



**UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA**

**UNIDAD IZTAPALAPA**

**TESINA:**

**SALUD REPRODUCTIVA EN UNA  
COMUNIDAD INDÍGENA**

**QUE PRESENTAN PARA RECIBIR EL TITULO DE  
LICENCIADO EN SOCIOLOGÍA**

**GISELA BELTRAN DEL VALLE MATRICULA:97322339**

**ENRIQUE CASTELLANOS SANCHEZ  
MATRICULA: 97321865**

# **INDICE**

## **CAPITULO I**

<b>I.</b>	<b>La Salud Reproductiva.....</b>	<b>1</b>
	<b>I.I.1 El concepto a nivel internacional.....</b>	<b>1</b>
	<b>I.I.2 El concepto en México.....</b>	<b>4</b>
	<b>I.I.3 Aportaciones al concepto.....</b>	<b>7</b>
<b>I.II</b>	<b>La Salud Reproductiva de los Adolescentes.....</b>	<b>10</b>
<b>I.III</b>	<b>Elementos de la Salud Reproductiva desde un Enfoque de Género.....</b>	<b>16</b>
	<b>I.III.1 La Fecundidad.....</b>	<b>16</b>
	<b>I.III.2 El Embarazo.....</b>	<b>19</b>
	<b>I.III.3 La Anticoncepción.....</b>	<b>25</b>
	<b>I.III.4 El Aborto.....</b>	<b>29</b>
	<b>I.III.5 Las Enfermedades de Transmisión Sexual y el VIH/SIDA.....</b>	<b>36</b>

## **CAPITULO II**

<b>II.</b>	<b>Comportamiento Reproductivo de la Población Indígena.....</b>	<b>43</b>
<b>II.I</b>	<b>Evidencias de la Transición de la Fecundidad en la Población Indígena.....</b>	<b>45</b>
	<b>II.I.1 Transformaciones de la Fecundidad Indígena en los últimos quince años.....</b>	<b>45</b>
<b>II.II</b>	<b>Los Cambios Generacionales de la Fecundidad.....</b>	<b>47</b>
	<b>II.II.1 Edad a la Primera unión y Fecundidad.....</b>	<b>48</b>
	<b>II.II.2 Los Intervalos entre Nacimientos y los cambios en el Comportamiento Reproductivo..</b>	<b>50</b>
	<b>II.II.3 Intervalo Protogenésico...</b>	<b>51</b>

II.II.3.1	Primer Intervalo intergenésico.....	51
II.II.3.2	Segundo Intervalo Intergenésico.....	53
II.II.3.3	Tercer intervalo intergenésico .....	54
II.III	Lactancia y periodo entre nacimientos .....	54
II.IV..	Control de la Fecundidad y el uso de Métodos Anticonceptivos. ....	56
II.IV.1	El conocimiento y uso de métodos anticonceptivos.....	56
II.IV.2.	Razones de uso y no uso de métodos anticonceptivos.....	59
II.IV.3	Lugar de Obtención y Tipo de Método Anticonceptivo utilizado.....	61

**II.IV.4 Prevalencia y Razones de uso de Métodos Anticonceptivos por edad.....62**

**II.V Calidad de la Atención ...64**

**II.VI Los Ideales Reproductivos y la Fecundidad.....65**

### **CAPITULO III**

**III. La Salud Reproductiva Indígena.....69**

**III.I Salud Reproductiva Indígena..69**

**III.II Salud Reproductiva en una comunidad indígena: San Bartolo Tutotepec, Hidalgo.....72**

**III.II.1 El contexto.....72**

**III.II.2 Analisis de la encuesta aplicada en la comunidad a la población (rango de edad 13-19 años).....76**

**a) Fecundidad.....76**

<b>b) Métodos anticonceptivos....</b>	<b>78</b>
<b>c) ETS/ VIH-SIDA.....</b>	<b>80</b>
<b>d) Embarazo.....</b>	<b>82</b>
<b>e) Aborto.....</b>	<b>82</b>
<b>f) Género.....</b>	<b>84</b>

<b>CONCLUSIÓN.....</b>	<b>86</b>
------------------------	-----------

**BIBLIOGRAFÍA**

**GI SELA :**

*Agradezco a Dios por  
ayudarme a realizar  
este sueño.*

Con amor a mis  
padres y hermanos:  
Bernabé, Gisela,  
Miguel Angel y Anabel.

**ENRIQUE:**

Agradezco a mi madre, a  
mi esposa, a mis  
hermanos quienes con su  
apoyo me ayudaron a  
salir adelante.



# **I. La Salud Reproductiva**

## **I.I.1 El Concepto a Nivel Internacional**

La creación de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) después de concluida la segunda guerra mundial obedeció a los constantes conflictos entre las naciones y por consecuencia entre los individuos; por lo que una de las preocupaciones primordiales fue la declaración de los Derechos Humanos donde se conjuntarían todos los aspectos que intervienen para el sano desarrollo físico, intelectual y social de cada individuo. Un aspecto prioritario para que lo anterior fuera posible fue la creación de un organismo encargado de asegurar y vigilar la salud; por ello en 1948 se creó la Organización Mundial de la Salud (OMS) que se encargaría de promover el desarrollo sanitario y de las capacidades de cada persona, haciendo frente a las enfermedades combatiéndolas y previniéndolas.

En 1946 la ONU estableció la comisión de Derechos Humanos y en 1948 se hizo la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en esa declaración se fundamenta el principio básico de que los derechos humanos emanan de la dignidad inherente a cada persona no importando sexo, edad o condición social; con la creación de la OMS se trató de que no existiera ninguna distinción en la prestación de servicios médicos de persona a persona, sin embargo, fue hasta 1968 que se da el primer acercamiento de manera importante para que existiera equidad de género en este

rubro. En ese año se llevo a cabo la primera Conferencia Internacional de Derechos Humanos realizada en Teherán, es en esta misma conferencia donde se comienza a incidir de manera importante en la salud reproductiva, aquí se estableció el acceso a la información y a los servicios de planificación familiar como un derecho humano, y se le concedió la libertad y la capacidad de decidir a cada pareja el número de hijos y el intervalo de nacimiento entre uno y otro.

El área de la Salud Reproductiva se ha visto sumida en un sin fin de intereses políticos y sociales principalmente, por lo que la OMS en la década de los noventa se dio a la tarea de divulgar el concepto de salud reproductiva como “la posibilidad de que las personas tengan una vida sexual satisfactoria y segura, que gocen de plena capacidad para reproducirse, que puedan decidir cuándo y cuán a menudo hacerlo, y que tengan acceso a servicios y cuidados de salud apropiados para que el resultado de los embarazos sea la sobrevivencia y el bienestar de la madre y del infante, además que las parejas puedan tener relaciones sexuales libres del miedo a embarazos no deseados o a ETS”<sup>1</sup>. Y así impactar en todas y cada una de las conferencias internacionales que tenían que ver con el tema, la Cumbre de Río (1992), la Conferencia Internacional de Derechos Humanos (Viena 1993), la III Conferencia de Población de El Cairo (1994), La Cumbre

---

<sup>1</sup> Szasz, Ivonne(1995). Sexualidad y Salud Reproductiva: Necesidades y derechos de la población. En: Demos, carta demográfica sobre México. Pág. 27

de Desarrollo Social de Copenhague (1994), la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing (1995), entre otras; a través de todas y cada una de estas reuniones se han ido elaborando instrumentos normativos y legales que garanticen la salud reproductiva en sus aspectos tanto de derechos sexuales como de derechos reproductivos.

El enfoque de la salud reproductiva adoptado en la conferencia de El Cairo –conferencia de mayor importancia en este tema por ser la primera sobre población- y en concordancia con la definición propuesta por la OMS señala: ““el estado de completo bienestar físico, mental y social de los individuos (y no nada más la ausencia de enfermedad o molestias) en todos aquellos aspectos relativos a la reproducción y la sexualidad”. Por lo tanto, la salud reproductiva considera los siguientes aspectos: a) que las personas sean capaces de tener una vida sexual segura y satisfactoria (lo que implica que los individuos puedan tener relaciones sexuales libres del miedo a los embarazos no deseados o a las enfermedades de transmisión sexual); b) que puedan decidir con libertad si quieren reproducirse o no, que puedan decidir cuándo y cuán a menudo hacerlo, (lo que significa que hombres y mujeres tienen derecho a estar informados y a tener acceso a métodos de planificación de su elección, seguros, efectivos, costeables y aceptables, así como otros métodos de su elección para regular la fecundidad que no sean contra la ley; c) que las mujeres tengan embarazos y partos seguros; y d) que los resultados de los embarazos sean

exitosos en cuanto a la sobrevivencia y el bienestar materno infantil”<sup>2</sup>.

## **I.I.2 El Concepto en México**

A principios del siglo XX la preocupación histórica del gobierno del país respecto de la dinámica poblacional, fue la de mantener altos índices de fecundidad en la población para poblar el vasto territorio nacional y disminuir los altos índices de mortalidad; durante la mayor parte de este siglo y hasta la década de los setenta se presentó un incremento acelerado de la población, pasamos de ser un país en “1900 con una población de 13.6 millones de personas a 48 millones en 1970”<sup>3</sup>.

Esto generó la necesidad de establecer políticas públicas en materia de población, cuya finalidad “es contribuir a asegurar que los mexicanos y las mexicanas participen justa y equitativamente de los beneficios del desarrollo económico y social, mediante la regularización de los fenómenos que afectan a la población en cuanto a su volumen, estructura, dinámica y distribución territorial”<sup>4</sup>. En 1970 las condiciones del país tanto económicas como

---

<sup>2</sup> Lerner, Susana. Szasz Ivonne. La investigación y la intervención en salud reproductiva: encuentro de enfoques y tendencias. En El Cotidiano n.- 107. Pág. 61

<sup>3</sup> Cabrera Acevedo, Gustavo (1994). México en el siglo XX. México, Consejo Nacional de Población. Mimeo. Pág. 4

<sup>4</sup> Gómez de León, José(1999). La política de población de México: desafíos hacia el siglo XXI. En Hacia la demografía del siglo XXI. IISUNAM-SOMEDE. México. Pág. 3.

sociales ya no eran las mismas de 30 años atrás, dada la crisis del llamado milagro mexicano; por lo que en 1973 se aprobó la Ley General de Población, se puso en marcha el programa de planificación familiar y se creó en 1974 el Consejo Nacional de Población (CONAPO) para regular la aplicación de esta ley, esta fue la primera medida adoptada por el gobierno para motivar la reducción de la población, el sustento jurídico a estas políticas poblacionales se alcanza al modificarse el artículo 4to constitucional, donde se señala el derecho de los mexicanos y mexicanas a decidir de una manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, la equidad de género y el derecho a la salud de toda la población y, además sustentar que la dinámica poblacional es un aspecto clave para el desarrollo y el crecimiento del país.

En el esfuerzo por alcanzar un buen nivel en la prestación de servicios de salud en 1984 entró en vigor la Ley General de Salud donde se estipula el derecho a la salud y a su protección en coincidencia con el artículo 4to. Constitucional donde se establece como una garantía; dicho documento “esta diseñado para proteger la salud de los individuos en general sin discriminación por sexo, edad, grupo social, étnico, entre otros; pero existen artículos que señalan especialmente a la mujer por sus características fisiológicas asociadas a la reproducción”<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Muriedas P., Isphording A(1996). Manual para el ejercicio de los Derechos Reproductivos en México. (Leyes, análisis y propuestas) SIPAM. México.

En lo referente a la salud reproductiva, el concepto llega a México vía las ONG principalmente, así como grupos de activistas y el gobierno adopta el concepto en concordancia con la OMS y lo define como “el estado general de bienestar físico, mental y social, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos. El enfoque de Salud Reproductiva imprime un alto valor al derecho a toda persona de regular su fecundidad en forma segura y efectiva, a cursar un embarazo y parto sin riesgos, a tener y a criar hijos saludables; a comprender y a disfrutar su propia sexualidad; y a permanecer libre de enfermedad, incapacidad o muerte asociadas con el ejercicio de la sexualidad y la reproducción”<sup>6</sup>.

A diferencia de conceptos anteriores referentes a la salud y la reproducción como son la planificación familiar y la salud materno-infantil, el de Salud Reproductiva rescata la esencia del concepto: la sexualidad y lo que implica: “el término se usa para designar ciertos comportamientos, prácticas y hábitos que involucran al cuerpo, pero también para nombrar el conjunto de ideas, preceptos morales y significados que las sociedades construyen en torno a los deseos eróticos y los comportamientos sexuales”<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> Poder Ejecutivo Federal. Plan Nacional de Salud Reproductiva 1995-2000, México. CONAPO. Inf. Electrónica.

<sup>7</sup> Szasz, Ivonne(1995), op cit.

## I.I.2 Aportaciones al Concepto

En la década de los 80<sup>as</sup> cuando comenzó a utilizarse el término Salud Reproductiva en E. U., en nuestro país no se conocía; el cual poco a poco se fue convirtiendo en una nueva forma de abordar la reproducción humana y la salud de las mujeres. Hacia los noventas se introdujo el concepto principalmente en espacios académicos y de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG); sin embargo, es importante señalar que no todas las personas, organizaciones o instituciones que utilizan el concepto de salud reproductiva conciben su significado de la misma manera, aunque existe consenso de que la Salud Reproductiva constituye un elemento crucial para la salud de las personas y que su cuidado contribuya al bienestar físico y mental de los individuos y a su empeño como sujetos productivos y participativos, y se observan elementos en común y prioritarios para su análisis, como son “la salud materno-infantil, la planificación familiar y la prevención de las enfermedades de transmisión sexual”<sup>8</sup>.

Actualmente, aunque ya podemos observar cierta semejanza en los temas a tratar dentro del concepto de la Salud Reproductiva, por las organizaciones e instituciones principalmente, tenemos que mencionar que es inestable y

---

<sup>8</sup> Gonzalez Montes, Soledad(1999). Los aportes de las ONG a la Salud reproductiva en México. Incluido en: Las ONG mexicanas y la Salud Reproductiva. México: El Colegio de México, Centro de Estudios Sociológicos, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, Programa Salud Reproductiva y Sociedad Pág.16

se encuentra en constante disputa por involucrar cuestiones fundamentales de nuestra sociedad como son: “la salud, la reproducción, las relaciones de poder, las inequidades de los géneros, los derechos y la participación en la toma de decisiones”<sup>9</sup>.

Las contribuciones de las ONG al estudio de la Salud Reproductiva toma mayor importancia al hablar de la construcción del concepto, ya que movimientos como el feminismo y el movimiento amplio de mujeres han tenido fuerte presencia, además de que han sido los primeros en lograr identificar claramente el concepto para el fin que persiguen. Dado esto son las ONG que trabajan con mujeres las que responden con mayor entusiasmo a la propuesta inicial asumida por el concepto para su introducción en tratar una importante esfera de la Salud.

El feminismo asume un papel importante para la construcción del concepto, “ya que desde su punto de vista, la desigualdad, la explotación en el trabajo y la concentración del poder en los hombres son factores determinantes de las diferencias de género y las expresiones de la sexualidad”<sup>10</sup>; por ello estas son algunas de sus contribuciones:

---

<sup>9</sup> Ibidem. Pág.16

<sup>10</sup> Rodríguez, Gabriela(1996). Educación para la sexualidad y la salud reproductiva. En Ana Langer y Kathryn Tolbert (editoras) Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México. EDAMEX-The Population Council. Pág. 349.



Derecho al control sobre el propio cuerpo y la sexualidad. El derecho a la información oportuna para poder tomar decisiones sobre tener o no tener hijos. El derecho a servicios médicos públicos de calidad y accesibles para toda la población, entre otros.

Las aportaciones a la construcción del paradigma de Salud Reproductiva por parte de las ONG que trabajan con mujeres sirvieron de presión y obligaron a organismos multilaterales y a gobiernos a tomar como una directriz para la construcción del concepto las demandas de las mujeres. Así, la inequidad de género se convirtió en un punto central de discusión en todos los espacios y en materia de Salud Reproductiva aún más abogando por la utilización del enfoque de género dentro del concepto.

Otros puntos donde pusieron énfasis las ONG que trabajan con mujeres para la construcción del concepto fueron en los derechos sexuales y reproductivos donde demandan: “acceso a la información completa a la sexualidad y la reproducción; acceso a la información completa de salud reproductiva y de los riesgos y beneficios de medicamentos, aparatos, tratamientos e intervenciones medicas, incluyendo la esterilización; acceso a métodos anticonceptivos seguros y efectivos; participación de la mujer en las decisiones relacionadas con su embarazo y parto; tratamiento accesible a la infertilidad; aborto seguro y no punible; libertad de expresar la sexualidad en

condiciones de seguridad, dignas y placenteras y el derecho a no sufrir violencia, abuso o coerción social o corporal”<sup>11</sup>.

Podemos citar más contribuciones, sin embargo, la principal aportación que han tenido las ONG al área de la Salud Reproductiva ha sido su accionar; donde la capacitación a prestadores de servicios y el trabajo directo con los grupos poblacionales son sus directrices involucrando temas como los derechos humanos y el desarrollo comunitario.

## **I.II La Salud Reproductiva en los Adolescentes**

La población adolescente requiere de atención diferenciada en cuanto a salud reproductiva se refiere, ya que es el grupo poblacional más susceptible a padecer las problemáticas que esto conlleva. En 1990, se reconoció por primera vez a nivel internacional en La Convención Sobre los Derechos del Niño el derecho a la salud de los y las adolescentes, incluyendo la salud reproductiva; aunque fue hasta 1994 en la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo (CIPD) realizada en el Cairo que los gobiernos acordaron brindarle información y servicio a los y las adolescentes para ayudarles a entender su sexualidad, y a protegerse de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual (ETS).

---

<sup>11</sup>González Montes, Soledad(1999), op cit. Pág 21

Sin embargo, debido a la presencia de falsas creencias, barreras culturales o los llamados tabúes, existen ciertas controversias respecto de cómo tratar el tema con los adolescentes, además de la falta de conocimiento sobre las necesidades sexuales y reproductivas de este grupo poblacional.

Un primer acercamiento al estudio de la adolescencia nos remite a tratar de comprender el concepto. La adolescencia como una etapa particular de la vida de las personas con identidad propia y necesidades específicas se fue identificando como tal hacia fines del siglo XIX e inicios del XX; aunque aspectos como la vida rural o urbana con sus implicaciones: nivel de modernidad, escolaridad, rasgos culturales, diferenciación económica y social, el género, entre otras; han ido construyendo y diferenciando el concepto en cada espacio geográfico y temporal. Es decir, la utilización del concepto de adolescencia no lo entendemos como un concepto universal, dado que esta etapa de la vida por sí misma representa una construcción cultural sujeta a la variación de ambientes y contextos.

Una de las definiciones más aceptadas para referirse a esta etapa de la vida es la propuesta por la “Organización Mundial de la Salud (OMS), que considera a la adolescencia como aquella etapa de la vida donde comienzan los cambios biofisiológicos que experimenta el

individuo luego de la niñez y que finaliza con la madurez sexual y reproductiva que abarca de los 10 a los 19 años”<sup>12</sup>.

Dentro de este periodo se presenta inestabilidad emocional, se comienza la construcción de los propios ideales y proyectos de vida; se trata de una etapa de transición, crecimiento, exploración y oportunidades, donde al mismo tiempo surge la necesidad de reafirmar la propia identidad sexual y los y las adolescentes se presentan como un grupo poblacional mal informado sobre como proteger su salud sexual. En consecuencia, son susceptibles a embarazos no deseados, riesgos en la salud asociados al embarazo precoz, abortos en condiciones inseguras, ETS y VIH, principalmente; y si a esto le agregamos que el diálogo en materia de sexualidad entre los miembros de una comunidad (padres / hijos) sea un asunto del deber ser con implicaciones de valores y normas, para quienes pueden platicarlo, ya que la mayoría no se sienten cómodos para tratar el tema; esto nos muestra a este grupo poblacional vulnerable tanto en su salud física como emocional, y hace que la Salud reproductiva alcance gran importancia como un área de la salud con prioridad para ser atendida.

Actualmente, aunque podemos observar que las perspectivas en materia de salud y educación están

---

<sup>12</sup> Guzmán, José Miguel(2001). Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe. México: Fondo de Población de las Naciones Unidas, Equipo de Apoyo Técnico para America Latina y el Caribe. Pág.14

mejorando y que, además, el primer embarazo esta ocurriendo a edades más tardías de lo que era hace unas décadas, existen algunos puntos de preocupación, ya que actualmente en el mundo vivimos con la mayor población adolescente que jamás ha existido y esto se convierte en nuevos retos para gobiernos y la sociedad en general; Además de que “las primeras causas de muerte en mujeres entre 15 y 19 años son las complicaciones en el embarazo, parto y abortos realizados en condiciones inseguras”<sup>13</sup>.

Cada año 15 millones de adolescentes de entre 15 y 19 años dan a luz, lo que representa la quinta parte de todos los nacimientos a nivel mundial, sin contar a las adolescentes que se someten a un aborto. Las ETS también constituyen un riesgo para la población adolescente, ya que es “la segunda tasa más alta de infecciones de este tipo incluido el VIH”<sup>14</sup>. La OMS estima que la mitad de las personas infectadas con VIH son menores a 25 años y que, “en los países en desarrollo el 60 por ciento de todas las nuevas infecciones ocurre en jóvenes de 15 a 24 años, donde las mujeres superan a los varones en una proporción de 2 a 1”<sup>15</sup>.

---

<sup>13</sup> Castro Arachu. Foro Mundial de Salud Reproductiva: Curso Electrónico de Cultura, Salud y Reproducción en América Latina.

[www.hsph.harvard.edu/grhf/\\_Spanish/](http://www.hsph.harvard.edu/grhf/_Spanish/)

<sup>14</sup>“Salud Reproductiva de los adolescentes”.

[www.rhoespanol.org/html/adolescent.htm](http://www.rhoespanol.org/html/adolescent.htm)

<sup>15</sup>“Salud Reproductiva de los adolescentes”

[www.rhoespanol.org/html/adolescent.htm](http://www.rhoespanol.org/html/adolescent.htm).

La simple tarea de posibilitar que los y las adolescentes conozcan y accedan a la información y los servicios en materia de salud reproductiva, no necesariamente garantizaría la aplicación y la seguridad de las conductas sexuales que adopten, pero ayudaría a desarrollar habilidades para retrasar la práctica sexual o a que el ejercicio de esta no representara riesgo para estos con la adopción de métodos efectivos para prevenir embarazos o ETS.

En 1994, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) pidió fortalecer programas para satisfacer las necesidades de salud reproductiva de los adolescentes; sin embargo, pese a la disposición de adoptar programas, en muchas ocasiones el personal de salud o los educadores no están capacitados para proveer la información precisa y apropiada, además de la falsa creencia de que al proporcionar la información se estaría fomentando la actividad sexual precoz. “Dirigir la información y los servicios de salud a los y las adolescentes puede ser el punto de partida para promover un desarrollo saludable durante esta etapa y convertirlos en adultos sanos y responsables”<sup>16</sup>.

Existen algunos factores que deben tomar en cuenta los programas para que incidan en las vidas de los y las

---

<sup>16</sup>“Salud Reproductiva de los adolescentes”.  
[www.rhoespanol.org/html/adolescent.htm](http://www.rhoespanol.org/html/adolescent.htm).

adolescentes y logran influir en sus conductas sexuales y sus decisiones sobre salud reproductiva.

Algunas estrategias claves incluyen:

- desarrollar servicios amigables hacia los y las adolescentes, lograr la participación de estos en los diseños de los programas, capacitar a los proveedores para atender necesidades e inquietudes.
- fomentar los esfuerzos de sensibilización en la comunidad para apoyar y promover conductas adecuadas en salud de los y las adolescentes, ya que es muy probable que se encuentre cierta resistencia por parte de la comunidad.
- incorporar a los programas ejercicios para desarrollar habilidades, a fin de ayudar a los jóvenes a mejorar su autoestima, a desarrollar sus habilidades de comunicación sobre sexualidad y a fortalecer su capacidad de negociar prácticas sexuales más seguras.

Los programas para adolescentes alcanzan mejores resultados cuando, además de información y servicios de salud sexual, proveen educación en habilidades para la vida; es decir, desarrollar capacidades, habilidades y desarrollan talentos que les ofrezcan oportunidades de mayor estabilidad económica y desarrollar su sentido de tener una adultez potencialmente exitosa que combinadas con información y servicios de salud reproductiva, pueden contribuir a posponer su actividad sexual ayudándoles a

comprender el impacto a largo plazo de sus decisiones y la importancia de planificar su futuro.

Tanto los hombres como las mujeres adolescentes necesitan educación en salud reproductiva, incluida información sobre sexualidad, anticoncepción, reproducción, abstinencia, aborto, ETS y roles de género.

### **I.III Elementos de la Salud Reproductiva desde una Perspectiva de Género**

#### **I.III.1 Fecundidad**

El género ejerce una poderosa influencia en la adopción de decisiones y el comportamiento relacionados con la reproducción. En muchos países en desarrollo los hombres tienen la primera palabra en las decisiones sobre la actividad sexual, la fecundidad y el uso de anticonceptivos. Los hombres desempeñan la función de "guardas", como maridos, padres, tíos, líderes religiosos, médicos, autoridades públicas y dirigentes locales y nacionales. En sus diferentes funciones, los hombres pueden controlar el acceso a la información y servicios sanitarios, finanzas, transporte y otros recursos.

Poco se conoce acerca de la dinámica de la adopción de decisiones sexuales y reproductivas de las parejas o acerca



de la manera en que los papeles basados en el género influyen en estas decisiones. En estas decisiones pueden estar incluidas las que se refieren a la adopción de la planificación familiar, cuándo y cómo tener relaciones sexuales, el mantenimiento de relaciones sexuales extraconyugales, el uso de condones para prevenir las ETS, el amamantamiento y la búsqueda de atención prenatal.

El género es sólo uno de los numerosos factores que influyen en las parejas y en las decisiones que tomen acerca de la reproducción. El nivel de instrucción, las presiones familiares, las expectativas sociales, la condición socioeconómica, la exposición a los medios de difusión, la experiencia personal, las expectativas para el futuro y la religión también moldean esas decisiones. Por consiguiente, no hay dos parejas que tomen sus decisiones dentro de un marco idéntico.

Algunos investigadores han sugerido que las decisiones personales sobre la reproducción son el resultado de numerosas decisiones pequeñas que se van agregando. Otros investigadores sugieren que en las decisiones relacionadas con la fecundidad las normas sociales y culturales a menudo prevalecen por encima de las preferencias individuales. En algunas sociedades tradicionales muchas parejas dicen que el número de hijos que esperan tener no depende de ellos sino de Dios o del destino.

En algunos países en desarrollo los maridos dominan en la adopción de decisiones relacionadas con la reproducción, sea en lo referente al uso de anticonceptivos, tamaño de la familia, espaciamiento de los nacimientos o compañeros sexuales extraconyugales. En Ghana, por ejemplo, algunos hombres de grupos de enfoque declararon que ellos tomaban todas las decisiones concernientes a la familia.

El control de los hombres en la adopción de decisiones sobre la reproducción puede estar debilitándose, sobre todo entre las generaciones más jóvenes y en ciertas culturas. En muchas sociedades, a medida que aumentan las oportunidades sociales, económicas y educativas de la mujer, los papeles tradicionales basados en el género están comenzando a cambiar. Como resultado de esto, el poder se está redistribuyendo entre el hombre y la mujer.

En varios países hay indicios de que, cada vez más, la pareja toma en forma conjunta las decisiones sobre la procreación, y no los hombres.

En México la fecundidad ha sido la principal determinante del cambio demográfico durante las últimas décadas; en los setenta la tasa de fecundidad era alrededor de 7 hijos por mujer, para el dos mil se encontraba en 2.4. La regulación de la fecundidad depende de tres condiciones básicas: “que las parejas estén convencidas de que pueden influir en su reproducción; que la regulación de la fecundidad sea vista

como una acción provechosa para la pareja, tanto en su beneficio como en el de su familia; y que los medios de regulación de la fecundidad sean conocidos y estén disponibles para que las parejas puedan ejercer libre, responsable e informadamente el número y el espaciamiento de los nacimientos”<sup>17</sup>

### **I.III.2 Embarazo**

Toda mujer tiene derecho a vivir una maternidad sin riesgos, lo cual incluye atención médica antes de quedar en cinta, durante el embarazo y en el posparto; además se incluye el esfuerzo por abatir la mortalidad materna que tiene una fuerte presencia sobre todo en zonas marginadas.

Los derechos reproductivos para la pareja incluyen el derecho a decidir si queda embarazada la mujer; es decir continuar o interrumpir el embarazo. Las complicaciones durante el embarazo y en el momento del parto constituyen la principal causa de mortalidad materno-infantil.

La práctica de relaciones sexuales durante la adolescencia recae necesariamente en embarazos en un amplio sector de la población, es por ello que para términos del análisis de la problemática en materia de salud reproductiva es el área que constituye y acapara la mayor atención tanto económica como de análisis de gobiernos y de ONG.

---

<sup>17</sup> Programa nacional de desarrollo 1995-2000. Preferencias reproductivas y anticoncepción. CONAPO. Información digital.

El embarazo en la adolescencia se define como aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años ginecológicos de la mujer y / o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental. Ha sido llamado también el síndrome del fracaso, o la puerta de entrada al ciclo de la pobreza.

Los actuales patrones de inicio sexual en la adolescencia y las condiciones en las que se presenta son motivo de alerta para las autoridades en Salud Pública. Los jóvenes inician su vida sexual de forma desprotegida y temprana y esto produce consecuencias devastadoras en el ámbito de lo social, la salud y la economía. Se estima que en los países en vía de desarrollo, cerca del 60% de todos los embarazos durante la adolescencia son inesperados y precoces.

Las tasas de fecundidad de las adolescentes han descendido en la mayoría de los países en vías de desarrollo durante los últimos 20 años, aún así la conducta reproductiva de este grupo es de gran preocupación. En comparación con los cambios observados en fecundidad en los grupos de mujeres de mayor edad, en gran parte como resultado del uso de métodos de planificación familiar, las reducciones en la fecundidad de las adolescentes son principalmente obtenidas mediante la postergación de la primera unión.

Es importante anotar que el 15% de las adolescentes de 15-19 años ya han sido madres y 4% están embarazadas de su primer hijo, para un total de 19% que han estado embarazadas o ya han tenido partos, en comparación con

17% en la encuesta realizada en 1995, lo cual estaría mostrando un ligero aumento de la fecundidad en la adolescente.

Una de cada cinco adolescentes de 17 años ha estado alguna vez embarazada, una de cada tres entre las adolescentes de 19 años.

La fecundidad adolescente medida como el porcentaje de adolescentes que ya son madres o estaban embarazadas con el primer hijo en el momento de la encuesta es mayor en zona rural (26%) que en la urbana (17%). Una de cada tres mujeres con educación primaria ha estado alguna vez embarazada, pero el nivel se reduce a la mitad entre las mujeres con secundaria (16%).

Esta problemática muestra una tendencia al aumento, y aunque en las sociedades con alto grado de tradición era relativamente normal una maternidad y unión temprana, las nuevas demandas del mundo moderno han tendido a alterar también las consecuencias de los embarazos precoces incluso en las sociedades tradicionales. Estas consecuencias se ven especialmente en tres áreas:

- 1) La maternidad juvenil, por los riesgos que enfrenta salud de la joven tras la gestación o el aborto y por las implicaciones de una unión temprana que pone fuertes limitantes al desarrollo educativo, personal y futuro de la joven.

- 2) Los hijos nacidos, enfrentan como sus madres grandes riesgos de enfermedad y muerte, así como abandono y vida de calle que en la mayoría de los casos los lleva a reproducir el ciclo de pobreza.
- 3) La sociedad en general enfrenta una alta pérdida de población con potencial de instrucción y productividad, una tendencia al aumento en la fecundidad que revierte en un crecimiento poblacional, todo lo cual finalmente afecta el desarrollo socioeconómico de las sociedades.

Las posibles causas de este problema se relacionan con factores que incluyen nivel socioeconómico bajo, inestabilidad familiar, expectativa del grupo de pares respecto a la iniciación de las relaciones sexuales, declinación de las barreras sociales y culturales para el ejercicio de la sexualidad, menarquia temprana en la mujer “en 1886 era de 15.5 a 16.5 años en zonas urbanas mientras que recientemente se reporta entre 12 y 13.5 años, lo que representa un descenso en la edad de la menarca de cuatro meses por década”<sup>18</sup>, escasa orientación sexual, desconocimiento de métodos de planificación, uso inadecuado de algunos métodos de planificación (Ritmo, Condón y Coito interrumpido), algunos de ellos tienen conductas de alto riesgo (consumo de sustancias) y otros.

---

<sup>18</sup> Op. Cit. Gonzales Montes Soledad (1999). Pág.35

El costo de términos de muerte y enfermedad materno-infantil y el impacto a nivel psicológico y social del embarazo es importante si se considera que es un fenómeno prevenible.

Más del 10% de todos los nacimientos anuales se dan en mujeres entre los 15 y 19 años de edad y debido a la falta de maduración del organismo, el riesgo de mortalidad es de dos a cuatro veces más alto en adolescentes que en mujeres mayores de 20 años. Así mismo, la mortalidad de los recién nacidos es 30 veces mayor cuando se trata de madres adolescentes.

El embarazo de la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Las fases de la adolescencia colorean las actitudes de las adolescentes frente al embarazo. Hay diferencias profundas en las vivencias de la gravidez durante la adolescencia temprana, media y tardía, y su conocimiento ayuda a comprender el embarazo adolescente en su contexto evolutivo.

Los adolescentes tienen pensamientos y actitudes frente al embarazo, en los cuales se demuestra una baja percepción de la gravedad del evento, no observan daños potenciales para la salud, pero si muestran mayores preocupaciones de lo económico y la falta del apoyo parental. Algunos registran ganancias afectivas con el embarazo en la adolescencia, así como obtener compañía, mayor libertad, madurez y responsabilidad. Los adolescentes relatan del

momento "ideal" para un embarazo, como el momento en que pueden tener estabilidad económica y no parece ser tan importante, sentirse preparado o desear el embarazo.

Las actitudes de las adolescentes frente a su embarazo se manifiestan con gran variedad, de acuerdo con las influencias culturales, temperamentales, de clase social, estado de salud, etc., sin embargo, es posible encontrar algunas características comunes y distintivas que permiten clasificar conductas en base a etapas de desarrollo de la adolescente.

Actitud con respecto a la experiencia del embarazo:

- La adolescente temprana (10-13 años), ligada a su madre y a sus propias necesidades, no es capaz de pensar en el embarazo como un evento que va a culminar transformándola en madre.
- En la adolescente media (14-16 años), es común ver una dramatización de la experiencia corporal y emocional, se siente posesiva en relación al feto, que a su vez es experimentado como un instrumento poderoso de la afirmación de la independencia de los padres. Su actitud es ambivalente: de culpa y de orgullo.
- Es en la etapa de la adolescencia tardía (17 – 19 años) que se ve la adaptación al impacto de la realidad y las jóvenes desarrollan gran preocupación



por los temas de la realidad (prácticos) y se dedican a los placeres de pertinentes a la formalización de la pareja y en consecuencia de la familia.

### **I.III.3 La Anticoncepción**

El derecho a la planificación familiar de lugar al deber gubernamental de garantizarle a hombres y mujeres igual acceso a toda una variedad de métodos anticonceptivos y servicios de salud reproductiva, ya que mediante esta practica las parejas pueden cristalizar sus preferencias reproductivas. En especial la capacidad que tiene la mujer de planificar su vida reproductiva y su derecho a estar libre de interferencias durante los procesos de toma de decisiones que afectan la vida reproductiva, constituyen dos aspectos fundamentales de la autodeterminación reproductiva.

Varios instrumentos internacionales han definido el derecho de la gente a planificar su propia familia como el derecho del ser humano a determinar libre y responsablemente el número y el espaciamiento de los hijos, y a disponer de la información, educación y de los medios necesarios para ello. En varios documentos de consenso internacional que han sido aprobados en conferencias de la ONU, celebradas durante los últimos años, se ha ratificado este derecho.

Entre estas conferencias se encuentra la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo del Cairo en 1994 y la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer en Beijing celebrada en 1995. Además la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Convención de la Mujer) insta a las naciones a garantizar el derecho a la planificación familiar, a la información, a la consejería y a la asistencia médica.

Es obligación de los gobiernos brindar información exacta sobre la salud sexual y reproductiva a la población en general, sin embargo, cerca de 230 millones de mujeres en el mundo, una de cada seis en edad reproductiva, no tienen acceso a muchos de los métodos anticonceptivos ni a la información sobre éstos. Más de una tercera parte de todos los embarazos, 80 millones al año, son embarazos no deseados o inoportunos.

Una gama completa de métodos anticonceptivos incluye: condones femeninos y masculinos, métodos anticonceptivos de barrera, anticonceptivos orales, implantes, inyecciones, dispositivos intrauterinos, esterilización masculina y femenina, anticoncepción de emergencia (AE).

Los gobiernos que obstaculicen el acceso de la mujer a las distintas alternativas de métodos anticonceptivos, ya sea reglamentando en forma estricta o prohibiendo los métodos anticonceptivos y el acceso a la información sobre éstos, o

exigiéndoles la autorización del esposo para el uso de anticonceptivos, están violando el derecho a la planificación familiar. Por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud define la anticoncepción de emergencia como un método anticonceptivo utilizado por la mujer, en los primeros días después de haber tenido una relación sexual sin protección, para prevenir embarazos no deseados. Algunas organizaciones conservadoras, tanto políticas como religiosas, buscan limitar a la mujer las opciones de métodos anticonceptivos, al calificar la anticoncepción de emergencia como abortiva, cuando de hecho, la Organización Mundial de la Salud la considera un método anticonceptivo seguro.

El respeto por el derecho de la mujer a la autodeterminación reproductiva también requiere que los gobiernos garanticen que antes de que la mujer acepte cualquier método anticonceptivo debe poder dar un consentimiento bien informado. Las políticas gubernamentales que imponen normas para cumplir con metas demográficas, haciendo caso omiso de los intereses personales de cada mujer, ponen a la mujer en peligro de ser víctima de prácticas coercitivas y violentas. Por ejemplo, someter a la mujer a la anticoncepción quirúrgica o suministrarle inyecciones anticonceptivas o implantes sin un consentimiento bien informado, viola los derechos reproductivos fundamentales de la mujer.

El uso constante y correcto de métodos anticonceptivos modernos puede prevenir muchos embarazos no deseados.

Para poder cumplir con sus compromisos firmados en los acuerdos internacionales, los gobiernos deben mejorar el acceso de hombres, mujeres y adolescentes a una información de excelente calidad sobre la planificación familiar, lo mismo que su acceso a servicios que ofrezcan una gran variedad de métodos anticonceptivos de libre elección; dentro de estos tres grupos poblacionales se deberá poner especial atención en el último ya que las prácticas anticonceptivas premaritales entre adolescentes son mal vistas por la sociedad, esto provoca que el único método de barrera disponible en la gran mayoría de las ocasiones para este grupo poblacional sea el condón –aún así se exponen a que los señalen- y si sumamos a esto que “los programas y sus recursos se han dirigido hasta hace algunos años de manera exclusiva a las mujeres unidas en edad fértil que acceden a los servicios de salud cuando están embarazadas, esto ha significado la exclusión de los servicios y de la atención en el ámbito de la salud reproductiva, no solo de los varones de todas las edades, sino de aquellas mujeres cuyo estado civil, momento del ciclo vital o condición reproductiva no coincide con este perfil”<sup>19</sup>; la problemática de un posible embarazo adolescente o de practicarse un aborto en condiciones inseguras es más viable dada la poca oportunidad de utilizar métodos más modernos y más eficientes.

---

<sup>19</sup>Lerner, Susana, Szasz, Ivonne. La investigación y la intervención en salud reproductiva: encuentro de enfoques y tendencias. En El Cotidiano n.-107. Pág. 59.

“Las principales razones por las que los adolescentes no usan anticonceptivos son: lo inesperado de la relación sexual y el deseo o el miedo a un embarazo”<sup>20</sup>. Ello a pesar de estar más expuestos a las ETS y a embarazos no deseados.

### **I.III.4 Aborto**

Para tratar el tema del aborto como problema de salud debe partirse necesariamente de la condición de ilegalidad en que se practica. Tal condición determina que el aborto represente para la mayoría de las mujeres que recurren a él, un importante riesgo para su salud y, en ocasiones, también para su vida. A pesar de las restricciones legales, morales, religiosos, la práctica del aborto es en México un problema al que se enfrentan miles de mujeres y representa un importantísimo problema de salud pública, debido a su elevada frecuencia, a la gravedad de sus complicaciones y a los altos costos que para las instituciones públicas de salud implica su atención.

El aborto constituye en México un problema que revela las grandes desigualdades que existen en México: es un privilegio médico e higiénico, pero representa una

---

<sup>20</sup>Atkin C, Lucille et al(1996). Sexualidad y Fecundidad adolescente. En Ana Langer y Kathryn Tolbert (editoras) *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*. EDAMEX-The Population Council. Pág. 54.

situación humillante y altamente peligrosa para las mujeres que carecen de recursos económicos, información o de acceso a servicios de salud con una mínima calidad.

En la actualidad existen técnicas modernas, seguras y sencillas para interrumpir el embarazo en etapas tempranas, por lo que en condiciones adecuadas el aborto implica riesgos mínimos para la salud o la vida.

Cuando el aborto es legal y se utilizan técnicas como la succión representa uno de los procedimientos quirúrgicos más seguros, cerca de once veces más seguro que una amigdalectomía. Por otro lado, el desarrollo de medicamentos como el RU-486, utilizado actualmente en Francia y en China, y en proceso de aprobación en varios países más, transformará sustancialmente la práctica del aborto; el uso de esta droga disminuye o elimina las posibles complicaciones del aborto quirúrgico, como las perforaciones, los problemas debidos a la anestesia o las infecciones. El RU-486 ha motivado una controvertida discusión y es aún objeto de numerosas investigaciones, pero existen ya algunas evidencias importantes sobre su seguridad y eficacia, así como sobre la amplia aceptación que ha empezado a ganar por parte de las mujeres.

La realidad es muy diferente. La mayoría de los abortos en México se realiza en forma clandestina; muchas veces con técnicas peligrosas, en malas condiciones de higiene, y por personas con poca calificación o que carecen de ella. Como

resultado la incidencia de complicaciones es elevada y en muchos casos requieren atención médica de urgencia.

Los recursos que se emplean para atender estas emergencias, innecesarias y en ocasiones fatales, representan un alto costo para los ya de por sí sobrecargados e insuficientes servicios de salud. Un aborto complicado puede implicar, además de un elevado riesgo para la vida, días o semanas de internamiento, intervenciones quirúrgicas de emergencia, transfusiones de sangre, medicamentos, etcétera. En cambio, un aborto practicado en condiciones higiénicas y por personal capacitado y con experiencia, sea por aspiración y aun por legrado, no requiere hospitalización y en la mayoría de los casos tampoco medicamentos.

En una publicación editada en 1980 se estimaba que la cifra anual de abortos en el mundo era de 30 a 50 millones. Alrededor de la mitad eran ilegales y más de la mitad de éstos ocurrían en los países en desarrollo.

Se calculaba que cada año morían 84 mil mujeres por complicaciones del aborto ilegal, y se señalaba que la incidencia del mismo tendía a aumentar. Otra fuente fechada en 1989, indica que el número de muertes por aborto en el mundo alcanza una cifra de 200 mil; apunta también que en las áreas urbanas de los países latinoamericanos parece haber una disminución de las defunciones maternas por aborto, debido a que hay más

médicos capacitados y a que muchos de ellos utilizan el método de succión; sin embargo, la frecuencia de las complicaciones sigue siendo alta.

La práctica clandestina del aborto es un elemento de gran peso en la existencia de cifras elevadas de mortalidad materna, indicador que se construye a partir de las muertes que ocurren como consecuencia del embarazo, el parto y el puerperio. La experiencia de distintos países indica que cuando el aborto es legalizado y practicado en condiciones seguras y por personal capacitado, las cifras de complicaciones y de muertes disminuyen en forma acentuada.

En los Estados Unidos, por ejemplo, murieron 90 mujeres en 1972 por complicaciones de aborto; en 1974, un año después de que se legalizó, la cifra, descendió a 53; para 1985, ocurrieron sólo 7 muertes. Otro caso es el de Inglaterra, donde antes de la legalización del aborto en 1967 la cifra anual de defunciones por esta causa era de 50, las cuales disminuyeron a 5 en 1978.

Por el contrario, en países donde la legalización se ha modificado para hacerla más restrictiva se ha observado que las complicaciones y las muertes por aborto aumentan en forma muy importante y a corto plazo. En Rumania, las restricciones a la ley causaron un aumento en el número de



muerres atribuidas al aborto; de 64, en 1965; a 170, en 1967; para 19761 la cifra se elevó a 432 defunciones.

En países como México, donde la práctica del aborto es ilegal hablar de estadísticas sobre su incidencia y sobre la mortalidad que provoca resulta un problema difícil. Dada la clandestinidad en que se practica, sólo se registran los abortos complicados que llegan a las instituciones públicas de salud y quedan fuera todos los que se realizan en hospitales y consultorios privados, así como aquéllos que se practican por personal no profesional o por las mismas mujeres.

Es importante señalar que el acceso, la seguridad y la eficacia de los métodos anticonceptivos actualmente disponibles influyen directamente sobre la alta incidencia del aborto inducido en México.

La Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud en 1987 reportó que un 13.4 por ciento de mujeres se embarazaron utilizando algún método anticonceptivo. Por otra parte, el 28 por ciento de las mujeres que tenían vida sexual activa no los usaban porque no los conocían o porque no sabían cómo se usaban y dónde obtenerlos. Otro 18 por ciento dejó de utilizarlos por los efectos secundarios que les habían causado o porque temían sufrirlos; el 7 por ciento no la usaba "que por desidia". Sólo un 19 por ciento de las encuestadas indicaron que no utilizaban métodos anticonceptivos por el deseo de tener más hijos.

Aunque no hay en la actualidad estudios que permitan delimitar confiablemente la magnitud real de la problemática del aborto en el país, existen algunas evidencias que indican que representa un problema social y de salud pública de gran importancia.

En 1976, el Grupo Interdisciplinario para el Estudio del Aborto en México, conformado a instancias del Consejo Nacional de Población, estimó una cifra promedio de un millón de abortos clandestinos cada año. De acuerdo con información del Sector Salud, la proporción de embarazos que en el bienio 1979-1980 terminaban en abortos (aunque no se puede diferenciar si fueron inducidos o espontáneos), era de alrededor del 20 por ciento.

La Encuesta Rural de Planificación Familiar de 1981 mostró que una de cada cinco mujeres de las zonas rurales del país había tenido por la menos un aborto. La Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud de 1987 indicó que una de cada seis mujeres en edad fértil había tenido un aborto durante su vida reproductiva. Debe aclararse que en ambos casos las estadísticas no permiten distinguir entre abortos espontáneos e inducidos.

Por otro lado, cifras de cuatro instituciones públicas de salud (SSA, DDF, IMSS e ISSSTE), muestran que entre 1984 y 1986 el aborto representaba la tercera causa de morbilidad hospitalaria a nivel nacional en las mujeres. Tan sólo en el IMSS se atendieron 61,985 abortos en 1986.

En los últimos años las muertes por complicaciones de aborto han disminuido pero éste continúa siendo la cuarta causa de mortalidad materna en México.

Cabe hacer un breve comentario sobre el manejo de la información sobre el aborto, pues sensibilizar a un número cada vez mayor de mujeres, a la población general o a los profesionales médicos sobre la necesidad de legalizarlo, requiere un manejo cuidadoso de los datos y en general de la información o los argumentos que se utilicen.

En la prensa y en diversas publicaciones aparecen constantemente cifras y comentarios sobre la alta incidencia del aborto, y sobre sus implicaciones a distintos niveles. A través de dichos medios se han difundido artículos y reportajes de gran valor sobre las repercusiones médicas y sanitarias del aborto ilegal. Sin embargo, en no pocas ocasiones han aparecido datos cuyas fuentes son dudosas, las más de las veces con fines amarillistas y por parte de personas sin relación con los movimientos de mujeres o con interés por nuestros derechos.

Pero otras veces, también se han difundido datos falsos, o de dudosa contabilidad, con el propósito de promover una mayor atención sobre el problema, con el objeto de ganar

adeptos a la causa de la legalización, o simplemente como resultado de la desinformación sobre el problema.

Un trabajo reciente señaló que el 40% de los artículos que contenían cifras sobre el aborto inducido que se publicaron entre 1974 y 1982 en siete periódicos nacionales, no mencionaban las fuentes de dónde éstas fueron obtenidas.

### **I.III.5 Las ETS y el VIH/SIDA**

Las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) pueden conceptualizarse como enfermedades infectocontagiosas por vía sexual, que involucran al individuo, la pareja, la familia y la sociedad, que producen un elevado costo personal y social, con sesgo de prevalencia elevada en países pobres y en desarrollo, donde su detección y tratamiento se complica por el costo de estas medidas, habiendo además subpoblaciones discriminadas en atención, por razones tanto sociales como económicas, como son las mujeres y los niños, agrupa a todas las que se transmitan a través del contacto o relaciones sexuales, ya sea este genital, orogenital o anogenital. Según la OMS, anualmente ocurren 333 millones de nuevos casos de ETS en todo el mundo y al menos la tercera parte de estos se presentan en personas menores a 25 años; aunque la incidencia en los países en desarrollo va en aumento, así como en grupos desfavorecidos económicamente.

Existen algunos factores a los que se les puede atribuir el incremento de estos padecimientos; “los más importantes se asocian con los cambios en los patrones de comportamiento sexual: una estructura demográfica con alta proporción de jóvenes, una urbanización rápida y una posición de desventaja de las mujeres en la pareja, que les impide negociar los términos bajo los cuales se producen los encuentros sexuales”<sup>21</sup>.

Estima la OMS que cada día 10.000 nuevas personas se infectan por el virus del SIDA, lo que aproximadamente supone un nuevo infectado cada 8.5 segundos. El Registro Nacional de Casos de SIDA de CONASIDA informa que al final de 1997 se encontraban 53;000 casos en México y su tendencia para el año 2000 se espera en 75,000. Los grupos involucrados, muchos ellos con conductas de riesgo, han polarizado a la opinión pública, presionando a soluciones no médicas, sino políticas y sociológicas.

El VIH/SIDA se ha convertido en un problema social y de salud pública en México, la alta incidencia de este padecimiento y su alto costo médico para tratarlo lo ha convertido en una de las principales causas de muerte. Se presenta en los fluidos corporales como la sangre y las secreciones vaginales, para evitar contagiarse es necesario: usar condón, evitar heridas durante el coito, evitar todos

---

<sup>21</sup> Langer, Ana et al (1996). Las enfermedades de transmisión sexual como problema de salud pública: situación actual y prioridades de investigación. En Ana Langer y Kathryn Tolbert (editoras) *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*. EDAMEX-The Population Council. Pág.234.

aquellos instrumentos que faciliten el contacto con la sangre o semen de otra persona.

La condición social y el poder afectan el riesgo de infección de una persona y la capacidad de las comunidades para manejar la epidemia. La baja condición social y el escaso poder de las mujeres y la gente joven conducen a su subordinación y restringen sus posibilidades de tomar control de sus vidas en relación con el VIH/SIDA y otras ETS. Las presiones sociales también dificultan el que los hombres cambien sus conductas en este aspecto. Sus conductas sexuales podrían verse influenciadas por sus relaciones con otros hombres y otras mujeres (es decir, padres, hijos, madres, hermanas, pares).

Existen algunos factores a los que se les puede atribuir el incremento de estos padecimientos; “los más importantes se asocian con los cambios en los patrones de comportamiento sexual: una estructura demográfica con alta proporción de jóvenes, una urbanización rápida y una posición de desventaja de las mujeres en la pareja, que les impide negociar los términos bajo los cuales se producen los encuentros sexuales”<sup>22</sup>.

Por otra parte los mandatos del género colocan a la mujer en el lugar de un ser pasivo receptor sometiendo su propio deseo al del otro y quedando así a en una situación de indefensión y vulnerabilidad. Si a estos factores

---

<sup>22</sup> ibidem. Pág.240.

socioculturales de vulnerabilidad le sumamos lo biológico, las mujeres siguen corriendo en desventaja, ya que son más proclives a contraer la infección por VIH y ETS. En primer lugar, ellas reciben el semen durante la relación sexual. Así mismo, algunas mujeres tienen alteraciones en el cuello del útero que facilitan la transmisión de enfermedades. Estas alteraciones son frecuentes en mujeres menores de 18 años, en aquellas que usan píldoras anticonceptivas y también después del parto. Además, las ETS con frecuencia no producen molestias en las mujeres. Por eso ellas no reciben tratamiento oportuno y están más expuestas a infectarse por el VIH.

Para millones de mujeres y niñas es difícil, por no decir imposible, protegerse mediante el uso de preservativos en las relaciones sexuales, a menudo no pueden exigir su uso o rechazar tener relaciones sexuales con sus compañeros, aún cuando sospecharen o supieran que están infectados con el consecuente riesgo de un embarazo no deseado y la posible transmisión vertical, es decir, la transmisión de madre a hijo/a. El sexo sin protección es una amenaza mucho más grave para las mujeres por la vulnerabilidad biológica pero más aún por su condición Genérica. Frecuentemente las mujeres carecen del poder económico para salir de relaciones sin correr grandes riesgos de infección. Todos estos factores que enumero son indicadores que nos explican el aumento de mujeres infectadas con el VIH/SIDA.

“El patrón predominante de transmisión en México es la vía sexual representando el 91.1 % en hombres y 55.8% en mujeres para el año 97. En el caso de la conducta heterosexual el cambio frecuente de pareja y el que esta sea desconocida es el principal factor de riesgo, en México la relación hombre-mujer es 61%.”<sup>23</sup> El virus está presente en el semen y en las secreciones vaginales, traspasan las mucosas genitales sin ser necesario un traumatismo asociado, habiéndose demostrado la transmisión por inseminación artificial con mucosas intactas.

El gran problema de esta vía es la facilidad de diseminación por la falta de reconocimiento de los factores de riesgo basados en las costumbres sexuales por género. La mayoría de los casos de transmisión sexual se refieren a la conducta homo y bisexual la cual es una conducta particularmente propensa a la transmisión. La categoría de riesgo homosexual y bisexual masculino constituye la principal forma de transmisión en México y se considera subestimada, ya que es sabido que muchas personas homosexuales se declaran para efectos prácticos como heterosexuales. Cabe la consideración de que según las estadísticas de CONASIDA el grupo de mujeres trabajadoras sexuales a aumentado su riesgo desde 1990, siendo que este sector tiene como clientes a hombres en unión estable, se asocia pues a la transmisión horizontal como vertical del problema.

---

<sup>23</sup> Ibidem.Pag 245



En los años 80 se habían postulado a la inseminación artificial, el transpirante de órganos y tejidos de donantes infectados como las otras vías de transmisión del VIH/SIDA, pero gracias a la reglamentación de su uso y la detección obligatoria de anticuerpos anti VIH pretransplante, ya no existe riesgo en ellas. Para que exista transmisión es necesario que el virus pase a la otra persona en cantidad suficiente y que exista un contacto íntimo a través de la sangre, el semen, los fluidos vaginales o la leche materna y estas son las únicas formas comprobadas de transmisión. Así, las vías de transmisión son sólo la sexual, la sanguínea, y la materno fetal. De lo anterior se concluye que no hay riesgo de contagio por convivencia casual, ya sea en la escuela, en el trabajo o en la familia, al no transmitirse por la respiración, la tos o la saliva.

La mortalidad por SIDA en hombres entre 24 a 34 años se ha incrementado significativamente, para 1996 constituye ya la tercera causa de muerte tanto en hombres como en mujeres.

## CAPITULO II

## II. Comportamiento Reproductivo de la Población Indígena

El descenso de la fecundidad en México, iniciado desde mediados de la década de los sesenta ha tenido importantes consecuencias en la transformación de la sociedad mexicana. Ahora , en cada región de México las parejas tienen menos hijos (as) y se ha reducido el tamaño de las familias, así como también se han transformado los referentes culturales de la reproducción, los roles sociales y familiares de los hombres y las mujeres.

“ Sin embargo, el descenso de la fecundidad no se ha producido de forma homogénea en todo el país ni en todos los grupos de <sup>24</sup>población.” La transición de la fecundidad en México, se presentó primero entre la población más urbanizada , la más escolarizada, y después se difundió hacia otros grupos menos favorecidos, entre los cuales se encuentra la población indígena, cuyo comportamiento reproductivo es poco conocido debido a las pocas fuentes de datos para su estudio.

Fue en 1999, con la publicación de los resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1997 (ENADID), que ha sido posible contar, con la información necesaria para acercarnos al conocimiento de

---

<sup>24</sup> Hernandez Ham, Patricia “ La población indígena: principales grupos etnolingüísticos “ en la situación demográfica en México, 1998. CONAPO, México, 1998.

la conducta reproductiva y práctica anticonceptiva de las mujeres que viven en municipios indígenas a través de sus historias de embarazos y sus historias de uniones.

En este capítulo se utilizan los datos de la ENADID 1997, de la cual se hizo una selección de los municipios catalogados como indígenas por el Instituto Nacional Indigenista. Se optó por esta clasificación debido a que responde al criterio de municipios habitados por una población que habla, en su mayoría, alguna lengua indígena, asimismo se distingue a las mujeres que habitan en los municipios con mayor presencia (70% o más) de hablantes de lengua indígena (municipios predominantemente hablantes de lengua indígena o MPHLI). De aquellos considerados también como indígenas, pero donde el porcentaje de hablantes de lengua indígena es menor que en el caso anterior de (30 a 69% de hablantes, denominados como municipios con hablantes de lengua indígena o MHLI), y como grupo de comparación, los municipios con poca población hablante de lengua indígena, denominados municipios no indígenas).

## **II.I Evidencias de la Transición de la Fecundidad en la Población Indígena.**

### **II.I.1 Transformaciones de la Fecundidad Indígena en los últimos quince años**

La tasa global de fecundidad (TGF) de mujeres que residen en municipios indígenas tuvo considerables descensos en los quince años comprendidos entre 1982 y 1996 . Sin embargo, la caída de la fecundidad no se inició en el mismo momento , ni el descenso ha ocurrido con la misma intensidad en las diversas regiones del país , ni entre los distintos grupos sociales. Así que, durante el periodo 1982-86, la TGF fue de 6.7 hijos en promedio entre las mujeres que residen en municipios con predominio de hablantes de lengua indígena (MPHLI) , esto es, ligeramente inferior al máximo histórico de siete hijos que se observó para el conjunto del país 20 años antes, alrededor de 1963. Sin embargo, en los periodos 1987- 1991 y 1992-96 la tasa disminuyó a 5.4 y 4.7 hijos por mujer.

En los municipios con mayor presencia de hablantes de lengua indígena (MHLI) , el descenso de la fecundidad se inició más tempranamente. Y, al igual que entre los MPHLI, el número de hijos desciende en los dos quinquenios siguientes (1987-91 y 1992-96) a 4.7 y 3.8, respectivamente.

Las mujeres residentes en municipios no indígenas fueron las primeras en iniciar el descenso de esta variable demográfica.

Al comparar los descensos ocurridos en los tres tipos de municipios se observa que, la caída de la fecundidad, fue más pronunciada entre las mujeres indígenas (MPHLI y MHLI) que entre las mujeres no indígenas, lo cual se explica porque en estos grupos, los más rezagados, donde apenas comienza la transición de la fecundidad. Mientras que en los MPHLI se registró un descenso en la TGF de dos hijos por mujer, entre los MHLI fue de 1.8 y entre los no indígenas de 1.3.

Analizando el descenso de la fecundidad por periodos, encontramos que entre 1982-86 y 1987-91 la mayor disminución se presenta en los municipios con mayor presencia de hablantes indígenas alrededor de 1.3 hijos por mujer, mientras que en resto de los municipios con indígenas y los no indígenas la reducción fue de 8.8 y 0.7 hijos por mujer, respectivamente. Durante el quinquenio 1992-96 el ritmo del descenso de la fecundidad se desaceleró significativamente entre los MPHLI, 0.7 hijos, y 0.8 hijos en el resto de los municipios indígenas. Ver cuadro 1

Cuadro 1  
Tasas específicas de fecundidad según condición de indigenismo y periodo, 1962 - 1996

Grupo de Edades	MPHLI			MHLI			No indígenas		
	1962-86	87-91	92-96	1982-86	87-91	92-96	1982-86	87-91	92-96
<b>TGF</b>	<b>6.7</b>	<b>5.4</b>	<b>4.7</b>	<b>5.6</b>	<b>4.7</b>	<b>3.8</b>	<b>4.1</b>	<b>3.3</b>	<b>2.8</b>
15-19	0.1543	0.1356	0.1271	0.1474	0.1183	0.1089	0.0940	0.0786	0.0757
20-24	0.2792	0.2708	0.2408	0.2658	0.2427	0.1966	0.2025	0.1875	0.1545
25-29	0.2745	0.2563	0.2255	0.2383	0.2226	0.1833	0.1927	0.1702	0.1518
30-34	0.2459	0.1960	0.1831	0.1943	0.1688	0.1368	0.1462	0.1242	0.1039
35-39	0.1759	0.1295	0.1119	0.1542	0.1126	0.0890	0.0946	0.0719	0.0567
40-44	0.1243	0.0740	0.0477	0.0760	0.0523	0.0308	0.0542	0.0296	0.0185
45-49	0.0779	0.0276	0.0108	0.0375	0.0270	0.0096	0.0311	0.0057	0.0054

Fuente: Estimaciones del CONAPO basadas en la ENADID 1997

MPHLI 70% o más hablantes de lengua indígena

MHLI 30-69% hablantes de lengua indígena

## II.II Los Cambios Generacionales de la Fecundidad

Los fenómenos demográficos se observan de manera más clara cuando se estudian a través de los cambios generacionales que los demógrafos observan a través de las diferencias de comportamiento según cohortes. En el caso de la fecundidad, las cohortes por año de nacimiento, muestran importantes cambios en sus historias reproductivas.

“La fecundidad de las mujeres indígenas y no indígenas por cohortes en 1996”<sup>25</sup>, advierte que las mujeres de las cohortes más viejas, las que en el momento de la encuesta

<sup>25</sup> Estimaciones del CONAPO basadas en la ENADID 1997.

tenían 40-44 y 45-49 años, ya habían completado su fecundidad, mientras que las mujeres pertenecientes a las cohortes más recientes 15-19 , 20-24, 25-29 y 30-34, tienen una historia reproductiva más breve, presentan disminuciones regulares y generales en sus niveles de fecundidad, lo que permite afirmar que los cambios observados en este comportamiento reproductivo están asociados a influencias generacionales como el incremento en los niveles de escolaridad , la incorporación de las mujeres al trabajo remunerado o a otras transformaciones de género que afectan la vida reproductiva de las mujeres.

### **II.II.1 Edad a la Primera unión y Fecundidad**

“Entre el 20 y el 40% de las mujeres tienen su primera unión antes de los 18 años, en América Latina y el Caribe”<sup>26</sup>. Los instrumentos internacionales de derechos humanos establecen que el matrimonio debe darse solamente con el libre y total consentimiento de cada cónyuge, y que ambos deben estar en edad de casarse. El matrimonio a edad temprana afecta negativamente el desarrollo completo de los adolescentes en lo que concierne a su educación autonomía económica y salud física y psicológica.

---

<sup>26</sup> Salud reproductiva de los adolescentes.  
[www.rhoespanol.org/html/adolescent.htm](http://www.rhoespanol.org/html/adolescent.htm).



El inicio de la convivencia en pareja y el inicio del proceso de formación familiar es de gran importancia en la trayectoria de las mujeres y está asociado a varios aspectos de la vida social. En las comunidades donde la base social y económica está muy ligada a los sistemas familiares, el matrimonio y el nacimiento del primer hijo (a) está acompañado de múltiples significados sociales y rituales que establecen lazos de por vida con otras familias. Los enlaces matrimoniales se traducen en compromisos de apoyo entre las familias de los contrayentes, padrinos u otros parentescos rituales que surgen de este hecho. Por lo que, el matrimonio está a normas sociales que regulan la edad en la que ocurre, dependiendo de las condiciones económicas, la posición social de los cónyuges, el nivel educativo.

La edad a la primera unión entre los grupos indígenas y la población no indígena revela estas diferencias socioculturales. En el periodo 1982-1996, las mujeres de los MPHLI se casaron o unieron en promedio a los 19.2 años, mientras que los residentes en los MHLI lo hicieron a los 20.1 años y las no indígenas a los 20.8 años. La proporción de mujeres casadas o unidas entre 1992 y 1996 a los 15 años es de 22.7% en los MPHLI casi duplica a la de las indígenas residentes en los MHLI 13.8% y casi triplica al de las mujeres no indígenas 7.9%. La edad al momento de tener el primer hijo (a) refleja una serie de influencias del contexto y de preferencias y expectativas de las personas. Las mujeres que se unen jóvenes suelen

mostrar preferencias por un mayor número de hijos, lo que a su vez se relaciona con una baja escolaridad y la falta de acceso o información adecuada sobre la utilización de métodos anticonceptivos.

Aproximadamente el 10% de todos los nacimientos en el mundo se atribuyen a los adolescentes. Cada año, alrededor de 14 millones de jóvenes se convierten en madres. El internacionalmente reconocido derecho a decidir libre y responsablemente el número, espaciamiento y el momento de tener un hijo, se basa en el derecho de todo individuo a acceder a la anticoncepción. Como las adolescentes no son suficientemente maduras para el parto, desde el punto de vista psicológico y físico, los partos a edad temprana se traducen en elevados índices de mortalidad y morbilidad materna. Entre los riesgos se incluyen hemorragias, anemia, desnutrición, retraso o complicaciones en la labor de parto, peso bajo al nacer, y muerte de la madre o el niño.

## **II.II.2 Los Intervalos entre Nacimientos y los cambios en el Comportamiento Reproductivo**

El comportamiento de la fecundidad puede ser descrito como una secuencia de eventos interdependientes en la vida de la mujer: el inicio de las relaciones sexuales y la reproducción, el nacimiento de los hijos y la terminación de la vida reproductiva, por muerte, disolución de la unión, menopausia o esterilización. El tránsito de una paridad a la

siguiente puede ser examinada a través de dos componentes: la proporción de mujeres en una cohorte que eventualmente tiene otro hijo (a), y el calendario, es decir, el número de meses o años que ésta tarda en tenerlo. Bajo esta perspectiva, se presentan las diferencias en los procesos de formación familiar de las indígenas y no indígenas a partir del análisis de los nacimientos de un orden determinado que ocurrieron en un periodo específico.

### **II.II.3 Intervalo Protogenésico**

Las probabilidades de distintas cohortes de mujeres indígenas y no indígenas que en 1975 y 1991 tuvieron un primer hijo (a) dentro de los sesenta meses siguientes a la primera unión o matrimonio, aproximadamente 95% de las mujeres en edad fértil tuvo un primer hijo (a) durante ese periodo. Los datos sugieren que las mujeres no indígenas tienden a tener el primer hijo (a) más pronto que las indígenas, aunque en ambos casos no se observan cambios en el tiempo.

#### **II.II.3.1 Primer Intervalo Intergenésico**

El porcentaje de mujeres que tienen un segundo hijo (a) y el tiempo que tardan en tenerlo es diferente entre la población indígena y no indígena, ocho de cada diez

mujeres indígenas y siete de cada diez de las no indígenas tienen un segundo hijo (a) dentro de los cinco años posteriores al nacimiento de su primogénito.

Entre 1978 y 1991, la probabilidad de tener un segundo hijo (a) disminuyó, de manera más acelerada entre las mujeres no indígenas que entre las indígenas. Utilizando la proporción de mujeres que tienen un segundo (a) dentro de los 60 meses después del nacimiento del primero, se observa que ésta muestra un descenso continuo a lo largo del periodo comprendido entre 1975 y 1991, pasando de alrededor de 84% entre fines de los setenta y principios de los ochenta a 80% y se mantuvo en este nivel durante la primera mitad de ésta década.

A partir de 1985, el descenso en la probabilidad de tener un segundo hijo (a) fue más acelerado, y en 1991 solo 71% de las mujeres no indígenas tuvo a su segundo hijo. En el caso de las mujeres indígenas, ésta proporción pasó de 87% en 1978 a 83% entre mediados de los ochenta y principios de los noventa.

En la población indígena, la mayor diferencia se observa en la proporción de mujeres cuyo segundo hijo (a) nació doce meses después del primero, mientras que en 1978 casi 10% ya había tenido a su segundo hijo (a) en este lapso, este porcentaje se redujo a la mitad en 1991.

El aumento en el intervalo intergenésico podría estar asociado a un aumento en el periodo de lactancia. Aunque

no se cuenta con información sobre lactancia por periodos, la duración mediana de este periodo, en 1997 parece explicar una parte de la diferencia.

El uso de métodos anticonceptivos para espaciar los nacimientos explica otra parte del aumento del periodo comprendido entre el nacimiento del primer y segundo hijos. Si se analiza el uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres unidas con un hijo (a), se observa que es alto, (tanto en las mujeres indígenas, como en las no indígenas), sobre todo si se toma en cuenta que la mayoría de las mujeres desean tener más de un hijo (a): casi la mitad de las mujeres indígenas con un hijo (a) declaró ser usuaria de métodos anticonceptivos (49.7%), mientras que entre las no indígenas la prevalencia en el uso fue de 61.3%. La tendencia a espaciar el nacimiento del segundo hijo(a) señala un cambio en la conducta reproductiva, hecho que tiene consecuencias favorables para la salud de las mujeres y la de su descendencia.

### **II.II.3.2 Segundo Intervalo Intergenésico**

El tener tres hijos(as) ha pasado de ser un hecho relativamente común en el pasado a ser un acontecimiento que cada vez experimentan menos mujeres. Entre 1981 y 1991, el porcentaje de mujeres no indígenas que experimentan el nacimiento de un tercer hijo(a) antes de los 60 meses de haber nacido el segundo, disminuyó de 67

a 51%. La proporción de mujeres indígenas en esta situación pasó de 79 a 69%.

El cambio más notable en la transición al tener su tercer hijo se observa en las duraciones más cortas. Esto significa que el porcentaje de mujeres que tienen un tercer hijo(a) al año de haber nacido su segundo es cada vez menor, especialmente entre las mujeres no indígenas (de 7% en 1981 se redujo a 3% en 1991), mientras que entre las mujeres indígenas este cambio ha sido menos pronunciado (la proporción pasó de 4.1 a 3.4 %). Y se observa un aumento en la proporción de mujeres que los tiene a los 18 y a los 24 meses, en el periodo más reciente, 15 y 32% de las mujeres indígenas con un tercer hijo lo tiene al año y medio o dos después de haber tenido al segundo.

### **II.II.3.3 Tercer intervalo intergenésico**

Durante el periodo 1983-1991 descendió la probabilidad de que una mujer tuviera un cuarto hijo, en el caso de las no indígenas la proporción bajó de 57 a 42% y en el de las indígenas descendió de 73 a 60%.

### **II.III Lactancia y periodo entre nacimientos**

El periodo de abstinencia posparto y la costumbre de la lactancia son prácticas que se encuentran muy arraigadas a los usos culturales de los pueblos indígenas y que han sido

muy resistentes a la influencia de los procesos de modernización.

“ Una de las prácticas ancestrales que afectan a la fecundidad es la cuarentena, práctica aún ampliamente extendida entre la población indígena” <sup>27</sup>. El reposo y la abstinencia de relaciones sexuales durante los cuarenta días posteriores al parto afecta directamente la fecundidad y tiene repercusiones sobre la salud materna, debido a que éste es el único periodo de verdadero descanso que observan las mujeres indígenas en su ardua labor doméstica y de ayuda en la economía familiar.

La lactancia también es una práctica ampliamente extendida entre las mujeres mexicanas, ya que el 91.9% de las mujeres de municipios indígenas amamantan a sus hijos e incluso 86.6% de las no indígenas lo hacen. Sin embargo, la duración de los periodos de lactancia entre los niños indígenas y los no indígenas varía sensiblemente, mientras que 80% de las madres indígenas dan leche maternas a sus hijos durante cuatro meses o más, sólo 68.4% de las madres no indígenas llegan al cuarto mes, estas diferencias se acentúan en el décimo mes de lactancia , cuando 56.1% de las mujeres indígenas aún permanece amamantando a sus hijos y entre las no indígenas esta proporción se reduce a 28.6%, al llegar a los 13 meses estas mismas proporciones alcanzan 35.8 y

---

<sup>27</sup> Fernández Ham Patricia, “La población indígena: principales grupos etnolingüísticos” en La situación demográfica de México, 1998, CONAPO, México, 1998.

14.9%, mientras que a los 24 meses son de 12.1 y 3.8%, respectivamente. Ver cuadro 2

Cuadro 2  
Lactancia en madres mexicana

	Amamantan	Duración/meses			
		4	10	13	24
Madres indígenas	91.9%	80%	56.1%	35.8%	12.1%
Madres no indígenas	86.6%	68.4%	28.6%	14.9%	3.8%

Fuente: cuadro realizado a partir de información antes revisada, elaborado por Gisela Beltrán y Enrique Castellanos.

## **II.IV.. Control de la Fecundidad y el uso de Métodos Anticonceptivos**

### **II.IV.1 El conocimiento y uso de métodos anticonceptivos**

Los cambios que la revolución sexual ha producido en la sociedad contemporánea, la maduración sexual temprana, el efecto de los medios de comunicación sobre la conducta de los jóvenes, el debilitamiento y/o ruptura de los lazos familiares son, entre otros, factores que contribuyen a la iniciación precoz de la actividad sexual y en consecuencia el embarazo temprano en las adolescentes.

El uso de los métodos anticonceptivos juega un papel muy importante en el descenso de la fecundidad moderna. El acceso a información amplia y pertinente sobre métodos



anticonceptivos y su disponibilidad en las clínicas y centros de salud son aspectos que facilitan el derecho a decidir de manera libre e informada sobre el número de los hijos, así como a disfrutar de la sexualidad sin el temor a un embarazo no deseado. El derecho a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos es la clave de una mejor salud reproductiva para millones de mujeres y para ejercer este derecho es preciso contar con la información, educación y servicios de planificación ya que en muchos lugares los conocimientos de la gente sobre la salud y la sexualidad humanas son demasiado escasos y se deniega a las mujeres la libertad de decidir acerca de sus vidas y se espera que las niñas se casen a temprana edad y comiencen a tener hijos cuando antes, en lugar de asistir a la escuela. Estos factores, y otros, ponen en peligro la salud y limitan el potencial de las mujeres y sus familias.

Los datos sobre conocimiento y uso de anticonceptivos señalan que entre las mujeres indígenas y no indígenas existen grandes diferencias al respecto. Tomando como punto de comparación las pastillas, que son el método más popular que conocen, este método es de 63.1% en los MPHLI, de 86.2% en los MHLI y de 9.5% en los municipios no indígenas. En lo que respecta al conocimiento de los condones es significativamente inferior a los municipios indígenas que entre los no indígenas, asimismo aunque el ritmo y el retiro se encuentran dentro de los métodos menos conocidos tanto

en municipios indígenas como en los no indígenas, éstos son utilizados con mayor frecuencia por las mujeres indígenas en algún momento de su vida reproductiva.

En lo que concierne al uso del DIU y la OTB, son los más utilizados tanto entre las indígenas como entre las no indígenas. Después de estos métodos, los más utilizados son las pastillas y las inyecciones. Por otro lado, entre las mujeres indígenas destaca el uso de métodos tradicionales como el ritmo o el retiro, el cual representa 28% de las usuarias unidas o casadas de los MPHLI, 17.5 entre las MHLI y 12.2 entre las mujeres de municipios no indígenas. Ver siguiente cuadro:

Distribución porcentual de mujeres unidas usuarias  
De métodos anticonceptivos por tipo de método usado  
Según condición de indigenismo, 1997

Tipo de método	MPHLI	MHLI	No indígenas
Total	100	100	100
Operación	36.0	44.6	46.1
Modernos	34.4	34.4	35.8
Locales	1.6	3.5	5.9
Tradicionales	28.0	17.5	12.2

Nota :los métodos están agrupados de la siguiente manera:

Modernos: DIU, pastillas, inyecciones y Norplant

Locales: condón, óvulos, jaleas, diafragma, etc.

Tradicionales : ritmo, retiro y otros.

FUENTE: Estimaciones del CONAPO basadas en la ENADID 1997

MPHLI 70% o más de hablantes de lengua indígena

MHLI 30-69% de hablantes de lengua indígena

## **II.IV.2. Razones de uso y no uso de métodos anticonceptivos**

El uso de un método anticonceptivo responde a razones personales, culturales y al propio contexto socioeconómico (escolaridad y recomendación del personal del servicio de salud). Las primeras razones se evidencian entre las mujeres que contestaron en la Encuesta de la Dinámica Demográfica de 1997 que querían un método permanente o efectivo (26.7%, 33.9% y 39.4% en MPHLI, MPLI y no indígenas respectivamente), las que señalaron que eligieron el método porque les gustaba su forma de uso (9.2%, 10.9% y 12.5%) o aún las que opinaron que el método elegido no les causaba daño a su salud. Entre las razones culturales se pueden ubicar las declaraciones de que el esposo o la pareja lo prefirió ( 8.9%, 8.8% y 4.9%) .

Entre las razones atribuibles a la escolaridad o al contexto institucional de atención están las declaraciones de que el el único método que conocen (5.0%, 0.6% y 0.5%), que no les consultaron su opinión (4.9%, 2.8% y 2.0%), que lo eligieron por recomendación de un amigo o familiar (0.9%, 1.5% y 0.9%), o que lo hicieron por recomendación del prestador de los servicios de salud (19.1%, 16.9% y 13.8).

En lo que se refiere a las razones de uso, entre las mujeres con OTB, alrededor de 5.6% de las mujeres indígenas declaró haber optado por éste método debido a las preferencias del esposo o pareja, mientras que ésta proporción se reduce a 3% entre las no indígenas, alrededor

de 21% de las indígenas (25.3 en los MPHLI y 20.4% en los MHLI) lo prefieren por recomendación de los servicios de salud, y 17% entre las no indígenas. Entre las usuarias de DIU, 5.1% de las mujeres de MPHLI, 3.9 en MPLI y 1.6 en los no indígenas, lo eligieron por preferencia del esposo o pareja y no fue consultada su opinión 17.8, 9.1 y 5.3 de los casos, respectivamente.

Entre las razones de no uso, destacan aquellas por falta de conocimiento, que asciende a 14.2% entre las mujeres de MPHLI, 5.0 en los de MHLI, y 1.1 de las no indígenas, no sabe cómo se usan los métodos: 2.2, 2.1 y 0.6%, respectivamente, así como las que declaran no estar de acuerdo con usar métodos anticonceptivos : 4.7, 4.6 y 2.4% y aquellas que no lo consideran necesario porque están dando pecho a uno de sus hijos : 4.1, 3.7 y 1.9%. Ver cuadro 4

Cuadro 4  
 Porcentaje de razón de uso de métodos anticonceptivos  
 Según condición de indigenismo, 1997

Razón de uso	MPHLI	MHLI	No indígenas
Razón de uso del método actual	100	100	100
Recomendación del servidor de salud	19.1	16.9	13.8
Recomendación de amigo o familiar	0.9	1.5	0.9
Tuvo efectos colaterales	3.4	5.4	5.7
Le gusta la forma de uso	9.2	10.9	12.5
Es fácil de conseguirlo	0.5	0.9	1.3
Puede pagar el costo	0.3	0.0	0.1
Quería un método permanente	19.7	24.9	27.5
Su esposo o pareja lo prefirió	8.9	8.8	4.9
Quería un método más efectivo	7.0	9.0	11.9
Es el único método que conoce	5.0	0.6	0.5
No causa daño a la salud	15.2	11.9	11.2
No le consultaron su opinión	4.9	2.8	2.0
Otra razón	5.9	6.2	7.3
No respondió	0.2	0.1	0.2

Fuente : Estimaciones del CONAPO basadas en la ENADID 1997.  
 MPHLI 70% o mas de hablantes de lengua indígena  
 MHLI 30-69% hablantes de lengua indígena

### **II.IV.3 Lugar de Obtención y Tipo de Método Anticonceptivo utilizado**

En los MPHLI la Secretaría de Salud atiende a 33% de las usuarias y ésta institución provee mayoritariamente los siguientes métodos anticonceptivos: OTB(27.9%), DIU (32.5), pastillas (18.9%), inyecciones (16.7%) y condones (3.95%).

Por su parte, el IMSS-Solidaridad, junto con el ISS concentran casi 50% de las usuarias activas de métodos

anticonceptivos en los MPHLI (30.6 y 17.2% respectivamente) y presentan, en relación con la SSA, una mayor proporción de usuarias de DIU (63.2 y 45.4% respectivamente), un porcentaje similar de usuarias de OTB y, en contraparte un porcentaje menor de usuarias de pastillas, (11.1 y 3.8%), e inyecciones (2.7 y 5.6%) . La distribución de métodos anticonceptivos en los servicios privados contrasta con la baja presencia del uso del DIU (14.6% a favor de una mayor presencia de pastillas, inyectables (24.4 y 23.9% respectivamente) e incluso condones (18.4%).

Entre las mujeres de los MHLI disminuye ligeramente la proporción de mujeres atendidas por la Secretaría de Salud (28.8%) así como las usuarias del IMSS-Solidaridad (9.8%) y se incrementa la del IMSS régimen ordinario (30.7%), incrementando el peso de la atención recibida en otras instituciones de salud gubernamentales (6.1%) y las que asisten a servicios privados (20.1%).

#### **II.IV.4 Prevalencia y Razones de uso de Métodos Anticonceptivos por edad**

La prevalencia de métodos anticonceptivos por grupo de edad para cada uno de los municipios analizados, donde se evidencia que las diferencias más marcadas se presentan en los grupos extremos de la vida reproductiva, es decir,

en las edades tempranas (15-29 y 20-24 años de edad) y al final de la vida reproductiva (40-44 y 45-49 años).

Entre las mujeres que son usuarias de métodos anticonceptivos se advierten escasas diferencias en las razones de utilización: entre 59 y 62% de las mujeres de los tres grupos utilizan los métodos anticonceptivos para terminar con su reproducción, y entre 41 y 38 % restante los usan para espaciar sus embarazos.

Los porcentajes de mujeres que utilizan métodos anticonceptivos para no tener más hijos aumentan conforme a la edad. En consecuencia, las preferencias de método y las razones de uso entre las mujeres jóvenes se concentran más en los métodos temporales y suelen dar razones de comodidad y accesibilidad en el uso, les gusta la forma de uso (13.0, 17.1 y 21.2 % para MPHLI, MHLI y no indígenas respectivamente) , es fácil conseguirlo (0.7, 1.5 y 2.2%) y no causa daño a la salud (19.1, 16.5 y 14.4%). Mientras que entre las de edad más avanzada los métodos tienden a ser permanentes y más efectivos (OTB y DIU) y las razones son consistentes con ello: quería un método permanente (24.9, 32.5 y 36.6%), quería un método más efectivo (6.3, 76 y 10.4%). Vale la pena destacar que entre los adolescentes y las mujeres jóvenes se observan porcentajes ligeramente más elevados en ciertas razones de uso, entre las cuales destacan las siguientes: por recomendación de un prestador de servicios de salud (8.2, 25.7 y 17.8%); por recomendación de un amigo o familiar (6.5, 3.5 y 2.4%), su esposo o

pareja lo prefirió (9.3, 10.4 y 5.7) y es el único método que conoce (15.2, 2.6 y 10%), lo que parece indicar la necesidad de impulsar programas de información y de comunicación dirigidos a ellas

## **II.V Calidad de la Atención**

La ENADID 1997 incorporò cinco preguntas para evaluar la calidad de la atención de los servicios de planificación familiar:

- si la mujer recibió información acerca de otros métodos anticonceptivos
- si le explicaron las molestias que podía tener
- si hubo indicación de que regresara a la clínica en caso de molestias
- si le dedicaron tiempo suficiente en la consulta y si le aclararon sus dudas.

Al analizar esta información se observa una situación similar entre las poblaciones indígenas y no indígenas: se les brindó buena información acerca de los diferentes métodos disponibles (entre 60 y 64%, respectivamente), se les explicó las molestias provocadas por el método recomendado (entre 59 y 62%) y se aclararon sus dudas



(entre 62 y 65%) o se le indicó regresar en caso de molestias (entre 71 y 74%).

De los cinco indicadores analizados, la indicación de que regresara en caso de molestias es la que obtiene el porcentaje más elevado de satisfacción: con las instituciones privadas el frente (entre 72 y 76% de satisfacción), seguidos de IMSS- Solidaridad, SSA, IMSS, ISSSTE y otras instituciones gubernamentales, en orden decreciente de satisfacción.

## **II.VI Los Ideales Reproductivos y la Fecundidad**

La llamada teoría de la difusión destaca tres aspectos de las interacciones sociales que son relevantes para explicar la transición de la fecundidad: el intercambio de información e ideas, la interpretación/adaptación de su significado en contextos socioculturales específicos, y la influencia social que restringe o impulsa la acción.

Las interacciones sociales poseen canales propios a través de los cuales se produce el intercambio, adaptación y apropiación de ideas e información.

“En el caso de las poblaciones indígenas la importancia de estas interacciones se deja ver en las transformaciones de fecundidad observadas en los pueblos indígenas que

mantiene un contacto más intenso con la población no indígena. “<sup>28</sup>

Aunque no existe ninguna forma directa de medir el cambio en las ideas, se podría decir que en materia de preferencias reproductivas las respuestas al ideal reproductivo que indican un cierto fatalismo, corresponden a actitudes más tradicionales, entre las cuales se encuentran los hijos que Dios me de (2.7, 1.7 y 0.7% entre las mujeres de MPHLI, MHLI y no indígenas respectivamente), me da lo mismo (3.7, 1.4 y 0.5%) o no sé (6.6, 2.6 y 1.3%), que son poco frecuentes en la población indígena, aunque elevadas si se les compara con la población no indígena.

El cambio en las preferencias reproductivas de las mujeres indígenas en el ideal de hijos declarado, la moda (la respuesta donde se acumula la mayor frecuencia) se ubica en dos hijos, aunque existen diferencias entre ellos (21.5, 24.7 y 38.7%), que se traducen en casi el doble de la proporción acumulada entre las mujeres indígenas y no indígenas. En orden decreciente, el número de hijos preferido es tres y cuatro, este último aún entre las mujeres no indígenas, quienes todavía muestran mayor inclinación por cuatro que por uno, que es el número que le sigue en preferencia. La tendencia general en los tres grupos analizados señala que las mujeres mayores desean

---

<sup>28</sup> Hernández Ham, Patricia. “La población indígena: principales grupos etnolingüísticos”. En la situación demográfica de México, 1998, CONAPO, México, 1998.

incrementar menos su familia y que la proporción que desea más hijos decrece en la medida que aumenta la descendencia.

## CAPITULO III

### **III. La Salud Reproductiva Indígena**

#### **III.I Salud Reproductiva Indígena**

“En México existen alrededor de 63 grupos indígenas que superan los diez millones de habitantes, esta población se concentra principalmente en los estados de Oaxaca, Chiapas, Veracruz, Puebla, Yucatán, Hidalgo, México, Guerrero, San Luis Potosí, Michoacán y Sonora que albergan al 87% de la población total de indígenas en el país”<sup>29</sup>; y la situación en aspectos económicos, de organización social y de atención sanitaria es muy parecida.

La atención a la salud de la población indígena del país a representado a lo largo de los años alta prioridad para los espacios de gobierno y de organizaciones no gubernamentales; ya que, por ejemplo si “a nivel nacional la tasa global de fecundidad era en el año 2000 de 2.4 hijos X mujer; y en las comunidades indígenas se eleva a 4.1 hijos por mujer”<sup>30</sup>.

En términos generales, el panorama salud-enfermedad entre la población indígena es muy distinto a la población nacional; por un lado las principales causas de muerte en el país corresponden a enfermedades no transmisibles,

---

<sup>29</sup> Poder Ejecutivo Federal. Programa de Acción: Salud Reproductiva 2000-2006. CONAPO. México. Información digital

<sup>30</sup> Ibidem

mientras que tres de cada principales causas de muerte en las poblaciones indígenas son transmisibles.

La situación de extrema pobreza de la mayoría de las comunidades indígenas del país va acompañada de la falta de espacios para la atención médica y en consecuencia de la promoción de la salud reproductiva y de programas para tal efecto; independientemente de la falta de programas y servicios en salud reproductiva, existe una marcada falta de conocimiento de parte de instituciones oficiales sobre lo que las y los indígenas necesitan en esta área. Además es necesario reconocer que dentro de todas y cada una de las comunidades indígenas del país se codifican sistemas complejos de conceptos en torno a la práctica sexual y reproductiva; es fundamental conocer la perspectiva de una comunidad en términos de su propia cultura, es decir, la forma en que percibe los fenómenos, como los verbaliza y como los actúa. Tratar de comprender los usos y costumbres, los valores y los mitos asociados dentro de todos los aspectos que abarca la salud sexual y reproductiva son fundamentales para y cuando se quieran desarrollar programas destinados a mejorar esta área de la salud.

Antes de instalar un programa o recomendar una política de salud respecto de la sexualidad y la reproducción que pretenda impactar en los hábitos de salud, es necesario valorar los hábitos existentes, la relación que tienen entre

sí, las funciones que cumplen y lo que significa para aquellos que los practican.

En las poblaciones indígenas el sistema de ideas en torno al ciclo reproductivo se asienta sobre una base mestiza, con elementos prehispánicos y occidentales; además de todo el entorno de ideas y conceptos. “De los aproximadamente diez millones de indígenas del país solo el 10% utiliza algún método anticonceptivo, misma situación se observa en poblaciones con alrededor del 40% de población indígena”<sup>31</sup>; esto se ve reflejado en las altas tasas de fecundidad, altos índices de mortalidad materno-infantil; el riesgo de muerte de una mujer indígena durante el embarazo, el parto o el puerperio es tres veces mayor que el de una mujer no indígena.

Otro aspecto de suma importancia es el de la equidad de género, ya que es un tema de difícil trato dentro de una comunidad indígena debido a que se encuentran preestablecidas las pautas de comportamiento de uno y otro género; el hombre proveedor de seguridad en todos los aspectos y dueño de la fuerza de trabajo; la mujer de dedicarse al hogar y lo que implica –la cría de ganado y siembra de traspatio, así como la educación y crianza de los hijos-. Los programas de salud reproductiva vigentes a nivel nacional muestran un avance respecto a la participación del hombre de forma activa en la planificación familiar, aunque es poco significativo; los

---

<sup>31</sup> Ibidem.

datos recientes indican que de cada cinco parejas usuarias de métodos anticonceptivos, el varón participa de forma directa o indirecta solo en una. Aspectos socio-culturales que se relacionan con percepciones y expectativas tradicionales que tiene la sociedad, al arraigado concepto de la masculinidad, las limitaciones en la oferta de una gama amplia de métodos para el hombre, restringe aún más de forma importante de participación y responsabilidad del varón.

## **III.II Salud Reproductiva en una comunidad indígena: San Bartolo Tutotepec, Hidalgo**

### **III.II.1 El contexto**

“El municipio de San Bartolo se encuentra ubicado dentro del estado de Hidalgo, en la sierra de Tenango y sierra norte de Puebla; éste, junto con los municipios de Agua Blanca, Huehuetla y Tenango de Doria conforman dentro del estado la región XIII Otomí-Tepehua. La región es considerada por el Gobierno Federal mediante la Secretaría de Desarrollo Social como una zona de alta marginación, por lo que es tomada en cuenta dentro de las llamadas 250 microrregiones para ser atendidas con urgencia por dicha secretaria.”<sup>32</sup>

---

<sup>32</sup> [www. Estado de Hidalgo/municipio de San Bartolo.com.mx](http://www.Estado de Hidalgo/municipio de San Bartolo.com.mx)



Dentro del municipio y en colindancia con los municipios de Tenango de Doria y Huehuetla se encuentra el único hospital para atender a toda la población de la región; es también el encargado de levantar la mayor parte de los censos poblacionales en cooperación con el INEGI, datos del año 2000 muestran a una población total dentro del municipio de 18650 habitantes; un dato importante a resaltar es que la cabecera municipal de cada uno de los tres municipios colindantes respecto del hospital, están relativamente cerca a no más de 40 minutos una de la otra, por lo que las pequeñas rancherías que quedan entre estos tienen gran facilidad para acceder al hospital regional; no así la mayoría de las comunidades de los tres municipios. Las comunidades alejadas de las respectivas cabeceras se les facilita más la cooperación en todos sentidos con los municipios colindantes de los estados de Veracruz, Puebla y del propio estado.

“Algunos indicadores estadísticos nos muestran las condiciones de extrema pobreza y de incipiente desarrollo, en el caso de las viviendas: el 60% tiene piso de tierra, se componen de un solo cuarto cuyas paredes son de madera o lamina de cartón, del 100% de las viviendas del municipio sólo el 27% se encuentra conectado al drenaje; el 44% tiene agua potable entubada y en el mismo porcentaje tienen conexión eléctrica<sup>33</sup>.” Los ingresos de 65% de los habitantes no superan el sueldo mínimo, por lo que entre las condiciones de la vivienda y el bajo salario se

---

<sup>33</sup> Ibidem

condicionan los hábitos de higiene y salud. La dieta nutricional como la mayoría de las comunidades indígenas y rurales del país se basa en el consumo de maíz, frijol y chile; así como los productos del lugar café, caña de azúcar como piloncillo y yuca en dulce.

Dadas las condiciones de vida,” cuatro de las cinco principales causas de morbilidad general son por enfermedades que tienen que ver con la nutrición y la higiene”.<sup>34</sup> índice agudo respiratorio, amibiasis, ascariasis y otitis media aguda. En lo que se refiere a la mortalidad general tres de las cinco causas tiene que ver con enfermedades infecto contagiosas. Cabe señalar que el índice de ingesta de alcohol es muy elevado en la región por ser zona cálida, solo dentro de la cabecera municipal se encuentran alrededor de 12 bodegas de cerveza y esta se vende tanto en los lugares dedicados para tal efecto como los no adecuados: tortillerías y farmacias.

El cultivo del café para la mayoría de la población representa el único medio para hacerse de dinero, por lo que se comercia principalmente de forma interna, además algunos ricos de la comunidad compran el café a precios muy bajos para comerciarlos en la ciudad de México principalmente, tanto con cadenas de hoteles como con algunos exportadores; la poca tierra que poseen la mayoría de los pobladores facilita aún más esta practica.

---

<sup>34</sup> Ibidem

En la cabecera municipal se encuentra la concentración de poderes, las oficinas de todas las dependencias gubernamentales, así como de las no gubernamentales, también se encuentran instituciones de educación desde los jardines de niños hasta el bachillerato. Es además el espacio para observar el grado de marginación que padece la mayoría de la población, ya que existe una colonia exclusiva para funcionarios y ex funcionarios del municipio que se encuentra en los más altos niveles de desarrollo ya que cuentan con drenaje, alumbrado público, pequeñas rancherías dentro del mismo terreno y casi todas con espacios deportivos como canchas de básquetbol y fútbol, y las construcciones son lujosas; alrededor de la cabecera municipal se encuentran otras colonias que observan las condiciones generales antes mencionadas.

Aunque existen cerca de 50% de comunidades con instituciones de educación primaria, alrededor de la mitad de la población se encuentra sin instrucción escolar; la población en su totalidad habla español y cerca del 50% hablan el otomí; del 100% de alumnos que ingresan a primaria solo el 40% la termina y por cada 100 alumnos que terminan la primaria solo uno continúa con la educación secundaria.

### **III.II.2 Analisis de la encuesta aplicada en la comunidad a la población** (rango de edad 13-19 años)

#### **b) Fecundidad.**

La fecundidad ha sido la principal determinante del cambio demográfico registrado en México;” en el Estado de Hidalgo se estima que el dato es de “2.6 hijos por mujer”.<sup>35</sup> Para la investigación que aquí nos ocupa obtuvimos un dato de 2.7 hijos por mujer.

Del total de la población investigada el 46.55 % ha escuchado hablar sobre fecundidad, ya que alguna vez a solicitado información sobre salud sexual y reproductiva en la escuela y/o en la casa “sobre lo que se refiere a las relaciones sexuales”., y lo relaciona directamente en aquel acto en que se une el espermatozoide con el óvulo. El restante 53.45 % no ha escuchado del tema y carece totalmente de información.

Es importante resaltar que del grupo que dice tener información sobre Fecundidad las mujeres son las mas informadas ya que representan cerca del 80%, mientras que solo el 20% de hombres tiene información sobre el tema. Los datos refieren que es más fácil para las mujeres acceder a este tipo de información, “como mujer uno puede hablar de esto con la mamá o una enfermera”, pues

---

<sup>35</sup> Cuadernos de Salud Reproductiva. “República Mexicana”, México, CONAPO, 2000.

“el papá no sabe nada”. Tal vez los hombres tengan menos confianza de platicar sobre estos temas con sus padres y mucho menos con el médico, por eso solo un bajo porcentaje de ellos cuenta con información sobre el tema.

Resulta relevante señalar lo interesante e inexplicable que resulta la relación madre-hija para hablar sobre el tema al parecer sin ningún problema en una comunidad indígena.

En cuanto a las preferencias reproductivas, el tamaño de la familia deseado, nos arroja que para el 53% de los encuestados el número ideal de hijos son 2; para el 37% son 3 hijos por familia; mientras que solo para el 10% son 4 la cantidad ideal; el número ideal de hijos lo asocian a diversas causas entre las que resaltan (ver cuadro 1):

Cuadro 1

<b>Causas para determinar la cantidad ideal de hijos</b>	
causa	porcentaje
Por capacidad económica	30
Por bienestar común de todos en la familia	36
Para que los hijos tengan una mejor atención	20
otras	14

En cuanto al número y espaciado de los hijos, para el 76.9% la pareja es la única responsable de decidir sobre este aspecto; parece que los adolescentes a pesar de su corta edad y de otras cosas que puedan ser importantes para ellos en esta etapa de su vida, tienen presente la situación

tan precaria que se vive en su comunidad y por eso un alto porcentaje de ellos (53%) consideran como dos el número ideal de hijos tomando en cuenta las condiciones económicas, consideran que es el número ideal para poder sacarlos adelante, darles una mejor educación y cuidarlos bien. Aún para quienes mencionaron 3 y 4 como el número ideal de hijos tienen estas consideraciones. Para el 15.3% es solamente una decisión que compete a la mujer y para el 7.6% es el varón quien debe decidir sobre este aspecto en la pareja.

## **b) Métodos anticonceptivos**

En la comunidad se obtuvieron datos relevantes, el 90.5 % sabe que los métodos anticonceptivos tienen una utilidad directa en el cuidado y ejercicio de la sexualidad; sin embargo este dato contrasta cuando vemos que el 66% declaró no haber tenido o visto directamente un método anticonceptivo y más contrastante es el dato de que el 33% señala que aún teniendo un método anticonceptivo en sus manos no sabría como utilizarlo.

Para el 9.5% es completamente desconocida la utilidad de los métodos anticonceptivos; aunque haciendo la suma de aquellos quienes declararon no saber como utilizarlos en caso de tenerlos en sus manos, tenemos un 42.5% que están imposibilitados de usar algún método anticonceptivo en el momento de la realización de esta encuesta.

Los resultados de la encuesta sobre este aspecto demuestran la casi inexistente información que por derecho deben tener todos los adolescentes sin importar ubicación geográfica, condiciones económicas, culturales, etc. La falta de interés por parte de las autoridades del municipio, del propio estado y de salud muestran un panorama bastante desolador, al recibir las cifras anteriores y más aún al saber que los adolescentes tienen únicamente conocimiento de dos métodos anticonceptivos, cuando en la actualidad hay una amplia gama de ellos. Bueno dadas las condiciones del lugar, donde sólo hay un hospital que da servicio a los tres municipios colindantes y éste está en muy malas condiciones y cerrado, al menos los días que estuvimos en la comunidad, se entiende el rezago, pues además no hay centros de salud que puedan apoyar al hospital.

Esperamos que las autoridades correspondientes valoren la situación y hagan algo al respecto ya que la falta de conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos y uso pueden desencadenar embarazos no deseados y/o ETS. (Ver cuadros 2 y 3)

Cuadro 2 Conocimiento de métodos anticonceptivos

<b>Conocimiento de métodos anticonceptivos</b>	
método	porcentaje
Pastillas	25
Condón	30
Ambos	35
ninguno	10

Cuadro 3 Utilidad de los métodos anticonceptivos

<b>utilidad de los métodos anticonceptivos</b>	
utilidad	porcentaje
Prevenir embarazos	25.6
Prevenir ETS	54.4
ambos	10
No sabe	10

### **c) ETS/ VIH-SIDA**

En lo que respecta a las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) el 61.9% señaló que saben que son y que se transmiten vía sexual; aquí, parecería que de facto todos los encuestados comprenderían la vía de transmisión y por ende del tipo de padecimientos de que se tratan las ETS; si embargo para el 38.1% el tema es absolutamente desconocido y no saben de que habla cuando se dice ETS. Esto se corresponde con la situación anterior, la falta de servicios de salud y de información sobre la salud reproductiva y sexual para los adolescentes tanto en la escuela que es ahí donde les podrían brindar este tipo de información como en el hospital.

Para el 46.1% aunque señalaron que saben que son, también señalan que no saben como evitarlas; además de que la utilización de algún método anticonceptivo es desconocido para este porcentaje de los encuestados. Y solo para el 15.82% dijeron que es simple la prevención de las ETS a través de tres medios ver cuadro 4: *a) la*



*abstención, b) ejerciendo la sexualidad con una sola pareja (fidelidad) y c) cuidándose utilizando el condón masculino.*

*Cuadro 4*

<b>Información sobre Enfermedades de Transmisión Sexual</b>		
pregunta	Conocen %	No conocen %
Que son las ETS	61.9	38.1
Como se transmiten las ETS	61.9	38.1
Como se evitan las ETS	15.82	84.18

En cuanto al VIH-SIDA el 82.8 % declaró saber que el SIDA es un padecimiento incurable, que se contagia a través de las relaciones sexuales. En tanto el 17.2% declaró nunca haber escuchado de este padecimiento y por consiguiente señaló no saber como se transmite. A la pregunta de si sabían acerca de la incurabilidad de este padecimiento se obtuvo que el 17.2% señaló que es curable si se detecta a tiempo y el restante 82.8% señaló que es un padecimiento incurable.

Para la totalidad que dijeron conocer la vía de transmisión del VIH-SIDA desconocen otra vía de contagio que no sea la sexual. Consideran que la enfermedad se transmite al tener relaciones sexuales con una persona infectada.

## **d) Embarazo**

En México el embarazo en adolescentes es reconocido como un grave problema social y de salud pública; es pues, un tema de gran relevancia en cuanto a la Salud Sexual y Reproductiva. Para los adolescentes aquí encuestados es generalizado que el embarazo en personas de este grupo poblacional sucede básicamente por dos razones: no cuidarse en el ejercicio de la sexualidad y la falta de información sobre como cuidarse.

Para el 92.3% de los encuestados el embarazo es una responsabilidad que a esa edad ninguna persona tiene la madurez necesaria para hacerse responsable tanto emocional como económicamente y por tanto se expresan en contra del embarazo en adolescentes.

Para el restante 7.7% el hecho de estar a favor del embarazo en personas de estas edades se debe básicamente a que cada persona tiene derecho a decidir cuando tener hijos y hacer con su cuerpo lo que desee según su libre albedrío.

## **e) Aborto**

Representa un grave problema de salud pública, ya que en su mayoría son clandestinos, además de que son practicados sin la higiene y cuidados básicos. Para la

población adolescente de la comunidad encuestada el aborto es una practica con la cual están en contra el 93.4 % ; mientras que el 7.6 % no opino ya que se dijo imposibilitado en caso de padecerlo en persona o saber que alguien lo quisiera hacer.

En tanto el 86.8 % de los encuestados dijo que la decisión de recurrir al aborto compete a la pareja ya que fue un acto donde ambos participaron; para el 3.8 % el varón tiene toda la autoridad de decidir si la mujer debe abortar; y para el 9.4 % la mujer es quien debe decidir si tenerlo o no pasando por alto la opinión de su pareja.

Realizando un análisis de las causas por las cuales se debe permitir un aborto en adolescentes tenemos los siguientes cuadros:

Cuadro 5 Causas de permisibilidad del aborto

<b>Causa de permisibilidad del aborto</b>	
causa	porcentaje
Violación	23
Por estar estudiando	19
Poca edad/problemas familiares	18
Falta de responsabilidad a esa edad	23
Nunca lo permitiría	17

### Cuadro 6

En contraposición señalaron algunas soluciones para poder tener un hijo a esa edad:

<b>Causas para tener un hijo para adolescentes</b>	
causa	porcentaje
Pedir ayuda a padres	35.2
Regalarlo	15.2
Darlo en adopción	25.2
Hacerse responsable	24.4

### **f) Género**

En cuanto a la visión de género sobre Salud Sexual y Reproductiva se contempla en un 84.6 % que tanto hombres como mujeres son susceptibles a obtener información sobre el tema con igualdad de oportunidades; para un 7.7 % es a los varones a quienes se les facilita tener la información sobre este aspecto y en esa misma proporción se señala que es la mujer quien tiene mas facilidad en ser causa de esta información.

Para el 84.61 % de los adolescentes es claro que quienes pueden decidir que hacer o no con su cuerpo son solamente las mujeres; en este aspecto al preguntárseles si es decisión directa de la mujer usar algún método anticonceptivo se elevó al 100%, haciendo un análisis vemos que se les deja la regulación de la fecundidad completamente a las mujeres. Pareciera que estuvieran preestablecidas las pautas de comportamiento de uno y otro género, el hombre

proveedor de la fuerza de trabajo y la mujer de dedicarse al hogar y lo que implica entre otras, la educación, crianza de los hijos.

Esto pueda ser por las limitaciones de conocimiento de métodos anticonceptivos para el hombre, lo que podía restringir aún más la participación y responsabilidad del hombre en un aspecto tan importante en la pareja y su bienestar a futuro.

## **Conclusión**

A lo largo de nuestra formación como sociólogos hemos adquirido los conocimientos que nos permiten reconocer los problemas sociales que enfrenta la sociedad actual llámese de política, urbanos, rurales, de cultura y laborales, principalmente. Nos ha sensibilizado de manera especial ante el reconocimiento de tales hechos para el trabajo, investigación y posible solución de estos.

El quehacer del sociólogo no se queda sólo en la investigación sino en encontrar una solución que sea benéfica a la sociedad.

Ante esta situación y todos los problemas que aquejan a la sociedad nuestro interés se centró en una comunidad indígena, específicamente en la población adolescente en lo que concierne a su salud reproductiva ya que es el grupo poblacional más susceptible a padecer las problemáticas que esto conlleva.

Es por todos conocidos los rezagos o carencias que enfrentan las comunidades indígenas en todos los aspectos, económicos, culturales, políticos, de educación y de salud, por mencionar algunos de los muchos problemas que enfrentan.

La comunidad indígena de San Bartolo Tutotepec considerada como una zona de alta marginación esta

ubicada dentro del estado de Hidalgo, en la sierra de Tenango y sierra norte de Puebla con un paisaje realmente maravilloso, lo mismo que el clima, el camino para llegar a la comunidad es agradable a la vista, al llegar al municipio el ambiente es desolador, una colonia para funcionarios y ex funcionarios que cuentan con todos los servicios y otra donde vive la mayoría de la población donde faltan todos los servicios, en cuanto a los adolescentes para ellos el único medio de entretenimiento es jugar fútbol por las noches en la cancha de la escuela primaria ya que tampoco hay espacios deportivos en el municipio.

Es una situación un tanto crítica la que presenta éste grupo de población en la comunidad por ello nuestro interés en contribuir un poco en un aspecto tan importante para y en los adolescentes como es su salud reproductiva.

Los datos obtenidos a través de las encuestas arrojan información muy interesante que incluso resulta paradójica. Los adolescentes casi en su mayoría no han escuchado nunca hablar sobre fecundidad pero si consideran que el número ideal de hijos sean dos y aquí lo más preocupante es cómo lograrlo pues no tienen conocimiento más que de dos métodos anticonceptivos y decimos solo conocimiento de que existen porque sobre su uso, lo desconocen totalmente. Esta situación no solo puede desencadenar en embarazos no deseados y que cambien el futuro de los adolescentes, no terminar sus

estudios, trabajos mal pagados, problemas de salud en la mujer, sino que también en contraer enfermedades de transmisión sexual., algunas incurables y devastadoras como el VIH-SIDA.

A pesar de estos antecedentes, los adolescentes tienen presente que los embarazos a su edad no son lo mejor, pues no tienen la madurez suficiente para enfrentar tal situación. En cuanto a los datos obtenidos sobre aborto y género, es donde se encuentra la paradoja, el que una población indígena considere que la decisión de un aborto le compete a la pareja cuando en la mayoría de los casos, hasta en la ciudad la realidad es otra. Y en cuanto a género el que sean las mujeres únicamente las que decidan sobre su cuerpo y que método anticonceptivo utilizar, cuando en las comunidades indígenas y muchos otros lugares lo que importa es la decisión del hombre.

Los adolescentes de esta comunidad requieren de información y servicios para ayudarlos a entender su sexualidad, y a protegerse de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual. El único hospital que existe en la región debería poner especial atención en este hecho, en conjunto con el municipio y las escuelas, pues resulta visible la falta de conocimiento sobre las necesidades sexuales y reproductivas de éste grupo poblacional. Habría que posibilitar que los adolescentes conozcan y accedan a la información y los servicios en materia de salud reproductiva, lo que podría retrasar la



práctica sexual o que el ejercicio de ésta no representara riesgo para ellos. Pues la salud reproductiva y sexual de los adolescentes son un gran problema de salud. A continuación haremos referencia a algunas estrategias que se podrían llevar a cabo en la comunidad en beneficio de los adolescentes y de la comunidad en general y en los cuales nos gustaría colaborar.

\*Servicio de atención médica especializada para adolescentes

\* Trabajar en conjunto autoridades municipales y el hospital

\*Capacitar personal de salud y educadores para proveer información precisa y apropiada.

## **Bibliografía**

- \*Cabrera Acevedo, Gustavo (1994). “México en el siglo XX”. En El poblamiento de México. México. Consejo Nacional de Población. Mimeo.
- \*Benítez Zenteno, Raúl. ”Hacia la demografía del siglo XXI”. México: Sociedad Mexicana de Demografía. UNAM, Instituto de Investigaciones Sociales, 1999.
- \*Figueroa, Juan Guillermo. Stern, Claudio. Encuentros y Desencuentros en la salud reproductiva. Políticas públicas, marcos normativos y actores sociales. México, El Colegio de México, Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, 2001.
- \*García Molina, Carlos. Hernández Bringas, Héctor. “Desigualdad social y comportamiento reproductivo en México”. CRIM-UNAM. México, 1993.
- \*Poder Ejecutivo Federal. “Plan Nacional de Salud Reproductiva 1995-2000”. México, 1995.
- \* González Montes, Soledad. “Las ONG mexicanas y la Salud Reproductiva”. México, El Colegio de México. Centro de Estudios Sociológicos, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, 1999.
- \*Stern, Claudio. García, Elizabeth. “Seminario internacional sobre avances en salud reproductiva y sociedad”. El colegio de México, 1996.
- \*Szasz, Ivonne. “El Estudio de la Sexualidad en México: una búsqueda para abordar problemas de Salud Reproductiva”. En Salud reproductiva y sociedad. v.5, no.5 (Enero-abril, 1995)

- \*Szasz, Ivonne. “Sexualidad y Salud Reproductiva: Necesidades y Derechos de la Población”. En Demos. Carta Demográfica sobre México, 1995.
- \*Szasz, Ivonne. “Sexualidad y Género: algunas experiencias de investigación en México”. En Debate Feminista. Año 9, volumen 18, octubre de 1998.
- \*Langer, Ana. Tolbert, Kathryn. “Mujer: Sexualidad y Salud Reproductiva en México”. EDAMEX-The Population Council, 1996.
- \*Eferaro, Sam. “Salud Reproductiva de los Adolescentes: información correcta proporcionada por otros adolescentes”. En Populi, junio de 1998.
- \*Harding, Christa. “Necesidad de los adolescentes en materia de Salud Reproductiva”. En Populi, junio de 1998.
- \*Lerner, Susana. Szasz, Ivonne. “La investigación y la Intervención en Salud Reproductiva: encuentro de enfoques y tendencias”. En El Cotidiano N.- 107.
- \*Zúñiga, Elena. Zubiet, Beatriz. “Cuadernos de Salud Reproductiva: República Mexicana”. México CONAPO 2000.
- \*“Género, Familia y Conceptualización de la Salud Reproductiva en México”. Tijuana, Baja California Norte. El Colegio de la Frontera Norte. Departamento de Estudios de Población. Programa de Salud Reproductiva y Población, 1999.
- \*Guzmán, José Miguel et al. “Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe”. México : Fondo de Población de las Naciones

Unidas, Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe, 2001

\*Muriedas, P. Isphording, A. “Manual para el Ejercicio de los Derechos Reproductivos en México”. (leyes, análisis y propuestas) SIPAM, México, 1996.

\*Poder Ejecutivo Federal. “Plan Nacional de Desarrollo: El Desafío Demográfico”. CONAPO, México, 2001. Información Digital.

\*Poder Ejecutivo Federal. Programa de Acción: Salud Reproductiva 2000-2006. CONAPO, México, 2002. Información Digital.

\*Sumario “Derechos Reproductivos de los adolescentes: Leyes y políticas para mejorar su salud y sus vidas”. Salud Reproductiva y Derechos Reproductivos UNFPA. [www.unfpa.org](http://www.unfpa.org).

\*Aparicio, Ricardo. “Fecundidad y proceso de difusión” en la situación demográfica de México, 1998. CONAPO. México, 1998.

\*CONAPO, Indicadores básicos de salud reproductiva y planificación familiar, SEGOB, 1996.

\*Hernández Ham, Patricia . “La población indígena: principales grupos etnolingüísticos “. En la situación demográfica de México, 1998, CONAPO, México, 1998.

\*Zúñiga Elena, Zubieta Beatriz. Cuadernos de Salud Reproductiva, México, CONAPO.

\*Pérez Palacios, G. “La Salud Reproductiva en comunidades indígenas “: Dirección General de Salud Reproductiva.

\*Stern Claudio, García Elizabeth. Sexualidad y Salud Reproductiva de adolescentes y jóvenes en México. El Colegio de México, Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, 2001.

\*Palacios Pérez, “Evaluación del Programa de Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes”. México , Dirección General de Salud Reproductiva,2000.



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA

UNIDAD IZTAPALAPA

TESINA:

**SALUD REPRODUCTIVA EN UNA  
COMUNIDAD INDÍGENA**

QUE PRESENTAN PARA RECIBIR EL TITULO DE  
LICENCIADO EN SOCIOLOGÍA

GISELA BELTRAN DEL VALLE  
MATRICULA: 97322339

ENRIQUE CASTELLANOS SANCHEZ  
MATRICULA: 97321865

