

# La pretensión de inclusión:

*Contextualizando las políticas de  
salud sexual y reproductiva en las  
realidades vividas por jóvenes  
indígenas*





# Índice

---

---

## Agradecimientos

Este informe fue escrito por Marie S. Cole, analista de políticas e investigación para PAI. El estudio estuvo a cargo de Marie S. Cole con el apoyo de María Hernandez, oficial de incidencia política global, y Shilpa Kothari, gerente de programas para Latinoamérica y el Caribe. TecSalud tradujo el informe original del inglés al español. Este informe fue diseñado por Rebeca Anaya. Las imágenes fueron tomadas por Allison Shelley, Gabriela Torres Freyermuth, y Juan Carlos Martínez Pérez. Los derechos sobre las fotografías pertenecen al Observatorio de Mortalidad Materna en México y PAI. El equipo de investigación quisiera agradecer a las y los jóvenes quienes participaron en este estudio por su tiempo y sus esfuerzos. Quisiéramos extender nuestro más sincero agradecimiento a las y los promotores jóvenes del Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMM) por sus aportes. Nos gustaría también reconocer a Mauricio Cruz Avendaño y Oscar Jiménez por su apoyo en la coordinación de participantes. Agradecemos al equipo del OMM por la coordinación, transcripción, y revisión del informe. Nos sentimos especialmente agradecidas a la Dra. Hilda Argüello Avendaño, Francisco Gómez Guillén, y Aracelly Pereira Patrón por su colaboración y esfuerzo dedicado que fueron claves al éxito de este proyecto.

---

## Siglas y abreviaturas

- **CONAPO** — Consejo Nacional de Población
- **DIGEPO** — Dirección General de Población de Oaxaca
- **ENAPEA** — Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes
- **GEPEA** — Grupo Estatal para la Prevención del Embarazo en Adolescentes
- **GIPEA** — Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes
- **IMSS** — Instituto Mexicano del Seguro Social
- **INMUJERES** — Instituto Nacional de las Mujeres
- **NOM** — Norma Oficial Mexicana
- **OMM** — Observatorio de Mortalidad Materna en México
- **SDSR** — salud y derechos sexuales y reproductivos
- **SMO** — Secretaría de las Mujeres de Oaxaca
- **SSR** — salud sexual y reproductiva
- **UyC** — usos y costumbres

# Antecedentes

Las y los adolescentes y jóvenes de México componen más de una cuarta parte de su población total y si bien, la tasa general de fertilidad de jóvenes de 15 a 19 años ha disminuido, existen grandes diferencias al interior del país en cuanto a tendencias de fertilidad, uso de métodos anticonceptivos y acceso a los servicios de atención médica.<sup>1,2</sup> Jóvenes indígenas de 15 a 19 años tienen una tasa de fertilidad más alta que sus pares no indígenas, con aproximadamente 97 nacimientos por cada 1000 mujeres, en comparación con 68 nacimientos por cada 1000 mujeres en 2015, respectivamente.<sup>3</sup> Para entender estas disparidades, es fundamental reconocer los contextos socioculturales de las poblaciones, en particular, de las poblaciones indígenas. El acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) entre las y los jóvenes indígenas está influenciado y afectado por los contextos comunitarios y culturales, así como por la falta de pertinencia cultural en los programas de salud, como lo demuestran los prestadores de servicios y los formuladores de políticas.

Estas cuestiones son preocupantes, dada la falta de claridad sobre cómo la administración del presidente López Obrador responderá a las necesidades particulares de las y los jóvenes indígenas en México, sobre todo, en la implementación continua de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA). Creada en 2015, la ENAPEA busca disminuir a la mitad la tasa de fertilidad de las adolescentes de 15 a 19 años y eliminar el embarazo en las niñas de 10 a 14 años para el 2030. También busca reducir las inequidades en salud entre las diferentes poblaciones y mejorar las condiciones sociales de los más vulnerables en México.<sup>4,5</sup>

Prestando atención específica a los ciudadanos indígenas del país, la ENAPEA prioriza de manera contundente los municipios con población indígena del 20% o más y de

más de 1.000 personas, de tres años o mayor, que hablan una lengua indígena. La información citada dentro de la estrategia en la que se basa la atención a los embarazos precoces entre los grupos indígenas de México es:

- el reconocimiento de que la desigualdad de poder social entre hombres y mujeres en las comunidades indígenas es un factor importante que contribuye a los embarazos adolescentes;
- las niñas y adolescentes pobres que no asisten a la escuela en las comunidades rurales, en entornos urbanos muy marginados y en uniones tempranas, son las más vulnerables al embarazo precoz y constituyen el grupo con las tasas de fertilidad más altas; y
- en promedio, las y los jóvenes indígenas abandonan la escuela antes que las y los jóvenes no indígenas, con más de un tercio en edades de 10 a 19 años y aproximadamente el 50% en edades de 15 a 17 años que no asisten a la escuela.<sup>6</sup>

Aunque la necesidad de mejorar los servicios de SSR para las poblaciones indígenas es reconocida, hay una falta de información sobre la relación entre las barreras institucionales, las normas sociales y el acceso limitado a la salud para jóvenes y adolescentes indígenas. Además, las poblaciones indígenas del país siguen siendo pasadas por alto, o incluso olvidadas por completo, en el desarrollo y ejecución de los planes nacionales.<sup>7,8,9</sup> Como tal, mientras los representantes de la sociedad civil participaron en el desarrollo de la ENAPEA de forma interdisciplinaria y multisectorial y los 32 estados están representados en la implementación local de la estrategia a través del Grupo Estatal para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GEPEA), no está claro si la ENAPEA responderá a las diferentes necesidades de las y los jóvenes indígenas en todo el país, o cómo lo hará.



## La ENAPEA y políticas relevantes

La ENAPEA afirma que su plan de acción está basado en derechos, expresamente impulsado por los derechos de las y los jóvenes a la SSR y a una vida sin violencia, así como el derecho a participar en el desarrollo, implementación, seguimiento y evaluación de políticas públicas relevantes para sus vidas. Su construcción estuvo guiada, en parte, por una revisión de experiencias internacionales en la reducción de embarazos adolescentes y una revisión de estrategias multisectoriales de largo plazo con el mismo objetivo. Estos estudios, junto con las experiencias de múltiples agencias federales, el programa Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Prospera y organizaciones de la sociedad civil, llevaron al Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GIPEA) a determinar cinco de las estrategias más efectivas:

1. Educación integral en sexualidad en las escuelas o en colaboración con escuelas;
2. Clínicas y servicios de salud adaptados para adolescentes;
3. Suministros adecuados y anticonceptivos eficaces para adolescentes;
4. Uso de los medios para la comunicación masiva de intervenciones y marketing social; y
5. Políticas sociales para la retención escolar y la ubicación laboral.

Estas estrategias guiaron el marco conceptual de la ENAPEA, que comienza con intervenciones a nivel individual de “menor impacto”, percibidas como menos complejas de implementar y que evolucionan a intervenciones sociales, culturales y políticas con efectos más amplios y requisitos de implementación más multifacéticos. Lograr las metas de la ENAPEA requerirá reformas en salud, educación y desarrollo.<sup>10</sup>

El marco conceptual y las intervenciones clave se alinean con la Norma Oficial Mexicana (NOM) 046-SSA2-2005, regulando la detección, prevención y respuesta a violencia doméstica y sexual; y con la NOM 047-SSA2-2015, atención médica para jóvenes de 10-19 años.<sup>11</sup> La NOM 046 protege el acceso a la anticoncepción de emergencia y la interrupción voluntaria del embarazo en casos de violencia sexual y violación, para mujeres y niñas mayores de 12 años. Para las niñas menores de 12 años, se requiere el consentimiento de un tutor legal. La NOM 047 estipula que adolescentes y jóvenes de 10 a 19 años tienen derecho a solicitar y recibir asesoramiento y servicios de planificación familiar, SSR sin la supervisión de un adulto y que estos servicios deben ser inclusivos, no discriminatorios y brindados con respeto, confidencialidad y consentimiento informado. Adicionalmente, la NOM 047 requiere que los proveedores de atención médica identifiquen posibles signos de violencia o abuso sexual en jóvenes embarazadas menores de 15 años y se adhieran a las pautas establecidas por la NOM 046, cuando corresponda. Ambas normas exigen el cumplimiento de todo el personal y las instituciones sanitarias públicas y privadas y están alineadas con las normas nacionales e internacionales de derechos humanos.

La ENAPEA es interinstitucional y establece cinco objetivos para reducir el número de embarazos en adolescentes en México:

1. Contribuir al desarrollo humano y ampliar las oportunidades laborales y educativas de las y los adolescentes en México.
2. Propiciar un entorno habilitante que favorezca las decisiones libres, responsables e informadas de las y los adolescentes sobre el ejercicio de su sexualidad y la prevención del embarazo.
3. Asegurar el acceso efectivo a una gama completa de métodos anticonceptivos, incluyendo los reversibles de acción prolongada, para garantizar una elección libre e informada y la corresponsabilidad del varón en el ejercicio de la sexualidad.
4. Incrementar la demanda y calidad de la atención de la SSR para adolescentes.
5. Garantizar el derecho de las niñas, los niños y la población adolescente a recibir educación integral en sexualidad en todos los niveles educativos de gestión pública y privada.

Además de los cinco objetivos principales, la ENAPEA tiene los siguientes ocho principios rectores que abarcan tanto los objetivos como los cursos de acción:

1. Intersectorialidad
2. Ciudadanía y derechos sexuales y reproductivos
3. Perspectiva de género
4. Curso de vida y proyecto de vida
5. Corresponsabilidad
6. Participación juvenil
7. Investigación y evidencia científica
8. Evaluación y rendición de cuentas





## Catalizador para la exploración

Desde 2018, el Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMM), una organización de la sociedad civil con sede en Chiapas, ha involucrado a jóvenes indígenas en el monitoreo ciudadano de las unidades médicas estatales en seis municipios Tsotsil y Tzeltal en los Altos de Chiapas. En el tiempo transcurrido desde entonces, promotores de salud juvenil han corroborado la documentación previa del OMM, sobre las barreras administrativas para el acceso a anticonceptivos que enfrentan jóvenes indígenas. Estas barreras incluyen deficiencias en capacidades interculturales por parte de los prestadores de salud y el personal de las unidades médicas, incluyendo las administradas por la Secretaría de Salud.<sup>12,13</sup>

Estas barreras, junto con las normas culturales y las dificultades económicas que influyen en el matrimonio temprano y la maternidad en las comunidades indígenas, contribuyen a una necesidad insatisfecha de anticoncepción de casi el 23% en Chiapas, muy alta en relación con el promedio nacional de 10%; siendo adolescentes y adultos jóvenes indígenas de entre 15 y 24

años quienes tienen la mayor necesidad insatisfecha.<sup>14,15</sup> Por lo tanto, existe un enfoque estratégico de promover la reducción de las barreras administrativas y culturales para la adopción de anticonceptivos entre las y los jóvenes indígenas, con el fin de aumentar el acceso, la adopción y la combinación de métodos, además de mejorar la prestación de servicios.

Después de la administración del expresidente Enrique Peña Nieto, bajo la cual México vio un aumento del crimen, la corrupción y un crecimiento económico debilitado, la toma de posesión de la presidencia de López Obrador en diciembre de 2018 trajo consigo la esperanza de desafiar las posturas establecidas para satisfacer las necesidades de todos los ciudadanos. En su campaña presidencial de 2018, afirmó que conduciría a México a través de una “cuarta transformación” que mejoraría la democracia y la prosperidad del país combatiendo la corrupción, eliminando las disparidades de ingresos y asegurando la autosuficiencia del país.



## Objetivos del estudio

Basándose en los hallazgos del OMM y respondiendo a una preocupación expresada entre la sociedad civil, de que la promesa de campaña del presidente López Obrador no llegará a las grandes poblaciones indígenas en los estados del sur, este informe comparte una exploración de las realidades reproductivas de jóvenes indígenas de Chiapas y Oaxaca y cómo los representantes del gobierno y de la sociedad civil están trabajando para asegurar que sus necesidades de SSR sean satisfechas, a través de la implementación de la ENAPEA.

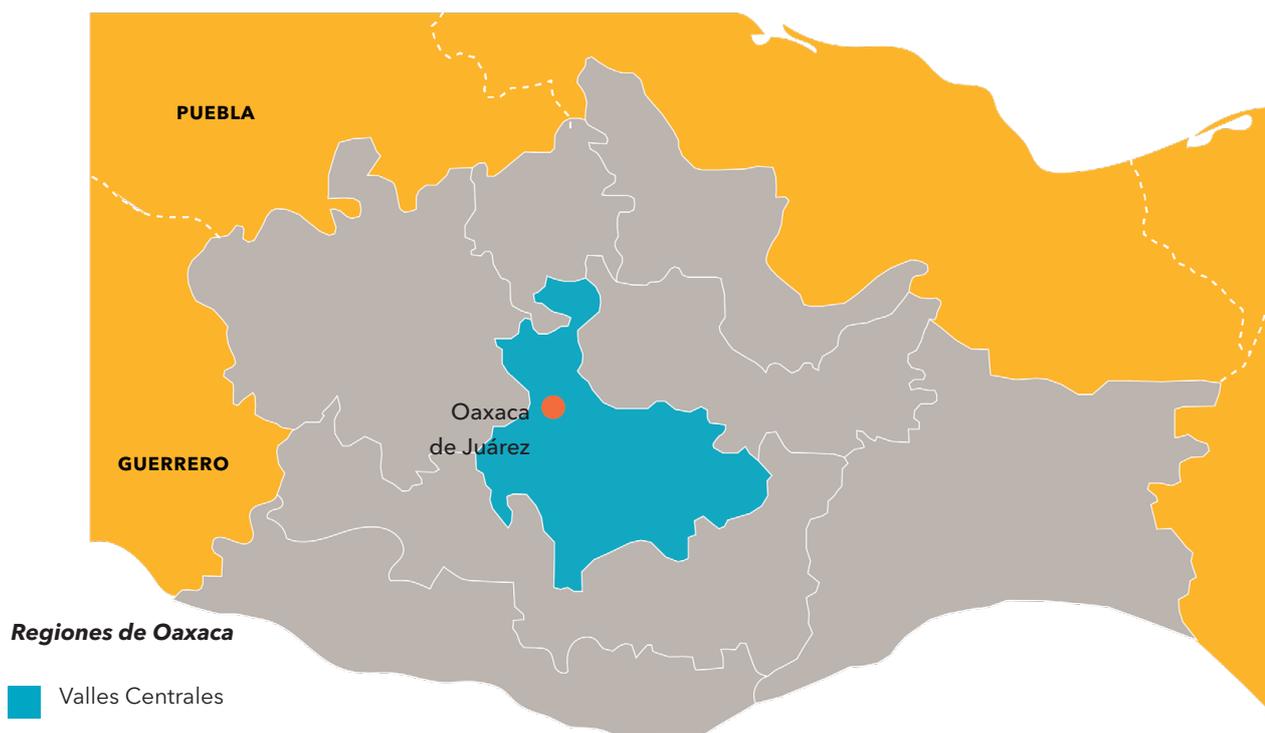
Los involucrados participaron en conversaciones sobre cómo la interrelación de las barreras institucionales y las normas sociales afectan el acceso a la atención de SSR y la materialización de los derechos sexuales y reproductivos entre las y los jóvenes indígenas. Las respuestas a esta y otras preguntas relacionadas también fortalecerán la comprensión de sí, y cómo, se está cumpliendo su salud y derechos sexuales y reproductivos (SDSR), a fin de que la sociedad civil haga que los administradores federales y estatales rindan cuentas a sus jóvenes constituyentes indígenas. Estos ampliarán el conocimiento de las preocupaciones, necesidades y deseos específicos de SSR de las y los jóvenes indígenas en estas comunidades.

# Métodos

Los datos se obtuvieron entre julio y agosto de 2019. Se llevaron a cabo siete discusiones de grupos focales con 45 adolescentes y adultos jóvenes indígenas de 11 a 27 años de edad en Chiapas y Oaxaca, con perspectivas de las comunidades tsotsiles, tseltales, y mixtecas. Se incluyeron 30 niñas y mujeres jóvenes y 15 niños y hombres jóvenes y se llevaron a cabo discusiones, tanto en grupos separados por género, como mixtos. Asimismo, se realizaron cuatro entrevistas a informantes clave con representantes de las agencias administrativas federales y estatales, como el Consejo Nacional de Población (CONAPO), Dirección General de Población de Oaxaca (DIGEPO), Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) y la Secretaría de las Mujeres de Oaxaca (SMO). Además se llevaron a cabo cuatro discusiones de grupos focales con representantes de la sociedad civil de Chiapas, la Ciudad de México y Oaxaca, algunos de los cuales son miembros de su respectivo GEPEA. El consentimiento informado se obtuvo de manera verbal y física de todos los participantes antes de la recopilación de datos.

Esta exploración empleó codificación inductiva y análisis de contenido. Todas las entrevistas con informantes clave y las discusiones de los grupos focales se realizaron en español y se guiaron por protocolos de entrevista semiestructurada. Tres de las discusiones de los grupos focales de jóvenes también contaron con traductores para Tsotsil y Tseltal. Cada una de las conversaciones fue grabada y posteriormente transcrita en español. Todas las transcripciones se importaron al software MAXQDA para codificación y análisis in vivo y simultánea.

Luego del análisis, los promotores de salud de jóvenes que participaron en los grupos focales fueron convocados para discutir los hallazgos y compartir recomendaciones relacionadas con la implementación continua de la ENAPEA y el logro de sus objetivos.





# Realidades reproductivas de jóvenes tsotsiles, tseltales y mixtecas en Chiapas y Oaxaca

Es importante tener en cuenta varias dimensiones de identidad entre las y los participantes de los grupos focales de adolescentes y adultos jóvenes. En primer lugar, las diferencias en el idioma son significativas. La mayoría de jóvenes encuestados en Chiapas hablaban español, pero algunos tenían una comprensión limitada del español a pesar de tener educación formal. Por esta razón, en parte, las respuestas de algunos jóvenes chiapanecos fueron breves. En contraste, todas y todos los participantes de los grupos focales de jóvenes en Oaxaca hablaban y entendían español cómodamente en nuestras discusiones. Otro elemento de identidad que varió entre las y los participantes fue la ropa. Muchos de los encuestados vestían ropa más contemporánea en lugar de vestimenta tradicional. Quienes sí usaban vestimentas tradicionales fueron las participantes femeninas más jóvenes de Chiapas. La vestimenta tradicional se ha vuelto más ceremonial con el tiempo, además de ser más cara que la ropa moderna disponible comercialmente.<sup>16</sup> Ninguno de las y los jóvenes participantes en Oaxaca vestía ropa tradicional.

Estos son algunos ejemplos de los muchos cambios que están experimentando las juventudes indígenas. La migración dentro de México o hacia Estados Unidos, la influencia de imágenes, ideas e ideales de otros lugares están transformando las formas de vida de las comunidades indígenas. Por ejemplo, algunas comunidades están experimentando la ruptura de núcleos

familiares multigeneracionales y la adopción de nuevos roles sociales. Recientemente, la socialización moderna a través de la participación en las redes sociales y el uso de internet ha expuesto a las y los jóvenes indígenas a información que era inconcebible incluso hace una década. Sin embargo, a menudo, todavía viven según modelos de género conservadores en sus comunidades.<sup>17</sup> A pesar de una mayor inclusión de las niñas indígenas en las escuelas, la educación en el hogar continúa preparándolas únicamente para las responsabilidades domésticas, mientras que los niños indígenas se preparan para trabajar en el campo. Estas realidades divergentes están creando una disonancia social en el desarrollo de la juventud. Otro ejemplo de cambio es la apropiación de SDSR entre jóvenes indígenas. Por ejemplo, las y los promotores de salud juvenil del OMM han asumido roles para compartir información entre sus pares, tanto a solicitud formal como espontánea de los mismos. Estas diferencias son notables porque las generaciones anteriores rara vez recibieron, y mucho menos aceptaron, este tipo de información. Estos y otros temas se plantearon en conversaciones entre los tres grupos de estudio. Las siguientes secciones son exploraciones de los principales temas que surgieron, provenientes de los temas planteados en las discusiones de los grupos focales de jóvenes principalmente, que se conectan con las conversaciones con representantes de la sociedad civil y del gobierno.

## Conocimientos limitados sobre los derechos humanos y la SDSR entre jóvenes indígenas

Como era de esperar, la mayoría de jóvenes encuestados tenían un conocimiento limitado o nulo de los derechos humanos o de SDSR y conceptos relacionados. Las excepciones a esto fueron las y los promotores de salud para jóvenes, quienes han tenido una amplia capacitación y educación continua en el campo, y adultos jóvenes participantes de 18 años o más. Ningún participante menor de 15 años había oído hablar de “derechos humanos”, “salud reproductiva” o “derechos reproductivos”, y no pudieron expresar nada más allá de una comprensión muy vaga, a veces nula, de cuestiones relacionadas con el sexo y la reproducción. Estos encuestados más jóvenes eran de pequeñas comunidades en el municipio de Tenejapa, Chiapas y en Emiliano Zapata en Oaxaca, quienes hablaban tsotsil en su mayoría.

Entre las y los participantes de 15 años o más, hubo diferencias considerables en el conocimiento y comprensión de los derechos. La mayoría había oído hablar del término “derechos humanos” o estaba familiarizado con él, y aunque no pudieron definirlo, muchos pudieron nombrar al menos uno. Las respuestas más comunes fueron en torno a la libertad de expresión, el derecho a la vida, “el derecho a elegir”, el derecho a la educación, el derecho a los servicios de salud y a un buen servicio, el derecho a la alimentación y la libertad en general. Dos de los encuestados hablaron de los derechos de la mujer y la capacidad de participar y asistir a la escuela, así como la igualdad entre hombres y mujeres y el derecho a no ser objeto de violencia. La respuesta más completa fue de un promotor de salud juvenil: “...son los derechos humanos donde vienen articulados a detalle, como digo a nivel nacional, todas aquellas cosas que podemos hacer como ciudadanos, como individuos, y lo que no podemos hacer también”. También, una joven de Tenejapa compartió, “Que todos tenemos derechos. Que ese derecho nadie nos lo puede quitar”.

Entre las y los colaboradores más jóvenes que proporcionaron respuestas, su conocimiento sobre los derechos humanos había comenzado en casa, ya sea escuchando a los padres hablar sobre estos o en conversación directa con sus padres, quienes principalmente hablaban del derecho a la libertad de expresión. Muchos de los encuestados que estaban en la escuela secundaria habían sido introducidos a los

derechos humanos en clases de cívica y ética, con el concepto de derechos relacionado con la Constitución. Esto aclara que su comprensión de los derechos humanos está basado en el contexto de su país, pero los derechos nacionales no siempre son afines a los derechos humanos internacionales, por lo que es importante señalar que su comprensión de los derechos no se refiere también a su ciudadanía global. Esto puede ser un reflejo de un distanciamiento y exclusión generalizados de muchas comunidades indígenas de los diálogos globales, además de los discursos nacionales.

Sobre los temas de SDSR, hubo un conocimiento sustancialmente mayor entre las y los jóvenes participantes, aunque en una variedad de temas y en la profundidad del conocimiento. Hubo una combinación general de salud reproductiva y derechos reproductivos en todas y todos los participantes, así como SSR, pero al igual que con las discusiones sobre derechos humanos, muchos de los componentes centrales de la SSR se expresaron en todos los grupos. La mayoría de encuestados pudieron hablar brevemente sobre muchas facetas, que incluyeron el reconocimiento no específico del “aparato del hombre o de la mujer, sobre sexualidad”, sexo, embarazo (en su mayoría la evitación del embarazo) y/o el parto, la anticoncepción, la menstruación y la protección contra las infecciones de transmisión sexual. Los métodos anticonceptivos más citados fueron los condones, la píldora, las inyecciones y la anticoncepción de emergencia, este último mencionado como motivo de preocupación por la SMO, en el sentido de que las mujeres jóvenes lo consideran una forma estándar de anticoncepción. Un puñado de encuestados/as había escuchado el término “sexo seguro”, pero no estaban seguros de cómo se puede practicar. En cuanto a dónde se han abordado estos temas, algunos jóvenes mencionaron que discusiones sobre los aspectos biológicos de la salud reproductiva se han llevado a cabo en la escuela, de las cuales la primera mención fue una clase de biología de cuarto grado. Las conversaciones fueron, en su mayoría, dirigidas por maestros, pero a veces dictadas por invitados de organizaciones de la sociedad civil o clínicas comunitarias. La minoría de jóvenes tuvo conversaciones con sus padres u otros parientes adultos sobre el sexo, pero la mayoría se mostró reacio a tener tales conversaciones con sus familiares mayores. Los aspectos menos clínicos y más sociales y culturales de la SSR se

hablaban con mayor frecuencia entre amigos, y a veces, entre hermanos del mismo sexo, si es que lo hacían. Un pequeño número de encuestadas, todas niñas, compartieron que aún no tenían interés en el sexo, la maternidad o el matrimonio. Si bien existe una educación y comprensión basadas en la comunidad, estos diálogos no parecen ocurrir de manera consistente o amplia, y están limitados en temas de enseñanza. En particular, algunos de los participantes más jóvenes de Tenejapa mencionaron haber aprendido algunos de estos términos de promotores de salud juvenil en sus comunidades, lo que significa una educación dirigida por iniciativas de la sociedad civil, más allá del alcance del gobierno.

En relación con esto, ninguno de las y los encuestadas pudo hablar sobre ninguna ley (federal, estatal o local) que proteja su salud y libertades sexuales y reproductivas. Además, una mayoría abrumadora de jóvenes compartió que no sienten que sus líderes y autoridades locales se preocupen por su salud o necesidades sexuales y reproductivas. Dos promotores de salud juvenil resumieron el sentimiento compartido por la mayoría de sus pares en los grupos focales:

“La salud es lo último, y menos los jóvenes...la mayoría lo único que les importa es lo económico, el dinero, es lo único que les importa, menos si hay un buen servicio en el hospital, que, si hay métodos. ¡No! Está en último, como que esta sin valor, sin interés, eso”.

Más concisamente, “No hay un apoyo para los jóvenes”. La falta de consideración y apoyo de los líderes comunitarios y los funcionarios gubernamentales fue cuestionada por un adolescente mayor, quien preguntó con franqueza, “Pues, deberían hacer más, ¿no?...No sé, dar más pláticas o tener más orientación para los jóvenes ¿no? Porque para quitar cada duda que cada quien tenga, ¿no?” La mayoría de las respuestas fueron breves y precisas, pero todas expresaron cierto nivel de frustración y decepción. Solo una de las encuestadas, otra promotora de salud juvenil, expresó su agradecimiento por el interés de su presidente comunitario en la educación de la juventud.

Pertinente a esto, las discusiones con la sociedad civil y los informantes clave del gobierno sí estaban en sintonía con el intercambio con jóvenes encuestados sobre el conocimiento de SDSR. Sobre los derechos humanos, miembros del GEPEA de Oaxaca expresaron la necesidad de armonizar los derechos con las costumbres locales, de manera que los derechos se puedan disfrutar sin ignorar o faltarle al respeto a las culturas y la vida de la comunidad. Esto requeriría contextualizar la SSR y fortalecer las conversaciones con un compromiso constante con las comunidades indígenas, de una manera que garantice que los derechos humanos se comprendan y reconozcan para que no sean violados, al tiempo que se reconocen y respetan sus tradiciones.

Sin embargo, hay diferencias innegables en la importancia y la adhesión a la cultura, que existen a lo largo de ámbitos generacionales, de género y comunitarios. Los “usos y costumbres” (UyC) se mencionaron en muchas de las discusiones y hay unas bases patriarcales considerables sobre las que caen. La religión también figura de manera significativa en las consideraciones culturales. Un miembro del GEPEA de Oaxaca compartió: “Entonces ahí si hay una violación grave [sic] a derecho, porque también se debe de contemplar, siempre lo he dicho no, hay que posicionar el tema de las y los adolescentes, pero también hay que empoderarlos a ellos como sujeta sujeto de derecho, porque a consecuencia de que ellos desconocen de todo esto, es de que, también el mismo sistema viola los derechos, que se supone que el estado debe de brindar”. La idea de situar a la juventud como “sujeto de derechos” también fue planteada por los representantes de la sociedad civil de Chiapas, INMUJERES y la SMO, estos dos últimos organismos notablemente enfocados en las mujeres. Estos grupos compartían la idea de que los jóvenes deberían ser sujetos de derechos, pero todavía no se considera que lo sean y en gran medida todavía se los trata como sujetos del estado. Esta afrenta requiere del empoderamiento de jóvenes a través del conocimiento, la información, las herramientas y las habilidades para que puedan participar en la realización y el cumplimiento de sus derechos.

Este tipo de emancipación puede verse directamente impactada por las intervenciones propuestas por la ENAPEA. En particular, la adopción de la educación integral en sexualidad en las escuelas, la mejora de entornos propicios para fomentar opciones saludables entre jóvenes y una mayor atención a los determinantes sociales de la salud, podrían tener una influencia inmediata para apoyar a las y los jóvenes como sujetos de derecho, dentro de sus respectivas comunidades y a través del país. Además, los otros dos pilares del marco de la ENAPEA (intervenciones clínicas más efectivas y acceso a anticonceptivos modernos, incluidos anticonceptivos reversibles de acción prolongada) también aportarían a aspectos de empoderamiento de jóvenes y más rápidamente. Sin embargo, las tácticas específicas mediante las cuales se puedan implementar estas acciones, deben ubicarse dentro de los contextos comunitarios y ser respetuosos con las numerosas y variadas poblaciones indígenas. La inclusión de jóvenes y las comunidades indígenas en la operación de tales sistemas y procedimientos es vital para garantizar la dignidad y lograr el progreso.

Es importante destacar que, si bien es necesario contemplar los derechos sexuales y reproductivos por sí mismos, los derechos humanos son indivisibles. Un miembro del GEPEA en Oaxaca recordó esto al grupo dentro de la conversación, compartiendo que:

“No podemos pensar una cosa, el acceso a unos derechos sin pensar, y más en una población indígena no, o sea, no podemos pensar al acceso a camino, por ejemplo, que es algo que, si está atendiendo, vinculado al acceso a la salud sexual, a la salud reproductiva, porque hay comunidades donde solo hay centro de salud, casa de salud donde solo va una persona una vez a la semana y entonces si no hay en esa comunidad esta posibilidad tienen que moverse a comunidades cercanas, donde si hay centro de salud que ya es otro nivel, donde por lo menos hay una enfermera diario y teniendo un camino, eso facilita también no; entonces si está vinculado pero no se está trabajando en el fortalecimiento de herramientas, de habilidades, para justo la defensa de nuestros derechos”.

Los problemas de SSR están directamente relacionados con otros problemas de salud como el cáncer, la violencia sexual y de género y el bienestar psicológico, como también pueden estar relacionados con enfermedades como la obesidad. Un representante de una organización de la sociedad civil en la Ciudad de México destacó algunos estudios que demostraron una influencia sistemática en las tasas más altas de diabetes tipo 2 entre las poblaciones indígenas. El entorno propicio tiene que ver con la existencia de políticas y programas de apoyo, así como con los desarrollos de infraestructura necesarios para conectar a las comunidades con esos servicios beneficiosos. Ciertamente, es necesario que quienes toman las decisiones establezcan y mantengan conexiones sólidas con los grupos indígenas en todo el país para comprender y atender mejor sus diversas necesidades, que a menudo están interconectadas.



## Barreras de idioma y comunicación para acceder a una atención médica de calidad

Al igual que otros grupos, sin ser necesariamente de la misma manera, jóvenes indígenas han tenido muchas experiencias hostiles y adversas debido a factores culturalmente insensibles en la atención médica. Desde el personal administrativo hasta las enfermeras y los médicos, el idioma y la comunicación han sido obstáculos para la recepción de servicios de salud de calidad. Además de no comprender a veces la terminología que pueden utilizar los profesionales médicos, la mayoría de las lenguas indígenas no tienen traducciones directas o ni siquiera concepciones o terminología para la SSR y los derechos humanos. Este es un factor importante que complica las relaciones entre proveedores de salud y usuarios/os indígenas, que afecta la comunicación y la comprensión clara y continua en ambos sentidos.

El español es el idioma predominante del país y el idioma en el que la gran mayoría de los proveedores ofrecen sus servicios. Si bien existe un movimiento nacional en torno a la educación bilingüe con el fin de nacionalizar completamente el español, todavía hay cientos de miles de personas que se comunican en lenguas indígenas y no hablan el español en absoluto. Estas incluyen especialmente a las generaciones mayores, pero también a jóvenes indígenas que hasta ahora están aprendiendo o que aún no confían en sus habilidades de idioma. Aunque la comprensión de la lengua indígena está disminuyendo, Chiapas y Oaxaca son los estados con más hablantes de lenguas indígenas y el monolingüismo es más alto entre hablantes de tsotsil y tseltal.<sup>18</sup> Cabe destacar que la campaña de educación bilingüe no aplica necesariamente a los

hispanohablantes nativos que aprenden lenguas, de las cuales hay cientos de dialectos.

Muchos jóvenes encuestados revelaron que a menudo no comprenden todo lo que les comunican sus médicos, enfermeras o farmacéuticos y que responder también es difícil. Esto es especialmente cierto para aquellos padres que no hablan español y para quienes no se sienten cómodos hablando o entendiendo español. Varios jóvenes dijeron sentirse más cómodos cuando los proveedores de atención médica hablan en su idioma nativo. Cuando la comunicación fue difícil, ya sea entendiendo a los proveedores o expresándose, las niñas y niños expresaron sentimientos de pena y vergüenza. Un joven promotor de salud juvenil compartió, “Es que hay a veces que también utilizan palabras como muy desconocidas, y ya como nosotros tenemos vergüenza de contestarles, solo decimos sí, no, si, no, pero ni siquiera estamos entendiendo lo que están diciendo”. La vergüenza sufrida por la incapacidad de expresarse en el lenguaje dominante del sistema de salud se ve amplificada por las reacciones de los proveedores. Niñas de todas las comunidades compartieron anécdotas de médicos que se burlaban, frustraban o enojaban con pacientes que no hablaban español, de una enfermera bilingüe que hablaba español en lugar de tseltal para sentirse superior. Sorprendentemente, aunque algunos hablaron del idioma como una barrera para la atención médica, los niños generalmente se sienten cómodos durante sus consultas médicas. Independientemente, esto a la larga impacta negativamente la calidad de la atención que jóvenes indígenas pueden recibir de proveedores accesibles.

Todos los que compartieron estos sentimientos en Chiapas dijeron que preferirían tener traductores disponibles en sus idiomas nativos. Esto fue respaldado por algunos representantes de la sociedad civil en Chiapas y la Ciudad de México, quienes agregaron que las interpretaciones suelen ser subjetivas y se hace aún más difícil si no existen las palabras. La SMO confirmó esto aún más al compartir sus experiencias con hablantes monolingües de mixteco y mazateco para quienes no existían palabras en sus lenguas indígenas para traducir del español. Un representante de la sociedad civil de la Ciudad de México expresó de manera tajante el desafío existente de “re-conceptualizar toda la parte del sistema de salud” para las poblaciones indígenas, que no pueden participar en su propia atención médica debido a la barrera del idioma.

La barrera de comunicación entre jóvenes y proveedores de atención médica está relacionada con la barrera del idioma para una atención médica de calidad. Aunque no lo exige la ley, la mayoría de adolescentes de los grupos focales, en particular hasta los 16 años, pero incluidos algunos de 17 y 18, que buscan atención médica en instalaciones públicas, a menudo van acompañados de uno de sus padres. Los proveedores tienden a hablar directamente, y a veces exclusivamente, con los padres. Esto requiere que los padres expliquen adecuadamente la enfermedad y las necesidades de su hijo/a y que transmitan adecuadamente la experiencia física y/o emocional de su hijo/a. Dado que muchos jóvenes no están discutiendo sus experiencias y necesidades sexuales y reproductivas con los padres, la comunicación padre-proveedor que limita la comunicación o ignora al joven, puede causar mayor incomodidad y desafiar una atención de SSR consciente. Además, demuestra una falta de respeto por la individualidad del paciente joven, quien tiene derecho a una atención médica receptiva.

Aunque las enfermeras a veces sirven como traductoras de manera informal cuando los médicos no pueden comunicarse adecuadamente con los pacientes, no siempre están disponibles para brindar este servicio y no son necesariamente traductores e intérpretes formalmente capacitados. La poca e inconsistente disponibilidad de traductores calificados, junto con una aversión común entre el personal para interactuar con usuarias y usuarios jóvenes, son fallas que exponen un aire generalizado de falta de respeto hacia las y indígenas que buscan atención médica, y en última instancia, ayudan a la creación de un sistema de salud injusto, inequitativo y discriminatorio, independientemente de la intención.

Las y los jóvenes indígenas también expresaron una desconfianza generalizada hacia los proveedores de atención médica y el sistema de salud pública, ya que con frecuencia no son tratados bien. Algunos encuestados hablaron de la búsqueda de servicios u opciones de atención médica alternativos en los establecimientos administrados por el IMSS. Estos incluyen la búsqueda de remedios en las farmacias donde sus antecedentes y estado de salud no aportan a la atención recibida, como también visitar las clínicas autónomas de las comunidades, administradas por el Ejército Zapatista de Liberación Nacional, donde es más probable que reciban los medicamentos necesarios, pero tampoco se garantiza que tengan todas sus necesidades satisfechas o que sean tratados con respeto y dignidad. Esto último se debe a la respuesta histórica zapatista frente a las exclusiones civiles y económicas de los indígenas y la demarcación de las comunas zapatistas y estatales agrega otro nivel de dificultad en la búsqueda de los servicios disponibles. Una representante de la SMO compartió:

“...creo que el mundo va tan rápido y los cambios son tan rápidos, que pareciera que pensamos desde el centro, desde la zona urbana, que eso no se mueve en las comunidades indígenas, y también se están moviendo y se mueve también muy rápido, y creo que no hemos encontrado los mecanismos de comunicación adecuados, yo siento que no estamos hablando el mismo lenguaje que los chicos y que las chicas y eso nos está limitando, no sé qué aria [sic] falta si modernizarnos o tener más innovación en la comunicación. Pero si siento que estamos...pasos atrás sin poder comunicarnos con ellos en el mismo tono”.

Esto expresa sentimientos tanto figurativos como literales en torno al lenguaje y la comunicación con jóvenes indígenas. La perspectiva urbana centralizada que impulsa el desarrollo de las estrategias oficiales de SSR asume una naturaleza regresiva o estática de la vida indígena, y, por lo tanto, no tiene en cuenta el desarrollo y las transformaciones que ocurren dentro de esas comunidades, sus conexiones con las comunidades nacionales e internacionales y sus necesidades y deseos cambiantes basados en sus formas de vida. El desconocimiento de estos hechos por parte del gobierno en la vida de las comunidades indígenas impide que las y los jóvenes indígenas hagan efectivos sus derechos sexuales y reproductivos, entre otros.

## Miedo al acoso y la violencia entre adolescentes y jóvenes indígenas

Además de la ansiedad de ser examinadas por proveedores de atención médica intimidantes, las niñas y mujeres jóvenes también temen la violencia física y emocional y el acoso, incluido el abuso físico, la violencia doméstica y de pareja, la violación y otras agresiones sexuales, el acoso en las calles y el abuso médico. Aunque algunas de las niñas de comunidades más pequeñas como Emiliano Zapata en Oaxaca, primero dijeron que casi nunca temían el acoso sexual o el acoso callejero porque todos en sus comunidades se conocen entre sí y existe una confianza establecida, todas las niñas se sienten diferente de noche, cuando sus miedos son más marcados. Una joven compartió:

“Pues bueno a mí como que en la noche ya no porque si es como que conocida la colonia digamos, pero hasta cierto punto porque pues como está la carretera pues cualquiera puede entrar, entonces no es como que haya por ejemplo decían que fue alguien de la colonia que hizo algo mal algo así entonces pudo haber sido alguien que entró”.

Otro dijo que los riesgos son mayores por la noche, pero “...bueno yo digo que eso hay en donde sea, siempre hay que”. La mayoría de las niñas no dudaron en expresar estos temores en una variedad de situaciones: en la calle, en el mercado, con novios mayores, en sus vecindarios. Un tema constante entre las niñas de los grupos focales fue el machismo y la influencia del alcohol. La mayoría de los niños y jóvenes reconocieron que la violencia contra las mujeres y las niñas es una amenaza importante. Dos niños comenzaron a expresar sus miedos también, aunque concluyeron que el miedo era por sus hermanas y por querer protegerlas.

Un tema de conversación entre los funcionarios del gobierno, incluido un informante clave de CONAPO, que sugería que el embarazo se utiliza como método de protección contra la violencia intrafamiliar para mujeres y niñas, fue fuertemente refutado en casi todos los grupos focales de jóvenes. Casi todos estos grupos focales de jóvenes que incluían niñas y mujeres jóvenes compartieron que no hay un riesgo reducido de violencia cuando se está embarazada. Una adolescente compartió:

“...si te embarazas no les importa, te pegan. Una vez vi una publicación en “face” — no solo aquí — donde una chava estaba embarazada y su marido no le importó y le pegó—le pegó y lo abortó. Tuvo un aborto de tanto que le pegó. O igual si todavía vivimos con nuestros papás una chava dice que le dijo a su mamá que estaba embarazada y lo empezó a patear la panza, que le pegó hasta que ella se cayó y ya tirada le empezó a patear la panza”.

Además, las niñas y las mujeres tienen miedo de responder por temor a “algo peor”. Es evidente que en estas comunidades indígenas el embarazo no reduce el riesgo de violencia contra las mujeres y las niñas. De hecho, en ocasiones agrava las formas de violencia por parte de hombres y varios miembros de la familia.

Vale la pena destacar que una joven promotora de salud compartió que ella no tiene estos temores y si bien, nunca ha estado en una situación tan temible, su opinión es que “...yo creo que depende también del carácter que una tenga”. Uno de sus compañeros, de manera similar, sugirió que depende del carácter de la mujer y que “...puede ser que te peguen o te hagan caso pues también”. La respuesta de la joven fue menos concluyente, ya que es posible que se estuviera refiriendo a la valentía como un rasgo de carácter por su falta de miedo, aunque es poco probable. La opinión del joven, sin embargo, fue explícita, refiriéndose a la contribución o influencia de las mujeres y las niñas en la violencia sexual o la atención no deseada. Estas declaraciones, en general, se desviaron de las respuestas de otros jóvenes de la muestra, pero reflejan sentimientos globales comunes sobre cómo las niñas y las mujeres tienen la culpa de sus experiencias violentas.

En una revisión de datos sobre uniones tempranas o embarazos en adolescentes en Oaxaca, la SMO encontró que “la gran mayoría” de estos embarazos se debieron a violencia sexual. También se enteraron en conversaciones con padres de adolescentes, que muchas de las propias mujeres habían sido madres adolescentes, varios embarazos resultantes de violencia sexual y matrimonios forzados o la “venta de mujeres”. La SMO también encontró muchos casos de depresión y suicidio entre adolescentes maztecas y varios de los casos fueron causados por violencia sexual. Sorprendentemente, los miembros del GEPEA solo mencionaron brevemente la violencia y el feminicidio, mezclados dentro de comentarios sobre otros temas.

Representantes de CONAPO e INMUJERES declararon que sus agencias tenían claro que los embarazos de niñas menores de 15 años son consecuencia de violencia sexual. INMUJERES compartió:

“Creo que ahí el Instituto ha marcado como una postura muy clara y muy como tajante en decir, cualquier embarazo que sea una niña menor de 14 años hay que presumir que hubo violencia sexual o por lo menos coacción, entonces ahí hemos estado haciendo mucho énfasis en la aplicación de la norma 046. Entonces creo que esa es una apuesta como muy clara y que va a seguir el instituto empujando”.

La NOM 046, junto con la NOM 047 y la NOM 005 en planificación familiar, incluyendo los servicios para adolescentes, son los tres documentos de política más citados con respecto a cuestiones de SDR para adolescentes. A menudo se discutieron por separado y de forma distinta a la ENAPEA.

Dentro del objetivo de la ENAPEA de cultivar un entorno propicio que permita a las adolescentes tomar decisiones plenamente informadas y responsables con respecto a su SSR y la prevención del embarazo, hay varios puntos de acción. Estos incluyen el fortalecimiento de la prevención y la respuesta a la violencia y el abuso sexual de niños, niñas y adolescentes y la promoción de legislación a nivel estatal, para estandarizar los códigos penales con la normativa nacional e internacional contra la violencia y el abuso sexual de menores.<sup>19</sup> La necesidad de leyes y políticas más fuertes que protejan y respeten a las niñas y mujeres es innegable, pero las medidas preventivas como la educación temprana sobre la prevención de la violencia y las respuestas a nivel comunitario, como el registros de casos, también son fundamentales para proteger a estos grupos. Otros objetivos de la ENAPEA, como la educación integral en sexualidad, también pueden tener fuertes impactos socioculturales en la prevención de la violencia. Por ejemplo, las discusiones con adolescentes y jóvenes dentro y fuera de las escuelas en torno a ideas de consentimiento y autonomía física, como también la creación de espacios seguros que faciliten las denuncias privadas y confidenciales y la recuperación terapéutica podrían mitigar la preocupación diaria que experimentan las niñas y mujeres.

## Usos y costumbres

Los UyC se discutieron repetidamente entre todas las categorías de encuestados y a través de las diferentes edades en los grupos focales de jóvenes. En la mayoría de las respuestas que mencionaron, estas normas culturales locales giraron en torno a temas relacionados con las ideas de normas de género: como temas de la vida doméstica y el trabajo de campo, las barreras culturales para la atención de la SSR y la violencia ejercida contra mujeres y niñas. Entre las y los jóvenes encuestados, los niños fueron rápidos en mencionar la cultura mexicana machista que permite a los niños y hombres embarazar a niñas y mujeres y luego seguir su vida cotidiana socialmente intactos, mientras que éstas son criticadas por no cuidarse a sí mismas. Un joven adulto compartió que el machismo permite que los hombres dejen las responsabilidades de la crianza de los hijos a las mujeres, “pero en realidad es la responsabilidad de los dos”. Una promotora de salud habló sobre el aspecto generacional de los UyC, sobre cómo las tradiciones de sus abuelos, padres y la iglesia no han sido “erradicadas” y aún prevalecen mentalidades anticuadas. Algunas niñas y niños mencionaron los tabúes religiosos de incluso hablar sobre las partes del cuerpo, la salud y la anticoncepción. Un representante mayor de la sociedad civil compartió el siguiente resumen:

Estas cuestiones de estructuras patriarcales que está denominada UyC, son los hombres quienes toman las decisiones, son los hombres quienes deciden sobre la comunidad, sobre el cuerpo de las mujeres, y sumado a esto vemos que esa estructura está hecha para la subsistencia y perpetuidad. O sea que esa estructura es una estructura muy dura pues, y que está hecha de tal forma que obviamente que en el momento que una niña, porque realmente es una niña, comienza su menstruación está dispuesta para poder casarse con un adolescente que ya pueda tener una erección. Entonces para este sistema sí es importante que esa unión temprana se realice, porque eso significaría que hay una familia más que va a apoyar, a colaborar, contribuir a este sistema. Entonces este sistema es perpetuo, este sistema se sigue fortaleciendo entre más familias o uniones haya, así habrá más defensores de estas ideas que son los UyC. Que sí es complejo lo que tú decías, cómo eliminar esos UyC arraigados y que incluso llegan de una cultura ancestral...este modelo está pensado para la subsistencia. O sea, en el momento de que tú tienes 10 hijos, sabes que se van a morir 5, necesitas que se casen esos 5 para que pueda subsistir, siga subsistiendo este grupo étnico, para que siga subsistiendo la lengua, o sea, entre más rápido se embarace hay más oportunidad de que esa niña crezca que los papás están fuertes, etc., aparte de todo eso, esta estructura patriarcal de UyC es una estructura jerárquica, o sea que hay jerarquías.



Habla resumidamente del sistema de creencias patriarcales profundamente arraigado sobre el que se han desarrollado las costumbres. Como sucede con muchas otras comunidades rurales autosuficientes de todo el mundo, la dependencia de la familia y las pequeñas comunidades para sobrevivir y mantener un sentido de pertenencia étnica sigue siendo perpetuada y dirigida por los hombres. Los hombres controlan todas las decisiones, desde la estructura de la comunidad hasta el matrimonio para la reproducción, que a menudo ocurre antes de la mayoría de edad. Las discusiones sobre UyC en los grupos focales de jóvenes, así como las entrevistas a informantes clave, validan los datos referentes de la ENAPEA sobre la desigualdad de género como factor que contribuye a los embarazos adolescentes.

Se podría argumentar que muchos de los fundamentos de la reproducción de subsistencia ya no son relevantes. La existencia de la medicina moderna, la atención médica y los estilos de vida en constante evolución son tales que no hay necesidad de tener más hijos únicamente para protegerse contra las altas tasas de mortalidad. La esperanza de vida también ha aumentado por estas y otras razones, por lo que el embarazo precoz es innecesario. Los matrimonios y embarazos precoces son prohibitivos y abusivos. Las mujeres que se han casado o unido a temprana edad tienen mayor probabilidad de sufrir violencia física o sexual y frecuentemente los matrimonios infantiles y embarazos a temprana edad limitan el empoderamiento de las niñas como sujetos de derechos. Sin embargo, si bien son verdaderas estas declaraciones y fundamentos tan sencillos, no tienen en cuenta la integridad y la soberanía cultural, ni lo limitada que es la disponibilidad, la accesibilidad (geográfica y financiera), la aceptabilidad y la idoneidad del sistema de atención de salud para las comunidades indígenas. El deseo de que varias comunidades conserven el parentesco y la identidad, más los temores de cambios forzados por el Estado siguen siendo fuertes. El respeto a las comunidades indígenas permitiría a las poblaciones ejercer su autonomía y al mismo tiempo permitiría y garantizaría la participación sistemática de los pueblos indígenas en el desarrollo y ejecución de políticas y programas de salud, y todas las otras cuestiones relativas a sus vidas.

Dicho esto, la ENAPEA y su rector GIPEA, se apresuran a condenar la “cultura indígena” como la causa de las tasas de fertilidad ampliamente desiguales entre adolescentes indígenas y no indígenas. Este es un punto clave en el que el gobierno federal difiere, tanto de la sociedad

civil, como de las agencias estatales. Una representante federal de INMUJERES habló voluntariamente sobre cómo “los estados son autónomos, entonces en ese respeto de autonomía”, con un gobierno descentralizado, es responsabilidad del estado asegurar que sus planes de implementación tengan en cuenta la interculturalidad. Es casi como si los pueblos indígenas no fueran compatriotas sino ciudadanos de segunda clase o totalmente intrascendentes, para que sus culturas no se consideren en el desarrollo de planes nacionales.

En comparación, los representantes de la sociedad civil y las agencias estatales compartieron sus curiosidades sobre las causas fundamentales del comportamiento y cómo los programas pueden conectarse con las culturas locales. Un representante de la sociedad civil en Oaxaca habló enérgicamente sobre la necesidad de “entender o ubicar nuestros propios estereotipos y prejuicios hacia las comunidades” y que la existencia de un debate entre tradiciones versus derechos es engañosa y equivocada. Algunos de los problemas tienen poco o nada que ver con las tradiciones, sino más con el bienestar económico, por ejemplo. Adicionalmente, una representante de la SMO sugirió que “si no ponemos el foco a esas diversidades dentro de un mismo estado, dentro de esas mismas regiones, dentro de ese mismo municipio...otra vez volvemos a caer un pensamiento hegemónico”. Este reconocimiento, tanto histórico como actual, es un comienzo para formar y colaborar. Este enfoque está mucho más cerca de reconocer la necesidad de la multiculturalidad y de dar contexto a la salud para mejorar la vida sexual y reproductiva de jóvenes indígenas. Hacer un esfuerzo por la verdadera inclusión de las poblaciones indígenas al indagar sobre su vida cotidiana y sus planes de vida.

Las numerosas costumbres se juntan para impedir que muchas y muchos jóvenes busquen atención profesional de SSR y reciban información sobre SSR, incluso a través de las escuelas. La confluencia del desprecio sistemático por las vidas indígenas, la ineptitud cultural del gobierno federal y de los actores involucrados en el cuidado de la salud, complicada aún más por las vulnerabilidades de género, económicas y de desarrollo, ha impactado enormemente las vidas y libertades sexuales y reproductivas de las y los jóvenes indígenas en Chiapas y Oaxaca. Ellas y ellos necesitan y desean un apoyo social culturalmente relevante que sea respetuoso y protector de sus derechos humanos. Están ansiosas y ansiosos por ser reconocidos, escuchados e incluidos.

# Recomendaciones de las y los promotores de salud para jóvenes

La generación actual de jóvenes es la más grande en el registro humano: una cuarta parte de la población mundial es menor de 15 años y aproximadamente el 24% tiene entre 10 y 24 años, una estructura poblacional que sigue el propio México.<sup>20</sup> Sin embargo, a menudo se pasan por alto las distintas necesidades de SSR de jóvenes. Es un refrán común que las y los jóvenes son “el futuro”, pero este sentimiento bien intencionado no reconoce su existencia en el presente y la verdad innegable de que son ellas y ellos quienes mejor conocen la vida que llevan. Las y los adolescentes y adultos jóvenes están experimentando el mundo, viviendo de formas novedosas y diferentes a las de las personas adultas, que actualmente ocupan puestos de liderazgo y toma de decisiones. Debido a esto, es posible que también tengan ideas sólidas sobre sus propias necesidades y cómo se pueden alcanzar.

Las y los jóvenes han estado liderando el camino para incluir temas olvidados durante mucho tiempo en la agenda mundial. Su participación activa y significativa es fundamental para lograr mejores resultados en salud para ellos mismos y, en última instancia, para todos. Como tal, las y los jóvenes indígenas promotores de salud que participaron en los grupos focales, discutieron sobre los hallazgos y las iniciativas propuestas que creen que mejorarán sus vidas sexuales y reproductivas, mejorando consecuentemente la implementación en curso de la ENAPEA y apoyando el logro de los objetivos de la estrategia.

1

## Educación integral en SDR basada en la experiencia de las y los jóvenes

Las y los jóvenes de los grupos focales expresaron y demostraron su escaso conocimiento en SDR, las y los promotores de salud para jóvenes hablaron de cómo la gran mayoría de sus conocimientos en este tema provienen de su capacitación y trabajo continuo como promotores de salud y monitores de salud ciudadanos. Todos identificaron que conocer sus derechos y tener información básica sobre desarrollo humano, adolescencia y recursos de apoyo, les habría facilitado la comprensión de sí mismos, les habría infundido confianza y les habría ayudado a protegerse mejor. Por lo tanto, la educación integral en sexualidad, en salud y derechos reproductivos que comienza a temprana edad, evoluciona progresivamente, alineándose con su desarrollo, experiencias vividas y los conecta con recursos extraescolares, por lo que es esencial para mejorar la capacidad de acción y la toma de decisiones de las y los jóvenes.

- Comenzar temprano con material apropiado para la edad: se sugirió la escuela primaria comenzando a los 8 años, aunque el consenso cayó entre los 9 y los 10 años (o el equivalente al quinto grado de primaria). Esto se manifestó como especialmente importante para las niñas, ya que a menudo experimentan la maduración biológica antes que sus contrapartes masculinas y, con mayor frecuencia, son retiradas de la escuela antes de tiempo por responsabilidades domésticas. Estas discusiones iniciales deben hablar de la pubescencia: cambios futuros en sus cuerpos, emociones, cambios posibles en las relaciones personales. La educación en la escuela secundaria debe continuar con la educación biológica y agregar discusiones sobre sexualidad, género, reproducción, derechos, autocuidado y manejo de la salud, entre otros temas relacionados, como el acoso y la violencia.
- Utilizar educación combinada: un grupo variado de instructores que sean profesionales y reconfortantes. Dichos maestros deben incluir promotores de salud para jóvenes y adultos jóvenes, que puedan hablar con ellos más fácil y libremente, y con quienes los estudiantes probablemente se sientan más relajados; maestros de escuela, miembros de la sociedad civil que pueden dirigir talleres específicos y psicólogos que puedan discutir mejor los aspectos psicoemocionales de género, sexualidad y reproducción.
- Vincular la educación a los recursos comunitarios: servicios de salud apropiados y otras instituciones de bienestar social. Los estudiantes deben ser conscientes de los diversos recursos disponibles para ellos dentro y alrededor de sus comunidades.
- Enseñar en idiomas nativos y con respeto por sus culturas: como se discutió extensamente, la capacidad de comprender y participar en la comunicación en torno a la SDR es vital para el desarrollo y la libre determinación de las y los jóvenes. La enseñanza y provisión de servicios en el idioma nativo, especialmente para los estudiantes monolingües o las personas recientemente bilingües, promueve una comprensión más profunda.

2

## Enseñar a los actores de salud a prestar atención médica respetuosa y sintonizada culturalmente

La falta de confianza y respeto por los prestadores de atención médica entre las y los jóvenes indígenas tiene mucho que ver con el

servicio despectivo que ellos y sus familias suelen recibir. Sin duda, esto está conectado con la centralidad de una perspectiva urbana que concibe la vida indígena como aparte, rígida y regresiva. La educación clínica debe ser multicultural y enseñar competencias culturales, sensibilidad y humildad. También debe estar atenta a los adolescentes, que merecen la misma atención médica de alta calidad, cortés y considerada que todos los demás.

3

### **Establecer servicios sociales y de salud genuinos adaptados a las y los jóvenes**

Los servicios de salud para jóvenes deben ofrecerse en horarios accesibles, es decir, no solo durante el horario escolar. Las y los jóvenes deben recibir atención médica digna que no los discrimine ni avergüence, que se brinde con privacidad y confidencialidad, sea voluntaria e informativa y satisfaga sus necesidades. Las y los jóvenes quieren información precisa y

actualizada cuando la soliciten y según sea necesario para que puedan tomar las mejores decisiones de salud por sí mismos. Esta información debe proporcionarse a través de diversos medios, como la prensa y la radio y en sus idiomas locales. Los servicios de salud y otros servicios sociales deben ser claros y accesibles para las y los jóvenes, tener en cuenta su desarrollo y bienestar físico, social, emocional y psicológico y ser respetuoso de su personalidad sin importar su edad, área de residencia, idioma y cualquier otra característica. Dicho sistema también requeriría mecanismos de rendición de cuentas para denunciar abusos de autoridad y remediar problemas.

4

### **Incluir y respetar a las y los jóvenes indígenas en los programas, políticas y procesos de toma de decisiones del gobierno**

Las y los jóvenes quieren que los tomen en serio. Quieren ser entendidos, representados y escuchados por sus líderes comunitarios y sus administraciones locales, estatales y federales. Su deseo de participar plenamente en sus

comunidades y de participar en las conversaciones pertinentes a sus vidas habla de la necesidad de una participación significativa de las y los jóvenes en el desarrollo, la implementación, la evaluación y la reforma de políticas y programas. Este tipo de participación también puede requerir liderazgo juvenil en temas directamente relacionados con sus medios de vida en los que pueden tener más experiencia. Los programas y políticas también deben incluir y rendir cuentas respetuosamente a las poblaciones indígenas y los funcionarios deben tomarse el tiempo para establecer conexiones duraderas con las comunidades y respetar sus conocimientos y tradiciones.

5

### **Ampliar las oportunidades para las y los jóvenes dentro y fuera de la escuela**

Casi todos los participantes jóvenes de los grupos focales expresaron su entusiasmo por la escuela y el aprendizaje, especialmente aquellos que todavía están en la escuela o no tuvieron una experiencia educativa interrumpida. Los promotores de salud jóvenes enfatizaron cómo su mayor comprensión de sus derechos

y opciones los ha llevado a reevaluar los planes de vida que tenían para sí mismos, muchos queriendo completar su educación secundaria incluso antes de considerar el matrimonio y la maternidad. Varios jóvenes participantes en el estudio hablaron de la educación posterior a la secundaria como un deseo. Hay un anhelo compartido por una experiencia educativa completa, incluido el aprendizaje extracurricular en materias como las artes. Además, algunos participantes, en particular los hombres, manifestaron la necesidad de más posibilidades laborales y más ingresos para satisfacer sus necesidades básicas.

# Conclusión

Las relaciones entre las políticas gubernamentales, la burocracia y barreras institucionales y las normas socioculturales han producido un entorno que no aborda adecuadamente las necesidades y preocupaciones de las y los jóvenes indígenas. Las autoridades se han olvidado de apreciar sus experiencias vividas o de utilizar enfoques culturalmente relevantes y aceptables que pueden mejorar su SSR y la prestación de servicios. Los hallazgos demuestran que, si bien la ENAPEA es un factor crítico para satisfacer las necesidades de la SSR de los pueblos indígenas y, en última instancia, lograr el objetivo de reducir la fertilidad adolescente, su diseño e implementación local deben atender las realidades de la vida sexual y reproductiva y las variables confusas, además de garantizar el acceso a una atención médica de calidad. Las discusiones de los grupos focales entre los grupos participantes sugirieron que la implementación de la ENAPEA ha sido limitada, abordando inadecuadamente las complejidades de la salud y el bienestar sexual y reproductivo en municipios predominantemente indígenas.

Los datos cuantitativos sobre el embarazo adolescente dirigieron en gran medida el desarrollo de la ENAPEA, pero los datos cualitativos, tal como se presentan, son escasos y necesarios para dar información en la formulación de políticas proactiva y receptiva, con el propósito de comprender y abordar las causas fundamentales de un problema. La recopilación y difusión de evidencia de métodos mixtos ampliaría el alcance de la atención y el apoyo para estas poblaciones, así como también haría énfasis en el apoyo que necesitan. Los esfuerzos continuos en la implementación de la ENAPEA deben ser conscientes e incluir beneficios para todos los pueblos de México.

Con ese fin, es imprescindible que las estrategias y programas federales y estatales integren un lente multicultural en la atención médica para satisfacer las necesidades de las y los jóvenes indígenas y otros grupos marginados en todo el país. El desarrollo de marcos interculturales sólidos sin duda se vería favorecido por la inclusión significativa y participación continua de las y los jóvenes indígenas en el desarrollo de programas y políticas futuras, en la implementación de la ENAPEA en todos los estados y en el monitoreo y evaluación de la estrategia y sus programas relacionados. Conectarse con las comunidades indígenas a través de sus jóvenes también ayudará a la construcción de confianza y mejorará la base de evidencia cualitativa, actualmente limitada, de la cual

los formuladores de políticas extraen sus problemas y crean estrategias y planes de acción. Las conversaciones más contextualizadas sobre las experiencias de las y los jóvenes con la SSR, beneficiarán el desarrollo más eficaz de políticas y programas que tienen repercusiones en su desarrollo y planes de vida.

La pandemia de COVID-19 seguramente complicará, y quizás impedirá, cualquier avance que se haya logrado en los objetivos de la ENAPEA. Con México, en el cuarto lugar en total de muertes del mundo por la enfermedad (a diciembre de 2020) y las autoridades del gobierno federal negando su gravedad y desobedeciendo las pautas de salud pública global, el aumento mundial de casos probablemente se verá con fuerza en el país.<sup>21,22,23</sup> Las tendencias mundiales han indicado que las disparidades socioeconómicas y de salud existentes exacerbaban los efectos del COVID-19 y la capacidad de afrontarlo, lo que no es diferente para la situación en México.<sup>24</sup> Además, la brecha de género se está ampliando. El sistema de salud descentralizado y su organización e infraestructura inadecuadas en estados como Chiapas y Oaxaca, que sirven a poblaciones indígenas más grandes, además de otras desigualdades, ponen a las poblaciones indígenas de México, especialmente a las y los jóvenes, en mayor riesgo de morbilidad y muerte o de no satisfacer sus necesidades esenciales. La administración federal debe realizar esfuerzos concertados para beneficiar de manera equitativa la salud de las poblaciones indígenas más marginadas del país.

Para una respuesta eficaz a las necesidades complejas de la SSR de las y los jóvenes indígenas y la garantía de que los planes y políticas del gobierno para una “cuarta transformación”, sean inclusivos y realmente lleguen a las y los jóvenes indígenas en los estados del sur de México, voces de jóvenes, como los representados en los grupos focales, deben ser elevadas y escuchadas directamente y con mayor frecuencia en los espacios de toma de decisiones. La inclusión de sus puntos de vista en dichos diálogos, incluso en torno a la ENAPEA, como se recomienda en los principios rectores de la estrategia, ayudará a asegurar que los programas y las políticas se desarrollen e implementen de manera que respondan a las diversas realidades de los adolescentes y jóvenes indígenas en México. Además de esto, la siguiente medida es desafiar las normas socioculturales de género que van en contra de los planes de vida potenciales de niños y adolescentes.

# Notas finales

- <sup>1</sup> Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2018). Adolescent and Youth Health – 2017 Country Profile Mexico [Salud de adolescentes y jóvenes – 2017 Perfil del país México]. <https://www.paho.org/adolescent-health-report-2018/images/profiles/Mexico-PAHO%20Adolescents%20and%20Youth%20Health%20Country%20Profile%20V5.0.pdf>
- <sup>2</sup> United Nations Population Division y World Population Prospects [División de Población de las Naciones Unidas y Perspectivas de la población mundial]. (2019). Tasa de fertilidad en adolescentes (nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años de edad) – México. <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.ADO.TFRT?end=2017&locations=MX&start=1960&view=chart>
- <sup>3</sup> Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. (2015). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*. <http://www.issste.gob.mx/images/downloads/home/ENAPEA.pdf>
- <sup>4</sup> Secretaría de Salud. (2016, 2 de febrero). *Programa Sectorial de Salud: PROSESA 2013-2018*. <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/programa-sectorial-de-salud-21469>
- <sup>5</sup> Secretaría de Salud. (2013, noviembre). *Programa Sectorial de Salud 2013-2018*. <http://evaluacion.ssm.gob.mx/pdf/Prosesa-2013-2018.pdf>
- <sup>6</sup> Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. (2015). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*. <http://www.issste.gob.mx/images/downloads/home/ENAPEA.pdf>
- <sup>7</sup> Sochet, M.S. (2014). ¿Exclusión o inclusión indígena? *Estudios políticos (México)*, 31. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-16162014000100005](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16162014000100005)
- <sup>8</sup> Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2016, noviembre). *La Consulta Previa, Libre, Informada, de Buena Fe y Culturalmente Adecuada: Pueblos Indígenas, Derechos Humanos y el Papel de las Empresas*. <http://informe.cndh.org.mx/uploads/menu/10064/Laconsultaprevia.pdf>
- <sup>9</sup> Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial. (2019, 29 de agosto). Observaciones finales sobre los informes periódicos 18° a 21° combinados de México. [https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CERD/Shared%20Documents/MEX/CERD\\_C\\_MEX\\_CO\\_18-21\\_36936\\_S.pdf](https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CERD/Shared%20Documents/MEX/CERD_C_MEX_CO_18-21_36936_S.pdf)
- <sup>10</sup> Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. (2015). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*. <http://www.issste.gob.mx/images/downloads/home/ENAPEA.pdf>
- <sup>11</sup> Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2009, 16 de abril). Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. <https://www.cndh.org.mx/doctr/2016/jur/a70/01/jur-20170331-nor19.pdf>
- <sup>12</sup> Serna, A.M.G. (2016). Seguimiento a la Estrategia Nacional para la Prevención de Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) en Chiapas 2016. [https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/Blog-47\\_ENAPEA\\_Chiapas\\_2016.pdf](https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/Blog-47_ENAPEA_Chiapas_2016.pdf)
- <sup>13</sup> Observatorio de Mortalidad Materna en México. (n.d.). Situación del Embarazo en Niñas y Adolescentes en Chiapas. Carta abierta.
- <sup>14</sup> Serna, A.M.G., & Maldonado, P.P.C. (2018). Marco Jurídico que protege los Derechos de Adolescentes Indígenas en México y en el estado de Chiapas. Observatorio de Mortalidad Materna en México. <https://pai.org/wp-content/uploads/2021/04/Anexo-1-Marco-Juridico.pdf>
- <sup>15</sup> Serna, A.M.G. (2016). Seguimiento a la Estrategia Nacional para la Prevención de Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) en Chiapas 2016. [https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/Blog-47\\_ENAPEA\\_Chiapas\\_2016.pdf](https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/Blog-47_ENAPEA_Chiapas_2016.pdf)

- <sup>16</sup> Gómez Guillen, F.A. (2018, diciembre). *Masculinidades indígenas. Una autopsia a los hombres zinacantecos* [Tesis de maestría, Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social]. CIESAS. <http://ciesas.repositorioinstitucional.mx/jspui/handle/1015/891>
- <sup>17</sup> Freyermuth Enciso, G., Argüello Avendaño, H.E., Zarco Mera, Á., & Gómez Guillen, F.A. (2014, 16 de diciembre). *Monitoreo de la atención de la salud sexual y reproductiva en adolescentes indígenas*. [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/101242.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101242.pdf)
- <sup>18</sup> Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (n.d.). Lengua indígena. <https://inegi.org.mx/temas/lengua>
- <sup>19</sup> Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. (2015). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*. <http://www.issste.gob.mx/images/downloads/home/ENAPEA.pdf>
- <sup>20</sup> Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2020). Población mundial. <https://www.unfpa.org/es/data/world-population-dashboard>
- <sup>21</sup> Director OMS ve “preocupante” situación COVID-19 en México, pide a sus líderes dar ejemplo. (2020, 30 de noviembre). *Reuters*. <https://www.reuters.com/article/salud-coronavirus-mexico-idLTAKBN28A2VM>
- <sup>22</sup> Director OMS ve “preocupante” situación COVID-19 en México, pide a sus líderes dar ejemplo. (2020, 30 de noviembre). *Reuters*. <https://www.reuters.com/article/salud-coronavirus-mexico-idLTAKBN28A2VM>
- <sup>23</sup> McDonnell, P.J., & Sánchez, C. (2020, 22 de septiembre). La vida en las calles regresa lentamente a México, incluso cuando aumenta el número de víctimas por coronavirus. *Los Angeles Times*. <https://www.latimes.com/espanol/mexico/articulo/2020-09-22/la-vida-en-las-calles-regresa-lentamente-a-mexico-incluso-cuando-aumenta-el-numero-de-victimas-por-coronavirus>
- <sup>24</sup> Ortiz-Hernández, L., & Pérez-Sastré, M.A. (2020, septiembre). Inequidades sociales en la progresión de la COVID-19 en población mexicana. *Rev Panam Salud Publica*, 44. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52680>



