



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO.
INSTITUTO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
ÁREA ACADÉMICA DE SOCIOLOGÍA
Y DEMOGRAFÍA

**LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE EN LA POBLACIÓN
INDÍGENA Y SUS CONDICIONES DE ACCESO A LOS
SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO, 2014**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO EN:

DOCTOR EN ESTUDIOS DE POBLACIÓN

PRESENTA:

MTRO. FELIPE DE JESÚS CENOBIO GARCÍA

Director:

Dr. Germán Vázquez Sandrín

Codirectora:

Dra. María Eugenia Zavala y Castelo

Pachuca de Soto Hidalgo, México, abril 2019.



UAEH/ICSHU/DEP/054/2019

Asunto: Impresión de tesis

MTRO. JULIO CÉSAR LEINES MEDÉCIGO
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR
PRESENTE

Sirva este medio para saludarlo, al tiempo que nos permitimos comunicarle que una vez leído y analizado el proyecto de investigación titulado **“La fecundidad adolescente en la población indígena y sus condiciones de acceso a los servicios de salud en México, 2014”** que presenta el **Mtro. Felipe de Jesús Cenobio García**, matriculado en el programa de posgrado Doctorado en Estudios de Población 1ª generación (2015-2018), con número de cuenta **142715**; consideramos que reúne las características e incluye los elementos necesarios de un trabajo de tesis de doctorado. Por lo que, en nuestra calidad de sinodales designados como jurado para el examen de grado, nos permitimos manifestar nuestra aprobación a dicho trabajo.

Por lo anterior, hacemos de su conocimiento que al alumno mencionado, le otorgamos nuestra autorización para imprimir y empastar el trabajo de tesis, así como continuar con los trámites correspondientes para sustentar el examen de grado.

ATENTAMENTE
“Amor, Orden y Progreso”

Pachuca de Soto, Hgo., a 02 de abril de 2019

[Signature]
Dr. Alberto Severino Jaén Olivas
 Director



[Signature]
Dr. Germán Vázquez Sandrin
 Director de Tesis

[Signature]
Dra. María Eugenia Zavala y Castelo
 Codirectora de Tesis

[Signature]
Dra. María Félix Quezada Ramírez
 Lectora de Tesis

[Signature]
Dra. Silvia Mendoza Mendoza
 Lectora de Tesis



Agradecimientos.

Gracias al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por la beca económica otorgada para mis estudios de doctorado. Porque gracias a esta institución un indígena más, tuvo la oportunidad de acceder a este nivel educativo. Porque gracias a ellos pueden converger personas con una gran compromiso social: académicos, estudiantes, familia y amigos.

No es necesario mencionar o jerarquizar a cada uno de ellos ya que su incansable labor y su compromiso social los hace parte de este trabajo, han sido ejemplo y apoyo. Ahora me sumo a uno de sus objetivos y a su esfuerzo para disminuir las desigualdades sociales.

Gracias. Ustedes saben quienes son.

INDICE

Introducción.	6
CAPÍTULO I. Panorama actual del embarazo en adolescentes en México y la emergencia indígena.	12
1.1. <i>Características sociodemográficas asociadas a la ocurrencia en el embarazo en adolescentes</i>	13
1.2. <i>Contar a los indígenas.</i>	26
1.2.1. <i>La categoría étnica en la ENADID 2014.</i>	29
1.2.2. <i>Las regiones indígenas de México.</i>	34
1.2.3. <i>La categoría étnica en el Sistema de Información en Salud.</i>	38
1.3. <i>La fecundidad adolescente como objeto de estudio de la demografía y los estudios de población.</i>	41
1.4. <i>La población indígena en México.</i>	50
CAPÍTULO II. Marco teórico conceptual para el estudio del acceso a los servicios de salud y la fecundidad en adolescentes indígenas.	52
2.1 <i>El acceso a los servicios de salud.</i>	52
2.2. <i>La construcción social del indígena, como sujeto de derecho a la salud, desde la política pública.</i>	62
2.2.1. <i>El acceso a los servicios de salud y la fecundidad en adolescentes indígenas.</i>	67
2.3. <i>De la teoría de la transición demográfica al malthusianismo de la pobreza, ¿qué sabemos de la transición en la fecundidad indígena?.</i>	75
2.3.1. <i>La teoría de la transición demográfica.</i>	75
2.3.2. <i>De la transición demográfica al malthusianismo de la pobreza, el caso de América Latina.</i>	78
2.3.3. <i>La transición demográfica en México y en la población indígena.</i>	82

CAPÍTULO III. El cuello de botella del descenso de la fecundidad en las adolescentes hablantes de lengua indígena en México.	90
3.1. Aspectos a considerar de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014.	93
3.2 Características escolares de las adolescentes por condición étnica.	95
3.3. El cuello de botella del descenso de la fecundidad adolescente indígena	108
3.3.1 ¿Es el acceso el principal obstáculo del descenso de la fecundidad en adolescentes indígenas?	114
CAPÍTULO IV. El calendario, el acceso a los servicios de salud y la fecundidad en adolescentes indígenas.	123
4.1. El calendario en la población hablante de lengua indígena.	124
4.2. El Subsistema de Información sobre Nacimientos SINAC.	132
4.3. La fecundidad de las jóvenes de 15-19 años en las regiones indígenas de México.	134
4.4. Las adolescentes aceptantes de Anticoncepción Post-Evento Obstétrico (APEO).	139
4.3.1. Las adolescentes indígenas, por adscripción, y su APEO en las unidades dependientes de la Secretaría de Salud.	149
V. Conclusiones	152
VI. Referencias	161

Introducción.

Esta investigación es resultado de la tesis doctoral que se realizó como parte del programa de estudios del Doctorado en Estudios de Población (DEP) de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH), durante el periodo que comprende de 2015 a 2018; la cual se circunscribe dentro de lo que se ha denominado demografía étnica. Esta línea de investigación es una fortaleza dentro del programa de estudios del DEP, cuyos destacados exponentes y parte del cuerpo académico: Dr. Germán Vázquez Sandrin, Dra. María Felix Quezada Ramírez y la Dra. Silvia Mendoza Mendoza, guiaron este proyecto. Además se contó con la codirección de la distinguida Dra. María Eugenia Zavala y Castelo, profesora invitada de El Colegio de México y Profesora Emérita de la Universidad de Paris Ouest Nanterre La Défense, cuyas aportaciones en el campo de la fecundidad son una parte imprescindible en esta investigación.

La problemática a investigar se contextualiza en este México de las desigualdades que en contraste muestra lo que parecen ser varios México, donde la fecundidad en adolescentes se considera actualmente como un problema de salud pública, debido a que algunos medios de comunicación han definido al fenómeno como una epidemia, categorizándolo como una enfermedad. En adición, perduran las metas de reducción de la fecundidad en adolescentes con su carácter antinatalista, por lo que sus objetivos son evaluados bajo esta lógica, además que siguen enfocados, principalmente, en la búsqueda del cuerpo femenino.

Debido a lo anterior y para contextualizar el surgimiento del estudio del embarazo en adolescentes indígenas en México, es necesario retomar brevemente que el surgimiento de los estudios sobre la fecundidad, desde la demografía se remonta a los años cincuenta, ya que en el plano internacional y en América Latina, a partir de esta década se identificó el acelerado crecimiento demográfico, como el mayor problema de población a escala mundial y de casi todos los países en desarrollo, debido a que las tasas de crecimiento demográfico observadas, eran hasta entonces las más elevadas en la historia mundial. Esto propició el escenario privilegiado para el debate sobre población y desarrollo, que en México inicia

también en los cincuenta, pero se da con mayor claridad en los sesenta debido a actores fundamentales (Sandoval, 2014; Zenteno, 1990, 1993;) principalmente desde la academia a través de El Colegio de México, donde se formaron los primeros demógrafos del país (Ordorica-Mellado, 2014), y la contundencia de las primeras proyecciones de población del país, así como sus componentes, dentro de los cuales se encuentra como la fecundidad; analizadas y difundidas por destacados académicos mexicanos. Es así como se estructura un nuevo discurso que consideraba al elevado crecimiento de la población como un obstáculo para el crecimiento económico (Welti, 2006 a). “Con la nueva evidencia de 1970, los organismos internacionales (y en el seno de los países) desarrollan una gran labor por el control de la natalidad¹” (Benítez, 1974: 16), considerando las relaciones mutuas entre dos procesos: el económico y el demográfico. “Esas políticas y programas también guiaron la investigación sobre la fecundidad. Durante tres décadas, desde 1960 hasta fines de los años noventa, ésta fue la percepción de los problemas demográficos más arraigada entre la sociedad mexicana” (Welti, 2006 a: 256), el cual se estableció como el principal objetivo de la política de planificación familiar de los setenta y que aun perdura en el Programa de acción específico, planificación familiar y anticoncepción 2013- 2018.

Lo anterior dio pauta para proponer la interrogante de investigación: ¿Cuáles son las condicionantes de acceso a los servicios de salud que influyen en el comportamiento de la fecundidad en la población adolescente, 15-19 años, hablante de lengua indígena o que reside en las regiones indígenas de México, en el año 2014?, ya que se planteó la hipótesis que sugiere que a pesar de la construcción social que asocia la fecundidad temprana con las poblaciones indígenas, se tiene

¹ Raúl Benítez Zenteno publica en 1961, *Análisis Demográfico de México*, (Welti 2006 b), texto que describe la dinámica de la población a partir del análisis de sus componentes: la fecundidad, la mortalidad y la migración. Posteriormente su texto *Factores socioeconómicos de la fecundidad de la mujer mexicana, sector proletario*, lo hizo interesarse por el análisis de la fecundidad diferencial (Welti, 2006 b). Para 1974, aún consideraba lo siguiente “no hay duda alguna de que sería más conveniente para la gran mayoría de los países pobres, tener un ritmo de crecimiento demográfico mas lento” (Benitez, 1974: 14)

que la fecundidad adolescente (15-19 años) en la población hablante de lengua indígena y que reside en las regiones indígenas del país tiene un comportamiento similar al de la población no HLI y que no vive en las regiones indígenas. Dicho comportamiento guarda una estrecha relación con la utilización de servicios de salud ya que a través del uso de métodos anticonceptivos se ha favorecido la cobertura de la población indígena, y las adolescentes, principalmente en la atención post parto. Si bien el objetivo del sector salud ha sido el de otorgar el derecho de protección a la salud, su intervención ha tenido efectos en el descenso de la fecundidad. Sin embargo, debido a la falta de marcadores étnicos comparables con las fuentes de información demográfica, y al subregistro en el marcador étnico existente, de las fuentes de datos de los servicios de salud, no se han podido precisar en las diferencias por condición étnica de esta intervención, por lo que se desconoce si la población indígena es más vulnerable a los procesos de medicalización de la fecundidad.

En este momento es preciso mencionar que la delimitación de las variables se realizó desde la perspectiva demográfica y de los estudios de población. Por lo tanto sin profundizar en las discusiones sobre la adolescencia y la juventud se delimitó el rango de edad utilizado en las disciplinas mencionadas para el estudio del fenómeno, el cual comprende de los 15 a los 19 años. Para el caso de la delimitación étnica, si bien es preponderante la categorización étnica a partir del criterio de ser hablante de lengua indígena, en la última década se han utilizado o construido marcadores étnicos alternativos, desde la disciplina que aquí ocupa. Por ejemplo, el trabajo de Valdiviezo (2012) o las discusiones incorporadas por Vázquez y Quezada (2015), así como la actualización de Vázquez y Ortiz (2016) de las regiones indígenas del país. En este sentido, la presente investigación, además de la condición de ser hablante de lengua indígena, utiliza la categoría étnica a partir de la regionalización indígena de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de México CDI actualizada por Vázquez y Ortiz (2016). Una aportación de este trabajo es el uso de la categoría étnica utilizada en los registros de la Secretaría de Salud que si bien responde a un criterio de autoidentificación y reconocimiento familiar, aquí denominados como indígenas, no es comparable con

el criterio de autoadcripción existente en las fuentes demográficas revisadas como los censos de población, la encuesta intercensal o la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica.

Es así que el objetivo general plantea analizar el comportamiento de la fecundidad en la población adolescente, 15-19 años, indígena a partir de tres categorías étnicas: hablante de lengua indígena, las que residen en alguna de las 25 regiones indígenas de México, y las categorizadas por el sector salud, así como sus condicionantes de acceso a los servicios de salud públicos en el año 2014. Si bien desde el principio de la investigación se planteó el objetivo general, el trabajo se ha ido guiando por los hallazgos mismos de este recorrido, los cuales generaron nuevas interrogantes y retos, a partir de ello se transformaron los objetivos específicos del trabajo. Al final lo que aquí se tiene son algunos fragmentos del rompecabezas de este fenómeno complejo y que hasta apenas menos de una década se ha profundizado en visualizar sus piezas. Desde esta perspectiva se muestran hallazgos con base en tres niveles de categorización étnica: la lengua indígena, las regiones indígenas, y una variante de adscripción.

Con base en los objetivos específicos, el trabajo se divide en cuatro capítulos, donde el primero responde al objetivo específico número dos el cual se propuso diferenciar las variables sociodemográficas de acuerdo a la ocurrencia del embarazo en la adolescencia, para la población hablante de lengua indígena y no hablante, por lo que se analiza el estado de la cuestión del estudio de la fecundidad adolescente. En este recorrido histórico se indaga la relación entre el acceso a los servicios de salud y el comportamiento de la fecundidad en adolescentes indígenas. Como resultado se retoman, principalmente cuatro variables: la fecundidad adolescente, la escolaridad, el acceso a los servicios de salud y la población indígena.

En este apartado, en un primer momento, se revisan brevemente dos posturas, la del etnocidio estadístico y la revitalización de lo étnico, ya que la posición del Estado ante el reconocimiento de la población indígena influye de manera directa en los criterios de identificación étnica y su inclusión de las distintas

fuentes de datos, como las utilizadas en esta investigación. También se logran diferenciar las categorías de identificación étnica así como algunas fuentes de datos utilizadas para el estudio de la fecundidad adolescente. A partir de ello se eligen las tres principales fuentes de datos de esta investigación: la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014, el Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) y cubos salud 2014. De la última se retoman dos registros: el Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) y Servicios otorgados.

En el capítulo II se analiza la construcción del indígena como sujeto de derecho a la salud. Además se discuten las dimensiones de acceso a los servicios de salud. En este apartado se decide utilizar la dimensión de utilización como el eje principal el análisis, con base en la discusión sobre la transición demográfica y el papel del acceso a los métodos anticonceptivos como uno de los principales elementos explicativos del descenso de la fecundidad.

Es así que el capítulo III plantea conocer si es la falta de conocimientos y acceso a los métodos anticonceptivos el principal obstáculo del descenso de la fecundidad en las adolescentes hablantes de lengua indígena en México. Para ello se utiliza como fuente de datos, la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (2014), y como técnica de análisis el modelo matemático Ready, Willing, and Able (RWA). También se analiza de manera descriptiva, una de las variables más importantes en el estudio del fenómeno, la escolaridad.

Posteriormente, en el capítulo IV se utilizan las tres fuentes de datos elegidas. Primero, se estudian los eventos conocidos como el calendario: conformado por la primera relación sexual, la primera unión y el primer hijo nacido vivo, con base en la ENADID 2014; la categoría étnica HLI versus no HLI. Después se diferencia el comportamiento de la fecundidad adolescente en las regiones indígenas de México, para ello se utiliza como fuente de datos el SINAC. Al final, se profundiza en la relación que se ha establecido entre el acceso a los servicios de salud y el descenso de la fecundidad en los contextos indígenas, a través de la información que proporciona el Sistema de Información en Salud, mediante el indicador denominado

Anticoncepción post-evento obstétrico (APEO) en las adolescentes (15 a 19 años).
Por último se presentan las conclusiones de la investigación.

CAPÍTULO I. Panorama actual del embarazo en adolescentes en México y la emergencia indígena.

Para tener un panorama de las características que han llevado a considerar a la fecundidad y al embarazo en adolescentes como un problema social, pero también como objeto de estudio de la demografía y los estudios de población, es necesario hacer una revisión de la literatura científica publicada en relación al tema de investigación. Es así que el presente capítulo tiene dos objetivos.

El primero consiste en conocer la relación entre el acceso a los servicios de salud y el comportamiento de la fecundidad en adolescentes indígenas. Para ello, se hace énfasis en aquellos estudios que han incluido las variables: condición étnica y/o acceso a los servicios de salud; o alguna de sus dimensiones, ya que esta relación y su efecto en el comportamiento de la fecundidad es de principal interés en este trabajo. Además se identifican las características que, desde la demografía y los estudios de población, se han asociado a la ocurrencia del embarazo en adolescentes en México, lo cual contribuirá en la operacionalización y análisis en los capítulos siguientes.

El segundo objetivo es el de diferenciar las categorías de identificación étnica utilizadas en las tres principales fuentes de información de esta investigación: la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014, el Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) y cubos salud 2014. De la última fuente nombrada se retoman dos registros de información: el Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) y Servicios otorgados. Para ello, en un primer momento, en el apartado llamado: contar a los indígenas, se revisan brevemente dos posturas, la del etnocidio estadístico y la revitalización de lo étnico, ya que la posición del Estado ante el reconocimiento de la población indígena influye de manera directa en los criterios de identificación étnica y su inclusión de las distintas fuentes de datos, como las utilizadas en esta investigación.

Finalmente, en los textos nombrados: “la fecundidad adolescente como objeto de estudio de la demografía y los estudios de población” y “la población indígena en México” se presentan las conclusiones del capítulo con base en los objetivos planteados.

1.1. Características sociodemográficas asociadas a la ocurrencia en el embarazo en adolescentes

En la siguiente revisión, los estudios se clasifican de manera cronológica, divididos por década. Sin embargo, también es necesario considerar sus limitantes. Primera, se analizaron los textos sobre la fecundidad y embarazo adolescente publicados durante el periodo 1989–2017 y se dio prioridad a los textos que abordan el objeto de estudio desde la demografía o los estudios de población, dejando de lado otras perspectivas interesantes, como la médica o la antropológica, y que están inmersas en el debate que ha generado la ocurrencia del fenómeno en poco más de 25 años. Si bien se ubicó una amplia variedad de publicaciones se dio prioridad a aquellas cuyos autores han dado continuidad a la investigación sobre este fenómeno durante este lapso en el tiempo. Simultáneamente se destacan dos aspectos: primero, el demográfico para conocer las tendencias y el comportamiento del fenómeno, a través de indicadores como porcentaje de embarazos adolescentes, tasas específicas de fecundidad y fecundidad total. Segundo, el sociodemográfico, donde se identifican las variables sociodemográficas asociadas a la ocurrencia del fenómeno en México.

El inicio de esta discusión demográfica se remonta a finales de la década de los ochenta, cuando Welti (1989) con base en las estadísticas vitales y la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud de 1987, da cuenta del porcentaje de los nacimientos anuales que provienen de madres adolescentes, 15 por ciento. En este primer trabajo el autor considera 4 variables: el embarazo prenupcial, la escolaridad, el tamaño de localidad de residencia y el grupo generacional. Con respecto al embarazo prenupcial, se tiene que el 37 por ciento de los hijos de madres menores de quince años fueron concebidos por mujeres no unidas “una proporción

importante de mujeres que se embarazan en su adolescencia no ha iniciado aun su primera unión conyugal, por lo que enfrentan una problemática cuya solución presenta tres opciones: unirse en matrimonio para legitimar el nacimiento de su hijo, tener al nuevo bebe sin casarse, o abortar” (Welti, 1989: 10).

La escolaridad se relaciona en el hecho de que entre las mujeres que no asistieron a la escuela más del 60 por ciento del total tiene a su primer hijo en la adolescencia, contra poco más del 10 por ciento de las mujeres que estudiaron al menos la preparatoria. Mientras que la proporción de la localidad de residencia da cuenta de que más de la mitad de las mujeres que habitan en localidades de menos de 2 500 habitantes se inician en la maternidad antes de los veinte años, contra sólo tres de cada diez residentes en las áreas metropolitanas más grandes del país. De acuerdo con estas variables Welti (1989) considera que la fecundidad adolescente es un fenómeno demográfico asociado con la población que vive en situaciones sociales desventajosas.

Para el autor, las diferencias generacionales muestran que el porcentaje de mujeres que ha tenido a su primer hijo antes de los veinte años ha disminuido ligeramente entre las generaciones de mujeres más jóvenes: de un 40 por ciento para las nacidas entre 1935 y 1940 a un 35 por ciento para aquellas que nacieron entre 1960 y 1965. Esta disminución de la fecundidad adolescente tiene que ver con cambios sociales que se ven reflejados en la composición interna de cada generación según sus características socioeconómicas, entre las que sobresale el nivel de escolaridad (Welti,1989).

La década de los noventa se caracteriza por una ruptura en el abordaje sobre los estudios sobre fecundidad adolescente. Desde la demografía, entonces aparecen los estudios enfocados al embarazo adolescente². Se retoman las

² Como consecuencia de utilizar el indicador de hijos nacidos vivos en algunos estudios enfocados al estudio del embarazo “la evidencia es incompleta, porque no incluye los embarazos no llevados a término” (Stern, 1997: 138).

variables asociadas a este fenómeno que Welti mencionó a finales de los ochenta, también se incorporan nuevas variables ya que toman importancia las implicaciones de la ocurrencia del fenómeno en la vida de las adolescentes y sus hijos. Se incorporan características relacionadas con el calendario, que considera eventos que marcan la vida de los individuos como: la primera relación sexual, el nacimiento del primer hijo, la entrada a la primera unión conyugal. También se incorpora el uso de métodos anticonceptivos e incluso la condición étnica. Además, en esta década continua el debate sobre el aumento o disminución del fenómeno.

En 1995 Welti estima, en números absolutos que los nacimientos de madres adolescentes constituyen el 16 por ciento del total. En este texto se analiza los efectos que tiene el inicio de la maternidad durante la adolescencia sobre la fecundidad total por edad por lo que “este efecto demográfico que impacta en el crecimiento de la población parece constituir la principal razón para prestar atención a la fecundidad adolescente y tratar de reducir su incidencia ampliando la información y el acceso a los métodos anticonceptivos” (Welti, 1995:10).

En este año Stern (1995) hace una aportación de sumo interés para este trabajo de tesis, incluir el contexto ya que el autor sostiene que el embarazo adolescente y los problemas que generalmente se vinculan con el mismo no son generalizables, como comúnmente se implica. Para él, dicho fenómeno se presenta en magnitudes y con características diferentes y adquiere matices muy diversos en los distintos sectores sociales.

Es hasta finalizar el siglo cuando se realiza la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica ENADID-97³ (Welti, 2000), la información de las estadísticas de vida de la encuesta se utilizó para examinar las tendencias y determinantes de la fecundidad entre adolescentes.

³ En dicho año por primera vez fue incluida la categoría de hablante de lengua indígena en una encuesta como la Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID).

Para Stern (1997) el problema del embarazo adolescente tiene que ver más con la visibilidad del fenómeno que con un aumento en la ocurrencia bajo los siguientes argumentos: ya que el grupo de mujeres de 15 a 19 años de edad pasó de un poco más de dos millones en 1970 a más de cinco millones en 1992, ha vuelto mucho más evidente y ha dado lugar al hecho de que, aun a tasas de fecundidad menores, el número de hijos nacidos de madres adolescentes sea muy grande. Además, dado el hecho de que la fecundidad de los grupos de mujeres mayores ha disminuido más que la de los grupos de mujeres jóvenes hace que la proporción de hijos nacidos de mujeres jóvenes, es mayor ahora que en el pasado, sumado el mayor acceso de la población pobre de la sociedad, particularmente en el medio urbano, a los servicios de salud, lo cual, conjuntamente con la creciente medicalización del embarazo, ha puesto de manifiesto la alta incidencia de este tipo de embarazos (Stern, 1997).

Stern (1997) descarta problemas de salud asociados a este fenómeno, con base en estudios clínicos desde la medicina⁴, el autor defiende la idea de que:

En condiciones adecuadas de nutrición, de salud, de atención prenatal, y en un contexto social y familiar favorables, un embarazo y/o parto a los 16, 17, 18 ó 19 años de edad no conlleva mayores riesgos de salud materna y neonatal que un embarazo y parto entre los 20 y 25 años. Es sólo a edades muy tempranas –menores a dos años posmenarca, o sea más o menos a los 14 años de edad– cuando se constituye en un riesgo en términos biológicos (Stern 1997: 139).

⁴ Calzada y Jaime (1992) quienes compararon la evolución del embarazo, el peso del recién nacido su somatometría y la calificación de pagar de adolescentes y de la población general en una comunidad, y no encontraron diferencia significativa en la talla, perímetro cefálico, perímetro torácico, perímetro abdominal y relación PC/pa entre los tres grupos: 12- 15 años, 16-17 y 18-39 consideran que no hubo mayor incidencia de complicaciones, por lo que cuando existen se deben más a factores sociales que a determinantes biológicos. Esta evidencia sumada a la de Fernández et. al (1996 y Pérez y Torres,1988 citados por Stern, 1997)

En esta década se da seguimiento a autores como Welti. Su trabajo es relevante por su perspectiva demográfica, además el autor es de los primeros en considerar la condición étnica, hablantes de lengua indígena.

Para Welti (2000) la maternidad es una práctica que involucra prácticamente a casi todas las mujeres mexicanas, ya que casi el 95 por ciento de ellas, al llegar al final de su vida reproductiva, ha tenido al menos un hijo nacido vivo. Para el autor un incremento en la proporción de mujeres sin hijos es una situación que no se percibe aún, por lo que es posible suponer que el descenso sostenido en la fecundidad se producirá a través del incremento en la edad al tener el primer hijo y en la disminución del número medio de hijos. Además hace la diferenciación entre los indicadores de fecundidad y embarazo. Para el autor la incidencia de los embarazos sólo puede estimarse con encuestas especializadas y la información que se obtiene constituye una aproximación a la incidencia real de los embarazos derivada de la subestimación que se origina en la dificultad que representa para una mujer establecer que está embarazada en los primeros meses de la gestación.

De acuerdo Welti (2000) las mujeres que iniciaron su historia genésica en la adolescencia tienen más de dos hijos que el grupo con el que se contrasta su fecundidad, por lo que reducir la fecundidad adolescente tendría un efecto significativo sobre la tasa global de fecundidad y sobre el crecimiento de la población. Sin embargo, para él no son los números los que llevan a prestar especial atención a la fecundidad de este grupo de la población, sino las implicaciones que el inicio temprano de la maternidad tiene para muchas mujeres. Para analizar estas características hace uso de las estadísticas vitales y de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica realizada en 1997 (Enadid-97).

Para Welti (2000) no parece que el simple conocimiento de los anticonceptivos disminuya la incidencia de los embarazos. Además destaca el hecho de que en México, hasta los 10 años, la gran mayoría de los niños asisten todavía a la escuela, y en los años que siguen, su futuro toma generalmente dos caminos: el trabajo o la escuela, en este contexto las relaciones sexuales pueden cancelar el recorrido por los dos caminos mencionados, al dar lugar a un embarazo no deseado, o ser la

única opción que tiene la mujer para ser reconocida socialmente al convertirse en “adulto visible” a través de la maternidad.

“El embarazo de la adolescente puede ser un fenómeno natural en una sociedad agrícola y un problema social en una sociedad industrializada” (Silber et al, 1995) es relativizar en extremo los orígenes y consecuencias de las conductas demográficas. Esta posición sería tanto como aceptar que la mortalidad infantil entre los grupos sociales es un problema para las clases altas pero no para los pobres, porque éstos de todas maneras van a tener una existencia tan llena de limitaciones que no vale la pena sobrevivir para llegar a la edad adulta (Welti, 2000: 45).

Welti (2000) también hace uso de estadísticas vitales, los registros de nacimientos, cuyos datos muestran que la fecundidad adolescente desciende sistemáticamente conforme el tamaño de la localidad aumenta ya que el porcentaje de nacimientos de madres adolescentes, por tamaño de la localidad de residencia, en relación con el total de nacimientos, es mayor en localidades de menos de 2500 habitantes. Con lo que respecta a la escolaridad, Welti (2000) menciona que tener un hijo en la adolescencia no es un hecho restringido a las mujeres con los menores niveles de escolaridad. Mientras que en lo referente a la unión y en contraste a lo que en ocasiones algunos argumentos moralistas sostienen, los porcentajes obtenidos de las estadísticas vitales no permiten afirmar que los hijos de madres adolescentes son hijos mayoritariamente fuera del matrimonio ya que prácticamente el 85 por ciento de las adolescentes que tuvieron un hijo estaban casadas o vivían en unión consensual, porcentaje similar al de madres no adolescentes. Una aportación importante del trabajo de Welti (2000) con respecto a esta investigación es que el autor encuentra que el 24 por ciento de nacimientos de madres adolescentes son nacimientos de orden genésico dos o mayores.

Es posible suponer que el hecho de que la mujer haya tenido previamente uno o más eventos genésicos hace evidente que la fecundidad adolescente no se origina en “un accidente” producto de tener relaciones sexuales sin la protección anticonceptiva que impida un embarazo no deseado, este hecho muestra el inicio temprano de una historia reproductiva que tiene que ser explicada con

otros elementos probablemente relacionados con las condiciones sociales de las mujeres (Welti, 2000: 59).

Con lo que respecta al acceso a la atención médica recibida durante el parto resulta relevante en la medida en que las diferencias observables en la mortalidad infantil entre hijos de madres adolescentes y madres adultas podrían ser explicadas, entre otros factores, por el tipo de atención recibida durante el parto. “Según los datos analizados, no puede decirse que haya diferencias importantes en el acceso a la atención médica entre los dos grupos de mujeres: más de 75 por ciento de quienes fueron madres en 1995, tanto adolescentes como adultas, recibieron atención médica durante el parto” (Welti, 2000: 61).

Para el autor los datos sugieren que el embarazo precipita el inicio de una unión y esto es más evidente entre las mujeres pertenecientes a grupos socioeconómicos en los cuales el embarazo de una mujer soltera no es aceptado socialmente y, por tanto, si el embarazo no puede ser interrumpido, la adolescente embarazada debe casarse (Welti, 2000). Por lo tanto, al clasificar a la población según la condición de habla de una lengua indígena se observan sistemáticamente en todas las edades mayores porcentajes de mujeres embarazadas entre el grupo de habla indígena; sin embargo, estas diferencias se originan en la composición según estado conyugal, ya que la proporción de mujeres indígenas unidas es mayor. Cuando se controla el estado conyugal estas diferencias disminuyen, como puede verse en el caso de las adolescentes, entre las cuales la incidencia de embarazos en las mujeres unidas es muy similar. Los datos confirman que una mayor proporción de mujeres indígenas tuvieron a su primer hijo antes de cumplir 20 años de edad, pero, además, el número medio de hijos tenidos en la adolescencia es considerablemente mayor en el caso de estas mujeres en relación con las que no hablan lengua indígena (2000).

En cuanto al inicio de la historia reproductiva en la adolescencia, se ha tratado de explicar el mantenimiento de los niveles de la fecundidad adolescente en los años recientes como resultado de una actividad sexual cada vez más temprana sin la protección para evitar un embarazo, aunque los datos sugieren que esto

puede ser cierto en el caso de las adolescentes con mayor nivel educativo, entre las cuales un embarazo puede considerarse “un accidente”, en el caso de las jóvenes que se ubican en la parte baja de la estratificación social, el embarazo en la adolescencia es el inicio de una intensa historia genésica que se manifiesta en un promedio significativo de hijos antes de los 20 años. Se confirma que la educación de las mujeres jóvenes parece ser el factor más fuertemente asociado a la fecundidad adolescente, por lo que puede suponerse que la promoción de una mayor educación tendría un impacto sobre el retraso de edad al primer hijo (Welti, 2000).

A partir de la década que inicia en el año 2000, se incluyen en los análisis la condición de acceso a los servicios de salud. Sin embargo se considera como sinónimo de derechohabencia o afiliación. Por lo tanto esta variable no ha sido significativa en los trabajos revisados, ya que de manera análoga se da dentro del contexto de una creciente incorporación al seguro popular de los sectores excluidos de este derecho social.

Menkes y Suárez (2003) consideran que varias investigaciones y políticas dirigidas a mejorar la salud reproductiva de los adolescentes, se olvidan de que la maternidad temprana en nuestro país, responde a un contexto económico, social y cultural, también reconocen que la adolescencia se trata de una construcción histórico-social y cultural, y que hay mucho que discutir en torno a diversas temáticas sobre la juventud. Para las autoras si bien se ha incrementado el número de madres solteras en México, el embarazo adolescente sigue estrechamente relacionado con un proyecto de vida de unión familiar.

Las adolescentes mayores de 16 años, con primaria incompleta y casadas tienen una muy alta probabilidad de embarazo cercana al 80 por ciento. Esto parece confirmar los hallazgos sobre el tema que proponen que el embarazo adolescente, más que un accidente, responde a un contexto social y cultural, que se relaciona con la valoración de ser madre y esposa sin reales perspectivas escolares, ni con perspectivas concretas de desarrollo personal. Sin duda, el hecho de que la variable educativa resultara más significativa que

otras variables macroeconómicas como el tamaño de localidad, el acceso a servicios, o bien el ingreso familiar, parece relacionar el embarazo adolescente con aspectos ligados al desarrollo personal de las jóvenes (Menkes y Suárez, 2003:12).

En el texto Menkes y Suárez (2003) aún se percibe la preocupación por el crecimiento poblacional y el efecto que tiene la maternidad temprana en él, ya que las mujeres que iniciaron la maternidad temprana llegan al final de su vida reproductiva con tres hijos más que las que empezaron después de los 19 años. Además prueban que un nivel bajo de escolaridad femenino se asocia con un menor conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, una menor planeación de la primera relación sexual y una edad más temprana en la iniciación sexual, lo que hace que las adolescentes de estos grupos sociales sean más vulnerables al embarazo.

Diez años después, las autoras (Menkes y Suárez, 2013) se preguntan si el embarazo en la adolescencia es deseado, como respuesta encontraron un elevado porcentaje de embarazos no deseados en estos estratos más pobres (cerca de 40 por ciento), sin embargo muchas mujeres adolescentes de los estratos más desfavorecidos (cerca de 60 por ciento), no perciben como un problema el tener un embarazo a temprana edad, en particular si se encuentran casadas o unidas, lo que atribuyen a que muchas de ellas no tienen oportunidades de desarrollo personal. Menkes y Suárez (2013) proponen mejorar la educación sexual de los adolescentes y atender sus necesidades individuales y de pareja tomando en cuenta el contexto sociocultural.

De manera específica para adolescentes indígenas, el trabajo de Valdiviezo (2012) es el primero que se pudo localizar. El autor analiza el embarazo en adolescentes (de 12 a 19 años de edad) de los valles centrales de Oaxaca. Para la identificación étnica, el autor seleccionó a aquellas adolescentes hablantes de alguna lengua indígena, las que declaraban que pertenecían a algún grupo indígena, o que su padre o madre fueran hablantes de alguna lengua indígena. La hipótesis de Valdiviezo (2012) considera que el inicio de la vida sexual y

reproductiva de las adolescentes indígenas se presentaba más temprano que el de las no indígenas sin embargo el autor concluye que el comportamiento, entre ambos grupos, es diferente en el calendario ya que las indígenas inician su vida sexual y reproductiva posteriormente a las no indígenas.

Algunas datos que destacan en el trabajo de Valdiviezo (2012) son los siguientes: se tiene que el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual no es frecuente entre poco más del 75 por ciento de las adolescentes de los Valles Centrales ya que el 25 por ciento de las adolescentes indígenas declararon haber usado algún método anticonceptivo, mientras que entre las no indígenas lo hizo el 21.7 por ciento. Con respecto a las razones de no uso, en las adolescentes indígenas, se tiene que aproximadamente 33 por ciento no usó algún tipo de método anticonceptivo principalmente porque deseaba embarazarse. Además, existe una falta de planeación, 22 por ciento, y de conocimientos, 20 por ciento, en la primera relación sexual. En cuanto a la relación que tenían las adolescentes, que han estado alguna vez embarazadas y aquellas que no lo han estado, con la persona que iniciaron su vida sexual si se comparan a las indígenas y no indígenas, el 55 por ciento de las primeras se iniciaron sexualmente con su esposo, mientras que las no indígenas se iniciaron con su novio y esposo en proporciones iguales (48 por ciento).

En lo que a la condición laboral se refiere, de acuerdo con Valdiviezo (2012), esta comparación entre las adolescentes alguna vez embarazadas permite observar que el porcentaje de indígenas alguna vez embarazadas que reportó haber trabajado en alguna ocasión es de 38 por ciento, mientras que las no indígenas embarazadas que alguna vez habían tenido algún tipo de trabajo lo hicieron en 34 por ciento.

“Para las adolescentes indígenas y aquellas que no lo son, el principal trabajo alguna vez realizado es la venta de productos (28 y 34 por ciento, respectivamente). El segundo tipo de trabajo que realizan las no indígenas es ayudar en algún negocio familiar, ya que es efectuado por 24 por ciento de ellas” (Valdiviezo, 2012: 65). De acuerdo al autor, 46 por ciento de las indígenas alguna

vez embarazadas (28 por ciento del total) han realizado principalmente actividades como lavar, planchar, cocinar o cuidar bebés, mientras que 42 por ciento de las no indígenas principalmente lo hacen en la venta de algún tipo de productos, 39 por ciento del total.

Mediante el uso de tablas de vida, el autor estima el número esperado de años sin embarazo, sin unión conyugal, y sin relación sexual. Entre sus resultados se tiene que las probabilidades de tener un embarazo son menores en la población indígena ya que a la edad 13 en promedio las adolescentes pasan 5.8 años sin que ocurra el evento mientras que para las adolescentes no indígenas la vida media a la misma edad es 5.5 años. Las probabilidades de entrar a la primera unión conyugal de las adolescentes indígenas son menores respecto a las de la población no indígena, en promedio, el número de años que tienen las adolescentes indígenas sin unión conyugal a partir de la edad 12 es mayor que el de las adolescentes no indígenas: 6.7 y 6.4, respectivamente, y también las probabilidades de tener relaciones sexuales entre las adolescentes indígenas son menores a las calculadas para la población no indígena tendencia que se mantiene hasta la edad 19.

En todas las edades las probabilidades de tener un embarazo son más altas en las adolescentes no indígenas que en las identificadas como indígenas. Al final de la adolescencia temprana (a los 14 años) la probabilidad de haber tenido un embarazo es de 1.87 por ciento, mientras que para las indígenas es de 1.32 por ciento. A los 17 años, la diferencia de casi cinco unidades porcentuales entre las probabilidades de haber tenido un embarazo de las no indígenas y de las indígenas es más evidente (16.7 y 11.8, respectivamente). Al igual que en los eventos primera relación sexual y primer unión conyugal existen evidencias de que las adolescentes indígenas tienen un comportamiento más tradicional el cual es estadísticamente diferente al de las no indígenas. Para los 19 años, sólo alrededor del 19 por ciento había tenido un embarazo, mientras que ya 26.1 por ciento de las no indígenas había debutado al 2004 (Valdiviezo, 2012: 76).

El autor plantea dos hipótesis importantes, primera, dado que las adolescentes indígenas presentan un calendario que denota un comportamiento más tradicional: es decir una mayor proporción de uniones conyugales que conllevan a experimentar

la primera relación sexual con su esposo, seguido del primer embarazo, por lo que se afirma que entre las adolescentes indígenas de los Valles Centrales la entrada a la primera unión conyugal en edades tempranas se realiza con fines reproductivos. Segundo, entre las adolescentes no indígenas se observa un inicio de la vida sexual más temprano que en las indígenas.

Se observan cambios principalmente durante la adolescencia mediana ya que es durante esta etapa en la que las proporciones de adolescentes no indígenas que ya tuvieron su primera relación sexual son mayores. La cercanía de las curvas correspondientes a los funciones de sobrevivencia de los eventos primera unión conyugal y primer embarazo hacen pensar, por una parte, debido a que durante la primera relación sexual se presenta mayoritariamente sin uso de algún método anticonceptivo, la adolescente al enterarse de su embarazo entra a la primera unión conyugal (Valdiviezo, 2012: 78).

Si bien la información anterior es útil para describir las tendencias generales, también es cierto que posee dos inconvenientes: el primero es que sólo se trata del análisis de una variable a la vez (condición indígena) y los efectos observados pueden en realidad ser originados a la correlación con otras variables explicativas. En segundo lugar, el análisis anterior no permite establecer cuáles son los factores sociodemográficos que explican las diferencias encontradas entre los comportamientos de las indígenas y las no indígenas. el uso de modelos de *riesgos proporcionales de Cox* a fin de evaluar los efectos de las variables condición indígena, edad, nivel de escolaridad, experiencia laboral y situación conyugal en la probabilidad de experimentar el embarazo durante la adolescencia.

Con base en tres modelos el autor encuentra lo siguiente: controlando por edad, nivel de escolaridad y experiencia laboral, aún se conservan las diferencias en la ocurrencia del embarazo entre las adolescentes indígenas y aquellas que no lo son. Por otra parte, la covariable edad muestra un comportamiento esperado; a mayor edad existe una mayor probabilidad de estar embarazada. Por otra parte, los resultados del nivel de escolaridad confirman lo esperado; haber completado los estudios de secundaria, tener algunos estudios de preparatoria, o haberla

terminado, en términos estadísticos, son factores protectores para no embarazarse. Por otra parte, tener algún tipo de experiencia laboral aumenta la probabilidad de tener un embarazo, sin embargo, no hay razones suficientes para afirmar que ésta situación es estadísticamente significativa. Sin embargo, llama la atención que en el modelo controlando por edad, nivel de escolaridad, experiencia laboral y unión conyugal se observa que la variable condición indígena deja de ser significativa ($p > 0.05$). Haber estado alguna vez unidas aumenta 56 veces la probabilidad de tener un embarazo. Esto indica que las asociaciones entre el ser indígena y el embarazo se deben a las características un contexto en el que la formación de las familias está vinculada a una práctica sexual más conservadora entre las adolescentes de los Valles Centrales.

En 2017 Mier y Terán y Llañes se preguntan si la fecundidad de las adolescentes mexicanas se encuentra en aumento o descenso paulatino. Para responder a la interrogante las autoras utilizan tres fuentes de información: primera, las estadísticas vitales de donde obtienen el número de nacimientos ocurridos en 2000 y 2010 mediante el seguimiento del registro de las cohortes hasta cuatro años después (hasta 2004 y 2014), segunda, los censos de población 2000, 2010 y la Encuesta Intercensal 2015, y tercera, la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2009 y 2014.

Los valores obtenidos con los datos del Certificado de Nacimiento en 2010 y 2014 señalan niveles cercanos a los de los censos. La mayor diferencia está en la tendencia, pues los primeros sugieren cierto aumento (7.5 por ciento) entre las jóvenes de 15 a 19 años, mientras que en las estimaciones censales no hay cambio. Así, sólo los datos del Certificado coinciden con los de la Enadid en sugerir un aumento en la tasa de fecundidad de estas jóvenes para el período 2009-2014. No obstante, dada la naturaleza del Certificado, este incremento pudiera obedecer a una creciente cobertura de los nacimientos ocurridos a las mujeres jóvenes (Mier y Terán y Llañes, 2017: 40).

Las autoras concluyen que, incluso dentro del rango etario, además plantean las limitaciones de las fuentes para captar los nacimientos de las jóvenes adolescentes,

aunadas a las deficiencias de la población censada, lo que propicia discrepancias entre las estimaciones. Ellas proponen que la mejor captación de los nacimientos parece ser la de las Estadísticas Vitales, ya que en ellas se conoce con mayor certeza la edad de la madre al nacimiento y, mediante el seguimiento del registro de las cohortes, se obtienen cifras de nacimientos plausibles que sugieren un nivel elevado, pero en paulatino descenso. Para responder a su pregunta inicial consideran que es posible plantear que entre las adolescentes la fecundidad no ha aumentado en los últimos años.

1.2. Contar a los indígenas.

“La necesidad de asumir, como investigadores, una posición o perspectiva desde la cual aproximarse al fenómeno étnico es vital antes de definir enfoques metodológicos en una investigación de este tipo” (Oyarce et. al, 2005: 141). Es así que la posición definida impacta en el acercamiento o conocimiento que se tenga de estas poblaciones. Para ello, es necesario contar con fuentes de datos que capten información sobre la población objetivo, sin embargo, esa ha sido una de las principales limitantes para el estudio de la fecundidad indígena.

A pesar de que México cuenta con una historia rica en fuentes de datos, ya que se tienen censos modernos desde 1895, levantados en forma continua, y estadísticas vitales desde hace más de un siglo, además de encuestas sociodemográficas y de prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos desde hace varios decenios (Ordorica, sf); la principal problemática y sobre todo en las encuestas relacionadas con el comportamiento reproductivo es encontrar la condición étnica.

Como lo menciona Vázquez (2013) al analizar la obra de Valdés (1986), se tiene que en ese momento poco o nada se sabía sobre el tamaño de la población indígena, debido a que había sido marginada de los estudios de población por la escasa información estadística disponible y el infortunado menosprecio a las minorías étnicas nacionales de parte de los investigadores preocupados por la demografía de la población en su conjunto. Ambas causas engloban lo que se ha

dado en llamar “etnocidio estadístico”, lo cual no es un acto involuntario, sino que resume una posición política frente a las minorías étnicas nacionales, intencional (Váldez, 1986). Por lo tanto, el etnocidio no sólo implica minimizar en número a estas poblaciones, sino como menciona Stevenghagen (1986) es una política tendiente a la destrucción cultural de un pueblo, como algunos lo llaman genocidio cultural: entendido como una política deliberada.

Por su cuenta, actualmente se tiene también una segunda postura, la de la revitalización de lo étnico cuyo impacto se ha visualizado en obtener “el volumen censal más alto de la población indígena desde 1930” (Vázquez y Quezada, 2015). Los antecedentes de dicha revitalización podrían situarse “en la segunda mitad del siglo XX, cuando los movimientos etno-políticos comenzaron a adquirir mayor protagonismo en la problemática de los países de América Latina, como resultado de un largo proceso de lucha y organización. Dichos movimientos expresaban nuevas formas de participación política y planteaban una relación distinta entre los indígenas y el Estado” (Reynoso, 2013: 333, 334) ya que los avances en el reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas, tanto en el plano internacional como en el nacional, han sido el fruto de un largo camino de luchas y reivindicaciones a través del cual estos han ido posicionando sus derechos en instrumentos internacionales y en la institucionalidad de los Estados (CEPAL, 2014).

Por lo tanto, la segunda postura obedece a este momento donde se encuentra la revitalización de lo indígena, al menos desde el discurso. En palabras de Wade (2000) alrededor del mundo y en toda América Latina, las identidades raciales y étnicas se vuelven progresivamente más significativas para las minorías y las mayorías, los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales. Los temas relacionados con la raza y la etnicidad adquieren mayores dimensiones, aunque alguna vez fueron considerados en declive y destinados a la disolución debido a la modernización política y económica, pasando de poner en tela de juicio el carácter humano o no de los indígenas, el cual ya se había dirimido con la *bula Sublimis*

*Deus*⁵(CEPAL, 2014), a que en la actualidad “algunos gobiernos adopten medidas políticas, incluso reformas constitucionales que reconocen la composición multiétnica de sus naciones y acuerdan ciertos derechos especiales de grupo, con lo cual se alejan del clásico nacionalismo basado en la ciudadanía homogénea, según la cual cada quien era igual ante el Estado” (Wade, 2000: 7).

Ante este escenario, las nuevas formas en que los movimientos se manifiestan van desde las redes sociales, foros internacionales, denuncias públicas y creando medios de comunicación, instalando radios comunitarias o vía internet. Todas estas acciones colectivas que la mayoría de las veces involucran actores de diferentes estados, superan las formas tradicionales de organización, jerárquicas, las más de las veces corporativas y clientelares, que luchan por espacios dentro del aparato gubernamental. Los movimientos indígenas son nuevos porque son nuevos los actores políticos que en ellos intervienen, sus demandas son nuevas y también son novedosas las formas de manifestarse (López, 2006).

Incluso en México “son tiempos de visibilidad política, los pueblos indígenas mexicanos han salido al escenario político sorprendiendo a la sociedad mexicana. Ellos han introducido, con o sin el beneplácito de la nación, lenguajes sociales, políticos y jurídicos sobre las diferencias étnicas. Son lenguajes inimaginables hace algunos pocos años. Los pueblos indígenas han salido a la escena y están hablando. Pero, al parecer, eso no basta. Ahora hablan, pero no necesariamente son escuchados; o no son escuchados en los términos en los que ellos desean ser escuchados” (Zuñiga, 1998: 132) ya que, el despojo de tierras continua, la disparidad en el acceso a derechos sociales, los desplazamientos forzados como se lee en Soberanes (2017) y Animal político (2018), por mencionar algunos casos.

Este trabajo plantea analizar las condiciones de acceso a los servicios de salud relacionadas con el comportamiento de la fecundidad en adolescentes indígenas, de 15 a 19 años de edad. Para ello, se utilizan principalmente tres fuentes

⁵ Promulgada por el Papa Pablo III en 1537 (CEPAL, 2014).

de datos: la ENADID 2014, el SINAC y cubos salud del mismo año, 2014, por lo que se hace necesario conocer el criterio o criterios de identificación étnica, para tener una referencia con base en la categoría de análisis. Se inicia con la condición Hablante de Lengua Indígena y la ENADID 2014.

1.2.1. La categoría étnica en la ENADID 2014.

En la ENADID 2014 se pueden encontrar dos criterios de clasificación étnica: la lengua, es decir ser Hablante de Lengua Indígena (HLI) y la autoadscripción. Es necesario considerar que, los censos de población habían sido el único recurso que el Estado utilizó, para tener una idea de los indígenas en el país, a través de la variable lengua (Valdés, 1986). Por lo tanto “es una categoría que está incluida en prácticamente todas las fuentes de datos con marcador étnico” (Vázquez, 2013b: 240), lo que permite conocer la proporción de población HLI y sus tendencias en el tiempo. A pesar de sus limitaciones, como el hecho de que “los censos se preocupan por la lengua indígena como un concepto, como una característica más de la población; pero no se preocupan por describir a la población indígena” (Valdés, 1986: 7) es la variable que se ha considerado recurrentemente para estudiar a estas poblaciones.

Si bien la condición de hablar una lengua indígena no es el criterio idóneo para identificar a la población indígena, no se ha podido establecer otro criterio que resulte lo suficientemente sólido como para ser operacionalizado en los censos y en las encuestas. Este criterio, pese a sus limitaciones, ha mostrado sus bondades a lo largo de varias décadas y ha permitido realizar diferentes acercamientos (Fernández, 2003 :17).

Es así que se considera adecuado considerar la lengua como marcador étnico en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014, la cual se ha considerado una de las fuentes de datos más apropiada para estimar diversos indicadores relacionados con la fecundidad y la salud sexual y reproductiva de las mujeres (CONAPO, 2016). Su objetivo consiste en actualizar la información estadística relacionada con el nivel y comportamiento de los componentes de la

dinámica demográfica: fecundidad, mortalidad y migración y permite profundizar en las variables explicativas de la fecundidad (ENADID, 2014b).

Sin embargo, es necesario tener una referencia de las proporciones de población indígena que brinda la ENADID 2014 por lo que se utilizará como parámetro la Encuesta Intercensal, en adelante EI 2015. Si bien, ambas encuestas, EI 2015 y ENADID 2014, tienen representatividad a nivel nacional y por entidad federativa, la del año 2015 también representa a los municipios de México, aunado a que en esta encuesta se censaron algunas localidades con población Hablante de Lengua Indígena (HLI) y en particular donde esta lengua se encuentra en riesgo de desaparecer (INEGI, 2015d). A pesar de que ambas encuestas indagan la condición de ser HLI, la EI 2015 complementa si la persona también habla español, con ello se puede identificar a la población monolingüe y también a las personas que entienden alguna lengua sin hablarla.

Por lo tanto, con un mayor tamaño de muestra se considera que la EI 2015 tiene una mayor precisión al desagregar a la población dadas la características de interés “ya que al contar con una muestra de cerca de 22 millones de casos, parecen ser muy adecuadas para su análisis” (Vázquez y Cenobio 2017) y se considera un parámetro adecuado de comparación con las proporciones obtenidas a partir de los microdatos de la ENADID (2014).

Con base en los marcadores mencionados y en el parámetro utilizado, en 2015 hay 119 millones 530 mil 753 habitantes en México, de los cuales 51.4 por ciento son mujeres y 48.6 por ciento hombres. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2015c) estima que el 6.5 por ciento de la población de 3 años y más de edad, habla alguna lengua indígena, es decir 7.4 millones de personas; de ellas, poco más de 909 mil no hablan español y solo se comunican en su lengua. La lengua más hablada es el náhuatl con el 23.4 por ciento. Le siguen el maya y el tzeltal con el 11.6 y 7.5 por ciento, respectivamente. Con base en INEGI (2015), si se considera sólo a las personas de 5 años y más, el 6.6 por ciento es HLI. Las y los adolescentes, es decir la población que se encuentra entre los 15 y los 19 años de edad, representan el 9 por ciento de la población total, o bien, 10 millones 772

mil 297 personas, de las cuales 50.2 por ciento son hombres y 49.8 por ciento mujeres (INEGI, 2015). De las mujeres adolescentes, se tiene que el 6 por ciento de ellas, es hablante de lengua indígena, aproximadamente 323 mil 390 adolescentes (EI, 2015).

En la ENADID (2014), se tienen proporciones similares ya que del total de la población 48.8 por ciento son hombres y 51.2 por ciento mujeres. El 5.7 por ciento (5.2-6.2 IC 95%) de la población de 5 años y más es HLI, casi se tiene el 1 por ciento menos que en la EI 2015. Entre las adolescentes ambas proporciones son inferiores, ya que 4.7 por ciento es HLI, (4.1-5.5 IC 95%). Es decir, en cuanto al número de mujeres jóvenes hablantes se tiene un porcentaje menor en la ENADID 2014 con respecto a la encuesta intercensal, 1.3 por ciento menos. Debido a esta situación se considera adecuado el uso de intervalos de confianza cuando se analice la ENADID 2014 para tener mayor precisión.

Los indicadores como hablar una lengua indígena o la autoadscripción⁶ utilizados en los censos, se consideran suficientemente científicos y objetivos desde la perspectiva positivista, para cuantificar a la población indígena. Sin embargo, desde otras perspectivas cualitativas y en sentido crítico, se argumenta que en los censos se ocultan realidades debido al racismo inherente en la misma conceptualización y determinación de los indicadores (Sandoval-Forero et. al, 2014 :7). Desde los estudios de población la postura es que

La autoadscripción étnica es un criterio cada vez más empleado para identificar a la población indígena en las estadísticas nacionales, si bien sus resultados son influidos por factores contextuales; por el fraseo de la pregunta, o por un cúmulo de otros factores. Existe un vacío explicativo muy grande respecto a cómo interpretar la medición de la identificación indígena en los censos que debe ser llenado (Vázquez y Ortiz, 2016: 90)

⁶ La inclusión del marcador de la autoadscripción se remonta a 1997 cuando aparece en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica de ese año, para después incorporarse en el censo del año 2000, 2010 (Peralta, 2003, Vázquez y Cenobio 2017), en la ENADID del año 2014 y en la encuesta intercensal 2015.

Entre los vacíos se encuentra, el hecho de que a partir del uso de esta variable se obtuvo “el volumen censal más alto de la población indígena desde 1930” (Vázquez y Quezada, 2015), el cual va en aumento. Además, si se considera que en la EI 2015 aparece la opción de adscribir o autoadscribirse “en parte”, lo que contribuye a engrosar a este sector de la población que de acuerdo a su cultura se considera indígena. Es por ello que si se consideran estas categorías, en la población de 5 años y más, de acuerdo a su cultura el 21.5 por ciento de la población se considera indígena, y el 1.6 por ciento se considera indígena en parte, es decir en total el 23.2 por ciento se encuentra en esta categoría étnica de pertenencia, mientras que en las adolescentes se tiene el 22.8 por ciento de autoadscritas, porcentaje conformado por las adolescentes que si se consideran 21.5 por ciento y las que lo hacen en parte 1.3 por ciento. Mientras que en la ENADID 2014, el 29.9 por ciento (29.1- 30.7 IC 95%) de la población de 5 años y más se adscribió o la adscribieron⁷ como indígena de acuerdo a sus costumbres y tradiciones, mientras que en las adolescentes el 28.8 por ciento (27.6-30.1 IC 95%), se considera indígena.

La principal diferencia entre las dos fuentes de información radica en el parafraseo de la pregunta. Para la ENADID 2014, la pertenencia étnica es el “reconocimiento que hace la población de pertenecer a una etnia, con base en sus concepciones, costumbres o tradiciones” (ENADID 2014d: 46), por lo que la pregunta en esta encuesta se realiza de la siguiente manera: ¿se considera indígena, de acuerdo con sus tradiciones o costumbres?, mientras que la encuesta intercensal 2015 lo hace así: de acuerdo con su cultura, ¿(NOMBRE) se considera

⁷ Con base en el hecho de que la pregunta en la ENADID 2014 se realiza al informante adecuado, es decir a algún residente de la vivienda de 18 años o más de edad, por lo que este informante pudo autoadscribirse y adscribir al resto de los integrantes del hogar sin que necesariamente cada uno de los integrantes se autoadscribiera. A excepción de las mujeres de entre 15 y 54 años ya que las respuestas al módulo de la mujer fueron proporcionadas por las mujeres en este rango de edad residentes habituales de la vivienda seleccionada (ENADID, 2014b).

indígena?. Es decir, la diferencia se encuentra en la estructura de la pregunta, tal y como lo explican Vázquez y Quezada (2015) la inclusión de la palabra: cultura, resulta más permisiva para que la población se autoadscriba como indígena y por lo tanto se sobreestima el volumen de esta población. Debido a esta cuestión, no se pueden hacer comparaciones entre las indígenas autoadscritas de la Encuesta Intercensal 2015 con respecto a las de la ENADID 2014. En este sentido las proporciones de autoadscripción por tradiciones son superiores a las de la autoadscripción por cultura.

El hecho de considerar la autoadscripción daría cuenta del mayor volumen de población indígena registrado desde 1930 (Vázquez y Quezada 2016) ya que la población que se adscribió como perteneciente a un grupo indígena en la encuesta que acompañó al censo mexicano del año 2000 sumó más de cinco millones de personas, diez años después la cifra se elevó a más de quince millones. Esto implica que en una década se multiplicó 2.8 veces” (Vázquez y Quezada, 2016: 172), para pasar a 23.2 por ciento en 2015 de adscritos de acuerdo a su cultura. De acuerdo con Vázquez y Quezada (2016: 212) “el incremento espectacular de la población autoadscrita como indígena en 2010, respecto a la de 2000, se debe principalmente a una sobreestimación inducida por el fraseo de la pregunta censal al haber introducido la “cultura”. Los datos presentados hacen plantear la hipótesis de que las palabras: costumbres o tradiciones, tiene un efecto superior al de la palabra cultura en la sobreestimación de esta población, sin embargo este es un vacío explicativo más de cómo interpretar la medición de la identificación indígena, en este caso para la ENADID 2014.

Un tarea pendiente más con respecto a este marcador es que cuando se contrasta la adscripción con las regiones indígenas de México la proporción de la población autoadscrita como indígena, que reside en las regiones indígenas disminuye considerablemente durante el periodo que va del 2000 al 2015 (Vázquez y Ortiz, 2016). Mientras que existe concordancia entre los HLI y las personas que viven en las regiones indígenas, ya que las 25 regiones indígenas tomadas en su conjunto preservaron su papel aglutinador de los hablantes de lengua indígena, la

pertenencia por autoadscripción se convirtió cada vez más en un fenómeno que ocurre en la población del territorio no indígena. Se tiene que prácticamente toda la población hablante de lengua indígena monolingüe (95.9 por ciento) existente en el país reside en estas 25 regiones, con respecto al 72.7 por ciento de la población que entiende una lengua indígena y también es residente en estas regiones. Es decir, la proporción HLI que reside en alguna de las 25 regiones, se mantuvo estable en valores cercanos al 80 por ciento en las encuestas de 2000, 2010 y 2015; sin embargo la proporción de la población autoadsrita como indígena que reside en las regiones indígenas disminuyó considerablemente al pasar de 85 por ciento a 61 y 47 por ciento en los años 2000, 2010 y 2015 respectivamente (Vázquez y Ortiz, 2016).

Si bien existe un vacío explicativo con respecto al marcador étnico de la autoadscripción, desde los estudios de población y de manera reciente se están haciendo esfuerzos importantes para interpretar esta categoría y sobre todo por hacer propuestas de identificación cuantificables que permitan tener un acercamiento a estas poblaciones (ver Vázquez y Quezada, 2016; Vázquez y Ortiz, 2016 y Vázquez, 2018).

1.2.2. Las regiones indígenas de México.

En este apartado se describe la construcción de las regiones indígenas realizada por la CDI (2006) y la actualización realizada por Vázquez y Ortiz (2016) ya que la estimación de las tasas específicas de fecundidad en adolescente (15 a 19 años), del capítulo IV se realizan con base en esta categoría de análisis.

El objetivo de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de México CDI, es identificar aquellas zonas que, reconociendo las dinámicas históricas que intervienen en la definición de una región, mantienen ciertas relaciones de continuidad geográfica, cultural, etnolingüística, sociodemográfica y económica que permitan impulsar el desarrollo integral

sustentable y el ejercicio pleno de los derechos de los pueblos y comunidades indígenas. Sin embargo esta tarea es compleja, como lo expresaba en su momento la CDI

“la definición de los límites de lo que hoy en día constituyen las regiones indígenas de México no es tarea fácil debido a la compleja e intensa dinámica que caracteriza a los propios pueblos indígenas, la diversidad de grupos etnolingüísticos y sus variantes lingüísticas, sus volúmenes de población, patrones de asentamiento, modos de vida y formas de relación —la mayoría de las veces subordinada y discriminatoria— con el resto de la sociedad nacional. Este último factor, asociado a la apropiación de sus territorios por los grupos sociales dominantes, al mestizaje y al paulatino proceso de abandono de sus lenguas y, en cierta medida, de sus identidades y culturas desde el siglo XVI, ha tenido como resultado una extensa y compleja gama de dinámicas que dificultan la definición precisa de los territorios indígenas (CDI, 2006: 7)”.

Según la Comisión Nacional para el Desarrollo de los pueblos Indígenas y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo 2006, existe un problema para definir los límites que constituyen las regiones indígenas, debido principalmente a siete factores: la dinámica en sí misma de los pueblos indígenas, la diversidad etnolingüística, los volúmenes de población, patrones de asentamiento, formas de relación y modos de vida (Vázquez y Ortiz, 2016).

El hecho de que dentro de esta delimitación la población se convierte entonces en uno de los elementos imprescindibles, según las tendencias de sus fenómenos, como serían la fecundidad, la mortalidad y la migración. La interrelación de estos fenómenos con los factores económicos, sociales y culturales, entre otros, son los que dan lugar a la dinámica de una región. Sin embargo, también se parte del supuesto de la presencia de ciertos elementos de carácter homogéneo que le otorgan continuidad, y de ninguna manera constituye una entidad total, cerrada y uniforme (CDI, 2006: 8).

En cuanto a los criterios metodológicos, tal como lo describen Vázquez y Ortiz (2016) las técnicas utilizadas fueron el análisis georreferenciado y el estadístico por condiciones particulares, incluyeron nueve municipios con características especiales cuatro completos y cinco fraccionados a partir de territorios donde se halla la concentración de localidades indígenas. Con respecto al criterio de carácter histórico, económico y lingüístico, se consideraron los

aspectos mencionados, expresados a través de la comprensión de “espacios tradicionales”, lugares que históricamente fueron ocupados por los distintos pueblos indígenas antes o después de la conquista española y donde permanecen o permanecieron, que comparten características lingüísticas y/o culturales, expresiones de culto similares, visiones cosmogónicas y relaciones de parentesco, entre otros. En el aspecto económico pueden apreciarse dos vertientes, la primera mediante las rutas comerciales establecidas históricamente, determinados centros rectores de intercambio, económicos o políticos, formas de trabajo y explotación de los bienes inmuebles similares; la segunda, se aprecia con la emergencia de nuevos centros de desarrollo al interior de las zonas indígenas o que pueden integrarse en las mismas, pues funcionan como polos de atracción. Zonas enclavadas al interior de algunas regiones indígenas, cuyos municipios prácticamente no tienen población indígena, éstos son 17 por ciento de los municipios considerados, en 18 de las 25 regiones, donde las condiciones de marginación y pobreza son compartidas por municipios indígenas y no indígenas. Mientras que en lo referente a la contigüidad geográfica no sólo se incluyeron la vecindad marcada por los límites políticos municipales, sino también las características de tipo morfológico (tipo de relieve físico, altitud, condiciones climáticas) y las posibilidades de comunicación interregional.

El análisis georreferenciado de la CDI (2006) consistió en incorporar a un Sistema de Información Geográfica, Arc/View, las capas de información por tema, es decir, la capa de municipios desglosada por tipos de municipio, según la presencia relativa o absoluta de la población indígena, la capa de localidades por tipo, según presencia de población indígena, las localidades por tamaño de población, las localidades por primera lengua, la información sobre medio físico: carreteras, curvas de nivel e hidrografía. La inclusión de la población dispersa considera incluir sólo los municipios indígenas, debido a que más de 2 mil localidades indígenas (más de 40 por ciento de población indígena) se encuentran en municipios no indígenas por lo que la división de las localidades se determinó en tres ámbitos: 40 por ciento y más de población indígena, menos de 40 por ciento de población indígena, pero con presencia importante de la misma en números

absolutos y, por último, localidades con población indígena dispersa. Para la representación de las localidades sólo se incorporaron aquéllas de 40 por ciento y más de PI y las de interés, para efectos de visualización. En la medida de que mucha de la información disponible sólo es a nivel municipal, se decidió presentar la información para el total del municipio, aun cuando para efectos prácticos y de georreferenciación sólo se incorpora a las regiones un fragmento de esos municipios.

Cuadro 1.1 Regiones indígenas según la CDI 2006

1 Altos de Chiapas	10 Istmo	18 Otomí de Hidalgo y Querétaro
2 Chimalapas	11 Maya	19 Purépecha
3 Chinanteca	12 Mayo-Yaqui	20 Selva Lacandona
4 Chontal de Tabasco	13 Mazaua-Otomí	21 Sierra de Juárez
Costa y Sierra Sur de		Sierra Norte de Puebla y
5 Oaxaca	14 Mixe	22 Totonacapan
Cuicatlán, Mazateca,		
6 Tehuacán y Zongolica	15 Mixteca	23 Tarahumara
	Montaña de	Tuxtlas, Popoluca- Náhuatl
7 Frontera sur	16 Guerrero	24 de Veracruz
8 Huasteca	17 Norte de Chiapas	25 Valles Centrales
9 Huicot o Gran Nayar		

Fuente: Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas CDI 2006.

Para la regionalización de la CDI (2006) se combinaron las metodologías de georreferenciación con el análisis sociodemográfico y etnolingüístico, con la finalidad de identificar, a nivel tanto municipal como de localidades, los principales elementos geográficos, como son la contigüidad espacial, las características y condiciones físicas del terreno y la accesibilidad. Finalmente, los aspectos de carácter histórico, cultural y social se abordaron identificando los diversos grupos etnolingüísticos, presentes en cada uno de los municipios y las localidades de la región.

La tipología de municipios propuesta comprende 481 municipios, con más del 70 por ciento, y a 174 de 40 a 69 por ciento de población indígena, es decir, en total 655 municipios en donde viven poco más de 6 millones de indígenas denominados como “municipios indígenas”. A su vez, se identificaron 190 municipios nombrados “con presencia de población indígena”, ya que en ellos el censo de 2000 registró volúmenes superiores a 5 mil indígenas y, en conjunto, concentran a 3.2 millones de indígenas, que representan 32 por ciento de la población indígena del país (CDI, 2006: 13).

Como resultado de usar la actualización realizada por Vázquez y Ortiz se tienen que en los 891 municipios que conforman las 25 regiones indígenas, ver cuadro 1.1., de la CDI (2005) residían un total de 19.8 millones de personas en 2015, que representaban 16.6% de la población nacional.

En la actualización realizada por Vázquez y Ortiz (2016) se confirma si bien el 32.1% de la población residente en dichas regiones habla una lengua indígena, esa población representa el 81.2% de los hablantes de lengua indígena de 5 años y más del país, lo que equivale a que el 18.8% habita en el resto del territorio. Pero lo que es más notable, es que prácticamente toda la población hablante de lengua indígena monolingüe (95.9%) existente en el país reside en estas 25 regiones. Asimismo, 72.7% de la población que entiende una lengua indígena residen en las 25 regiones indígenas. Por otra parte, se observa que la proporción de la población hablante de lengua indígena residente en las regiones indígenas se mantuvo estable en valores cercanos al 80% en las encuestas de 2000, 2010 y 2015 por lo que se deduce que las 25 regiones indígenas tomadas en su conjunto preservaron su papel aglutinador de los hablantes de lengua indígena,

1.2.3. La categoría étnica en el Sistema de Información en Salud.

Con lo que respecta al sistema de salud, no se logró identificar a partir de qué año se cuentan con criterios de identificación étnica en los registros médicos y en las fuentes de datos; sin embargo en la base de datos de cubos salud 2014 la población

indígena es visible, por lo menos se cuenta con el criterio de identificación, por lo que se pretende profundizar en ello.

El Subsistema de Prestación de Servicios proporciona información acerca de la atención brindada por la Secretaría de Salud a la población demandante. Está integrado por dos componentes: el institucional y el comunitario. En él se registran las actividades realizadas en los distintos niveles de atención. Los datos que capta este sistema tienen una periodicidad mensual. La información se encuentra disponible desde el año 2000 a 2006 a nivel estatal; se presenta en cubos elaborados por cada dos años debido a la actualización o modificación del sistema realizada con esta periodicidad, por tal motivo la clave de las variables ha cambiado a través de las distintas versiones. A partir del 2007 la información se presenta por año y la consulta se puede hacer a nivel de unidad médica; desde el año 2011 los cubos se actualizan y publican diariamente en forma preliminar. Actualmente la información se encuentra como definitiva hasta el año 2015 (Secretaría de Salud, 2017b).

Es importante mencionar que el Sistema de Información en Salud se alimenta de los registros que llenan todos los prestadores de servicio en unidades de consulta externa, ya sea médico, odontólogo, enfermera, promotor de salud, técnico en atención primaria a la salud (TAPS) u otro. Ellos utilizan el formato SIS-SS-CE-H para llevar a cabo el registro de aquellas variables que por interés de los Programas Prioritarios se han incluido dentro de las necesidades de información (Secretaría de Salud, 2016).

Por lo tanto se infiere que gran parte de la responsabilidad en la veracidad de estos datos dependen del prestador del servicio que interroga de manera directa al usuario y de manera simultánea debe realizar el registro diario durante la prestación del servicio, para que posteriormente se lleven a cabo todas las actividades de registro e integración del informe mensual, cuando se realiza el cierre. De acuerdo con la Secretaría de Salud (2016) al finalizar el mes estadístico el responsable de la unidad deberá presentar el informe ante las autoridades jurisdiccionales o bien, según sea el caso, ante las autoridades estatales.

Se tiene que durante la consulta, la persona encargada de prestar el servicio trabajará con la primera sección de este informe. En dicha sección y dependiendo del servicio otorgado, así como de las características del paciente deberá registrar todas las variables que resumen la prestación. Es imprescindible que el registro sea completo y correcto. Es aquí donde dentro de las características del paciente se considera la condición étnica. Si bien, no se ha podido identificar a partir de qué año se incluye esta característica de la persona en los registros de salud, la condición étnica se encuentra visibilizada. Sin embargo la condición étnica es distinta a las analizadas anteriormente.

De acuerdo con el glosario para el llenado de este formato se entiende por indígena si la familia considera pertenecer a un pueblo indígena; ello independientemente sea hablante de la lengua del pueblo indígena al que pertenece y de acuerdo con el Sistema de información en Salud se interroga de la siguiente manera:

“Pregunte al paciente si la familia considera pertenecer a un pueblo indígena; ello independientemente sea hablante o no de la lengua indígena a la que pertenece. Si la respuesta es positiva, además de haberlo registrado en consultas y atenciones de Planificación familiar hágalo también en el apartado “Indígenas”; recuerde que se considera atención de primera vez cuando el paciente acude a una unidad de salud y no tiene registro previo y adopta un método anticonceptivo, y atención subsecuente cuando ya tiene registro en el tarjetero del programa de planificación familiar, en esa unidad (Secretaría de Salud, 2016).

Es así que estas fuentes de información se alimentan del registro que realiza el personal operativo que se encuentra al servicio y en contacto directo con los pacientes. Lo que se coloca en tela de juicio si la formación del médico, la carga laboral y su conciencia sobre la importancia de tener registros de información confiables para el análisis y toma de decisiones le permite recabar de manera adecuada a la población indígena que es atendida. Solo el análisis posterior de los

datos determinará la precisión de los registros. Por el momento, en este trabajo esta categoría étnica se nombrará como: indígenas.

1.3. La fecundidad adolescente como objeto de estudio de la demografía y los estudios de población.

El estudio del comportamiento reproductivo de la población ha sido motivo de interés de disciplinas como la demografía, la cual ha privilegiado el estudio de la fecundidad en el marco de los componentes de la dinámica demográfica (Figueroa et. al, 2006), debido a su contribución al crecimiento total de la población.

A pesar de que, en 1987, aún no aparecen como temas prioritarios en la investigación el análisis de la fecundidad por edad y su impacto en la evolución de la fecundidad total, es ya evidente la necesidad de prestar especial atención a este tema en los grupos de edad más jóvenes (Welti, 2006a). Es así, que los primeros textos demográficos relacionados con el embarazo y la fecundidad en adolescentes se remontan a la segunda mitad de la década de los ochenta, cuando la ocurrencia del fenómeno empieza a definirse en México como un problema social, de modo tal que desde múltiples disciplinas la temática se aborda a menudo (Menkes y Suárez, 2013), debido a que una vez alcanzadas las metas de descenso de los nacimientos, dicho descenso no se había producido con la misma intensidad en este segmento de la población (Valdiviezo, 2012).

En estos estudios, el rango etario considera a las mujeres de entre “15 y 19 años de edad, que es el criterio más utilizado por quienes manejan estadísticas socio-demográficas en relación con la sexualidad y la salud reproductiva de los adolescentes” (Stern, 1997: 138). Sin embargo, actualmente se reconoce el vacío de información en personas como las niñas de entre 10 y 14 años, los varones y la población indígena, también el vacío en cuanto a la institución de atención en cuanto a los servicios de salud, por mencionar algunos (Muradás, 2015). Es por ello que este trabajo proporcionará, en lo posible información con respecto a las niñas de entre 10 y 14 años de edad.

De acuerdo con Ordorica-Mellado (2014) hoy la fecundidad ha pasado a un segundo plano, también él menciona que se debe reconocer que la fecundidad adolescente es todavía elevada. Si bien, el estudio de la fecundidad en México, en los años sesenta⁸, tiene una perspectiva malthusiana, donde el crecimiento poblacional se visualizaba como un problema, hoy todavía ocupado en la aportación de la fecundidad adolescente al crecimiento poblacional total ya que desde esta perspectiva, “el aporte relativo cada vez mayor que hace la fecundidad de las mujeres menores de 20 años a la fecundidad total también es visto como una problemática que adquiere significado por sus efectos sobre el crecimiento de la población” (Welti, 2006: 267). A pesar de que se han incorporado las consecuencias de la ocurrencia del fenómeno en la vida de las mujeres y sus hijos, hoy perdura el estudio de la fecundidad y su relación con el crecimiento poblacional como un componente de la dinámica demográfica, porque este interés es inherente a la demografía.

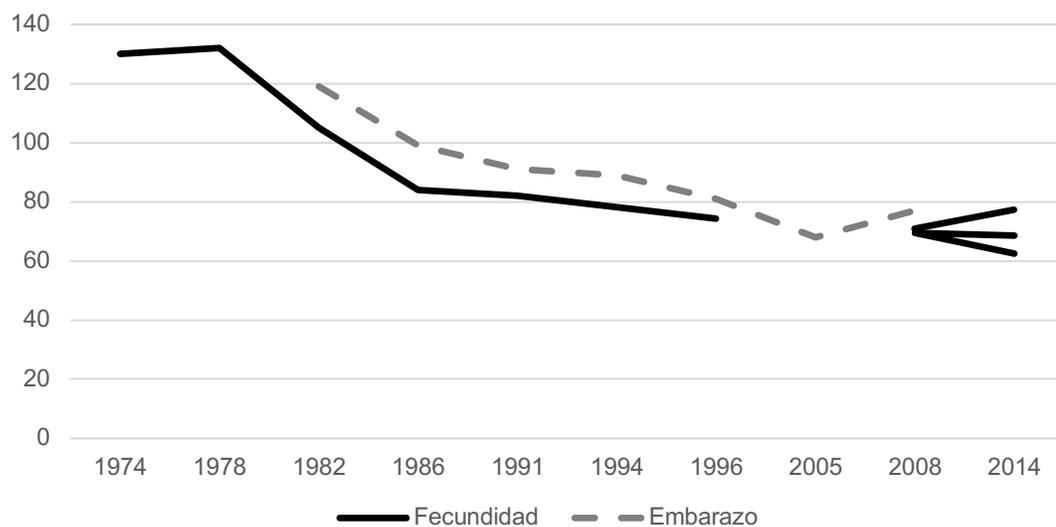
Si bien la fecundidad en mujeres adultas, de manera general ha disminuido, se considera que en las adolescentes se observan pocos cambios en el tiempo (Muradás, 2015) ya que la proporción anual de los nacimientos en madres adolescentes ha variado poco, al representar entre el 15 por ciento y 17 por ciento del total de nacimientos en más de una década, de acuerdo a las estimaciones realizadas por Welti (1989, 1995); actualmente se tiene una proporción del 16.5 por ciento (Muradás, 2015). Sin embargo desde esta mirada malthusiana del Consejo Nacional de Población (CONAPO) se considera que el decremento de la fecundidad en adolescentes se había estancado, y no sólo eso, ya que con base en la ENADID 2014 se tiene que la tasa específica de fecundidad aumentó en un 10 por ciento, con relación a la ENADID (2009) al pasar de 69 a 77 nacimientos por cada mil

⁸ A partir de los años cincuenta, en el plano internacional y en América Latina, se identificó el acelerado crecimiento demográfico, como el mayor problema de población a escala mundial y de casi todos los países en desarrollo, debido a que las tasas de crecimiento demográfico observadas, eran hasta entonces las más elevadas en la historia mundial. Esto propició el escenario privilegiado para el debate sobre población y desarrollo, que en México inicia también en los cincuenta (Sandoval, 2014; Benítez, 1990, 1993, 2004).

jóvenes de entre 15 y 19 años en 2012, lo que además considera un retroceso al estimar una tasa en 2012 prácticamente igual a la que se tenía en los años noventa (Muradás, 2015).

Si bien el problema demográfico se originó, debido a que una vez alcanzadas las metas de descenso de los nacimientos, dicho descenso no se había producido con la misma intensidad en este segmento de la población (Valdiviezo, 2012). Esta situación visibilizó el fenómeno y a partir de ello se problematizó su ocurrencia.

Gráfica 1.1 Tendencia de la fecundidad y el embarazo adolescente en México de 1974 a 2014, tasas específicas de fecundidad y embarazo.



Fuente: elaboración propia a partir de la revisión del estado del arte.

Como se observa en la gráfica 1.1. la tasa específica de fecundidad en adolescentes se ha reducido de manera gradual en México, lo que apoya el argumento de Stern (1997). Desde su perspectiva, el problema del embarazo adolescente tiene que ver más con la visibilidad del fenómeno que con un aumento en la ocurrencia al aumento de la población adolescente en números absolutos lo que hizo evidente que, aun a tasas de fecundidad menores, el número de hijos nacidos de madres adolescentes sea muy grande. Además, por el hecho de que la fecundidad de los grupos de mujeres mayores ha disminuido más que la de los grupos de mujeres jóvenes hace que la proporción de hijos nacidos de mujeres

jóvenes, es mayor ahora que en el pasado, sumado el mayor acceso de la población pobre de la sociedad, particularmente en el medio urbano, a los servicios de salud, lo cual, conjuntamente con la creciente medicalización del embarazo, ha puesto de manifiesto la alta incidencia de este tipo de embarazos (Stern, 1997).

Cómo se dijo, y con base en la gráfica 1.1, la tasa específica de fecundidad en este grupo de edad se ha reducido gradualmente al pasar de 119 nacimientos, por cada mil adolescentes en 1982, a 68 por cada mil en 2005. En 2008 se aprecia un incrementó al estimarse 77 embarazos por cada mil adolescentes (Menkes y Serrano, sf; Menkes y Suárez, 2003 y 2013). Sin embargo, como bien lo mencionan Mier y Terán y Lláñez (2016), va a haber variación de acuerdo a la fuente utilizada. Durante este tiempo se han incorporado fuentes de datos para el estudio de la fecundidad, de modo que en 2014, se tienen tres tendencias distintas, donde los datos del certificado de nacimiento coinciden con los de la ENADID (2014) en sugerir un aumento de 7.5 por ciento para el período 2009-2014, mientras que en las estimaciones censales no se encuentra un cambio. De modo que con base en la ENADID 2014 y las estadísticas vitales, en 2014 la tasa de fecundidad adolescentes, entre 15 y 19 años, es de 77 nacimientos por cada mil, mientras que con base en el certificado de nacimiento la tasa es de 68.6 y para los datos censales de 62.5 nacimientos por cada mil adolescentes (Mier y Terán y Lláñez, 2016: 40).

La mejor captación de los nacimientos parece ser la de las Estadísticas Vitales, porque en ellas se conoce con mayor certeza la edad de la madre al nacimiento y, mediante el seguimiento del registro de las cohortes, se obtienen cifras de nacimientos plausibles que sugieren un nivel elevado, pero en paulatino descenso. El Certificado de Nacimiento puede ser una excelente opción para captar los nacimientos entre las jóvenes, pero debe favorecerse una cobertura más completa Para Mier y Terán y Lláñez (2016: 40).

Con respecto al embarazo en adolescentes (15 a 19 años), se tiene que la tasa es superior a la de fecundidad (ver gráfica 1.1) ya que no todos los embarazos llegan a término. Sin embargo, es necesario precisar que “la incidencia de los embarazos sólo puede estimarse con encuestas especializadas y la información que se obtiene

constituye una aproximación a la incidencia real de los embarazos” (Welti, 2000: 62).

Desde la demografía, el estudio de la fecundidad en adolescentes, como un componente de la dinámica demográfica, se han agregado características que también requieren de atención en el estudio del fenómeno. Como bien lo ha mostrado la investigación sociodemográfica en poco más de 25 años, el embarazo adolescente es algo más que un problema ligado al crecimiento de la población (Welti, 2006a) y por lo tanto retoman importancia las condiciones en que viven las poblaciones en donde ocurre. Esto, a su vez, impacta en las magnitudes y características con que se presenta el fenómeno y adquiere matices muy diversos (Stern, 1995, Welti 1989) en los distintos sectores sociales, las consecuencias sociales y de salud de la madre y el hijo, por ejemplo.

A pesar de que desde la demografía y la sociología poco se ha tratado y por lo tanto aún no es muy clara esta asociación entre el embarazo durante la adolescencia y las complicaciones en la salud de la madre y el hijo; se ha dicho que, en proporción, es mayor el riesgo de muerte que enfrentan durante el primer año de vida los hijos de madres menores de 20 años (Welti, 1995, 2000). Sin embargo, los orígenes de esta mayor mortalidad infantil no han sido establecidos con claridad, lo que ha permitido que se ponga en duda la existencia de una relación causal entre la edad de la madre y una mayor mortalidad y se estime que su origen se ubique en las condiciones socioeconómicas de quienes son madres antes de los 20 años y no en el hecho mismo de la maternidad temprana a excepción de las mujeres que son madres a los 14 años de edad, que es cuando se considera existe un riesgo en términos biológicos (Welti, 2000, Stern, 1997).

Si bien, desde 1964 León Tabah reconoció la necesidad de incorporar a la población masculina al estudio de la fecundidad, bajo el argumento de que casi todos los medios de limitación de nacimientos suponen la cooperación del hombre y de la mujer” (Welti, 2006a), se ha feminizado el embarazo adolescente y por lo

tanto prácticamente se ha invisibilizado, sobre todo en las encuestas, a las parejas de las mujeres jóvenes⁹.

Hasta este momento, se aprecia que la discusión, desde la mirada demográfica, se ha enfocado en la problematización del fenómeno, a partir de dos aspectos principalmente: primero, el que se analizó enfocado a la ocurrencia del fenómeno y su relación con el crecimiento demográfico y segundo, el debate que existe en las repercusiones sociales y en las expectativas de vida de estas mujeres. A continuación, se analizan dos variables asociadas al comportamiento de la fecundidad adolescente, imprescindibles en este trabajo: el acceso a los servicios de salud y la población indígena. Posteriormente, en el apartado 3.2, se analiza a profundidad la escolaridad.

Con respecto a la población indígena, poco se ha trabajado en más de dos décadas. Es hasta el segundo milenio cuando aparece esta variable en los estudios gracias a la generalización de la inclusión del marcador étnico en las encuestas, principalmente identificado a partir del criterio lingüístico, ser o no ser hablante de lengua indígena. A partir del segundo milenio se pueden encontrar trabajos como los de Welti (2000), Menkes y Suárez (2003) y Valdiviezo (2012) debido a que

“Fue en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) de 1997 de INEGI donde se incluyó por primera vez en la historia del país en un cuestionario de una encuesta nacional un identificar de la población indígena, en este caso la lengua hablada” [...] Posteriormente en los censos de los años 2000 y 2010 y en la encuesta intercensal de 2015 se incluyó la pregunta de la fecha de nacimiento del último hijo nacido vivo con lo cual es posible estimar la fecundidad de la población nacional y de las subpoblaciones, como la de los hablantes de lengua indígena” (Vázquez y Cenobio, 2017: 2).

⁹ Con respecto a los estudios en población masculina se pueden mencionar el de Zavala de Cosío (2004) donde demostró que las migraciones del campo a la ciudad aceleraron notablemente el proceso de descenso de la fecundidad, sobre todo en los patrones de fecundidad masculinos ya que la migración retrasó los nacimientos y redujo el tamaño de las familias de manera significativa; o el caso de Rojas (2010), quien encontró que la hombría ya no se demuestra con la procreación de proles numerosas, pero persiste la importancia asignada a reproducirse en otro ser masculino.

Dadas las condiciones de pobreza y falta de oportunidades en que vive la población indígena de nuestro país, además de las normas y costumbres de género, propias de los pueblos indígenas, tradicionalmente la ocurrencia del fenómeno se asocia a estas subpoblaciones (CONAPO, 2016; Cruz, 2012; Menkes y Suárez, 2013 y Vázquez, 2013b). Por ejemplo, Menkes y Suárez (2013: 26) argumentan que “es innegable que el embarazo adolescente ocurre mucho más a menudo en los estratos socioeconómicos más bajos. Hay un lazo indisoluble entre la pobreza, la identidad y los roles de género, y el embarazo adolescente”. Además, como lo sugieren Szasz y Lerner (2010 citado por CONAPO, 2016) el inicio temprano de la vida marital se relaciona con las normas y costumbres de género prevalecientes en estos grupos (indígenas, sin escolaridad) y con su ubicación en los estratos socioeconómicos de menores ingresos. Sin embargo, los estudios que han incorporado la variable lengua como Welti (2000) y Menkes y Suárez (sf) no han encontrado diferencias en esta categoría étnica o por el contrario han encontrado una menor probabilidad de presentar el evento, como en Valdiviezo (2012).

Para Welti (2000) el porcentaje de mujeres que tuvieron un hijo antes de cumplir los veinte años, aunque parece ser mayor en las indígenas, estas diferencias se originan en la composición según estado conyugal ya que cuando se controla el estado conyugal estas diferencias disminuyen, en el caso de las adolescentes, la incidencia de embarazos en las mujeres unidas es muy similar. Sin embargo, lo que se argumenta es que el número medio de hijos tenidos en la adolescencia es considerablemente mayor en el caso de estas mujeres en relación con las que no hablan lengua indígena (Welti, 2000). Esta situación podría ser consecuencia de la falta de acceso a método anticonceptivos ya que en gran parte de las mujeres de las cohortes nacidas en 1951-53, 1966-68 y 1978-80, no parecen haber empleado anticonceptivos para retrasar el inicio de la maternidad, sino para espaciar los nacimientos o concluir su trayectoria reproductiva (Zavala y Páez, 2013), aunado a la situación de que Vázquez (2006) encontró que en las zonas rurales, donde en 1997 apenas estaba iniciando la transición de la fecundidad de las mujeres hablantes de lengua indígena, la falta de conocimientos y acceso a los métodos anticonceptivos evitaba que las mujeres indígenas usarán dichos métodos.

En cambio, en el estudio de Menkes y Suárez (sin fecha) la variable lengua indígena no fue significativa en el modelo de regresión logística, en contraste, el trabajo de Valdiviezo (2014) encuentra diferencias significativas, lo que el autor llama un comportamiento más tradicional. Para la identificación de indígena, el autor consideró a aquellas adolescentes hablantes de alguna lengua indígena, las que declaraban que pertenecían a algún grupo indígena, o que su padre o madre fueran hablantes de alguna lengua indígena. De acuerdo con Valdiviezo (2012) el comportamiento entre las indígenas y no indígenas es diferente en el calendario ya que las indígenas inician su vida sexual y reproductiva posteriormente a las no indígenas. Esto indica que las asociaciones entre el ser indígena y el embarazo se deben a las características un contexto en el que la formación de las familias está vinculada a una práctica sexual más conservadora entre las adolescentes de los Valles Centrales.

Esta evidencia podría significar que el caso de los valles centrales de Oaxaca, es particular o bien que a pesar de que tradicionalmente se ha asociado a la fecundidad temprana con la población indígena, los datos como lo apunta Valdiviezo (2012) señalan que en las adolescentes indígenas de este lugar la probabilidad de experimentar la primera relación sexual, la primera unión conyugal y el embarazo es menor con respecto a las no indígenas.

La variable acceso a los servicios de salud, incluida a partir del segundo milenio, tampoco ha sido significativa, como lo muestra el modelo de regresión logística de Menkes y Suárez (2003). Aunque en el trabajo las autoras no especifican si se refiere a alguna dimensión específica de acceso a los servicios de salud, se infiere que hacen referencia a la derechohabiencia, la cual no es sinónimo de acceso.

También se debe considerar que en México se establece el derecho a la protección de la salud, y no el derecho a la salud, como un derecho social, el cual entraña una serie de privilegios inalterables por la autoridad pública (Almaguer et. al, 2014), “esto significa el derecho a disponer de medios para la protección de la salud mediante el acceso y la disponibilidad de los servicios correspondientes” (Ibid, 2014: 39). Aunque en ocasiones el ejercicio del derecho a la protección de la salud

pone en riesgo la salud misma, como los casos en los que la práctica de la cesárea no es justificada (Cárdenas, 2003 citado por Nazar et. al, 2007, Brugeilles, 2014).

Actualmente, se debe considerar que, a partir de la creación del Sistema Nacional de Protección en Salud, “por primera vez en la historia mexicana, existe un seguro médico, público y voluntario, dirigido a poblaciones sin acceso a servicios de salud” (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, s.f.) y por lo tanto, partir del año 2003 la afiliación a servicios de salud empieza a concentrarse en la Secretaría de Salud a través del Seguro Popular.

Bajo este entendido, es necesario considerar las implicaciones de una mayor afiliación dentro de esta relación desigual en la que también se inserta un proceso de medicalización con consecuencias en la reducción de la fecundidad. Como bien lo ha mostrado la investigación sociodemográfica en poco más de 25 años, el embarazo adolescente es algo más que un problema ligado al crecimiento de la población (Welti, 2006). Sin embargo, la política de planificación familiar, desde los años setenta, se centró en el objetivo de contribuir en la desaceleración del crecimiento de la población (Secretaría de Salud, 2002). Es por ello que esta investigación, pretende profundizar en la relación entre el acceso a los servicios de salud y sus consecuencias en el comportamiento de la fecundidad, ya que el cumplimiento de metas como “lograr que en el 2030 se reduzca a la mitad la actual tasa de fecundidad entre las adolescentes mexicanas de 15 a 19 años de edad, y erradicar el embarazo en niñas menores de 15 años” (ENAPEA, 2015: 3) así como en la proporción de aceptantes de métodos anticonceptivos donde 8 de cada 10 mujeres deben ser aceptantes, surge la interrogante si los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres son transgredidos, donde además se considera que las mujeres indígenas son más vulnerables.

1.4. La población indígena en México.

“En las últimas décadas, la situación de los pueblos indígenas y las problemáticas que a ellos afectan, ha pasado a ser en las agendas nacionales e internacionales un asunto prioritario para ser atendido por los organismos en sus diversas dimensiones” (Vázquez y Ortiz, 2016). Sin embargo la importancia de estudiar a la población indígena de México responde a una deuda social y académica, consecuencia de la relación desigual histórica, que ha ampliado la brecha en el acceso a derechos sociales en este grupo de población. De acuerdo con Valdés (1986) desde la academia, su marginación dentro de los estudios de población, aún a finales en los ochenta, derivó de la escasa información estadística disponible y el infortunado menosprecio a las minorías étnicas nacionales de parte de los investigadores preocupados por la demografía de la población en su conjunto.

Por lo tanto la distinción entre la población indígena y no indígena evidencian uno de muchos contrastes sociales en México, ya que la población hablante de lengua indígena y los que habitan en los municipios indígenas de México presentan altos niveles de pobreza en comparación con la población no indígena (Aparicio-Jiménez y Salgado-Granados, 2014). Su ubicación dentro de los estratos socioeconómicos de menores ingresos, hace que tradicionalmente la ocurrencia del fenómeno se asocie a estas subpoblaciones (CONAPO, 2016; Cruz, 2012; Menkes y Suárez, 2013 y Vázquez, 2013b), aunado a “la inequidad de género y otros aspectos socioculturales relacionados con las condiciones de desigualdad de las mujeres, se agravan en un contexto de pobreza y falta de oportunidades” (Menkes y Suárez, 2003: 25). En este sentido las adolescentes indígenas son más vulnerables por estas tres condiciones: ser mujeres, segundo ser indígenas y tercero ser adolescentes. Si bien la investigación demográfica entorno a la fecundidad y al embarazo adolescente en indígenas ha sido escasa, en más de dos décadas, los estudios han mostrado que el fenómeno no es característico de las mujeres indígenas.

De ahí deriva la importancia de identificar las categorías étnicas de análisis, ya que a partir de los criterios de identificación disponibles se muestra una realidad

concreta. En este caso, siguiendo el objetivo de estudiar la fecundidad de las adolescentes indígena y sus condiciones de acceso a los servicios de salud, se tienen tres partes del rompecabezas de este fenómeno complejo.

La primera, considera a las mujeres hablantes de lengua indígena en nuestro país, a partir de este marcador étnico disponible en la ENADID 2014. La segunda pieza corresponde a las indígenas que viven en las regiones indígenas de México, cuya regionalización se estableció en el año 2006 y actualmente, se considera vigente gracias al esfuerzo de Vázquez y Ortiz¹⁰ (2016). La tercera es una realidad no estudiada, ya que no se lograron identificar estudios hasta este momento, las indígenas identificadas en el Sistema de Información en Salud, si bien responden a un criterio de autoadscripción en este trabajo se les nombrará indígenas.

¹⁰ Los autores proporcionaron la sintaxis para poder realizar la regionalización indígena en la Encuesta Intercensal 2015 en el programa estadístico SPSS.

CAPÍTULO II. Marco teórico conceptual para el estudio del acceso a los servicios de salud y la fecundidad en adolescentes indígenas.

Como se analizó en el apartado anterior, el acceso a los servicios de salud, desde la demografía y los estudios de población es una característica incluida de manera reciente en las investigaciones sobre fecundidad adolescente. Una de las principales problemáticas es que se ha categorizado como sinónimo de afiliación, derechohabencia o seguridad social. Por lo tanto esta característica no ha sido significativa. De ahí la importancia de profundizar en el análisis de esta variable para profundizar en su categorización y su medición.

Después se hace importante conocer el comportamiento de la fecundidad, dentro del marco analítico de la transición demográfica, desde su riqueza epistemológica y ahondar en las especificidades de la población indígena en México.

2.1 El acceso a los servicios de salud.

La palabra salud permanece, mientras cambian con la historia y la cultura los límites y alcances de su significado (Secretaría de Salud, 1993). La importancia de la salud es reconocida tanto por su valor intrínseco como por el rol que juega en el desarrollo humano y social, así como de forma individual y colectiva. En todo el mundo, los países están innovando sus sistemas de salud como parte de la búsqueda continua de acceso universal, equidad, calidad y justicia en el financiamiento (Frenk et. al, 2007).

El derecho a la salud, fue reconocido de forma global en el tratado adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1966 y puesto en vigor en 1976. Este derecho reconoce que toda persona debe disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental y debe garantizarse a través del acceso a los factores determinantes de la salud, mediante un sistema de atención a la salud que sea accesible para toda la población. Es decir que los factores determinantes de la salud se encuentran ligados al acceso a derechos sociales, sin embargo, “las

condiciones de pobreza y marginalidad y las diferencias de género se exacerbaban en la población de habla indígena, sobre todo en las mujeres indígenas, quienes sufren de manera más acentuada situaciones de discriminación y violación de sus derechos humanos (INMUJERES, s.f.).

Estas condiciones tienen consecuencias en el comportamiento demográfico de la población indígena en México, el cual está estrechamente asociada a la pobreza y al rezago socioeconómico que padecen los distintos grupos étnicos del país. Aunado a factores como la dispersión de estos grupos de población y el relativo aislamiento de las comunidades en que viven (Cruz, 2012).

A estos grupos de población se les asocia con regímenes de fecundidad temprana y elevada; un perfil epidemiológico cuyos rasgos principales son una elevada mortalidad infantil y general, la desnutrición y las enfermedades infecciosas y parasitarias... También pueden observarse otro tipo de desventajas o vulnerabilidades para estos grupos de población: limitado acceso a educación y servicios de salud; escasez de trabajos bien remunerados; limitación para el ejercicio de la ciudadanía; afectación de sus derechos humanos; entre otros (Cruz, 2012: 2-3).

Derivado de las profundas diferencias que se tienen en el acceso a los derechos sociales, se ha formalizado el derecho a la protección de la salud entendido como la responsabilidad para establecer un mecanismo que asegure los elementos de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención sanitaria. En el contexto global, la Asamblea Mundial de la Salud ha exhortado a los países a que promuevan la disponibilidad y el acceso universal a los bienes y servicios esenciales para la salud y el bienestar, con especial énfasis en la equidad (Fajardo-Dolci et. al, 2015)

En el caso mexicano, en enero de 1983 se decretó la adición al párrafo tercero del artículo 4º constitucional, consagrando una nueva garantía social: el derecho de cada individuo a la protección de la salud, el cual establece que “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud” (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos), este reconocimiento del derecho se ajusta a los

lineamientos internacionales, como a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), así como los compromisos adquiridos al ratificar los distintos tratados internacionales sobre derechos humanos” (CONEVAL, 2014: 18). Sin embargo, con respecto al derecho a la protección de la salud Mayer- Serra (2007) considera que éste es reconocido de manera tardía, hasta 1983, ya que en la Constitución de 1917 se había entendido originalmente la idea de protección a la salud asociada con las prestaciones de seguridad social de la clase trabajadora, es decir, no como derecho para todos los mexicanos, sino sólo para los trabajadores y su familia. Para el autor, fue hasta 1983 cuando al concepto de previsión social en salud del artículo 123 se adicionó el concepto “Protección de la salud” en el artículo 4 constitucional. El párrafo adicionado estipula que toda persona tiene derecho a la protección de la salud y será la ley quien defina las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, el objetivo de esta reforma era dar a todos los mexicanos la garantía de recibir atención médica acorde a sus necesidades y no acorde a sus recursos (Mayer- Serra, 2007). En el artículo 4 ya se habla de acceso a los servicios de salud, sin embargo es la Ley General de Salud de 1984 la que establece las bases y modalidades para el acceso, de acuerdo con esta ley

La protección social en salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social (Ley General de Salud, Artículo 77 bis 1).

De acuerdo con Almaguer et. al (2014), en México se establece el derecho a la protección de la salud, y no el derecho a la salud, como un derecho social, el cual entraña una serie de privilegios inalterables por la autoridad pública. “Esto significa el derecho a disponer de medios para la protección de la salud mediante el acceso y la disponibilidad de los servicios correspondientes” (Almaguer et. al, 2014: 39). Sin embargo el derecho a la protección de la salud sin los recursos materiales y

humanos adecuados, es solamente una buena intención (Bonilla citado por Mayer-Serra, 2007), por lo que es necesario conocer la brecha que existe entre el reconocimiento de este derecho y su ejercicio efectivo, para ello existen aproximaciones para medir el acceso a los servicios de salud (CONEVAL, 2014), por lo que inicio revisando definiciones de acceso a los servicios de salud para después describir los indicadores utilizados para medir dicho acceso.

El acceso a los servicios de atención a la salud ha sido un tema analizado al menos desde la segunda mitad del siglo XX (Fajardo-Dolci et. al, 2015). En 1974 Donabedian (citado por Travassos y Martins, 2004) utilizaba el sustantivo accesibilidad y se refería a las características de los servicios y recursos de salud que facilitan o limitan su uso por los usuarios, por lo tanto es un factor importante para explicar las variaciones en el uso de los servicios de salud de la población además de ser una dimensión en el estudio de la equidad en los sistemas de salud ya que no sólo se restringe al uso o no uso de los servicios, sino que incluye la adaptación de los recursos profesionales y tecnológicos que se utilizan a las necesidades de salud de los pacientes. Para 1981 Penchansky & Thomas (citado por Travassos y Martins, 2004) el termino acceso se centra en el grado de ajuste entre los clientes y el sistema de salud.

“En 1985 el artículo de Frenk trataba de restringir el término “acceso” a una característica de la población de usuarios potenciales o reales de los servicios, y definía entonces accesibilidad como el grado de ajuste entre las características de los recursos de atención a la salud y las de la población en el proceso de búsqueda y obtención de la atención” (García-Peña y González-González, 2011: 505).

“A comienzos de la década de los 90, el Comité para el monitoreo del acceso a los servicios de salud del Instituto de Medicina de los Estados Unidos propone que el acceso sea definido como el uso de servicios de salud a tiempo adecuado para obtener el mejor resultado posible” (Travassos y Martins, 2004: S193). A mediados de los 90, Andersen (1995, citado por Travassos y Martins, 2004) considera que el acceso se refiere a la entrada en el servicio de salud y la continuidad de tratamiento,

cubriendo los servicios de entrada y la recepción de la atención posterior. En 2011 García-Peña y González-González (2011) consideran la accesibilidad como el grado de ajuste entre las características de la población y los recursos de atención a la salud. En documentos recientes como CONEVAL (2014), Secretaría de Salud (2015) y Fajardo-Dolci et. al (2015) se habla no sólo de acceso sino de acceso efectivo a los servicios de salud. En el caso mexicano y de acuerdo con CONEVAL (2014) el acceso y uso efectivo a la salud, este término se refiere a la posibilidad de obtener atención en salud cuando se requiere y que ésta sea independiente de características como el ingreso, el lugar de residencia, la condición laboral o la pertenencia a un grupo étnico o minoría.

Para Travassos y Martins (2004) el acceso es un concepto complejo que a menudo se utiliza incorrectamente

“Es un concepto que varía entre los autores y que cambia con el tiempo y de acuerdo con el contexto. La terminología empleada es también variable. Algunos autores, como Donabedian, que emplea el sustantivo accesibilidad, carácter o calidad de lo que está disponible, mientras que otros prefieren el sustantivo acceso, acto de unión, entrada, o ambos términos para indicar el grado de facilidad con que las personas reciben atención médica” (Travassos y Martins, 2004: S191).

García-Peña y González-González (2011) también consideran que la distinción entre acceso y accesibilidad no es muy clara, e incluso que esta diferenciación no pareciera muy importante ya que se utilizan ambos términos de manera indistinta.

A pesar de lo complejo y cambiante que es el concepto acceso a los servicios de salud, para Travassos y Martins (2004) la idea predominante considera al acceso como una dimensión del rendimiento de los sistemas de salud asociados con la oferta. El concepto se relaciona con características de la oferta de servicios, se valora en relación con su impacto sobre la salud y depende de la eficacia de la atención prestada.

De acuerdo con Rodríguez y Roldan (2008) la naturaleza del acceso es vista como un proceso mediante el cual puede lograrse que una necesidad de atención,

bien sea por el deterioro en el estado de salud o por un diagnóstico sobre el mismo y la promoción de su mejoramiento, se satisfaga completamente.

En ese proceso están involucradas varias etapas que pueden ser objeto de análisis: la motivación que tienen las personas para solicitar una atención, la facilidad para entrar en contacto con los servicios de salud y su satisfacción final. Pero además debe considerarse que en el proceso intervienen varios agentes, como los médicos y el personal de salud, los administradores de los servicios, los usuarios y las entidades públicas de regulación o financiamiento, quienes también pueden ser estudiados y abordados desde la política de salud (Rodríguez y Roldan, 2008: 109).

El acceso a los servicios de salud es “la expresión final de los esquemas implementados para garantizar el financiamiento y la provisión de servicios en un contexto determinado así como de los elementos que determinan los resultados del acceso en términos de salud de la población” (Fajardo-Dolci et. al, 2015: 181). De forma amplia abarcan desde la promoción y prevención hasta los aspectos curativos y se considera que uno de los aspectos que afectan en mayor medida el acceso a los servicios de salud es la falta de equidad, motivada por factores, económicos, étnicos, culturales geográficos, sociales, laborales y de regulación (Fajardo-Dolci et. al, 2015).

Como se lee, además de la complejidad del concepto acceso, éste considera distintos elementos para su medición, es por esta razón que a continuación se realiza una revisión de los indicadores que dan cuenta de este acceso.

Penchansky & Thomas en 1981 (Travassos y Martins, 2004) identifican diversas dimensiones como: disponibilidad, volumen y tipo, de los servicios en relación con las necesidades; accesibilidad, caracterizada por la relación distribución geográfica de los servicios y los pacientes; *acogida*, capacidad de adaptación a esta organización; *el poder adquisitivo*, definido por la relación entre las formas de financiación de los servicios y la posibilidad de las personas pagar por estos servicios; y *la aceptabilidad*, las actitudes y las personas profesionales de la salud en relación con las características y prácticas de cada uno.

Posteriormente Andersen (1995, citado por Travassos y Martins, 2004) en su comprensión de acceso, incorpora la etapa de utilización de los servicios de salud,

compuesto por el acceso potencial, el cual incorpora los factores individuales que limitan o amplían el uso y el acceso realizado, es decir el uso

De acuerdo Restrepo et. al (citado por Rodríguez y Roldan, 2008) en el estudio del acceso a los servicios de salud entre los años de 1965 a 1992, en Colombia, destacan aspectos como: la utilización de servicios, la cobertura de servicios, la afiliación a la seguridad social y el ingreso. Para las autoras los determinantes socioeconómicos del acceso y utilización de los servicios de salud preventivos, curativos y hospitalización por parte de la población perteneciente a los regímenes Contributivo y Subsidiado en la región Caribe colombiana, son los siguientes: las personas que están aseguradas tienen más posibilidades de utilizar los servicios, además la edad y el estado de salud percibido no están relacionadas con el acceso a los servicios de salud por prevención, mientras que las variables sexo, años de educación, Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas, afiliación y ubicación parecen tener una clara relación con el acceso, los hombres y quienes tienen necesidades básicas insatisfechas tienen menos probabilidad de acceder a los servicios de salud de manera preventiva, mientras que estar afiliado a algún régimen de salud, vivir en el área urbana y los años de educación aumentan las probabilidades de acceso (Rodríguez y Roldan, 2008).

La Royal Society of Medicine (citado por Fajardo-Dolci et. al, 2015) también considera que el acceso debe medirse en 4 dimensiones: disponibilidad, capacidad, existencia de barreras de los servicios y resultados en materia de salud. La disponibilidad se refiere a la existencia de médicos, camas de hospital, equipamiento; mientras que la capacidad de los servicios debe otorgarse para proporcionar atención médica equitativa. Las barreras se clasifican en cuatro: *personales*, se refieren al reconocimiento por el paciente de su necesidad de buscar atención médica; *económicas*, es decir los costos, sea por acudir a un servicio privado o los costos extras que existen a pesar de acudir a los servicios públicos de salud como el tiempo perdido por faltar al trabajo, transporte a las unidades médicas, atención dental y oftálmica; *las barreras organizacionales* que tienen que ver con los diferimientos y tiempos de espera y las *barreras sociales y culturales*

que se refieren a las disposiciones sociales para acceder a los servicios de salud y factores culturales que limitan el acceso. Por último, que los resultados en materia de salud hacen referencia a que se otorgue el servicio correcto, en el tiempo correcto, en el lugar correcto y con el mejor resultado posible.

Como parte de la medición de la pobreza realizada por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social CONEVAL, una persona se encuentra en situación de carencia por acceso a servicios de salud cuando no cuenta con afiliación, adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución pública o privada (CONEVAL, 2014); pero “la afiliación es tan sólo el primer paso para que los individuos cuenten con acceso a los servicios de salud. Para identificar si existe acceso y uso efectivo a estos servicios, es necesario analizar diversos elementos, por ejemplo: si se obtiene atención de calidad cuando se requiere, si es resuelto el problema de salud, independientemente de factores como el ingreso, la residencia, la condición laboral o étnica” (CONEVAL, 2014: 14).

De acuerdo con la OMS, el acceso a los servicios de salud puede medirse a través de la utilización de los servicios de salud, lo cual, es influido por la estructura del sistema de servicios: disponibilidad de servicios, organización y financiamiento y por la naturaleza de los requerimientos: recursos para los consumidores potenciales. (OPS/ OMS, 2000 citado por CONEVAL, 2014: 24). CONEVAL (2014) toma como referencia a la OMS y convergen para aproximar una medición no sólo del acceso sino, también del uso efectivo de los servicios de salud, con base en tres dimensiones: disponibilidad, accesibilidad y calidad, sin embargo, CONEVAL incluye un indicador más, la utilización de los servicios de salud. Esta medición es importante estos indicadores dan cuenta de las condiciones de acceso a los servicios de salud de la población mexicana, a continuación, se especifican estas cuatro dimensiones.

La disponibilidad se refiere a la obligación del Estado de garantizar la suficiencia de infraestructura y establecimientos, bienes y servicios de salud y se basa en la puesta en marcha de las unidades médicas y hospitales mediante la existencia de los recursos materiales, humanos y presupuestarios necesarios para

la atención a la salud de la población. Ésta se mide como los recursos humanos y unidades existentes, así como sus características, para dar atención a problemas de salud de la población en relación con la población que potencialmente se está obligado a atender.

Ahora bien la accesibilidad es la no existencia de barreras u obstáculos para el acceso a los servicios de salud, sean éstos de tipo físico, económico o de información sobre la ubicación de establecimientos de salud y los problemas que pueden atender, su medición debería incluir datos sobre barreras económicas o de información, así como medidas georreferenciadas de la ubicación de los individuos respecto a las unidades de salud; ya que no se dispone de información pública suficiente para construir indicadores al respecto sólo se considera el tiempo que los individuos requieren para trasladarse al hospital en una emergencia médica.

Por su cuenta la calidad tiene que ver con que la infraestructura o los establecimientos, bienes y servicios de salud sean apropiados a las necesidades de salud de los pacientes, lo cual además requiere, de personal suficiente, medicamentos apropiados y suficientes, equipamiento adecuado, condiciones sanitarias y de higiene adecuadas, y buen trato por parte del personal de salud hacia las y los beneficiarios. Para aproximar su medición, se utilizan indicadores relacionados con la percepción de los individuos sobre la adecuación de los servicios a sus necesidades; es decir, desde el punto de vista del paciente (CONEVAL, 2014).

La cuarta dimensión que incluye CONEVAL (2014) es la utilización de los servicios de salud dada por el uso que hacen los individuos de la infraestructura o establecimientos, bienes y servicios de salud cuando lo requieren. Utilizando la información disponible, se consideran indicadores sobre el reporte de atención médica en caso de enfermedad y el uso de servicios médicos específicos.

De acuerdo a la revisión realizada en este apartado referente al acceso a los servicios de salud, se tiene que el término acceso es complejo y cambiante, en ocasiones utilizado como sinónimo de accesibilidad, e incluso utilización. En sus

inicios se aprecia una tendencia hacia la accesibilidad y la utilización, para posteriormente incorporar la disponibilidad. Es en la última década cuando se incorpora la calidad de los servicios.

Para este trabajo que involucra la categoría étnica es necesario considerar que el acceso a los servicios de salud debe considerar esta cuestión cultural, lo cual es considerado por CONEVAL (2014), cuyo termino se refiere a la posibilidad de obtener atención en salud cuando se requiere y que ésta sea independiente de características como el ingreso, el lugar de residencia, la condición laboral o la pertenencia a un grupo étnico o minoría.

La parte fundamental de esta revisión radicó en profundizar el concepto acceso a los servicios de salud. Tal como lo explica Almaguer (2014: 56) “La salud va más allá de la atención médica ya que abarca las dimensiones más amplias del bienestar individual y colectivo. En esa medida se encuentra interrelacionada con la equidad social y el respeto de otros derechos humanos”. Por lo tanto involucra la transformación de las condiciones socioeconómicas y la satisfacción de las necesidades básicas, como: educación, vivienda, servicios básicos, disposición de agua potable, alimentación, el cuidado y la mejora del medio ambiente, por mencionar algunos (Almaguer, 2014; Fernández, 1998). Bajo este entendido, se tienen grandes diferencias por condición étnica, si bien la expansión de los procesos de modernización y globalización, los cuales no sólo ha significado para las sociedades indígenas espacios y experiencias de acceso a derechos fundamentales, la brecha por condición étnica parece no acortarse, ya que éstos tienen una raíz profunda en las condiciones de desigualdad histórica (Cortés y Hernández, 2016).

Bajo este entendido, la dimensión de accesibilidad debería dar cuenta de las barreras u obstáculos para el acceso a los servicios de salud, las cuales pueden ser económicas, de información, así como de la ubicación de establecimientos de salud, alópatas o tradicionales, y los problemas que pueden atender. De ahí la importancia de la calidad, más allá de que la infraestructura o los establecimientos, se requiere que los bienes y servicios de salud sean apropiados a las necesidades de salud de

los pacientes, tiene que ver con el buen trato y con la percepción de los individuos sobre la adecuación de los servicios a sus necesidades, lo cual no se logrará sin tener antes el reconocimiento de las diferencias culturales y poder responder ¿Quiénes son sujetos de derecho a la protección a la salud y cómo se construye a estos sujetos de derecho a la salud desde la política pública?, dentro de esta construcción, ¿dónde se encuentra la población indígena de México?, ya que “nunca protegeremos derechos si no colocamos en una relación simétrica las diferentes formas de conocimiento y saberes, planteando como objetivo un trabajo intercultural claramente opuesto a las prácticas prescriptivas de consultorios, y de la educación sanitaria o promoción de la salud que realizamos (Feltri et. al, 2006: 308)”.

A través de los indicadores, podemos darnos cuenta de que el acceso a los servicios intenta lograr la cobertura para la atención a la salud como lo concibe la cultura dominante, mediante la misión de proveer a la población de través de hospitales, clínicas, presupuesto, médicos, enfermeras y poder garantizar el derecho a la protección de la salud. Desde esta perspectiva los logros se miden desde un punto de vista positivista, se presume el número de consultas otorgadas, la cobertura en la afiliación, la construcción de un nuevo hospital. Esa es la gran limitante “pensar la salud como normativa abstracta a cumplir, y no escuchar las significaciones concretas que soportan las enfermedades y los eventos corporales en cada caso” (Feltri et. al, 2006: 307).

2.2. La construcción social del indígena, como sujeto de derecho a la salud, desde la política pública.

“La enfermedad y la muerte diagnostican muy sensiblemente las inequidades del desarrollo. La política sanitaria, la clase de inversiones en el sector social definen de qué enferman y cómo van a morir los habitantes de una comunidad, una región, un estado” (Kumate, 1993: 12). Sin embargo, la política pública y la clase de inversiones en el sector social son definidos por las personas en el poder influidas por el contexto histórico y social, así como su carga cultural e intereses particulares.

La fundación del sistema nacional de salud moderno data de 1943, año de creación de la Secretaría de Salud (SS), entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia, y del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (Frenk et. al, 2007). El domingo 10 de octubre de 1943 un furioso ciclón había azotado Mazatlán por lo que el Presidente Ávila Camacho ordenó que la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad organizaran brigadas de auxilio. Posteriormente un segundo y más destructor ciclón se abatió sobre el litoral dejando cincuenta y dos defunciones y más de dos mil casas derrumbadas. El miércoles 13 el mandatario recibe un mensaje extraurgente haciéndole saber que las brigadas médicas que atienden a las víctimas del desastre ciclónico eran insuficientes para combatir el tifo y el paludismo. Es así como la catástrofe en Sinaloa ofreció la coyuntura inmediata para establecer las reformas en los servicios sanitario-asistenciales impartidos por el Estado. Es en este contexto que el viernes 15 se expide el decreto que da origen a la Secretaría de salubridad a partir de la fusión de las dos instituciones mencionadas anteriormente (Secretaría de Salud, 1993).

La visión del doctor Víctor Fernández Manero, titular del Departamento de Salubridad Pública, quien explicó a la prensa su opinión, que su siguiente ejercicio se caracterizaría por la capacitación del personal en el extranjero, así como por un vasto programa de medicina preventiva, higiene y salubridad, mientras que el doctor Gustavo Baz, titular de la Secretaría de Asistencia Pública, quien dos meses antes había enfatizado en el discurso inaugural del Primer Congreso Nacional de Asistencia la necesidad de una modificación sustancial en las estructuras políticas encargadas de la salud, expresaba: “la era de improvisaciones debe quedar relegada en el olvido para dar paso a servicios técnicamente organizados” (Secretaría de Salud, 1993). Quizá esta idea fue uno de los factores que lo llevo a ocupar el cargo. Es así que en los tres años siguientes la consolidación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia de la nueva dependencia giraría en torno a la consecución del Plan de Construcción de Hospitales, que databa de 1940. Las siguientes décadas la verían crecer y desarrollarse a la par que el país, adaptándose continuamente a las demandas de una sociedad en rápida transformación

(Secretaría de Salud, 1993), donde la atención estaba claramente enfocada a la clase trabajadora formal, quienes eran sujetos de atención en estas instituciones.

Esta fundación tiene un origen segmentado y orientado a los trabajadores que a través de sus cuotas obtenían el servicio de atención a la salud, “el país aún principalmente rural y agrícola, comenzaba su transformación en el México primordialmente urbano e industrial que hoy conocemos” (Secretaría de Salud, 1993: 19). A fines de 1943 se modificó la aún reciente Ley del Seguro Social, con objeto de pagar las cuotas por medio de los impuestos y no con el dinero de los trabajadores, quienes en julio habían protestado masivamente (Ibid, 1993). Bajo esta misma lógica en 1959, se crea el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) para cubrir a los empleados del sector público y a sus familias (Frenk et. al, 2007).

Hasta este momento, no existía un reconocimiento del indígena como sujeto de atención a la salud, es en 1957 que se aprobó el Convenio núm. 107 de la Organización Internacional del Trabajo OIT (CEPAL, 2014) y en el caso mexicano, desde la revolución hasta finales de los 60 el proyecto indigenista proponía la integración del indio en el Estado mexicano, para conseguir el desarrollo y la modernidad tanto para la sociedad en general como para los propios indígenas (Sanz, 2010). Por lo tanto, no es extraño que en estos años no exista un reconocimiento del indígena como sujeto de atención a la salud, ni con necesidades específicas. Sino que el origen de este modelo de salud segmentado, del que habla Frenk et. al (2007), corresponde a un contexto predominante en América Latina, marcado por la separación del derecho a la atención a la salud entre los asegurados del sector asalariado y formal de la economía y los no asegurados, donde se encontraba la población indígena. En este modelo cada segmento de la población recibía los servicios de salud a través de instituciones integradas verticalmente, cada una de las cuales era responsable de la rectoría, el financiamiento y la prestación de servicios sólo para ese grupo de población.

Por ejemplo, hasta el año 2000, antes de la reforma¹¹, el IMSS atendía a todos los trabajadores asalariados del sector privado y a sus familias, que representaban aproximadamente 40 por ciento de los casi 100 millones de habitantes de México; el ISSSTE atendía a 7 por ciento, y los seguros privados cubrían de 3 a 4 por ciento de la población. En consecuencia, aproximadamente 50 por ciento de la población no tenía acceso a ningún tipo de seguro médico prepagado. Esto incluía a alrededor de 2.5 millones de familias de los segmentos más pobres que recibían únicamente intervenciones de salud comunitarias y preventivas muy básicas incluidas en el programa de combate a la pobreza denominado *Oportunidades* (Ibid).

Hasta 2003, la población no cubierta por la seguridad social, excluida de este derecho por más de 60 años, principalmente la más pobre, y por supuesto que aquí se encuentra la población indígena de México, era considerada como un grupo residual atendido por la Secretaría de Salud, con una fuente de financiamiento incierta y un paquete de beneficios mal definido. Esta población tenía acceso a unidades de servicios de salud operadas a nivel estatal y federal a cambio de un copago o cuota de recuperación, que, a pesar de estar ajustada por el nivel de ingreso y contar con un subsidio significativo, contribuía a la alta proporción de gasto de bolsillo como fuente de financiamiento de la atención médica. La escasez de medicamentos en estas unidades médicas era común como resultado de limitaciones presupuestales y frecuentemente exponía a esta población a pagos de bolsillo adicionales (Frenk et. al, 2007). A partir de la creación del Sistema Nacional de Protección en Salud, “por primera vez en la historia mexicana, existe un seguro médico, público y voluntario, dirigido a poblaciones sin acceso a servicios de salud” (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, s.f.).

Quizá como consecuencia del reconocimiento de los pueblos indígenas, del que habla, Wade (2000) o la emergencia indígena de la que habla Bengoa (2000), es

¹¹ La ley que establece el nuevo sistema fue aprobada en abril de 2003 y entró en vigor el 1o de enero de 2004, con la meta de alcanzar la cobertura universal en materia de aseguramiento en salud en el año 2010 (Frenk et. al, 2007)

que se tiene eco para repercutir en las necesidades de salud, primero porque de acuerdo con Nazar et. al (2007) es en el periodo 2001-2006, cuando se hizo explícita la Política de Atención a la Salud de Poblaciones Indígenas (SSA, 2002 citado por Nazar et. al, 2007) que propuso realizar acciones en salud basadas en los principios de acceso eficaz, información, participación social, respeto a la diversidad y derechos humanos. No obstante, los autores consideran que las acciones de atención de la salud en la población indígena han permanecido prácticamente sin cambios. Posteriormente el Programa Nacional de Salud y el Programa Sectorial de Salud 2007 -2012, incorporó en su momento, las siguientes líneas de acción:

- Promover políticas de respeto a la dignidad de las personas que fomenten la inclusión y que eviten la discriminación y brindar servicios sensibles a la multiculturalidad nacional.
- Incorporar el enfoque intercultural, de género y de derechos humanos en la capacitación del personal de salud en formación, así como en la capacitación del personal operativo y directivo.
- Promover adecuaciones interculturales en la operación de los servicios de salud para disminuir las barreras culturales (Almaguer, 2014).

A partir de estos años pueden encontrarse esfuerzos aislados por considerar al indígena como sujetos vulnerables y prioritarios de atención en salud, específicamente en el caso de la salud reproductiva y su relación con la fecundidad. Por ejemplo, Cabral et.al. (s.f.) por parte del IMSS y Almaguer (2014) de la Secretaría de Salud.

Por otro lado, las mujeres de escasos recursos lo hacen porque, si no las vigilan durante el embarazo en instituciones públicas de salud, no les dan el apoyo económico o las sacan de la lista de programas sociales (Guerrero, 2018).

2.2.1. El acceso a los servicios de salud y la fecundidad en adolescentes indígenas.

Este apartado tiene como propósito brindar elementos que permitan comprender y asociar el comportamiento de la fecundidad en adolescentes con el acceso a los servicios de salud. Si bien dicha relación se visibiliza en la población indígena a partir del segundo milenio, es necesario contextualizar el origen de esta política pública, por lo que se describen brevemente aquellas que contribuyeron a concentrar la atención obstétrica y la política de planificación familiar en unidades de la Secretaría de Salud. Posteriormente, se pone énfasis en la política de anticoncepción post evento obstétrico, ya que en México el uso de métodos anticonceptivos en las mujeres unidas no se utiliza principalmente para retrasar el inicio de la maternidad sino para espaciar los nacimientos o concluir su trayectoria reproductiva (CONAPO, 2016; Zavala y Páez, 2013). Al final se discuten las implicaciones y algunas consideraciones derivadas de este acceso a los servicios de salud y su relación con la fecundidad en adolescentes indígenas.

En México, las políticas públicas impusieron desde la década de los 50 que los partos fueran atendidos por médicos y enfermeras obstetras en centros de salud, diluyendo la labor de las parteras (Guerrero, 2018). Por lo tanto, a partir de este momento la atención médica alópata, proporcionada por el Estado, relacionada con la atención del parto prescindía del importante papel que desempeñaron las parteras. Muestra de ello es que actualmente en México están reportadas oficialmente sólo 78 parteras atendiendo nacimientos, aunque se estima que existen 15 mil que parteras tradicionales, comparado con un total de 104,379 prestadores de salud dedicados a la atención de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal. Es así que las parteras representan menos del .01 por ciento del personal calificado que atiende partos (UNFPA, 2014). Aunque también existen excepciones, el caso de Chiapas donde se tiene uno de los promedios más bajos de atención de partos por personal médico, menos de la mitad (Nazar et. al, 2007; Sánchez- Pérez, 1998).

Posteriormente, en 1977 se aprobó el primer Plan Nacional de Planificación Familiar del Sector Salud, en el cual se definieron las metas de cobertura por

institución y se estableció, además, la meta demográfica de reducir la tasa de crecimiento de población a 2.5 por ciento en 1982 (Secretaría de Salud, 2014). A partir de este plan, los servicios de planificación familiar se fueron extendiendo a lo largo del país. Aunque al principio, sólo se ofertaban en áreas urbanas, se extendieron rápidamente a las áreas rurales a través de diversas estrategias operativas, en las cuales el personal voluntario de las propias comunidades desempeñó un papel fundamental para después diversificar la oferta de métodos anticonceptivos e impulsar campañas de comunicación educativa y social con el objetivo de difundir en la población los beneficios de la planificación familiar (Secretaría de Salud, 2014). Simultáneamente, se instrumentó una agresiva política de planificación familiar, que incrementó significativamente el acceso a los métodos anticonceptivos y también a la exposición de la población a mensajes publicitarios que promovían el control de la descendencia (Tuirán et al., 2002; Juárez et al., 1996; Zavala de Cosío, 1992 citado por Solis et al., 2008).

También existe otra lectura de que en este primer periodo gubernamental con una política demográfica explícita, con un plan nacional de planificación familiar con metas de uso de anticonceptivos a ser alcanzadas y con programas de servicios de salud establecidos en las principales instituciones gubernamentales, se respondió a una necesidad latente desde algunos años antes por parte de población, que demandaba una mayor difusión y un mayor acceso a los métodos anticonceptivos y que por ende los incrementos importantes en estos años estaban respondiendo a lo que la población venía esperando desde tiempo atrás (Martínez Manautou 1982 citado por Figueroa y Aguilar, 2006).

Es así que la política de planificación familiar y anticoncepción, se remonta a la década de los setenta, cuando la fecundidad y el crecimiento de la población alcanzaron los niveles más altos en la historia del país (Secretaría de Salud, 2014). Es importante mencionar que en el cumplimiento de los objetivos de cobertura, algunos autores han documentado que la estimación de metas en el nivel institucional y a nivel nacional se tradujeron en números específicos de usuarias de anticonceptivos (nuevamente centrada la búsqueda en las mujeres) que se

esperaba poder cubrir para que los niveles de fecundidad, combinados con los de mortalidad, generaran las tasas de crecimiento programadas (Cervantes 1996 y 1999).

Desde entonces el sector salud se ha convertido en uno de los principales actores de descenso de la fecundidad, además en los programas de planificación familiar y anticoncepción perdura a través del tiempo una visión malthusiana, en un principio preocupada por la conservación de los recursos naturales y por el crecimiento urbano, para después valorar que “aún los pequeños descensos de la fecundidad incidirán considerablemente en el futuro crecimiento de la población”, ofreciendo mejores perspectivas para el siglo XXI (Secretaría de Salud, 2002:15). Posteriormente se incorporó el debate población- desarrollo en el Programa de acción específico, planificación familiar y anticoncepción 2013- 2018, aún con una clara la postura hacia frenar el crecimiento demográfico.

En sus primeros años de existencia, los programas públicos de planificación familiar se orientaron a reducir las tasas de fecundidad y a disminuir el crecimiento de la población. Más tarde las acciones se orientaron a mejorar la salud materna e infantil, y a partir de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo, Egipto, en 1994, el objetivo principal ha sido asegurar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población, con perspectiva de género y enfoque intercultural (Secretaría de Salud, 2014: 11).

Es a partir de la Conferencia Internacional sobre Anticoncepción en el Posparto, celebrada en México en 1990 se formularon numerosas recomendaciones para ampliar las acciones de planificación familiar después del embarazo. En 1994, el programa de panificación se fortaleció al integrarse al concepto holístico de la salud reproductiva, para consolidarse en el Programa de acción específico, planificación familiar y anticoncepción 2013- 2018, donde se reconoce el goce de la vida sexual y reproductiva de manera informada, libre, satisfactoria, responsable y sin riesgos (Secretaría de Salud, 2014). Por lo que uno de los cambios fundamentales en las políticas públicas relacionadas con los comportamientos reproductivos de la población a partir de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo celebrada en al ciudad de El Cairo, Egipto en septiembre de 1994, ha sido el acuerdo para usar conceptos y categorías como salud y derechos reproductivos

como paradigmas de referencia al definir, evaluar y poner en práctica acciones sociales que acompañen las experiencias reproductivas de la población. Ello implica, entre otras dimensiones, el asegurar que las políticas de población y los programas gubernamentales anteriormente llamados de planificación familiar no pueden seguir siendo evaluados desde una lógica centradas en los cambios del crecimiento demográficos (ni en las metas definidas para tal propósito) sino que necesitan privilegiar la dimensión de los derechos humanos y la salud integral de las personas a quienes van dirigidas sus intervenciones (Figueroa y Aguilar, 2006).

Como se mencionó en 1994, la Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Salud Reproductiva, logró implantar el subcomponente de anticoncepción posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto, en las unidades médicas de segundo nivel de atención y en las unidades de primer nivel que atienden eventos obstétricos en las 32 Entidades Federativas (Secretaría de Salud, 2002: 12). Para posteriormente establecer, entre 2002 y 2004 que todos los nacimientos debían ocurrir en hospitales de segundo y tercer nivel, con el propósito de disminuir los índices de muerte materna por lo que actualmente 94.5 por ciento de los mexicanos nace en hospitales y la mayoría bajo procedimientos sobremedicalizados (Guerrero, 2018; Brugellies, 2014), ejemplo de ello es la tasa de cesáreas practicadas que ubica al país en el cuarto sitio a nivel mundial, mientras que en 2013, se lideró el *ranking* (Guerrero, 2018).

Si bien, la anticoncepción posparto es la estrategia que permite a la mujer en estado puerperal, tener la posibilidad y factibilidad de optar por alguna opción anticonceptiva antes de abandonar la unidad médica, esto propiciado por el alto porcentaje de mujeres que acuden a las unidades a recibir atención obstétrica sin haber tenido un contacto previo con los servicios de salud, la falta de orientación consejería, el difícil acceso a los servicios por su lugar de residencia o a factores culturales relacionados con la percepción de la planificación familiar (Secretaría de Salud, 2002). Sin embargo, lo que se cuestiona es el respeto a los derechos sexuales y reproductivos ya que, en el cumplimiento de la meta en el número de

aceptantes de métodos anticonceptivos la libre decisión podría ser transgredida, sobre todo por la visión del modelo médico alópata:

Este es un aspecto muy relevante que podría indicar que la anticoncepción post evento obstétrico (APEO) tiene áreas de oportunidad que deben trabajarse, ya que se esperaría que estando la mujer “cautiva” en un servicio de salud, se le proporcionara la información adecuada sobre los métodos anticonceptivos disponibles, tanto para ella como para su pareja y cuál es el que le resulta más conveniente adoptar de acuerdo a sus necesidades, sin esperar a hacer esta recomendación cuando la mujer regrese al servicio de salud con el riesgo de que no lo haga (CONAPO, 2016: 128).

Como se mencionó anteriormente, hasta este momento la atención en salud se encontraba segmentada como en sus orígenes, diferencian a los trabajadores formales de los que no contaban con seguro médico, el grupo residual atendido por la Secretaría de Salud. A partir de la creación del Sistema Nacional de Protección en Salud, “por primera vez en la historia mexicana, existe un seguro médico, público y voluntario, dirigido a poblaciones sin acceso a servicios de salud” (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, s.f.).

Por lo tanto, se tiene que la conjunción de estas políticas se ha asociado con un efecto en la reducción de la fecundidad. Primero porque éste era el principal objetivo de la política de planificación familiar de los setenta y aún en el programa 2013- 2018, y segundo, porque desde la subjetividad de la protección a la salud de la población, la atención se ha orientado hacia los servicios de salud públicos mediante el desarrollo de estrategias y líneas de acción interinstitucionales en los tres órdenes de gobierno, bajo la rectoría de la Secretaría de Salud (Secretaría de Salud, 2014).

A pesar de ello, la visión malthusiana antinatalista persiste. Si bien, “la oferta y la orientación que reciben las personas en materia de salud sexual y reproductiva por parte del prestador de servicios es un factor determinante para que mujeres y hombres realicen una elección libre e informada del método anticonceptivo que más les resulte conveniente utilizar” (CONAPO, 2016: 171), un reto es contar con personal capacitado en la atención del parto y del puerperio en especial en las adolescentes, con la finalidad de promover el uso de un método anticonceptivo

inmediato a la resolución obstétrica, con el absoluto respeto a la libre decisión (Secretaría de Salud, 2002: 12).

En este sentido, el consentimiento informado da constancia de la libre decisión de la personas; pero no garantiza que las persona reciban la información y orientación adecuada, en contraste también se consideran un respaldo médico, es decir: protege la práctica médica y que supone la aprobación de las mujeres del método que han aceptado (Vázquez y Flores, 2003). La interrogante aquí es saber si las mujeres indígenas son más vulnerables a la medicalización de la fecundidad.

Por lo tanto, la búsqueda de soluciones a las relaciones entre la sociedad y el Estado obliga a la toma de decisiones a través de las políticas públicas. Lo que distingue a éstas es precisamente que surgen del ejercicio de la participación de las partes interesadas para contribuir a solucionar los problemas a los que se enfrentan cotidianamente. Aunque en los pueblos indígenas los procesos de decisión y acción comunitaria no han sido considerados formalmente como políticas públicas, tienen este sentido justamente porque a través de estas decisiones y acciones públicas se solucionan los problemas comunitarios (Gallardo, 2012: 31). En contraste, el acercamiento de los servicios institucionales de salud a las poblaciones indígenas significa un encuentro entre culturas, que ha ocurrido en un marco de relaciones desiguales en cuanto al valor del conocimiento de las distintas prácticas médicas (Nazar et. al, 2007: 764). En esta relación desigual el papel del indígena en la cuestión de salud es la del menor de edad que no tiene voz, donde se les intenta dar lo que les falta, o se cree les hace falta, sin considerar lo que ya tienen, como el reconocimiento a la labor que han realizado las parteras, el impacto de su intervención para disminuir la mortalidad materna, el acompañamiento que brindan durante el embarazo.

Es cierto que se ha incrementado la seguridad social, ya que en 2015 el seguro popular es el principal instrumento para otorgar seguridad social a la población mexicana, ya que afilia al 41 por ciento de la población. Si se considera sólo a la población hablante de lengua indígena de 5 años o más de edad, la cobertura del seguro popular es del 72 por ciento para hablantes de lengua indígena

y 38 por ciento para no hablantes. Cuando se incluye la condición étnica, con base en la lengua, el Seguro Popular tiene una mayor cobertura en los hablantes de lengua indígenas, arriba del 70 por ciento, mientras que la población no hablante se concentra alrededor del 40 por ciento. Como resultado de otorgar seguridad social a los segmentos más pobres, al incluir la condición étnica (HLI), los porcentajes de cobertura se incrementan ampliamente; sin embargo, ocurre lo contrario con la infraestructura y los recursos humanos a los que tienen acceso los afiliados al Seguro Popular, ya que estos no se han incrementado a la par del aumento en la afiliación, lo que se traduce en una disponibilidad relativa cada vez menor frente a la demanda creciente (CONEVAL, 2014).

Es así que, desde el objetivo de brindar la protección a la salud, han aparecido prácticas que actúan en detrimento de la salud misma. Por ejemplo, el caso de las mujeres indígenas urbanas marginales de Chiapas, donde la oferta de servicios gubernamentales de salud ha contribuido a lograr una mayor cobertura de la población y utilización de los servicios, también ha acrecentado la proporción de partos atendidos por el sector y su aceptación por parte de la población (Nazar et. al, 2007).

Se podría pensar que el cambio observado en las mujeres inmigrantes hacia una mayor atención del parto por médicos y en unidades médicas, podría significar una reducción del riesgo de muertes maternas; sin embargo, estos cambios se acompañan de nuevos riesgos tanto en la práctica médica institucional como en la permanencia de otras prácticas médicas para la atención del parto (Nazar et. al, 2007: 771).

Sin embargo, en este proceso de medicalización¹² del parto, aparecen prácticas que, desde los servicios institucionales de salud, incrementan el riesgo de

¹² La medicalización, bajo la perspectiva de este trabajo es entendida como el proceso clave a través del cual se integra la política de población con el sector salud mediante los programas de planificación familiar. Por lo tanto, la relación médico-paciente establecida en un espacio clínico es la base para considerar, en un marco amplio y correlacionado, la

complicaciones. La práctica de la operación cesárea ha aumentado sin un impacto notable en la disminución de la muerte materna (Cárdenas, 2003 citado por Nazar et. al, 2007). Además, disminuye la probabilidad de que una mujer que dio a luz una vez, por cesárea, experimente un segundo parto.

Cuando una mujer ha parido a su primer niño naturalmente tiene 94% de probabilidades de vivir un segundo parto; pero si el primer bebé nació por cesárea, la probabilidad de experimentar un segundo parto disminuye a 74%. En las generaciones nacidas entre 1966-1968, la probabilidad de experimentar un segundo parto es de 88% entre las mujeres cuyo primer parto fue natural, y de 72% entre quienes experimentaron una cesárea con su primer hijo. Estas probabilidades son, respectivamente, de 79% y 63% entre las mujeres más jóvenes (Brugelilles, 2014: 35),

En particular, la práctica de la operación cesárea que ha aumentado sin un impacto notable en la disminución de la muerte materna, lo que sugiere que se ha instrumentado sin una indicación médica clara; es decir, ha habido un mayor número de cesáreas innecesarias, con el consiguiente aumento en los riesgos documentados en la literatura científica (Cárdenas, 2003 citado por Nazar et. al., 2007). Es así que la práctica médica desencadena una progresión o aumento de cesáreas que “pasó de 12.4 por ciento en 1987 (Enfes, 1987) a 26.5 por ciento en 1997 (Enadid, 1997), subió a 33.2 por ciento en 2003 (Ensar, 2013) y a 43.1 por ciento en 2009 (Enadid, 2009)” (Brugelilles, 2014: 35), superando las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud que es de entre 5 y 15 por ciento y las de la Secretaría de Salud de 25 por ciento, donde parece poco posible que todos estos procedimientos se justifiquen (Brugelilles, 2014).

Estos son algunos datos del problema de la medicalización que afecta, la manera en cómo se integra la política de población con el sector salud, lo cual

relación institución-usuario y la relación política-población (Fernández, 1998).

seguirá ocurriendo en tanto que “los objetivos del sistema de salud (no desde los discursos, sino desde las prácticas) siguen proponiéndose la protección de personas y no la protección de derechos” (Feltri et. al, 2006: 308).

2.3. De la teoría de la transición demográfica al malthusianismo de la pobreza, ¿qué sabemos de la transición en la fecundidad indígena?

El objetivo de este apartado no es profundizar en la teoría de la transición demográfica, sino abordar desde esta perspectiva teórica la transición de la fecundidad en la población indígena de México, para ello se revisará brevemente el origen de esta teoría y el caso latinoamericano, para posteriormente incorporar a la discusión el caso mexicano y así poder profundizar en aspectos teóricos relacionados con la población indígena y su comportamiento reproductivo.

2.3.1. La teoría de la transición demográfica.

La teoría de la transición demográfica ha sido ampliamente discutida desde la demografía, entre los pioneros de esta teoría se encuentran los trabajos de Thompson (1929), Landry (1934) y Notestein (1945).

De manera breve se considera que en el pasado la población humana, se mantenía constante numéricamente o se expandía lentamente, en función de la mortalidad y fecundidad de tendencia alta. Sin embargo, durante los siglos XVIII y XIX, las tasas de natalidad comenzaron a descender, primero en Francia, a partir de 1750, y posteriormente en Estados Unidos y en los demás países industrializados (Lopes, 1973). El descenso de las tasas de natalidad francesas, ocurrió un siglo antes con respecto a los demás países europeos, ya que las parejas francesas empezaron a controlar su descendencia al retrasar de manera importante su edad al primer matrimonio y al usar métodos tradicionales de limitación de los nacimientos (retiro, abstinencia periódica). Por lo que la fecundidad disminuye poco

tiempo después de que empiece la reducción de la mortalidad, la cual se debe a una mejor higiene, antes de la revolución médica ocurrida con los descubrimientos de Pasteur (Zavala de Cosío, 2014). “La transición demográfica francesa se distingue por la aparición temprana de la limitación de los nacimientos en los matrimonios como parte de la regulación del crecimiento poblacional” (Zavala de Cosío, 1992a: 18).

En esta teoría se observan etapas lineales, que van de un régimen primitivo o crecimiento potencial, pasan un crecimiento efectivo o régimen intermedio, hasta llegar a punto óptimo denominado crecimiento estacionario o régimen contemporáneo que se alcanza cuando la natalidad y mortalidad son bajas y se encuentran sujetas a control. Debido a esto el tamaño de la familia se limita a partir del número de hijos e impacta en el ritmo de crecimiento poblacional.

Es así que la transición demográfica es un proceso que se fue construyendo a través de las experiencias de los primeros países que lograron su desarrollo socioeconómico en la Europa occidental, entre ellos Francia e Inglaterra principalmente. De acuerdo con los postulados eurooccidentales, se debe entender como transición demográfica: el paso de un estado de equilibrio poblacional con alta fecundidad y mortalidad a otro, con baja fecundidad y mortalidad, todo ello al cabo de un cierto tiempo paralelo a un proceso de desarrollo socioeconómico. (Luna, 2016). En palabras de Paul Demeny (citado por Coale, 1973) en las sociedades tradicionales la fecundidad y la mortalidad son altas mientras que en las sociedades modernas la fecundidad y la mortalidad son bajas. En medio existe una transición demográfica.

En este debate, la transición demográfica se teoriza, en un primer momento, como si fuera universal. Sin embargo, ese esfuerzo globalizador ha sido controvertido, y se ha puesto en duda su aplicación universal, sobre todo con ejemplos africanos (Blake, 1985; Tabutin, 1985; Locoh, 1986 citado por Zavala de Cosío, 1992a) ya que las modalidades de los cambios han variado considerablemente entre los países europeos, que empezaron su transición en el siglo XVIII, y los países actualmente en vías de desarrollo, que la iniciaron hace

apenas 50 o 60 años, donde los adelantos técnicos en materia de lucha contra la muerte y de anticoncepción son muy diferentes hoy en día, lo mismo que las variables económicas, las estructuras sociales y los valores culturales (Zavala de Cosío, 1995).

Como menciona Chesnais (1986 citado por Zavala de Cosío, 1992b: 13) “a pesar de su robustez, la teoría original de la transición sólo proporciona un marco relativamente impreciso y poco explícito sobre el funcionamiento de conjunto y sobre las causas estructurales de las mutaciones demográficas registradas”. Sin embargo, si se entiende que la transición demográfica

“consiste en la proposición analítica de explicar las dinámicas demográficas a la luz de sus interrelaciones con las estructuras de las sociedades. Desde ese punto de vista, la mortalidad, la nupcialidad, la movilidad espacial y la fecundidad forman un sistema de reproducción demográfica, en el cual cada una de las variables poblacionales determina y responde a la vez a parámetros económicos, sociales y culturales” (Cosío Zavala, 1995: 30-31).

Estos contextos, el social, el económico y el cultural; son producto del avance tecnológico y de la modernización, que forman parte de un proceso global de industrialización y urbanización Lopes (1973). Por lo tanto, se llega a la conclusión de que las dinámicas demográficas de cualquier tipo de sociedad se pueden analizar como diferentes modelos de reproducción, cuyas características varían considerablemente según los contextos históricos y espaciales. La transición demográfica es un cambio en la composición del modelo, cuya riqueza es sobre todo, epistemológica (Cosío Zavala, 1993 citado por Zavala de Cosío, 2014), quizá esta sea la aportación más importante: “un marco de análisis de las relaciones entre los cambios en las variables demográficas y los cambios económicos, sociales y culturales. Las interacciones se deben entender como recíprocas, es decir que las variaciones provienen a la vez de la influencia del cambio económico y social sobre la reproducción demográfica, y de la influencia de las variables demográficas en el campo económico y social” (Zavala de Cosío, 1992a: 14-15).

Este aspecto es el más importante a considerar dentro del análisis de los cambios en la fecundidad de la población indígena de México donde el componente cultural es fundamental para entender el comportamiento reproductivo de las mujeres y los hombres, dentro de una relación desigual en las condiciones socioeconómicas y en las relaciones de poder, primero por ser indígenas y segundo, por ser mujeres.

2.3.2. De la transición demográfica al malthusianismo de la pobreza, el caso de América Latina.

El descenso de la mortalidad latinoamericana se inició en la primera mitad del siglo XX y se hizo más pronunciado entre los años 1950 y 2000, la esperanza de vida al nacer pasó de un poco más de 50 años a cerca de 70 años (Chackiel, 2004), la reducción acelerada de la mortalidad provocó una “explosión demográfica” al elevarse significativamente las tasas anuales de crecimiento poblacional (Zavala de Cosío, 2014) además, tuvo un impacto en la natalidad por dos situaciones, primera: porque el rejuvenecimiento de las poblaciones reduce la proporción de mujeres en edades reproductivas y segunda, porque el patrón de fecundidad envejece con la mayor sobrevivencia de las parejas, estos cambios en la estructura poblacional tuvieron efectos negativos en la natalidad ya que entre 1950 y 1960, de no haber variado la fecundidad, las tasas de natalidad se hubieran reducido de 1 a 6 puntos (por mil), principalmente por el rejuvenecimiento de la población, sin embargo las tasas de fecundidad aumentaron en las edades jóvenes, con intervalos intergenésicos más cortos, y en las edades mayores por la mayor sobrevivencia de los cónyuges (Zavala de Cosío, 1992a),

De esta manera, de forma más tardía, pero también intensa, a partir de mediados de la década de 1960 comienza la declinación de la fecundidad, la cual implica que en treinta y cinco años se redujo de un promedio de seis hijos por mujer a menos de la mitad lo que trajo como consecuencia la reducción de la tasa de crecimiento medio anual en la región y comenzó paulatinamente el proceso de

envejecimiento poblacional (Chackiel, 2004). Sin embargo, el descenso de la fecundidad no fue similar para todos los grupos sociales dentro de los países. No sólo se ha dado en forma más pronunciada en las mujeres de más de 30 años sino que se encuentra mucho más avanzada en las áreas urbanas, sobre todo en las grandes ciudades, y particularmente entre las mujeres con mayor educación y de los sectores altos y medios (Chackiel y Schkolnik, 1992). En estos grupos sociales privilegiados, la transición de la fecundidad obedeció *grosso modo* a los mismos determinantes que en Europa, que se pueden calificar de actitudes modernas hacia la reproducción. En cambio, en las áreas rurales, la fecundidad ha permanecido entre 5 y 6 hijos por mujer y se ha asociado con una nupcialidad muy precoz (Chackiel y Schkolnik, 1990 citado por Zavala de Cosío, 1992a).

Continuando con este rejuvenecimiento en el calendario, actualmente, con base en la evidencia empírica la fecundidad adolescente parece aumentar en muchos países de la región, lo que se considera es uno de los patrones emergentes observados en América Latina, sin embargo, este nuevo patrón de fecundidad adolescente, deja en parte su modelo tradicional característico de las áreas rurales para formar parte de las áreas urbanas. Aunado a esta situación, la edad de la iniciación sexual sufre una disminución sistemática, lo que de manera general determina un rejuvenecimiento del calendario matrimonial y reproductivo en la edad en la primera unión y al primer hijo (Di cesare, 2007). Con respecto a los pueblos indígenas de la región, en relación con la estructura por edad y por sexo, si bien se comienzan a apreciar avances en el proceso de transición demográfica, en todos los países las poblaciones de los pueblos indígenas continúan siendo más jóvenes que las no indígenas, lo que implica un potencial de crecimiento más elevado. Además, se va perfilando una disminución del peso relativo de las nuevas generaciones, lo que indica un cambio en las pautas reproductivas, al menos en cuanto a la cantidad de hijos que tienen en promedio las mujeres indígenas en la actualidad, este hecho lo confirman los censos y las encuestas recientes de demografía y salud (CEPAL, 2013).

En conclusión han coexistido, en las sociedades latinoamericanas, dos modelos de transición demográfica: el primer modelo reflejó cambios profundos en los patrones de reproducción, debidos a modificaciones en las estructuras familiares, en la urbanización, en la escolarización, en el mercado del trabajo, en la condición femenina ya que aparecieron nuevas pautas reproductivas, en las que se limitaban los nacimientos, mediante el uso de los métodos modernos de anticoncepción, como la píldora, probablemente el aborto, e incluso los métodos tradicionales cuando existía una fuerte presión religiosa y social. En cambio, el segundo modelo de transición se ha observado en las capas más pobres de la sociedad, en las cuales la modernización se impuso en cierto grado (Zavala de Cosío, 1992a).

“Este tipo de transición es muy diferente del europeo en sus modalidades y en sus determinantes. Se observa en América Latina en las poblaciones rurales y en los sectores urbanos de bajos recursos. En esos sectores sociales poco beneficiados por el desarrollo, se han conservado las pautas tradicionales de reproducción: nupcialidad alta y temprana, intervalos intergenésicos cortos. La fecundidad se ha reducido en la última década porque las mujeres conocen y usan los métodos anticonceptivos cuando estiman que ya tienen familias bastante numerosas, pero los niveles de fecundidad han permanecido relativamente altos (5 ó 6 hijos por mujer). El descenso de la fecundidad no refleja mejorías en las condiciones de vida, sino que, al contrario, la regresión en los niveles de bienestar económico provoca claramente una reducción de la fecundidad, ya que el tener muchos hijos plantea serios problemas económicos a las familias pobres” (Boserup, 1985; de Carvalho y Rodríguez Wong, 1990 citado por Zavala de Cosío, 1992a:30).

De acuerdo con Vázquez (2010) un régimen de fecundidad maltusiano de la fecundidad, es aquel en el que la población hace un esfuerzo voluntario por controlar su fecundidad. Los medios que se utilizan con este fin son muy diversos y cambian con la historia, pasando por la edad al matrimonio, el celibato definitivo, el aborto voluntario, el coito interrumpido e incluso el infanticidio, pero los métodos anticonceptivos modernos son los más usados y los que tienen mayor efectividad

sobre la fecundidad en la actualidad. De acuerdo con Ferrando (2003 citado por Schkolnik y Juan Chackiel, 2004), los estudios realizados sobre los principales determinantes próximos de la fecundidad (nupcialidad, infertilidad posparto, anticoncepción y aborto) muestran que la anticoncepción es la variable que ha influido decisivamente en el descenso de la fecundidad en la región. Esto también parece ser así en el caso de los grupos más rezagados, observándose que en ellos ha aumentado el uso de anticonceptivos, incluidos los modernos, por lo que el aborto ha quedado excluido de los estudios por falta de información, aunque hay indicios de que puede estar desempeñando un papel importante en todos los sectores sociales.

Como se observa en ambos modelos planteados, más en el segundo, el acceso a métodos anticonceptivos modernos desempeña un papel fundamental en la reducción de la fecundidad ya que se considera que la mayor parte de esta restricción de tener hijos se logró mediante el uso de métodos populares de anticoncepción que han sido ampliamente conocidos por siglos (Coale, 1973).

“El uso de anticonceptivos resulta ser el elemento más importante para explicar el descenso en la fecundidad en las últimas décadas en el mundo y, en particular, en los últimos 30 años en la región” (CEPAL, 2004 y Bulatao y Casterline, 2001 citado por Di Cesare, 2007: 37). Zavala de Cosío (1995) también argumenta que la reducción de la fecundidad marital, en América Latina, se debió desde un principio al uso de la anticoncepción, como lo han demostrado varios estudios de las variables intermedias basados en el método de Bongaarts. Sin embargo, es necesario considerar que estos métodos no se utilizan ampliamente hasta que el incentivo para restricción nacimiento se hizo fuerte, presumiblemente en respuesta a las nuevas demandas, los métodos modernos y más eficientes de anticoncepción se desarrollaron y obtuvo una amplia aceptación (Coale, 1973). Desde los inicios de la transición de la fecundidad, en los países desarrollados de Europa, el factor desencadenante del descenso fue la nupcialidad, mientras que en América Latina fue la anticoncepción (Chackiel, 2004).

2.3.3. La transición demográfica en México y en la población indígena.

Al igual que en América Latina, en México, la transición demográfica empieza con una reducción de la mortalidad, en el primer tercio del siglo XX. Es partir de 1930, cuando la reducción de la mortalidad se acelera de manera que, en tres décadas, se registran progresos en los niveles de las esperanzas de vida comparables a los que necesitaron 200 años en Europa (Zavala de Cosío, 2014) no se debe olvidar que si bien la fundación del sistema nacional de salud moderno data de 1943, y este modelo es un modelo segmentado que tiene como objetivo la atención de la clase trabajadora a través de sus cuotas, de manera simultánea se llevaron acciones para la población en general, como las campañas de vacunación.

“La mortalidad mexicana disminuye entonces aceleradamente al reconstruirse el Estado, la seguridad pública y las instituciones sanitarias, después de los trastornos revolucionarios. En los años posteriores a 1940, se llevan a cabo campañas de vacunaciones y de erradicación del paludismo y de la tuberculosis; se construyen redes de agua potable y de alcantarillado, centros de salud, clínicas, dispensarios y hospitales” (Rabell y Mier y Terán, 1986; Zavala de Cosío, 1992b citado por Zavala de Cosío, 2014: 11).

En esa primera etapa, la fecundidad se mantiene elevada y hasta aumenta con las mejoras en la salud materna e infantil. Después de siglos de un ritmo demográfico lento, con mortalidad y natalidad elevadas, se empieza a acelerar el crecimiento poblacional debido a la disminución de la mortalidad, pero no es hasta 1980 cuando la fecundidad empieza a disminuir rápidamente en México, con la adopción de métodos modernos de limitación de los nacimientos por amplios sectores de la sociedad (Zavala de Cosío, 2014), por su cuenta también la fecundidad de la población hablante de lengua indígena en México se encuentra en descenso, desde esa década, pero a partir la segunda mitad de los años 1980. De acuerdo con Vázquez (2006) se deduce que existen dos velocidades en el inicio de la transición de la fecundidad de las poblaciones indígenas dependiendo del tamaño de la localidad de residencia: más lenta que la no indígena en localidades menores de

15,000 habitantes y más rápida que la no indígena a escala nacional (Ham, Salas, 2001 citado por Vázquez, 2006).

De acuerdo con Vázquez (2006) la disminución de la fecundidad en población hablante de lengua indígena (HLI) en México, es un hecho confirmado ya que se sabe que las tasas globales de fecundidad de la población HLI residente en localidades menores de 15,000 habitantes fue de 6.8, 6.0 y 5.3 hijos por mujer en los periodos 1982-1986, 1987-1991 y 1992-1996 respectivamente. Es decir, hubo una reducción de 1.5 hijos promedio por mujer en 15 años. Además de que las mujeres HLI abandonaron la fecundidad natural a partir de la segunda mitad de los años 1980. Por lo que se sabe que la población indígena ya inició un proceso de transición de la fecundidad tanto a nivel nacional como en localidades pequeñas. Sin embargo, aún no se ha avanzado suficientemente en determinar las causas del cambio de su fecundidad y en identificar los factores que pueden estar obstaculizando dicho proceso.

Es aquí donde se retoman tres aspectos fundamentales de la teoría de la transición demográfica, el primero la riqueza epistemológica de esta teoría, la cual permite situar las diferentes formas de cómo los procesos de transición dependen mucho del contexto histórico y cultural (Zavala de Cosío, 1992b:30) lo cual propicia un marco analítico multifactorial para entender esta transición, específicamente el comportamiento de la fecundidad, bajo esta perspectiva teórica en poblaciones indígenas por lo tanto se debe hacer mediante la demografía étnica, entendida como el punto de enlace entre la demografía y la antropología (Váldez, 1986). Dicho comportamiento demográfico “tiene sus raíces en sus tradiciones, su cultura, y en una organización social y económica propia y que por lo mismo, la evolución demográfica de las sociedades indígenas es diferente a la de los otros grupos, que la hace ser especial” (Cabrera, 1986: 30).

Segundo, de acuerdo con lo expuesto en el caso latinoamericano, existe un rejuvenecimiento en el calendario, esta temprana edad a la unión o matrimonial, ha sido documentada desde la antropología en los pueblos indígenas. Por ejemplo,

entre las mujeres purépechas, de Michoacán, y zapotecas, de Oaxaca¹³, “que se unen a través del robo deben ser menores de 15 años, sin experiencia sexual previa y su virginidad es legitimada a través del ritual de sangrado femenino la noche del rapto” (Hernández-Rosete et. al, 2008: 134).

Tercero, se deben considerar los dos modelos de transición que han coexistido en América Latina, donde con respecto al primero, de manera general, varios trabajos ya han señalado que en México las transformaciones socioeconómicas de los últimos decenios no han llevado a cambios significativos en la edad a la que se casan gran parte de las mexicanas. Únicamente las mujeres urbanas y con elevados niveles de escolaridad muestran cambios significativos en la edad de su primera unión (CONAPO, 2000b, citado por Menkes y Suárez, 2003: 6).

En el segundo modelo, la fecundidad empezó a reducirse con la implementación de programas de planificación familiar públicos o privados, sin que esto se deba a mejorías fundamentales en los niveles de vida. El factor principal, en este caso, es la existencia de una oferta abundante de métodos anticonceptivos modernos, al alcance de los sectores más pobres de la sociedad. En general, las mujeres han recurrido principalmente a la esterilización, después del nacimiento de muchos hijos (Zavala de Cosío, 1992b:30). Hay que recordar que a partir de la década de los setenta se instrumentó en el país una agresiva política de planificación familiar, que incrementó significativamente el acceso a los métodos anticonceptivos y también a la exposición de la población a mensajes publicitarios que promovían el control de la descendencia (Tuirán et al., 2002, Juárez et al., 1996; Zavala de Cosío, 1992 citado por Solis et al., 2008). Sin embargo, como se mencionó en el caso de las mujeres purépechas, en su contexto son mujeres que

¹³ En total fueron 91 entrevistas, 41 de ellas en localidades purépechas: Chilchota, Ecuandureo, Tangancícuaro, Tanaquillo y Zopoco; de Michoacán y 50 entrevistas en comunidades zapotecas de los Valles Centrales: San Pablo Huixtepec, Teotitlán del Valle y La Ciénega, en Oaxaca (Hernández-Rosete et. al, 2008).

inician su vida sexual temprana con fines reproductivos, lo que les impide el uso de condón (Hernández-Rosete et. al, 2008).

Las formas de los procesos de transición dependen mucho del contexto histórico y cultural (Zavala de Cosío, 1992b:30). De ahí que incluso a nivel de grupo etnolingüístico se observa una gran diferencia de situaciones en la dinámica demográfica. Esto rompe con la falsa idea de homogeneidad que puede inducir la categoría de población indígena, con base en el criterio de HLI, ya que estos grupos lingüísticos se encuentran en diferentes regímenes demográficos o atravesando por distintas etapas de la transición demográfica y cada una de las situaciones demográficas de estos grupos es producto de una combinación única de los factores que la determinan (Vázquez, 2013b).

Por ejemplo en algunos casos la fecundidad y la mortalidad infantil son elevadas y la migración está casi ausente, en otros casos, por el contrario, se tratará de pueblos migrantes, con baja mortalidad y baja fecundidad. Los grupos etnolingüísticos compuestos por una enorme agregación de grupos étnicos (como los nahuas y los otomíes) a diferencia de los que son casi monocomunitarios (como los tzotziles o los tarahumaras), son a su vez no más que una amalgama y un promedio de distintas situaciones comunitarias. Los mayas y otomíes tuvieron una baja fecundidad en 2009, y bajos niveles de mortalidad infantil en 1990. Además, presentan un lento crecimiento demográfico para el periodo 1970-2010. Esta conjunción de evidencias provenientes de distintas fuentes coinciden en probar que los mayas y los otomíes se encuentran en una etapa de transición demográfica avanzada (Vázquez, 2013b: 251-252).

Debido a esto, Vázquez (2013b) considera que es de discutirse cómo deben de interpretarse los elevados niveles de fecundidad y mortalidad infantil existentes entre la mayor parte de las poblaciones indígenas. El autor menciona dos perspectivas, la primera consiste en explicarlos por un conjunto de prácticas e ideas tradicionales asociadas a la reproducción de la cultura propia de cada grupo étnico. Por lo que hace un llamado a mirar del otro lado y “saber la razón por la que se tiene tantos hijos, que puede ir desde el mandato religioso, la tradición cultural, el prestigio

sexual hasta la motivación económica, aunado a esto se deben considerar que los cambios deseados y buscados por algunos sujetos, son resistidos por otros (Feltri et. al, 2006). “Especialmente aquellos que comprometen el dominio de la reproducción de la sociedad, instituido por el colectivo intergeneracional e interclasista de los varones como lugar del origen y sostén de “la cultura”, y contrapuesto a la naturalización del papel de las mujeres en su calidad de hembras-madres” (Feltri et. al, 2006: 310).

La segunda perspectiva de Vázquez (2013b) tiene que ver con los elevados niveles de fecundidad y mortalidad infantil existentes entre la mayor parte de las poblaciones indígenas, es vista como consecuencia de una relación desigual y desfavorable para los indígenas, la cual puede ser explicada por la marginación, la exclusión, la pobreza, el colonialismo interno en el que viven los pueblos indígenas.

Sin embargo también es necesario considerar que “la sexualidad, reducida a su condición reproductiva, es la figura en la que retorna lo reprimido en la campaña civilizatoria preventiva: contener la reproducción de los pueblos originarios es mejor que matarlos, o “reservarlos”” (Feltri et. al, 2006: 309). En este sentido y como se mencionó anteriormente en México se instituyó una agresiva campaña de reducción de la fecundidad, la cual, aunque en el discurso se hable de salud sexual y reproductiva, dirigida a ciudadanas/os habilitadas/os por derechos garantizados en la Constitución, en la práctica, sin importar el título con el que se presenten, sigue siendo planificación normativa y sistemática por parte del poder, sobre todo en los pueblos indígenas (Feltri et. al, 2006). Prueba de ello se encuentra en el hecho de que “en las estadísticas nacionales de varios países no deja de llamar la atención la prevalencia de la oclusión tubaria como método anticonceptivo por excelencia y como medida preponderante para el control de la fecundidad; este antecedente es señalado por Cervantes (1993a, citado por Fernández, 1998) como el efecto de la atención sobre la actitud y disposición de los prestadores del servicio, quienes, en última instancia, terminan reproduciendo la intencionalidad de los programas regulatorios de la fecundidad, “por lo que usan la cooptación y la persuasión de las usuarias reduciéndolas a la categoría de aceptantes y subordinando así las

necesidades de la mujer a la razón médica, y guiando su práctica por los requerimientos de la política y no por los derechos reproductivos de las mujeres” (Fernández, 1998: 70-71).

Por lo tanto, para Vázquez (2013b), las dos explicaciones pueden aplicarse simultáneamente puesto que no son mutuamente excluyentes; sin embargo, tienen implicaciones muy diferentes.

Por ejemplo, si la elevada fecundidad está culturalmente determinada, entonces sería incorrecto conferirle un valor negativo, como lo sugiere el término de rezago demográfico, y habría que trabajar con cada comunidad respecto a su deseo en conservar o transformar sus niveles de fecundidad. Si la razón es exclusivamente la exclusión, entonces la inclusión y el acceso serían suficientes para generar un cambio en la fecundidad (Vázquez, 2013b, 251).

Es por ello, que de acuerdo las recetas de intervención de los organismos internacionales, o de la cultura dominante, se cree que la pobreza se resuelve disminuyendo el número de hijos de las familias pobres. (Feltri et. al, 2006: 308), también existe la otra perspectiva, ya que para Feltri et. al (2006: 308) “la realidad demuestra el proceso inverso: mejora la calidad de vida de la gente, sus expectativas de estudios, mejores trabajos y automáticamente disminuye el número de hijos”. Zavala de Cosío (1992a:30), también considera que para reducir la fecundidad de manera significativa, se tendrá que llegar, tarde o temprano, a mejorías en las condiciones de vida.

Sin la transformación de las condiciones socioeconómicas y la satisfacción de las necesidades básicas, las mujeres difícilmente podrán decidir y regular su comportamiento reproductivo y que se debe asegurar que los profesionales y los prestadores de servicios de salud promuevan realmente los principios de la salud reproductiva en la atención de las usuarias, aspecto que, además, compromete la real posibilidad que tienen las mujeres de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos (Fernández, 1998: 77).

Lo mismo sucede con la mortalidad que, pese a las técnicas sanitarias modernas, no ha bajado más allá de cierto nivel, sin aumentos indispensables en los niveles de vida.

El evento demográfico de la mortalidad se presenta de manera diferente entre la población indígena que entre la población no indígena, lo cual se refleja de manera importante en las causas de muerte de esta población ya que las causas por las que mueren las y los indígenas son una muestra del desigual nivel de desarrollo y de su desventaja con relación a la población no indígena del país. Gran parte de las muertes de adultos y niños se debe a enfermedades que pueden prevenirse a bajo costo y que se asocian con altos índices de desnutrición (INMUJERES, 2006).

Desde esta perspectiva el punto medular no es la reducción o el aumento de la fecundidad, sino las condiciones económicas, sociales y de acceso a los derechos sociales e individuales en que viven estas poblaciones.

Debe considerarse que “para practicar una anticoncepción eficaz es necesario un posicionamiento subjetivo de las mujeres en la búsqueda de una sexualidad placentera y enriquecedora en sí misma, y no sólo en sus efectos reproductivos. La falta de este posicionamiento subjetivo está en la base de los innumerables “accidentes” (embarazos involuntarios o inoportunos) que en la literatura corriente de la salud reproductiva se atribuyen sólo a la falta de información e inadecuada utilización” (Feltri et. al, 2006: 307), recordando que en los contextos indígenas “la sexualidad está sujeta a las relaciones de poder, y las prácticas que permiten a las mujeres desarrollar agencia sobre su sexualidad y su capacidad de procrear, como la anticoncepción autónoma, conmueven el poder patriarcal. No sólo en sus depositarios explícitos, sino también en el mundo intrapsíquico de las que identifican ser mujer con el sometimiento al destino maternal y la pasividad ante los deseos sexuales masculinos, apuntalando esa lógica de dominación” (Feltri et. al, 2006: 310). Aunada a las condiciones de medicalización de la fecundidad. Esta situación las coloca en una situación desventajosa, primero por ser indígenas,

segundo por ser mujeres y se puede agregar un tercer punto: por ser mujeres dentro de un contexto indígena.

CAPÍTULO III. El cuello de botella del descenso de la fecundidad en las adolescentes hablantes de lengua indígena en México.

Dentro de esta relación que se ha establecido en esta investigación, entre el acceso a los servicios de salud y el descenso de la fecundidad en los contextos indígenas, el acceso al conocimiento y a los métodos anticonceptivos modernos recobra importancia por dos situaciones: primera, porque la falta de acceso y conocimiento a estos métodos atenta contra los derechos reproductivos (Vázquez, 2006) en el entendido de que si se reconoce el ejercicio del derecho a decidir cuántos hijos tener y cuándo tenerlos (Zúñiga et. al, 2002) queda implícito en esta condición el derecho de las mujeres y hombres a tener acceso a métodos de planificación familiar efectivos, accesibles y aceptables, así como otros métodos de su elección para la regulación de la fecundidad (Fernández, 1998). Segunda, porque el uso de anticonceptivos resulta ser el elemento más importante para explicar el descenso en la fecundidad en las últimas décadas en América Latina y en México (Chackiel y Schkolnik 1992; Di Cesare, 2007; Schkolnik y Juan Chackiel, 2004; Zavala de Cosío 1995, 2014,) debido principalmente a la existencia de una oferta abundante de métodos anticonceptivos modernos, al alcance de los sectores más pobres de la sociedad, incluida la población indígena, lo que se ha enmarcado dentro del malthusianismo de la pobreza como elemento explicativo (Fernández, 2003; Vázquez, 2010 y Zavala de Cosío, 1992).

Sin embargo, Vázquez en el año 2006 y con datos de la ENADID de 1997 y de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (ENSAR) 2003, determinó que el cuello de botella de la transición de la fecundidad de la población indígena se encontraba asociado al tamaño de la localidad, por lo que a menor número de habitantes el obstáculo se localizaba en la falta de la difusión del conocimiento y disponibilidad de anticonceptivos. Es decir, a medida que las condiciones socioeconómicas del contexto eran más desfavorables, la falta de acceso a los anticonceptivos era una razón más poderosa para no usarlos para las mujeres unidas, fecundas y expuestas que querían posponer o impedir el próximo embarazo

pero que no eran usuarias, incluso independientemente de que hablaran o no una lengua indígena. Para el autor, en las zonas rurales, donde en 1997 apenas estaba iniciando la transición de la fecundidad de las mujeres hablantes de lengua indígena, el cuello de botella era la falta de conocimientos y acceso a los métodos anticonceptivos, mientras que para la población no indígena y para la población indígena de localidades de mayor tamaño las restricciones culturales, sociales y psicológicas se consideraban más importantes (Vázquez, 2006). Sin embargo es necesario situar dos referentes: primero, que el estudio de Vázquez se ubica en la frontera de la construcción del indígena como sujeto de derecho a la salud¹⁴ y de que se establecieran acciones específicas para otorgar este derecho a la población indígena, las cuales podrían situarse a partir del periodo 2001-2006, cuando se hizo explícita la Política de Atención a la Salud de Poblaciones Indígenas (SSA, 2002 citado por Nazar et. al, 2007). Segundo, el estudio de Vázquez (2006) se sitúa posterior a la implementación de una agresiva política de planificación familiar en el país, que incrementó significativamente el acceso a los métodos anticonceptivos y la exposición a mensajes publicitarios que promovían el control de la descendencia (Tuirán et al., 2002; Juárez et al., 1996; Zavala de Cosío, 1992 citado por Solis et al., 2008), donde la población indígena fue la más vulnerable en la práctica de estas acciones antinatalistas.

Es así que el objetivo principal de este capítulo es conocer si posterior al reconocimiento del indígena como sujeto de derecho a la protección de la salud ¿es la falta de conocimientos y acceso a los métodos anticonceptivos el principal obstáculo del descenso de la fecundidad en las adolescentes indígenas en México?. Para cumplir el objetivo es necesario considerar que la única fuente de información disponible que contiene los datos necesarios para aplicar el modelo matemático Ready, Willing, and Able (RWA) es la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (Vázquez, 2006), para este caso la del año 2014, por lo que primero es necesario considerar algunos aspectos de la encuesta relacionados con la

¹⁴ Ver apartado apartado 2.2.

completitud y calidad de la información. Si bien el trabajo de Vázquez (2006) contempla a las mujeres en edad de procrear por condición étnica, su acercamiento al contexto indígena está dado por la lengua y por el tamaño de localidad de residencia, en este trabajo la categoría de análisis está conformada por las adolescentes de 15-19 años en el país y su condición étnica: hablantes de lengua indígena (HLI) y no hablantes de lengua indígena (no HLI).

Para tener una referencia de las condiciones sociales en que vive la población indígena se pretende diferenciar a estas poblaciones, principalmente con una característica: la escolaridad. Esta variable tiene una amplia discusión en la literatura sobre fecundidad y embarazo adolescente en México, desde finales de los ochenta, ya que se plantea que la maternidad temprana tiene repercusiones en el corto plazo, al reducir la asistencia escolar y la oferta de trabajo calificado de las jóvenes, mientras en el largo plazo disminuye el ingreso en sus hogares (Arceo y Campos, 2014 citado por Mier y Terán y Llañes, 2017). En efecto, se vislumbra la escolaridad como una forma de desarrollo económico y social que permite el acceso a mayores recursos, con los cuales, se considera que es posible alcanzar un mayor bienestar tanto en lo individual como en lo colectivo (Echarrí, 2008). Simultáneamente, la escolaridad y su impacto en el ámbito laboral forman parte del ideal de expectativas que se mencionan de manera recurrente en la literatura demográfica del embarazo en adolescentes¹⁵.

Al final se presenta el modelo RWA, a pesar de sus limitantes para este caso, deja ver las siguientes situaciones. Primera, es necesario incorporar en la discusión el tema de la maternidad, no como una situación propia de los contextos indígenas, sino como una realidad nacional asociada a las pocas opciones de desarrollo personal de las mujeres. Segunda, se propone retomar la discusión del malthusianismo de la pobreza ya que se tiene un porcentaje elevado de adolescentes usuarias de métodos anticonceptivos. Esto conlleva a centrar la atención en la

¹⁵ Ver el apartado 1.2 correspondiente al estado del arte del embarazo adolescente en México.

inserción del proceso de medicalización de la fecundidad y en los derechos reproductivos de las adolescentes, en especial la dimensión de uso de servicios y el acceso a la información en la población indígena.

3.1. Aspectos a considerar de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014.

La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014 se ha considerado una de las fuentes de datos más apropiada para estimar diversos indicadores relacionados con la fecundidad y la salud sexual y reproductiva de las mujeres (CONAPO, 2016). Su objetivo consiste en actualizar la información estadística relacionada con el nivel y comportamiento de los componentes de la dinámica demográfica: fecundidad, mortalidad y migración y permite profundizar en las variables explicativas de la fecundidad (ENADID, 2014b).

Sin embargo, de acuerdo con CONAPO (2016), existen aspectos operativos importantes que deben tomarse en cuenta al efectuar estimaciones con la ENADID 2014, ya que éstos pueden afectar las inferencias que se realicen a partir de la encuesta. Es por ello que este apartado inicia con un análisis, tal como lo hizo CONAPO (2016) sobre los indicadores que dan cuenta de la precisión de los datos obtenidos en la encuesta: a) nivel de no respuesta, b) porcentaje de entrevistas incompletas y c) porcentaje de entrevistas completas. El primer indicador es entendido como el porcentaje de viviendas en las que no se logró la entrevista debido al marco de muestreo o al informante, por lo que permite registrar si el número de unidades de observación seleccionadas, de las que se obtuvo información, es suficiente para elaborar estimaciones de calidad. El segundo, es el porcentaje de entrevistas incompletas que en complemento con el porcentaje de entrevistas completas conforman los tres indicadores, que en conjunto representan una revisión más objetiva de la completitud y calidad de la información a nivel nacional y por entidad federativa.

Si bien el diseño estadístico de la encuesta contempla en la estimación de la muestra una no respuesta de hasta 15 por ciento, el nivel de este indicador debe

tenerse en cuenta, dado que podría implicar una menor calidad en sus estimaciones, específicamente cuando los niveles altos de no respuesta se conjugan con el porcentaje de entrevistas incompletas (Kish, 1987, citado por CONAPO, 2016). Por lo tanto, existen entidades en las que la precisión de las estimaciones podría verse comprometida como: Baja California Sur, Chihuahua, Tamaulipas y Quintana Roo, ya que tienen porcentajes de entrevistas completas inferiores al 85 por ciento estimado en el diseño operativo. Lo anterior señala la necesidad de considerar las posibles desviaciones o sesgos para las estimaciones en estas entidades federativas¹⁶ (CONAPO (2016)). Es decir, 28 entidades se encuentran dentro del parámetro contemplado, superior al 85 por ciento, y de ellas cuatro se consideran sobresalientes, con porcentajes superiores al 90 por ciento: Chiapas, Ciudad de México, Tabasco y Zacatecas. Si se consideran los tres indicadores mencionados anteriormente y de acuerdo con el informe operativo de la ENADID (2014c), a nivel nacional el 87.9 por ciento de las viviendas registraron entrevista completa, el 2.9 por ciento finalizó el operativo con entrevista incompleta y el 9.2 por ciento tuvo no respuesta, atribuido en mayor medida al marco de muestreo¹⁷.

Esto significa que las estimaciones a nivel nacional no tienen ningún inconveniente en este rubro, por lo que el análisis en este capítulo se realizará en este nivel. Sin embargo, también se debe considerar que se puede presentar falta de precisión en algunas de las estimaciones al desagregar la población por ciertas características sociales donde ésta es más escasa (CONAPO (2016)), como las mujeres hablantes de lengua indígena y las mujeres rurales, por ejemplo, y específicamente a niveles de desagregación por entidad federativa. Bajo este

¹⁶ CONAPO (2016) considera como parámetro aceptable arriba de 83.2 por ciento. Sin embargo, en este estudio se considera el 85 por ciento debido a que el diseño de la encuesta estima una no respuesta de hasta 15 por ciento.

¹⁷ “Esto significa que la vivienda seleccionada estaba desocupada o no existía; mientras que solo una pequeña parte se debió al informante, es decir, la entrevista fue aplazada, el informante no era el adecuado, los residentes de la vivienda no se encontraban o bien se negaron a dar la entrevista” (CONAPO, 2016: 21).

entendido, entre mayor sea el desglose que se hace de una variable o sea poco frecuente la característica de interés del indicador, las observaciones muestrales que caen dentro de cada categoría se hacen más escasas, y crece por tanto, la dificultad para obtener estimaciones precisas. En este caso, en el que se hace el desglose por sexo, tener entre 15 y 19 años, y ser hablante de lengua indígena, para posteriormente considerar únicamente a las mujeres adolescentes expuestas al riesgo de embarazo hace evidente la necesidad de considerar la estimación de los intervalos de confianza debido al nivel de desagregación de la información.

Entre las limitantes del uso de esta encuesta se encuentra que el módulo que se aplica a la mujer considera las edades de 15 a 54 años y omite a las niñas de 14 años o menos. Si bien, el rango de edad utilizado, desde la demografía, para el estudio de la fecundidad adolescente es de 15 a 19 años, también hay trabajos que consideran de los 12 a los 19 años (Valdiviezo, 2012; Menkes y Suárez, 2013). Es importante tener en cuenta a la población menor de 15 años ya que la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes ENAPEA (2015) tiene como objetivos reducir en 50 por ciento la tasa de fecundidad de las adolescentes (15-19 años) para el año 2030 y erradicar embarazos en niñas de 14 años o menos. Por lo anterior se hace necesario conocer las condiciones y el contexto para tener un “panorama más completo y pertinente para la promoción de iniciativas más adecuadas en materia de prevención” (Mier y Terán y Llañes, 2017: 40). Además, no se cuenta con información reproductiva de los hombres. Otra limitante es que, debido a la representatividad de la encuesta, ésta no permite tener un acercamiento a nivel municipal para estudiar las regiones indígenas, por lo que una alternativa es considerar el tamaño de localidad.

3.2 Características escolares de las adolescentes por condición étnica.

En 2015, en México, hay 119 millones 530 mil 753 habitantes, de los cuales 51.4 por ciento son mujeres y 48.6 por ciento hombres. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2015c) estima que 6.5 por ciento de la población de 3 años y más de edad habla alguna lengua indígena, es decir 7.4 millones de personas; de ellas, poco más de 909 mil no hablan español y solo se comunican en

su lengua. La lengua más hablada es el náhuatl (23.4 por ciento), le siguen el maya y el tzeltal con el 11.6 y 7.5 por ciento, respectivamente. Con base en la Encuesta Intercensal 2015 (EI 2015), si se considera sólo a las personas de 5 años y más, el 6.6 por ciento es hablante de lengua indígena, mientras que las y los adolescentes, es decir la población que se encuentra entre los 15 y los 19 años de edad, representan el 9 por ciento de la población total, o bien, 10 millones 772 mil 297 personas, de las cuales 50.2 por ciento son hombres y 49.8 por ciento mujeres. De las mujeres adolescentes, se tiene que el 6 por ciento de ellas, es hablante de lengua indígena (HLI), aproximadamente 323 mil 390 jóvenes. En la ENADID (2014), se presentan proporciones similares ya que del total de la población 48.8 por ciento son hombres y 51.2 por ciento mujeres, el 5.7 por ciento (5.2-6.2 IC 95%) de la población de 5 años y más es HLI, mientras que entre las adolescentes la proporción es inferior respecto a la EI 2015, ya que 4.7 por ciento es HLI (4.1-5.5 IC 95%).

Cuadro 3.1. Proporción de mujeres de 15-19 años hablantes de lengua indígena (HLI) y autoadscritas en México, 2014.

HLI	Autoadscrita		Total
	Sí	No	
Sí	94.1	5.9	100
No	25.6	74.4	100
Total	28.8	71.2	100

N= 5334837

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014.

Con respecto a la relación entre la lengua y la adscripción, es de esperar que exista un gran número de pertenecientes no HLI, dado que el conocido proceso de pérdida de la lengua indígena no se traduce en todos los casos en pérdida de la identidad indígena (Vázquez y Quezada, 2015). En el cuadro 3.1 se observa que el 26 por ciento de las no hablantes de 15-19 años se considera indígena. En este

sentido, “es congruente que la población HLI sea perteneciente en proporciones cercanas a 100 por ciento” (Vázquez y Quezada, 2015). Es así que del total de hablantes de lengua indígena de 15-19 años, el 94 por ciento también se adscribe como indígena, sólo 6 de cada 100 hablantes no se considera dentro de esta categoría (ver cuadro 3.1.)

Si bien, “hasta hace un poco más de veinte años era común asociar lo rural con lo campesino e incluso con lo indígena y viceversa” (Cortés y Hernández, 2016: 158), a pesar de no ser sinónimos, se tiene que lo rural aún se asocia con lo indígena¹⁸. Además, la proporción de mujeres adolescentes HLI, que vive en localidades rurales menores a 2500 habitantes, es mayor que las que lo hacen en localidades urbanas. Más de la mitad, 6 de cada 10 HLI, radican en estas localidades consideradas rurales, a través del criterio del tamaño de la población del INEGI (cuadro 3.2).

Cuadro 3.2. Proporción de mujeres de 15-19 años por condición étnica y localidad de residencia en México, 2014.

Categoría	Tamaño de localidad		Total
	Rural	Urbana	
HLI	62	38	100
No HLI	22	78	100

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014.

Es necesario precisar, sin profundizar en esta diferenciación urbano- rural, que “la relación histórica que se ha construido entre la ciudad y el campo ha sido de desequilibrio en cierta parte para los territorios rurales y de ventajas para el urbano” (Olivares, 2016: 95).

¹⁸ De acuerdo a las pruebas de chi cuadrado se tiene evidencia suficiente con un valor de alfa de 0.05.

Desde esta perspectiva se tiene que, en el caso de las zonas rurales indígenas, donde vive el 62 por ciento de las adolescentes HLI (cuadro 3.2.), “se concentra la mayor carencia de personal médico por habitante, la mayor carencia de hospitales de primer, segundo y tercer nivel, la mayor carencia de recursos nutricionales, la mayor carencia de servicios educativos, de comunicaciones” (Bonfil, 2003: 16). Por lo tanto, se percibe esta mirada en los estudios demográficos que han incorporado la variable tamaño de localidad para contextualizar esas desventajas en los contextos rurales. Tal es que, en los ochenta y aún en el año 2000, en los trabajos de Welti (1989, 2000), el embarazo en adolescentes ocurría más a menudo en las mujeres que vivían en localidades rurales, menores a 2500 habitantes. Sin embargo, a través de los años esta relación perdió peso, principalmente cuando se incluyó en los modelos de regresión logística, como en los de Menkes y Suárez (2003 y 2013). Esto se explica primero porque la relación dicotómica del tamaño de localidad, incluida en estos modelos, consideró tamaños de población mayores a los utilizados por Welti. Es decir, la categoría aumentó significativamente diferenciando las localidades menores de las mayores de 20 mil habitantes. Segundo, como lo menciona Olivares (2016), porque se ha ido modificando gradualmente la dicotomía rural/urbano.

Dentro de estas transformaciones, con base en CONEVAL (2014), no se considera que el acceso, en cuanto a disponibilidad y accesibilidad, haya mejorado súbitamente. Además, con base en la planeación de unidades médicas, el tipo de establecimiento considerado para comunidades rurales dispersas, es decir de entre 500 y 1000 habitantes, es la casa de salud, la cual es sede de brigadas móviles que visitan la comunidad para censo, vigilancia y apoyo a programas nacionales de salud, esto debido a que los Centros de Salud son considerados para comunidades de 2500 a 3000 habitantes (Secretaría de Salud, 2006).

En consecuencia, el hecho de no contar con atención clínica básica, ni servicios básicos de salud y su promoción, limita el acceso, en las dimensiones de disponibilidad y accesibilidad en las localidades rurales, menores de 2500 habitantes; pero no limita el acceso a métodos anticonceptivos. La hipótesis de

Freyermuth (1999) pone en evidencia que el sistema de salud pública, como en el caso de los Altos de Chiapas, está orientado al control de la fecundidad, ya que existe una preocupación por proveer una amplia oferta de métodos anticonceptivos a disposición de las personas, aunque en esta región no se cuente con los elementos de un botiquín médico básico (ver comentarios a Bonfil, 2003). Además hay otros elementos que influyen en el acceso a estos métodos, como la incorporación al uso de servicios de salud a través del Seguro Popular, el componente de salud en la familias pobres incorporadas al programa PROSPERA, la institucionalización del parto y el número de aceptantes de métodos anticonceptivos post-evento obstétrico, estos dos últimos se analizarán en el siguiente capítulo.

Si se retoman estas condiciones de salud, en la dimensión de uso de servicios, y los cambios suscitados en los espacios rurales de todo el mundo, que menciona Olivares (2016), incluso en los espacios indígenas de México, se tiene que estas modificaciones que también trastocan la vida de las jóvenes rurales HLI, han generado transformaciones en todos los sentidos, como en la reorganización espacial de la vida comunitaria, en las producciones agrarias, en las nuevas formas de producción; de mercados y productos, y por lo tanto en la ocupación laboral de las mujeres indígenas.

En general, las mujeres mazahuas se encuentran inmersas en un proceso de transformación de sus vidas cotidianas debido a varios fenómenos que afectan el campo mexicano y que están estrechamente relacionadas con el modelo económico neoliberal que conlleva el retiro paulatino del Estado en la política de desarrollo agropecuario y rural (Pineda et. al, 2006: 288).

Quizá a estas condiciones sólo debe agregarse el acceso a la tecnología y a las redes sociales en el caso de las jóvenes. Es así que en estos nuevos matices¹⁹ figura, la transformación del papel de las mujeres, la incorporación a los espacios

¹⁹ Martha Olivares, comenta que también tienen en común el hecho de que las demandas y necesidades se han ampliado en estos contextos, donde la gente solo vive parcialmente de la tierra, y con ello se tiene la aparición de nuevas necesidades, la multiplicidad de ocupaciones (comentarios realizados en la presentación del libro *Sujetos rurales*, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, octubre 2017).

laborales de las mujeres indígenas, a pesar de las estructuras masculinizadas de la burocracia²⁰. Esto también implica su inserción en el cumplimiento de obligaciones y cargos comunitarios, aún dentro de la desigualdad de género en sus contextos²¹. Esta apertura hace revisar el papel de la escolaridad, ya que se considera uno de los principales mecanismos de movilidad social y laboral (INEGI, 2015e).

En este sentido, a pesar de que la educación, desde los contextos indígenas es vista como el espacio de aprendizaje y de la transmisión del conocimiento, donde participan las personas de la comunidad y el entorno²²; en este apartado sólo se analiza la educación formal, medida con los grados aprobados. Si se considera que es un derecho social amparado por la Constitución, también da cuenta de las siguientes condiciones de divergencia: los habitantes de 15 años y más tienen 9.1 grados de escolaridad en promedio, lo que significa un poco más de la secundaria concluida, con respecto al año 2010 cuyo promedio era de 8.6, lo que equivalía a un poco más del segundo año de secundaria.

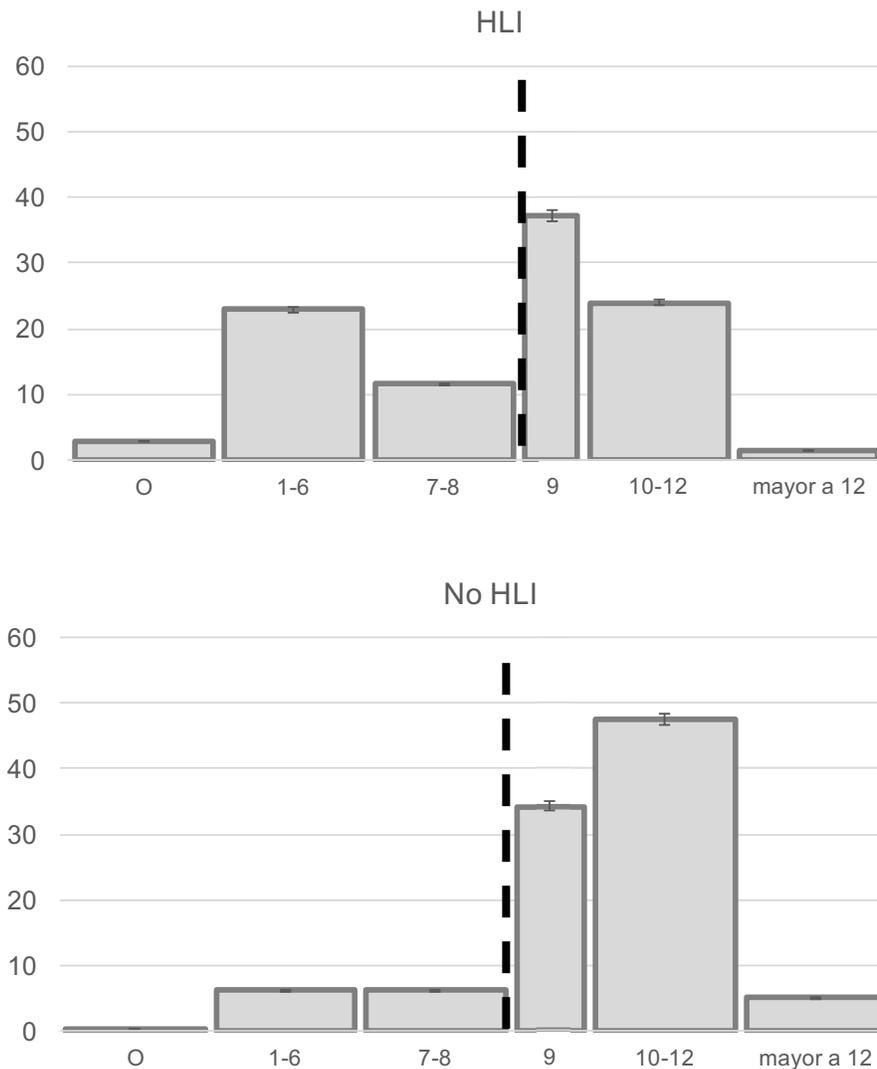
En 2015, el grado promedio de escolaridad de los hombres es un poco más alto que el de las mujeres, 9.3 contra 9.0 (INEGI, 2015b). De acuerdo con los microdatos de la EI 2015, el promedio de escolaridad en la población hablante de lengua indígena es de 5.7 años, es decir poco menos de la primaria concluida. En el caso de las mujeres, la escolaridad es menor, ya que se estima en 5.1 años o cinco años aprobados en la primaria. Con base en la ENADID 2014, para la población de 15 a 54 años, la escolaridad de las mujeres se ubica en 9.9 años, 6.2 para hablantes de lengua indígena y 11 años para no hablantes.

²⁰ Ver Pineda et. al (2006).

²¹ Ver Cortés (2011).

²² El caso del proyecto autónomo Mixe de la Universidad de Santa María Tlahuitoltepec, Oaxaca, que ha apostado por este tipo de educación bajo la metodología de Jäwen-jotmäy, que implica necesariamente la preocupación por su comunidad, sin contar necesariamente con el reconocimiento del Estado (comentarios de María Martínez, en sesión: experiencia de la Universidad de Sta. María Tlahuitoltepec, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, septiembre 2017).

Gráfica 3.1. Distribución porcentual de los grados escolares aprobados en mujeres de 15-19 años, por condición étnica en México 2014.



Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014.

Desde su categorización, la escolaridad se vislumbra como una forma de desarrollo económico y social que permite el acceso a mayores recursos, con los cuales se considera que es posible alcanzar un mayor bienestar tanto en lo individual como en lo colectivo (Echarrí, 2008). Por lo tanto, aunque se plantea que

la maternidad temprana tiene repercusiones en el corto plazo, al reducir la asistencia escolar y la oferta de trabajo calificado de las jóvenes (Arceo y Campos, 2014 citado por Mier y Terán y Llañes, 2017); las encuestas retrospectivas, han demostrado que las adolescentes no abandonan la escuela por embarazarse (Zavala y Páez, 2013; Pérez, 2010). Con base en la Encuesta Demográfica Retrospectiva Nacional (Eder 2011), Zavala y Páez (2013) determinaron que en México el incremento en la edad a la salida de la escuela entre las generaciones no tiene influencia en la edad de entrada a la maternidad. Para Pérez (2010) la conjunción de las diferencias de género con las socioeconómicas lleva a las mujeres a salir prematuramente del sistema educativo.

Bajo este entendido, si bien las mujeres presentan una menor escolaridad con respecto a los hombres, la diferencia por condición étnica entre las adolescentes se puede observar en la gráfica 3.1, donde el 26 por ciento de las jóvenes indígenas sólo tiene un nivel escolar de primaria o inferior (3 por ciento no aprobó algún grado escolar, y el 23 por ciento tienen estudios máximos de primaria). Mientras que entre las no HLI esta cifra corresponde al 6.4 por ciento, conformada por el 0.4 por ciento de las jóvenes que no tienen algún grado escolar aprobado y el 6 por ciento que sólo cursó estudios de primaria.

Desde la demografía se ha delimitado una frontera dicotómica que se asocia con el hecho de tener un embarazo en la adolescencia, por lo que en sus inicios, como en el trabajo de Welti (1989) se establecía la diferencia entre las mujeres que acudieron a la escuela y las que no lo hicieron, para después situarse para diferenciar a las que cursaron estudios inferiores a la secundaria, de las que terminaron este nivel educativo o cursaron algo más, como en Menkes y Suárez (2003) y Valdiviezo (2012). Si se observa esta frontera, como la línea punteada de la gráfica 3.1, sólo el 63 por ciento de las jóvenes hablantes de lengua indígena la cruzó, mientras que en las no hablantes lo hizo el 87 por ciento. Es claro que las adolescentes hablantes de lengua indígena tienen una menor escolaridad, ya que en promedio tienen apenas la primaria concluida, mientras que las no hablantes tienen 2 años de preparatoria.

Los datos también dan cuenta de un cambio generacional, ya que se observa en el cuadro 3.3. que las generaciones más jóvenes tienen un mayor acceso a este derecho. Las mujeres nacidas entre 1965-1979 tenían aprobado hasta el quinto de primaria, la generación 1980-1989 el primer año de secundaria, para pasar a segundo año en la cohorte más joven. En el caso de las no indígenas, la generación 1965-1979 tenían poco más de la secundaria concluida, para llegar a segundo de preparatoria en la generación 1980 y 1989 y descender nuevamente a poco más de la secundaria concluida (cuadro 3.3).

Cuadro 3.3. Grados escolares aprobados por cohorte de nacimiento y condición étnica en México, 2014.

Categoría étnica	Cohorte de nacimiento		
	1995-1999	1980-1989	1965-1979
HLI	8.3	7.0	5.0
No HLI	9.8	10.8	9.6

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014.

Como se observa en el cuadro 3.3, se tiene una reducción en la brecha escolar, que pasó a ser de 4.6 años en la cohorte 1965-1979, es decir casi el doble, a cuatro años en la intermedia, para situarse en dos años en la más joven. Esta situación contribuyó a visibilizar a la juventud de los contextos indígenas, tal como lo explica García de Alba (2004 citado por Cortés y Hernández, 2016) al señalar que, en México, al igual que en otros países, la juventud no se explica sin el estudiantado. Es decir, que es a través de la educación formal como la juventud se ubica históricamente. Por ejemplo, el caso de las jóvenes hñahñu:

Las mujeres jóvenes solteras (menores de 30 años de edad) han tenido mayores posibilidades de acceder a la educación posbásica; generalmente terminan la secundaria, algunas estudian el bachillerato o una carrera técnica y otras llegan hasta la universidad. Maestros de la región comentan que dada la numerosa migración de los jóvenes varones (antes de concluir o inmediatamente después de las clausuras de ciclo escolar de la secundaria), ahora hay más mujeres estudiando en secundarias, telesecundarias y bachilleres. Incluso, identifican un cambio en la percepción de los padres, ya que en algunos casos observan que brindan mayor apoyo a los hijos e hijas que

se quedan a estudiar. Sin embargo, la aprobación y apoyo para que los jóvenes varones migren es una constante (Cortes, 2011: 87).

A su vez, esta mayor escolaridad se relaciona con la asistencia a la escuela y por lo tanto prolonga esta etapa en sus vidas. Es así que sólo el 38 por ciento de las hablantes de lengua indígena (33.6 por ciento- 42.3 por ciento IC 95%) asistían a la escuela al momento de la encuesta, mientras que las no HLI, acudían en mayor proporción, 63 por ciento (62. por ciento- 64.5 por ciento IC 95%)²³.

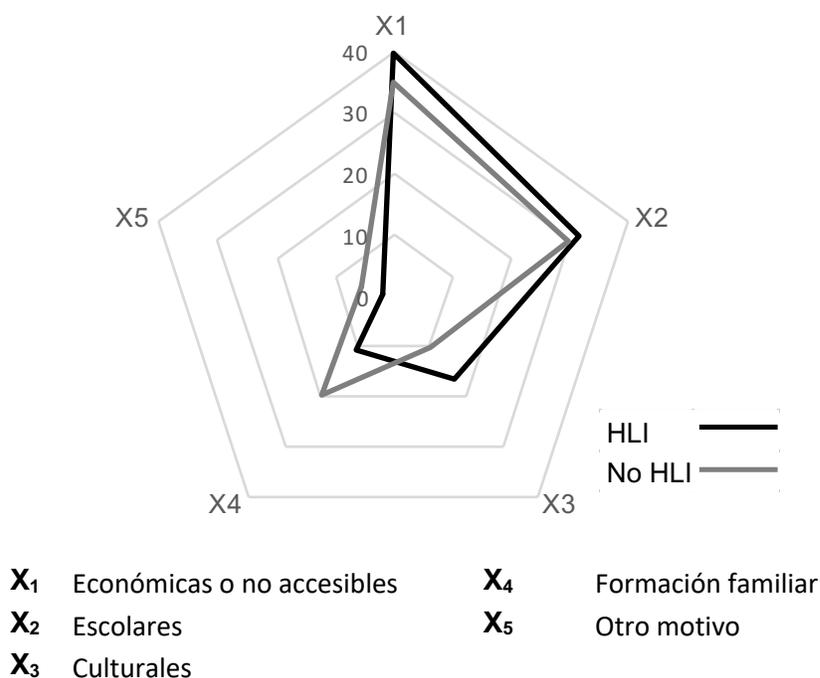
Si se consideran las causas de abandono escolar, en ambos grupos la principal causa es económica (X_1), en dos dimensiones: por falta de dinero (dimensión familiar) o porque no había escuela cerca (dimensión local), con porcentajes de 40 por ciento para las indígenas y 35 por ciento para las que no lo son. La segunda causa también es muy similar entre ambos grupos ya que 32 por ciento de las HLI y 30 por ciento de las no HLI abandonaron la escuela por reprobar materias, tener problemas personales con algún maestro, o porque no quisieron o no les gustó estudiar (X_2). Cerca del 70 por ciento de las mujeres, de entre 15 y 19 años, abandonaron la escuela por razones económicas o escolares. En la tercera causa se encuentran diferencias, aunque pequeñas en proporción, ya que para las jóvenes que no hablan una lengua indígena, la formación familiar (X_3) es la tercera causa de abandono (20 por ciento), es decir: casarse o unirse, embarazarse o tener un hijo; mientras que en las HLI esta causa representa el 11 por ciento.

En contraste, las adolescentes indígenas tienen mayor deserción por motivos culturales (17 por ciento y 10 por ciento para no HLI), como haber logrado su meta educativa (X_4). Si se parte del entendido que su escolaridad apenas supera la primaria, puede suponerse que en algunos casos la meta educativa no se relaciona con la obtención del certificado o acumular grados escolares cursados, tal vez se refiere al hecho de aprender a leer y escribir, o acudir para aprender a hablar

²³ Para saber si existen diferencias entre estos dos grupos se realizaron pruebas de chi cuadrado de homogeneidad, donde con un valor de alfa de 0.05 se puede concluir que existen diferencias en la asistencia escolar entre la población hablante de lengua indígena y no hablante

español. Aunque también se tiene evidencia de lo contrario ya que, como lo menciona Pérez (2010), en las generaciones más recientes se observa la importancia de la credencialización escolar, lo que hace que las personas tienden a dejar la escuela, una vez que obtienen un documento que los respalde, aunque no corresponda a niveles escolares avanzados, lo que implicaría la obtención del certificado de primaria en HLI y secundaria para las no hablantes de la cohorte de nacimiento más joven (1995-1999). Esta categoría cultural también incluye la situación de que sus padres no las dejen estudiar o que tengan que dedicarse a los quehaceres del hogar o que nunca hayan asistido a la escuela (X_4), lo que lleva a reflexionar el caso del grupo denominado *las pioneras*.

Gráfica 3.2. Distribución porcentual de las causas de abandono escolar en mujeres de 15 a 19 años, por condición étnica, en México, 2014.



Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014.

En los sesenta el grupo selectivo denominado *las pioneras*, inicio el proceso de transformación de los patrones reproductivos en el país. Sus características las situaban como un sector privilegiado: haber nacido después de 1941, haberse

casado después de los 20 años en unión legal, además de vivir en un área metropolitana y contar con una escolaridad de primaria completa y con un cónyuge profesional o similar. En este caso, la generación de los padres de *las pioneras* no sólo partió de una cierta racionalidad que los llevó a invertir en la educación más prolongada de sus hijas, sino que también toleraron comportamientos que hasta ese momento la sociedad no aceptaba fácilmente, por lo que ellas trascendieron el ámbito doméstico. Como consecuencia la mujer pionera postergó el matrimonio y una vez casada dejó de trabajar (Quilodrán y Juárez, 2009).

Dentro de esta analogía, la generación de mujeres, de 15 a 19 años, vive en un contexto más hostil que el del desarrollo estabilizador que presenciaron *las pioneras*. Dicha situación se ve reflejada en las causas de deserción escolar, donde las cuestiones económicas y escolares son el principal motivo de abandono, independientemente de la condición étnica. Sin embargo, es necesario considerar la distribución de la riqueza al interior de las familias, por ejemplo, Mendoza et. al 2016 ha dado cuenta de las discrepancias en la distribución desigual del fondo alimentario, donde una situación referida por las abuelas es que su padre y hermanos varones eran los primeros en consumir los alimentos, luego las niñas y al final la madre, aunque también precisan que la distribución desigual de los alimentos entre las niñas y los niños es una práctica en extinción porque los esfuerzos de la familia en el cuidado y la alimentación está concentrado en los menores de edad, por lo que muestra una relación más equitativa entre niños y niñas lo que valdría la pena indagar la distribución de la riqueza destinada a la educación y el papel que asumen las mujeres en la asignación del recurso.

Es así que la unión o el embarazo no es el principal motivo para dejar la escuela, como lo argumentan Zavala y Páez (2013) y Cortes (2012) aunque esta causa contribuye a que el 11 por ciento, de las no HLI deserten por unirse y el 9 por ciento por embarazarse o tener un hijo. En las HLI sólo el 3 por ciento corresponden al embarazo o tener un hijo y el 7 por ciento a la unión.

Actualmente, las adolescentes indígenas han superado el nivel de primaria para posicionarse en segundo año de secundaria, por lo que la brecha escolar por

condición étnica, HLI versus no HLI, se ha ido reduciendo a poco menos de 2 años escolares aprobados, aunque aún no es suficiente para alcanzar la educación básica obligatoria. De acuerdo con Pérez (2010), las mujeres tienden a abandonar sus estudios antes que los varones, pesar de que a lo largo del tiempo se ha incrementado, tanto la edad de salida de la escuela como el nivel educativo en general.

También es necesario destacar, con base en X_3 , algunos factores culturales impiden que se invierta en una mayor escolaridad, dado que aún no se tienen la suficiente racionalidad. En consecuencia, al 4 por ciento de las adolescentes HLI sus padres o la familia no las dejaron seguir estudiando y el 3.5 por ciento nunca ha ido a la escuela. Quizá porque no se tiene la certeza de que ello contribuya a un ascenso en la escala social a través de un empleo, ya que las principales actividades remuneradas de las mujeres indígenas es el trabajo doméstico y la venta de productos (Valdiviezo, 2012 y Aparicio-Jiménez, et. al, 2014).

Es por esto último que la ocurrencia de un embarazo en esta etapa de la vida en los estratos económicos bajos no se visualiza como un problema, a diferencia de aquellos en donde el estrato económico es mayor. En estos sectores pobres de la sociedad y en los indígenas se tiene la hipótesis de que un embarazo en esta etapa de la vida contribuye a este ascenso en la escala social, mediante el reconocimiento a través de la maternidad, o en algunos contextos indígenas por la unión y la maternidad casi inmediata.

Simultáneamente, si se observa el caso de las pioneras y el de las jóvenes indígenas en México, las primeras dejan ver otro factor importante a considerar para la reducción de la fecundidad, por lo que, retoma importancia el acceso a métodos anticonceptivos. Las mujeres de este grupo selectivo de los sesenta, en cuanto acudían al médico, éste les recomendaba el uso del método aceptado y promovido por la iglesia: el ritmo. Sin embargo, pronto se conocieron los métodos anticonceptivos, y aunque al principio el acceso fue limitado, su efectividad explica, en parte, la rapidez con que fueron aceptados. A lo que se suma la posterior

aceptación de la iglesia, no en lo público sino en lo privado (Quilodrán y Juárez, 2009).

3.3. El cuello de botella del descenso de la fecundidad adolescente indígena

El objetivo de este apartado consiste en detectar el principal cuello de botella de la transición de la fecundidad de la población adolescente, por condición étnica, para asociar el tipo de obstáculo a la velocidad del descenso de la fecundidad. Para ello se utiliza el método RWA, el cual es un modelo matemático simple formulado por Lesthaeghe Y Vanderhoeft (2001) que describe la adaptación a nuevas formas de comportamiento, mediante tres condiciones previas: estar listo para limitar (Readiness), la legitimidad social (Willingness) y el acceso (Ability). Para llevar a cabo este análisis se utiliza la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014 (ENADID) ya que ésta se ha considerado una de las fuentes de datos más apropiada para estimar diversos indicadores relacionados con la fecundidad y la salud sexual y reproductiva de las mujeres (CONAPO, 2016); además la encuesta permite analizar a la población nacional por condición étnica: hablante de lengua indígena y no hablante.

Las condiciones previas de RWA se introdujeron en 1973 por Coale en un artículo que intentaba resumir las Conclusiones del Proyecto Europeo de Transición de Fecundidad de Princeton (EFT) (Lesthaeghe y Vanderhoeft, 2001). El autor estableció que la transición de la fecundidad europea estaba determinada por la realización simultánea de tres condiciones: Readiness, Willingness y Ability (R,W,A). La primera condición hace referencia al hecho de que las nuevas formas de comportamiento deben ser convenientes para el actor, su utilidad debe ser evidente por lo que la demanda de hijos depende de la utilidad, económica, social y psicológica, de la progenitura para los padres y el costo de los hijos. Es decir, el costo en tiempo de los padres, en trabajo y en pago por la educación y el cuidado de los hijos (Vázquez, 2006). La legitimidad social o Willingness tiene que ver con las condiciones que legitiman la adopción de nuevos comportamientos, sobre la base de estructuras normativas interiorizadas por los individuos de la sociedad en cuestión. “Se trata de la modificación de las percepciones arraigadas en los códigos

establecidos y en las creencias tradicionales, así como de la voluntad de vencer las objeciones morales y los miedos conexos” (Quilodrán y Juárez, 2009: 70). La noción de Ability se refiere a la posibilidad de incorporar nuevas formas de comportamiento, dada la existencia y disponibilidad de estas innovaciones, es decir, el acceso a la tecnología anticonceptiva por parte de las mujeres (Quilodrán y Juárez, 2009).

Lesthaeghe y Vanderhoeft (2001) desarrollaron una ecuación matemática donde suponen que el grado de control de la fecundidad (S) es una variable de resultado con una intensidad continua que varía de 0 a 1. Esta variable de resultado, como en la formulación original de Coale, depende de tres condiciones previas, R, W y A, como se muestra en la siguiente expresión:

$$S = R \cap W \cap A$$

Es decir, las tres condiciones deben cumplirse conjuntamente. Sin embargo, para que S sea un variable continua, también se debe asumir que R, W y A son continuas, y que están comprendidas entre 0 y 1. En esta nueva formulación, una puntuación de 0 para R significa que limitar la fecundidad tendría cero ventajas y sólo implica desventajas. Para el caso de una puntuación de 0.5 significa que las ventajas y desventajas están en perfecto equilibrio y una puntuación de la unidad significa que sólo hay ventajas en la adopción de la nueva estrategia. Del mismo modo, una puntuación de 0 en W significa que el control de la fecundidad es éticamente o religiosamente inaceptable, una puntuación de 0.5 identifica el punto intermedio de la aceptación y/o de la indecisión, y una puntuación de 1, implica que no hay obstrucciones morales o culturales a la adopción de la nueva forma de comportamiento. Finalmente, una puntuación de 0 en A significa que el individuo no tiene acceso a los medios para el control de la fecundidad, una puntuación de 0.5 implica que hay un acceso limitado, y una puntuación de la unidad corresponde a la capacidad completa para regular la fecundidad con métodos eficientes y modernos (Lesthaeghe y Vanderhoeft, 2001).

En esta ecuación, S va a tener el mismo valor que la variable dependiente con valor más bajo, dada la regla del eslabón más débil, consecuentemente $S = \text{Min} (R,$

W, A), adicionalmente a la formulación matemática que ilustra las distintas distribuciones de R, W y A; para ello los autores desarrollaron una metodología simple para aplicar el mismo principio con datos discretos (Vázquez, 2006).

Se trata de estimar la proporción de mujeres en edad de procrear según ocho categorías, en las que se presentan las combinaciones posibles de R, W, A mayúsculas y minúsculas. Una letra mayúscula representa que sí se adoptó la estrategia y una minúscula que no se adoptó. De esta forma, las mujeres que están “ready”, “willing” y “able” se representan por RWA, y las que no están ni “ready”, ni “willing” ni “able” se representan por rwa. Las combinaciones son las siguientes: (Vázquez, 2006: 6).

1. RWA 2. RWa 3. RWA 4. Rwa 5. rWA 6. rWa 7. rwA 8. Rwa

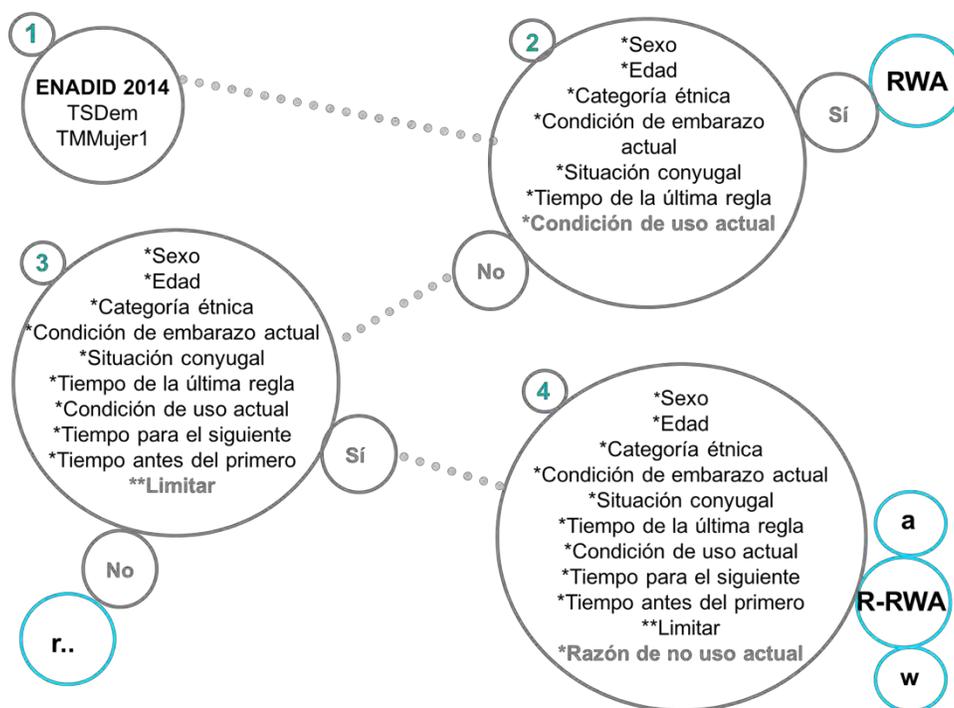
Las mujeres que usan actualmente la anticoncepción son las de la categoría uno, es decir RWA. Las otras son no usuarias y están repartidas en las otras siete modalidades. Por ejemplo, las que no utilizan un método anticonceptivo con el objetivo de concebir un hijo forman parte de las categorías cinco a ocho, porque tienen el atributo r, no están listas para atrasar o evitar el embarazo siguiente. Las no usuarias que desean atrasar o evitar el siguiente embarazo y están listas (ready) para controlar, pero que no lo hacen, porque no tienen la legitimidad social (willing) y/o el acceso (able), pertenecen a las categorías dos, tres o cuatro. De este modo, la clasificación puede reducirse a tres grupos, como sigue:

RWA: Usuaris actuales

r.. : no usuarias actuales que desean su embarazo siguiente sin limitación alguna

R-RWA : todas las otras no usuarias que quieren posponer (más de dos años) su próximo embarazo o evitarlo, es decir RWa+RWA+Rwa, (Vázquez 2006).

Figura 3.1. Clasificación de las mujeres de 15-19 años fecundas y expuestas al riesgo de embarazo por condición étnica y categorías RWA, r.. y R-RWA.



Fuente: elaboración propia.

*Variable tal como se encuentra en la encuesta

**Variable creada

Como se observa en la figura 3.1, para llevar a cabo este modelo se utiliza la ENADID 2014, para ello es necesario fusionar los archivos llamados TSDem y TMMujer1. Se parte de una clasificación de las mujeres de 15-19 años, por condición étnica, unidas fecundas y expuestas al riesgo de embarazarse, por lo que se excluye a las mujeres embarazadas o en amenorrea. De acuerdo con esta clasificación, y con base en las 5 millones 334 mil 837 mujeres jóvenes, el 15 por ciento se encuentra unida, es decir 823 mil 885, mientras que el 1.5 tiene antecedentes de unión y el 83 por ciento nunca han estado unidas. De las adolescentes unidas el 21 por ciento se encontraba embarazada al momento de la encuesta, mientras que el 77 por ciento no se encontraba en esta condición y el 2 por ciento no lo sabía. A partir de las adolescentes unidas y que no se encontraban embarazadas al momento de la encuesta se construyó la condición expuesta al riesgo de un embarazo, por lo que se excluyó a las que se encontraban en

amenorrea, las que no tenían relaciones sexuales y aquellos casos en que el marido se encontraba ausente.

A pesar de que Vázquez (2006) demostró que el cuello de botella de la transición de la fecundidad de la población indígena se encontraba asociado al tamaño de la localidad, debido a que en las zonas rurales donde en 1997 apenas estaba iniciando la transición de la fecundidad de las mujeres hablantes de lengua indígena, el cuello de botella era la falta de conocimientos y acceso a los métodos anticonceptivos. En este análisis no fue posible considerar el tamaño de localidad debido al nivel de desagregación y al tamaño de muestra de la ENADID (2014). La reducción de los datos para conformar las categorías del modelo RWA se muestra en la figura 3.1.

Cuadro 3.3. Distribución porcentual de mujeres de 15-19 años en México expuestas a un embarazo, de acuerdo con sus planes de tener un (otro) hijo, por condición étnica, 2014.

Categoría étnica	N	Usuarías actuales. Intervalo de Confianza de 95%			No usuarias. Intervalo de Confianza de 95%					
		RWA	Límite inferior	Límite superior	R-RWA*	Límite inferior	Límite superior	Embarazo deseado r..	Límite inferior	Límite superior
Hablantes de Lengua indígena	20621	77.2	54.7	99.7	2.9	-0.4	6.2	19.9	7.8	31.9
No Hablante de lengua indígena	471944	84.2	78.5	90.0	4.0	2.8	5.1	11.8	10.1	13.5

*Postergar el siguiente embarazo 2 años o más o limitarlo
 Nota: expuestas= unidas, no embarazadas ni amenorreicas.

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014.

En el cuadro 3.3 se observa una proporción similar, a pesar de la condición étnica, entre las usuarias de métodos anticonceptivos (RWA), con 77 por ciento para las jóvenes indígenas y 84 por ciento para las que no lo son. El 12 por ciento de las no indígenas desean embarazarse y sólo el 4 por ciento quiere limitar o postergar un embarazo, mientras que en las indígenas el 20 por ciento de las adolescentes desea un embarazo pronto, en menos de dos años, y sólo el 3 por ciento desea limitar o postergarlo. Ambos grupos se encuentran igualmente listos (ready), con una proporción de 3 por ciento y 4 por ciento, para postergar o evitar un próximo embarazo, similar al hallazgo de Vázquez²⁴ (2006). Este autor considera que, en cada contexto, es igualmente conveniente para las mujeres, indígenas o no indígenas, evitar un embarazo o postergarlo al menos dos años con base en la valoración microeconómica que hace la familia sobre los costos y utilidades de los hijos. Sin embargo, los resultados del modelo RWA dejan ver dos situaciones. Primera, la necesidad de contar con muestras de población más robustas para el estudio de las poblaciones indígenas; y segunda, si bien el grupo de HLI es el que presenta un mayor deseo de embarazo y un número menor de usuarias actuales de métodos anticonceptivos, debido a que los intervalos de confianza se interceptan no se tienen elementos suficientes para asegurar que esto ocurra, por lo que se concluye que no existen diferencias entre los grupos. Es por ello que se realizó el mismo análisis, RWA, sin considerar la categoría étnica, los resultados se presentan en el cuadro 3.4.

3.3.1 ¿Es el acceso el principal obstáculo del descenso de la fecundidad en adolescentes indígenas?

Los resultados del modelo RWA, a nivel nacional, dejan ver tres situaciones que se analizarán a continuación. Primera, la elevada proporción de usuarias de métodos anticonceptivos en la población analizada²⁵ (84 por ciento), segunda, el deseo de

²⁴ El autor utilizó el criterio lingüístico a nivel nacional y por tamaño de localidad, además utiliza el rango de edad de mujeres en edad reproductiva

²⁵ Adolescentes de 15-19 años expuestas (ver nota en el cuadro 3.3.)

embarazo en estas jóvenes (14 por ciento) y tercera el cuello de botella en la población adolescente indígena en México (cuadro 3.4).

Cuadro 3.4. Distribución porcentual mujeres de 15-19 años en México, actualmente unidas, fecundas y expuestas de acuerdo con sus planes de tener un (otro) hijo, 2014.

N	Usuarías actuales RWA	No usuarias	
		R-RWA*	Embarazo deseado r..
492565	84	2	14

*Postergar el siguiente embarazo 2 años o más o limitarlo
 Nota: expuestas= unidas, no embarazadas ni amenorreicas.

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014.

Con respecto al tercer aspecto, se observa que, en este grupo etario, sólo el 2 por ciento de las jóvenes se encuentra lista para postergar o evitar un próximo embarazo. Esta categoría permite responder a la pregunta que dio pauta a este análisis, por lo que se puede concluir que no es el acceso a métodos anticonceptivos el cuello de botella del descenso de la fecundidad en adolescentes, indígenas y no indígenas. Como se mencionó, se tienen grandes dificultades al llegar a este nivel de desagregación de los datos; sin embargo, los datos existentes dan pauta para decir que el cuello de botella es un problema de no willingness ya que se tiene la oposición personal, de la legitimidad social de su entorno o de la falta de apertura al cambio. En este sentido las objeciones éticas y religiosas, así como los miedos y creencias de salud, e incluso la presión social serían factores que están evitando el uso de métodos anticonceptivos en las jóvenes (ver cuadro 3.5).

Desde esta perspectiva Vázquez (2006) plantea establecer una estrategia para reducir las barreras culturales, sociales y psicológicas existentes en la población adolescente en contra del uso de métodos anticonceptivos. Además, si se considera que dos de las categorías propuestas por Lesthaeghe y Vanderhoeft

(2001) se relacionan con el acceso a la información (temer a los efectos secundarios y haber tenido efectos secundarios) se hace evidente que no sólo es un problema de legitimidad social, sino también de acceso a la información. Por lo tanto, resalta la necesidad de prestar especial atención en la orientación que reciben las jóvenes en materia de salud sexual y reproductiva, por parte del prestador de servicios, y la manera de retroalimentar estas creencias y miedos a los efectos secundarios derivados del uso de algún método anticonceptivo. También destaca, que existen otras razones, necesarias de conocer, con un peso similar al componente willingness. Esos motivos se desconocen ya que escapan a las 17 opciones categóricas contenidas en la ENADID 2014 (ver cuadro 3.5).

Cuadro 3.5. Razones de no uso actual de métodos anticonceptivos entre las adolescentes (15-19 años) actualmente unidas, fecundas y expuestas que quieren posponer o impedir el próximo embarazo, en porcentaje.

A. No ability (a)	
No sabe cómo se usan los métodos	3
Total a	3
B. No willingness	
Teme a los efectos secundarios	21
Tuvo efectos secundarios	11
Se opone su pareja	11
Tiene una enfermedad y prefiere no usar algo	3
Expulsó el DIU	3
Total w	49
C. No especificado	
Otra razón	48
Total no especificado	48

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014.

Es preciso mencionar que la falta de apertura al cambio es un hallazgo que Vázquez (2006) había identificado con datos de 1997 y 2003 en la población no hablante de lengua indígena a nivel nacional, y reafirmado 14 años después para la población adolescente por Téllez (2017). A pesar de que en este trabajo no se consideró el tamaño de localidad, por las dificultades encontradas para hacer

estimaciones con datos tan desagregados, los resultados, con base en la categoría de usuarias actuales RWA, dan indicio de la cobertura de la anticoncepción en México, independientemente de la categoría étnica²⁶. El hecho de que el 84 por ciento de las adolescentes fecundas y expuestas al riesgo de un embarazo sean usuarias de métodos anticonceptivos merece especial atención, debido a que la cobertura anticonceptiva es un indicador que se asocia con la eficiencia de los programas de salud sexual y reproductiva en nuestro país (CONAPO, 2016).

A pesar de que lo ideal es que la adopción de algún método anticonceptivo comience desde el momento en que las personas deciden iniciar una vida sexual, se tiene evidencia de que el patrón tradicional de recurrir al uso de métodos anticonceptivos después de haber tenido al menos una unión y luego un hijo(a) se mantiene en las generaciones como el proceso más frecuente en nuestro país (CONAPO, 2016). Por ejemplo, la ENADID 2014 da cuenta de la brecha entre la edad mediana, a la cual comienzan las relaciones sexuales las mujeres y la edad mediana a la que inician con el uso de algún método anticonceptivo de forma continua es amplia, 4.2 años para la generación 1980-1989 y 6.5 años para la generación 1965- 1979, como consecuencia, dentro de ese lapso ocurren transiciones de vida importantes como la primera unión y el nacimiento del primer hijo, (CONAPO, 2016). Bajo este argumento la Encuesta Demográfica Retrospectiva Nacional Eder 2011, respalda este comportamiento a partir del estudio de tres grupos de generaciones, nacidas en 1951-53, 1966-68 y 1978-80, residentes urbanos en 2011 donde se estimó que

El porcentaje de mujeres unidas que iniciaron la anticoncepción antes de su primer hijo fue de 6%, 12% y 13%, respectivamente, en cada grupo. Esto es, gran parte de las mujeres de estas generaciones no parecen haber empleado anticonceptivos para retrasar el inicio de la maternidad, sino para espaciar los nacimientos o concluir su trayectoria reproductiva (Zavala y Páez, 2013: 16).

²⁶ No se encontraron diferencias significativas en el porcentaje de usuarias actuales de métodos anticonceptivos por condición étnica (ver cuadro 3.3).

Es en este punto donde converge el comportamiento observado en esta brecha entre el uso de métodos y la política de planificación familiar. La última, enfocada a promover el uso inmediato en la resolución obstétrica (Secretaría de Salud 2002, 2017; IMSS, 2014), con una clara tendencia de la cobertura de este servicio hacia sectores como las adolescentes, las mujeres que habitan en comunidades rurales y la población indígena, debido a las necesidades insatisfechas que presentan en cuanto a la información y a los servicios (Secretaría de Salud, 2002).

Es por ello que, si se considera sólo a las adolescentes que son usuarias actuales, RWA, el 84 por ciento cuenta con antecedente de embarazo²⁷, a pesar de no estar embarazada actualmente. De ellas el 81 por ciento ha tenido un hijo, mientras que el 16 por ciento ha tenido 2 o 3 hijos, el 3 por ciento no ha tenido hijos por lo que este porcentaje puede corresponder a aquellos embarazos que no llegaron a término. A diferencia del 62 por ciento de las no usuarias que ha tenido hijos nacidos vivos. Este elevado porcentaje de adolescentes con antecedente de embarazo y que también son usuarias actuales de métodos anticonceptivos (RWA) sugiere la hipótesis de que es el embarazo la condición que motiva el uso de métodos anticonceptivos a través de la intervención del sector salud.

Un segundo elemento que permite reforzar este planteamiento es la cobertura de atención y el tipo de personal que la otorga, donde predomina la atención médica y de enfermeras. Si bien la cobertura de las revisiones es alta (98 por ciento) en las adolescentes RWA, que tienen algún antecedente de embarazo, la atención se ha enfocado en la práctica médica alópata (95 por ciento revisión por médico y 4.7 por ciento por enfermera). Es así que el papel de las parteras se

²⁷ Se debe considerar que son mujeres de 15-19 años unidas, ya que en general la ENAPEA (2015) considera que la población adolescente enfrenta mayores barreras de acceso a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y al uso de métodos anticonceptivos de alta eficacia que otros grupos de edad. Por lo que retoma importancia la prevención de embarazos, el primero y los subsecuentes a través de uno de los componentes principales de la estrategia: los servicios de salud amigables, resolutivos, incluyentes y versátiles.

percibe invisibilizado, ya que su intervención representa sólo el 0.2 por ciento de las revisiones, bajo el argumento de que se busca disminuir complicaciones en el embarazo y en el parto por lo que se espera que la mayor cobertura en salud cumpla el objetivo planteado. El 0.1 por ciento restante corresponde a una auxiliar o promotora de salud u otra persona.

El tercer elemento da cuenta de un elevado porcentaje de adolescentes a las que les ofrecieron usar algún método anticonceptivo para cuando terminara su embarazo que de acuerdo a la ENADID (2014) es de 77 por ciento; sin embargo, no se sabe cuántas de ellas aceptaron usarlo. Esta información se relaciona con el programa hospitalario anticoncepción post-evento obstétrico, evaluado en este caso, con el indicador oportunidad en adolescentes²⁸. Sin embargo, para tener un indicador más confiable es necesario considerar sólo los eventos atendidos en unidades de la Secretaría de Salud y el número de aceptantes, lo que se desarrollará en el siguiente capítulo.

En el cuadro 3.6 se tiene el tipo de método anticonceptivo usado actualmente por las mujeres de 15-19 años de la categoría RWA. En el caso de las hablantes de lengua indígena, las tres proporciones más altas son: el dispositivo intrauterino (DIU) con el 27 por ciento, las inyecciones o ampollitas anticonceptivas con el 24 por ciento, y el implante (22 por ciento). En las no hablantes, el DIU representa el 37 por ciento del uso actual, el condón masculino el 24 por ciento y las inyecciones y el implante tienen la misma proporción, 14 por ciento cada uno. En ambos grupos se tiene mayor proporción en el uso del DIU, pero el porcentaje es más alto en las

²⁸ El indicador denominado oportunidad en adolescentes es una proporción que se construye de la suma del número de adolescentes aceptantes de métodos anticonceptivos durante el pos evento obstétrico y antes del egreso hospitalario, más el número de adolescentes aceptantes durante el puerperio en el primer nivel de atención, entre el total de eventos obstétricos atendidos en unidades médicas de la Secretaría de Salud (Secretaría de Salud, 2017). Los rangos, expresados en proporciones, utilizados en el caso de la Secretaría de Salud de Hidalgo (2017) van de 0.0-75.99, como precario; 76.0-83.99, mínimo; 84.0-91.99 satisfactorio y 92.0-100 como sobresaliente.

no HLI. El uso de ampolletas y el implante subdérmico²⁹ es mayor en las hablantes, mientras que el condón masculino muestra proporciones similares en ambos grupos.

Cuadro 3.6. Tipo de método anticonceptivo usado por usuarias actuales de 15-19 años, por condición étnica, en porcentaje, México 2014.

Método anticonceptivo	HLI	No HLI
Pastillas anticonceptivas	1	6
Inyecciones o ampolletas anticonceptivas	24	14
Implante anticonceptivo (subdérmico) o Norplant	22	14
Parche anticonceptivo	0	1
DIU, dispositivo o aparato (de cobre)	27	37
Condón o preservativo masculino	21	24
Ritmo, calendario, Billings o abstinencia periódica	3	1
Retiro o coito interrumpido	1	3
Total	100	100

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014.

En relación al acceso a la información se tienen las siguientes proporciones: el 82 por ciento refiere que le explicaron los métodos que podía usar, el 76 por ciento considera tres situaciones, que le dedicaron el tiempo suficiente para darle toda la explicación que necesitaba, segunda, les explicaron sobre las molestias que podrían tener, y tercera, les aclararon todas sus dudas respecto al método. A pesar de ello por lo menos dos de cada 10 jóvenes no han sido suficientemente informadas sobre el método anticonceptivo que están usando.

Finalmente, en años recientes, resurge la preocupación para retomar en la discusión la construcción de la maternidad en nuestro país (Echarrí, 2015; Menkes, 2015), ya que a pesar de que no se tiene información sobre el estrato

²⁹ Retoma importancia la distribución de los métodos, desde la subjetividad del personal a cargo. En entrevista con personal anónimo de la Secretaría de Salud de Hidalgo se tiene el caso del implante subdérmico: “Yo prefiero mandar a las comunidades indígenas el implante porque viven alejadas y es más difícil que acudan a chequearse cada mes, en el caso del DIU, con el implante tienen que ir cada año” (septiembre, 2017).

socioeconómico de estas mujeres, la literatura da cuenta que el embarazo es deseado principalmente en los estratos económicos bajos (Menkes y Suárez 2013, Echarrí, 2015) y aquí podrían encasillarse el 14 por ciento de los casos, que de acuerdo al cuadro 3.4, desean embarazarse pronto, es decir en un lapso no mayor a dos años, recordando que “los indicadores de la medición de pobreza oficial comprueban una situación común entre los países latinoamericanos, es decir, que los indígenas tienen mayores carencias que el resto de la población” (Patrinos, 1994 citado por Aparicio-Jiménez y Salgado-Granados, 2014: 43).

También se debe considerar que estas adolescentes expuestas al riesgo de un embarazo se encuentran unidas, por lo tanto, en la población indígena se habla de la existencia de una triada inseparable: mujer, matrimonio, maternidad; como una norma social no verbalizada, donde la maternidad más que una opción se considera un destino (Espinosa, 2008). Esta relación podría no ser sólo una carga para las mujeres indígenas; principalmente porque “hoy en día el mundo experimenta varios fenómenos globales muy complejos; vivimos en espacios, tiempos y procesos sociales que son difíciles de explicar, debido a la marcha imparable de múltiples proyectos que parecieran converger en uno solo: la globalización” (Olivares, 2016: 114). Este fenómeno mundial implica una serie de problemáticas compartidas, las múltiples secuelas de las promesas incumplidas del proyecto de la modernidad como son: hambre, pobreza, desigualdad, injusticia social en todas sus variantes (Olivares, 2016). En este sentido la maternidad además de brindar el reconocimiento social en los sectores pobres, representa una manera de trascender para las jóvenes de este sector desfavorecido en el México de las desigualdades del que habla Echarrí (2015).

Desde esta perspectiva, si la teoría de la transición demográfica plantea que para reducir la fecundidad tarde o temprano se tienen que mejorar las condiciones socioeconómicas, los resultados de este análisis llaman a retomar el debate centrado en el malthusianismo de la pobreza. Lo anterior debido a la amplia cobertura en el acceso a los métodos anticonceptivos, como resultado de una política enfocada, no a retrasar la maternidad sino en espaciar los nacimientos. En este

sentido retoma importancia el respeto a los derechos reproductivos, donde se tiene la hipótesis de que en el cumplimiento de estas metas de cobertura en salud, los derechos de las mujeres indígenas suelen ser mayormente transgredidos.

CAPÍTULO IV. El calendario, el acceso a los servicios de salud y la fecundidad en adolescentes indígenas.

El cuarto capítulo tiene tres objetivos, todos ellos enfocados en conocer las diferencias por condición étnica, dentro de la relación del comportamiento de la fecundidad en adolescentes y el acceso a los servicios de salud a nivel nacional. Los análisis se realizan de manera independiente ya que el acercamiento a la población indígena no es homogéneo, en este caso se analizan tres categorías étnicas distintas. Es así que primero se profundiza en los eventos conocidos como el calendario: conformado por la primera relación sexual, la primera unión y el primer hijo nacido vivo. La categoría étnica se establece con base en la condición de ser Hablante de Lengua Indígena HLI y no serlo. Como fuente de datos se utiliza la ENADID, 2014. La técnica a emplear es el análisis de supervivencia, aunque de manera preliminar se utiliza estadística descriptiva.

Posteriormente se analiza el comportamiento de la fecundidad en las adolescentes (15 a 19 años) residentes de las regiones indígenas de México, mediante la estimación de tasas específicas de fecundidad para adolescentes, 15 a 19 años, de las 25 regiones indígenas de México. En este apartado se utiliza como fuente de datos el Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) y se determinan las regiones indígenas con base en la actualización de regiones indígenas propuesta por Vázquez y Ortiz (2016), cuyo origen se remonta a la regionalización establecida por la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas CDI en 2006.

Finalmente, y debido a que en el capítulo anterior como resultado del modelo RWA y con base en la ENADID 2014, se retomó la hipótesis que sugiere que gran parte de las mujeres no parecen haber empleado anticonceptivos para retrasar el inicio de la maternidad, sino para espaciar los nacimientos o concluir su trayectoria reproductiva (Zavala y Páez, 2013: 16, CONAPO, 201) derivado de una estrategia enfocada a promover el uso inmediato en la resolución obstétrica (Secretaría de Salud 2002, 2017; IMSS, 2014), con una clara tendencia de la cobertura de este servicio hacia sectores como las adolescentes, las mujeres que habitan en

comunidades rurales y la población indígena, debido a las necesidades insatisfechas que presentan en cuanto a la información y a los servicios (Secretaría de Salud, 2002). Se profundiza en esta relación a través de la información que proporciona el Sistema de Información en Salud y mediante el análisis descriptivo del indicador denominado Anticoncepción post-evento obstétrico (APEO) en las adolescentes (15 a 19 años). La categoría étnica es la que en este trabajo se nombró como indígenas. Sin embargo, la principal limitante es diferenciar en esta base de datos a la población por condición étnica ya que si bien la categoría existe, se considera que prevalece un sub registro en esta fuente de información.

4.1. El calendario en la población hablante de lengua indígena.

Desde la demografía, el inicio de la vida sexual determina el proceso reproductivo de las personas y, por ende, su fecundidad; dentro de esta relación se estima que la unión conyugal está muy ligada al inicio de la reproducción (CONAPO, 2016). Sin embargo, a pesar de que los tres eventos conocidos como calendario, influyen directamente en la fecundidad, el peso que tiene cada uno de ellos es distinto, sobre todo al considerar la condición étnica.

A pesar de que se plantea que existen diferencias cronológicas determinadas por la condición étnica debido a que, desde el ámbito cultural y económico, el inicio temprano de la vida marital se relaciona con las normas y costumbres de género, propias de sus pueblos, y que prevalecen en estos grupos (indígenas, sin escolaridad). En adición, su ubicación en los estratos socioeconómicos de menores ingresos, hace que tradicionalmente la ocurrencia del fenómeno se asocie a estas subpoblaciones (CONAPO, 2016; Cruz, 2012; Menkes y Suárez, 2013 y Vázquez, 2013b) ya que se considera que “es innegable que el embarazo adolescente ocurre mucho más a menudo en los estratos socioeconómicos más bajos. Hay un lazo indisociable entre la pobreza, la identidad y los roles de género, y el embarazo adolescente” (Menkes y Suárez, 2013: 26).

Sin embargo, si se considera como marcador étnico la lengua, como se ha hecho desde la demografía, se tiene que en los primeros estudios que incluyeron la

variable no se encontraron diferencias significativas entre la fecundidad adolescente entre indígenas y no indígenas, como en los trabajos de Welti (2000) y Menkes y Suárez (sf), mientras que con respecto al calendario se halló una menor probabilidad de presentar los eventos correspondientes en las mujeres indígenas con respecto a las no indígenas (Valdiviezo, 2012).

Por lo tanto, de acuerdo con Valdiviezo (2012) existen diferencias significativas en los eventos que conforman el calendario, la primera relación sexual, la primera unión y el primer hijo nacido vivo, la interrogante es saber si estas diferencias son particulares de las adolescentes indígenas (de 12 a 19 años de edad de acuerdo al autor) son propias de los valles centrales de Oaxaca y de la categoría étnica conformada para el estudio³⁰, o bien también se encuentran en las niñas y adolescentes (10 a 14 años y 15 a 19 años, respectivamente) hablantes de lengua indígena de nuestro país.

De manera específica el inicio de la vida sexual significa la exposición a un embarazo. Con lo que respecta a la condición étnica, desde los estudios de población se sabe que las adolescentes indígenas de los valles centrales de Oaxaca, ya que las indígenas inician su vida sexual y reproductiva posteriormente a las no indígenas, lo que indica que las asociaciones entre el ser indígena y el embarazo se deben a las características un contexto en el que la formación de las familias está vinculada a una práctica sexual más conservadora entre las adolescentes de los Valles Centrales, debido a que para las indígenas hay una mayor proporción de uniones conyugales que conllevan a experimentar la primera relación sexual con su esposo, seguido del primer embarazo (Valdiviezo, 2012).

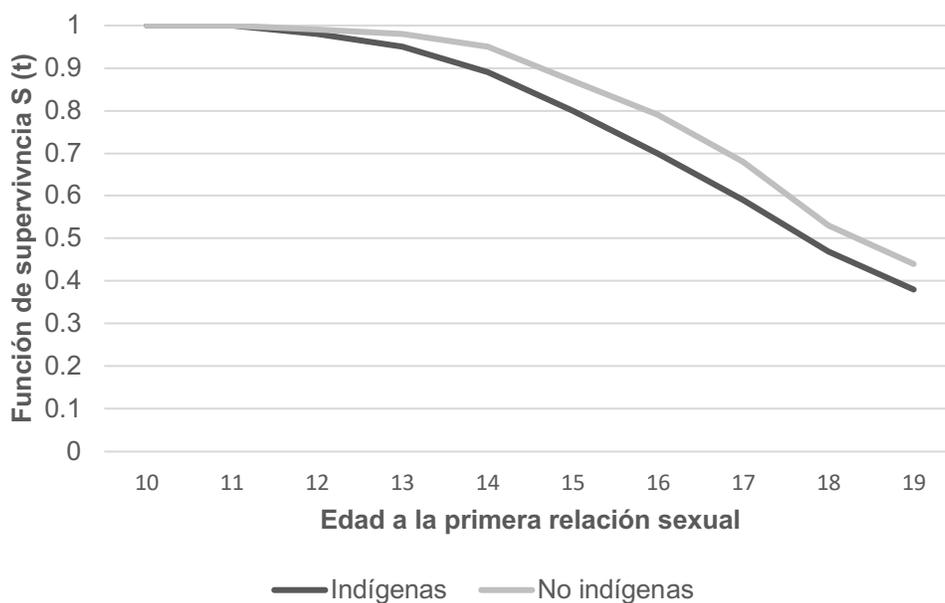
A nivel nacional, con base en la ENADID 2014, el 28 por ciento de las adolescentes, de entre 15 y 19 años, hablantes de lengua indígena, ha iniciado su

³⁰ Para la identificación de indígena, Valdiviezo (2012) consideró a aquellas adolescentes hablantes de alguna lengua indígena, las que declaraban que pertenecían a algún grupo indígena, o que su padre o madre fueran hablantes de alguna lengua indígena.

vida sexual, mientras que en las no indígenas el 30 por ciento cumple con esta característica. Si bien se esperaba encontrar mayor diferencia en las proporciones, debido a un mayor control de los cuerpos en la población indígena, los porcentajes son muy similares, el 72 por ciento de las adolescentes indígenas declaró no haber iniciado vida sexual, con respecto al 70 por ciento de las no HLI.

Hasta este momento se ha considerado sólo a las adolescentes que han iniciado vida sexual, por lo que no se ha considerado la censura en la información ya que como menciona Arribalzaga (2006) al final del periodo de observación, no todos los sujetos habrán presentado el suceso objeto de estudio por lo que se requiere un planteamiento específico para aprovechar la información contenida en los tiempos definidos como censurados. Es por ello que se utiliza la técnica del análisis de supervivencia mediante el uso de las curvas de Kaplan-Meier (ver gráfica 4.1).

Gráfica 4.1. Función de supervivencia de la primera relación sexual de las niñas y adolescentes, HLI y no HLI, en México 2014.



Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014.

Es por ello que si se consideran las edades medianas en los eventos que conforman el calendario en las mujeres menores de 54 años de edad, por condición étnica, la edad mediana del inicio de la vida sexual en las mujeres HLI en México es de 18 años y 19 años para las no HLI.

La gráfica 4.1 muestra las curvas de la función de supervivencia al evento de tener relaciones sexuales a la edad (t), interpretadas como porcentajes. Se observan diferencias por condición étnica ya que en la niñez, a partir de los 12 años de edad, el 2 por ciento de las hablantes de lengua indígena ha iniciado vida sexual contra el 1 por ciento de las no hablantes. A partir de los 14 años se amplía la brecha. Sin embargo, es entre los 16 y 17 años donde se observan diferencias más notables, ya que a los 16 años el 30 por ciento de las indígenas ha iniciado vida sexual con respecto al 21 por ciento de las no indígenas, a los 17 años tienen esta condición el 41 por ciento de las mujeres indígenas contra el 32 por ciento de las no HLI. Al final de la adolescencia, a los 19 años de edad, el 62 por ciento de las adolescentes hablantes de lengua indígena se iniciaron sexualmente, contra el 56 por ciento de las no hablantes de lengua indígena.

La unión, es un componente fundamental de la fecundidad ya que la edad de las mujeres a la unión corresponde bien con el inicio de la reproducción y mientras se mantengan en unión disminuye a medida que avanza su edad, por lo que mientras más precoz es la edad de la unión mayor es la descendencia final de las parejas por lo que es un importante determinante del nivel de fecundidad. Durante toda la transición demográfica en México las variaciones en la edad de la primera unión han sido prácticamente nulas, manteniéndose a edades jóvenes y en niveles cercanos al 100 por ciento, por lo que se considera que dado que no ha cambiado no pudo haber jugado un papel importante en el descenso de la fecundidad lo que le ha asignado un rol de primera importancia al uso de métodos anticonceptivos (Vázquez, 2010), cuyo uso se abordará en la tercera sección de este capítulo.

De acuerdo a la literatura demográfica si se considera el porcentaje de mujeres que tuvieron un hijo antes de cumplir los veinte años, aunque parece ser mayor en las indígenas, estas diferencias se originan en la composición según

estado conyugal ya que cuando se controla el estado conyugal estas diferencias disminuyen, en el caso de las adolescentes, la incidencia de embarazos en las mujeres unidas es muy similar (Welti, 2000). Por lo tanto, de acuerdo a la bibliografía consultada, se espera encontrar una mayor proporción de uniones tempranas en las mujeres indígenas. Para las adolescentes (15 a 19 años) no hablantes de lengua indígena, debido a que tienen un inicio de la vida sexual mas temprano. En este sentido Valdiviezo (2012) plantea la hipótesis, con base en la cercanía de las curvas correspondientes a los funciones de sobrevivencia de los eventos primera unión conyugal y primer embarazo, que la adolescente al enterarse de su embarazo entra a la primera unión conyugal.

Cuadro 4.1. Distribución porcentual de las mujeres de la cohorte de nacimiento 1995-1999, que tuvieron su primer unión antes de los 20 años de edad, por condición étnica en México, 2014.

Cohorte de Nacimiento 1995- 1999		
Edad	HLI	No HLI
Menor a 15 años	21	18
15 años	28	21
16 años	20	23
17 años	16	19
18 años	11	14
19 años	4	5
Total	100	100

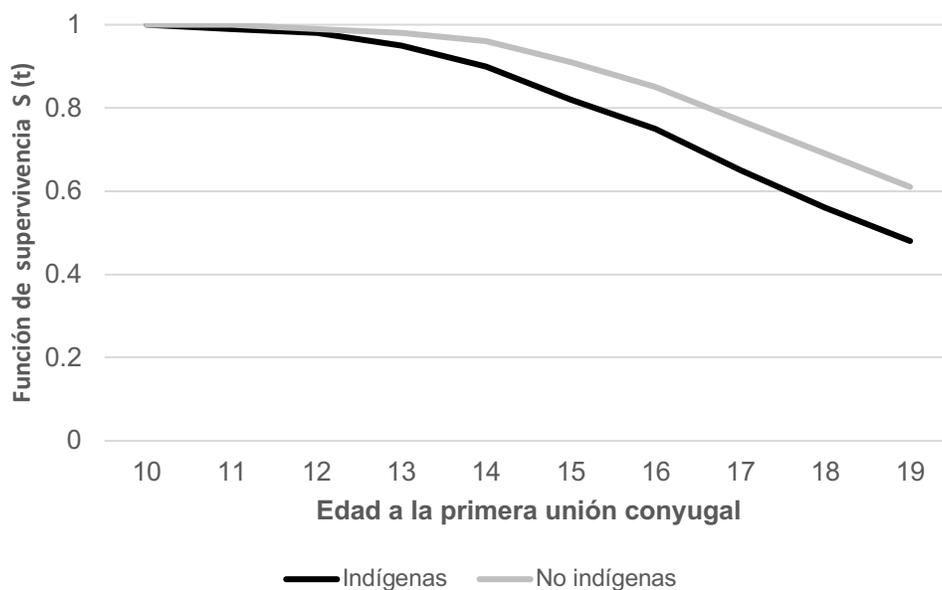
Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014.

Con base en la ENADID 2014, se estimó la proporción de mujeres que cumplió esta condición antes de los 20 años de edad. Se observa que el 22.6 por ciento (19.1 -26.9 IC 95%) de las adolescentes (15-19 años) hablantes de lengua indígena tiene antecedentes de unión, mientras que en las no indígenas esta proporción es menor, 16.5 por ciento (15.7-17.3 IC 95%), por lo que aún existe una brecha del 6 por ciento en las adolescentes por condición étnica, donde una mayor proporción de hablantes de lengua indígena se une entre los 9 y 19 años de edad con respecto a las no hablantes. Es decir, en 2014, 23 de cada 100 HLI, se unieron

antes de los 20 años, en contraste con 17 de cada 100 de las no hablantes de lengua indígena.

Como mencionan Mier y Terán y Llañes (2017) la fecundidad temprana se concentra principalmente en las adolescentes de mayor edad, por lo que se realiza el análisis de la unión por edad desplegada. Por lo tanto, en las mujeres que se encontraban en el rango etario de la adolescencia al momento de la encuesta, es decir la cohorte 1995-1999. Hasta los 15 años de edad, una de cada dos hablantes de lengua indígena cumple la condición de unión, con respecto a 2 de cada 5 de las no hablantes. También se observa una baja proporción de uniones durante las edades tardías de la adolescencia, 18-19 años (ver cuadro 4.1).

Gráfica 4.2. Función de supervivencia de niñas y adolescentes, HLI y no HLI, que han tenido una primera unión conyugal a la edad x, por condición étnica, en México, 2014.

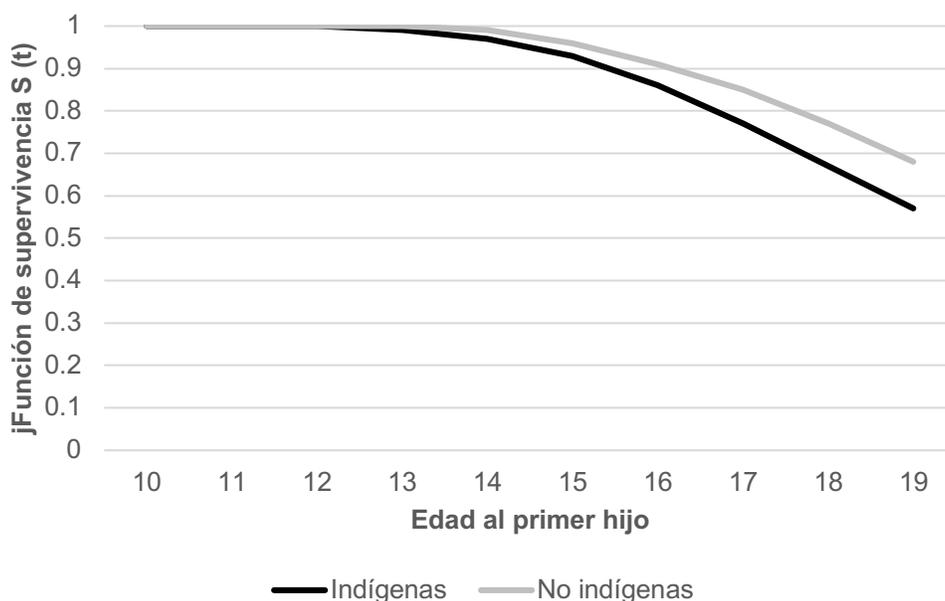


Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014.

Para la primera unión conyugal, la edad mediana es de 19 años para las HLI y de 21 años para las no HLI. Se observa, en la gráfica 4.2, que a partir de los 11 años de edad, es decir durante la niñez, existen diferencias, las cuales

gradualmente de modo que durante la adolescencia son más notorias. Donde la brecha es mayor entre los 18 y 19 años de edad, por lo que a los 19 años el 52 por ciento de las mujeres indígenas ha tenido su primera unión conyugal contra el 39 por ciento de las no indígenas.

Gráfica 4.3. Función de supervivencia de la edad al primer hijo de las niñas y adolescentes en México, por condición étnica HLI y no HLI, 2014.

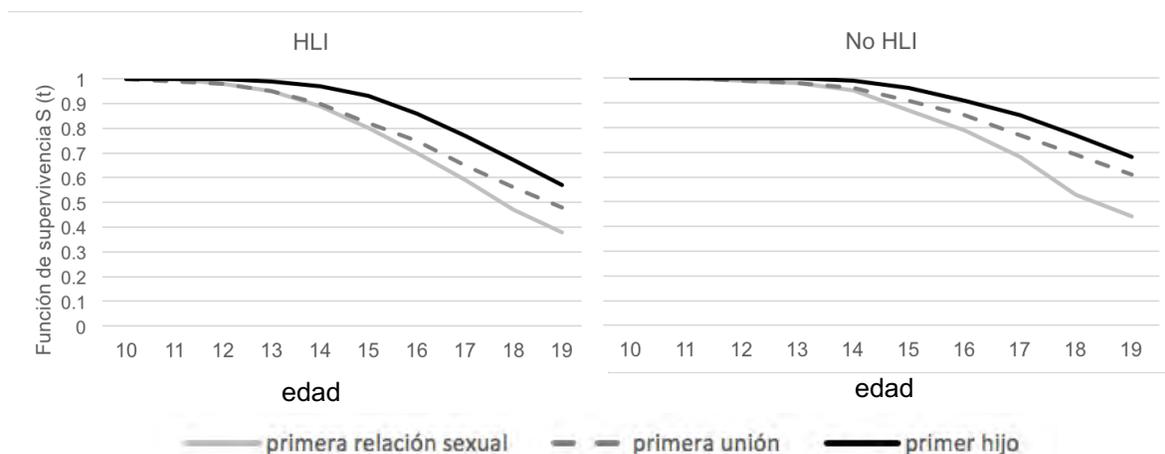


Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014.

Con respecto al primer hijo para HLI es de 21 años mientras que para las no HLI es de 22 años. En la gráfica 4.2 se aprecian las curvas de la función de supervivencia al evento de tener el primer hijo a la edad (t). Se observa un inicio precoz en las mujeres HLI, aunque la final de la niñez, es decir a los 14 años, la diferencia es poco perceptible, ya que el 7 por ciento de las HLI tuvo su primer hijo respecto al 6 por ciento de las no HLI. Las diferencias aumentan gradualmente y es al final de la adolescencia donde son mayores, ya que a los 19 años el 43 por ciento de las mujeres indígenas ha tenido su primer hijo con respecto al 32 por ciento de las no HLI.

Por último, en la gráfica 4.4 se comparan de manera simultánea los eventos que corresponden al calendario por condición étnica. Se observa un inicio más temprano en la población HLI, principalmente en los eventos que corresponden a la primera relación sexual y la primera unión. La distancia entre las curvas indican que la primera relación sexual y la primera unión se encuentran muy cercanas en las mujeres HLI, lo que hace pensar en un comportamiento más tradicional ya que la primera relación sexual se da dentro del marco de la unión; sin embargo el primer hijo tiene una mayor distancia. Mientras que en las mujeres que no son HLI se aprecia una mayor distancia entre el inicio de la vida sexual y la unión por lo que la vida sexual no parece darse dentro de este marco. Llama la atención la distancia entre la primera unión y el primer hijo en las no HLI, cuya proximidad de los eventos hace pensar que la unión tiene fines reproductivos o bien esta pudo darse para legitimar el nacimiento, ya que el 49 por ciento de los nacimientos se dieron durante el primer año de la unión.

Gráfica 4.4. Función de supervivencia de la edad a la primera relación sexual, primera unión conyugal y primer hijo en niñas y adolescentes, por condición étnica en México, 2014.



Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014.

4.2. El Subsistema de Información sobre Nacimientos SINAC.

De acuerdo con las estadísticas vitales de nacimientos del año 2014, se registraron 2 millones 463 mil 420 nacimientos, de los cuales ocurrieron en ese año 1 millón 645 mil 974 y el resto en años anteriores. De acuerdo con Figueroa (1998 citado por García, 2016) el principal obstáculo para analizar el registro oportuno a partir de las estadísticas vitales se relaciona con la posibilidad de que el hecho se registre después del año de ocurrencia. Por lo que si se consideran los nacimientos de las estadísticas vitales 2015; pero ocurridos el año anterior, se pueden contar en total 2 millones 131 mil 327.

En este sentido García (2016) se dio a la tarea de analizar el registro oportuno, es decir entre los cero y los once meses de edad, en las estadísticas vitales del año 2014 y compararlos con los declarados en la información censal de 2000, 2010 y la Encuesta Intercensal (EIC 2015). Para 2014, el autor estimó los nacimientos en 2.2 millones y los registrados de manera oportuna representaron el 94.5 por ciento, por lo que el García (2016) destaca que el país posee niveles muy altos de cobertura oportuna de nacimientos; a pesar de que existen entidades con una proporción menor como: Campeche, Chiapas, Chihuahua, Guerrero, Nayarit, Oaxaca y Quintana Roo. Sin embargo, para la Secretaría de Salud (2015b) la información publicada por el INEGI, CONAPO, así como las encuestas, no satisfacía las necesidades de información del Sistema Nacional de Salud debido a que se prescindía de contar con información confiable de los nacidos vivos ocurridos en el país, las condiciones de su nacimiento, la atención y salud, tanto del nacido vivo como de la madre. Tal que, a finales del año 2007, la Secretaría de Salud instituyó el Certificado de Nacimiento como un formato único nacional, de expedición gratuita y obligatoria, el cual hace constar un nacimiento y las circunstancias que acompañaron el hecho, éste es un requisito indispensable para el trámite del acta de nacimiento. Con ello, también surge el Subsistema de Información sobre Nacimientos, conocido como SINAC, cuya función es la de integrar y difundir las estadísticas obtenidas a partir de la información contenida en el certificado, a su

vez, este subsistema forma parte del Sistema Nacional de Información en Salud SINAIS.

Bajo este entendido, se considera que una de las principales deficiencias es el intervalo de tiempo entre la ocurrencia y el registro de la información. Si se toma como referencia que en el año 2014 ocurrieron 2 millones 243 mil 352 nacimientos en el país (CONAPO, 2014), se tiene que en la base de datos de registros administrativos, de ese año, se captó sólo al 76 por ciento de los casos; pero si se complementa con la base de datos de 2015 se cuenta con el 95 por ciento del total; mientras que el SINAC captó, en 2014, el 97 por ciento, o bien, 2 millones 177 mil 319.

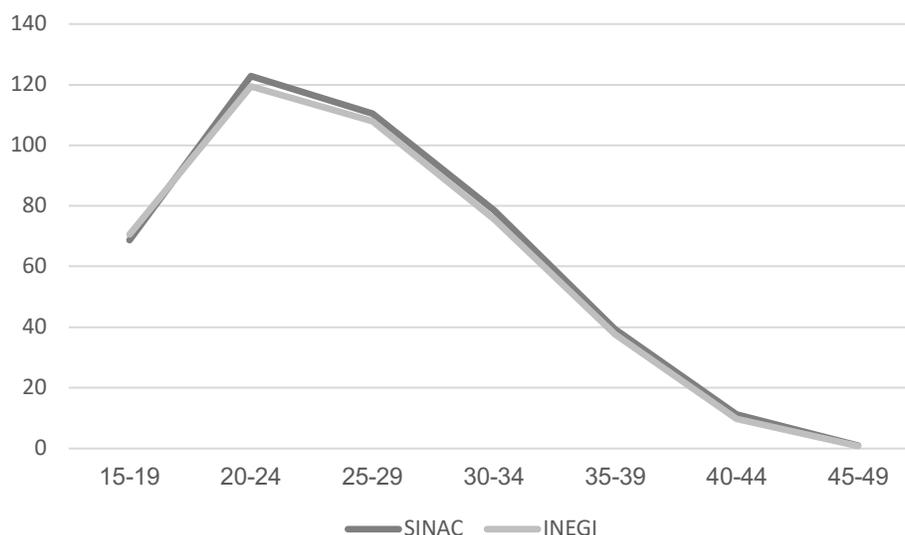
Es necesario conocer la información que proporciona la base de datos del subsistema de información sobre nacimientos, en cuanto a la fecundidad. Para ello se considera adecuado comparar los nacimientos del año 2014 de las bases 2014 y 2015 del INEGI y la del SINAC 2014, porque las estadísticas vitales se distinguen por la buena captación de la edad de la madre al ocurrir el nacimiento, debido a que el registro civil requiere una identificación oficial: “la mejor captación de los nacimientos parece ser la de las Estadísticas Vitales, porque en ellas se conoce con mayor certeza la edad de la madre al nacimiento” (Mier y Terán y Llañes, 2017: 40). En el caso del SINAC, el manual del llenado del certificado estipula que la fecha de nacimiento de la madre debe ser la misma a la del acta de nacimiento, o de alguna identificación oficial que se presente. La diferencia, de este último radica en la estimación de edad en años cumplidos, ya que se realiza a partir de su fecha de nacimiento y hasta el momento de la expedición del Certificado de Nacimiento del nacido vivo³¹ (Secretaría de Salud, 2015).

³¹ La fecha de expedición del certificado es de 24 horas después del nacimiento, si ocurrió en un establecimiento de salud o con asistencia de una partera autorizada por el Sistema Nacional de Salud SNS; pero de hasta 365 días si se atendió por personal no autorizado por el SNS (Secretaría de Salud, 2011).

4.3. La fecundidad de las jóvenes de 15-19 años en las regiones indígenas de México.

Es necesario precisar que la tasa de fecundidad adolescente va a presentar variaciones de acuerdo a la fuente que se utilice, debido a que “su numerador, el número de nacimientos ocurridos en un año, puede obtenerse de distintas fuentes. Los resultados sugieren niveles y tendencias distintas según la fuente de información” (Mier y Terán y Llañes, 2017: 38).

Gráfica 4.5 Tasas específicas de fecundidad en México, 2014.

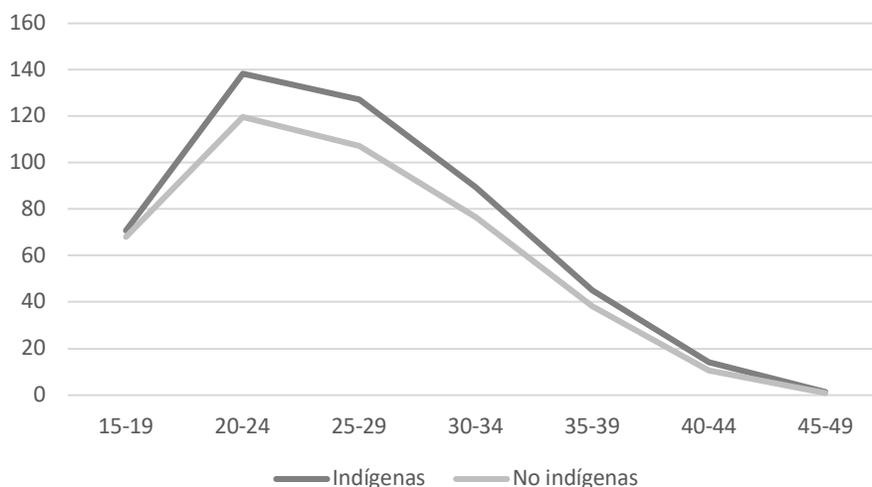


Fuente: elaboración propia con base en el subsistema de información sobre nacimientos SINAC y los registros administrativos del INEGI.

Las tasas de fecundidad específicas por edad, como índices de momento, proporcionan un acercamiento acotado en el tiempo (Mier y Terán y Llañes, 2017). En 2014, de acuerdo con el SINAC, la tasa específica de fecundidad adolescente (15-19 años) en México fue de 68.6 nacimientos por cada mil mujeres

adolescentes³², mientras que con base en los datos obtenidos de las estadísticas vitales la tasa fue de 70.7. En la base de datos del subsistema la tasa global de fecundidad es de 2.16 hijos por mujer, menor a la de 2.21 publicada por el Consejo Nacional de Población. Entre ambas fuentes se observa un comportamiento muy similar de la fecundidad, donde esta es más alta entre los 20 y 29 años para descender gradualmente a manera que la brecha se ve más reducida conforme aumenta la edad. Aunque también se aprecia que el comportamiento de la fecundidad, que proporciona el SINAC, es ligeramente más alto de los 20 a los 49 años de edad, sólo en el grupo de 15 a 19 años la tasa es mayor si se toma como referencia los registros administrativos (ver gráfica 4.1).

Gráfica 4.6 Tasas específicas de fecundidad en las regiones indígenas y no indígenas de México, 2014.



Fuente: elaboración propia con base en el subsistema de información sobre nacimientos SINAC 2014.

En la gráfica 4.6 se puede comparar las tasas específicas de fecundidad en las regiones indígenas y no indígenas en el país. Con respecto a la fecundidad adolescente, en las regiones indígenas se tiene una tasa de 70.8 nacimientos por

³² Se emplea a la población censada como denominador, tal como lo hizo Mier y Terán y Llañes (2017).

cada mil adolescentes de 15-19 años de edad, mientras que en las regiones no indígenas es ligeramente menor con 68.1 nacimientos por cada mil adolescentes. Sin embargo, existen diferencias mayores en el grupo de 24 a 24 años, con 138 nacimientos por cada mil mujeres en este grupo etario en las regiones indígenas con respecto a 120 nacimientos en las no indígenas. El rango de edad de 25-29 años registró 127 nacimientos contra 107 por cada mil mujeres en estas edades.

Cuadro 4.2. Tasa de fecundidad adolescente (15-19 años) en las regiones indígenas y no indígenas de México, 2014.

Edad	Indígenas	No indígenas	Nacional
15 años	20.4	18.6	18.9
16 años	45.9	45.6	45.7
17 años	72.1	71.4	71.6
18 años	91.7	88.0	88.7
19 años	131.4	118.2	120.5
15 a 19 años	70.8	68.1	68.6

Fuente: elaboración propia con base en el subsistema de información sobre nacimientos SINAC.

En el cuadro 4.2 no se observan diferencias notables dentro del rango establecido, aún por edades desplegadas. A pesar de que se esperaba que la fecundidad fuese mayor a edades tempranas en los contextos indígenas, los resultados no muestran brechas amplias de los 15 a 18 años. A los 15 años de edad la diferencia es de un nacimiento por cada mil mujeres, a los 16,17 e incluso a los 18 años no se tienen diferencias notables. Es hasta los 19 años cuando se observan diferencias más grandes, a esta edad, en 2014, se tuvieron 118 nacimientos por cada mil mujeres en las regiones no indígenas, mientras que en la población que vive en las regiones indígenas de México fue de 131 nacimientos.

Si se consideran las tasas específicas de fecundidad para las regiones indígenas y se comparan por región en el país, se puede diferenciar por edad desplegada, a aquellas que tienen tasas superiores a la nacional, en color oscuro, de las inferiores en color claro (cuadro 4.3).

Cuadro 4.4. Tasas específicas de fecundidad adolescente (15-19 años) en las 25 regiones indígenas de México, 2014.

Región indígena	15 años	16 años	17 años	18 años	19 años	15-19
Altos de Chiapas	13.3	26.5	38.9	45.3	69.6	38.3
Chimalapas	5.5	20.0	21.3	37.6	80.8	30.8
Istmo	18.1	43.1	60.4	85.3	122.9	64.7
Maya	17.3	40.4	59.9	74.1	96.8	57.8
Valles Centrales	17.6	40.3	66.6	77.4	108.3	63.0
Chontal de Tabasco	19.4	47.1	69.4	80.7	120.5	66.2
Norte de Chiapas	25.0	54.8	63.3	79.3	114.7	65.3
Selva Lacandona	24.1	50.8	73.8	89.3	129.1	71.0
Frontera sur	19.8	38.7	71.8	99.0	151.4	72.5
Huasteca	18.3	42.5	74.8	106.3	169.5	76.9
Mayo-Yaqui	18.6	43.1	86.0	92.2	134.2	71.9
Mazaua-Otomí	11.4	35.4	63.1	87.6	138.5	65.1
Otomí de Hidalgo y Querétaro	15.9	40.2	70.4	100.9	133.3	70.5
Sierra Norte de Puebla y Totonacapan	18.1	42.2	72.8	97.7	140.6	72.0
Chinanteca	21.5	41.2	74.3	105.4	146.6	76.0
Cuicatlán, Mazateca, Tehuacán y Zongolica	21.6	51.2	75.7	91.1	131.9	73.4
Costa y Sierra Sur de Oaxaca	27.7	56.7	85.8	116.9	166.7	88.3
Huicot o Gran Nayar	39.3	80.7	97.5	143.3	166.6	101.9
Mixe	25.1	64.5	88.2	131.7	204.5	99.1
Mixteca	24.3	51.7	92.2	112.7	163.5	85.3
Montaña de Guerrero	29.5	62.1	94.4	109.6	169.1	89.4
Purépecha	24.8	59.7	94.8	110.4	152.1	88.6
Sierra de Juárez	25.8	44.6	82.8	93.6	159.8	80.3
Tuxtlas, Popoluca- Náhuatl de Veracruz	30.0	54.2	78.0	106.1	144.3	82.2
Tarahumara	60.9	110.5	164.2	187.9	231.7	146.2

Tasa específica de fecundidad en las regiones indígenas	> 20.4	> 45.9	> 72.1	> 91.7	> 131.4	> 70.8
	< 20.4	< 45.9	< 72.1	< 91.7	< 131.4	< 70.8

Fuente: elaboración propia con base en el subsistema de información sobre nacimientos SINAC.

Como se observa en el cuadro 4.4 el comportamiento de la fecundidad adolescente puede conformarse en cuatro grupos. Primero donde a nivel de región, se aprecian tasas de fecundidad menores a la nacional en todas las edades: la maya, los valles centrales, istmo, chimalapas y los altos de Chiapas. Para el caso de los mayas, Vázquez (2013) ya había dado cuenta de grupos indígenas con una baja fecundidad, con base en la categoría de hablante de lengua indígena, los mayas y otomíes. En este sentido la región maya también presenta tasas de fecundidad adolescente indígena inferior a la nacional.

Segundo las regiones en las que la fecundidad adolescente se concentra en la adolescencia temprana, de los 15 a los 17 años, como en la selva lacandona, el norte de Chiapas y chontal de Tabasco. El tercer grupo lo conforman aquellas regiones donde la fecundidad adolescente se concentra en durante la adolescencia tardía: la región frontera sur, la huasteca, mayo-yaqui, mazahua otomí, otomí de Hidalgo y Querétaro y la sierra norte de Puebla y totonacapan.

Finalmente aquellas regiones donde se tienen tasas específicas de fecundidad superiores por edad desplegada durante toda la adolescencia: la tarahumara, huicot, purépecha, montaña de Guerrero, mixe, mixteca, costa y sierra sur de Oaxaca y tutxtlas, popoluca- náhuatl de Veracruz. De ahí la importancia de profundizar en las características de cada región. Diez regiones presentan tasas específicas superiores a la nacional en prácticamente todas las edades de la adolescencia. La región Tarahumara, por ejemplo, registra 231.7 nacimientos por cada mil mujeres de 19 años, en 2014, con respecto a 131.4 nacimientos registrados en las regiones indígenas del país, además a los 15 años de edad, la tasa de fecundidad es 3.2 veces mayor a la nacional, lo que hace reflexionar sobre las condiciones de vida de las adolescentes y los adolescentes que viven en la región tarahumara, ¿qué opciones de desarrollo personal tienen?, cuya explicación es un tema pendiente en esta investigación.

4.4. Las adolescentes aceptantes de Anticoncepción Post-Evento Obstétrico (APEO).

En México, la anticoncepción posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto se proporciona en las unidades médicas de la Secretaría de Salud, desde la década de los setenta, sin lograr consolidarse como una acción de salud continua y permanente, hasta el año de 1994 cuando la Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Salud Reproductiva, lo logró implantar en las unidades médicas de segundo nivel de atención y en las unidades de primer nivel que atienden eventos obstétricos en todo el país (Secretaría de Salud, 2002).

Si bien el objetivo principal es proteger la salud, desde sus inicios esta política ha tenido de manera explícita un enfoque maltusiano, que va desde la preocupación por los recursos naturales al debate población desarrollo, siempre buscando contribuir al descenso de la fecundidad. En contraste también, las acciones buscan proteger la salud materna e infantil, además de prevenir embarazos no planificados e intervalos intergenésicos cortos (menores a 2 años), así como favorecer la cobertura anticonceptiva en los grupos sociales menos favorecidos como las adolescentes y las indígenas (OMS, 2014; Secretaría de Salud, 2002).

En este sentido, desde la política pública, las adolescentes y jóvenes son un grupo prioritario ya que son el grupo que presenta mayores barreras al uso de métodos anticonceptivos (CONAPO, 2016, ENAPEA, 2015; OMS, 2014; Secretaría de Salud, 2002; 2014) por lo que se requiere de mejorar y fortalecer los servicios de planificación familiar y anticoncepción, debido a que en 2009 la prevalencia más baja en el uso de métodos anticonceptivos modernos³³ se dio en este grupo de población con 44.4 por ciento, para después incrementarse a niveles cercanos a 80 por ciento en las edades de 35 a 44 años (Secretaría de Salud, 2014).

³³ Incluye OTB, vasectomía, dispositivo intrauterino (DIU), hormonales orales, hormonales inyectables, condones masculinos y femeninos, implantes subdérmicos, parches dérmicos, anticoncepción de emergencia, así como óvulos, jaleas o espumas (ENADID, 2009).

Si bien, “lo ideal es que la adopción de algún método anticonceptivo comience desde el momento en que deciden iniciar una vida sexual; de acuerdo a los resultados de la ENADID 2014, la brecha entre la edad mediana, a la cual comienzan las relaciones sexuales las mujeres y la edad mediana a la que inician con el uso de algún método anticonceptivo de forma continua es amplia, además de que en 2014, sólo el 11.8 por ciento de las mujeres hablantes de lengua indígena y edad fértil, usó métodos anticonceptivos en la primera relación sexual contra 36 por ciento de las no hablantes, cuya causa principal de no uso, entre las mujeres HLI, es no conocía, no sabía dónde obtener o cómo usar métodos (CONAPO, 2016). Por lo que una de las principales estrategias que permita prevenir el embarazo en la adolescencia y favorecer el acceso y uso de métodos para prevenir embarazos no deseados a través de los servicios amigables (ENAPEA, 2015).

Como se ha documentado, en México el uso de métodos anticonceptivos en las mujeres unidas no se utiliza principalmente para retrasar el inicio de la maternidad sino para espaciar los nacimientos o concluir su trayectoria reproductiva (Brugeilles y Rojas, 2016; CONAPO, 2016; Zavala y Páez, 2013). Además, se tiene evidencia de que entre las mujeres nacidas en los periodos 1965-1979 y 1980-1989, se redujo el tiempo entre el primer hijo nacido vivo y el primer uso de anticonceptivos, las mujeres mayores tienen una brecha de 4.3 años entre ambas transiciones, mientras que en las mujeres más jóvenes es de 2.4 años, donde se destacan las HLI, cuya reducción de la edad fue mayor (4.2 años) disminuyendo la brecha de 2.1 años a 0.8 años entre las cohortes de nacimiento 1965-1979 y 1980-1989 (CONAPO, 2016).

Es decir, la práctica anticonceptiva se inicia cada vez más temprano y aún se mantiene entre las generaciones el patrón tradicional, conformado a partir de la década de 1970, caracterizado por el uso de la anticoncepción en el contexto de la unión conyugal y una vez que se había comenzado a formar la descendencia, caracterizada por la trayectoria: unión, nacimiento, uso de anticoncepción, donde se mantiene como norma estar en unión y tener al menos un hijo antes de comenzar la planificación familiar. También es notorio el cambio relacionado con el uso cada

vez más precoz de la anticoncepción en relación con el número de hijos: en las generaciones más avanzadas se encuentra muy próximo del nacimiento del tercer hijo, en las generaciones intermedias muy cerca del segundo hijo y en las más jóvenes muy vinculado al primer hijo. (Brugelilles y Rojas, 2016)

Sin embargo, también se han identificado cambios como los documentados por Brugelilles y Rojas (2016) donde entre las generaciones intermedias y jóvenes de hombres y mujeres, empieza a existir un mayor tiempo para la vida conyugal sin haber tenido hijos, gracias a una práctica anticonceptiva previa al nacimiento del primer hijo. Además, otro que aparece de manera más tímida entre los hombres y las mujeres más jóvenes, y es el relacionado con el inicio de una práctica anticonceptiva previa a la unión, que estaría reflejando la existencia de una sexualidad prenupcial sin riesgo de un embarazo no planeado y, por lo tanto, una aparente ruptura con el patrón social tradicional que confinaba la sexualidad, sobre todo femenina— a la vida en unión; aunque Es probable que estos cambios en los comportamientos estén asociados con el hecho de que se trata de una población eminentemente urbana, muy escolarizada y familiarizada con los procesos de modernización y globalización de la cultura (Brugelilles y Rojas, 2016).

A pesar de que el intervalo entre el primer hijo y el uso de anticonceptivos se redujo, aún se piensa a las mujeres indígenas en situación de “desventaja” en materia de planificación familiar y anticoncepción, como también se considera a las menos escolarizadas, las residentes de zonas rurales o urbano marginales y las adolescentes (CONAPO, 2016; Secretaría de Salud, 2014). Desde la perspectiva del CONAPO se estima que los programas que atienden las necesidades de salud sexual y reproductiva de las personas con mayores carencias están avanzando, aunque aún se piensa que los esfuerzos aún son insuficientes al compararse con la edad mediana a la que inician las relaciones sexuales (CONAPO, 2016). Es por ello que el acercamiento a las mujeres indígenas es indispensable, por ser sujetos, que desde la política pública se consideran prioritarios de atención, y segundo, porque a partir del segundo milenio se visibiliza al indígena como sujeto de derecho a la salud y se integra el enfoque intercultural en el sector salud. A partir de entonces pueden

encontrarse esfuerzos, aunque aislados, por “promover adecuaciones interculturales en la operación de los servicios de salud para disminuir las barreras culturales” (Almaguer, 2014: 103).

Ya que una de sus prioridades de la política de planificación familiar es promover el uso inmediato de métodos anticonceptivos en la resolución obstétrica (Secretaría de Salud 2002, 2017; IMSS, 2014), el porcentaje de Anticoncepción post-evento obstétrico (APEO) a nivel nacional pasó de 57.9 por ciento, en el año 2006, a 65.5 por ciento en 2012 (Secretaría de Salud, 2014).

En las instituciones públicas de salud en México, las aceptantes de Anticoncepción post-evento obstétrico (APEO) pasaron de 928.5 mil en 2006 a 1.26 millones en 2012, lo que representó un incremento de 36% en dicho periodo. En este caso, el IMSS Oportunidades y la Secretaría de Salud tuvieron incrementos del 3.0 y 13.8% respectivamente. En el resto de las instituciones, la tendencia es consistente a la baja (Ibid: 41).

A pesar de que también se establece que esta decisión debe darse en un contexto de respeto a la libre decisión (Secretaría de Salud 2002, 2017; IMSS, 2014); el libre albedrío ha sido cuestionado debido a la evidencia existente en el uso inducido e incluso forzado (Figuroa, 1994; GIRE, 2015; Guerrero, 2018; Nazar et. al, 2007). En este sentido lo que retoma importancia es la transgresión a los derechos sexuales y reproductivos como consecuencia de cumplir con las metas de la APEO, de las cuales no se encontraron referentes que expliquen la base del cálculo.

Si bien se menciona que de acuerdo con Ross & Winfrey (2001 citado por OMS, 2014), en su análisis de los datos de la encuesta demográfica y de salud de 27 países, el 95 por ciento de las mujeres que cursan el período de 0 a 12 meses posparto desean evitar el embarazo en los 24 meses siguientes, pero el 70 por ciento de ellas no usan métodos anticonceptivos, en México la meta de APEO ha aumentado al pasar de 59.6 por ciento en 2006 a 70 por ciento en 2012 (Secretaría de Salud, 2008), al 80 por ciento en 2017, aunque con variaciones en las entidades federativas, donde las metas más altas pertenecen a Colima, Chihuahua, San Luis Potosí y Tlaxcala con 95 por ciento y la menor a Oaxaca con 41 por ciento (Secretaría de Salud, 2017), donde el no cumplir con dicha meta se considera

un área de oportunidad³⁴; aunque en palabras de Sánchez³⁵ no existen consecuencias para el personal de salud sino se cumplen las metas. Por lo tanto, desde esta mirada hegemónica de la medicina alópata se piensa que, en nuestro país, por lo menos 8 de cada 10 mujeres que tienen un evento obstétrico, deben ser usuarias de métodos anticonceptivos modernos de acuerdo con el Programa de acción específico, planificación familiar y anticoncepción 2013- 2018 (Secretaría de Salud, 2014), aunque en ocasiones el derecho a la protección de la salud actué en contra de la salud, como el caso de la cesárea no justificada (Cárdenas, 2003 citado por Nazar et. al, 2007, Brugeilles, 2014).

A pesar de que el indicador denominado APEO no permite visibilizar la calidad ni la libre decisión en el uso de métodos, se considera un referente adecuado para profundizar en el conocimiento del acceso anticonceptivos ya que el uso de estos resulta ser el elemento más importante para explicar el descenso en la fecundidad en las últimas décadas en América Latina y en México (Chackiel y Schkolnik 1992; Di Cesare, 2007; Schkolnik y Juan Chackiel, 2004; Zavala de Cosío 1995, 2014,), además permite explorar y tener un panorama del uso de estos métodos en poblaciones vulnerables como las adolescentes y las indígenas.

Para conocer el porcentaje de APEO, se debe precisar que los datos de: cubos salud, son la base para la estimación del indicador, el cual es una proporción que se construye de la suma del número de adolescentes aceptantes de métodos anticonceptivos durante el pos evento obstétrico y antes del egreso hospitalario, más el número de adolescentes aceptantes durante el puerperio en el primer nivel

³⁴ “De acuerdo con los sistemas de información institucionales, el IMSS Régimen Ordinario, el IMSS Oportunidades y la SEDENA superaron la meta de 70 por ciento de cobertura de APEO, con logros de 84.5, 77.4 y 76.6 por ciento, respectivamente. La Secretaría de Salud, a pesar de que incrementó la cobertura de APEO de 43.2 por ciento en 2006 a 58.4 por ciento en 2012, se mantuvo muy por debajo de la meta nacional, lo que representa un área de oportunidad” (Secretaría de Salud, 2014: 41).

³⁵ Entrevista semiestructurada realizada al médico Ivanov Sánchez Galicia, coordinador del programa de planificación familiar para el segundo nivel de atención de la Secretaría de Salud de Hidalgo, 27 de marzo de 2018.

de atención, entre el total de eventos obstétricos atendidos en unidades médicas de la Secretaría de Salud (Secretaría de Salud, 2017).

Por lo tanto, se tienen dos momentos, el primero durante el post evento obstétrico y antes del egreso hospitalario, donde se espera una mayor concentración del uso del servicio debido a que entre 2002 y 2004 se estableció que todos los nacimientos debían ocurrir en hospitales de segundo y tercer nivel (Guerrero, 2018). El segundo ocurre durante el puerperio, donde en los centros de salud se realiza la labor de “rescatar” a las mujeres que no aceptaron el uso de algún método durante la estancia hospitalaria.

Para estimar el número de aceptantes durante el pos evento obstétrico y antes del egreso hospitalario se recurre al Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH), del año 2014, ya que su objetivo es generar la información de la atención brindada durante la estancia del paciente en el área de hospitalización, además permite evaluar la situación de la salud y la demanda de atención hospitalaria, para la administración y planeación de los servicios de salud (Secretaría de Salud 2017c).

Si se parte del total de nacimientos ocurridos en México en el año 2014, 2 millones 243 mil 352 (CONAPO, 2014), el SINAC captó 2 millones 177 mil 319 de los cuales 1 millón 45 mil 159 ocurrieron en instituciones de la Secretaría de Salud, es decir el 48 por ciento. De acuerdo con cubos salud del 2014, en ese año, 1 millón 59 mil 740 eventos (cesáreas y partos) en los hospitales de la Secretaría de Salud, de 1 millón 177 mil 661 eventos obstétricos (abortos, cesáreas y partos). Es decir, es mayor el número de nacimientos registrados en cubos, 14500 más registros, con respecto a el SINAC. Sin embargo, es necesario considerar que existen factores que contribuyen a esta diferencia, entre los cuales se mencionan: la falta de cobertura del certificado de nacimiento (Mier y Terán y Llañes, 2017), lo que deriva en un menor número de registros en el SINAC; pero también debe considerarse la posibilidad de tener un sobre registro en cubos salud ya que el certificado de nacimiento se registra en el SINAC; a diferencia de cubos salud, donde el reporte lo

hace el médico de manera mensual, sin que se requiera algún documento para su cotejo.

En el caso de las adolescentes (15 a 19 años) de acuerdo con el SINAC (2014), se registraron 367 mil 896 hijos nacidos vivos y 6 mil 178 nacimientos en niñas de entre 10 y 14 años. En las primeras, el lugar de nacimiento se dio en instituciones de la Secretaría de Salud, 65 por ciento o bien 238 mil 989; mientras que en niñas de entre 10 y 14 años fue de 4 mil 413 (71 por ciento). En cambio, en cubos salud se tienen casi 311 mil eventos obstétricos en mujeres, de 10 a 19 años, a nivel nacional, de los cuales el 10 por ciento corresponde a abortos, el 29 por ciento a cesáreas, 61 por ciento a partos. La atención en los hospitales representa el 98 por ciento, mientras que en centros de salud es del 2 por ciento.

Como se esperaba la atención se encuentra concentrada en los hospitales. Si se toman en cuenta solo los nacimientos, se tienen poco más de 243 mil nacimientos en madres de 10 a 19 años de acuerdo al SINAC (2014) y en cubos salud se tienen poco más de 281 mil eventos que corresponden a cesáreas y partos, cuya cifra nuevamente es mayor el registro en cubos salud, casi 38 mil nacimientos más. A pesar de ello, los datos de estos registros son la única base que se tiene para estimar el APEO, el cual es un referente a nivel nacional.

Como se observa en el cuadro 4.5, en México una de cada dos adolescentes que tuvo un evento obstétrico en hospitales de la Secretaría de Salud aceptó el uso de algún método anticonceptivo antes del egreso hospitalario. El porcentaje más alto de aceptantes se encuentra entre las mujeres a las que se les realizó la cesárea (57 por ciento), seguido de las que tuvieron partos (53 por ciento) y al final las que tuvieron un aborto con 44 por ciento. El 53 por ciento parece un porcentaje bajo si se considera que

estando la mujer “cautiva” en un servicio de salud, se le proporcionara la información adecuada sobre los métodos anticonceptivos disponibles, tanto para ella como para su pareja y cuál es el que le resulta más conveniente adoptar de acuerdo a sus necesidades, sin esperar a hacer esta recomendación cuando la mujer regrese al servicio de salud con el riesgo de que no lo haga (CONAPO, 2016: 128).

Para el sector salud, este es un aspecto muy relevante, que podría indicar que la anticoncepción post evento obstétrico (APEO) tiene áreas de oportunidad que deben trabajarse. Sin embargo, no se han encontrado hasta este momento, referentes o recomendaciones que sirvan de parámetro para diferenciar la aceptación post evento obstétrico.

Cuadro 4.5. Porcentaje de adolescentes (15 a 19 años) aceptantes de métodos anticonceptivos post evento obstétrico y antes del egreso en hospitales de la Secretaría de Salud de México, 2014.

Hospitales de la Secretaría de Salud a Nivel Nacional		
Nacional mujeres entre 15 y 19 años		
Tipo de evento obstétrico	Eventos	APEO %
Abortos	25,938	44.1
Cesáreas	86,720	56.7
Partos	181,403	53.1
Nacional	294,061	53.4

Fuente: elaboración propia con base al Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios SAEH, 2014.

Para estimar el segundo momento, es decir a las adolescentes aceptantes de método anticonceptivos durante el puerperio, se tiene la limitante de que al recurrir a los reportes generados en los centros de salud en 2014, en el apartado servicios otorgados, no se puede desagregar por grupos quinquenales. Por lo que para tener un acercamiento a los grupos de interés se toma el rango de 10 a 19 años, para ambos momentos. Con base en este rango de edad se tiene lo siguiente:

En los hospitales se brinda el 98 por ciento de la atención obstétrica, mientras que los centros de salud atienden el 2 por ciento de los casos. Sin embargo, se debe considerar que la saturación en estos servicios ha derivado en violencia obstétrica, es decir, una serie de prácticas de maltrato y de violaciones a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres en labor de parto por parte de personal de salud, especialmente del sector público (Guerrero, 2018). Bajo este entendido se tiene que la mayor proporción de la atención en hospitales corresponde a la práctica de la

cesárea, ya que representa el 57 por ciento, superando las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud que es de entre 5 y 15 por ciento y las de la Secretaría de Salud de 25 por ciento, por lo que difícilmente este exceso se encuentre justificado. El porcentaje de abortos también es alto (10 por ciento de la atención obstétrica). Además, resalta el porcentaje de partos distócicos, entendidos como aquellos que presentan “anormalidad en el mecanismo del parto que interfiere con la evolución fisiológica del mismo” (Secretaría de Salud, 2016b), es decir el 2 por ciento de la atención.

En los centros de salud, la atención obstétrica sólo corresponde a partos y abortos. Los abortos representaron el 45 por ciento de la atención obstétrica, mientras los partos el 55 por ciento, de los cuales el 7 por ciento corresponden a partos distócicos, es decir anormalidad en los partos que interfirieron con su evolución.

Con respecto a la APEO en los hospitales, en 2014, 54 de cada 100 mujeres de entre 10 y 19 años aceptó el uso de algún método anticonceptivo en contraste con el 65 por ciento de aceptantes que se tuvo en los eventos obstétricos ocurridos en todos los grupos de edad a nivel nacional. Los partos distócicos presentan la mayor proporción de APEO (64 por ciento), seguido de la práctica de la cesárea (57 por ciento) ya que como lo explica Sánchez (2018), desde el conocimiento y la subjetividad médica, si el personal de salud sabe que existieron complicaciones en el parto, existe una probabilidad alta de que el siguiente se complique. Por lo tanto, desde que el profesional de la salud es consciente del riesgo, induce al uso de algún método, ya que los embarazos separados por intervalos cortos dentro del primer año después del parto son los que presentan más riesgo para la madre y el recién nacido, y conllevan mayores riesgos de resultados adversos, como nacimiento prematuro, bajo peso al nacer y neonatos pequeños para la edad gestacional (Da Vanzo et al. 2007 citado por OMS, 2009; Secretaría de Salud, 2002). A esta mirada médica se agrega el carácter subjetivo asociado a la fecundidad ya que desde “nuestro sociocentrismo asociamos frecuente y equivocadamente la multiparidad como sinónimo de ignorancia y causa del subdesarrollo” (Feltri et. al, 2006: 303).

Con respecto a los centros de salud, el porcentaje de APEO es demasiado alto, ya que de los casi 7 mil 200 eventos obstétricos ocurridos, se tuvo más de 43 mil 800 aceptantes, debido a la labor de “rescate” que se realiza en las mujeres que no aceptaron el uso de métodos antes del egreso hospitalario.

Por lo tanto, a nivel nacional el 66 por ciento de las mujeres de entre 10 y 19 años, aceptó el uso de algún método anticonceptivo posterior al parto o durante el puerperio. Ambas proporciones se encuentran alejadas de la meta del 80 por ciento a nivel nacional, lo que hace poner en tela de juicio la meta de APEO impuesta por la política de planificación familiar y anticoncepción, ya que a pesar del uso inducido que se puede presentar en estos espacios de protección a la salud, el porcentaje de aceptación es menor al que se estima desde la política pública. Sin embargo, también debe considerarse que algunas mujeres no pueden tomar una decisión libre durante la estancia hospitalaria ya que se encuentran en compañía de la suegra o esposa, lo que en palabras de Sánchez (2018) significa que no acepten el uso del método por la presión ejercida por la familia.

Lo que se identificó es el constante seguimiento, así como la implementación de estrategias que permitan elevar el porcentaje de APEO, sobre todo en hospitales, una de ellas es contratar personal específico para brindar información sobre métodos anticonceptivos y promover su uso. También se tiene deficiencias como el no contar con un espacio específico y aislado, salvo algunas excepciones como en el caso de un hospital de Tlaxcala, donde las mujeres puedan resolver sus dudas en privado y sobre todo por tratarse de su sexualidad, otra limitante es el no contar con un quirófano específico para llevar a cabo la OTB ya que los quirófanos de los hospitales se encuentran saturados por otro tipo de intervenciones (Sánchez, 2018).

Cuadro 4.6. Proporción de APEO y antes del egreso en los hospitales de la Secretaría de Salud, en niñas y adolescentes (10 a 19 años), por tipo de método y evento obstétrico, México 2014.

Evento obstétrico	No aceptantes	Tipo de método				No especificado	Total
		Inserción de DIU	Sólo hormonal	Oclusión tubaria	Implante subdérmico		
Abortos	52	24	16	0	5	4	100
Cesáreas	38	36	10	6	5	5	100
Distócico	31	47	11	0	6	4	100
Eutócico	42	37	10	1	5	5	100

Fuente: elaboración propia con base al Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios SAEH, 2014.

Como se aprecia en el cuadro 4.6. en los partos donde hubo complicaciones y en las cesáreas se tiene una mayor proporción aceptantes de métodos anticonceptivos. Debido a que como lo expresó Sánchez (2018), se quiere evitar complicaciones en el siguiente evento obstétrico. Sin embargo, falta profundizar en esta relación que existe, desde la literatura médica, entre la cesárea y el uso inducido de algún método. También es alarmante el uso de la oclusión tubaria bilateral, en estos rangos de edad, ya que de acuerdo con la Secretaría de Salud (2002b) la esterilización no es un método apropiado para las jóvenes ya que tienen más probabilidades de arrepentirse año más tarde, por lo tanto parece difícil de justificar su uso. Se tienen registradas 11 OTB en niñas (10 a 14 años), 8 de ellas en mujeres que tuvieron cesáreas. También en el caso de las adolescentes, es necesario decir que el uso de la OTB, se presenta con mayor frecuencia en las mujeres a las que se les practicó la cuestionada práctica de la cesárea, 5 mil 118 casos de OTB en mujeres con cesárea.

4.3.1. Las adolescentes indígenas, por adscripción, y su APEO en las unidades dependientes de la Secretaría de Salud.

Con respecto a la población indígena, cubos salud permite acercarse al fenómeno étnico desde dos dimensiones, una de ellas es la lengua y la otras son los municipios con presencia indígena. En ambos casos los porcentajes son muy bajos. Por

ejemplo, se observan casos donde el número de HLI es similar al número de personas que no responde. Además, la categoría “no sabe” hace pensar que la pregunta no siempre se realiza de manera directa a la niña o a la adolescente. A pesar de ello no se debe pasar por alto 81 casos de OTB en adolescentes (15 a 19 años) HLI con cesárea, 9 OTB en partos y 2 en abortos ya que el uso de este método esta difícilmente justificado a esta edad.

Como se identificó y se corroboró con la entrevista realizada a Sánchez (2018) existe un subregistro en la atención de la población indígena, debido a que al no evaluarse de manera específica a las aceptantes indígenas post evento obstétrico se presta poca o nula atención a esta variable por parte de la fuente primaria de captación, es decir del médico o la enfermera que recaba la información de manera directa, quienes se formaron en escuelas donde la enseñanza de salud intercultural aún se encuentra en desarrollo (Campos-Navarro, 2010). A ello se suman los siguientes factores:

La carga excesiva de trabajo, ya que acuerdo al UNFPA (2014) en México los profesionales de la salud destinan entre 20 y 75 por ciento a la atención de la salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), ya que deben cumplir con diversas labores administrativas o de cuidado a la salud no exclusivas a intervenciones de tipo obstétrico. Lo que, aunado a la concentración de la atención médica alópata en instituciones de la Secretaría de Salud, a partir de la creación del seguro popular, restan tiempo e interés a la correcta captación en los registros administrativos.

También es importante mencionar lo mucho que falta por hacer, a nivel operativo, para la implementación de adecuaciones interculturales en la operación de los servicios de salud. Debido de la escasa capacitación con un enfoque intercultural a los prestadores de servicios y a que la capacitación existente no se enfoca al reconocimiento del indígena como sujeto de derecho a la salud ni al reconocimiento de la medicina tradicional, sino a concientizar en el personal

habilidades de comunicación³⁶. Por lo anterior se cuestiona si el referente étnico en cubos salud es confiable para tener un panorama del comportamiento del fenómeno en esta población.

³⁶ Curso interculturalidad y género, llevado a cabo el 24 de abril de 2018.

V. Conclusiones

El estudio de la fecundidad adolescente en México tiene un origen maltusiano, el cual se remonta a finales de la década de los ochenta, donde el crecimiento poblacional se visualizaba como un problema. Si bien, hoy las investigaciones demográficas aún se ocupan en la aportación de la fecundidad adolescente al crecimiento poblacional, ya que esta relación es de interés inherente a la demografía, también existen características que requieren atención debido a que el embarazo adolescente es algo más que un problema ligado al crecimiento de la población (Welti, 2006a), como bien lo ha demostrado la investigación demográfica en poco más de 25 años.

En este sentido, este trabajo desde la demografía étnica, muestra la invisibilidad en el estudio de este fenómeno en la población indígena del país, ya que poco se ha trabajado el componente étnico. A principios del segundo milenio es cuando aparece esta variable en los estudios, gracias a la generalización de la inclusión del marcador étnico en las encuestas, principalmente identificado a partir del criterio lingüístico: hablar alguna lengua indígena. Sin embargo, los escasos estudios que han incorporado algún marcador étnico, principalmente la variable lengua, como Welti (2000) y Menkes y Suárez (sf), no han encontrado diferencias en cuanto a la fecundidad adolescentes. A pesar de ello no se profundizó en este hallazgo en los estudios mencionados.

No fue sino hasta la última década, cuando se elaboró un análisis más detallado, donde de manera paradójica a lo esperado, las adolescentes indígenas de los valles central de Oaxaca tienen una menor probabilidad de presentar los eventos que conforman el calendario: la primera relación sexual, la primera unión y el primer hijo, con respecto a la población no indígena, (Valdiviezo, 2012). Es por ello que, a pesar de que tradicionalmente la ocurrencia del fenómeno se asocia a estas subpoblaciones debido a las condiciones de pobreza en que viven (CONAPO, 2016; Cruz, 2012; Menkes y Suárez, 2013 y Vázquez, 2013b), la investigación demográfica reciente da cuenta que la fecundidad temprana no es una característica inherente a las mujeres indígenas.

De esta manera, la presente investigación muestra las similitudes existentes en el comportamiento de la fecundidad adolescente en las regiones indígenas de México, donde de acuerdo con la fuente utilizada, el SINAC, la tasa específica de fecundidad (TEF) adolescente en las regiones indígenas es superior en apenas 2 nacimientos por cada mil adolescentes con respecto a la nacional. Las tasas específicas de fecundidad por edad desplegada, como índices de momento, muestran que en el año 2014, la fecundidad adolescente se concentra en la adolescencia tardía ya que de los 15 a los 17 años se observa prácticamente el mismo comportamiento en las regiones indígenas de México, con respecto a las no indígenas. Es hasta los 18 años de edad cuando se aprecian diferencias, las cuales se amplían a los 19 años, cuando las mujeres han alcanzado la mayoría de edad, donde en las regiones indígenas se tienen 131.4 nacimientos por cada mil adolescentes con respecto a 118.2 en las regiones no indígenas.

El hallazgo anterior lleva a considerar la discusión planteada, por Menkes y Suarez en más de una década, quienes mencionan que existe un lazo indisoluble entre la pobreza, la identidad y los roles de género, y el embarazo adolescente, donde el inicio temprano de la vida marital se relaciona con las normas y costumbres de género prevalecientes en estos grupos (indígenas, sin escolaridad) y con su ubicación en los estratos socioeconómicos de menores ingresos. Las similitudes en el comportamiento de la fecundidad dirigen la mirada hacia las opciones de desarrollo personal de las adolescentes, ante la posibilidad de que la maternidad sea una de ellas o incluso la única opción, no sólo para las mujeres indígenas ya que como referencia se tiene que a nivel nacional sólo el 4 por ciento de las adolescentes expuestas se encuentran listas para postergar un embarazo (Tellez, 2017), donde para el caso de las HLI es el 2 por ciento.

En esta línea existen especificidades pendientes de abordar con respecto al comportamiento de la fecundidad en adolescentes. Sin embargo, es necesario centrar la mirada en las condiciones sociales y culturales de cada contexto ya que no se profundizó en explicar el comportamiento de la fecundidad en las regiones indígenas, con base en los cuatro grupos conformados: los que tienen tasas

específicas inferiores en todas las edades que comprenden la adolescencia con respecto a las regiones indígenas de México, segundo las regiones en las que la fecundidad adolescente se concentra en la adolescencia temprana, de los 15 a los 17 años, tercero las regiones donde la fecundidad adolescente se concentra durante la adolescencia tardía y finalmente aquellas regiones donde se tienen tasas específicas de fecundidad superiores, por edad desplegada, durante toda la adolescencia.

Si bien, el comportamiento de la fecundidad va a ser influido por la fuente de datos utilizada, las bajas tasas de fecundidad pueden ser consecuencia de usar el SINAC, donde aún se mencionan problemas de cobertura. En este sentido, las aportaciones desde la antropología y la sociología, el trabajo social, así como de otras disciplinas, son necesarias para profundizar en las especificidades de las condiciones de vida de las y los adolescentes en las regiones indígenas del país, cuya tarea aún es pendiente para la demografía y los estudios de población. Por lo tanto esta investigación contribuye a romper paradigmas, primero el de asociar la maternidad precoz con las poblaciones indígenas y segundo, la falsa idea de homogeneidad que puede inducir la categoría de población indígena.

En esta línea, un segundo aspecto discutido durante más de dos décadas es el de la escolaridad, en esta investigación se analizó mediante los años escolares aprobados. Se tiene que actualmente las adolescentes, nacidas entre 1995 y 1999, hablantes de lengua indígena han superado el nivel de primaria para posicionarse en segundo año de secundaria, por lo que la brecha escolar por condición étnica, HLI versus no HLI, se ha ido reduciendo a poco menos de 2 años escolares aprobados en el grupo de adolescentes, 8.3 grados para las hablantes de lengua indígena y 9.8 para las no hablantes; aunque aún no es suficiente para alcanzar la educación básica obligatoria. Si bien se tiene una construcción social que asocia la deserción escolar con la maternidad adolescente, la investigación demográfica reciente señala que no es así. En este sentido, la presente investigación aporta evidencia de que la unión o el embarazo no son los principales motivos para dejar la escuela, sino las cuestiones económicas principalmente, seguido de las escolares

son, independientemente de la condición étnica, HLI versus no HLI. Sin embargo, no se profundizó en conocer la distribución de la riqueza destinada a la educación al interior de los hogares y el papel que asumen las mujeres hablantes de lengua indígena en la asignación del recurso.

Otro asunto pendiente en esta investigación tiene que ver con la variable, tamaño de localidad de residencia. Cuyo efecto se ha ido desvaneciendo, de ser una de las variables más representativas en los ochenta y aún en el año 2000. Sin embargo, a través de los años esta relación perdió peso, principalmente cuando se incluyó en los modelos de regresión logística. Sin embargo es necesario considerar los nuevos matices de la dicotomía urbano-rural y la transformación del papel de las mujeres, su incorporación a los espacios laborales, a pesar de las estructuras masculinizadas de la burocracia (Pineda et. Al 2006) y su impacto en el comportamiento de la fecundidad adolescente en la población indígena.

Por lo tanto como lo menciona Valdés (1986) el descuido en el estudio de la fecundidad adolescente indígena, o el menosprecio de los demógrafos y estudiosos de la población en abordar el tema es en sí una forma de etnocidio. Es por ello que desde la demografía étnica una de las principales aportaciones de esta investigación es la de visibilizar el fenómeno. Si bien se encuentran más similitudes, que diferencias en el comportamiento de la fecundidad, dicha situación lleva a reflexionar sobre los contextos en los que existe la carencia de un proyecto de vida mas prometedor para las mujeres que el de la maternidad, un contexto que no se limita a las regiones pobres y menos escolarizadas del país sino que también conocen las adolescentes que habitan en contextos distintos a las regiones indígenas.

Como se menciona, el objetivo de este trabajo es conocer la relación que mantiene el comportamiento de la fecundidad adolescente y sus condiciones de acceso a los servicios de salud, bajo este entendido se identifica lo siguiente: la variable no ha sido significativa, a partir de su inclusión durante el segundo milenio, en los estudios demográficos y de población. Sin embargo, se tiene la hipótesis de que no ha sido significativa por dos motivos: primero, la variable acceso se ha

utilizado como sinónimo de afiliación o derechohabiencia; y no se ha delimitado con base en las dimensiones que conforman el acceso a los servicios de salud (calidad, utilización, disponibilidad y accesibilidad) y segundo, el uso de la variable acceso en los trabajos revisados se da de manera simultánea a un contexto donde, a partir de la creación del Sistema Nacional de Protección en Salud, la afiliación a servicios de salud empieza a concentrarse en la Secretaría de Salud a través del Seguro Popular.

Es así que a partir de la insistencia de profundizar en la variable acceso a los servicios de salud y su relación con la fecundidad en adolescentes (de 15 a 19 años) indígenas, se excluyen las dimensiones de disponibilidad, accesibilidad y calidad, debido a que a pesar del aumento en las personas afiliadas al seguro popular, la infraestructura y los recursos humanos a los que tienen acceso los afiliados, no se han incrementado a la par del aumento en los y las derechohabientes, lo que se traduce en una disponibilidad relativa cada vez menor frente a la demanda creciente (CONEVAL, 2014). Con respecto a la calidad se gestionó la base de datos del Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS), sin embargo las variables no permiten profundizar en la calidad de la atención obstétrica y post parto, su principal limitante es carecer de un marcador étnico. Como recomendación para trabajos posteriores la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares puede ser de mayor utilidad para analizar las condiciones mencionadas.

En esta investigación se decide enfocarse en la dimensión de utilización, debido a que se ha consolidado una política de atención obstétrica y post obstétrica, actualmente bajo la rectoría de la Secretaría de Salud, centrada en la búsqueda del cuerpo femenino, a través de la intervención del servicio médico alópata proporcionado por el Estado mexicano, cuyo origen se remonta a la década de 1950. De manera que el 95 por ciento de las mexicanas nace en hospitales, con una cobertura de revisiones obstétrica cercana al 100 por ciento, a lo que le sigue la recomendación de uso de métodos anticonceptivos centrada en las mujeres. Bajo

este énfasis de la cobertura de la práctica médica alópata, por médico o enfermera, se ha invisibilizado el papel de actores importantes, el caso de las parteras.

Por lo tanto el uso de métodos anticonceptivos recobra importancia por que se favorece la cobertura anticonceptiva en los grupos sociales menos favorecidos como las adolescentes y las indígenas (OMS, 2014; Secretaría de Salud, 2002) y segundo porque el uso de anticonceptivos resulta ser el elemento más importante para explicar el descenso en la fecundidad en las últimas décadas en América Latina y en México (Chackiel y Schkolnik 1992; Di Cesare, 2007; Schkolnik y Juan Chackiel, 2004; Zavala de Cosío 1995, 2014,).

Es así que este trabajo tiene evidencia de que no es el acceso a métodos anticonceptivos el cuello de botella del descenso de la fecundidad en adolescentes, indígenas y no indígenas, ya que se tiene la oposición personal, de la legitimidad social de su entorno o de la falta de apertura al cambio. Por lo que las objeciones éticas y religiosas, así como los miedos y creencias de salud, e incluso la presión social serían factores que están evitando el uso de métodos anticonceptivos en las jóvenes, de acuerdo con el modelo RWA. También destaca, que existen otras razones, necesarias de conocer, con un peso similar al componente willingness. Esos motivos se desconocen ya que escapan a las 17 opciones categóricas contenidas en la ENADID 2014.

El modelo utilizado, RWA, permite diferenciar el uso de métodos anticonceptivos por condición étnica, HLI versus no HLI, el cual también permite visibilizar el uso del condón masculino en los HLI, donde una de cada 5 usuarias refiere el uso de este método. Como se mencionó existe una amplia cobertura anticonceptiva, donde no se encuentran diferencias por condición étnica. Dentro de esta globalización de los servicios de salud, la cobertura anticonceptiva es un indicador que se asocia con la eficiencia de los programas de salud sexual y reproductiva en nuestro país (CONAPO, 2016), por lo que se sugiere la hipótesis de que es el embarazo la condición que motiva el uso de métodos anticonceptivos a través de la intervención del sector salud.

En este sentido es importante reconocer que el objetivo del sistema de salud ha sido el de proteger la salud materna e infantil, sin embargo de manera simultánea, la reducción de la fecundidad también lo es, desde los setenta y aún en el programa 2013- 2018. Actualmente los objetivos buscan prevenir embarazos no planificados e intervalos intergenésicos cortos (menores a 2 años), además se tiene como meta que 8 de cada 10 adolescentes que tienen un evento obstétrico sean aceptantes de algún método anticonceptivo. Lo que sumado a las metas establecidas en la ENAPEA “lograr que en el 2030 se reduzca a la mitad la actual tasa de fecundidad entre las adolescentes mexicanas de 15 a 19 años de edad, y erradicar el embarazo en niñas menores de 15 años” (ENAPEA, 2015: 3), hace plantear la interrogante si en el cumplimiento de dichas metas los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres son transgredidos.

Para indagar esta pregunta se analizó el indicador denominado Anticoncepción Post Evento Obstétrico (APEO) mediante las fuentes de datos de la Secretaría de Salud, cubos salud 2014, dos de sus apartados: Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) y Servicios otorgados. Lo primero que se cuestiona son sus objetivos de cobertura del 80 por ciento ya que no se localizaron, hasta este momento, referentes que expliquen la base del cálculo de la APEO, lo que hace pensar que se tienen objetivos no situados en realidades concretas, por ejemplo para la población indígena. Si bien, la APEO no permite visibilizar la cuarta dimensión del acceso a los servicios de salud: es decir la calidad y como resultado después de explorar este terreno poco conocido, se tienen más preguntas que respuestas. Sin embargo el análisis del componente APEO, permite aportar piezas del rompecabezas no sólo en adolescentes sino en niñas menores de 15 años.

Primero, con base en el tipo de método utilizado, se hace evidente el uso de la OTB. Si bien la ENADID no dio cuenta de esta práctica en las adolescentes, cubos salud del año 2014, muestra 6 mil 938 OTB realizadas en niñas y adolescentes, 11 casos en niñas de 10 a 14 años. Lo anterior es difícil de justificar ya que este método no se recomienda por la OMS debido a que son muy jóvenes y se pueden arrepentir

de la decisión, sin embargo en esta practica esta implícito el objetivo médico de la protección a la salud, por lo que quizá el uso de un método definitivo a estas edades evidencia y acepta un contexto en el que las niñas y adolescentes son vulnerables a otro embarazo e incluso violaciones sexuales, sin embargo es sólo una especulación, cuyo origen debe ser explicado en algún momento. ¿Qué situación justifica el uso de un método anticonceptivo en una niña?. Sin duda en la medida que se aporte evidencia sobre esta situación se tendrán elementos que permitan no sólo cumplir la meta de erradicar los embarazos en niñas de acuerdo a la ENAPEA, sino lo que es más importante trabajar en las condiciones estructurales que favorecen la ocurrencia del embarazo infantil.

También se debe considerar el momento en que se decide el uso de un método anticonceptivo definitivo, ya que el 99.7 por ciento de las OTB que se realizaron en 2014 se hicieron durante el pos parto y antes del egreso hospitalario “a pesar de la recomendación internacional sobre la conveniencia de dejar pasar algunos meses después de tal evento, por una parte para asegurar la sobrevivencia del hijo y por otra, para que la mujer se recuperara del parto antes de tomar la decisión por un método anticonceptivo permanente” (Figuroa y Aguilar, 2006: 5). Sólo el 0.3 por ciento se hizo en centros de salud, lo que se denomina rescate, nuevamente centrado en el cuerpo femenino. Es importante mencionar que actualmente se promueve el uso de la vasectomía, su uso aún no se visibiliza a edad tempranas y falta conocer su aceptación en población indígena. Retomando, si se considera sólo el uso de la OTB, el 74 por ciento de ellas se realizó posterior a una cesárea, el 25 por ciento en partos y sólo el 1 por ciento en abortos.

Por lo tanto, retoma importancia el uso de la cesárea, ya que la proporción recomendada, es de entre 5 y 15 por ciento de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud y de hasta 25 por ciento para la Secretaría de Salud, por lo que difícilmente este exceso se encuentra justificada ya que representa el 30 por ciento. Es en esta práctica donde se tiene mayor aceptación post evento obstétrico, 6 de cada 10 adolescentes en los hospitales, lo que cuestiona si el evento de la cesárea propicia el uso inducido de métodos.

Como se lee, a través del uso de las fuentes de datos de salud se aprecian aspectos que pasan desapercibidos en las fuentes demográficas, para el caso de las adolescentes. La principal limitante es la de contar con indicadores confiables de la población indígena ya que si bien existe el marcador étnico, su principal limitante es el subregistro, por lo que no se han podido precisar en las diferencias por condición étnica de esta intervención del sector salud. Por lo tanto aún se desconoce si la población indígena es más vulnerable a los procesos de medicalización de la fecundidad. Si bien los pueblos indígenas son tema en las agendas públicas, al menos en el discurso su invisibilidad y el subregistro, también son formas de etnocidio estadístico.

VI. Referencias

Almaguer, José; Vargas, Vicente y Hernán García (2014) Interculturalidad en salud, experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud, edita Programa Editorial del Gobierno de la Republica, México.

Animal Político (2018) Tenemos hambre y sed: desplazados de Chiapas perdieron su patrimonio tras conflicto territorial, recuperado de <https://www.animalpolitico.com/2018/01/desplazados-chiapas/> fecha de consulta febrero 2018.

Aparicio-Jiménez, Ricardo y Nayeli Salgado-Granados (2014) “Pobreza en la población y los municipios indígenas de México, 2010. Una breve revisión según familia lingüística” en Sandoval-Forero, Eduardo; Montoya-Arce, Bernardino y Adán Barreto-Villanueva (coordinadores) Hitos Demográficos del Siglo XXI: Población Indígena, edita Universidad Autónoma del Estado de México, Pp 35-62.

Arribalzaga, Eduardo (2006) “Interpretación de las curvas de supervivencia” en *Revista Chilena de Cirugía*, Vol 59, No. 1, Pp. 75-83.

Asamblea General de las Naciones Unidas (1966) Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Nueva York.

Axelsoon Per y Sköld Peter (2013) Indigenous People and Demography . The Complex Relation Between identity and statistics, Introduction, disponible en línea:
http://www.berghahnbooks.com/downloads/intros/AxelssonIndigenous_intro.pdf. Consultado en agosto 2016.

Bengoa, José (2000) La emergencia indígena en América Latina, edita el fondo de cultura económica.

Benítez, Raúl (1990) “Transición demográfica en América Latina con especial mención a México. Tendencias y consecuencias sociales” en Revista Mexicana Sociología, Vol. 66, Universidad Nacional Autónoma de México, México, pp.25-52.

Benítez, Raúl (1993) “Visión latinoamericana de la transición demográfica” [Ponencia] Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM. Versión abreviada de la ponencia presentada en la Primera Sesión Plenaria de la IV Conferencia Latinoamericana de Población Ciudad de México, marzo de 1993. En línea: <http://revistas.bancomext.gob.mx/rce/magazines/248/3/RCE3.pdf> fecha de consulta abril de 2019.

Bonfil, Paloma (2003) “Las relaciones entre pobreza y salud. Definiciones de pobreza y marginación” en González, Soledad (Coordinadora) en Salud y derecho reproductivos en zonas indígenas de México, memoria del seminario de investigación, El Colegio de México, México.

Brugelles, Carole (2014) “Las cesáreas. ¿Un medio para regular la fecundidad?” en *Coyuntura demográfica*, número 6. pp. 35- 41.

Brugelles, Carole Y Olga Rojas (2016) “Inicio de la práctica anticonceptiva y formación de las familias. experiencia de tres cohortes mexicanas” en Coubès Marie-Laure; Solís, Patricio y María Eugenia Zavala de Cosío (coordinadores) *Generaciones, cursos de vida y desigualdad social en México*, El Colegio de México y El Colegio de la Frontera Norte, México, Pp. 161-190.

Cabral; Javier, Flores; Ángel, Baltazar; Ma. del Carmen, García; Fabiola, Orozco; Ma. Concepción y Carlos Brambila (sin fecha) Salud sexual y reproductiva en jóvenes indígenas de las principales etnias de México, Hñahñú, Maya, Mixteca, Nahuatl, Tzeltal, Zapoteca, Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

- Cabrera, Gustavo (1986) "Hacia un enfoque multidisciplinario de la demografía étnica" en Valdés, Luz et. al (1986) ¿Existe demografía étnica? Mesa redonda, edita Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Campos-Navarro, Roberto (2010) "La enseñanza de la antropología médica y la salud intercultural en México: del indigenismo culturalista del siglo XX a la interculturalidad en salud del siglo XXI" en Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública
- Cárdenas, Rosario (2014) "Desigualdad en la salud, escenarios y acciones" en Rabell, Cecilia (Coordinadora) Los mexicanos, un balance del cambio demográfico, edita fondo de cultura económica, México, pp: 134- 184.
- Cervera, Miguel y Walter Rangel (2015) Información para la toma de decisiones: Población y Medio Ambiente, Dirección General de Estadísticas Sociodemográficas del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, en línea: <http://www.inegi.org.mx/eventos/2015/poblacion/doc/p-walterrangel.pdf> fecha de consulta octubre, 2017.
- Chackiel, Juan (2004) "La transición de la fecundidad en América Latina 1950-2000" en Papeles de Población. No. 41, México.
- Chackiel, Juan y Susana Schkolnik (1992) La transición de la fecundidad en América Latina en Notas de Población Vol. 20, No. 55, Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Coale, Ansley (1973) The demographic transition reconsidered en International Population Conference, New Jersey.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL (2011) Salud de la población joven indígena en América Latina, un panorama general, Santiago de Chile.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL (2013) Los pueblos indígenas en América Latina, avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos, Santiago de Chile.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL (2014), Los pueblos Indígenas en América Latina. Avances en el ultimo decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos, Santiago de Chile.
http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37222/S1420521_es.pdf?sequence=1

Comisión Nacional de Protección Social en Salud (Sin fecha) “Información general del Sistema Nacional de Protección Social en Salud” en línea
http://www.salud.gob.mx/transparencia/inform_adicional/InfoGralSP.pdf .
Fecha de consulta mayo 2017.

Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas CDI (2006) Regiones indígenas de México, Enrique Serrano Carreto (Coordinador), Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, México.

Consejo Nacional de Población CONAPO (2016) Situación de la salud sexual y reproductiva. República Mexicana.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social CONEVAL (2014) Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular, México.

Consejo Nacional de Población (2014) Proyecciones de la población 2010- 2050, en línea: <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>, consultado en septiembre 2017.

Consejo Nacional de Población CONAPO (2016) Situación de la salud sexual y reproductiva. República Mexicana.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

- Cortés, Dalia y David Hernández (2016) “Juventud indígena en México. una reflexión epistemológica desde la sociología de las ausencias” en Argumentos. Revista de crítica social, No. 18, Edita Instituto de Investigaciones Gino Germani Buenos Aires, Argentina.
- Cortés, Dalia (2011) La participación de las jóvenes hñahñu en contextos migratorios. ¿Continuidad, flexibilidad y/o transformación de las estructuras comunitarias?, en línea: <https://es.scribd.com/document/328811528/Cortes-2011-La-Participacion-de-Las-Jovenes-Hnahnu-en-Contextos-Migratorios-Continuidad-Flexibilidad-Yo-Transformacion-de-Las-Estructuras-Comunit> fecha de consulta octubre, 2017.
- Cruz, César (2012) “Vulnerabilidad social en los hogares indígenas de México” en XI Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México, Cambios demográficos y políticas públicas Demografía Étnica, Aguascalientes, México.
- Cruz, Lorena (2015) Sistema de información ENAPEA, PONENCIA, EN LINEA: <https://www.youtube.com/watch?v=fY5ohFahFDg>
- Di Cesare, Mariachiara (2007) Patrones emergentes en la fecundidad y salud reproductiva y sus vínculos con la pobreza en América Latina y el Caribe, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía CELADE, Santiago de Chile.
- Echarri, Carlos (2008) “Desigualdad socioeconómica y salud reproductiva: una propuesta de estratificación social aplicable a las encuestas”, en: Lerner, Susana y Szasz, Ivonne (Coords.), *Salud Reproductiva y condiciones de vida en México. Tomo I*, El Colegio de México, primera edición.
- Echarri, Carlos (2014) “Sobre la maternidad precoz” en México Social, en línea: <http://www.mexicosocial.org/index.php/secciones/especial/item/525-sobre-la-maternidad-precoz> fecha de consulta, enero 2016.

Echarri, Carlos (2015) Fecundidad de adolescentes en los distintos estratos socioeconómicos [ponencia] El Colegio de México, en línea: <https://www.youtube.com/watch?v=R0D5HxxG2DQ> fecha de consulta septiembre 2017.

El Universal (2017) “Partería ayudaría a prevenir la violencia obstétrica, dice CNDH” En línea: <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/nacion/sociedad/2017/05/19/parteria-ayudaria-prevenir-la-violencia-obstetrica-dice-cndh> fecha de consulta agosto 2017.

Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (2014). Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI, México

Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (2014b). “Diseño muestral”, Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI, México.

Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (2014c). “Informe operativo”, Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI, México.

Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (2014d). “Síntesis metodológica”, Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI, México.

Espinosa, Gisela (2008) “Maternidad indígena: los deseos, los derechos, las costumbres en en Lerner, Susana e Ivonne Szasz, *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, edita El Colegio de México. Pp. 141-202.

Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes ENAPEA (2015), Gobierno de la República, México.

Fajardo-Dolci, Germán; Guiérrez, Juan y Sebastian García-Saisó (2015) “Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud” en *Salud Publica de México*, Vol. 57, México, páginas: 180- 186.

Feltri, Adriana ; Arakaki, Jorge; Justo, Luis F.; Maglio, Francisco; Pichún, Florentino J.; Rosenberg, Martha I.; Spinelli, Hugo; Testa, Mario; Torres Secchi, Alicia

- M.; Ynoub, Roxana C. (2006) "Salud reproductiva e interculturalidad" en *Salud Colectiva*, vol. 2, núm. 3, Universidad Nacional de Lanús Buenos Aires, Argentina, pp. 299-316.
- Fernández, Sara (1998) "Aproximación teórico-metodológica a los estudios en salud reproductiva" en *Papeles de Población*, número 016 Universidad Autónoma del Estado de México, México.
- Fernández, Patricia (2003) "Tendencias en la mortalidad y fecundidad indígenas. Comparación con la población nacional" en González, Soledad (Coordinadora) en *Salud y derecho reproductivos en zonas indígenas de México, memoria del seminario de investigación*, El Colegio de México, México.
- Figuroa, Juan Guillermo (1994) "Anticoncepción quirúrgica, educación y elección anticonceptiva" en *Memorias de la IV Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México*, INEGI-SOMEDE, t. 1, pp. 110- 118.
- Figuroa, Juan Guillermo y Blanca Aguilar (2006) "Una reflexión sobre el uso de anticonceptivos en México a la luz de los derechos reproductivos" Lezama, José y José Morelos (coordinadores) *Población, ciudad y medio ambiente en el México contemporáneo*, El Colegio de México. México, 2006, Pp. 185-211.
- Figuroa, Juan Guillermo; Jiménez, Lucero y Olivia Tena (2006) "Introducción. Algunos elementos del comportamiento reproductivo de los varones" en Figuroa, Juan; Jiménez, Lucero y Olivia Tena (coordinadores) *Ser padres, esposos e hijos: prácticas y valoraciones de varones mexicanos*, edita El Colegio de México, México.
- Frenk J, González-Pier E, Gómez-Dantés O, Lezana MA, Knaul FM (2007) "Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México" en *Salud Publica Mex*, vol. 49 suplemento 1. Pp. S23-S36.

Freyermuth, Graciela (1998) "Antecedentes de Acteal, muerte materna y control natal ¿Genocidio silencioso?" en Hernández, Rosalva *La otra palabra. Mujeres y violencia en Chiapas, antes y después de Acteal*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México Pp. 63-83.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (2014) El estado de las parteras en el mundo 2014, hacia el acceso universal a la salud, un derecho de la mujer, en línea <https://www.unfpa.org/es/publications/el-estado-de-las-parteras-en-el-mundo-2014>, consultado en noviembre 2018.

Gallardo, Enrique (2012) Lo público en los procesos comunitarios de los pueblos indígenas en POLIS. Revista Latinoamericana. No. 31.

García, Juan (2016) "La cobertura oportuna y sub-cobertura de los nacimientos en México" en Coyuntura demográfica, No. 10, México, Pp. 87-97.

García-Peña, Carmen y César González-González (2011) "Accesibilidad y efectividad en México" en Gaceta Médica de México.

Grupo de Información en Reproducción Elegida GIRE (2015) "Niñas y mujeres sin justicia, derechos reproductivos en México"

Guerrero, Ana (2018) Dar a luz con una partera, ¿transgresión o derecho?, Edita Agenda informativa Conacyt, en línea: <http://www.conacytprensa.mx/index.php/reportajes-especiales/19524-dar-luz-partera-transgresion-derecho>, fecha de consulta febrero 2018.

Hernández-Rosete; Daniel, Maya; Olivia, Bernal; Enrique, Catañeda, Xóchitl y George Lemp (2008) "Migración y ruralización del SIDA: relatos de vulnerabilidad en comunidades indígenas de México" en *Rev Saúde Pública* No. 42. p.p. 131-138.

Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS (2014) Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea, México.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI (2010) Cuéntame de México.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI (2015) Microdatos de la encuesta intercensal 2015.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI (2015b) Cuéntame de México, en línea: <http://cuentame.inegi.org.mx/> fecha de consulta noviembre 2016.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI (2015c) “Resultados definitivos de la encuesta intercensal 2015” en Boletín de prensa, No. 524/15, México. Pp. 1-4.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI (2015d) Encuesta Intercensal 2015 : síntesis metodológica y conceptual, México.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI (2015e) Principales resultados de la Encuesta Intercensal 2015, etnicidad, lengua indígena, en línea: http://www.senado.gob.mx/comisiones/asuntos_indigenas/eventos/docs/etnicidad_240216.pdf fecha de consulta octubre, 2017.

Instituto Nacional de las Mujeres (Sin fecha) “Breve análisis de la situación de salud reproductiva de las mujeres de habla indígena y no indígena, resultados de la Encuesta Nacional sobre la dinámica demográfica 2006 y 2009.

Instituto Nacional de la Mujeres INMUJERES (2006) La población indígena mexicana, en línea: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100782.pdf fecha de consulta noviembre, 2016.

Kumate, Jesús (1993) “Presentación” en Secretaría de Salud Libro del cincuentenario, Secretaría de Salud, México.

Lesthaeghe, Ron y Camille Vanderhoeft (2001), Ready, Willing, and Able: A Conceptualization of Transitions to New Behavioral Forms en Diffusion Processes and Fertility Transition: Selected Perspectives.

Ley General de Salud, México, 2007.

Lindstrom, David y Carlos Brambila (2001) *Alternative Theories of the Relationship of Schooling and Work to Family Formation: Evidence from Mexico* en *Social Biology*, No. 48.

Lopes, Neide (1973) "Transición demográfica: ¿Resumen histórico o teoría de la población?" en *Demografía y economía* VII:1, Universidad de Sao Paulo.

López, Francisco (2006) "Los Movimientos Indígenas en México: Rostros y Caminos" en *El Cotidiano*, núm. Pp. 60-75.

Luna, Marco (2016) "La movilidad social y el contexto" (tesis para obtener el grado de doctor en ciencias sociales) Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México.

Mayer-Serra, Carlos (2007) "El derecho a la protección de la salud" en *Salud Publica de México*, Vol. 49 No. 2, edita Instituto Nacional de Salud Pública, México, P.p. 144-155.

Mendoza, Silvia; Gutiérrez, Dora; Muñoz, Catalina; López, Gabriel; Guayacan, Juan y Grisel Hernández (2016) "Condiciones sociales y culturales para la alimentación en los hogares de los preescolares y escolares de la Estrategia NUTREH" en López- Rodríguez Galván, *Estrategia NUTREH, evaluación de la Estrategia de Atención a la Nutrición Infantil en Municipios Prioritarios del Estado de Hidalgo*, edita Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México. Pp. 150- 165.

Menkes, Catherine y Olga Serrano (sin fecha). *Condicionantes Sociodemográficos del embarazo adolescente en México*, en línea: <http://docplayer.es/17004971-Condicionantes-sociodemograficos-del-embarazo-adolescente-en-mexico.html> fecha de consulta febrero 2018.

Menkes, Catherine y Leticia Suárez (2003) "Sexualidad y embarazo adolescente en México" en *Papeles de Población*, No. 35, México.

- Menkes, Catherine y Leticia Suárez (2013) “El embarazo de los adolescentes en México: ¿es deseado?” en *Coyuntura demográfica*, No. 4, México, Pp. 21-28.
- Menkes, Catherine (2015) Tendencias de la fecundidad de adolescentes: dos estudios de caso [ponencia] El Colegio de México, en línea: <https://www.youtube.com/watch?v=R0D5HxxG2DQ> fecha de consulta septiembre 2017.
- Mier y Terán, Marta y Nathaly Llanes (2017) “La fecundidad de las adolescentes mexicanas: ¿en aumento o descenso paulatino?” en *Coyuntura Demográfica*, No. 11, México.
- Muradás, Maricruz (2015, octubre, 30) La estrategia nacional para la prevención del embarazo adolescente ENAPEA [Archivo de video] Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=fY5ohFahFDg> fecha de consulta febrero 2018.
- Nazar, Austreberta; Salvatierra, Benito y Emma Zapata (2007) “Atención del parto, migración rural-urbana y políticas públicas de salud reproductiva en población indígena de Chiapas” en *Revista de Sociedad, Cultura y Desarrollo Sustentable*, año/Vol.3, Número 3 edita Universidad Autónoma Indígena de México Mochicahui, El Fuerte, Sinaloa. Pp. 763-779.
- Olivares, Martha (2016) Los sujetos rurales, globalización y contradicciones espaciales. Lo urbano y lo rural en Canabal, Beatriz y Martha Olivares (coordinadoras) *Sujetos rurales, retos y nuevas perspectivas de análisis*, Universidad Autónoma Metropolitana UAM, México, P.p. 93- 122.
- Ordorica, Manuel (sin fecha) La información demográfica en la definición, implantación, ejecución y evaluación de la Política de Población en México.
- Organización Mundial de la Salud y Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins (2005) Herramienta de toma de decisiones para clientes y proveedores de planificación familiar cuarta edición.

Organización Mundial de la Salud (2009) Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, un pilar de la OMS para la planificación familiar, cuarta edición.

Organización Mundial de la Salud (2014) Estrategias para la programación de la planificación familiar postparto.

Organización Mundial de la Salud (2015) Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, quinta edición, resumen ejecutivo.

Oyarce, Ana; Malva-Marina, Pedrero y Gabriela Pérez (2005) “Criterios étnicos y culturales de ocho pueblos indígenas de Chile” en Notas de Población, año XXI, No. 79, edita Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL, Pp. 133- 170.

Páez, Olinca y M.E. Zavala de Cosío (2017) “Tendencias y determinantes de la fecundidad en México: las desigualdades sociales” en Coubès, Marie-Laure, Solís, Patricio Y M.E. Zavala de Cosío (Coordinadores) Generaciones, cursos de vida y desigualdad social en México, El Colegio de Mexico y el Colegio de la Frontera Norte, pp.45-76, México.

Peralta, Nayeli (2003) “Identificación de la población indígena en los censos nacionales” en González, Soledad (Coordinadora) Salud y derechos reproductivos en zonas indígenas de México, memoria del seminario de investigación, El Colegio de México, México, Pp. 22-24.

Pérez, Guadalupe (2010) Transiciones y trayectorias de tres cohortes de mexicanos en la segunda mitad del siglo XX. Análisis de las diferencias socioeconómicas y de género de la salida de la escuela, el primer trabajo y la primera unión conyugal [Tesis para obtener el grado de doctora en estudios de población] El Colegio de México, México.

Pineda, Siboney; Vizcarra, Ivonne y Bruno Lutz (2006) “Gobernabilidad y pobreza: proyectos productivos para mujeres indígenas mazahuas del Estado de

México” en Indiana No. 23, Ibero-Amerikanisches Institut Preußischer Kulturbesitz Berlin, Alemania, Pp. 283- 307.

Quilodrán, Julieta y Fátima Juárez (2009) “Las pioneras del cambio reproductivo: un análisis partiendo de sus propios relatos” en Notas de población No. 87, Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía CELADE. Santiago de Chile.

Quezada, María y Aurelio Granados (2014) “Los nuevos escenarios de la migración internacional indígena en México” en Wong, Laura y Jhon Anton (organizadores) La población afro descendiente e indígena en América Latina puntos de reflexión para el debate sobre Cairo + 20, Asociación Latinoamericana de Población (ALAP), Pp. 229- 244.

Reynoso Jaime, Irving. 2013. “Manuel Gamio y las bases de la política indigenista en México”. Andamios. Revista de Investigación Social. Vol. 10, No. 22 Mayo-Agosto, pp. 333-355.

Rodríguez, Sandra y Paola, Roldan (2008) “Estimación de los determinantes del acceso a los servicios de salud en la región caribe” en revista Economía del Caribe, No. 2, Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia, páginas: 106: 129.

Rojas, Olga (2010) “Hombres y reproducción” en García, Brígida y Manuel Ordorica (coordinadores) Los grandes problemas de México, Tomo I, El Colegio de México, México, Pp. 292- 320.

Sánchez-Pérez, Héctor; Ochoa-Díaz, Héctor; Navarro, Albert y Miguel Martín-Mateo (1998) “La atención del parto en Chiapas, México: ¿dónde y quién los atiende?” en Salud Pública Mex, vol. 40, No. 6, México, P.p. 494-502.

Sandoval, Alfonso (2014) “El ciclo de las políticas públicas de población” en Rabell, Cecilia (coordinadora) Los mexicanos, un balance del cambio demográfico, edita Fondo de Cultura Económica, México.

- Sandoval-Forero, Eduardo; Montoya-Arce, Bernardino y Adán Barreto-Villanueva (2014) "Presentación en Sandoval-Forero, Eduardo; Montoya-Arce, Bernardino y Adán Barreto-Villanueva (coordinadores) Hitos Demográficos del Siglo XXI: Población Indígena, edita Universidad Autónoma del Estado de México, Pp 7-12.
- Sanz Jara, Eva. 2010. "Continuidades en el discurso intelectual y político mexicano sobre los indígenas, siglo XIX y XX" en Revista de Estudios Históricos. No. 51. Pp. 38-118.
- Schkolnik, Susana y Juan Chackiel (2004) "Los sectores rezagados en la transición de la fecundidad en América Latina" en Revistas CEPAL, No. 83., Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Secretaría de Salud (1993) Libro del cincuentenario, Secretaría de Salud, México.
- Secretaría de Salud (2002) Anticoncepción posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto, Secretaría de Salud, México.
- Secretaría de Salud (2002b) Introducción a los métodos anticonceptivos: información general, México.
- Secretaría de Salud (2006) Planeación de Unidades Médicas Modelo Integrador de Atención a la Salud MIDAS, México.
- Secretaría de Salud (2008) Programa de acción específico, planificación familiar y anticoncepción 2007- 2012, México.
- Secretaría de Salud (2014) Programa de acción específico, planificación familiar y anticoncepción 2013- 2018, México.
- Secretaría de Salud (2014b) Cierre Caminando a la excelencia 2014, México.
- Secretaría de Salud (2015) Modelo de Atención Integral de Salud (MAI) documento de arranque, México.

Secretaría de Salud (2015b) Manual de Llenado del Certificado de Nacimiento modelo 2015, México.

Secretaría de Salud (2016) Instructivo de llenado informe mensual de actividades realizadas en la unidad médica, SIS-SS-CE-H, México.

Secretaría de Salud (2016b) Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.

Secretaría de Salud (2017) Caminando a la excelencia, manual metodológico 2017, México.

Secretaría de Salud (2017b) Cubos dinámicos, servicios SIS, Dirección General de Información en Salud, en línea: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_serviciossis.html fecha de consulta marzo 2018.

Secretaría de Salud (2017c) Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH), Dirección General de Información en Salud, en línea: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinai/s_sae.html fecha de consulta marzo 2018.

Secretaría de Salud de Hidalgo SSH (2017) ICE Cierre 2017, Planificación familiar y anticoncepción [Presentación en power point].

Soberanes, Rodrigo (4 de diciembre de 2017). Desplazamiento forzado en Chiapas: Una historia que se repite desde hace 45 años. Animal político. Recuperado de <https://www.animalpolitico.com/2017/12/altos-chiapas-45-anos-no-paran-las-balas/> fecha de consulta febrero 2018.

Solis, Patricio; Gayet, Cecilia y Fátima Juárez (2008) “Las transiciones a la vida sexual, a la unión y a la maternidad en México: cambios en el tiempo y estratificación social” en Lerner, Susana e Ivonne Szasz, *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, edita El Colegio de México. Pp. 397- 428.

- Stern, Claudio. (1995) "Embarazo adolescente, significado e implicaciones para distintos sectores sociales, en Demos, México.
- Stern, Claudio. (1997) "El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica" en Salud Pública de México no. 2 Vol. 32, México.
- Stern, Claudio (2012) *El "problema" del embarazo en la adolescencia: contribuciones a un debate*, El Colegio de México, México.
- Stavehagen, Rodolfo (1986) "Reflexiones sobre demografía étnica" en Valdés, Luz et. al *¿Existe demografía étnica?* Mesa redonda, edita Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Téllez, Dora (2017) "El problema del embarazo adolescente y la utilización de métodos anticonceptivos en México" Tesis para obtener el grado de maestra en estudios de población, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Travassos, Claudia y Mônica Martins (2004) "Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde" en Cad. Saúde Pública vol.20 suppl.2, Rio de Janeiro.
- Thompson, Warren (1929) "Population" en The American Journal of Sociology, Vol. 34, No. 6. Pp. 959-975.
- Vázquez, Verónica y Aurelia Flores (2003) "Uso de anticonceptivos entre mujeres indígenas. un estudio de caso del sureste veracruzano" en Relaciones. Estudios de historia y sociedad vol. XXIV, núm. 93 , edita El Colegio de Michoacán , México.
- Vázquez, German (2003) "Estatus de la mujer y condición étnica como determinantes del uso de métodos anticonceptivos: un estudio de caso en el estado de Puebla" en González, Soledad (Coordinadora) Salud y derechos reproductivos en zonas indígenas de México, memoria del seminario de investigación, El Colegio de México, México, pp. 20-21.

- Vázquez, Germán. (2006) El cuello de botella en la transición de la fecundidad de la población indígena en México, Trabajo presentado en la VIII Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México Repensando la agenda de políticas y acciones en el ámbito poblacional, septiembre, Guadalajara, México.
- Vázquez, German (2010) *Fecundidad indígena*, edita Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo y Porrúa, México.
- Vázquez, German (2013) “Demografía étnica, un balance del periodo 1986-2011” en *Coyuntura demográfica*, No.3, México, Pp. 97-101.
- Vázquez, German (2013b) “Dinámica demográfica de las poblaciones indígenas en México: 1970- 2010” en Váldez, Luz María (coordinadora) *Hacia una nueva ley general de población*, Universidad Nacional Autónoma de México, México, pp. 237-258.
- Vázquez, Germán y María Quezada (2015) “Los indígenas autoadscritos de México en el Censo 2010: ¿revitalización étnica o sobreestimación censal? en *Papeles de Población*, Vol. 21, No. 86, edita Universidad Autónoma del Estado de México, México.
- Vázquez, Germán y Elena Ortiz (2016) La autoadscripción indígena en las regiones indígenas de México. [Ponencia] 5o Congreso Internacional de Investigación Social 2016, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Hidalgo, México, octubre 2016.
- Vázquez, German y Felipe Cenobio (2017) Tendencias recientes de la fecundidad de las mujeres hablantes de lengua indígena en México, ponencia presentada en el sexto congreso internacional de investigación social, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Vázquez, German (2018) Una aproximación metodológica para la identificación de población indígena a través de censos y encuestas en México (Ponencia) en XIV

Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México, junio 2019.

Valdiviezo, Noé (2012) “Factores asociados al embarazo en adolescentes indígenas de la región de los valles centrales de Oaxaca, 2004” Tesis para obtener el grado de maestro en estudios de población, El Colegio de la Frontera Norte.

Villoro, Luis (Sin fecha) “El estado-nación y las autonomías indígenas” en línea: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/1/278/16.pdf> fecha de consulta octubre 2017.

Wade, Peter (2000) Raza y etnicidad en Latinoamérica, edita Abya-Yala, Ecuador.

Welti, Carlos (1989) “La fecundidad de las adolescentes mexicanas / problema cultural de salud”, en *Demos*, No. 002, edita Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Welti, Carlos (1995) “La fecundidad adolescente: implicaciones del inicio temprano de la maternidad”, en *Demos*, No. 008, edita Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Welti, Carlos (2000) “Análisis demográfico de la fecundidad adolescente en México”, en *Papeles de Población*, Vol. 6 No. 26, edita Universidad Autónoma del Estado de México, México.

Welti, Carlos (2006 a) “Las encuestas nacionales de fecundidad en México y la aparición de la fecundidad adolescente como tema de investigación” en *Papeles de Población*, No. 50, edita Universidad Autónoma del Estado de México, México.

Zavala de Cosío, M. E. (1992a) “La transición demográfica en América Latina y en Europa” en *Notas de población*, año 20, No. 56, edita Centro Latinoamericano de Demografía, Santiago de Chile.

Zavala de Cosío, M. E. (1992b) *Cambios de fecundidad en México y políticas de población*, edita Fondo de Cultura Económica, México.

Zavala de Cosío, M. E. (1995) “Dos modelos de transición demográfica en América Latina” en *Perfiles Latinoamericanos*, No 6, edita Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), México.

Zavala de Cosío M. E. (2004) “Las tendencias de la fecundidad en los tres grupos de generaciones urbanas y rurales según el sexo” en Coubès, Marie Laure, Zavala, María y René Zenteno (coordinadores) *Cambio demográfico y social en el México del siglo XX: una perspectiva de historias de vida*, edita El Colegio de la Frontera Norte, México.

Zavala, María Eugenia y Olinca Páez (2013) “El retraso en la salida de la escuela no pospone la maternidad en México” en *Coyuntura demográfica*, No.4, México, Pp. 13-19.

Zavala de Cosío, M. E. (2014) “La transición demográfica en México (1895-2010): ¿una transición original?.” en Rabell, Cecilia Los mexicanos Un balance del cambio demográfico, edita Fondo de Cultura Económica, pp.80-114, México. En línea: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00968364/document> consultado en mayo 2016.

Zuñiga, Elena; Durán, Dasha y Silvia Loggia (2002) “La salud reproductiva en las entidades federativas: una mirada a través de los índices de rezago” en *La situación demográfica de México*, Consejo Nacional de Población, México, pp. 49-66.