

Comportamiento reproductivo de la población indígena



Consejo Nacional de Población

© CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN
Ángel Urraza 1137, Col. Del Valle
C. P. 03100, México, D. F.
< <http://www.conapo.gob.mx> >

*Comportamiento reproductivo
de la población indígena*

Primera edición: junio de 2001
ISBN: 970-628-532-6

Se permite la reproducción total o parcial
sin fines comerciales, citando la fuente.
Impreso en México / *Printed in Mexico*

Consejo Nacional de Población

LIC. SANTIAGO CREEL MIRANDA
Secretario de Gobernación y
Presidente del Consejo Nacional de Población

DR. JORGE G. CASTAÑEDA
Secretario de Relaciones Exteriores

LIC. FRANCISCO GIL DÍAZ
Secretario de Hacienda y Crédito Público

LIC. JOSEFINA VÁZQUEZ MOTA
Secretaria de Desarrollo Social

LIC. VÍCTOR LICHTINGER WAISMAN
Secretario de Medio Ambiente y Recursos Naturales

SR. JAVIER USABIAGA ARROYO
Secretario de Agricultura, Ganadería,
Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación

DR. REYES S. TAMEZ GUERRA
Secretario de Educación Pública

DR. JULIO FRENK MORA
Secretario de Salud

LIC. CARLOS ABASCAL CARRANZA
Secretario del Trabajo y Previsión Social

LIC. MARÍA TERESA HERRERA TELLO
Secretaria de la Reforma Agraria

LIC. BENJAMÍN GONZÁLEZ ROARO
Director General del Instituto de Seguridad y
Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

DR. SANTIAGO LEVY ALGAZI
Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social

DR. JAVIER MOCTEZUMA BARRAGÁN
Subsecretario de Población, Migración y Asuntos Religiosos
y Presidente Suplente del Consejo Nacional de Población

DR. RODOLFO TUIRÁN
Secretario General del Consejo Nacional de Población

Secretaría de Gobernación

LIC. SANTIAGO CREEL MIRANDA
Secretario de Gobernación

LIC. RAMÓN MARTÍN HUERTA
Subsecretario de Gobierno

LIC. JUAN MOLINAR HORCASITAS
Subsecretario de Desarrollo Político

DR. JAVIER MOCTEZUMA BARRAGÁN
Subsecretario de Población, Migración y Asuntos Religiosos

ING. JOSÉ LUIS DURÁN REVELES
Subsecretario de Comunicación Social

SR. FRANCISCO SUÁREZ WARDEN
Oficial Mayor

LIC. RAÚL R. MEDINA RODRÍGUEZ
Contralor Interno

Consejo Nacional de Población

DR. RODOLFO TUIRÁN
Secretario General

GABRIELA BREÑA SÁNCHEZ
Directora General de Programas de Población

LIC. ELENA ZÚÑIGA H.
Directora General de Estudios de Población

DRA. CECILIA RODRÍGUEZ D.
Directora de Comunicación en Población

MTRO. VIRGILIO PARTIDA BUSH
Director de Investigación Demográfica

MTRA. CRISTINA AGUILAR IBARRA
Directora de Educación
en Población

ARQ. JORGE ESCANDÍN B.
Director de Estudios Socioeconómicos
y Regionales

MTRO. OCTAVIO MOJARRO DÁVILA
Director de Consejos Estatales de Población

ACT. FERNANDO HAM SCOTT
Director de Apoyo Técnico

LIC. DANIEL ÁVILA FERNÁNDEZ
Director de Administración

Índice

Comportamiento reproductivo de la población indígena	9
Las evidencias de la transición de la fecundidad en la población indígena	10
Edad a la primera unión y fecundidad	15
Los intervalos entre nacimientos y los cambios en el comportamiento reproductivo	17
Lactancia y periodo entre nacimientos	22
El control de la fecundidad y el uso de métodos anticonceptivos	24
Los ideales reproductivos y la fecundidad	32
Bibliografía	35

Comportamiento reproductivo de la población indígena¹

Patricia Fernández Ham
Guadalupe Salas y Villagómez

Introducción

El acelerado 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 medio de las familias. También se han transformado los referentes culturales de la reproducción, así como los roles sociales y familiares de los hombres y las mujeres.

Como se sabe, el descenso de la fecundidad no se ha producido de forma homogénea en todo el país ni en todos los grupos de población. La transición de la fecundidad en México, como en otros países, se presentó primero entre la población más urbanizada, la más escolarizada y, en general, la de mayores niveles de bienestar, 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.

La evidencia más sistemática y amplia sobre el comportamiento de la fecundidad de las mujeres indígenas proviene de los censos de población y vivienda. Éstos, desde 1970, reportan el promedio de hijos(as) por mujer en cada municipio del país, lo cual hace posible comparar en el tiempo el comportamiento de la fecundidad, medida a través de este indicador, en aquellos municipios considerados como indígenas. Esta información es muy útil para situar a los grupos de descenso más pronunciado y las diferencias de fecundidad entre los pueblos indígenas (CONAPO, 1998), pero no permite analizar en detalle el proceso de formación familiar y las variables asociadas a éste.²

No fue sino hasta 1999, con la publicación de los resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1997 (ENADID),³ que ha sido posible contar, por primera vez, con la información necesaria para acercarnos al conocimiento de la conducta reproductiva y práctica anticonceptiva de las mujeres que viven en municipios indígenas a través de sus historias de embarazos y sus

¹ Con la colaboración de Adriana López Ramírez y Diana Martínez Castro en la elaboración del apartado *Los intervalos entre nacimientos y los cambios en el comportamiento reproductivo*. Se agradece a Diana Esther Ávila y a Juan Enrique García por su apoyo en el análisis y la generación de cuadros.

² Es cierto que existen algunos estudios sociológicos, antropológicos y aun etnográficos que dan cuenta del descenso de la fecundidad en comunidades indígenas específicas, pero éstos se restringen en la mayoría a estudios de caso o a análisis regionales, lo cual dificulta su comparabilidad geográfica y su seguimiento en el tiempo.

³ La representatividad de esta encuesta es estatal, además de que incluyó una variable sobre condición de habla indígena, lo que da la posibilidad de distinguir municipios indígenas y no indígenas.

historias de uniones; al análisis de la atención a la salud que reciben estas mujeres durante el embarazo y parto, así como el examen de algunas variables relacionadas con las percepciones sobre la calidad de la atención que reciben.

En este trabajo interesa destacar las diferencias y similitudes de la conducta reproductiva de la población indígena respecto al resto de la población, y presentar algunos de los resultados más relevantes sobre los temas mencionados en el párrafo anterior, a fin de comprender la intensidad y la dirección de los cambios observados en la fecundidad y tener mayores elementos para establecer políticas específicas y adecuar los servicios de salud reproductiva que están dirigidos a la población indígena.

En el presente estudio 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, en los casos donde la muestra fue suficiente, 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 aquéllos 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 en el documento municipios con hablantes de lengua indígena o MHLI) y, como grupo de comparación, los municipios con poca población residente que habla alguna lengua indígena (municipios con menos de 30% de población hablante de lengua indígena, denominados municipios no indígenas).

Las evidencias de la transición de la fecundidad en la población indígena

Las transformaciones de la fecundidad indígena en los últimos 15 años

Al igual que en el ámbito nacional, la tasa global de fecundidad (TGF) de las mujeres residentes en municipios indígenas evidencian considerables descensos en los quince años comprendidos entre 1982 y 1996 (véase cuadro 1). Sin embargo, como ya se mencionó, 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, tenemos 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, un nivel sólo 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 1987-91 y 1992-96 la tasa disminuyó a 5.4 y 4.7 hijos por mujer.

En cambio, en los municipios con menor presencia de hablantes de lengua indígena (MHLI), seguramente por las mejores oportunidades sociales y económicas disponibles (Embriz, 1994), el descenso de la fecundidad se inició más tempranamente. Efectivamente, en 1982-86 las mujeres de estos municipios ya tenían un número de hijos inferior al que tenían los MPHLI cinco años después. Esto es, casi un hijo menos (5.6 hijos) con respecto al último grupo mencionado. 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.

Por su parte, las mujeres residentes en municipios no indígenas fueron las primeras en iniciar el descenso de esta variable demográfica. Esto se observa en los bajos niveles de fecundidad con que inician el periodo observado (TGF de 4.1 hijos), inferior al que alcanzan las mujeres de los MPHLI diez años después (4.7 hijos). La TGF de las mujeres no indígenas descendió de 4.1, a 3.3 y 2.8 hijos por mujer durante los respectivos periodos analizados.

Al comparar los descensos ocurridos en los tres tipos de municipios se observa que, si bien en todos se presentó una caída de la fecundidad, ésta fue mas pronunciada entre las mujeres indígenas (MPHLI y MHLI) que entre las mujeres no indígenas, lo cual se explica porque es en estos grupos, los más rezagados, donde apenas comienza la transición de la fecundidad. Si se comparan los dos grupos de mujeres indígenas encontramos también que el descenso ha sido más acentuado entre las mujeres residentes en municipios predominantemente indígenas que entre las mujeres residentes en municipios con menor presencia de hablantes de lengua indígena. Así, durante los quince años de referencia, 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 (véase cuadro 1).

Cuadro 1.
Tasas específicas de fecundidad según condición de indigenismo y periodo, 1982 -1996

Grupo de edades	MPHLI			MHLI			No indígenas		
	1982 - 86	1987 - 91	1992 - 96	1982 - 86	1987 - 91	1992 - 96	1982 - 86	1987 - 91	1992 - 96
TGF	6.7	5.4	4.7	5.6	4.7	3.8	4.1	3.3	2.8
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	0.0030

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.

Si se analiza el descenso de la fecundidad por periodos, encontramos que entre 1982-86 y 1987-91 la mayor disminución se advierte en los municipios con mayor presencia de hablantes indígenas, de alrededor de 1.3 hijos por mujer, mientras que entre el resto de los municipios con indígenas y los no indígenas la reducción fue de 0.8 y 0.7 hijos por mujer, respectivamente. Durante el quinquenio más reciente (1992-1996) el ritmo del descenso de la fecundidad se desaceleró significativamente entre los municipios de mayor presencia de hablantes de lengua indígena, 0.7 hijos, y se mantuvo prácticamente igual (0.8 hijos) en el resto de los municipios indígenas; en ambos casos, durante este periodo, la caída de la fecundidad fue mayor, en promedio, que el observado en los municipios no indígenas (0.5 hijos).

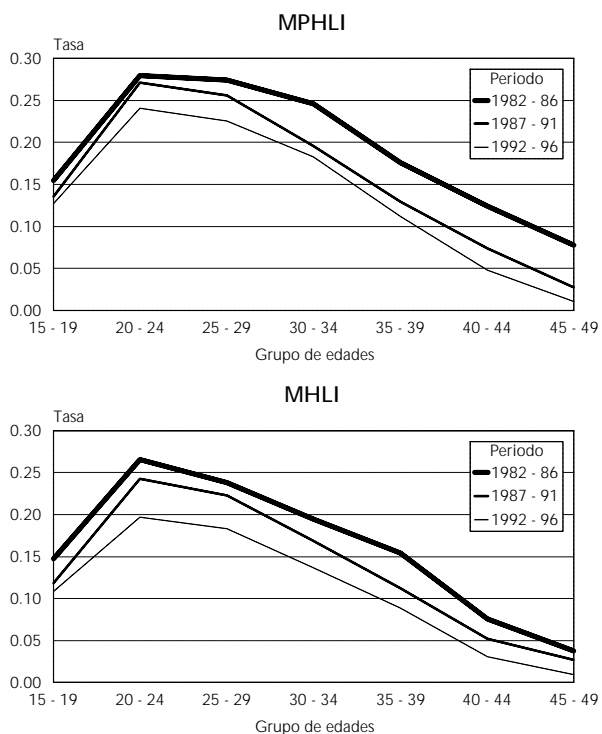
El comportamiento descrito coincide con la experiencia de otras poblaciones, las cuales señalan que los países que inician la transición de la fecundidad muestran un considerable descenso,

aunque después presentan una tendencia más lenta conforme se dirigen hacia niveles más reducidos (Bongaarts y Watkins, 1996).

De manera similar, en otros países se ha encontrado que la transición de la fecundidad provoca una reducción del periodo de vida reproductiva, concentrándolo entre los 20 y 30 años de edad. Este patrón es el resultado de dos tendencias que afectan principalmente los extremos de la vida reproductiva: en el extremo más joven, la maternidad, junto con la unión, se pospone hacia edades más tardías, pero en cuanto las parejas se unen prefieren concentrar los nacimientos de sus hijos en un periodo relativamente corto e inician el control de la fecundidad una vez que alcanzan el número deseado de hijos. De esta forma, el extremo inicial de la vida reproductiva se ve afectado por situaciones sociales no directamente relacionadas con la fecundidad, aunque sí repercuten sobre ésta, entre los cuales destacan la prolongación de la vida escolar de las mujeres o el tránsito por la vida laboral antes del matrimonio. En el extremo final de la vida reproductiva, la reducción de la fecundidad es producto del control de la misma a través de métodos anticonceptivos, aunque también están presentes otros comportamientos sociales que afectan las prácticas reproductivas, entre los cuales es posible mencionar, por ejemplo, las rupturas de uniones.

La gráfica 1 muestra el descenso generalizado de las tasas durante el periodo 1982-1996, mientras que la gráfica 2 resume el comportamiento de la fecundidad indígena respecto a la no indígena

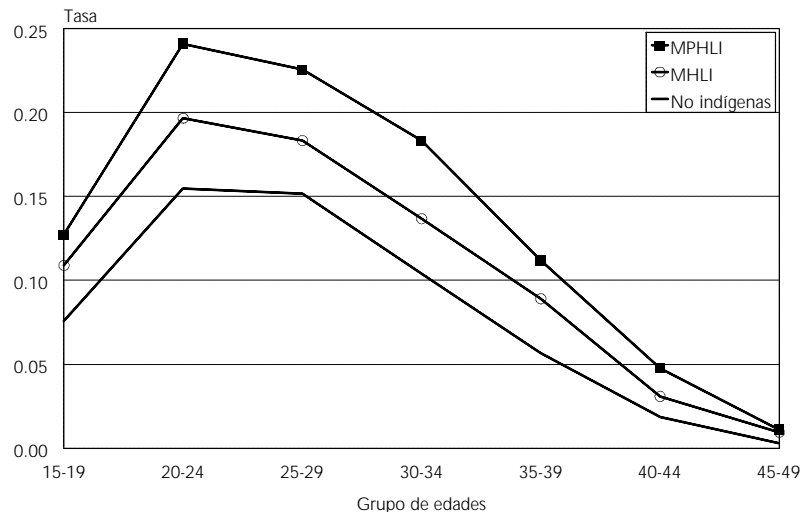
Gráfica 1.
Tasas específicas de fecundidad por condición de indigenismo y periodo, 1982 - 1996



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.

en el periodo más reciente de observación. Si comparamos a las mujeres indígenas con las no indígenas encontramos fuertes diferencias tanto en el nivel general de la fecundidad como en el calendario de la misma. Durante el periodo 1992-1996, las mujeres de los MPHLI presentan la cúspide de su fecundidad (medida a través de las tasas específicas de fecundidad) entre los 20-24 años, la cual desciende gradualmente hasta los 34 años y después se produce una disminución aún más marcada. Por su parte, las mujeres no indígenas presentan una cúspide de fecundidad dilatada, entre los 20-24 y 25-29 años, y a partir de esta edad inician una disminución sostenida de las tasas de fecundidad hasta el final de su vida reproductiva. Por su parte, las mujeres de los MHLI presentan un patrón de fecundidad que se asemeja más al de las mujeres no indígenas, aunque su nivel general es superior en casi dos hijos por mujer.

Gráfica 2.
Tasas específicas de fecundidad
por condición de indigenismo y periodo, 1992-1996



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.

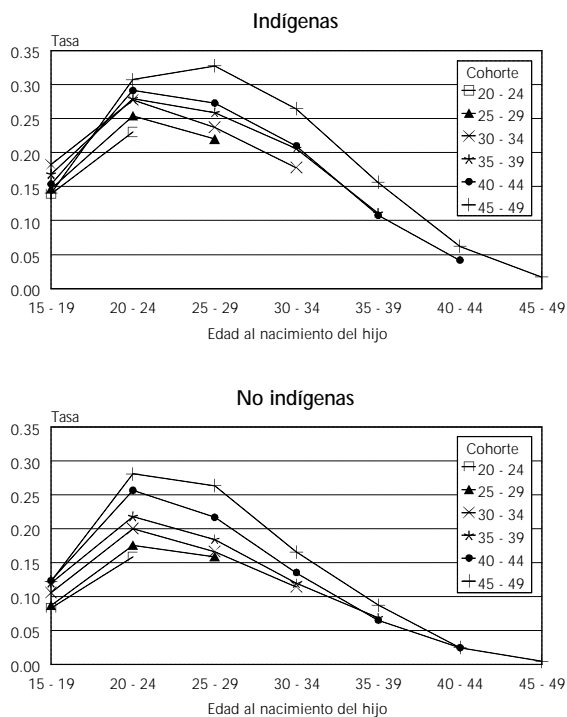
Vale la pena detenerse a examinar los cambios de la fecundidad de las mujeres indígenas, sobre todo después de los 29 años de edad. La participación en la fecundidad global de las mujeres de 35 años o más de los MPHLI ha disminuido significativamente durante los últimos 15 años: pasó de 28.4 por ciento en 1982-86, a 21.2 por ciento en 1987-1991 y a 18 por ciento en 1992-1996. Asimismo, la participación de las mujeres de los MHLI de 30 años o más de edad disminuyó de 24, a 20.3 y a 17.1 por ciento en los mismos quinquenios. No obstante la importante disminución de la participación en la fecundidad de las mujeres indígenas pertenecientes a los grupos etareos señalados, al compararlas con la participación que tienen las mujeres no indígenas de la misma edad, se encuentra que es significativamente superior, incluso en el quinquenio más reciente.

Los cambios generacionales de la fecundidad

Los fenómenos demográficos se captan de forma más nítida 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 cambios significativos en sus historias reproductivas.

La gráfica 3 presenta la fecundidad de las mujeres indígenas y no indígenas por cohortes en 1996. En ella es posible advertir que las mujeres de las cohortes más viejas, las que en el momento de la encuesta tenían 40-44 y 45-49 años, prácticamente ya habían completado su fecundidad y están representadas en la gráfica por líneas más prolongadas pues abarcan toda su historia reproductiva, mientras que las mujeres pertenecientes a las cohortes más recientes tienen una historia reproductiva más breve y por tanto en la gráfica están representadas por líneas más cortas.

Gráfica 3.
Tasas específicas de fecundidad por condición de indigenismo y cohorte de nacimiento



Fuente: estimaciones del CONAPO basadas en la ENADID 1997.

Al analizar el comportamiento reproductivo a través de las historias de embarazos encontramos que entre las mujeres indígenas el descenso de la fecundidad de las cohortes más antiguas ocurre, principalmente, en los últimos diez años, lo cual indica un efecto producido por influencias contemporáneas compartidas por todas las personas, tales como el acceso a métodos anticonceptivos, modificaciones en las circunstancias económicas y otras situaciones semejantes. Sólo las cohortes

más recientes (aquéllas de 20-24, 25-29 y 30-34 años en 1996) presentan disminuciones regulares y generales en sus niveles de fecundidad que permiten afirmar que los cambios observados en el comportamiento reproductivo están más 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.

El descenso de la fecundidad según cohorte entre las mujeres no indígenas es más ordenado y sostenido. Las cohortes más recientes muestran reducciones en dos sentidos: 1) en el nivel general de las tasas, y 2) en el periodo reproductivo de las mujeres, el cual se acorta por el control de la fecundidad ejercido en las edades más avanzadas. De hecho, este comportamiento contrasta con el de las mujeres indígenas, que tienen menos tiempo de haber iniciado el control de su fecundidad.

Edad a la primera unión y fecundidad

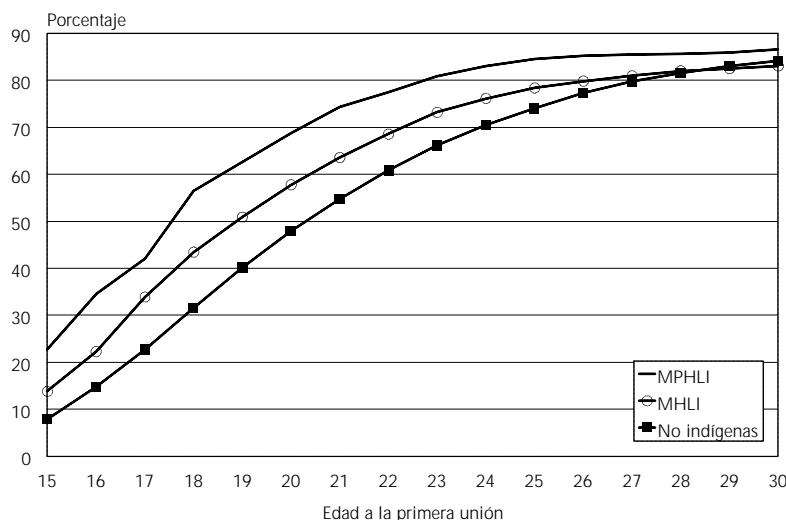
El inicio de la convivencia en pareja y el inicio del proceso de formación familiar es crucial en la trayectoria de las mujeres y está asociado a varios aspectos de la vida social. Específicamente, en las comunidades donde la base social y económica está muy ligada a los sistemas familiares, el matrimonio y el nacimiento del primer hijo(a) está acompañado de múltiples significados sociales y rituales que establecen lazos de por vida con otras familias o grupos específicos. Los enlaces matrimoniales se traducen en compromisos de apoyo y solidaridad no sólo entre las familias de los contrayentes, sino que extienden las redes sociales hacia los padrinos u otros parentescos rituales que surgen de este hecho. Por ello, el matrimonio está asociado 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, así como de la compatibilidad de las nuevas funciones sociales con otras tareas asociadas, o normadas institucionalmente, con la edad y sexo de las personas.

La edad a la primera unión entre los grupos indígenas y la población no indígena que hemos incluido en el análisis revelan algunas de 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 las residentes en los MHLI lo hicieron a los 20.1 años y las no indígenas a los 20.8 años. Si bien esto significa una diferencia de 1.6 años entre los grupos extremos, este promedio no permite reflejar las importantes diferencias en el porcentaje de mujeres que se casan o unen en la adolescencia (12 a 19 años) y la juventud temprana (20 a 24 años). La gráfica 4 presenta la proporción de mujeres unidas o casadas entre 1992 y 1996 según la edad a la que lo hicieron, limitado el análisis hasta antes de los 30 años, cuando el cambio comienza a ser muy lento. La gráfica muestra que la proporción de mujeres ya casadas a los 15 años (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%). Estas tendencias se mantienen con ligeras variaciones hasta los 20 años, edad a partir de la cual se reduce la brecha, sobre todo entre las residentes de MHLI y las no indígenas.

Una parte importante de las diferencias observadas en el inicio de la vida conyugal obedece a las opciones educativas con las que cuentan los y las jóvenes y las oportunidades disponibles una vez terminados los estudios.⁴

⁴ De acuerdo con los datos disponibles, 45.9 por ciento de las mujeres casadas o unidas en los MPHLI era analfabeta en 1997, mientras que esta condición afectaba a 23.6 por ciento de las mujeres casadas o unidas en los MHLI y a 7.1 por ciento

Gráfica 4.
Proporción acumulada de mujeres casadas o unidas
por condición de indigenismo y edad, 1992-1996



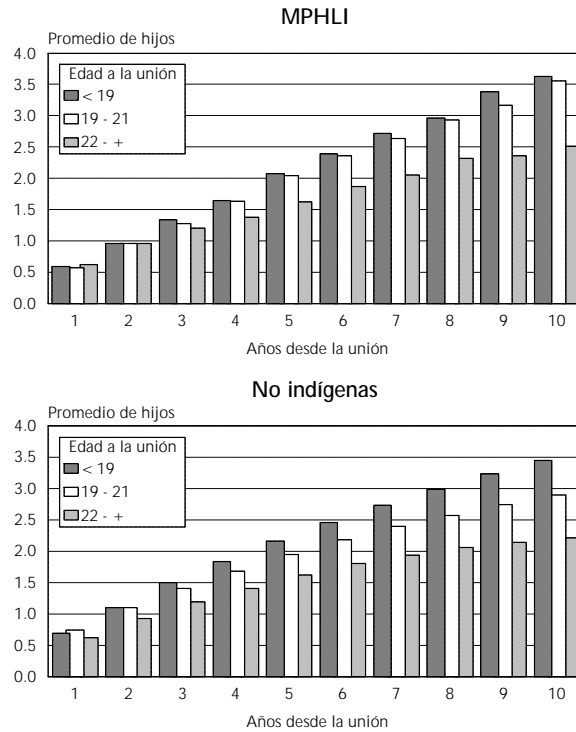
Fuente: estimaciones del CONAPO basadas en la ENADID 1997.
MPHLI 70% o más de hablantes de lengua indígena.
MHLI 30-69% de hablantes de lengua indígena.

Al igual que la edad a la primera unión, la edad al momento de tener el primer hijo(a) también refleja una serie de influencias del contexto y de preferencias y expectativas de las personas. Así, por ejemplo, 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 y pertinente sobre la utilización de métodos anticonceptivos.

La gráfica 5 presenta el número de hijos registrado por las mujeres indígenas y no indígenas de entre 35 y 39 años de edad en 1996, al cabo de diez años de matrimonio, según la edad a la primera unión. Entre las mujeres indígenas destacan aquellas que se unieron más grandes, después de los 22 años de edad, quienes tuvieron durante los tres primeros años de matrimonio un número de hijos parecido al de las mujeres que se casaron más jóvenes, pero al cabo de diez años de matrimonio tienen en promedio casi dos hijos menos. Entre las mujeres no indígenas, las diferencias en el número de hijos observadas en el décimo año de unión son muy marcadas según si se casaron antes de los 19 años, entre los 19 y los 21 años o a los 22 y más años de edad; las diferencias acumuladas se traducen, en cada caso, en casi un hijo en promedio.

de las no indígenas; sólo 26.7 por ciento de las mujeres casadas o unidas residentes en los MPHLI tenían estudios de primaria terminada, contra el 46.4 por ciento y 72.1 por ciento de las mujeres casadas o unidas residentes en los MHLI y los no indígenas, respectivamente.

Gráfica 5.
Promedio de hijos de las mujeres de la cohorte 35 - 39
por edad al matrimonio y años desde la unión



Fuente: estimaciones del CONAPO basadas en la ENADID 1997.
MPHLI: 70% o más de hablantes de lengua indígena.

Los intervalos entre nacimientos y los cambios en el comportamiento reproductivo

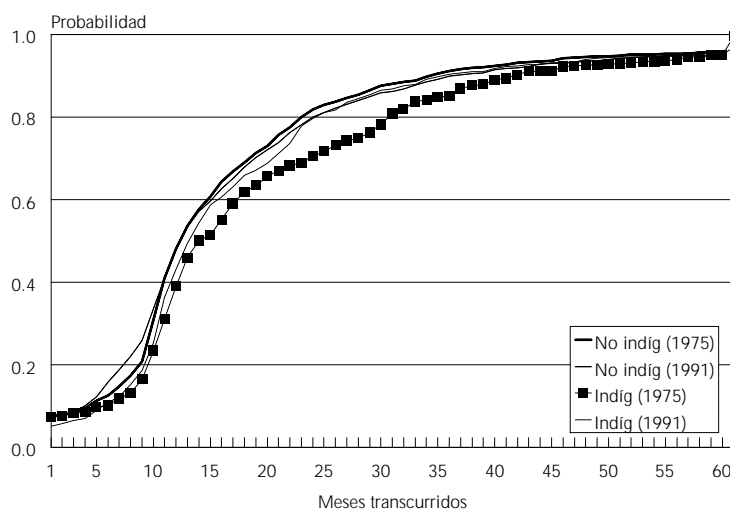
Desde una perspectiva demográfica, el comportamiento de la fecundidad puede ser descrito como una secuencia de eventos interdependientes en la vida de una mujer: el inicio de las relaciones sexuales y la reproducción, el nacimiento de los hijos y la terminación de la vida reproductiva, por muerte, disolución de la unión, menopausia o esterilización (Rodríguez, *et al.*, 1984). Estos eventos condicionan tanto la duración del proceso reproductivo como el número y espaciamento de los nacimientos. El tránsito de una paridad a la siguiente puede ser examinada a través de dos componentes fundamentales: la intensidad, o 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 (Srinivasan, 1979; Rodríguez y Hobcraft, 1980; Tuirán, 1997). Bajo esta perspectiva, en este apartado 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.

Intervalo protogenésico

La gráfica 6 muestra las probabilidades acumuladas de distintas cohortes de mujeres indígenas y no indígenas que en 1975 y 1991 tuvieron un primer hijo(a) dentro de los 60 meses siguientes a la primera unión o matrimonio. En ella se aprecia que ser madre continúa siendo un evento que experimentan casi todas las mujeres mexicanas —aproximadamente 95 por ciento de las mujeres en edad fértil tuvo un primer hijo(a) durante ese periodo— y que el tiempo que tardan las mujeres en tenerlo después de que se casan tiene pocas variaciones entre las mujeres indígenas y entre éstas y las no indígenas. Los datos también 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. Esto apunta hacia el estudio de los embarazos premaritales.

La tendencia observada en el ámbito nacional sobre el incremento en la proporción de concepciones premaritales (CONAPO, 1996) muestra un comportamiento diferencial entre las poblaciones según su condición de indigenismo: mientras que en las mujeres no indígenas se incrementó de 14.8 a 18.8 por ciento entre 1975 y 1991, entre las indígenas el aumento fue menor, al pasar de 11.7 a 12.3 por ciento (véase gráfica 7). En los embarazos prenupciales influye tanto el cambio en los significados sociales atribuidos al matrimonio, como las actitudes emergentes entre los jóvenes en torno a una mayor libertad sexual.⁵

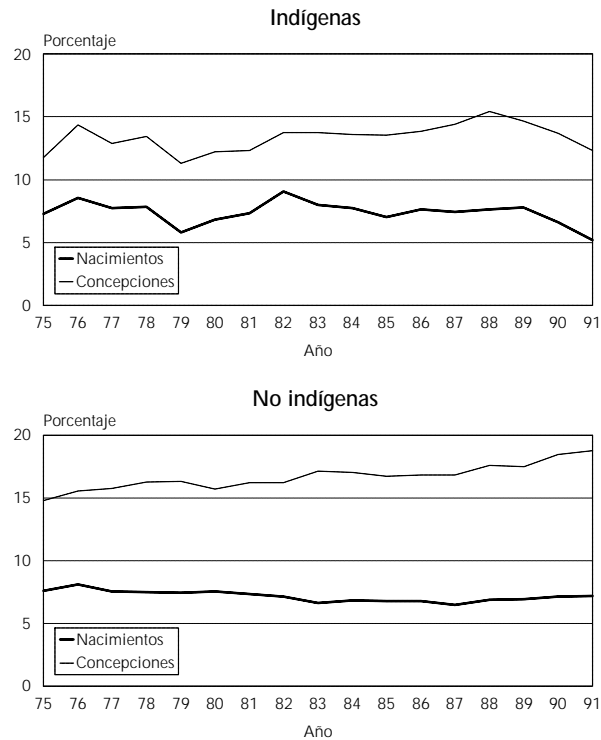
Grafica 6.
Probabilidad acumulada de tener un primer hijo
entre mujeres indígenas y no indígenas, 1975-1991



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

⁵ Así por ejemplo, la *Encuesta de Comunicación en Planificación Familiar, 1996*, levantada en las nueve entidades federativas definidas como prioritarias, mostró la persistencia de un importante sector tradicionalista en la población (37.5% de los casos) que declaró que la mujer debe dedicarse al hogar y a la familia, mientras que el hombre debe ser proveedor de los bienes necesarios para el sustento familiar. Sin embargo, un porcentaje similar (37.2%, tanto de hombres como de mujeres) declaró que lo más importante en la vida se relaciona con aspiraciones de carácter personal (Aparicio, 1998). De igual forma, el cambio en torno a la sexualidad se percibe en la disminución de la valoración de la virginidad como elemento de prestigio ante la familia y la pareja.

Gráfica 7.
Porcentaje de nacimientos y concepciones premaritales
en mujeres indígenas y no indígenas, 1975-1991



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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 hijo(a) dentro de los 60 meses después del nacimiento del primero, se observa que ésta muestra un descenso continuo a lo largo del periodo de observación (gráfica 8), pasando de alrededor de 84 por ciento entre fines de los setenta y principios de los ochenta a 80 por ciento y se mantuvo en este nivel durante la primera mitad de esta década. A partir de 1985, el descenso en la probabilidad de tener un segundo hijo(a) fue más acelerado, y en 1991 sólo 71 por ciento de las mujeres no indígenas tuvo a su segundo hijo. En el caso de las mujeres indígenas, ésta proporción pasó de 87 por ciento en 1978 a 83 por ciento entre mediados de los ochenta y principios de los noventa. Cabe destacar que este último valor es similar al observado entre las mujeres no indígenas a fines de la década de los setenta.

El cambio en la proporción de mujeres que tiene un segundo hijo(a) se acompaña de modificaciones en la duración del intervalo, lo que implica que, además de tener un segundo hijo(a) con menor frecuencia que en el pasado, tienden a recorrer el nacimiento de su segundo hijo(a) hacia intervalos más largos. Así, la proporción de mujeres que tiene un hijo(a) de paridad dos antes de los 24 meses descendió de manera muy pronunciada entre 1978 y 1991. En la población indígena, sin embargo, 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 diez por ciento 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 contamos con información sobre lactancia por periodos, la duración mediana del periodo de amamantamiento, en 1997, parece explicar sólo una parte de la diferencia: para las mujeres indígenas fue de 18.4 meses.⁶ Por otra parte, 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. Efectivamente, si se analiza el uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres unidas con un hijo(a), encontramos 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 por ciento. Es importante señalar que la tendencia a espaciar cada vez más 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.

Segundo intervalo intergenésico

El tener tres hijas(os) 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 por ciento. Por su parte, la proporción de mujeres indígenas en esta situación pasó de 79 a 69 por ciento. Las diferencias entre ambos grupos de población se deben no sólo al nivel observado al inicio del periodo analizado, sino también y de manera fundamental, a la velocidad con que se dio dicho descenso, ocasionando que la brecha entre ambos grupos al final del periodo se incrementara: mientras que en 1981, el porcentaje de las mujeres indígenas que tuvieron un tercer hijo(a) fue doce por ciento mayor que el de las no indígenas, en 1991 esta distancia se amplió a 18 por ciento.

Al igual que en el caso del segundo hijo(a), el cambio más notable en la transición al tercero se observa también en las duraciones más cortas. Esto significa que el porcentaje de mujeres que tiene 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%). En contraste, se observa un aumento en la proporción de mujeres que los tiene a los 18 y a los 24 meses; en el

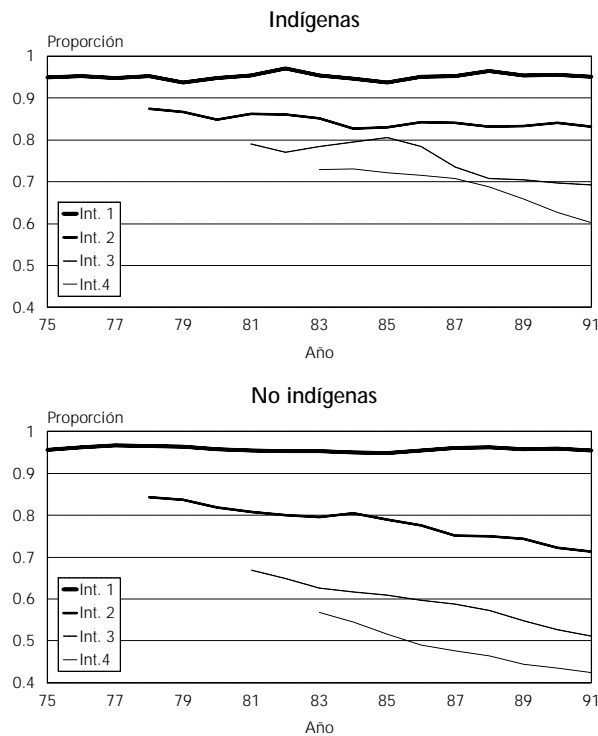
⁶ A los 27 meses 75 por ciento de las madres seguía amamantando a sus hijos(as).

periodo más reciente, 15 y 32 por ciento de las mujeres indígenas con un tercer hijo lo tiene al año y medio o dos después de haber tenido al segundo.

Tercer intervalo intergenésico

Durante el periodo 1983-1991 descendió la probabilidad de que una mujer tuviera un cuarto hijo(a). En el caso de las no indígenas, la proporción de mujeres con cuatro hijos(as) bajó de 57 a 42 por ciento, y en el de las mujeres indígenas también descendió de 73 a 60 por ciento. Sin embargo, mientras que entre las primeras la reducción fue sistemática durante todos los años observados, entre las segundas la reducción fue más marcada hacia fines de los años ochenta. Esto significa que a pesar de que en ambos casos la proporción de mujeres con un cuarto hijo(a) ha disminuido significativamente, éste continúa siendo un evento relativamente común en la vida reproductiva de las mujeres indígenas (véase gráfica 8).

Gráfica 8.
Proporción de mujeres indígenas y no indígenas que tienen un hijo dentro de los primeros 60 meses a partir de la primera unión o del nacimiento previo (intervalos uno al cuatro), 1975-1991



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

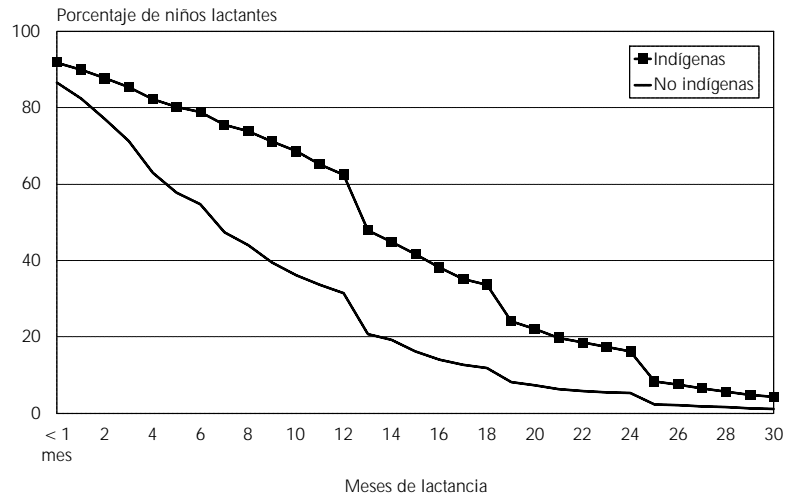
Lactancia y periodo entre nacimientos

El periodo de abstinencia posparto y la costumbre de la lactancia son prácticas que se encuentran profundamente arraigadas a los usos culturales de los pueblos indígenas y que han mostrado ser muy resistentes a la influencia de los procesos de modernización. En general, los valores y los comportamientos se adoptan de manera selectiva y se adaptan de tal forma que “los otros” no perciben fácilmente las diferencias o el impacto que pueden tener tales adecuaciones. A manera de ejemplo vale la pena citar las adaptaciones de los pueblos indígenas a la prohibición que impusieron los españoles a la poligamia durante la colonia: los conquistadores obligaron a los indios a elegir a una sola mujer como la legítima esposa y a casarse con ella en ceremonia católica, a lo que los indígenas respondieron casándose con una de sus mujeres, aunque siguieron teniendo varias y en el mejor de los casos las ubicaron en otras casas (Gonzalbo, 1998). También es el caso de la mezcla de ritos católicos y paganos (como las posadas) surgidos de las adaptaciones al catolicismo durante la colonia. De esta forma, los cambios, aun cuando producen transformaciones entre los pueblos indígenas, no necesariamente son un signo de rompimiento con el pasado. Así, en el caso de la fecundidad, como en otros ámbitos, observamos la permanencia de costumbres ancestrales mezclada con el surgimiento o adopción de prácticas modernas.

Una de las prácticas ancestrales que afectan a la fecundidad es la cuarentena, práctica aún ampliamente extendida entre la población indígena (Fernández, 1998). El reposo y la abstinencia de relaciones sexuales durante los cuarenta días posteriores al parto afecta directamente la fecundidad y seguramente 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.

Como ya hemos mencionado, la lactancia también es una práctica ampliamente extendida entre las mujeres mexicanas, ya que 91.9 por ciento de las mujeres de municipios indígenas amamantan a sus hijos e incluso 86.6 por ciento de las no indígenas lo hacen. Sin embargo, la duración de los periodos de lactancia entre los niños indígenas y no indígenas varía sensiblemente, como lo muestra la gráfica 9. Mientras que 80 por ciento de las madres indígenas dan leche materna a sus hijos(as) durante cuatro meses o más, sólo 68.4 por ciento de las madres no indígenas llegan al cuarto mes; estas diferencias se acentúan en el décimo mes de lactancia, cuando 56.1 por ciento de las mujeres indígenas aún permanece amamantando a sus hijos y entre las no indígenas esta proporción se reduce a 28.6 por ciento; al llegar a los 13 meses estas mismas proporciones alcanzan 35.8 y 14.9 por ciento, mientras que a los 24 meses son de 12.1 y 3.8 por ciento, respectivamente.

Gráfica 9.
Porcentaje de niños* que son amamantados en duraciones específicas por mujeres indígenas y no indígenas, 1993-1997



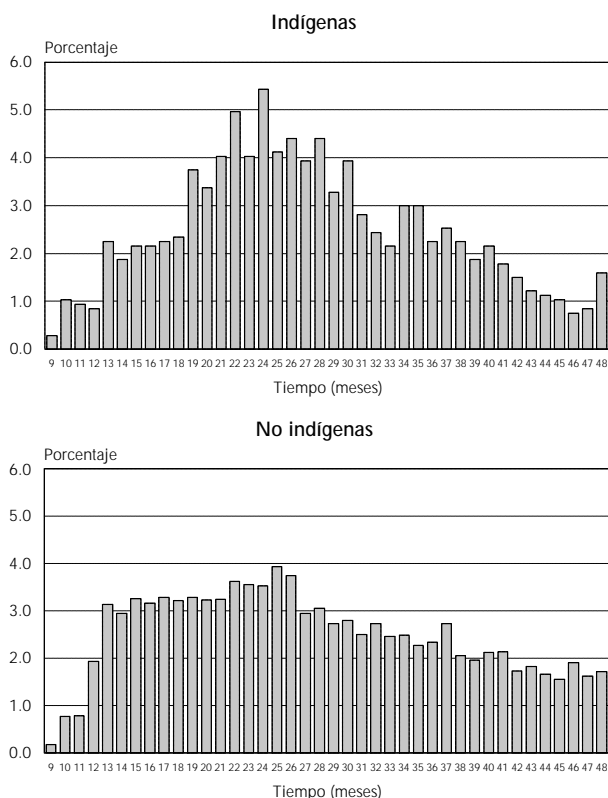
* Ú ltimo y penúltimo hijo

Fuente: estimaciones del CONAPO basadas en la ENADID 1997.

La comparación de los puntos mas pronunciados de variación en la lactancia indígena (4, 10, 13, 19 y 24 meses de lactancia) con la distribución simple de los periodos intergenésicos⁷ en los cinco últimos años de la encuesta (véase gráfica 10) sugiere una importante asociación. Si sumamos a estos puntos los nueve meses estándar del periodo de concepción (13, 19, 22, 28 y 33 meses de periodos intergenésicos), es posible observar que también se presentan variaciones significativas en la proporción de mujeres indígenas que tienen a sus hijos dentro de estos lapsos, lo que no ocurre entre las mujeres no indígenas. Desde luego, la asociación biológica entre la lactancia y la disminución de la fertilidad de las mujeres no explica *per se* estas variaciones; sin duda, también coexisten otras prácticas culturales que, deliberadamente o no, retardan la concepción del siguiente hijo, una vez que se ha terminado de amamantar al anterior. Estas costumbres han sido funcionales para proteger la salud del recién nacido (al no entrar los menores en competencia por la leche materna) o para resguardar la salud de la madre (procurando intervalos intergenésicos más amplios).

⁷ Se representa la distribución porcentual de los periodos transcurridos entre el nacimiento de un hijo(a) nacido vivo y el siguiente entre 1992 y 1996.

Gráfica 10.
Distribución porcentual de los intervalos intergenésicos*
por condición de indigenismo, 1992 - 1996



*Intervalo transcurrido entre el nacimiento de un hijo nacido vivo y el siguiente.
 Fuente: estimaciones del CONAPO basadas en la ENADID 1997.

El control de la fecundidad y el uso de métodos anticonceptivos

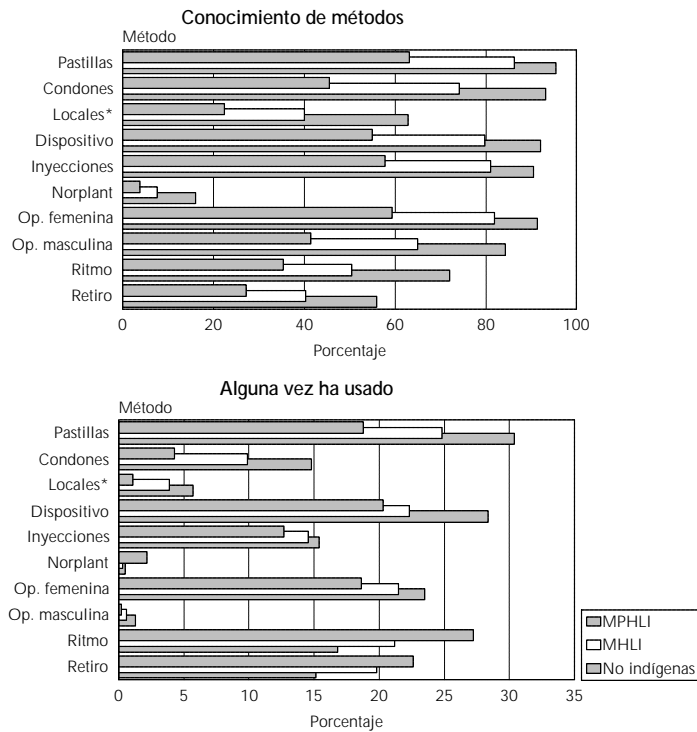
El conocimiento y uso de métodos anticonceptivos

A pesar del énfasis que se ha otorgado en el presente documento al papel de variables socioculturales, es incuestionable el importante papel que ha jugado el uso de métodos anticonceptivos en el descenso de la fecundidad moderna. De hecho, 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 ejercicio del derecho a decidir de manera libre e informada sobre el número y el espaciamiento de los hijos, así como a disfrutar de la sexualidad sin el temor a un embarazo no deseado.

Los datos sobre conocimiento y uso de anticonceptivos muestran que entre las mujeres indígenas y no indígenas existen grandes diferencias en esta materia (véase gráfica 11). Si tomamos como punto de comparación las pastillas, que son el método más popular en los tres grupos poblacionales, el porcentaje de mujeres que conocen este método es de 63.1 por ciento en los MPHLI, de 86.2 por

ciento en los MHLI y de 95.5 por ciento en los municipios no indígenas; esta situación se repite con algunas variantes en el conocimiento de los otros métodos anticonceptivos. Entre ellos cabe destacar dos aspectos: el conocimiento de los condones es significativamente inferior en 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.

Gráfica 11.
Porcentaje de mujeres que conocen y alguna vez han usado métodos anticonceptivos por condición de indigenismo y tipo de método, 1997



* Los métodos locales incluyen óvulos, jaleas y espumas.
 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.

En lo que concierne al uso del DIU y la OTB, cabe señalar que éstos son los más utilizados tanto entre las indígenas como entre las no indígenas, aunque la OTB muestra un porcentaje de mujeres usuarias más bajo entre los municipios con mayor presencia de hablantes de lengua indígena. Después de estos dos métodos, los más utilizados son las pastillas y las inyecciones, los cuales muestran un porcentaje similar de usuarias en los tres tipos de municipios, si bien las mujeres indígenas parecen tener una preferencia relativamente mayor a 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 por ciento de las usuarias unidas o casadas de los MPHLI, 17.5 entre las de los MHLI y 12.2 entre las mujeres de municipios no indígenas (véase cuadro 2). Finalmente, también contrasta el conocimiento de métodos locales (principalmente condón) que, aunque incipiente, es más conocido entre la población no indígena.

Cuadro 2.
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 ¹	34.4	34.4	35.8
Locales ²	1.6	3.5	5.9
Tradicionales ³	28.0	17.5	12.2

Nota: los métodos están agrupados de la siguiente manera:

¹Modernos: DIU, pastillas, inyecciones y Norplant.

²Locales: condón, óvulos, jaleas, diafragma, etc.

³Tradicionales: 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.

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 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 aun las que opinaron que el método elegido no les causaba daño a su salud. Entre las razones culturales claramente se pueden ubicar las declaraciones de que el esposo o la pareja lo prefirió (8.9%, 8.8% y 4.9%). Finalmente, entre las razones atribuibles a la escolaridad o al contexto institucional de atención están las declaraciones de que es 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%) (véase cuadro 3).

Vale la pena mencionar alguna de las razones de uso en especial por las posibles implicaciones de irreversibilidad o por la imposición que implican sobre el cuerpo de otra persona. Entre las mujeres con OTB, alrededor de 5.6 por ciento de las mujeres indígenas declaró haber optado por este método debido a las preferencias del esposo o pareja, mientras que la proporción se reduce a tres por ciento entre las no indígenas; alrededor de 21 por ciento de las indígenas (25.3 en los MPHLI y 20.4% en los MHLI) lo prefirieron por recomendación de los servicios de salud, y 17 por ciento entre las no indígenas. Por su parte, entre las usuarias de DIU, 5.1 por ciento 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 en 17.8, 9.1 y 5.3 por ciento de los casos, respectivamente.

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

Cuadro 3.
Porcentaje de razón de uso de métodos anticonceptivos
según condición de indigenismo, 1997

Razón de uso o no uso	MPHLI	MHLI	No indígenas
Razón de uso del método actual	100.0	100.0	100.0
Recomendación del servidor de salud	19.1	16.9	13.8
Recomendación de un 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 más de hablantes de lengua indígena.
MHLI 30-69% de hablantes de lengua indígena.

Lugar de obtención y tipo de método anticonceptivo utilizado

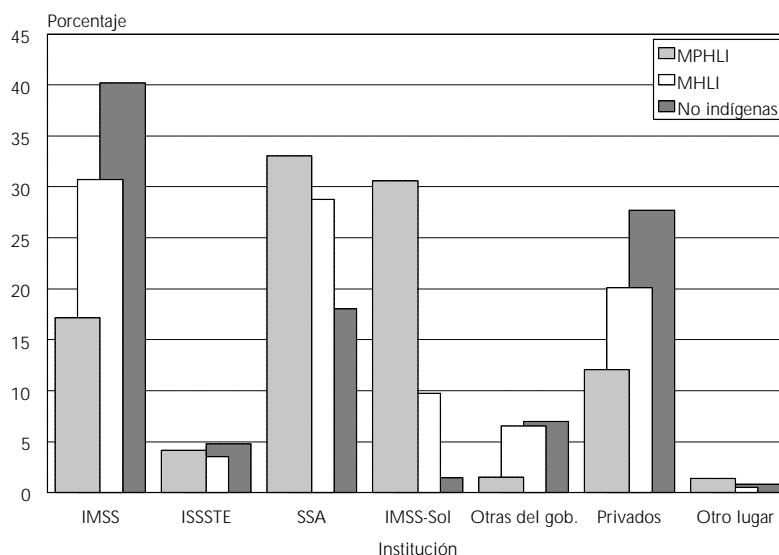
La influencia que ejercen las instituciones que prestan el servicio de planificación familiar en la selección del tipo de método usado se presenta en la gráfica 12. En los MPHLI la Secretaría de Salud atiende a 33 por ciento de las usuarias y esta institución provee mayoritariamente los siguientes métodos 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 IMSS concentran casi 50 por ciento 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 OTB⁸ 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 (8.4%).

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%). Esta misma tendencia —disminución de la atención en la SSA (18%) e IMSS-Solidaridad (1.5%), a favor de un incremento del IMSS (40.2%), otras instituciones gubernamentales (ISSSTE: 4.8% y otras: 6.5%) y el sector privado (27.7%)— se acentúa en los municipios no indígenas. En estos municipios, a pesar

⁸ Calculando el promedio de las dos instituciones (22.3% y 44.6%).

del descenso del uso de pastillas e inyectables y el incremento en el uso de condones, poco se modifica el tipo de métodos que provee cada institución.

Gráfica 12.
Lugar de obtención de métodos anticonceptivos, 1997



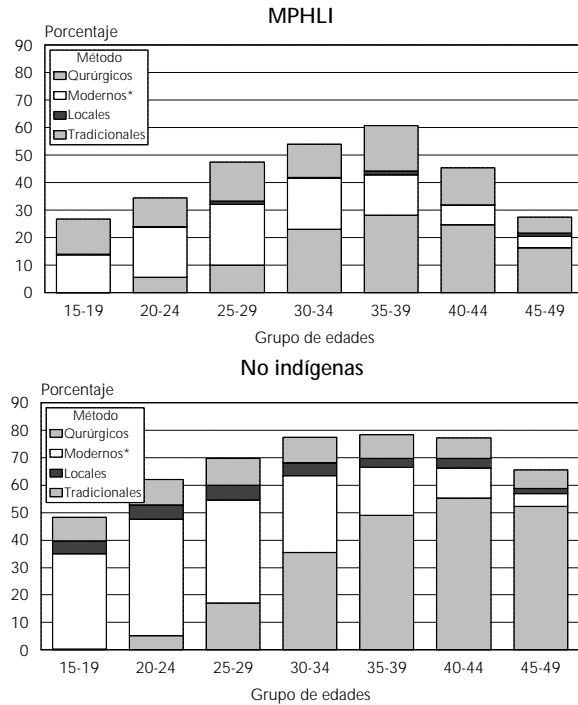
Fuente: estimaciones del CONAPO basadas en la ENADID 1997.
MPHLI 70% o más de hablantes de lengua indígena.
MHLI 30-69% de hablantes de lengua indígena.

Prevalencia y razones de uso de métodos anticonceptivos por edad

La gráfica 13 presenta el patrón de prevalencia de métodos anticonceptivos por grupo de edad para cada uno de los municipios analizados, donde se evidencia claramente que las diferencias más marcadas se presentan en los grupos extremos de la vida reproductiva, es decir, en las edades tempranas (15-19 y 20-24 años de edad) y al final de la vida reproductiva (40-44 y 45-49 años).

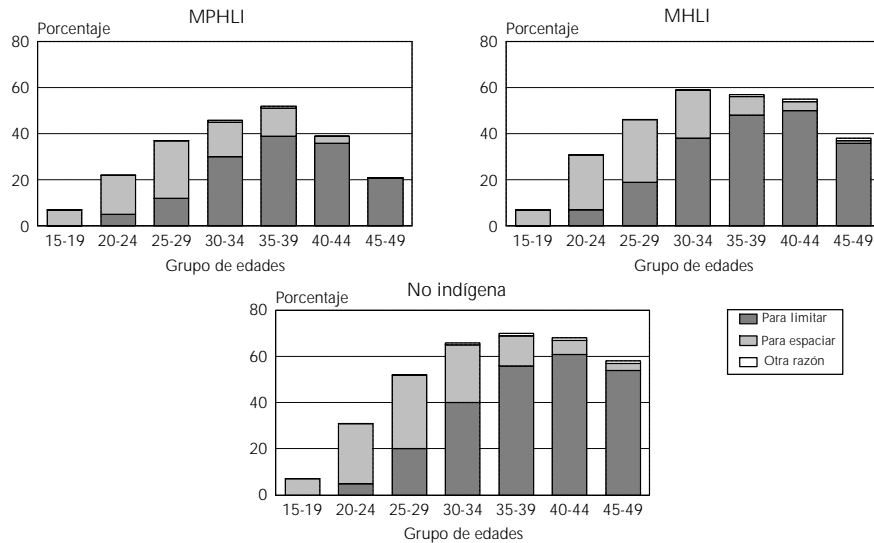
Estas variaciones en las prácticas anticonceptivas revelan que aún prevalecen diferencias considerables tanto en las preferencias reproductivas de los indígenas como en el conocimiento y acceso a los servicios de planificación familiar. Sin embargo, entre las mujeres que son usuarias de métodos anticonceptivos se advierten escasas diferencias en las razones de utilización: entre 59 y 62 por ciento de las mujeres de los tres grupos utilizan los métodos anticonceptivos para terminar con su reproducción, y entre 41 y 38 por ciento restante los usan para espaciar sus embarazos (véase gráfica 14).

Gráfica 13.
Prevalencia de anticonceptivos de las mujeres unidas por edad, condición de indigenismo y tipo de método utilizado, 1997



* Los métodos modernos comprenden DIU, pastillas, inyecciones y Norplant.
Fuente: estimaciones del CONAPO basadas en la ENADID 1997.
MPHLI: 70% o más de hablantes de lengua indígena.

Gráfica 14.
Razón de uso de métodos anticonceptivos por grupo de edades y condición de indigenismo, 1997



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.

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: *le gusta la forma de uso* (13.0, 17.1 y 21.1 por ciento, 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 (a partir de los 30 años) 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, 7.6 y 10.4%). Vale la pena destacar que entre las 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 1.0%), lo que parece indicar la necesidad de impulsar programas de información y de comunicación dirigidos a ellas.

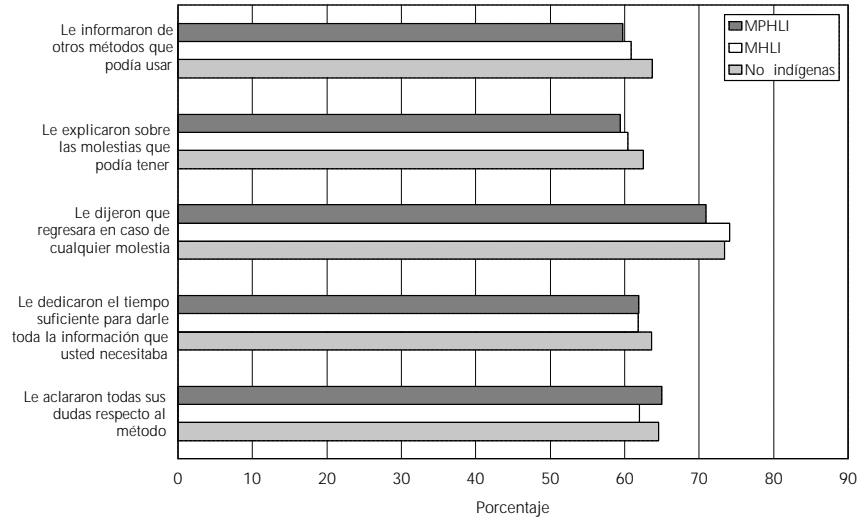
Calidad de la atención

La ENADID incorporó cinco preguntas para evaluar la calidad de la atención de los servicios de planificación familiar: si la mujer recibió información acerca de otros métodos; si le explicaron las molestias que podía tener; si hubo indicación de que regresara a la clínica o centro de salud 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%) (véase gráfica 15).

De los cinco indicadores analizados, la indicación de que regresara en caso de molestias es la que obtiene el porcentaje más elevado de satisfacción en todas las instituciones: con las instituciones privadas al frente (entre 72 y 76% de satisfacción), seguidos de IMSS-Solidaridad, SSA, IMSS, ISSSTE y otras instituciones gubernamentales, en orden decreciente de satisfacción (véase gráfica 16). En el resto de los indicadores la situación es más uniforme (entre 59 y 65% de satisfacción en todos los casos), aunque vale la pena destacar que la información sobre otros métodos anticonceptivos parece ser limitada, ya que fluctúa de 55 por ciento, para otras gubernamentales e IMSS-Solidaridad, a cerca de 60 por ciento para SSA y el IMSS, y hasta aproximadamente 65 por ciento para el ISSSTE y los servicios privados.

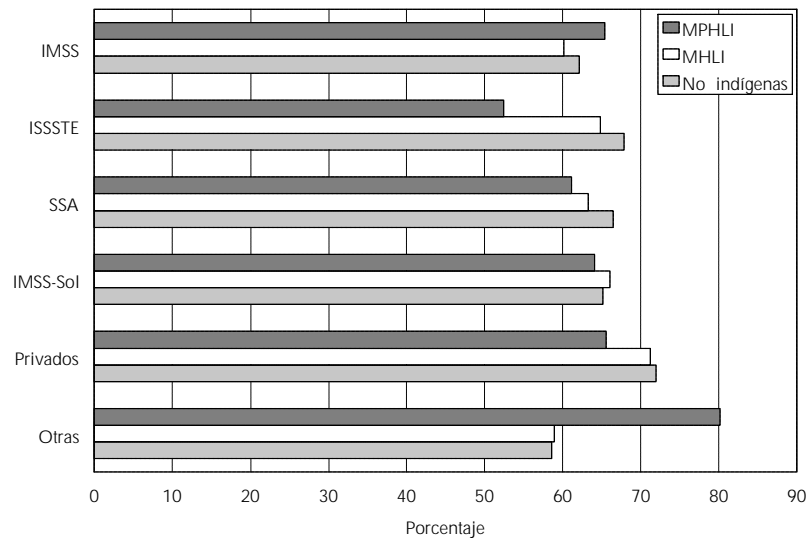
Finalmente, cabe destacar que al analizar los cinco indicadores antes citados para los cuatro métodos más utilizados —OTB, pastillas, inyecciones y DIU—, los porcentajes más bajos de satisfacción se presentan entre las usuarias de OTB: 57.3 por ciento recibió información acerca de otros métodos; 52.8 por ciento obtuvo una explicación sobre las molestias que podía tener; 67.9 por ciento de las mujeres fue informado que podía regresar en caso de malestar; 57.1 por ciento declaró que tuvo tiempo suficiente de consulta y 57.9 por ciento aclaró sus dudas. En el otro extremo, las pastillas señalan los mejores índices de satisfacción con; 77.6, 78.3, 80.8, 75.0 y 77.3 por ciento, respectivamente.

Gráfica 15.
Porcentaje de mujeres que se declararon satisfechas* con el servicio de planificación familiar según condición de indigenismo, 1997



* Mujeres que respondieron Sí a los indicadores mostrados.
 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.

Gráfica 16.
Calidad del servicio* otorgado por institución según condición de indigenismo, 1997



* Que se declararon satisfechas con el servicio de planificación familiar.
 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.

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. De esta forma, las interacciones sociales, además de transmitir la información sobre la disponibilidad y acceso de la tecnología anticonceptiva, permite el intercambio de ideas que pueden propiciar cambios en el comportamiento y aspiraciones individuales. Durante estos intercambios, la información e ideas que se reciben de otros grupos (generacionales, sociales, étnicos, etc.) son reinterpretadas y adaptadas a los contextos locales; las nuevas normas de comportamiento reproductivo son articuladas a otras, justificándolas para integrarlas socialmente, creando nuevas congruencias respecto de la acción (Loockwood, 1995). Estas transformaciones producen a su vez otros cambios en el conjunto social, de tal forma que la influencia social (aprobación o reprobación de un comportamiento) acelera estas conductas.

Las interacciones sociales poseen canales propios a través de los cuales se produce el intercambio, adaptación y apropiación de ideas e información. Estas vías son más intensas a partir de una contigüidad espacial (vecindad de localidades, regiones, etc.), proximidad social (ocupacional, de ingresos, educativa, étnica, etc.) o ideacional (generacional, de género y religiosa, entre otros).

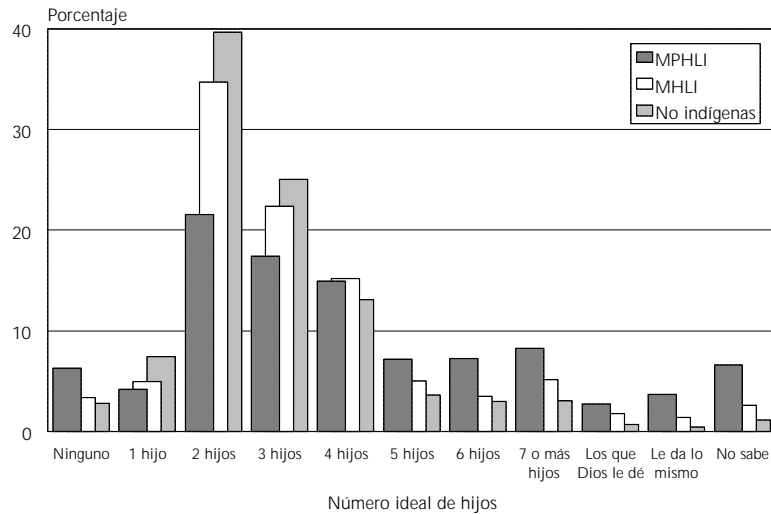
En el caso de las poblaciones indígenas, la importancia de estas interacciones se deja ver en las transformaciones de fecundidad observadas en los pueblos indígenas que mantienen un contacto más intenso con la población no indígena (Fernández, 1998).

Aunque no existe ninguna forma directa de medir el cambio en las ideas, podríamos decir que en materia de preferencias reproductivas las respuestas al ideal reproductivo que indican un cierto fatalismo, o bien la ausencia de preferencias, corresponden a actitudes más tradicionales, entre las cuales se encuentran *los hijos que Dios me dé* (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 entre la población indígena, aunque elevadas si se les compara con la población no indígena.

Por su parte, el cambio en las preferencias reproductivas de las mujeres indígenas se refleja en el ideal de hijos declarado (véase gráfica 17). En los tres grupos de mujeres analizados en este trabajo la moda (es decir, la respuesta donde se acumula la mayor frecuencia) se ubica en dos hijos, pero aun señala importantes 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 las no indígenas. En orden decreciente, el número de hijos preferidos es tres y cuatro, éste 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.

Vale la pena señalar la poca variación existente en el porcentaje de mujeres indígenas que prefieren cinco, seis o siete hijos o más (valor que se asemeja al no especificado), lo cual parece ser indicativo de que a partir de cinco hijos no existe una real preferencia. Por otro lado, también sorprende la inversión de los diferenciales entre las mujeres que declaran no querer hijos: en este caso el mayor porcentaje (6.3%) se ubica entre las mujeres de los MPHLI, mientras que en los no indígenas es menor (2.8%), lo cual podría estar asociado a la propia experiencia de las jóvenes

Gráfica 17.
Distribución del número ideal de hijos por condición de indigenismo, 1997



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.

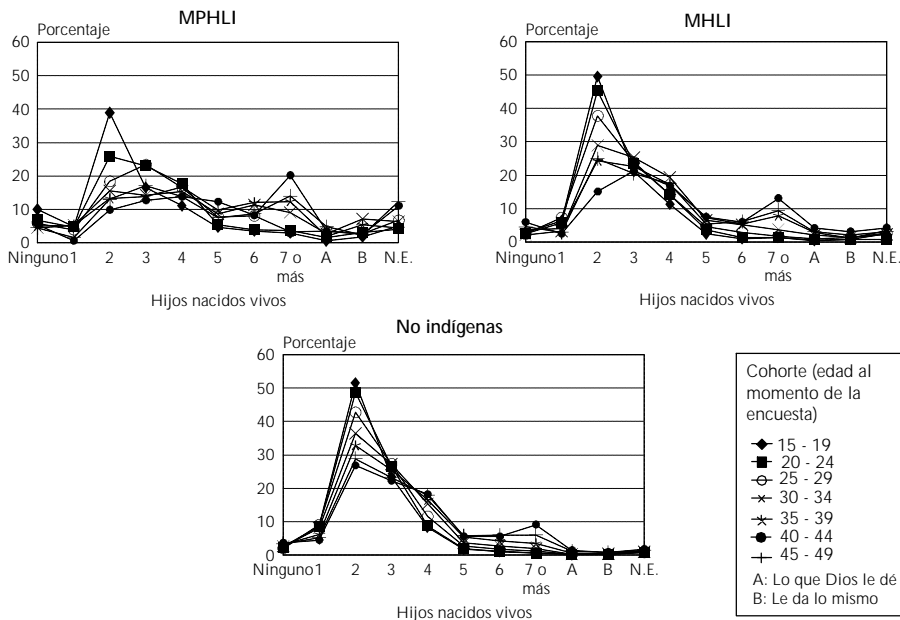
indígenas con la carga real que requiere el cuidado y la crianza de los hijos. Sin embargo, este ideal, al igual que el resto, se va modificando conforme se acumulan nuevas vivencias y experiencias en la vida de las mujeres. En la gráfica 18, donde se muestra el ideal de hijos de acuerdo a la cohorte de las mujeres, se destacan la cohorte más antigua (45-49 años de edad) y una de las más jóvenes (20 a 24 años), señalando la tendencia de las mujeres a concentrar el ideal reproductivo alrededor de los dos y tres hijos por mujer.⁹ Adicionalmente, entre las mujeres indígenas aún se refleja un cierto “desorden” en la tendencia de las curvas cuando se analiza ésta a partir de las cohortes más viejas hacia las más jóvenes, lo cual es reflejo del hecho de que entre las mujeres indígenas aún existe mayor variabilidad de los comportamientos al interior de una misma cohorte.

La gráfica 19, muestra más contundentemente las adecuaciones y transformaciones en el número de hijos deseado que van realizando las mujeres, conforme se incrementa el número de sus hijos. La tendencia general en los tres grupos analizados señala que las mujeres mayores desean incrementar menos su familia que las jóvenes y que la proporción que desea más hijos decrece en la medida que aumenta la descendencia.

⁹ Los saltos o irregularidades de los MPHLI se pueden interpretar principalmente como variaciones muestrales.

Gráfica 18.

Distribución del número ideal de hijos por condición de indigenismo y edad a la entrevista, 1997



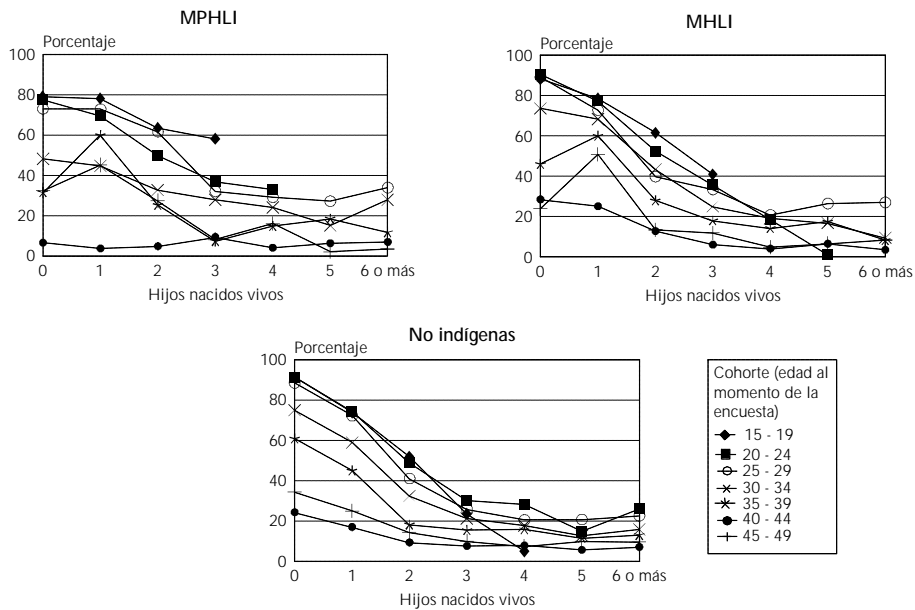
Fuente: estimaciones del CONAPO basadas en la ENADID 1997.

MPHLI 70% o más de hablantes de lengua indígena.

MHLI 30-69% de hablantes de lengua indígena.

Gráfica 19.

Porcentaje de mujeres que desean tener mas hijos por grupo de edad a la entrevista y número de hijos nacidos vivos, 1997



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.

Bibliografía

- APARICIO Ricardo *et al.*, "Fecundidad y procesos de difusión" en *La situación demográfica de México*, 1998, CONAPO, México, 1998.
- BONGAARTS y Watkins, "Social Interactions and Contemporary Fertility Transitions" en *Population and Development Review* 22(4), 1996.
- CONAPO, *Indicadores básicos de salud reproductiva y planificación familiar*, SEGOB, 1996.
- EMBRIZ, *Indicadores socioeconómicos de los pueblos indígenas de México*, 1990, Instituto Nacional Indigenista, México, 1994.
- FERNÁNDEZ Ham Patricia, "La población indígena: principales grupos etnolingüísticos", en *La situación demográfica de México*, 1998, CONAPO, México, 1998.
- FREEDMAN y Takeshita, *Family Planning in Taiwan: An Experiment in Social Change*, Princeton University Press, 1969.
- GARCÍA Aureliano, "Demandas de diálogo e información de los jóvenes" en *La situación demográfica de México*, 1988, SEGOB, México, 1988.
- GONZALBO Pilar, *Familia y orden colonial*, El Colegio de México A. C., México, 1998.
- INAH- CONAPO- PAIR, *Dinámica de la zona indígena centro-occidente de Michoacán*. 1999. Documento interno.
- KNODEL y van de Walle, "Lessons from the past: Policy implications of historical fertility studies" en *Population and Development Review* 22(2), 1979.
- LOOCKWOOD, "Structure and behavior in the social demography of Africa" en *Population and Development Review* 21(1), 1995.
- RETFERFORD y Palmore, "Diffusion process affecting fertility regulation" en *Determinants of Fertility in Developing Countries*, vol 2. Academic Press, 1893.
- RINDFUSS, R., *et al.*, "The transformation of Korean childspacing practices" en *Population Studies* 36, 1982. pp 87-104.

RODRÍGUEZ, German y HOBcraft John, "Análisis ilustrativo: análisis de los intervalos entre nacimientos con tablas de vida para Colombia", *Documentos de Docencia Núm. 2*, El Colegio de México, 1980.

RODRÍGUEZ, G., J., et al., *A comparative analysis of determinants of birth intervals*, WFS Comparative Studies Núm. 30. Voorburg, The Netherlands, International Statistical Institute, 1984.

ROGERS, *Diffusion of Innovations*, Free Press, 1983.

SRINIVASAN, K., *Birth interval analysis in fertility surveys*, WFS Scientific Reports, Voorburg, The Netherlands. International Statistical Institute, 1979.

TEACHMAN, Jay, "Methodological issues in the analysis of family formation and dissolution" en *Journal of marriage and the family* 44(4), 1982, pp. 1037-1053

TUIRÁN, Rodolfo, *Demographic change and family and non family related life course in contemporary Mexico*, tesis de doctorado, University of Texas at Austin, 1997.

*Comportamiento reproductivo
de la población indígena*

Se imprimió en
Talleres Gráficos de México
Av. Canal del Norte núm. 80
Col. Felipe Pescador C. P. 06280
México, D. F.

El tiraje fue de 1000 ejemplares.