

Uso de métodos anticonceptivos en un grupo de mujeres indígenas jóvenes de Oaxaca, México, en 2008. Algunas reflexiones desde la salud sexual y reproductiva, y los derechos humanos.*

Noé Valdiviezo Villanueva ♦

Resumen

Objetivos. (1) analizar en mujeres de entre 15 y 24 años el efecto de la condición indígena como determinante de la propensión de uso o no uso de algún tipo de método anticonceptivo durante las relaciones sexuales con la pareja actual en función de factores sociodemográficos y socioculturales; y (2) contribuir a la identificación de los desafíos pendientes y los asuntos emergentes en materia de población indígena a través de la articulación de tres enfoques teóricos: la construcción social de la sexualidad como marco general, y los enfoques de salud reproductiva y derechos humanos como ejes específicos. **Metodología.** Se utilizan modelos de regresión logística para describir el uso de métodos anticonceptivos y su relación con las variables sociodemográficas: nivel de escolaridad y unión conyugal, controlando por la condición indígena. Además, se incorporan dos aproximaciones socioculturales: ideales reproductivos y roles de la mujer. **Fuente.** *Encuesta de Salud Reproductiva en Adolescentes en Áreas Rurales de Oaxaca, 2004-2008*, elaborada por la organización Investigación en Salud y Demografía, S.C. (N= 2,432 mujeres). **Resultados.** La condición indígena resultó ser un factor protector. En el modelo con factores sociodemográficos, las indígenas tuvieron 54.4 por ciento menos riesgo relativo (RR) de utilizar algún método ($p<0.05$), mientras que en el de factores socioculturales tuvieron 62.4 por ciento menos RR ($p<0.05$). En un tercer modelo con ambos grupos de factores, ser indígena tuvo un riesgo relativo 56 por ciento menor en la propensión de uso de algún anticonceptivo ($p=0.05$). El método más utilizado es el dispositivo intrauterino (40.5 por ciento). Entre las indígenas, la realización de la oclusión tubaria bilateral es mayor que entre aquellas que no lo son (4.8 y 1.6 por ciento, respectivamente). Finalmente, las razones de no uso son: ausencia de la pareja (27.6 por ciento) y embarazo al momento de la entrevista (22.4 por ciento).

Introducción.

En México, existen diferencias muy importantes en los niveles de fecundidad de las mujeres no indígenas e indígenas (Vázquez, 2010; Menkes, 2003; Holian, 1980; Hicks, 1974). Entre 1999 y 2009, la fecundidad de las no indígenas pasó de 3.5 a 2.39 mientras que para el mismo periodo, la fecundidad de las mujeres indígenas disminuyó en menos de un hijo, al pasar de

*“Trabajo presentado en el VI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, realizado en Lima-Perú, del 12 al 15 de agosto de 2014”

♦ El Colegio de México (nvaldiviezo@colmex.mx).

4.12 a 3.25 hijos por mujer (CONAPO, 2013). No obstante, cuando se analiza la fecundidad indígena con más detalle se observa que la ligera disminución de la Tasa Global de Fecundidad (TGF) en las mujeres de esta subpoblación no se distribuye de manera aleatoria a través de las edades reproductivas. Según datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 1997), los cambios más recientes que se observan en la fecundidad de las mujeres indígenas corresponden a una disminución de la fecundidad en los grupos de edad 20-24 y 25-29.

Estos cambios en el calendario pueden interpretarse como la adopción gradual, por primera vez, de los métodos anticonceptivos modernos por parte de la población indígena. Es decir, durante la segunda mitad de la década de los años 1980 las mujeres indígenas comenzaron a acceder y a utilizar métodos de planificación familiar, lo que influyó notoriamente en el descenso de las tasas de fecundidad entre las mujeres más jóvenes (Vázquez, 2010). Si bien, en condiciones rurales, con bajos niveles de escolaridad y alto grado de marginación, el uso de métodos anticonceptivos es menor, su uso aumenta una vez que se ha tenido el primer hijo ya que se desea controlar el número y espaciamiento de los mismos, por lo que es más probable que un joven esté informado sobre dónde conseguir métodos anticonceptivos y la forma adecuada de utilizarlos (Mora y Oliveira, 2009; Welti, 2005; 2000).

Por otro lado, existen diferencias en la TGF de las mujeres indígenas según el grupo específico al cual pertenece. Para el periodo 1995-1999 y considerando a la población indígena bilingüe, es decir, hablante de una lengua indígena y el español, la TGF de las Tlapanecas del estado de Guerrero fue 5.8 hijos en promedio por mujer, mientras que el mismo indicador fue 4.9 hijos en promedio en la población Tzotzil de Chiapas para el mismo periodo. Llama la atención que la TGF más baja se presentó entre las Zapotecas de la región de los Valles Centrales de Oaxaca con 3.1 hijos promedio (Vázquez, 2010), es decir, casi dos veces por debajo de la TGF más alta.

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

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

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

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

Sobre la base del contexto anterior, este trabajo busca analizar el efecto de la condición indígena como determinante de la propensión de uso o no uso de algún tipo de método anticonceptivo durante las relaciones sexuales con la pareja actual, en la población de entre 15 y 24 años de la región de los Valles Centrales de Oaxaca, retomando para el análisis algunos elementos en torno al género y los derechos humanos. Se utilizan modelos de regresión logística para describir el uso de métodos anticonceptivos en la última relación sexual en 2008, y su relación con las variables sociodemográficas: nivel de escolaridad y unión conyugal, controlando por la condición indígena. Además, se incorporan variables socioculturales a partir de dos aproximaciones: i) ideales reproductivos, y ii) roles de la mujer; cuya construcción se explica en el apartado metodológico. Finalmente, en las conclusiones se presentarán algunas reflexiones derivadas de este ejercicio de investigación en torno a los ejes planteados con anterioridad.

Dentro del universo de complejidades que deben ser estudiadas en torno a la salud sexual y reproductiva, me centro en el uso de métodos anticonceptivos en las jóvenes indígenas habitantes de zonas rurales de la región de los Valles Centrales de Oaxaca. Cabe mencionar que se pretende un primer acercamiento al tema a partir de la información generada a través de la *Encuesta de Salud Reproductiva en Adolescentes en Áreas Rurales de Oaxaca, 2004-2008*, elaborada por la organización Investigación en Salud y Demografía, S.C. (INSAD), para posteriormente profundizar en los resultados a través de una investigación cualitativa. Cabe entonces presentar una breve descripción de la relación entre la identidad étnica y las perspectivas salud sexual y reproductiva y derechos humanos.

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

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

Sin embargo, reconocemos la importancia del debate que sigue existiendo entre los estudios de la población indígena, sobre otros criterios como el de tener algún padre hablante de lengua indígena.

Salud sexual y reproductiva en la población indígena de México.

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

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

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

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

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

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

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

hombres y mujeres, así como al acceso a la información, la educación y los servicios de salud.

Este enfoque ha resultado en importantes aportaciones ya que ha integrado distintos elementos de la sexualidad, la salud y la reproducción que antes parecían dispersos. Así, autores como Salles y Tuirán (2001), incluyen conceptos como derechos reproductivos, planificación familiar, relaciones de género y sexualidad adolescente. Estos autores apuestan por un concepto más amplio al incorporar la sexualidad como una construcción social; la reproducción humana, como un hecho biológico que forma parte de procesos más amplios de reproducción social y cultural; la sexualidad y la reproducción humanas inmersas en estructuras y redes de relaciones sociales, entre las que se perfilan, por ejemplo, las asimetrías de clase y género; y la distribución de los recursos y las modalidades de ejercicio de poder, vinculadas a las prácticas reproductivas y sexuales de los individuos y de sus grupos de pertenencia (Salles y Tuirán, 2001).

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

Ahora bien, México es un país en el que las condiciones de vida son desiguales; los altos niveles de pobreza, los rezagos en materia de educación, alimentación, en el reconocimiento de los derechos sociales, prevención y atención a la salud, tienen una relación directa con la salud sexual y reproductiva, ya sea en términos del estado de salud que mantenga la población, en el ejercicio de la sexualidad, o bien, de las prácticas reproductivas (Rodríguez, 2009).

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

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

Derechos humanos y la población indígena de México

Los fundamentos de la política demográfica de México se encuentran en un cuerpo jurídico legal que data de 1936 y 1974, mismo que interviene en el volumen, estructura, dinámica y distribución de la población en el territorio nacional, el cual considera el nivel de desarrollo social y económico en el país. A partir de este marco, las políticas demográficas se centraron en el aumento de la población en la década de los treinta, mientras que a finales de los setenta, lo hicieron en la desaceleración de la tasa de crecimiento poblacional (Mojarro, 2009; Sánchez, 2003). A partir de la ley de 1974, surgió el Programa Nacional de Planificación Familiar cuyo propósito central era la disminución de la fecundidad (Palma, 2004). En consecuencia de este programa, los niveles de fecundidad de las mujeres, pasaron de 7 hijos en promedio por mujer en la segunda mitad de la década de los sesenta, a 2.39 en el año 2009. En el 2010, los niveles de fecundidad se estiman en 2.38 hijos en promedio (Palma, 2012; (Menkes, 2003)).

La existencia de estas políticas que busca acelera o desacelera el tamaño de la población plantea retos para el respeto de los derechos de los ciudadanos y particularmente de las ciudadanas. Las metas demográficas definidas por las políticas, por naturaleza, no pueden tomar en cuenta la voluntad de cada ciudadano y cada ciudadana en particular, ni siquiera de las parejas, ya que querer tener hijos o no, el número espaciamiento y calendario varía de una persona a otra. Además, por el hecho de que los anticonceptivos están concebidos casi únicamente para las mujeres, ellas son las cuyo el cuerpo sirve directamente al cumplimiento de las metas demográficas. En este sentido, los programas de planificación familiar en tanto que forman parte de la política demográfica son cuestionables respecto a si respetan los derechos reproductivos de los ciudadanos y ciudadanas; también es cuestionable si estos programas abordan la salud reproductiva integralmente o si se concentran únicamente en la acelerar o desacelerar el ritmo de crecimiento de la población (Correa y Petchesky, 1993).

En el caso específico de los y las indígenas, la política demográfica buscaba desaparecer al indio integrándolo a la sociedad, y reducir los niveles de fecundidad de las mujeres, indígenas y no indígenas. Así este proceso tuvo implicaciones desfavorables en la población indígena (Vázquez, 2011).

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

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

Breve descripción de la encuesta y de las variables utilizadas.

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

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

La primera medición se realizó en 2004, año considerado como línea base. En ella, 4,036 adolescentes completaron el cuestionario (tasa de no respuesta de 7.8 por ciento). Consecutivamente se realizaron seguimientos a las mismas adolescentes durante 2005, 2007 y 2008. El problema de atrición en los seguimientos se debió principalmente a la emigración. En 2005 se contaron a 3,467 adolescentes (con una tasa de no respuesta de 14 por ciento), mientras que para los años 2007 y 2008 se redujeron a 3,397 y 2,931 adolescentes, con tasas de no respuesta de 21 y 25 por ciento, respectivamente (INSAD, 2010). Lo que significa que al final del estudio se conservó 73 por ciento de la población contabilizada en la línea base.

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

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

Variables Sociodemográficas.

Condición indígena.

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

Edad al momento de la entrevista. Se utiliza como variable continua

Nivel de escolaridad[†]

- Primaria incompleta. Incluye a quienes cursaron de 0 a 5 grados de primaria.

[†] Cabe mencionar que en un principio se incluyó la categoría “Sin escolaridad”, sin embargo, debido a que menos del 1 por ciento de la población objeto de estudio se decidió agruparla con la categoría “primaria incompleta”.

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

Unión conyugal.

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

Variables o aproximaciones socioculturales.

Ideales reproductivos.

- Número ideal de hijos, variable continua.

Roles de la mujer.

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

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

Resultados.

Un total de 736 jóvenes (30.4 por ciento) declararon haber tenido relaciones sexuales al 2008. Además, 493 jóvenes fueron identificadas como población indígena, la cual representa un 20.3 por ciento del total de la muestra (N=2,432).

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

Al analizar las características sociodemográficas (Modelo 2), el ser indígena disminuyó la propensión de usar un método anticonceptivo en 46 por ciento ($p < 0.01$) en relación con las jóvenes no indígenas, controlando por edad, nivel de escolaridad y por unión conyugal. Independientemente de la condición indígena de las jóvenes se observan las siguientes

características, la edad de las jóvenes aumentó el riesgo relativo del uso de algún método apenas en 19 por ciento ($p < 0.01$). Respecto al nivel de escolaridad, se observa que contar con estudios de primaria, secundaria y preparatoria aumenta al menos el doble de la propensión del uso de métodos anticonceptivos de las jóvenes ($p < .10$). Llama la atención que no se encuentran elementos estadísticamente significativos para decir que la unión sea un factor explicativo del uso o no uso de algún método (Cuadro 1).

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

El análisis del efecto que tiene la condición indígena en el uso de métodos anticonceptivos proporciona elementos para decir que tiene un menor peso en la propensión del uso, en relación con el modelo 2, ya que reduce el riesgo relativo en 38 por ciento ($p < 0.05$). Entre las entrevistadas, se analiza una aproximación de sus ideales reproductivos a través del número ideal de hijos. Al respecto, se observa que desear tener 4 o más hijos la propensión del uso de algún método disminuye en 55 por ciento ($p < 0.10$), lo que puede representar un menor control de la fecundidad. Adicionalmente, se exploran las expectativas de vida de las jóvenes, con una aproximación de los roles de las mujeres. Utilizando la pregunta, ¿a qué te gustaría dedicarte en la vida? Se observa que el interés por seguir estudiando o trabajando incrementa la propensión del uso de algún método anticonceptivo en 44 por ciento, relación con aquellas jóvenes cuyo interés se centra sólo en atender a la familia ($p < 0.05$) (Cuadro 1).

El modelo 4 analiza la condición indígena como determinante del uso de algún método anticonceptivo, controlando el efecto de las variables sociodemográficas y socioculturales. Este modelo tiene un mejor ajuste en comparación con el modelo nulo que incluye sólo a la condición indígena (con *log-likelihood* de -398.48 y -423.07, respectivamente).

En este modelo se observa que el ser indígena reduce la propensión de uso de algún método anticonceptivo en 45 por ciento en comparación con las jóvenes no indígenas ($p < 0.01$). Por lo que se concluye que al considerar el efecto de las variables sociodemográficas y socioculturales, el uso de algún método para no tener hijos, ya sea que ella o él lo use, es menor entre las jóvenes indígenas en comparación con las jóvenes que no son identificadas como indígenas. (cuadro1).

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

Cuadro 1. Riesgos relativos del uso de métodos anticonceptivos en mujeres jóvenes de los Valles Centrales de Oaxaca, 2008.

Factores sociodemográficos	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4
<i>Condición indígena</i>				
No indígena (ref.)				
Indígena	.586***	.544***	.624**	.559***
<i>Edad al momento de la entrevista</i> (continua)		1.191***		1.192***
<i>Nivel de escolaridad</i>				
Primaria incompleta (ref.)				
Primaria completa o secundaria incompleta		2.094**		2.204**
Secundaria completa o prepa incompleta		2.563***		2.368**
Preparatoria y más		1.987*		1.627
<i>Unión conyugal</i>				
No unida (ref.)				
Unida		1.062		1.233
Factores socioculturales				
Ideales reproductivos				
<i>Número ideal de hijos</i>				
1 (ref.)				
2			0.826	0.830
3			0.933	0.847
4			0.459*	0.447*
Roles de la mujer				
<i>¿A qué te gustaría dedicarte?</i>				
Sólo a la familia (ref.)				
Seguir trabajado/estudiando			1.448**	1.556**
<i>Log likelihood</i>	-423.07	-405.75	-415.71	-398.48
<i>BIC</i>	859	856.41	869.96	867.49

*0.10, **0.05, ***0.01

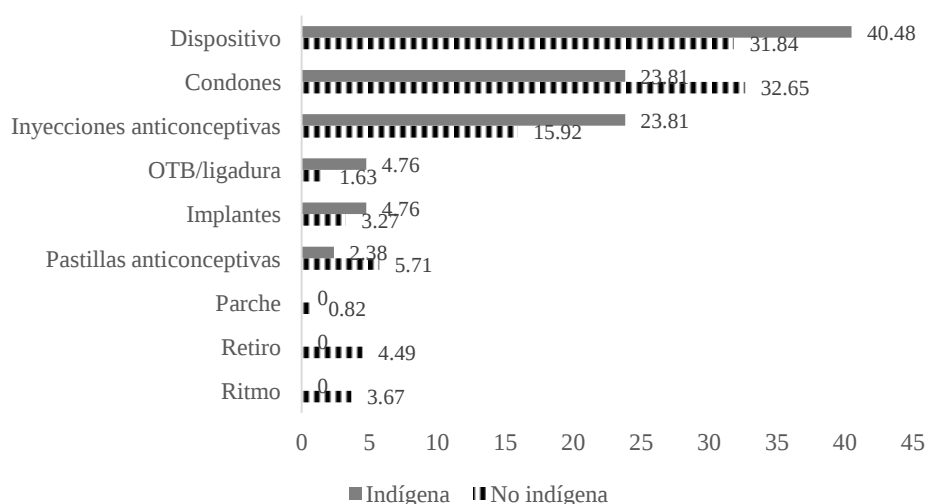
Fuente: Elaboración propia con base en la *Encuesta de Salud Reproductiva en Adolescentes en Áreas Rurales de Oaxaca, 2004-2008*. INSAD.

Si bien el nivel de escolaridad se percibe como un factor facilitador del uso de métodos anticonceptivos, el contexto sociocultural brinda otros elementos a considerar. Pareciera que mientras mayor sea el número deseado de hijos las mujeres tienen un menor control de su fecundidad, esto puede estar vinculado con un sistema que valora la reproducción de las mujeres.

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

Una vez que hemos analizado la condición indígena como determinante de la propensión de uso de algún método anticonceptivo, se explora el tipo de método y las razones de no uso, según condición indígena (cuadro 2). Vale la pena destacar que entre las jóvenes indígenas el método anticonceptivo más utilizado en el dispositivo intrauterino (40.5 por ciento), seguido del condón y de las pastillas anticonceptivas, ambos en 23.8 por ciento. Asimismo, los datos nos muestran algunas diferencias relevantes. Por una parte, existe un mayor uso del método de oclusión tubaria bilateral (OTB) entre las indígenas (4.8 por ciento) en comparación con aquellas que no lo son (1.6 por ciento), es importante esta situación debido a que se trata de jóvenes que van de los 15 a los 23 años. Por otra, los métodos tradicionales (ritmo y retiro) no son utilizados por las jóvenes indígenas, a diferencia de un bajo, pero importante porcentaje de jóvenes que no son indígenas los usan (4.5 y 3.7 por ciento, respectivamente) (cuadro 2).

Cuadro 2. Distribución porcentual del tipo de método anticonceptivo utilizado durante las relaciones sexuales con la pareja actual, según condición indígena, en 2008.



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

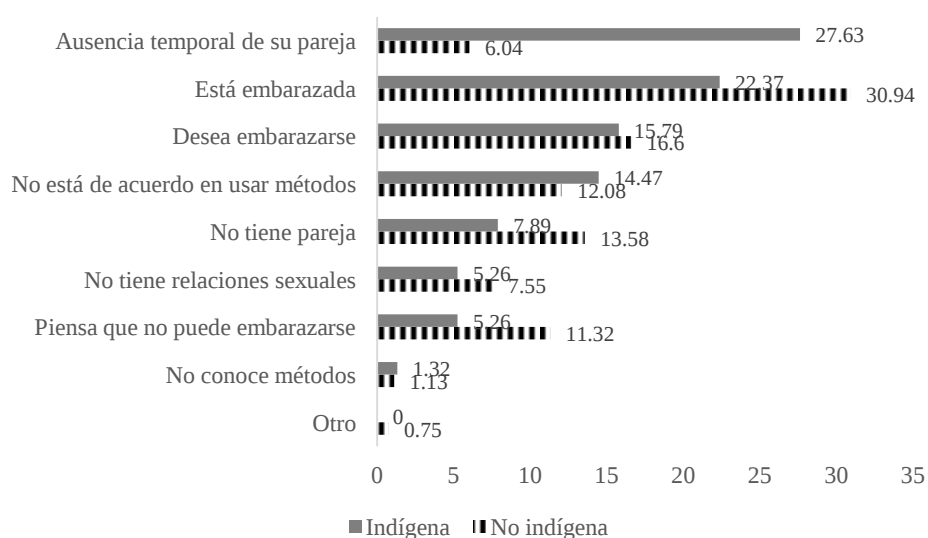
Ahora bien, ¿qué es lo que sucede cuando revisamos las razones que declaran las jóvenes para no usar algún tipo de método? Los datos muestran diferencias importantes por destacar. La

ausencia temporal de la pareja es la razón principal para no usar algún tipo de método entre las indígenas. Esto nos habla de un posible contexto en el que la emigración, se desconoce si interna o internacional, parece tener un efecto negativo en el uso de algún tipo de método. Al mismo tiempo, las jóvenes declaran que no utilizan algún método debido a que están embarazadas al momento de la entrevista (22.4 por ciento de las indígenas y 30.1 por ciento de las no indígenas) (cuadro 3).

Además, se destaca que el deseo de tener un embarazo como razón de no uso está relativamente vinculado con no estar de acuerdo en usar algún tipo de método, lo cual reafirma la idea de que las jóvenes tienen una menor práctica anticonceptiva con fines reproductivos durante esta etapa de su vida (cuadro 3).

Por último, si bien el desconocimiento de los diferentes tipos de métodos es relativamente bajo entre las jóvenes indígenas y aquellas que no lo son (1.3 y 1.1 por ciento, respectivamente), entre las jóvenes que no son indígenas existe una mayor proporción que piensa que no puede embarazarse (cuadro 3). Dado el panorama que se ha presentado hasta este momento, lo que valdría la pena indagar es si piensa esto porque no está expuesta a las relaciones sexuales debido a la ausencia de la pareja, o bien, se trata de uno de los efectos de las intervenciones de los programas de salud sexual y reproductiva que surgen a partir de que diferentes organismos han dirigido a la población indígena las estrategias de atención en salud y de proporcionar información desatendiendo de cierta manera las necesidades en salud de la población no indígena.

Cuadro 3. Distribución porcentual de la razón de no uso de algún método anticonceptivo durante las relaciones sexuales con la pareja actual, según condición indígena, en 2008.



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

Algunas reflexiones finales.

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

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

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

Por otra parte, parece importante buscar la forma de garantizar una disponibilidad de mejor información entre las jóvenes, la cual sea desagregada por grupo étnico, por lengua y por región geográfica. Esto, significa que debemos mejorar el desarrollo de instrumentos para capturar esta información que identifique las características de la población, e incluir los instrumentos en aquellos espacios de salud, es decir, en los servicios de salud (en los registros vitales, formatos) de lo contrario las particularidades de la población indígena se pueden homogeneizar con las de la no indígena, y ya se ha demostrado que los contextos socioculturales son diferentes. Así, se podrá mejorar las estrategias de captura de información.

Además, es necesario atender con un enfoque intercultural la demanda de servicios de atención en salud. Interculturalidad en atención en salud significa proceso de conocimiento mutuos que propicio la comunicación y el entendimiento mutuo sobre la base de horizontalidad. Es decir, los modelos de estrategias de salud están formados bajo una cosmovisión de la salud y de enfermedad, pero no consideran la posibilidad de que ellos tengan otros medios de atención de su salud sexual y reproductiva, por ello es importante considerar su propia medicina tradicional en el proceso de planeación y no creer que se está respondiendo a sus necesidades, por ello es importante problematizar la interculturalidad como proceso y cómo se traduce en acción concreta.

Referencias bibliográficas.

Cervantes, A. (1996) “De mujeres, médicos y burócratas: políticas de población y derechos humanos en México” en *Ética y Salud Reproductiva*, Gloria Careaga, Juan Guillermo Figueroa y María Mejía (coords.), UNAM y Porrúa, México, pp. 317-348.

- Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI, 2008). Región Sur. Tomo 1. Oaxaca, en *Condiciones Socioeconómicas y Demográficas de la Población Indígena*, México, CDI y PNUD.
- CONAPO (2013). *La situación demográfica de México 2013*. Consejo Nacional de Población. Pp- 31-34.
- Figueroa, Juan Guillermo y Claudio Stern (2001), “Encuentros y desencuentros en la salud reproductiva: políticas públicas, marcos normativos y actores sociales, México”, CEDUU, El Colegio de México.
- González, Humberto, (2000), “Aspectos teóricos para el estudio sociodemográfico del embarazo adolescente”, *Revista Frontera Norte*, enero-junio, vol. 12, núm. 23.
- Hicks, W. Whitney (1974), “Economic development and fertility change in Mexico, 1950-1970”, *Demography*, agosto, vol. 11, núm. 3.
- Holian, John (1980), Patterns of fertility determinants in Mexico, 1970, tesis de doctorado, Bowling Green State University. Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES, 2009), “Boletín Estadístico: Fecundidad y preferencias reproductivas en las mujeres indígenas mexicanas”. Consultado en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101103.pdf
- Investigación en Salud y Demografía, S.C., (INSAD, 2010), “Research to generate statistical information on the reproductive and sexual health of adolescents in rural communities in Oaxaca. Final report”. México (inédito).
- Instituto Nacional de las mujeres (INMUJERES, 2009), Boletín Estadístico: Fecundidad y preferencias reproductivas en las mujeres indígenas mexicanas. Consultado en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101103.pdf
- Menkes, Catherine, y Leticia Suárez (2003), “Sexualidad y embarazo adolescente en México”, *Papeles de Población*, núm. 35, pp 233-262.
- Mora, Minor, y Orlandina de Oliveira (2009), “Los jóvenes en el inicio de la vida adulta: trayectorias, transiciones y subjetividades”, *Estudios Sociológicos*, XXVII: 79.
- Ordorica, Manuel, et al. (2009), “El índice de reemplazo etnolingüístico entre la población indígena de México.
- Salles, Vania y Rodolfo Tuirán (2001), El discurso de la salud reproductiva: ¿un nuevo dogma?, en Claudio Stern y Juan Guillermo Figueroa (coords.) *Sexualidad y salud reproductiva: avances y retos para la investigación*. El Colegio de México.
- Stern, Claudio (2007), “Estereotipos de género, relaciones sexuales y embarazo adolescente en las vidas de jóvenes de diferentes contextos socioculturales en México”, *Estudios Sociológicos*, enero-abril, vol. XXV, núm. 001.
- ____ (2004), “Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México”, *Papeles de población*, Nueva época, año 10, número 039, pp. 129-158.
- ____ (2003), “Significado e implicaciones del embarazo adolescente en distintos contextos socioculturales de México: reseña de un proyecto en proceso”, *Estudios Sociológicos*, septiembre-diciembre, año/vol. XXI, núm. 003.
- Szasz, Ivonne (2003), “Relaciones e identidades de género, sexualidad y salud reproductiva”. En González Montes, Soledad. *Salud y derechos reproductivos en zonas indígenas de México*. Programa de Salud Reproductiva y Sociedad. México, COLMEX, pp.12-16. Memoria del seminario de investigación.

- Szasz, Ivonne y Susana Lerner (2010), “Salud reproductiva y desigualdades en la población” en Manuel Ordorica y Brígida García (coords.) *Los grandes problemas de México*. México, D.F.: volumen I, El Colegio de México.
- Vázquez, Germán (2010), *Fecundidad indígena*, México, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Welti, Carlos (2000) “Análisis demográfico de la fecundidad adolescente en México”, *Papeles de Población*, Nueva época, número 026, pp. 43-87.