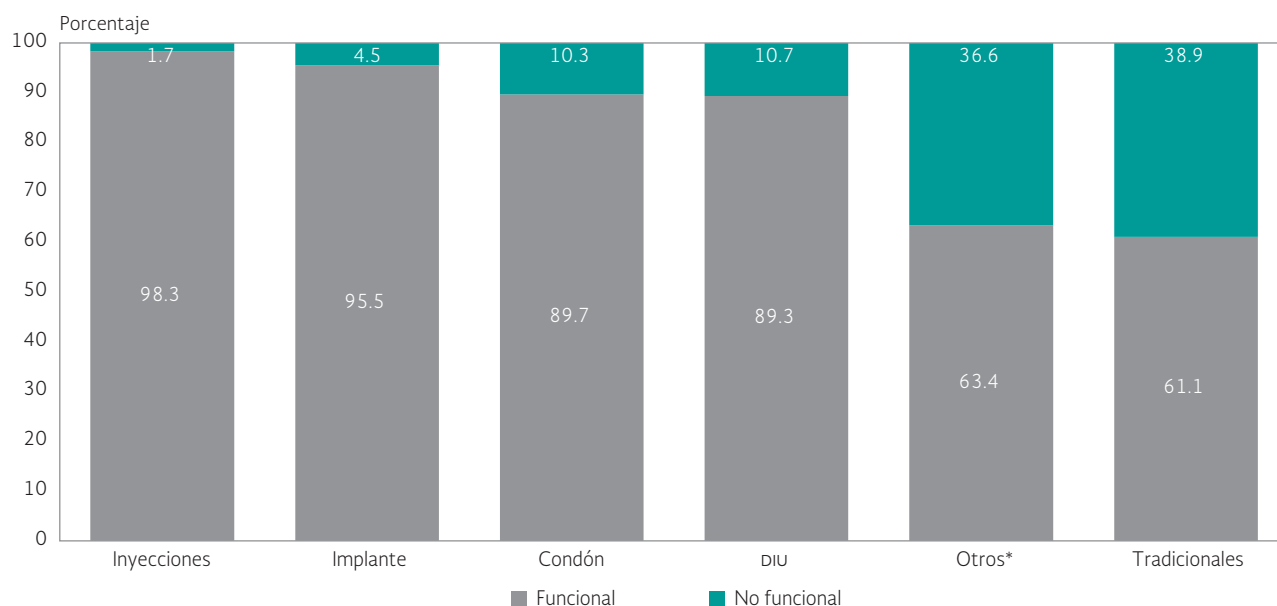
Con la finalidad de verificar en qué medida las MEFU indígenas y las no indígenas que son usuarias actuales de métodos anticonceptivos se están previniendo de manera “efectiva”, se hace un análisis sobre el conocimiento funcional sobre el método que están utilizando, a partir del indicador de prevalencia anticonceptiva por tipo de método. En ese sentido, los cinco métodos anticonceptivos más empleados tanto por las indígenas como no indígenas, aparte de los quirúrgicos, son el DIU, el condón masculino, las inyecciones, el implante subdérmico y los métodos anticonceptivos tradicionales.²⁰

Entre los resultados sobresale que el desconocimiento funcional entre las indígenas en general es bajo, por ejemplo, en el caso del DIU un 10.7 por ciento de las usuarias no sabe en qué parte del cuerpo se coloca y quién lo debe colocar; con respecto al condón

masculino, 10.3 por ciento no lo ha visto, no sabe en dónde se coloca o cuántas veces debe usarlo; mientras que entre las usuarias de inyecciones e implante el porcentaje de mujeres que no saben cómo funciona baja a 1.7 y 4.5 por ciento, respectivamente. En tanto que en las usuarias de métodos tradicionales, 38.9 por ciento no sabe en qué consiste y lo mismo ocurre con otro tipo de métodos, con 36.6 por ciento, que incluye a las pastillas, el parche anticonceptivo y el condón femenino (véase gráfica 10).

Al excluir a las mujeres indígenas que hacen uso pero que tienen desconocimiento funcional del método que emplean, la prevalencia anticonceptiva total disminuye, al pasar de 60.8 a 57.2 por ciento, y se observa que la prevalencia efectiva está determinada por las usuarias de métodos modernos, ya que el conocimiento funcional es mucho menor entre las que están utilizando métodos tradicionales u otro tipo de método. En ese sentido, la

Gráfica 10.
México. Distribución porcentual de mujeres indígenas en edad fértil unidas, por tipo de método anticonceptivo que usan actualmente, según condición de conocimiento funcional, 2014



* Pastillas, parche anticonceptivo y otros.

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014.

²⁰ Los métodos tradicionales son el retiro o coito interrumpido, ritmo, calendario, *Billings* o abstinencia periódica.

prevalencia anticonceptiva total de las mujeres indígenas de 2014 se reduce en 3.6 puntos (véase gráfica 11).

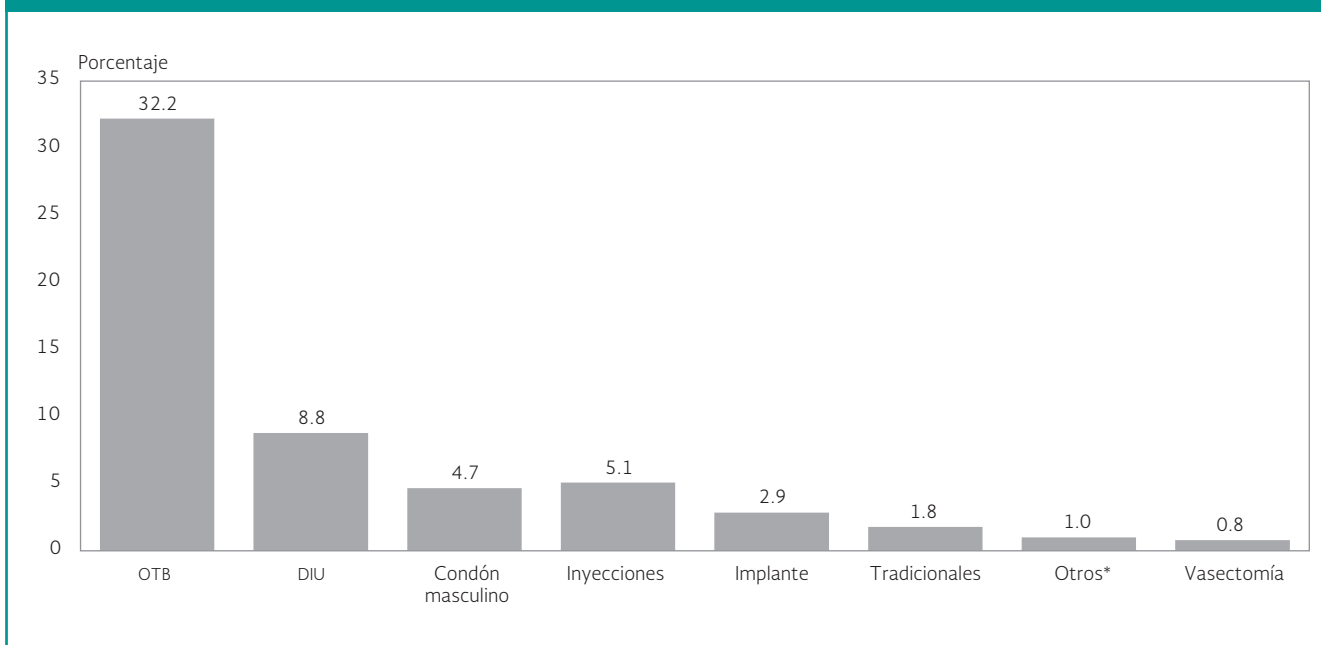
Por otra parte, en las mujeres no indígenas la prevalencia en el uso de métodos quirúrgicos es de 39.0 por ciento, es decir, las mujeres se han practicado la OTB o sus parejas se realizaron la vasectomía. El resto de la prevalencia es por el uso del DIU (12.2%), condón masculino (8.4%), tradicionales (4.0%), inyecciones (3.6%), implante (2.6%) y otros (3.5%). Para este último conjunto de métodos anticonceptivos es importante que las mujeres tengan el conocimiento sobre cómo deben utilizarse para obtener los resultados esperados (véase gráfica 12).

En este grupo, el porcentaje de las mujeres que desconoce cómo usar el método es bajo con respecto a las indígenas, por ejemplo, entre las usuarias de DIU es de 4.6 por ciento; de condón masculino, de 3.7; de inyecciones, de 1.7; y de implante es de 1.6 por ciento. Mientras que de tradicionales es de 22.5 por ciento y de otro tipo de métodos, de 26.4 por ciento (véase gráfica

13). En consecuencia, al no considerar en la construcción del indicador de prevalencia a las mujeres no indígenas que desconocen el funcionamiento de los métodos anticonceptivos que usan, se observa que ésta casi no se ve afectada, ya que solo se reduce en 0.1 puntos porcentuales, lo cual es ocasionado por el desconocimiento que existe entre las usuarias de métodos tradicionales u otro tipo de método, dejando casi igual la prevalencia total, al pasar de 73.5 a 73.4 por ciento (véase gráfica 14).

Los datos anteriores remarcan que las mujeres no indígenas pero sobre todo las indígenas desconocen cómo usar de forma adecuada los métodos tradicionales, lo cual, aunado a la baja efectividad de estos métodos, las expone a embarazos no planeados o deseados. Por tal motivo, los servicios de salud deben informar sobre las deficiencias de estos métodos y reforzar la promoción del empleo de métodos modernos, así como proporcionar información para su uso correcto, sobre todo en cuanto a las pastillas, parches anticonceptivos y otros métodos.

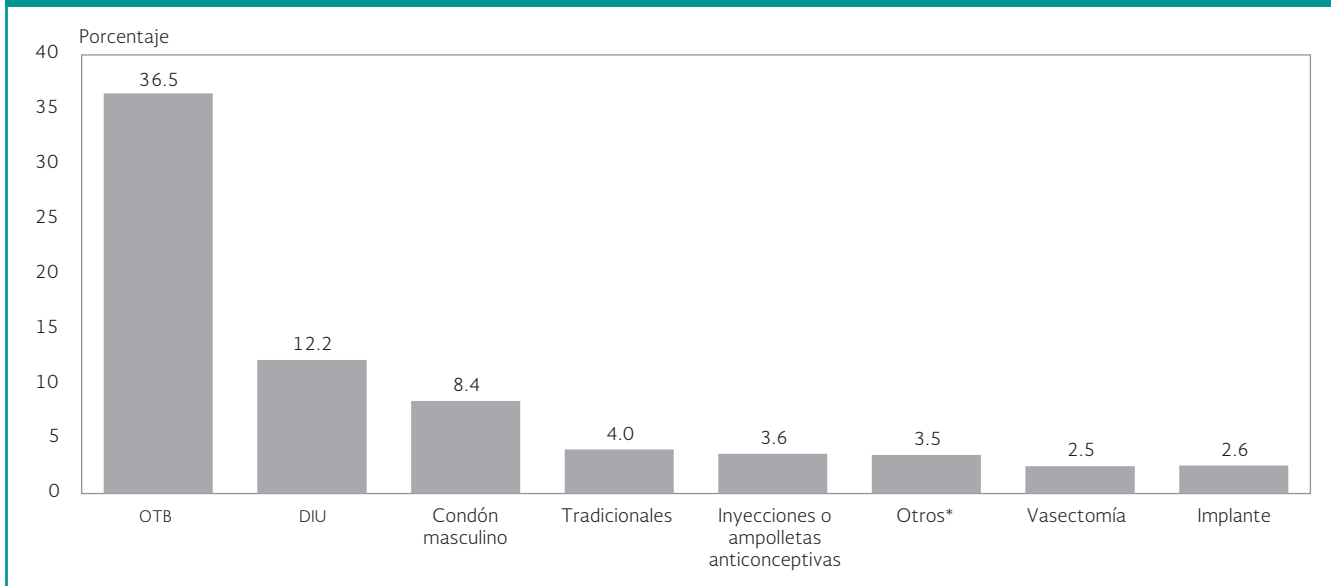
Gráfica 11.
México. Prevalencia anticonceptiva efectiva de mujeres indígenas en edad fértil unidas, por tipo de método anticonceptivo, 2014



* Pastillas, parche anticonceptivo y otros.

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014.

Gráfica 12.
México. Prevalencia anticonceptiva de mujeres no indígenas en edad fértil unidas, por tipo de método anticonceptivo, 2014



* Pastillas, parche anticonceptivo y otros.

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014.

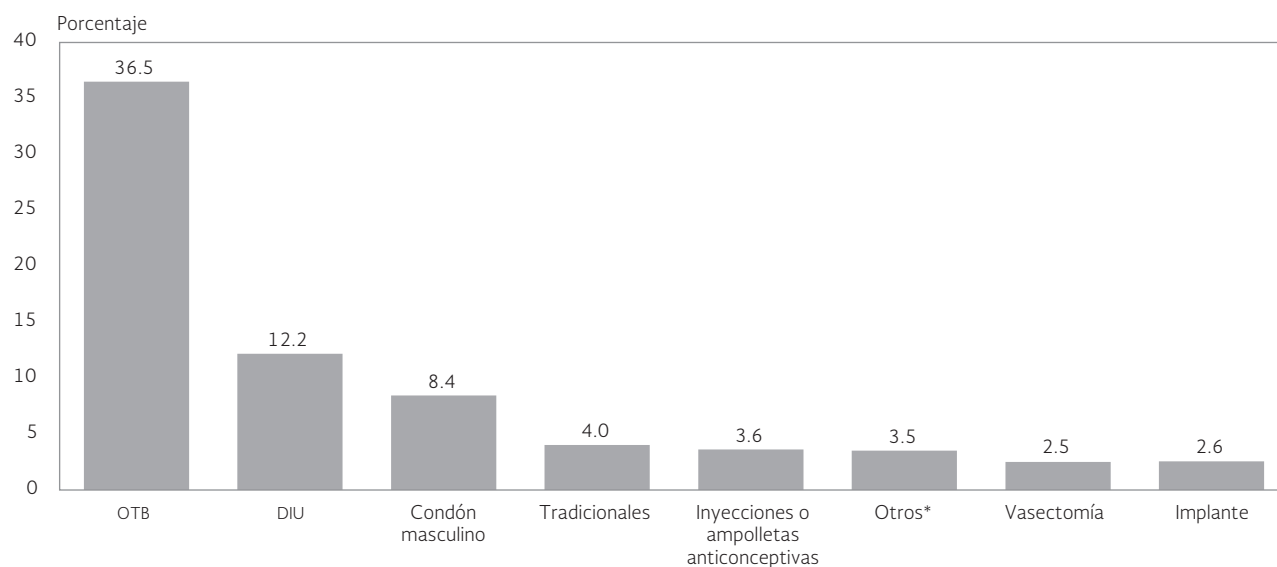
Gráfica 13.
México. Distribución porcentual de mujeres no indígenas en edad fértil unidas, por tipo de método anticonceptivo que usan actualmente, según conocimiento funcional, 2014



* Pastillas, parche anticonceptivo y otros.

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014.

Gráfica 14.
México. Prevalencia anticonceptiva efectiva de mujeres no indígenas en edad fértil unidas, por tipo de método anticonceptivo, 2014



* Pastillas, parche anticonceptivo y otros.

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014.

Lugar de obtención del método anticonceptivo

Para que las personas puedan acceder a los métodos anticonceptivos es necesario que en los servicios de salud exista una oferta efectiva, es decir, que cuenten con toda la gama de métodos anticonceptivos; también, que se haga difusión sobre la existencia de los mismos, así como de los lugares en los que se encuentran disponibles (Hernández, 2001). En el país, las instituciones de salud del sector público son los lugares a los que más recurre la población para adquirir un método anticonceptivo.

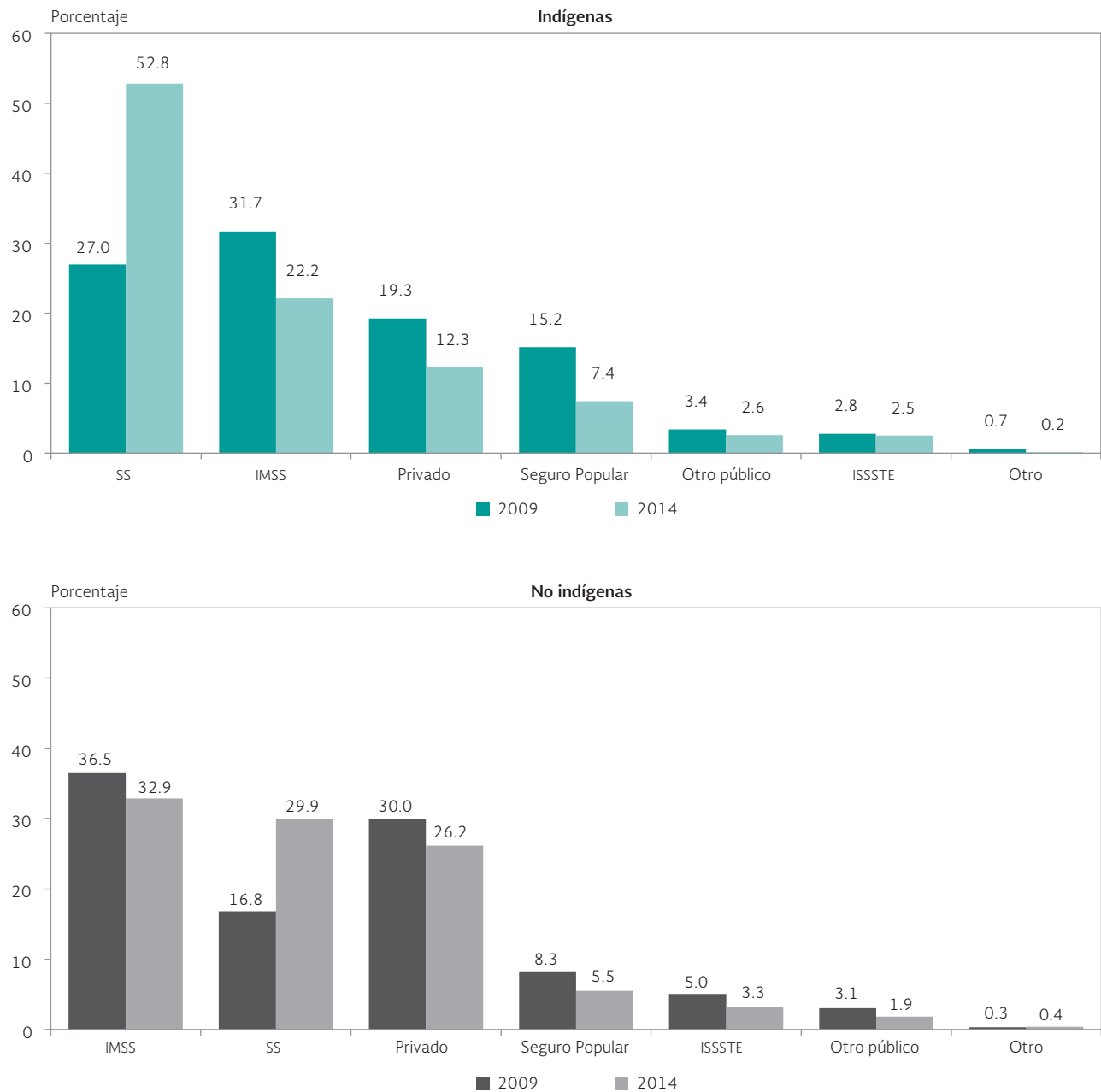
En el caso de las mujeres indígenas en edad fértil, el método anticonceptivo lo obtienen principalmente a través de la Secretaría de Salud (ss), y entre 2009 y 2014 aumenta a casi el doble el porcentaje de quienes lo adquirieron en esa institución, al pasar de 27.0 a 52.8; en segundo lugar acudieron al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), donde descendió de 31.7 a 22.2

durante el periodo; y en tercer lugar lo han obtenido en el sector privado, aunque también se observa un descenso de 19.3 a 12.3, respectivamente (véase gráfica 15).

En tanto que las no indígenas, en su mayoría, acuden al IMSS, aunque con un descenso en el porcentaje al pasar de 36.5 en 2009 a 32.9 en 2014; en segundo lugar, a la ss donde aumentó casi el doble, de 16.8 a 29.9 en el periodo; y en tercer lugar recurren a servicios médicos privados donde se apreció una disminución (30.0 a 26.2%, respectivamente).

En cuanto al Seguro Popular, como ya se mencionó, éste ha sido relevante en los últimos años, ya que prácticamente ha permitido ampliar la cobertura; no obstante, en los datos de lugar de obtención del método esto no se ve reflejado, ya que muestran una disminución en el porcentaje de mujeres indígenas como no indígenas que consiguen sus métodos en dichos servicios. Esto se debe a que el Seguro Popular posibilita a las mujeres afiliarse a los servicios de salud,

Gráfica 15.
México. Porcentaje de mujeres en edad fértil, por lugar de obtención del método anticonceptivo, según condición indígena, 2009 y 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009 y 2014.

pero finalmente las instituciones de salud, como por ejemplo la SS o el IMSS, son las que realmente proporcionan la atención, por lo que es posible que las mujeres declaren que consiguieron su método en dicha institución y no a través del Seguro Popular, lo que es congruente con el incremento de mujeres que obtuvieron su método en la SS.

Como puede apreciarse, el sector público tiene un papel muy importante en la atención de la salud sobre todo de la población indígena, debido a su menor acceso a la medicina privada. De acuerdo con el artículo 4° constitucional, el Estado tiene la obligación de brindar asesoría e información, así como de abastecer los métodos anticonceptivos en todo el sector salud para garantizar una elección libre e informada entre hombres y mujeres. Sin embargo, el gran desafío que enfrentan las instituciones públicas de salud es atender los derechos sexuales y reproductivos de grupos socialmente subordinados, tanto por su condición de clase como por su pertenencia de género y adscripción étnica (Szasz y Lerner, 2010).

Calidad del servicio

La medición de la calidad del servicio²¹ en términos de salud sexual y reproductiva resulta un tanto compleja, ya que además de la calidad técnica de los servicios, involucra valores y juicios éticos, percepciones y actitudes individuales, al igual que características propias de cada cultura y nivel socioeconómico (Schiappacasse *et al.*, 1995). En ese sentido, en la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, las personas representantes de la población

indígena solicitaron que se dedicara mayor atención a la “prestación de servicios de salud interculturales que respondieran a los criterios de los pueblos indígenas en lo relativo a la salud y la enfermedad, y a los conocimientos y prácticas de medicina tradicional, dentro de un marco conceptual que vincule los aspectos biológicos, espirituales y emocionales de su vida” (UNPFII, 2014).

De acuerdo con los resultados obtenidos a partir de la ENADID 2014, se encontró que casi una de cada tres mujeres indígenas y dos de cada siete no indígenas no reciben información completa al obtener el método anticonceptivo. Un aspecto sobre el que menos se brindó información a las usuarias por parte de los agentes de salud fue sobre las molestias que podrían tener; también resaltó que les dedicaran tiempo insuficiente para darles toda la explicación que necesitaban, aclararles sus dudas y explicarles sobre las opciones de métodos que podían usar (véase gráfica 16). También, se observa que casi el mismo porcentaje de ambos grupos de mujeres se deciden por un método definitivo (88.0 de indígenas y 88.7 de no indígenas) cuando les informan que ya no podrán embarazarse, es decir, 12.0 por ciento de indígenas y 11.3 por ciento de no indígenas opta por estos métodos sin saber cuál será la consecuencia.

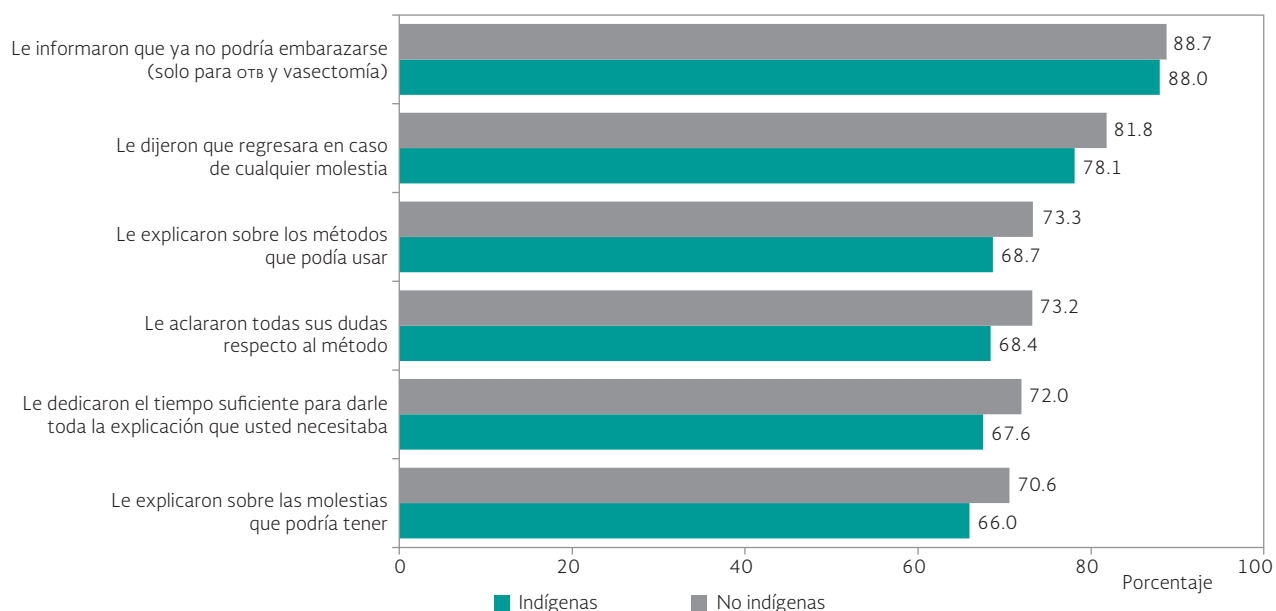
Brindar orientación con calidad implica que los usuarios reciban toda la información necesaria y completa para el uso efectivo del método. Por ello, es ineludible que el prestador del servicio conozca a detalle toda la gama de métodos anticonceptivos para que la asesoría sea confiable y la orientación sea sin coerción. Al estimar el porcentaje de mujeres indígenas que recibieron información completa al momento de solicitar el método anticonceptivo, se distingue que a nivel nacional apenas un poco más de la mitad (56.3) adopta el método con orientación completa, entre las indígenas el porcentaje baja a menos de la mitad (49.1) y entre las no indígenas fue de 56.9 (véase gráfica 17).

Como ya se señaló antes, alrededor de una tercera parte de las mujeres a nivel nacional (32.2%) no recibe la información completa, porcentaje que se incrementa en las indígenas (38.5), mientras que en las no indígenas es menor (31.7). En tanto que las mujeres que adquieren el método anticonceptivo sin recibir información a nivel nacional es alrededor de una de cada

²¹ De acuerdo con Schiappacasse *et al.* (1995), la calidad del servicio en salud sexual y reproductiva se puede alcanzar cuando el personal de los servicios:

- Proporciona a las y los usuarios información completa e imparcial acerca de los métodos anticonceptivos para que puedan escoger lo que les parezca más conveniente.
- Informa, tanto a las mujeres como a los hombres, sobre otros aspectos de su salud reproductiva y sobre cualquier procedimiento que se realiza.
- Tiene los conocimientos necesarios y maneja técnicas correctas y actualizadas relacionadas con todos los procedimientos que realiza o planea incluir en su quehacer.
- Maneja técnicas de comunicación que le permita transmitir en forma óptima la información deseada y tener una comunicación efectiva con las personas que atiende.

Gráfica 16.
México. Porcentaje de mujeres en edad fértil usuarias de métodos anticonceptivos, por tipo de orientación recibida al momento de adoptar el método anticonceptivo, según condición indígena, 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014.

nueve; en el caso de las indígenas es una de cada ocho, y en las no indígenas, también una de cada nueve.

Los resultados anteriores confirman que la población indígena es la que sigue padeciendo los mayores obstáculos para recibir información de calidad. Esto puede indicar que el personal de salud continúa enfrentando barreras lingüísticas para comunicarse con una población en su mayoría hablante de lengua indígena, aunado a que, en general, opera en zonas rurales y marginadas donde se concentra la mayoría de esta población, y se compone por médicos recién egresados o bien pasantes de medicina o enfermería sin la experiencia requerida para brindar un servicio de calidad en unidades de salud desabastecidas y en precarias condiciones (Szasz y Lerner, 2010).

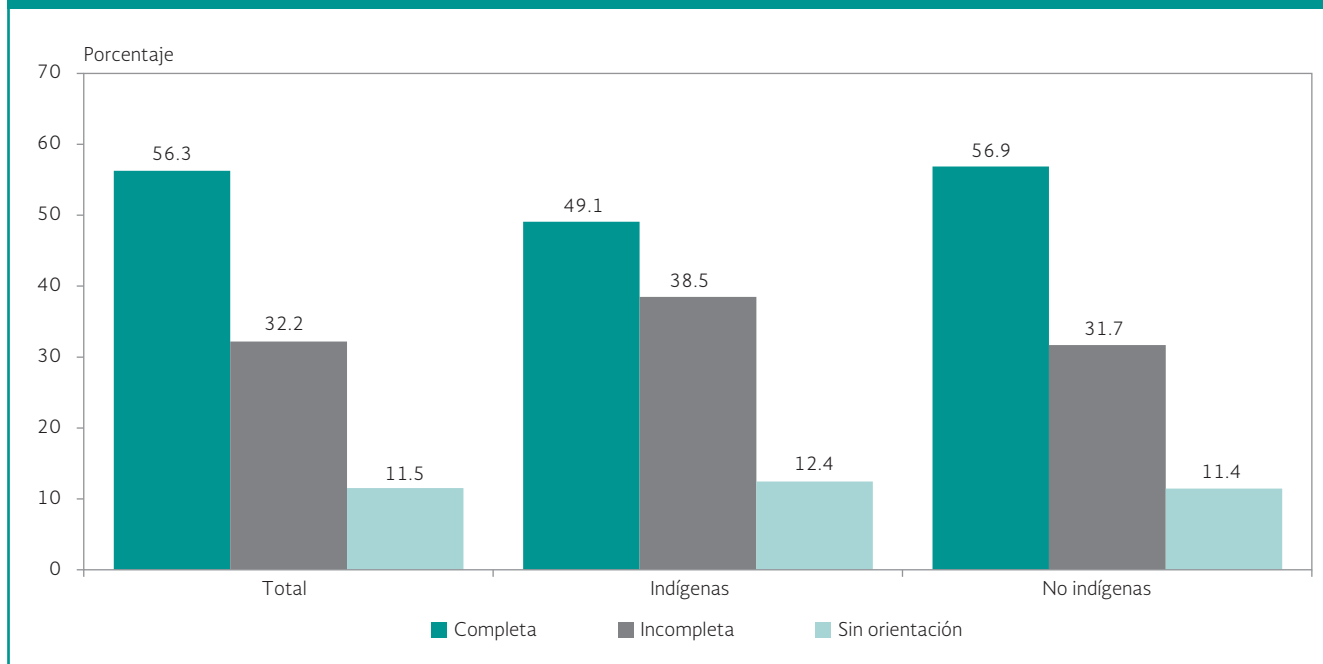
Si bien ciertos aspectos de esta problemática pudieron haber mejorado en años recientes, algunos estudios refieren que los médicos no cuentan con suficiente tiempo disponible durante la consulta para

proporcionar a las pacientes la información básica sobre los beneficios y consecuencias del método anticonceptivo que adoptan, y sigue siendo muy limitada la variedad de métodos reversibles que pueden ofrecer dada la falta de abasto de los mismos (Szasz y Lerner, 2010).

Ante las circunstancias prevalecientes, es necesario que los servicios de salud cuenten con personal suficientemente capacitado no solo en materia de ssyr, sino también en el ámbito lingüístico y de interculturalidad, que permita una comunicación efectiva con los pacientes indígenas. También es importante el entrenamiento en saber escuchar y entender las necesidades de las personas que demandan servicios de esta naturaleza, con pleno respeto a los derechos humanos. Todos estos son elementos básicos que habrán de considerarse en el replanteamiento de un modelo mejorado de calidad en la atención para estos segmentos de la población.

Gráfica 17.

México. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil usuarias de métodos anticonceptivos, por tipo de orientación recibida al momento de adoptar el método, según condición indígena, 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014.

Necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos

Una forma de medir la falta de cobertura en la distribución y oferta de métodos anticonceptivos para las mujeres que desean regular su fecundidad, pero que no utilizan la anticoncepción, es a partir del indicador de necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos (NIA) en mujeres en edad fértil unidas. Éste se refiere a la proporción de mujeres expuestas a un embarazo que no hacen uso de algún método anticonceptivo, no obstante su deseo expreso de limitar o espaciar sus nacimientos. Por más de tres décadas, este concepto ha sido fundamental en el campo de las políticas de población, como un instrumento para la formulación de políticas y diseño de programas de planificación familiar y anticoncepción (Casterline y Sinding, 2000).

La NIA de las mujeres en edad fértil unidas a nivel nacional se estima en 11.4 por ciento, en el caso de las mujeres indígenas con esa misma característica

aumenta a 18.5, en tanto que en las no indígenas disminuye a 10.7 por ciento. Ello indica que entre las mujeres indígenas en edad fértil unidas existe una mayor proporción que se está privando y/o limitando de sus derechos reproductivos (véase cuadro 4).

De acuerdo a la edad de las mujeres, se observa que el más alto porcentaje de necesidad insatisfecha se encuentra entre las adolescentes (15 a 19 años), pero más acentuado entre las indígenas (41.5) que en las no indígenas (26.3%). Por lo general, se debe a la necesidad de espaciar los nacimientos (33.4 en indígenas y 20.3% en no indígenas), sin embargo, llaman la atención los porcentajes significativos de adolescentes que tienen la necesidad de limitar su descendencia: 8.0 en indígenas y 6.0 en no indígenas.

Asimismo, las jóvenes (20 a 24 años) es otro de los grupos que también presenta altos porcentajes de NIA: en las indígenas, de 31.2, y en las no indígenas, de 20.5; para espaciar los nacimientos, 20.8 y 14.6, de forma respectiva; y para limitar, ligeramente mayor

en las indígenas, 10.3 con respecto a las no indígenas, 5.9. A pesar de que entre las de 25 a 29 años disminuye la NIA, las indígenas (23.9%) duplican el dato nacional, mientras que en las no indígenas (14.1%) el porcentaje es más cercano al nacional. En ambos grupos de mujeres la diferencia entre la NIA para espaciar y para limitar se reduce, en las indígenas es de 13.7 por ciento para espaciar y 10.2 para limitar; en las no indígenas, 8.0 por ciento para espaciar y 6.1 para limitar. Cabe destacar que las mujeres indígenas de 40 años en adelante muestran porcentajes menores a lo estimado a nivel nacional, mientras que en las no indígenas a partir de los 30 años en adelante la NIA es menor al dato nacional. En ambos casos la NIA es principalmente para limitar, aunque en mayor medida en las indígenas.

Al considerar la paridez, se identifica que la mayor NIA se encuentra entre las que no tienen hijos (27.1 de indígenas y 18.9% de no indígenas), las cuales tienen

principalmente la necesidad de espaciar los nacimientos, pero llama la atención que una mayor proporción de indígenas desea limitar (5.8%) respecto a la no indígenas (3.8%). También, conforme aumenta el número de hijos disminuye la NIA, sin embargo, entre las indígenas las mujeres con uno y dos hijos exhiben altos porcentajes (25.8 y 17.6, respectivamente) con relación a las no indígenas (14.9 en mujeres con un hijo y 10.6 con dos hijos). En ambos casos, a partir del segundo hijo se incrementa la necesidad de limitar los nacimientos.

De acuerdo al nivel de escolaridad se esperaría que las mujeres con mayor grado de estudios tuvieran una menor necesidad insatisfecha, ya que cuentan con un mayor acceso a medios anticonceptivos para prevenir embarazos, sin embargo, un resultado inesperado es que, de acuerdo a esta característica, entre las indígenas la mayor NIA la presentan aquellas con algún grado de secundaria (22.4%) y en el caso de las que

Cuadro 4.
México. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas con necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos, por características seleccionadas, según condición indígena, 2014

	Indígenas			No indígenas		
	Total	Espaciar	Limitar	Total	Espaciar	Limitar
Total	18.5	8.4	10.1	10.7	4.7	6.0
Grupos de edad						
15-19	41.5	33.4	8.0	26.3	20.3	6.0
20-24	31.2	20.8	10.3	20.5	14.6	5.9
25-29	23.9	13.7	10.2	14.1	8.0	6.1
30-34	16.9	5.4	11.6	9.7	3.5	6.2
35-39	13.1	2.3	10.8	8.0	1.5	6.5
40-44	8.7	0.0	8.7	6.7	0.4	6.3
45-49	9.6	0.1	9.5	4.7	0.1	4.6
Paridez						
0	27.1	21.3	5.8	18.9	15.1	3.8
1	25.8	18.4	7.3	14.9	9.8	5.1
2	17.6	8.1	9.5	10.6	3.4	7.2
3	13.5	4.4	9.2	6.4	1.2	5.2
4 y más	15.9	2.2	13.7	8.2	1.2	7.1
Nivel de escolaridad						
Primaria incompleta o menos	16.5	4.5	12.0	11.3	3.0	8.3
Primaria completa	17.4	6.8	10.6	11.4	3.9	7.4
Secundaria	22.4	12.7	9.7	11.4	5.4	6.0
Preparatoria o más	17.0	10.5	6.5	9.8	4.9	4.9

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014.

cuentan con preparatoria o más la NIA es similar a la de aquellas con primaria completa (17.0 y 17.4%, de manera respectiva), mientras que entre las no indígenas con secundaria y menor escolaridad se registra casi la misma NIA pero inferior a la de sus pares y, en este caso, las de preparatoria o más son las que tienen la menor NIA (9.8%). Las indígenas con primaria completa o incompleta reportan más necesidad de limitar los nacimientos, en tanto que en las de secundaria o preparatoria o más es principalmente para espaciar. Asimismo, en las no indígenas de secundaria la necesidad es de limitar y en las de preparatoria es para espaciar y limitar. Es posible que esta situación se deba a que una vez estabilizado y controlado el crecimiento poblacional, la planificación familiar comenzó a perder relevancia en la planeación estratégica a favor de la población y el desarrollo (Cleland *et al.*, 2006), afectando a todos los sectores de la población, incluso a los más escolarizados, en cuanto a acceso a la anticoncepción, situación que también se evidencia en la disminución en la prevalencia de anticoncepción de las indígenas con nivel de secundaria y de preparatoria y más, aunque todavía es necesaria una mayor investigación para concluir sobre estos resultados, sobre todo en el caso de las indígenas.

Fecundidad

Los resultados obtenidos sobre el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas en edad fértil unidas en los últimos cinco años muestran que se ha dado un estancamiento en el uso de métodos anticonceptivos y, por ende, prevalece una alta necesidad insatisfecha de éstos, situación que se refleja en las altas tasas de fecundidad en las mujeres indígenas respecto a las no indígenas. Cabe señalar que la tasa global de fecundidad (TGF) en las indígenas, entre 2007 y 2012, disminuyó de 2.92 a 2.67 hijos por mujer, no obstante, continúa siendo alta respecto a la TGF de las no indígenas, la cual también presenta un ligero descenso de 2.20 a 2.17 hijos por mujer en promedio.

En cuanto a la estructura o calendario de la fecundidad se aprecia que, en 2012, la mayoría de los grupos de edad de mujeres indígenas tiene un mayor número

de nacimientos con relación a las no indígenas, manteniéndose el patrón de reproducción temprano, dado que las indígenas de 20 a 24 años continúan siendo las que más contribuyen a la fecundidad, con casi una tercera parte de los nacimientos (31.8%), seguidas de las mujeres entre 25 a 29 años, con una aportación de 23.0 por ciento, y en tercer lugar se ubican las adolescentes (15 a 19 años), quienes contribuyen a la fecundidad con 19.0 por ciento (véase gráfica 18).

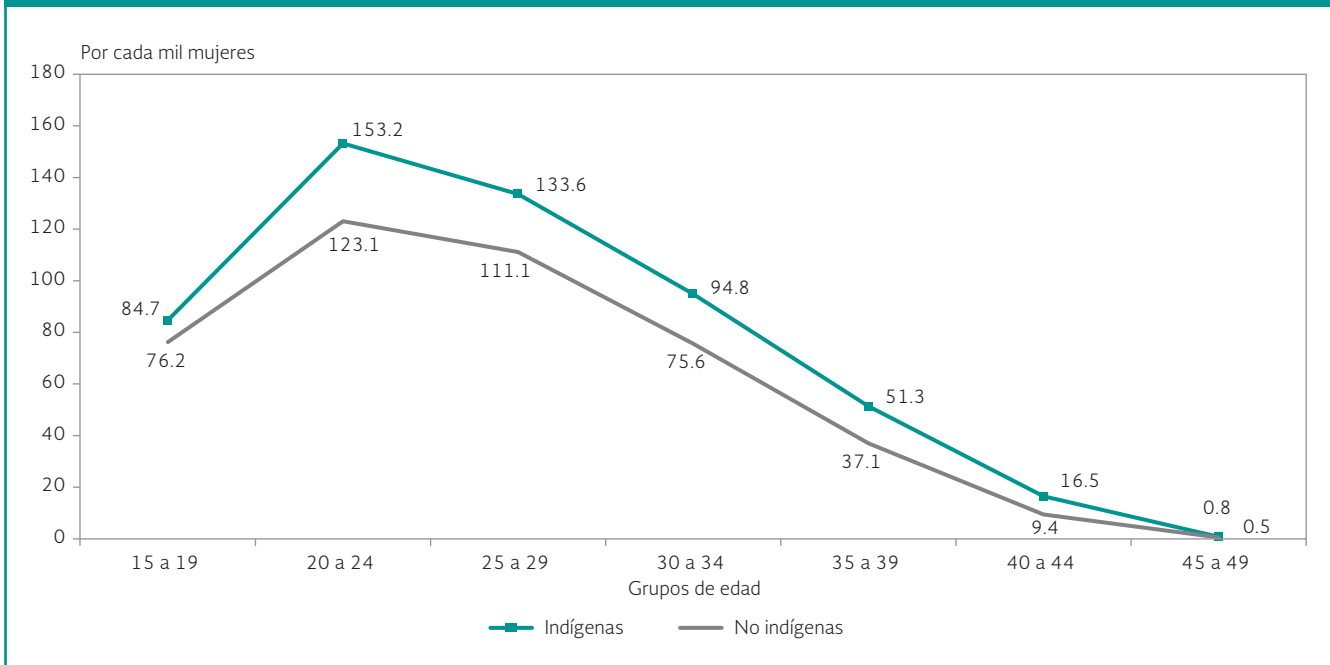
Generalmente, la reproducción a edades tempranas se asocia a la inequidad socioeconómica, ya que su frecuencia es mayor en los grupos más pobres y que poseen un menor nivel de educación formal, siendo factores que disminuyen las probabilidades de salir de la pobreza de una generación a otra (CEPAL/UN, 2014). Como se ha visto a lo largo de este documento, en esta situación se encuentran las mujeres indígenas. Por otra parte, en algunos pueblos indígenas las pautas ligadas a la nupcialidad a edades tempranas y el valor que se da a los hijos conlleva a significados muy diferentes a los de la denominada “fecundidad adolescente” (Del Popolo, López y Acuña, 2009). Sin embargo, llama la atención que, en 2014, es menor el porcentaje de MEFI que planearon tener a su hijo (57.7%) respecto a las MEFNI, que es de 59.8 por ciento (véase cuadro 5). En ambos casos, el porcentaje de mujeres con hijos no planeados²² fue de 18.5 y entre las indígenas es mayor el de las que no deseaban²³ tener ese último hijo, 23.8 contra 21.7 de no indígenas.

Los resultados antes expuestos muestran que existe una brecha en la implementación de los derechos sexuales y reproductivos de las jóvenes indígenas, derivada de problemas estructurales como son la pobreza y el bajo acceso a la educación formal, así como de la falta de una adecuación cultural de los servicios de salud, colocando a las mujeres en mayor dificultad para acceder a los servicios de planificación familiar e impactando así en su bienestar y en el de sus hijos(as), que en determinadas situaciones también se refleja en mayores niveles de mortalidad ya sea infantil o materna.

²² Se considera un embarazo no planeado a aquel que ocurre cuando la mujer deseaba esperar más tiempo antes de embarazarse.

²³ Se considera un embarazo no deseado cuando la mujer definitivamente no tenía contemplado el embarazo ni en ese momento de su vida ni en uno posterior.

Gráfica 18.
México. Tasas específicas de fecundidad según condición indígena, 2012



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014.

Cuadro 5.
México. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil, según planeación y deseo del último hijo(a) nacido vivo, 2014

Condición indígena	Planeado	No planeado	No deseado
Total	59.6	18.5	21.9
Mujeres indígenas	57.7	18.5	23.8
Mujeres no indígenas	59.8	18.5	21.7

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014.

Conclusiones

Entre los retos prioritarios referentes a la población indígena, en términos educativos se observa que pese a los esfuerzos por articular programas que incentiven la asistencia y permanencia de las niñas en la escuela, ello no se ha logrado del todo, por lo que se debe trabajar en medidas que garanticen a la población indígena permanecer y llegar a todos los niveles educativos, en pro de la igualdad con el resto de la población del país. La educación es un derecho intrínseco y a la vez

un instrumento indispensable para el logro de otros derechos y del ejercicio de libertades fundamentales como la salud sexual y reproductiva.

En materia de necesidades de ssyr se encuentra la atención de la anticoncepción y en particular de métodos anticonceptivos modernos, así como la atención y prevención de infecciones de transmisión sexual, que por las características de rezago y de falta de autonomía de las mujeres en esta población reportan un notable descuido respecto a las mujeres no indígenas.

Por lo tanto, es necesario promover y garantizar los derechos sexuales y reproductivos en contextos pluriétnicos, a fin de generar las condiciones necesarias donde las personas y parejas puedan ejercerlos de acuerdo al significado cultural respecto a las relaciones sexuales, la concepción, la gestación, el embarazo, el parto, la infertilidad, el aborto, entre otros.

Por otra parte, es importante resaltar que en México el sistema de salud cuenta con un marco jurídico sólido²⁴ y que el diseño de programas e intervenciones de las instituciones públicas de salud se sustenta en marcos normativos, donde se han realizado esfuerzos por implementar la política de interculturalidad en la planeación y oferta de los servicios, con el propósito de eliminar barreras culturales y contar con personal competente que proporcione los servicios sin discriminación ni coerción. No obstante, es necesario hacer un seguimiento y evaluación de su correcta aplicación para corregir las áreas con déficit, ya que es de suma importancia evitar factores que limitan el acceso a los servicios de salud, sobre todo a la población indígena que vive en contextos rurales de marginación y pobreza, donde existen más dificultades y obstáculos para acceder a los servicios médicos y, por ende, a los servicios de salud reproductiva.

Asimismo, es indispensable continuar impulsando la incorporación de elementos interculturales en los programas de salud, así como metodologías que fortalezcan la participación comunitaria y la capacitación a parteras para que, además de continuar brindando medicina tradicional, también sigan promoviendo acciones de atención a la salud sexual y reproductiva, como la prevención de embarazos no planeados o no deseados, y de infecciones de transmisión sexual. En síntesis, todo ello hace imprescindible que se fortalezca el conocimiento de los derechos de las mujeres indígenas, para que sean capaces de involucrarse en la toma de decisiones de manera autónoma y en el cuidado de su propio bienestar.

Finalmente, a pesar de que la oposición de la pareja de las mujeres indígenas al uso de métodos anticonceptivos representa una proporción pequeña,

todavía queda un trecho importante por recorrer en cuanto a involucrar a los hombres en las decisiones sexuales y reproductivas, y, a la par, realizar acciones que empoderen a las mujeres en sus derechos para que puedan ejercer su sexualidad sin coerción o violencia.

Bibliografía

- Aburto Flores, José Manuel (2014), *La mortalidad evitable: su contribución a la esperanza de vida durante la primera década del siglo XXI*, Tesis de Maestría en Demografía, Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales, El Colegio de México, México.
- Caballero, Marta y Ruth Paulina Martínez González (2016), “Representaciones y prácticas preventivas en torno al cáncer de mama en mujeres beneficiarias del programa Oportunidades”, en *Salud en mujeres de origen indígena de Morelos. El Cáncer de mama*, FESC-UAEM [Facultad de Estudios Superiores de Cuautla-Universidad Autónoma del Estado de Morelos], pp. 79 - 105.
- Casterline, J. B. y S. W. Sinding (2000), “Unmet Need and Implications for Population Policy”, en *Population and Development Review*, 17(2):293-313.
- CDI [Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas] (2015), *Indicadores de la Población Indígena. Sistema de información e indicadores sobre la población indígena de México. Consulta de Cédulas de Información municipal y descarga de indicadores*. México. Disponible en: <http://www.gob.mx/cdi/documentos/indicadores-de-la-poblacion-indigena>.
- CEPAL [Comisión Económica para América Latina y el Caribe] (2007), *Panorama Social de América Latina 2006*, Santiago de Chile, LC/G.2326-P.
- _____/UN [Naciones Unidas] (2014), “Los pueblos indígenas en América Latina. Avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos”, Santiago de Chile.
- Cleland, John et al. (2006), “Family planning: the unfinished agenda”, en *The Lancet Sexual and Reproductive Health*, vol. 368, núm. 9549, pp. 1810-1827, octubre.

²⁴ <http://www.dgplades.salud.gob.mx/Contenidos/Documentos/Interculturalidad/MarcoLegalNormativo.pdf>

- CONAPO [Consejo Nacional de Población] (2001), *La población de México en el nuevo siglo*, México.
- _____ (2006), *La situación demográfica de México 2006*, México.
- Del Popolo, Fabiana, Mariana López y Mario Acuña (2009), *Juventud indígena y afrodescendiente en América Latina: Inequidades sociodemográficas y desafíos de políticas*, CEPAL/Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)/Organización Iberoamericana de Juventud (OIJ), Madrid.
- Echarri Cánovas, Carlos Javier (2008), “Desigualdad socioeconómica y salud reproductiva: una propuesta de estratificación social aplicable a las encuestas”, en Susana Lerner e Ivonne Szasz (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, Tomo I, El Colegio de México, México.
- Espinosa, Gisela (2008), “Maternidad indígena: los deseos, los derechos, las costumbres”, en Susana Lerner e Ivonne Szasz (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, Tomo II, El Colegio de México, México, pp. 141-202.
- García-Junco Machado, David (2012), “La transformación del sistema de salud y el Seguro Popular”, en *Gaceta Médica de México*, núm. 148, Órgano Oficial de la Academia Nacional de Medicina de México, A.C. Disponible en línea: http://www.anmm.org.mx/GMM/2012/n6/GMM_148_2012_6_518-524.pdf
- Hernández, Daniel (2001), “Anticoncepción en México”, en José Gómez de León y Cecilia Rabell (coords.), *La población de México: tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*, Consejo Nacional de Población, Fondo de Cultura Económica, México.
- INEE [Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación] (2012), “El derecho a una educación de calidad”, Informe 2014, México.
- INEGI [Instituto Nacional de Estadística y Geografía] (1992, 2009 y 2014), Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1992, 2009 y 2014, México. Disponible en línea: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/enadid/default.aspx>
- Knaul, Felicia Marie, Eduardo González-Pier et al. (2012), “The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico”, en *The Lancet*, vol. 380, núm. 9849, 1259–1279.
- Meneses, Eloina (2014), *Análisis de la falla en el uso del primer método anticonceptivo en México en los periodos 1989-1997 y 2001-2009*, Tesis de Maestría en Demografía, El Colegio de México, México.
- OPS [Organización Panamericana de la Salud] (2004), “Mortalidad materna, más alta en los pueblos indígenas”. Disponible en línea: http://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=335&catid=700:notas-de-prensa&Itemid=322
- Ross, Kenneth N. y Llona Jürgens Genevois (eds.) (2006), *Cross-national studies of the Quality of Education: Planning their Design and Managing their Impact*, París, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO).
- Schiappacase, V. et al. (1995), “Calidad de Atención: un Marco de Referencia”, en S. Díaz, S. Sánchez, M. Silvamonge (eds.), *Realidades y Desafíos, Reflexiones de Mujeres que Trabajan en Salud Reproductiva*, Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, Santiago de Chile.
- SS [Secretaría de Salud] (2013), Marco Legal y Normativo. Interculturalidad. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. Disponible en línea: <http://www.dgplades.salud.gob.mx/Contenidos/Documentos/Interculturalidad/MarcoLegalNormativo.pdf>
- SSA [Secretaría de Salubridad y Asistencia] (1994), Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, México.
- Szasz, Ivonne y Susana Lerner (2010), “Salud reproductiva y desigualdades en la población”, en Brígida García y Manuel Ordorica (coords.), *Los grandes problemas de México, Población*, El Colegio de México, México.
- UN [Naciones Unidas] (1994), Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), El Cairo, Egipto, 5 al 13 de septiembre. Dis-

ponible en línea: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N95/231/29/PDF/N9523129.pdf?OpenElement>

—— (2007), “Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas”, Resolución aprobada por la Asamblea General, A/RES/61/295. Disponible en línea: http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_es.pdf

UNPFII [Foro Permanente de las Naciones Unidas para las Cuestiones Indígenas] (2014), Informe de la reunión del grupo internacional de expertos sobre el tema ‘Salud sexual y derechos reproductivos: Artículos 21, 22, 23 y 24 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas’ (E/C.19/2014/8). Disponible en línea: <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=534bd4094>

WHO [World Health Organization] (2013), *The World Health Report 2013, Research for Universal Coverage*, Geneva.