

Fecundidad y preferencias reproductivas en las mujeres indígenas mexicanas.

Panorama actual con base en los resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica Demográfica 2006



**GOBIERNO
FEDERAL**



El comportamiento reproductivo de las mujeres mexicanas y en particular de las mujeres indígenas, constituye un aporte de información relevante para atender este grave problema desde las políticas públicas del Estado mexicano.

Por ello, el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) a través de su serie de boletines, retoma los datos de las mujeres en edad fértil (15 a 49 años de edad) de la *Encuesta Nacional sobre la Dinámica Demográfica, ENADID 2006*¹, para analizar y evidenciar el rezago en materia de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres indígenas, comparados con las no indígenas, en un contexto nacional caracterizado por la desigualdad social.

El análisis comienza por delinear un marco teórico y normativo, para después mostrar un panorama actualizado de las características de las mujeres en edad fértil, de su práctica anticonceptiva y de sus preferencias reproductivas, con base en los datos de la *ENADID 2006*. Del mismo modo, se presentan algunas prácticas relacionadas con el cuidado de sus hijas/os pequeñas/os, tales como la lactancia materna y el cuidado de la/del recién nacida/o.

Por último, se expone una breve reflexión basada en los datos y hallazgos obtenidos del análisis de dicha encuesta.

¹ Encuesta nacional realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), la Secretaría de Salud (SSA), el Consejo Nacional de Población (CONAPO) y el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (ahora Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI). Se trata de uno de los proyectos de generación de información estadística sobre población más importantes para el país, que permite mantener actualizada la información sobre las características demográficas y sociales de la población. El levantamiento se hizo en 41 926 viviendas distribuidas en todo el territorio nacional, de las cuales se logró la entrevista a 83.5%. La encuesta tiene representatividad para las 32 entidades federativas y en los ámbitos rural y urbano.

Marco teórico y normativo

La salud sexual y reproductiva se ocupa de los procesos, funciones y sistemas reproductivos durante todas las etapas de la vida del ser humano. Por tanto, su objetivo es que mujeres y hombres disfruten de una vida sexual responsable, satisfactoria y segura, y que tengan la capacidad y libertad de decidir sobre tener o no hijas/os, cuándo y con qué frecuencia, contribuyendo así a la prevención de embarazos no planeados o de alto riesgo, a la reducción de la mortalidad materna y perinatal, y de abortos e infecciones de transmisión sexual.

Garantizar la salud de las mujeres y sus derechos reproductivos es un ordenamiento reconocido en diversos instrumentos internacionales que el Estado mexicano ha asumido. Entre los instrumentos pioneros en esta materia, según Figueroa *et al.* (1996), se encuentran:

- Conferencia Internacional de Derechos Humanos (Teherán, 1968). Reconoce como un derecho humano básico, la libertad de las personas para decidir el número de hijas/os que desean tener y el momento para tenerlos.
- Primera Conferencia Internacional de Población (Bucarest, 1974). El derecho a decidir el número de hijas/os y el momento de tenerlas/os se incorporó a los discursos sobre políticas de población y programas de planificación familiar.
- Primera Conferencia Internacional sobre la Mujer (México, 1975). Sintetizó la conquista de una meta buscada por mucho tiempo por los movimientos feministas, principalmente en relación con el control de la capacidad reproductiva de las mujeres.
- La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoció este derecho y la igualdad jurídica de mujeres y hombres en 1974, año en el cual se inician programas de planificación familiar en instituciones gubernamentales de salud y la eliminación de restricciones para el ofrecimiento de métodos anticonceptivos.
- La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, Egipto, 1994), retoma los derechos reproductivos y la salud reproductiva, y establece, entre otros preceptos, prestar plena atención a la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre mujeres y hombres, y particularmente a la satisfacción de las necesidades adicionales y de servicios de las y los adolescentes, con objeto de que asuman su sexualidad de modo positivo y responsable. El Programa de Acción de la Conferencia exhorta a todos los países a que, lo antes posible, se esfuercen por facilitar los servicios de salud reproductiva a todas las personas en edad fértil, mediante el sistema de atención primaria de la salud, a más tardar para el año 2015.

“La salud de las mujeres y sus derechos reproductivos son derechos reconocidos en diversos instrumentos internacionales que el Estado mexicano ha asumido...”

Factores económicos y sociales como la pobreza y la desigualdad de género, la escolaridad de las mujeres, el lugar de residencia, el grupo generacional, el grupo socioeconómico de pertenencia, la experiencia laboral y la pertenencia a grupos indígenas, han influido en las condiciones de salud

sexual y reproductiva de la población y en la definición de los patrones reproductivos. Son tales factores los que determinan en gran parte la edad de inicio de la vida sexual y reproductiva, el espaciamiento y número de hijas/os, el ejercicio de la sexualidad², la protección en las relaciones sexuales, el uso de métodos anticonceptivos, además de sus preferencias en cuanto a tener o no descendencia. Entre las mujeres particularmente, sus condiciones de autonomía y de igualdad, tanto en sus relaciones de pareja como en el medio social en que se desarrollan, son factores que también influyen.

En la reducción de la fecundidad, las políticas de planificación familiar y de salud han jugado un papel relevante. La tasa global de fecundidad (TGF) disminuyó de casi 6 hijas/os por mujer en 1974, a 2.2 en 2006 (CONAPO, 2006). El porcentaje de usuarias de métodos anticonceptivos se incrementó en más de 100%: de 30.2% en 1976 a 69.1% en 2006 entre las mujeres en edad fértil unidas en pareja. Tal aumento se relaciona fundamentalmente con el mayor uso de métodos modernos (definitivos, dispositivo intrauterino, hormonales y condón), cuyo porcentaje de cambio anual en la última década fue tres veces mayor en comparación con el total de métodos, tradicionales y modernos (Mendoza, 2006).

“Las condiciones de autonomía e igualdad de las mujeres en sus relaciones de pareja y en su entorno, influyen en su comportamiento y preferencias reproductivas.”

La diversidad cultural en México y la heterogeneidad de su población da cuenta de la disparidad de los patrones reproductivos de la población y marca importantes diferencias en sus niveles de fecundidad. Según estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), en 2004 la tasa global de fecundidad (TGF)³ en el medio rural era de 2.7 hijas/os por mujer y en las zonas urbanas de 2.0; dicha tasa entre las mujeres sin instrucción fue de 3.1 hijas/os y entre las que tienen secundaria o más, de 2.0 hijas/os; las mujeres económicamente inactivas tuvieron 2.8 hijas/os y las económicamente activas 1.6 (CONAPO, 2006).

Los niveles de fecundidad de las mujeres indígenas son más elevados en relación con los del ámbito nacional. Su TGF en 2000 fue de 2.9 hijas/os, con diferencias que varían según el grupo étnico. Por ejemplo, la TGF más baja fue la de las zapotecas, con 2.5 hijos, y la más alta la de las zoques, con 6.8 hijos (CDI/PNUD, citado en INMUJERES/CDI, 2006).

Por sus elevados niveles de fecundidad y de mortalidad materna y su baja prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos, las mujeres indígenas constituyen un grupo prioritario en la atención en materia de salud sexual y reproductiva. Aunado a ello, presentan desventajas

² Según la Organización Mundial de la Salud (OMS): “La sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida, abarca al sexo, las identidades y papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual”.

³ La tasa global de fecundidad (TGF) es el número promedio de hijas/os que tiene una mujer o grupo de mujeres durante su vida, con el supuesto de haber mantenido un comportamiento conforme a la tasa de fecundidad específica de un determinado año.

asociadas a las condiciones de pobreza y marginalidad en que viven, y recrudescidas por las diferencias de género, conforme señalan los datos obtenidos sobre roles y estereotipos de género, que evidencian su posición de desventaja respecto de los hombres y aun de las mujeres no indígenas, como se verá más adelante.

La información estadística se desglosa diferenciando tres grupos:

1. El total nacional
2. Las mujeres indígenas⁴
3. Las mujeres no indígenas

Del total de mujeres en edad fértil, 15.7% se clasificó como indígena y el restante 84.2% como no indígena.

Perfil sociodemográfico

Mujeres en edad fértil

La distribución por edad del grupo de mujeres en edad fértil es muy similar tanto en las no indígenas como indígenas, aunque en porcentajes ligeramente mayores entre estas últimas en el grupo de edad de 15 a 34 años (véase Cuadro 1).

El porcentaje de mujeres indígenas sin escolaridad es tres veces mayor con relación al de las mujeres no indígenas, mientras que entre estas últimas hay 1.6 veces más mujeres con preparatoria o más, lo que revela el bajo grado de instrucción de las primeras.

En relación con las mujeres unidas en pareja, son más las indígenas que están en esta condición (61.5%) que las no indígenas (55.9%), lo que se traduce también en un mayor porcentaje de solteras y alguna vez unidas entre estas últimas.

“El porcentaje de mujeres indígenas sin escolaridad es tres veces mayor que entre las no indígenas.”

Respecto a las mujeres que realizaron algún tipo de actividad económica o que buscaron hacerlo, es decir, que formaban parte de la Población Económicamente Activa (PEA), las indígenas representaban 38.0%, porcentaje menor comparado con la población no indígena (41.8%). Debido a que el trabajo de las mujeres indígenas suele realizarse en la comunidad y en la familia, donde no es valorado como trabajo (INMUJERES/CDI, 2006), es muy probable que este indicador se encuentre subestimado.

⁴ Se define a las mujeres indígenas a quienes declararon hablar o entender alguna lengua indígena y además se consideran a sí mismas de pertenencia indígena.

Cuadro 1 Distribución de las mujeres en edad fértil por características sociodemográficas, según condición de pertenencia indígena, 2006.			
Características de las mujeres	Total	Mujeres indígenas	Mujeres no indígenas
Mujeres en edad fértil	100.0	15.7	84.3
Edad			
15 a 19 años	19.1	18.0	19.3
20 a 24 años	15.6	15.3	15.7
25 a 29 años	14.2	15.6	13.9
30 a 34 años	15.0	15.5	14.9
35 a 39 años	13.8	14.4	13.7
40 a 44 años	12.0	11.2	12.1
45 a 49 años	10.3	10.0	10.4
Total	100.0	100.0	100.0
Nivel de instrucción			
Sin escolaridad	3.9	9.6	2.9
Primaria	28.7	38.8	26.8
Secundaria	28.9	26.6	29.3
Preparatoria y más	38.2	24.8	40.7
No sabe	0.3	0.2	0.3
Total	100.0	100.0	100.0
Situación conyugal			
Unidas	56.8	61.5	55.9
Alguna vez unidas	7.6	6.6	7.8
Solteras	35.6	31.9	36.3
Total	100.0	100.0	100.0
Condición de actividad			
PEA	41.2	38.0	41.8
PEI	58.8	62.0	58.2
Total	100.0	100.0	100.0
Posición en la estructura de parentesco			
Jefa	9.2	9.4	9.1
Cónyuge	46.8	50.3	46.2
Hija	34.1	29.8	34.9
Otro parentesco	8.6	9.1	8.5
Sin parentesco	1.3	1.4	1.3
Total	100.0	100.0	100.0
Número de hijas/os			
0	0.8	0.8	0.8
1	21.2	19.6	21.5
2	29.1	24.7	30.0
3	24.1	21.7	24.6
4 y más	24.8	33.3	23.2
Total	100.0	100.0	100.0
Tipo de localidad			
Urbana	78.7	63.0	81.7
Rural	21.3	37.0	18.3
Total	100.0	100.0	100.0

FUENTE: INMUJERES, con base en INSP/SSA/CONAPO/INEGI, *ENADID 2006*.

NOTA: Las mujeres en edad fértil son las que tienen entre 15 y 49 años de edad, de acuerdo con la definición utilizada por el CONAPO.

En relación con las mujeres que son jefas de hogar, alrededor de 9% de mujeres en edad fértil están en esta condición, porcentaje muy similar al nivel nacional.

De las mujeres en edad fértil, 55% de las mujeres indígenas tienen 3 hijas/os o más, mientras que el correspondiente entre las no indígenas es de 47.8% (véase Cuadro 1).

La distribución territorial de la población mexicana muestra que es en las localidades pequeñas donde más se concentra la población indígena. El porcentaje de indígenas que vive en localidades rurales es el doble, comparado con el de mujeres no indígenas (37% y 18.3%, respectivamente) (véase Cuadro 1).

Los datos sobre el acceso a programas gubernamentales de atención y combate a la pobreza para las mujeres en edad fértil (véase Cuadro 2) indican que, entre las indí-

genas, poco más de la tercera parte tiene los beneficios del programa Oportunidades como beneficiaria directa o para alguno de los integrantes de su hogar. Entre las no indígenas, las afiliadas a este programa social apenas cubre a 13.9% de ellas o de sus familiares; otros programas sociales con menor cobertura son el Seguro Popular, Procampo, Liconsa y Arranque Parejo. De estos últimos, Procampo y Seguro Popular cubren a un porcentaje mayor de indígenas que de no indígenas (véase Cuadro 2).

Cuadro 2 Porcentaje de mujeres inscritas en algún programa social, por tipo de programa, según condición de pertenencia indígena 2006

Programa social	Total	Mujeres indígenas	Mujeres no indígenas
Oportunidades	17.2	34.7	13.9
Arranque parejo	0.5	0.9	0.4
Seguro Popular	9.3	12.2	8.7
Procampo	3.8	7.9	3.0
Liconsa	5.8	4.9	6.0

FUENTE: INMUJERES, con base en INSP/SSA/CONAPO/INEGI, ENADID 2006.

NOTA: Los porcentajes de cobertura de esta fuente de datos pueden siempre subestimarse debido al diseño muestral, toda vez que los factores de expansión están diseñados para expandir a la población nacional, mas no a los sectores de pobreza.

Cuadro 3 Porcentaje de mujeres en edad fértil afiliadas a algún servicio de salud, por institución, según condición de pertenencia indígena, 2006

	Total	Mujeres indígenas	Mujeres no indígenas
IMSS	32.3	19.8	34.6
ISSSTE	5.3	3.3	5.7
ISSSTE estatal	1.3	1.1	1.3
PEMEX	0.5	0.3	0.5
Defensa Nacional	0.4	0.4	0.4
Marina	0.1	0.1	0.1
Seguro Popular	7.8	10.2	7.4
Seguro privado pagado por la empresa o el patrón	0.6	0.3	0.7
Seguro privado pagado por su cuenta	1.2	0.8	1.3
Otro	1.8	2.5	1.7
Ninguno	48.7	61.3	46.4
Total	100.0	100.0	100.0

FUENTE: INMUJERES, con base en INSP/SSA/CONAPO/INEGI, ENADID 2006.

“Programas sociales como Procampo y Seguro Popular cubren a un porcentaje mayor de mujeres indígenas que de no indígenas.”

La afiliación de mujeres en edad fértil a determinados servicios e instituciones de salud se relaciona también con los recursos disponibles y el grupo social de pertenencia; de esta diferenciación sobresale que cerca de la mitad de mujeres en edad fértil no están afiliadas a ningún servicio médico (véase Cuadro 3) y que, al desagregar la cifra entre mujeres no indígenas e indígenas, el porcentaje se incrementa entre estas últimas, con 61.3%. Para las mujeres indígenas que sí cuentan con servicios médicos, los más utilizados son los del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con 19.8%. Para las no indígenas, el IMSS representa también el servicio médico más común (una de cada tres acude a esa dependencia); 7.4% está inscrita en el Seguro Popular, en comparación con 10.2% entre las indígenas, y 7% al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) federal e ISSSTE estatal (véase Cuadro 3). Entre las no indígenas, es importante el porcentaje que no cuenta con servicio médico (46.4%), aunque en menor magnitud con relación a las indígenas (61.3%).

Pese al bajo porcentaje de afiliación a los servicios de salud, la población no está completamente desprotegida. La Secretaría de Salud atiende a 42.4% de las mujeres que no están afiliadas a ningún tipo de servicio médico, y 44.7% acude a instituciones privadas (véase Cuadro 4).

Respecto a las mujeres indígenas, la mitad de las que no están afiliadas a ningún tipo de servicio médico acude a instancias de la Secretaría de Salud; una tercera parte a instituciones privadas y 8% al IMSS-Oportunidades. Entre las mujeres no indígenas, es mayor el porcentaje de aquellas que acude a instituciones privadas con relación a las indígenas (casi la mitad), mientras que a las instancias de la SSA acude 40% (véase Cuadro 4).

No obstante los servicios de salud alternativos, 3.7% de las mujeres en el país no tiene acceso a servicios médicos.

Cuadro 4 Porcentaje de mujeres no afiliadas a ningún seguro médico, según lugar donde reciben atención, por condición de pertenencia indígena, 2006

	Total	Mujeres indígenas	Mujeres no indígenas
IMSS-Oportunidades (IMSS Solidaridad)	3.5	8.3	2.3
Secretaría de Salud (SSA, servicios estatales, etc.)	42.4	51.2	40.2
Seguro Popular	0.2	0.3	0.2
Otras instituciones públicas (DIF, INI, UNAM, etc.)	4.1	2.5	4.5
Instituciones privadas (Cruz Roja, sanatorios, etc.)	44.7	33.3	47.5
No recibe servicio médico	3.7	3.6	3.7
No sabe / no contesta	1.5	0.8	1.7
Total	100.0	100.0	100.0

FUENTE: INMUJERES, con base en INSP/SSA/CONAPO/INEGI, ENADID 2006.

Comportamiento reproductivo

Inicio de la vida sexual y reproductiva

Parte del proceso reproductivo está definido por la edad a la que las mujeres inician su vida sexual y/o se unen en pareja, factor que difiere según las características socioeconómicas y culturales de las mujeres y, en particular, por su condición de pertenencia étnica.

La edad a la que se tuvo la primera relación sexual, el primer matrimonio y la/el primera/primer hija/o muestra un inicio temprano a la vida sexual y reproductiva de las mujeres mexicanas. La cercanía entre las edades de los tres eventos del proceso reproductivo que muestra el Cuadro 5, manifiestan la asociación entre la vida sexual y la vida reproductiva. Entre la población indígena, sin embargo, el espaciamiento entre la edad de la primera relación sexual y la primera unión es menor, no así el espaciamiento entre la primera unión y el nacimiento de la/del primera/primer hija/o.

Cuadro 5 Edad mediana a distintos eventos de mujeres en edad fértil, según condición de pertenencia indígena, 2006

Edades medianas	Total	Indígena*	No indígena
A la primera relación sexual	18.0	18.0	18.0
A la primera unión	19.6	18.8	19.8
Al nacimiento del primer hijo	22.9	21.6	23.0

FUENTE: INMUJERES, con base en INSP/SSA/CONAPO/INEGI, *ENADID 2006*.

* La edad de la primera relación sexual y del nacimiento del primer hijo son muy similares entre las mujeres indígenas y no indígenas. Es probable que al estar considerando como indígenas no sólo a las que hablan lenguas indígenas, sino además a las que las entienden y se consideran pertenecientes a un grupo indígena, se trata de mujeres con mayores probabilidades de compartir algunas condiciones socioeconómicas con mujeres no indígenas y que esto influya en la adopción de sus patrones reproductivos. Se hace esta aclaración porque, si consideráramos solamente como indígenas a quienes hablan la lengua las edades medianas se modifican: la edad mediana de la primera relación sexual es 17 años; de la primera unión 18.0 y del primera/primer hija/o 20.6.

Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos

El conocimiento de métodos anticonceptivos está relacionado entre otros factores, con la difusión y la oferta que de ellos han hecho las instituciones de salud y los laboratorios que los elaboran. Tal uso se relaciona también con la oferta y disponibilidad de los mismos, con el deseo o no de embarazarse, con el tipo de relación de pareja en términos de igualdad y, en general, con factores sociodemográficos y culturales que determinan el ejercicio libre de los derechos sexuales y reproductivos, entre los que se encuentra el uso informado y responsable de métodos anticonceptivos.

Las mujeres indígenas muestran bajos porcentajes tanto de conocimiento como de uso de métodos anticonceptivos. Sin embargo, esta situación no es una consecuencia directa de su pertenencia o no a un grupo indígena, sino por las implicaciones que resultan del rezago en que vive la población indígena en términos del lugar de residencia, nivel de escolaridad y de participación económica, la edad y el haber tenido hijas/os, entre otros factores, los cuales se presentan en mayor medida entre las indígenas que entre las que no indígenas.

Cuadro 6 Porcentaje de mujeres en edad fértil que conocen métodos anticonceptivos y de mujeres en edad fértil unidas que los usan, por variables seleccionadas, según condición de pertenencia indígena, 2006

Características seleccionadas	Total nacional		Indígenas		No indígenas	
	Conocen	Usan	Conocen	Usan	Conocen	Usan
Total de mujeres	98.1	69.1	93.5	62.2	99.1	70.5
Tipo de localidad						
Urbana	99.2	72.6	97.8	70.7	99.4	72.9
Rural	94.6	57.6	86.5	48.9	97.7	61.1
Edad						
15 a 19 años	96.6	39.4	88.2	38.2	98.5	39.7
20 a 24 años	97.8	57.7	91.8	54.3	99.1	58.4
25 a 29 años	98.9	64.9	95.6	59.3	99.7	66.2
30 a 34 años	98.6	73.1	95.6	66.9	99.2	74.4
35 a 39 años	98.4	75.9	95.0	69.2	99.1	77.3
40 a 44 años	97.9	75.0	92.9	65.1	98.8	76.7
45 a 49 años	96.9	69.7	88.8	61.4	98.5	71.3
Nivel de instrucción						
Sin escolaridad	89.2	55.4	80.3	46.2	95.1	61.5
Primaria	96.9	65.2	91.7	60.0	98.4	66.6
Secundaria	99.4	71.2	98.9	68.7	99.5	71.7
Preparatoria y más	99.9	74.4	99.7	70.5	99.9	74.8
Situación en la estructura de parentesco						
Jefa	97.7	56.3	91.3	47.1	99.1	58.2
Cónyuge	98.2	72.2	93.7	65.8	99.1	73.5
Hija	99.1	60.2	95.9	56.1	99.6	60.8
Otro parentesco	96.6	51.2	91.0	44.0	97.9	53.0
Sin parentesco	97.7	48.7	92.6	34.5	100.0	55.0
Paridad						
0	98.1	24.1	91.2	25.3*	100.0	23.8
1	98.6	55.1	96.1	53.9	99.0	55.3
2	98.9	74.3	97.0	67.8	99.2	75.4
3	98.9	80.5	95.8	73.0	99.4	81.8
4 y más	96.7	72.5	90.0	62.0	98.7	75.6
Condición de actividad						
PEA	98.9	73.1	96.3	69.0	99.4	73.8
PEI	97.7	67.0	92.1	59.1	98.9	68.7

*Muestra insuficiente

FUENTE: INMUJERES, con base en INSP/SSA/CONAPO/INEGI, ENADID 2006.

Con relación al conocimiento de métodos anticonceptivos, las mujeres no indígenas muestran porcentajes muy cercanos al 100%, excepto entre aquellas que no tienen escolaridad (95.1%). Entre las mujeres indígenas es menor el porcentaje de quienes conocen métodos anticonceptivos con relación a las no indígenas (93.5%): 80.3% entre las indígenas sin escolaridad y 86.5% entre las que viven en zonas rurales (véase Cuadro 6).

El menor porcentaje de uso de métodos anticonceptivos se observa en las mujeres de zonas rurales, las más jóvenes, sin escolaridad, con menos hijas/os y económicamente inactivas. En todos los casos, la prevalencia es menor en mujeres indígenas con relación a las no indígenas.

Si bien la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos, tanto tradicionales como modernos, en mujeres sin hijas/os es muy baja, ésta ha ido en aumento en los últimos años. En el nivel nacional pasó de 6.5% en 1976 a 15.3% en 1987, en comparación con el porcentaje registrado en 2006 (24.1%). La baja prevalencia refleja indirectamente una mayor preferencia de las mujeres en edad reproductiva de tener al menos una/un hija/o antes de recurrir al empleo de anticonceptivos; la tendencia al aumento en el uso de métodos puede expresar el deseo de algunas mujeres o parejas por postergar la llegada de la/del primera/primer hija/o (Mendoza, 2006).

Tipo de método anticonceptivo

La distribución por tipo de método anticonceptivo no difiere entre mujeres indígenas y no indígenas. El más utilizado es la operación femenina, al que ha recurrido más de la mitad de las mujeres unidas en pareja; el segundo lugar lo ocupa el dispositivo intrauterino (DIU) con un porcentaje de 17.1 de usuarias; los métodos hormonales son opción para 13.4% de usuarias y el preservativo o condón es utilizado por 8.5% de la población unida en pareja. Hay que destacar el bajo porcentaje de hombres unidos en pareja que recurren a la operación masculina como método para controlar la fecundidad (1.3%) (véase Cuadro 7).

Cuadro 7 Distribución de las mujeres unidas en pareja en edad fértil usuarias de métodos anticonceptivos por tipo de método utilizado, según condición de pertenencia indígena, 2006

Tipo de método	Total	Mujeres indígenas	Mujeres no indígenas
Operación femenina	51.8	53.4	51.5
Operación masculina	1.3	0.9	1.4
Hormonales	13.4	13.8	13.3
DIU	17.1	15.9	17.3
Preservativos o condones	8.5	7.6	8.7
Ritmo, calendario	4.5	4.3	4.5
Coito interrumpido	3.4	4.1	3.2
Total	100.0	100.0	100.0

FUENTE: INMUJERES, con base en INSP/SSA/CONAPO/INEGI, ENADID 2006.

Cuadro 8 Distribución porcentual de las razones de no uso de métodos anticonceptivos de las mujeres en edad fértil por tipo de razón, según condición de pertenencia indígena, 2006

Razón de no uso	Total	Mujeres indígenas	Mujeres no indígenas	Diferencia No Ind - Ind
No lo necesita*	70.2	61.8	71.4	9.6
Está embarazada	7.7	6.8	8.1	1.3
No está de acuerdo	3.0	3.3	3.0	-0.3
Quiere embarazarse	6.0	5.7	6.3	0.6
Teme efectos secundarios	2.3	3.3	2.1	-1.2
No conoce métodos	1.5	5.5	0.7	-4.8
Está lactando	1.9	3.3	1.6	-1.7
Otros**	5.6	8.6	4.9	-3.7
No respondió	1.8	1.8	2.0	0.2
Total	100.0	100.0	100.0	0

* Porque no tiene relaciones sexuales, nunca ha tenido relaciones sexuales, no tiene pareja, por ausencia temporal de pareja, no tiene pareja estable o por menopausia o esterilidad.

** Incluye oposición de la pareja, que tuvo efectos secundarios, que tiene una enfermedad, por razones religiosas, porque expulsó el DIU o porque no sabe usar métodos, entre otros.

FUENTE: INMUJERES, con base en INSP/SSA/CONAPO/INEGI, ENADID 2006.

Poco más de 30% de las mujeres en edad fértil no utiliza métodos anticonceptivos por diversas razones (véase Cuadro 6). De este total, 70% expuso que no los necesita, ya sea porque no tiene o nunca ha tenido relaciones sexuales, no tiene pareja, por ausencia temporal de pareja, no tiene pareja estable o por menopausia o esterilidad. Esta proporción varía de manera importante entre mujeres indígenas y no indígenas, 61.8% y 71.4%, respectivamente (véase Cuadro 8).

El porcentaje de mujeres indígenas que no los usan, debido a que no los conocen, es cinco veces mayor que entre las no indígenas. Además, 8.6% de las indígenas tiene entre sus razones de no uso la categoría “otros”, que incluye la oposición de la pareja (1.7%) y que no sabe utilizar métodos (2.5%), ambas con porcentajes mayores para población indígena que para no indígena (0.7% y 0.5%, respectivamente). Esto puede ser indicativo de menor autonomía y libertad de decisión para estas mujeres, además del desconocimiento de métodos y de su función en el proceso reproductivo. Finalmente, 3.3% dieron como razón de no uso el estar lactando, lo cual es una muestra clara de la necesidad de dar consejería y educación posparto sobre cómo prevenir un nuevo embarazo y sobre los beneficios del espaciamiento entre nacimientos para la salud de las madres y las/los hijas/os, entre otros.

“El uso de métodos anticonceptivos, tanto tradicionales como modernos, ha ido en aumento: de 6.5% en 1976 a 24.1% en 2006.”

Velocidad reproductiva

Este concepto se refiere a la velocidad en que las mujeres tienen a sus hijas/os. Considera la paridad de la madre de acuerdo con su edad, lo que involucra el espaciamiento entre embarazos. Se tiene evidencia de que las madres de 20 a 34 años con intervalos cortos entre los nacimientos de sus hijas/os tienen mayor riesgo de mortalidad materna e infantil, que aumenta con el incremento del ritmo en la fecundidad previa (Figuroa *et al.*, 1996).

Cuadro 9 Mujeres de 20 a 34 años de edad con hijas/os nacidas/os vivas/os, según velocidad reproductiva por condición de pertenencia indígena, 2006

Velocidad reproductiva	Total	Mujeres indígenas	Mujeres no indígenas
Rápida	1.3	2.7	1.0
Media	8.6	13.1	7.6
Lenta	90.0	84.2	91.3

Se considera con *velocidad reproductiva rápida* a mujeres entre 20 y 24 años de edad con más de tres hijas/os; de 25 a 29 años con más de cinco hijas/os y de 30 a 34 con más de seis hijas/os. *Velocidad reproductiva lenta* incluye a mujeres entre 20 y 24 años de edad con menos de tres hijas/os, de 25 a 29 con menos de cuatro hijas/os y de 30 a 34 con menos de cinco hijas/os (según Figueroa, et al., 1996).

FUENTE: INMUJERES, con base en INSP/SSA/CONAPO/INEGI, ENADID 2006.

La velocidad reproductiva rápida da cuenta de un inicio temprano de embarazos y un mayor número de hijas/os, en los que la ocurrencia entre los nacimientos no se espació adecuadamente, lo que representa un factor de riesgo en la salud de las madres y la de las/los hijas/os. El indicador es 2.7 veces mayor en las mujeres indígenas, lo que coincide con los altos niveles de mortalidad materna e infantil en ese grupo de población y explica en parte esa situación (véase Cuadro 9).

Estimaciones de 2004 señalan que la mortalidad infantil en niñas/os indígenas ascendió a 325.5 muertes de niños y 256.8 de niñas por cada 10 000 nacidas/os vivas/os. Este mismo indicador para niñas y niños no indígenas fue de 256.8 y 161.7, respectivamente (CONAPO, citado en INMUJERES/CDI, 2006). En cuanto a la mortalidad materna, también son evidentes las disparidades entre el indicador nacional y el correspondiente a la población indígena. Entre 1995 y 1999 la razón de mortalidad materna (RMM) nacional fluctuó entre 83.2 y 72.6 muertes maternas por cada 100 mil nacimientos, la cifra para mujeres indígenas fue de 153.7 en 1997-1999⁵. Datos más recientes dan una razón de mortalidad materna de 58.6 en 2006 en contraste con la de 133.6 de los municipios con alta concentración de población indígena.

Percepción del estado de salud

El estado de salud de las mujeres, entre otros factores, constituye un elemento esencial para un buen desarrollo de su vida sexual y reproductiva. De acuerdo con la *ENADID 2006*, las mujeres entrevistadas no tienen una buena percepción de su estado de salud, ya que quienes afirmaron tener un estado de salud muy bueno apenas rebasa 5% (véase Cuadro 10). En condiciones más desfavorables se encuentran las mujeres indígenas, entre quienes este porcentaje es de 3.9% y una tercera parte lo considera regular, malo o muy malo.

⁵ No se cuenta con estimaciones más recientes para población indígena, pero los datos evidencian los grandes rezagos de esta población reflejados en las altas tasas de mortalidad materna.

Cuadro 10 Percepción del estado de salud de las mujeres por tipo de calificación, según condición de pertenencia indígena, 2006

	Total	Mujeres indígenas	Mujeres no indígenas
Cómo califica su estado de salud			
Muy bueno	5.4	3.9	5.7
Bueno	66.0	63.8	66.4
Regular	25.4	28.2	24.9
Malo o muy malo	3.2	4.0	3.0
Total	100.0	100.0	100.0

FUENTE: INMUJERES, con base en INSP/SSA/CONAPO/INEGI, ENADID 2006.

Tales cifras revelan la necesidad de promover la educación en salud, con énfasis en el nivel preventivo, además de ampliar los servicios médicos y adecuarlos a cada población, especialmente los dirigidos a población indígena, es decir, identificando su diversidad y sus diferencias socioculturales, para proporcionarle atención acorde con sus características particulares, con respeto a su identidad y, al mismo tiempo, que les permitan reconocerse como parte del contexto nacional. Estas medidas en su conjunto, harían posible que las mujeres iniciaran su vida sexual y reproductiva en mejores condiciones, redundando en un mejor desarrollo en esa etapa y en particular durante los embarazos.

“Un tercio de las mujeres indígenas embarazadas no deseaba estarlo al momento de la encuesta ENADID 2006”

Embarazo actual y deseo de embarazarse

Al momento de la entrevista, 4.0% de las mujeres indígenas estaba embarazada y 33.4% de ellas no deseaba ese embarazo en ese momento, cifra mayor comparada con la de mujeres no indígenas en esta situación (véase Cuadro 11). En los embarazos no deseados pueden estar interviniendo diversos factores: por una parte la baja prevalencia en el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos y de su papel en el proceso reproductivo, y por otra, una menor autonomía con relación a la libertad de decidir y/o de discutir con con su pareja sobre cuándo embarazarse.

Cuadro 11 Porcentaje de mujeres embarazadas por deseo de embarazarse, según condición de pertenencia indígena, 2006

	Total	Mujeres indígenas	Mujeres no indígenas
Quería embarazarse	73.2	66.6	74.3
No quería embarazarse	26.8	33.4	25.7
quería esperar	14.8	18.1	14.2
no quería embarazarse	12.0	15.3	11.5
Total	100.0	100.0	100.0
Porcentaje de mujeres embarazadas	4.3	4.0	4.4

FUENTE: INMUJERES, con base en INSP/SSA/CONAPO/INEGI, ENADID 2006.

Si bien entre las mujeres indígenas el porcentaje que no deseaba embarazarse es mayor, la cifra entre las no indígenas es también elevada: una de cuatro mujeres no deseaba embarazarse en ese momento, lo que significaría alrededor de 518 918 embarazos no planeados en ese año.

Ideal de hijas/os

La maternidad se ha visto como un acontecimiento natural en la vida de las mujeres y la posibilidad de que una mujer no desee experimentarla está poco arraigada. Otro aspecto importante de la maternidad es la posibilidad de decidir sobre el número de hijas/os que se quieren tener y cuándo.

Cuando se preguntó a las mujeres sobre el número de hijas/os que les gustaría o les hubiera gustado tener (véase Cuadro 12), la mayor parte de ellas, indígenas y no indígenas, señaló como número ideal dos o tres hijas/os. Entre las indígenas se observa una mayor disposición a una fecundidad elevada con relación a las no indígenas, incluso 8.3% de ellas externó su deseo de tener 6 hijas/os o más. En el otro extremo se ubica 5.2% de mujeres indígenas que expresaron el deseo de no tener descendencia, porcentaje incluso superior al correspondiente a las no indígenas.

Número de hijas/os que desean las mujeres con relación a los que tienen

El Cuadro 13 nos revela la necesidad de informar, promover y hacer valer los derechos de las mujeres a tener el número de hijas/os que realmente desean. El porcentaje de mujeres que dijeron que les habría gustado tener menos hijas/os de los procreados se incrementa conforme aumenta su paridad, lo que indica que las mujeres están teniendo más hijas/os

Cuadro 12 Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil, por número ideal de hijas/os, según condición de pertenencia indígena, 2006

Ideal de hijos	Total	Mujeres indígenas	Mujeres no indígenas
Ninguno	4.7	5.2	4.6
1	9.0	6.8	9.4
2	39.2	35.2	39.9
3	26.7	25.9	26.8
4	11.4	12.9	11.1
5	4.0	5.1	3.8
6 y más	4.7	8.3	4.0
No especificado	0.3	0.6	0.3
Total	100.0	100.0	100.0

FUENTE: INMUJERES, con base en INSP/SSA/CONAPO/INEGI, ENADID 2006.

de los que realmente desean. Alrededor de la mitad de las mujeres que tuvo cinco hijas/os o más afirmó que le habría gustado tener menos descendencia, no así entre las mujeres indígenas donde es menor este porcentaje. En estas respuestas, sin embargo, pueden reflejarse también percepciones y juicios en torno a la valoración de la maternidad, que no necesariamente se relacionan con el número ideal de hijos⁶. Es probable que para algunas mujeres no quepa la posibilidad de separar el número ideal del número real, porque eso supondría una especie de rechazo hacia sus últimas/os hijas/os.

Se observa que hay mujeres con baja paridad (una/o o dos hijas/os) y su número ideal aún menor. Es probable que la menor paridad se relacione con la edad de las mujeres y que sean las más jóvenes quienes estén más conscientes de opciones de vida distintas a la maternidad, como el estudio o el trabajo extradoméstico, por ejemplo. En cuanto a los elevados porcentajes de mujeres con paridad alta (cinco o más hijas/os) que hubieran querido menos descendencia, es posible que estén conscientes de las limitaciones que puede significar, o que les ha significado, tener un número elevado de hijas/os.

“25% del total de las mujeres indígenas embarazadas no tuvo los cinco controles prenatales mínimos que establece la norma de salud mexicana.”

Cuadro 13 Porcentaje de mujeres en edad fértil por número de hijas/os nacidos vivos y su relación con su número ideal, según condición de pertenencia étnica, 2006

Número de hijas/os nacidas/os vivas/os	Total			Mujeres indígenas			Mujeres no indígenas		
	Ideal vs real			Ideal vs real			Ideal vs real		
	igual	más	menos	igual	más	menos	igual	más	menos
Ninguno	10.3	89.0	---	11.9	86.5	--	10.1	89.4	---
1	19.0	78.6	2.3	12.7	83.4	3.6	20.1	77.7	2.1
2	52.8	41.4	5.6	47.4	47.2	5.4	53.7	40.5	5.6
3	56.0	24.1	19.8	51.4	25.5	23.1	56.8	23.8	19.2
4	49.7	16.7	33.4	47.7	15.1	37.1	50.2	17.1	32.6
5	35.6	14.6	49.8	39.1	18.9	42.0	34.6	13.2	52.3
6 y más	46.8	--	52.8	54.2	--	45.6	43.8	----	55.8

FUENTE: INMUJERES, con base en INSP/SSA/CONAPO/INEGI, ENADID 2006.

⁶ En un estudio realizado con datos de la *Encuesta de Determinantes de la Práctica Anticonceptiva en México 1988*, se observó que las mujeres con características sociodemográficas más favorables resaltaban en mayor medida el valor de la maternidad que las que tenían características menos favorables, por lo cual se planteó que una valoración alta de la maternidad puede coexistir con niveles bajos de fecundidad. De este resultado se deriva que dar mayor relevancia al hecho de ser madres no es un aspecto que determine un comportamiento específico reproductivo de las mujeres. (Palma *et al.*, *Valoración de la maternidad*, 1992).

Embarazo, parto y atención de la/del recién nacida/o

La atención del embarazo, parto y puerperio por personal capacitado y en condiciones adecuadas es un paso primordial para reducir la mortalidad materna e infantil. En nuestro país esta es una meta por alcanzarse, ya que la cobertura de servicios de salud para la población es aún limitada.

Con relación al embarazo, la norma de salud mexicana (NOM-007-1993) propone un mínimo de cinco controles prenatales, realizados por personal capacitado, situación que cumple 75.5% de las mujeres indígenas y 81.2% de las no indígenas embarazadas entre 2002 y 2005.

En este renglón, durante su último parto, 77% de las mujeres indígenas fueron atendidas por un médico y 3% por una enfermera. Es en este grupo de mujeres donde las parteras o comadronas son importantes, no sólo porque subsanan una parte del servicio médico que el Estado no alcanza a cubrir, sino porque responde a necesidades culturales propias de este sector de la población –14.9% de los partos fueron atendidos por ellas–. Estos porcentajes contrastan con los de las mujeres no indígenas, de las cuales 91% fueron atendidas por un médico y sólo 3.3%, por una partera o comadrona (véase Cuadro 14).

Cuadro 14 Distribución porcentual de la población femenina en edad fértil por persona que atendió su último parto, según condición de pertenencia indígena, 2006

Personal de atención en el parto (o aborto)	Total	Mujeres indígenas	Mujeres no indígenas
Médico	88.7	76.9	91.2
Enfermera	2.3	3.1	2.1
Auxiliar o promotora de salud	0.3	0.4	0.2
Partera o comadrona	5.3	14.9	3.3
Otra persona (amiga, familiar, vecina)	0.4	1.4	0.2
Nadie (ella sola)	2.8	3.0	2.7
No sabe	0.2	0.3	0.1
Total	100.0	100.0	100.0

FUENTE: INMUJERES, con base en INSP/SSA/CONAPO/INEGI, ENADID 2006.

Lactancia materna

Diversos estudios han comprobado los beneficios de la práctica de la lactancia materna en la salud de las/los recién nacidas/os y de sus madres. Por ejemplo, sobre los seis meses, disminuye la posibilidad de tener enfermedades infecciosas, de hospitalizaciones y la menor mortalidad de este grupo. Dentro de los beneficios probables que se extienden hasta la niñez o adultez se encuentran un mejor desarrollo intelectual, la menor incidencia de algunas enfermedades crónicas del adulto e incluso de algunas malignas. En cuanto a los beneficios para la madre, hay evidencia de que disminuye el riesgo de sufrir cáncer de mama, se tiene

una mejor recuperación de peso pre-embarazo en las mujeres que seguían amamantando hasta los 6 meses y el tiempo de amenorrea es significativamente mayor.

Las instituciones de salud han promovido programas para alentar esta práctica entre las madres que dan a luz en sus instalaciones, conscientes de sus ventajas tanto en el corto como en el largo plazo.

Según la *ENADID 2006*, la práctica de la lactancia materna en México es elevada, con 93% de mujeres indígenas y 90.4% de no indígenas, entre quienes la practicaron con su última/o hija/o (véase Cuadro 15).

Estudios especializados recomiendan la práctica de la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida de la/del recién nacida/o. Según datos de la *ENADID 2006*, solamente 23.0% de las mujeres no indígenas y 19.8% de las indígenas la practicaron durante el periodo recomendado. El complementar antes la lactancia conlleva riesgos para la/el niña/o y la/lo priva de beneficios significativos para su salud y desarrollo. Además para la madre implica una amenorrea más corta, aumentando su probabilidad de concebir nuevamente, y una pérdida de peso menor, haciendo que el retorno al peso preconcepcional se dificulte o demore más (Heather Strain, UNICEF, s/f).

De las mujeres que amamantaron a sus hijas/os por 6 meses o más, el porcentaje es considerablemente mayor entre las mujeres indígenas (71.8%) que entre las no indígenas (63.8%) (véase Cuadro 15).

Cuadro 15 Distribución de las mujeres por condición y duración de lactancia, según condición de pertenencia indígena, 2006

Características de las mujeres	Total	Mujeres indígenas	Mujeres no indígenas
Condición de lactancia			
Sí	90.9	93.1	90.4
No	9.1	6.9	9.6
Total	100.0	100.0	100.0
Duración de la lactancia			
Hasta un mes	9.9	8.4	10.2
De 1 a 5 meses	25.0	19.8	26.0
6 meses	14.7	13.5	14.9
De 7 a 12 meses	21.6	20.5	21.8
Un año y más	28.8	37.8	27.1
Total	100.0	100.0	100.0

FUENTE: INMUJERES, con base en INSP/SSA/CONAPO/INEGI, *ENADID 2006*.

Cuadro 16 Distribución porcentual de las razones de práctica de la lactancia materna, según condición de pertenencia indígena, 2006

	Total	Mujeres indígenas	Mujeres no indígenas
Murió a las horas de nacida/o	4.7	6.6	4.4
Por enfermedad del niño/a/o	4.3	2.3	4.6
La/El niño/a/o lo rechazó	23.9	29.4	23.0
Estaba enferma	12.0	14.2	11.6
Nunca tuvo leche	22.8	25.5	22.4
No tuvo suficiente leche	14.8	8.1	15.8
Por indicación médica	11.9	12.0	11.9
Nunca recibió asesoría del personal que la atendió	1.0	0.0	1.2
Otra razón	4.5	2.1	4.9
Total	100.0	100.0	100.0

FUENTE: INMUJERES, con base en INSP/SSA/CONAPO/INEGI, ENADID 2006.

“Los periodos de lactancia superiores a un año entre las mujeres indígenas podrían ser interpretados como una estrategia de alimentación ante su situación de marginación.”

En relación con el momento óptimo del destete total cuando la/el niño/a/o ya está recibiendo alimentación complementaria, es decir, la edad que se debería dejar de amamantar, aún no hay hallazgos científicos que confirmen una edad determinada. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomiendan la lactancia materna hasta los dos años de edad y la tendencia es que el destete sea guiado por la/el niño/a/o. Esta posición es ratificada por la Academia Americana de Pediatría en su declaración sobre lactancia y leche humana 2005 (citada en Heather Strain, UNICEF, s/f). La lactancia prolongada es más común en las mujeres indígenas: 37.8% de las que amamantaron a sus hijas/os lo hicieron por periodos superiores a un año.

Si bien son muy pocas las mujeres que no amamantan a sus hijas/os, la principal razón externada por ellas es el rechazo de la/del niño/a/o, situación más común entre las indígenas. Otra razón importante es que nunca tuvo leche; 14.2% de las mujeres indígenas no amamantaron a sus hijas/os porque estaban enfermas y 2.3% por enfermedad del niño/a/o. Ambas representan 16.5% de mujeres que no amamantaron a sus hijas/os por razones de salud materna o infantil, situación similar entre las mujeres no indígenas (véase Cuadro 16).

Entre las mujeres indígenas, 6.6% no lactó porque su hija/o murió a las horas de nacida/o, por lo que es probable que si esto no hubiera ocurrido, la práctica de la lactancia sí se hubiera llevado a cabo, pero da cuenta del problema que representa la alta mortalidad infantil entre la población indígena. La razón de no tener suficiente leche sólo es considerada por 8% de las indígenas, porcentaje que se duplica entre las no indígenas.

Atención a la/al recién nacida/o

Otro factor importante en la salud y sobrevivencia de las/los niñas/os recién nacidas/os es su atención médica durante el primer año de vida, y que en nuestro país se mantiene en un nivel muy bajo para este sector de la infancia. El porcentaje de niñas/os indígenas que no tuvo revisiones es mayor que el de niñas/os no indígenas (8.3 y 5.1, respectivamente). De las/los hijas/os de las mujeres indígenas, solamente 14.4% tuvo 12 revisiones, mientras entre las/los hijas/os de mujeres no indígenas dicho porcentaje es mayor (20.2%) (véase Cuadro 17).

El principal agente que realizó revisiones a la/al recién nacida/o es el médico (93.5% en la población total, 88.5% en las indígenas y 94.5% en las no indígenas). La partera no juega un papel importante en la revisión de la/del recién nacida/o (el mayor porcentaje se observa entre las/los niñas/os indígenas donde apenas 0.9% fue revisada/o por una partera), lo que señala la necesidad de capacitarlas no sólo para el cuidado del embarazo y parto, sino también en el de la/del recién nacida/o, especialmente en las poblaciones donde éstas siguen siendo el único o principal agente en el cuidado y atención del parto.

Roles y estereotipos de género

Como aproximación al grado de autonomía de las mujeres a decidir de manera libre sobre situaciones importantes en su vida y sobre su percepción o conocimientos de sus derechos, se integran en esta sección datos de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2006 (ENDIREH, 2006), que captó algunas preguntas al respecto. Estos datos refuerzan las condiciones de desventaja en que se encuentran las mujeres indígenas en cuanto a su autonomía y empoderamiento y que seguramente son un factor que inhibe la posibilidad de ejercer su derecho a procurar una vida sexual y reproductiva sana.

Cuadro 17 Distribución porcentual del número de revisiones al infante durante el primer año de vida, según condición de pertenencia indígena de sus madres, 2006

Número de revisiones	Total	Mujeres indígenas	Mujeres no indígenas
De 1 y 2	11.2	14.3	10.6
Entre 3 y 4	20.8	22.3	20.6
Entre 5 y 6	16.9	16.7	16.9
Entre 7 y 9	11.0	9.9	11.2
De 10 a 11	8.0	6.5	8.3
12	19.2	14.4	20.2
Más de 12	4.7	4.4	4.8
No lo revisaron	5.7	8.3	5.1
No sabe	2.5	3.2	2.3
Total	100.0	100.0	100.0

FUENTE: INMUJERES, con base en INSP/SSA/CONAPO/INEGI, ENADID 2006.

Cuadro 18 Porcentaje de mujeres casadas o unidas de 15 a 49 años de edad que están de acuerdo o en desacuerdo con aseveraciones sobre roles masculinos y femeninos por condición de habla de lengua indígena*, 2006

Pregunta textual en el cuestionario	Respuesta		
	Total	Indígenas	No indígenas
Le voy a leer algunas frases, dígame SÍ cuando esté de acuerdo y NO cuando esté en desacuerdo			
¿Una buena esposa debe obedecer a su esposo en todo lo que él ordene?			
Sí	32.6	70.2	29.7
No	67.3	29.7	70.2
¿Una mujer puede escoger sus amistades aunque a su esposo no le guste?			
Sí	66.8	46.7	68.4
No	33.1	53.3	31.6
¿El hombre debe responsabilizarse de todos los gastos de la familia?			
Sí	64.5	84.2	63.0
No	35.4	15.7	36.9
¿Una mujer tiene la misma capacidad que un hombre para ganar dinero?			
Sí	80.5	56.6	82.3
No	19.5	43.3	17.6
¿Es obligación de la mujer tener relaciones sexuales con su esposo aunque ella no quiera?			
Sí	5.5	16.2	4.6
No	94.5	83.6	95.3
Cuando la mujer no cumple con sus obligaciones, ¿el marido tiene el derecho de pegarle?			
Sí	3.4	10.3	2.8
No	96.6	89.6	97.1
¿Las mujeres y los hombres tienen los mismos derechos para tomar sus decisiones?			
Sí	94.3	81.2	95.3
No	5.6	18.7	4.6
¿Las mujeres y los hombres tienen la misma libertad?			
Sí	84.7	70.5	85.8
No	15.3	29.4	14.2
¿Las mujeres tienen el derecho a defenderse y denunciar cualquier maltrato o agresión?			
Sí	98.4	91.6	98.9
No	1.6	8.4	1.1
¿Las mujeres tienen la posibilidad de decidir sobre su propia vida?			
Sí	96.1	86.1	96.9
No	3.8	13.8	3.0
¿Las mujeres tienen el derecho a vivir una vida libre de violencia?			
Sí	97.6	92.6	98.0
No	2.3	7.4	1.9

*En este caso se consideran indígenas solamente a las mujeres que declararon hablar alguna lengua indígena, a diferencia de los datos del resto del documento donde se incluyó también el criterio de pertenencia y conocimiento de la lengua.

FUENTE: INMUJERES, con base en la *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2006*.

NOTA: No se incluyen los no especificados.

Los datos dan cuenta de la carga que los estereotipos y roles representan sobre las mujeres en general, pero de manera muy especial sobre las indígenas. Un elevado porcentaje de estas últimas (70%) está de acuerdo con que *una mujer debe obedecer a su esposo en todo lo que él ordene*; 16% afirma que *es obligación de la mujer tener relaciones sexuales con su esposo aunque ella no quiera*, y una de cada 10 coincide con que *cuando la mujer no cumple con sus obligaciones, el marido tiene el derecho de pegarle*.

Estos datos sólo son ejemplos del grado de desigualdad en las relaciones de pareja entre la población indígena, y muestra la posición de las mujeres ante los roles y estereotipos socialmente aprendidos, que muy probablemente se reflejan en su vida diaria y limitan sus posibilidades de cambio a relaciones más equitativas. Tal posición contrasta con la de las mujeres no indígenas, de las cuales un mayor porcentaje, pero aún bajo, manifiesta relaciones de pareja más equitativas (véase Cuadro 18).

Conclusiones y comentarios finales

En México la tasa global de fecundidad (TGF) ha llegado a 2.1 hijas/os en promedio, lo que implica un reemplazo generacional, es decir, el reemplazo de la madre y el padre en una nueva generación.

El comportamiento reproductivo y los niveles de fecundidad difieren en concordancia con la heterogeneidad del país, es decir, conforme a los niveles educativos de las mujeres, de su lugar de residencia en los distintos tamaños de localidad, de su ocupación, del grupo social de pertenencia y de su condición de pertenencia indígena, entre otros, además de los niveles de autonomía y libertad de las mujeres para ejercer su sexualidad y definir su vida reproductiva.

Los indicadores socioeconómicos de las mujeres indígenas, además de las percepciones y aceptación de roles y estereotipos de género, expresan su desventaja social en relación con el resto de las mujeres y explican en parte los altos niveles de fecundidad y los factores que la determinan.

Las mujeres mexicanas inician su vida sexual y reproductiva a edades muy tempranas y la cercanía entre la edad de la primera relación sexual, de la primera unión y de la/del primera/ primer hijo/o, indica la estrecha relación entre la vida sexual y la vida reproductiva.

El uso de métodos anticonceptivos, así como las razones por las que las mujeres no los usan, muestra la necesidad de reforzar los programas de información y cobertura de todas las mujeres, especialmente entre las mujeres indígenas.

Los datos permitieron comprobar que la velocidad en que las mujeres indígenas se reproducen es 2.7 veces más rápida que la de las no indígenas, lo que es un indicador de los

altos niveles de fecundidad y el corto espaciamiento entre los nacimientos de sus hijas/os y explica, en parte, los más altos niveles de mortalidad materna e infantil en ese grupo de la población.

Un porcentaje significativo de mujeres que estaban embarazadas al momento de la entrevista de la *ENADID 2006* manifestó que en ese momento les habría gustado no embarazarse. Esto refleja, por una parte, la baja prevalencia en el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos y la falta de libertad para decidir de manera informada y responsable sobre su proceso reproductivo, en particular sobre el momento de embarazarse o de no hacerlo.

“Es necesario obtener información sobre el papel de los hombres en el proceso reproductivo de sus parejas.”

Los datos sobre el número ideal de hijas/os indican que las mujeres han tenido o están teniendo más hijas/os de los que realmente les habría gustado o les gustaría tener, lo que evidencia la necesidad de informar, promover y hacer valer sus derechos respecto al número de hijas/os que realmente desean. Incluso cabe considerar que muchas mujeres no incluyen la maternidad en su proyecto de vida, caso en el que se encuentra cerca de 5% de las mujeres en edad fértil.

Por otra parte, tampoco se ha logrado una cobertura total de los servicios de salud que brinde atención a las mujeres durante su proceso de reproducción por personal capacitado y en condiciones de higiene, elemento esencial para la salud de las madres y sus hijas/os. Así lo demuestran los siguientes datos: 15% de los partos son atendidos por parteras o comadronas y las/los niñas/niños que fueron sujetos de revisión de salud durante su primer año de vida, periodo esencial en la sobrevivencia de las personas, tuvieron porcentajes muy bajos.

La lactancia materna es una práctica realizada por más de 90% de las mujeres que han estado embarazadas. No obstante, la forma en que se realiza en términos de su duración y exclusividad, no corresponde necesariamente con los patrones recomendados, y refuerza la necesidad de poner en marcha y/o fortalecer los programas que informen adecuadamente sobre los beneficios de la lactancia, tanto para la/el niña/o como para la madre, en relación con su salud física y psicoemocional.

Respecto al uso de métodos anticonceptivos, las encuestas de salud se han centrado en las mujeres casadas o unidas, limitando la posibilidad de analizar esa parte del comportamiento reproductivo y del ejercicio de la sexualidad en las mujeres solteras, que constituyen también un segmento significativo de la población del país.

Finalmente, hay que reconocer la insuficiencia de estudios y divulgación sobre el papel de los hombres en el proceso reproductivo de sus parejas, y en particular, en lo concerniente a restringir el uso de métodos anticonceptivos de algunas mujeres. Esto ha limitado la inclusión del enfoque de género en el tema de salud sexual y reproductiva.

Por ello, una prioridad de quienes nos dedicamos a la investigación estadística es obtener información sobre el papel de los hombres en el proceso reproductivo y en el cuidado de sus hijas/os. Esto permitiría contar con datos que sirvan como insumos para generar políticas públicas que busquen acciones inclusivas de los hombres en los que ellos asuman un papel activo tanto en el proceso de embarazo, parto y puerperio de sus parejas, como en la atención de la/del recién nacida/o. Por ejemplo, datos como el número de hijas/os, la paridad deseada, las razones de no uso de métodos anticonceptivos, el inicio de su vida sexual, de su vida en pareja y de su vida reproductiva, que permitan una comparación entre los deseos y prácticas de mujeres y hombres.

Bibliografía

CONAPO, *La situación demográfica de México 2006*, 1ª edición, Consejo Nacional de Población, México, 2006.

Figueroa P., Juan G., Alma G. Nájera A., *et al.*, “Experiencia laboral y patrones reproductivos en México”, en *El papel del trabajo materno en la salud infantil. Contribuciones al debate desde las ciencias sociales*, 1ª edición, The Population Council/El Colegio de México, México, 1996.

Heather, Strain. *Lactancia materna* [en línea]: Santiago de Chile: UNICEF, s/f [fecha de consulta 27 de mayo 2009]. Disponible en: http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod01/Lactancia%20materna_profesionales.pdf

INMUJERES/CDI, *Indicadores con perspectiva de género para los pueblos indígenas*, 1ª edición, Instituto Nacional de las Mujeres/Comisión para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, México, 2006.

Mendoza, Doroteo, “Planificación familiar: logros en la última década y retos futuros”, en *La situación demográfica de México, 2006*, CONAPO, México, 2006.

Organización Panamericana de la Salud, *Involucrando a los hombres en la salud sexual y reproductiva. Hoja informativa, Programa Mujer, Salud y Desarrollo* [en línea]: Washington, D.C., s/f: [fecha de consulta 27 de mayo de 2009]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/ge/MenSRHsp.pdf>

UNICEF Chile. *La lactancia favorece un buen comienzo de la vida* [en línea]: Santiago de Chile: UNICEF, s/f [fecha de consulta 27 de mayo 2009]. Disponible en: <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod01/Mod%20Beneficios%20de%20la%20lactancia%20Para%20el%20publico%20nov%2005.pdf>



Vivir Mejor



Instituto Nacional de las Mujeres

Dirección de Estadística

Alfonso Esparza Oteo 119, Col. Guadalupe Inn, C.P. 01020, México, D.F.
estadistica@inmujeres.gob.mx
T. 5322 4200

Agosto de 2009



**GOBIERNO
FEDERAL**

www.inmujeres.gob.mx



Esta es una publicación ecológica, fue impresa en papel elaborado con fibras de posconsumo y al carecer de una capa protectora su reintegración al medio ambiente o su recuperación para la elaboración de nueva pulpa es más eficiente y menos contaminante.