

Estudios sobre las Culturas Contemporáneas

Universidad de Colima

pcultura@cgic.ucol.mx

ISSN: 1405-2210

MÉXICO

2004

Cristina Gabriela Barroso Calderón

LA FECUNDIDAD INDÍGENA EN MÉXICO BIS A BIS LA VISIÓN DE LOS
PROGRAMAS OFICIALES ¿CAMINOS DIVERGENTES?

Estudios sobre las Culturas Contemporáneas, diciembre, año/vol. X, número 020

Universidad de Colima

Colima, México

pp. 79-105

LA FECUNDIDAD INDÍGENA EN MÉXICO

bis a bis la visión de los programas oficiales ¿Caminos divergentes?

Cristina Gabriela Barroso Calderón

Resumen

Se analizan y confrontan dos esferas: la fecundidad indígena en su concepción y su praxis cotidiana, así como lo que plantea la Ley General de Población en materia de fecundidad, que incluye los medios y formas en que arriban los programas de planificación familiar a las comunidades indígenas. Se analiza si existe rechazo a tal política oficial y hasta qué punto se considera la especificidad cultural indígena en los programas oficiales de población. Asimismo, se realiza una primera propuesta de entendimiento entre lo oficial y lo indígena.

Palabras clave: fecundidad indígena, política poblacional en México

Abstract – Indigenous Fertility in Mexico Versus the View of the Official Programs

Two domains are analyzed and confronted: the indigenous fertility in its conception and daily practice and what is proposed in the General Law of Population with respect to fertility and the means and forms through which family planning programs are developed in indigenous communities. The question of whether there is rejection of such official policy is addressed. And the extent to which indigenous cultural specificity is considered in the official programs of the population. A first proposal of understanding between the official and the indigenous is carried out.

Key Words: Indigenous fertility, Mexican population policy

Cristina Gabriela Barroso Calderón. Mexicana. Doctora en Demografía y Ciencias Sociales. Profesora e Investigadora de la UA de Guerrero. Directora del proyecto “De Tlaxco a la Chinameca. Inmigración mixteca en Acapulco”, financiado por CONACYT y el Gobierno del estado de Guerrero. Última publicación: Gabriela Barroso (comp.) (2004) “Migrantes indígenas y afroestizos de Guerrero”, UAGro-FOMIX. Dirección: Calle del Pino s/n Colonia El Roble. Acapulco, Guerrero, México, CP 39640. Tel. 4 87 66 94 y 24; gabarroso@hotmail.com

LA FECUNDIDAD INDÍGENA EN MÉXICO

bis a bis la visión de
los programas oficiales
¿Caminos divergentes?

Cristina Gabriela Barroso Calderón

En México no existe fuente confiable alguna para el estudio demográfico indígena a nivel municipal, o bien regional (conjunto de municipios), como podrían ser, por ejemplo, La Montaña de Guerrero, Los Altos de Chiapas o La Mixteca oaxaqueña, zonas de municipios con una elevada concentración de población indígena.

El alto subregistro de los censos de población y del registro civil en las regiones indígenas no permiten un análisis demográfico detallado a nivel municipal. “La declaración tardía de los nacimientos no facilita el conocimiento exacto de los niveles y tendencias de la fecundidad en México”, pero sobre todo en las zonas indígenas.¹ Cuestión que escapa también a las Encuestas Nacionales. De tal manera que la fecundidad indígena no puede ser medida sino a través de encuestas aplicadas directamente en las comunidades, es decir en estudios de caso.

A pesar de las limitantes enunciadas, la fecundidad indígena puede y debe ser caracterizada, a fin de conocer y tomar en cuenta su especificidad cultural, al momento de crear y aplicar los programas de población en la región sur de México, en la que, además, se concentra el 47% de la población indígena del país (véase el cuadro I en la página siguiente), así como la mayor diversidad étnica (aproximadamente veinte etnias di-

CUADRO I
Población indígena en
los estados del Sur de México – (año 2000)

País (México)	10,768,330.00	11%
Estado	Número	%
Oaxaca	1,679,131.00	15.6*
Chiapas	1,140,460.00	10.5*
Yucatán	997,638.00	9.3*
Quintana Roo	354,080.00	3.3*
Guerrero	549,316.00	5.1*
Campeche	192,393.00	1.8*
Tabasco	143,448.00	1.3*
Total	5,056,466.00	46.9*

* Porcentaje de población indígena en relación al nivel nacional
Fuente: estimaciones CONAPO con base en el Censo de Población y Vivienda México 2000 y la muestra del Censo

ferentes). Surgen, en ese sentido, una serie de inquietudes: ¿cómo conciben los indígenas su reproducción? ¿Qué relación existe entre la naturaleza –el lugar donde moran los dioses– y la fecundidad? ¿Cuáles son sus principales prácticas acerca de la fecundidad y qué implican en términos de creencias, mitos y ritos? ¿Hasta dónde consideran los programas oficiales de planificación familiar estos aspectos? ¿Los principios en que se basa la planificación familiar, son compartidos o chocan con la forma de ser, pensar y actuar de los indígenas? ¿Existe una resistencia por parte de los indígenas ante los programas de salud reproductiva? ¿Qué elementos históricos y culturales –entre otros– debieran tomarse en cuenta al momento de la creación y aplicación de los programas oficiales de planificación familiar dirigidos a una población con características propias como lo es la indígena?

Si bien tales inquietudes son interesantes de reflexionar, por cuestiones de espacio, no es posible abarcar en este artículo las respuestas a cada aspecto mencionado.² Lo importante es destacar primeramente el hecho de que existe cierto divorcio entre dos esferas. La primera de ellas es: lo planteado en la Ley General de Población, y el Programa Nacional de Planificación Familiar (con sus proyectos y prácticas concretas que arriban e implementan en las comunidades indígenas).

La otra esfera: la realidad indígena (en el marco de sus expresiones, simbolismos y prácticas acerca de la fecundidad: lo que representa, a lo que se debe). Digamos que se trata de la visión oficial *versus* la realidad indígena.

En ese sentido, el objetivo de este artículo es contribuir, con diferentes elementos, a la reflexión de hasta qué punto las políticas de población y los programas oficiales relacionados con la fecundidad, consideran la especificidad cultural y las necesidades propias de las poblaciones indígenas.

Tal reflexión debe darse en el seno de la academia para tratar de incidir positivamente en el quehacer gubernamental respectivo, a partir de una crítica constructiva que contribuya finalmente a encauzar la toma de las decisiones lo mejor posible, ante un sector poco comprendido desde la esfera gubernamental: las sociedades indígenas en su respectiva especificidad cultural. La autora del presente artículo, se posiciona desde la academia con tal perspectiva, es decir, desde un punto de vista de la demografía crítica y propositiva, la cual plantea finalmente que son las sociedades mismas quienes deben definir los programas de población, sin menoscabo de una visión de proyecto nacional, aunque siempre tomando en cuenta la especificidad cultural: local o regional.

A fin de lograr lo anterior, se ha estructurado el presente artículo de la siguiente manera. Después de la presente introducción, en el punto dos se realiza una vista rápida de la evolución de los objetivos de la Ley General de Población en México. De cómo éstos cambian –inclusive de manera radical– en 1973 y de cómo se sostienen prácticamente hasta la fecha (2004).

Se analiza también si la Ley de Población toma en cuenta a las poblaciones indígenas en alguno de sus artículos. Se analizó párrafo por párrafo y no se les menciona salvo en el Reglamento emanado en 1992 (el cual rige hasta la fecha).

En el punto tres del artículo se hace una crítica a la visión y a la aplicación limitada del programa de planificación familiar y sus proyectos emanados del mismo, en el sentido de que las acciones de planificación familiar se han reducido en alto grado, a la llamada salud reproductiva, enfocada sobre todo al descenso de la natalidad, concebida esta última como una necesidad nacional desde la década de los años setenta del siglo XX. Sin embargo, de 1973 al año 2003, el contexto ha cambiado, la estructura por edades (véase la Figura I) y las tasas de fecundidad nos permiten ver que la disminución de la natalidad es un hecho real que ha afectado la estructura de la población mexicana.

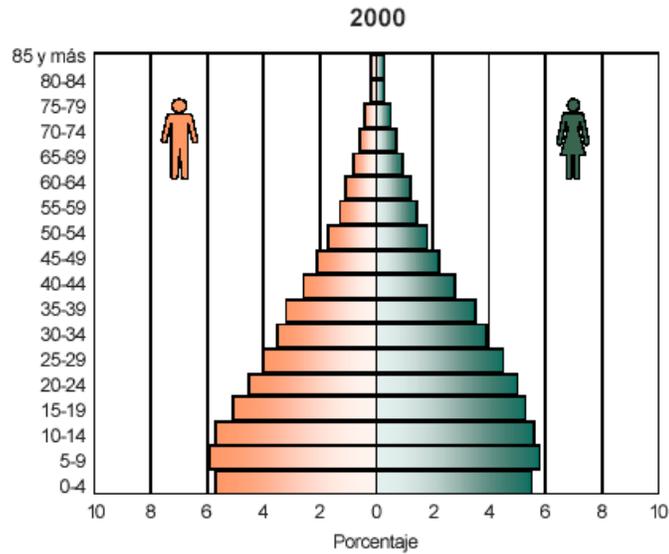


Figura I

Distribución de la población por grupos quinquenales de edad y sexo (México, año 2000).

Fuente: INEGI, XII Censo de Población y Vivienda, 2000. Tabulados básicos.

Imagen retomada de Hombres y Mujeres, INEGI e Instituto Nacional de las Mujeres.

Como ejemplo de la forma en que arriban los programas de planificación familiar a las comunidades, se toma un proyecto derivado del programa nacional de población 1995-2001, aplicado en la región Oaxaca, Guerrero y Chiapas.

La crítica que se hace se refiere a que, tales medidas, se implementan sin considerar la especificidad cultural de las poblaciones indígenas. Los programas se aplican como si la población fuese homogénea en su composición étnica y, por ende, sus necesidades fueran las mismas. De ahí que más adelante se proponga como alternativa al diseño y ejecución del programa de planificación familiar, una visión pluriétnica.

En el punto cuatro del artículo, se visualiza en un mapa la variación de los niveles de fecundidad según la región del país. En las zonas más pobres, donde se concentra la población indígena, es decir en el sur pacífico de México, la fecundidad es más elevada. Se plantea que los niveles de marginación en que viven y se desarrollan los indígenas no favorecen la penetración del programa de planificación familiar y se muestra que la mortalidad infantil más elevada se encuentra en las poblaciones indígenas, e igualmente sucede con la mortalidad materna.

El punto cinco del artículo abre con una pregunta: ¿existe acaso resistencia indígena ante los programas de planificación familiar? Es difícil contestar, ya que para ello habría que conocer la postura –no tan sólo de cada etnia– sino de cada comunidad indígena. Sin embargo, se retoman algunas posturas de organizaciones indígenas que se manifiestan contra las prácticas de esterilización masiva. Respuestas de indígenas del sur de México y en el mismo sentido, otras a nivel de organizaciones indígenas de América Latina.

En el punto seis, “Visión oficial vs. visión indígena”, se confrontan las dos esferas mencionadas con antelación. Nos permite visualizar cómo chocan diferentes concepciones y prácticas de la fecundidad, ya que se trata de dos visiones del mundo: la mestiza (con prácticas eminentemente occidentales) y la indígena (con bagaje histórico tipo prehispánico).

Una nota importante: se caracteriza a “la fecundidad indígena” en el sur de México, tomando en cuenta prácticas comunes de diversas etnias. No se habla de alguna etnia en especial, sino de la presencia de *prácticas comunes* en relación a la fecundidad; prácticas que se observan hoy día en diversas comunidades indígenas, que bien pueden variar de un poblado a otro, pero que, en esencia persisten, han sobrevivido, y que inclusive, se han resintetizado o fusionado con prácticas del mundo mestizo.

Como este artículo tiene el objetivo de coadyuvar a la reflexión acerca de la necesidad de tomar en cuenta las características de la fecundidad indígena en los planes y programas de planificación familiar, se propone en el punto siete, revisar (y/o retomar) la creación y funcionamiento del Centro de Salud en Tapachula, donde los y las indígenas son atendidos, en un primer momento, conforme a sus concepciones y prácticas de salud, y, posteriormente, con la medicina moderna. Asimismo, se considera la necesidad de la creación de centros de salud en comunidades indígenas, a partir de tal perspectiva.

La metodología aplicada a lo largo de la investigación, consistió en:

- a) Realizar una lectura crítica de la Ley de Población en México –desde su creación hasta la versión vigente a 2004. A fin de conocer si es –o alguna vez lo fue– considerada la población indígena en su contenido;
- b) Analizar en qué medida el Programa de Planificación Familiar reduce su esfera de acción hacia la salud reproductiva.³ Para ello, se desmenuza en su análisis el proyecto “País con Guerrero, Chiapas y Oaxaca”, derivado del Programa Nacional de Población 1995-2001;
- c) Analizar ciertas variables demográficas en el ámbito indígena (nivel de fecundidad, mortalidad infantil y mortalidad materna), confrontadas al nivel de marginación;

- d) Indagar y determinar ciertas posturas de organizaciones indígenas que no están a favor de la planificación familiar, pero, sobre todo, a las prácticas concretas que el sector salud implementa en las poblaciones indígenas;
- e) Confrontar dos esferas a la vista diametralmente opuestas: la visión oficial de la fecundidad⁴ —demasiado reducida a la planificación familiar— versus la visión propia de los indígenas acerca de su reproducción humana, la cual no se reduce al número de hijos, sino que está relacionada con aspectos mucho más complejos como lo es la cosmovisión, la resistencia cultural, y otros aspectos que más adelante son analizados en este artículo de manera más profunda. Finalmente, aterrizamos en una propuesta de acercamiento entre ambas esferas.

La Ley de Población en México

y los programas de salud reproductiva

La primera Ley de Población en México fue promulgada en 1936. La principal característica de esta Ley fue su énfasis en aumentar la fecundidad, disminuir la mortalidad infantil y favorecer la inmigración. En aquel tiempo, la Revolución mexicana había dejado poblados desolados, y era menester repoblar el vasto territorio mexicano.

En 1947 se emite una nueva Ley de Población que, “...en esencia, difiere muy poco de la primera”.⁵ Sin embargo, es en 1973 cuando la Ley de Población prioriza el descenso de la natalidad y además cambia sus objetivos dirigidos a

ajustar el volumen, la estructura, la dinámica y la repartición de la población, a los programas de desarrollo económico y social; elaborar programas de planificación familiar; disminuir la mortalidad; difundir programas educativos en materia de población; integrar la mujer al desarrollo; integrar los grupos sociales marginados a los programas de desarrollo; redistribuir la población en el territorio nacional.⁶

Es decir, un mayor control de la migración.

En cierta medida la disminución rápida de los niveles de fecundidad está en relación a la Ley de Población de 1973 y al Programa Nacional de Planificación Familiar en 1977. El Consejo Nacional de Población (CONAPO) ha estado a cargo de la puesta en marcha de la política demográfica a partir de 1976 y de los Consejos Estatales de Población (COESPOS).⁷

De 1970 a 1990 el índice sintético de fecundidad se redujo de 6.54 hijos por mujer a 3.35. El descenso de la natalidad en México –como en cualquier otro país– no obedece unívocamente a la eficiencia del programa de planificación familiar. El fenómeno es complejo, ya que intervienen diversos elementos. En México, en las últimas décadas han influido, en cierta medida, otros factores en la reducción de la natalidad: una mayor independencia de la mujer respecto al hogar; una mayor inserción de la mujer en la economía formal e informal, pero retribuida y realizada fuera del hogar; los niveles educativos de la población en general han aumentado, las mujeres optan por mayores grados de estudios y coinciden, como en los países de Occidente, con un menor número de hijos; la crisis económica hace pensar a los padres futuros en un menor número de hijos ya que el costo y la manutención son cada vez más elevados. Así como estos, otros factores han influido en un número inferior de hijos por pareja en México; a pesar de ello, el programa de planificación familiar ha incidido de manera definitiva en el descenso de los niveles de fecundidad tanto en las últimas décadas como en la actualidad.

El descenso demográfico fue impulsado en México por la disminución de la tasa de natalidad, que pasó de 42 a 19 nacimientos por cada mil habitantes, entre 1974 y 2003, respectivamente (CONAPO, 2004).

Una nueva Ley General de Población fue expedida en México el 06 de noviembre de 1996, cuyos objetivos quedaron prácticamente intactos respecto a los de la Ley de 1976. Las restricciones nuevas se observan en materia de migración. Aproximadamente 90 de los 157 artículos que la componen están relacionados con el aspecto migratorio. En este aspecto es en el que está orientado el nuevo énfasis.

Sin embargo, a pesar de que la Ley fue expedida *después* de los movimientos armados indígenas (año 1994), del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN), no se observan cambios o agregados en la Ley, que mencione a la población indígena del país. Es el Reglamento de la Ley General de Población (firmado el 28 de agosto de 1992), el que contempla por vez primera a los indígenas. El Reglamento de 1992 –que rige hasta la fecha (2002)– en su sección III, Familia y Grupos Marginados, artículo 25, menciona de manera explícita a los grupos indígenas. Por otra parte, se considera en los programas del Ejecutivo Federal, entre otras áreas, a la mujer indígena (sección IV, Mujer y equidad de género, artículo 27). Tales artículos dicen a la letra:

Artículo 25.- Los programas de población establecerán estrategias adecuadas a las características culturales, sociales, económicas y demográficas de los grupos indígenas y de la población marginada, con el fin de impulsar su bienestar.

Artículo 26.- En la formulación de la política, la elaboración de los instrumentos programáticos, la realización de las acciones y la promoción de iniciativas en favor de la mujer, las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, observarán el principio de equidad de género.

Para los efectos de este Reglamento se entenderá por género, el conjunto de ideas, creencias, representaciones y atribuciones de nuestra cultura tomando como base la diferencia sexual.

La equidad de género se traducirá en el establecimiento y fortalecimiento de mecanismos destinados a impulsar la igualdad de derechos, responsabilidades y oportunidades de mujeres y hombres; revaloración del papel de la mujer y del hombre en el seno familiar, así como la no discriminación individual y colectiva hacia la mujer.

Artículo 27.- Los programas del Ejecutivo Federal, en relación con la mujer, deberán considerar cuando menos las siguientes áreas:

- I) Educación;
- II) Cuidado de la salud;
- III) Combate la pobreza;
- IV) Revaloración del trabajo remunerado y no remunerado;
- V) Mujer que vive en medios rurales;
- VI) **Mujer indígena;**
- VII) Fomento productivo;
- VIII) Mujer y familia;
- IX) Familia con hijo discapacitado;
- X) Derechos de la mujer;
- XI) Participación en la toma de decisiones; y
- XII) Combate a la violencia, abusos y prácticas discriminatorias hacia la mujer.

Esto permite entrever la consideración de la existencia de grupos indígenas, como un sector poblacional con características propias, las cuales deben –desde el discurso oficial– apreciarse en los programas de población. Sin embargo, más adelante veremos la existencia de un distanciamiento o un vacío, entre el discurso oficial (consideración de las especificidades de la población indígena) y la práctica del sector salud en las comunidades indígenas.

Los programas de salud reproductiva *en las comunidades indígenas*

¿Hasta qué punto lo vertido en la Ley (1996) y en el Reglamento (1992) de población es tomado en cuenta en los programas de planificación familiar? ¿Son consideradas las características culturales de los indígenas desde la creación hasta la aplicación de tales programas? Analicemos, a manera de ejemplo, lo siguiente:

En el marco del Programa Nacional de Población 1995-2001, la Secretaría de Relaciones Exteriores y la Secretaría General del CONAPO, en colaboración con el Fondo de Población de las Naciones Unidas, diseñaron conjuntamente el “Programa de cooperación multilateral” a cinco estados prioritarios, tres de los cuales son Chiapas, Guerrero y Oaxaca (las otras entidades federativas son Hidalgo y Puebla).

Los municipios contemplados son eminentemente indígenas (en el caso de Chiapas, 74% de la población habla alguna lengua indígena; en Guerrero, el 41.6% y en Oaxaca, 34%). Se trata, entonces, de un programa dirigido –en buena medida– a la población indígena, cuyos objetivos planteados giran, en su mayoría, en torno a la salud reproductiva. De igual manera, los proyectos concretos para las comunidades tienen como eje principal la salud reproductiva. Cabe aquí la siguiente reflexión: ¿cuál ha sido en México el concepto de salud reproductiva? La política poblacional ha priorizado durante varias décadas el Programa Nacional de Planificación Familiar. Logrando descender históricamente la natalidad, como se aprecia en la base de la Pirámide 1. Inclusive, los demógrafos alertan ya sobre el envejecimiento de la población de México en un futuro no muy lejano (en las próximas 4 o 5 décadas del siglo XXI), para lo cual no está preparada estratégicamente la sociedad mexicana. Por lo tanto, ante el ímpetu demográfico actual, el gobierno debiera ya tomar en cuenta la inversión de la pirámide de edades que comienza a observarse en la población de nuestro país.

Respecto a las poblaciones indígenas, cabría reflexionar acerca de la necesidad de visualizar políticas regionales, acordes a las necesidades de las zonas que habitan, las cuales en México son sinónimo de alta marginación, altos índices de pobreza, desnutrición, mortalidad infantil y materna elevada, y, actualmente, zonas expulsoras de mano de obra hacia Estados Unidos. El mapa de la dinámica poblacional indígena en México no es alentador; por el contrario, se observan tasas de crecimiento negativas (es el caso de la mayoría de municipios de Guerrero, Oaxaca y Chiapas, con población eminentemente indígena). Debido a ello, aplicar de manera intensiva el programa de planificación familiar, con el

objetivo de reducir la natalidad, traerá consecuencias quizá no deseables en tales poblaciones.

El programa analizado, en este punto del artículo, nos permite verificar —a manera de ejemplo— una continuidad en la política demográfica gubernamental, tendiente a la reducción de la fecundidad en las poblaciones indígenas del sur de México.

Sin embargo, hace falta estudiar más a fondo y con más detenimiento la dinámica poblacional en las regiones indígenas del país, antes de aplicar los programas gubernamentales de planificación familiar.

Fecundidad, marginación y mortalidad *en las regiones indígenas*

Se han logrado los objetivos de descender la fecundidad en el país. En algunos estados del sur de México, como Quintana Roo, el descenso es mayor que la media nacional. Pero, la fecundidad no ha descendido de manera homogénea en todo el territorio mexicano. Como sabemos, en los estados más industrializados las familias son cada vez más pequeñas. Lo mismo sucede en las ciudades, donde el nivel de urbanización favorece la penetración del programa de planificación familiar a través de los medios masivos de comunicación.

Como puede observarse, en el Mapa I, el promedio de hijos por mujer es mayor en el suroeste (Pacífico) de México, con un promedio de 3.8 hijos por mujer. En tanto, en el norte del país y en el Distrito Federal, se observa el menor promedio de hijos por mujer, ya que va de 2.5 hijos a 2.0.

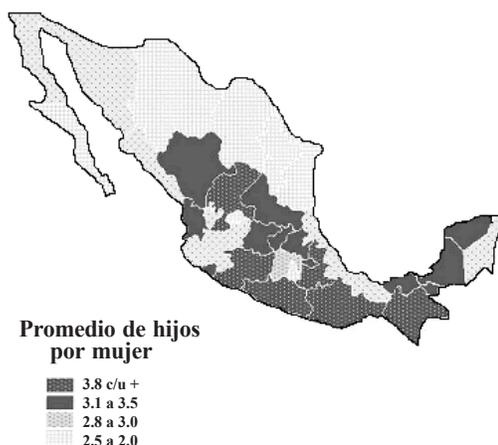
En los estados del centro se observa un promedio de entre 3.0 y 3.5 hijos por mujer. Sin embargo, dentro de los estados existe también cierta diferenciación por regiones. En las entidades en las que hay regiones indígenas, éstas seguramente observan el mayor número de hijos de cada estado e inciden en un promedio mayor al nivel estatal y/o regional.

El sur de México se caracteriza, en términos de desarrollo social y económico, por su pobreza. Los más pobres entre los pobres del sur, son los indígenas. Los índices de marginación del CONAPO ubican a los municipios de Chiapas, Guerrero y Oaxaca con 70% o más de población indígena en los niveles de alto y, sobre todo, muy alto nivel de marginación. Lo cual *no favorece* la penetración del Programa de Planificación Familiar. Y mantiene además, a las comunidades en condiciones de atraso que favorecen las muertes infantiles y maternas (véase el Cuadro II).

Al culminar el Primer Decenio Internacional de Poblaciones Indígenas del Mundo (1995-2004), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), registró que la tasa de mortalidad infantil entre indígenas (TMII) en México es 58 por ciento mayor a la media nacional. Al menos cuatro de cada diez menores indígenas de México padecen algún grado de desnutrición, de acuerdo con el estudio “La niñez indígena en México”, elaborado por el director ejecutivo de la “Fundación Rigoberta Menchú Tum”, Alfonso Alem Rojo.⁸

En la medida que se trata de un fenómeno creciente y sin visos de superación, la pobreza parece haberse instalado entre las mujeres como sector poblacional. Sin embargo, aún dentro de la población femenina pueden distinguirse grupos con mayores desventajas sobre otros; así tanto al nivel mundial como en nuestro país, destaca el mayor grado de pobreza rural sobre la urbana y dentro de aquella, muy especialmente, el espinazo de pobreza representado por los grupos y regiones indígenas. Esta condición general de desventaja se muestra en distintos aspectos de la vida personal y colectiva de las mujeres. Una de ellas es la salud.⁹

MAPA 1
PROMEDIO DE HIJOS POR MUJER
EN LOS DIFERENTES ESTADOS DE MÉXICO



Fuente: IX Censo de Población y Vivienda y Paz, G.L. “La fecundidad en el ámbito estatal, 1994”

CUADRO II
Tasa de Mortalidad Infantil Indígena (TMII)1990

Etnias	Estado(s)	TMII(0/000)
Cuicatecos	Oaxaca	78
Tlapanecos	Guerrero	72
Mixtecos	Guerrero, Oaxaca	67
Mazatecos	Oaxaca	65
Tzotziles	Chiapas	65
Nahuas	Guerrero	60
Amuzgos	Guerrero	57
Chatinos	Oaxaca	56
Choles	Chiapas	56
Indígenas	Nivel Nacional	55
Zoques	Chiapas	54
Tzeltales	Chiapas	53
Mixes	Oaxaca	53
Zapotecos	Oaxaca	51
Chinantecos	Oaxaca	46
Mayas	Campeche, Yucatán, Q. Roo	35
Nacional	Población general	35

Fuente: Patricia Fernández Ham "La mortalidad infantil en la población indígena. Atrazo y contrastes", DEMOS, México, 1994 (pp. 12-13).

Caso contrario, observamos que los municipios de la Península de Yucatán (Quintana Roo, Campeche y Yucatán), con 70% o más de población indígena, presentan un nivel de desarrollo económico y social más avanzado y, por lo tanto, con menores niveles de marginación, si se les compara con los municipios anteriormente mencionados (los de Oaxaca, Chiapas y Guerrero). Tal diferencia económico-social define en el sur a 2 regiones del país claramente caracterizadas por su desarrollo. La región de la Península de Yucatán y la del Suroeste de México.¹⁰ En la región de la Península, el nivel de desarrollo económico ha facilitado la penetración de la planificación familiar, inclusive en los municipios indígenas. Esta población ha adoptado poco a poco las ideas principales de la planeación de las familias y sus niveles de fecundidad son menores que en la población indígena de Guerrero, Oaxaca y Chiapas. Esto último no se ha medido en términos de técnicas demográficas, pero se intuye y deduce a través de la infraestructura en salud y la implementación de los programas institucionales de salud reproductiva, que se plantean como meta

equis número de usuarias de anticonceptivos, equis número de vasectomías y salpingoclasias, equis número de pláticas sobre el control natal, etc. Tales métodos han sido más efectivos en la población maya de la Península de Yucatán, que en la población indígena (pluriétnica y altamente marginada) de Oaxaca, Guerrero y Chiapas.

Lo anterior tiene que ver con el acceso a los medios de comunicación, pero también con aspectos de tipo cultural, de lucha histórica, de resistencia cultural como mecanismo de sobrevivencia como sociedad con características culturales específicas. Sin embargo, a causa de las condiciones en las que viven los indígenas, se deduce que existe una mortalidad materna más elevada que en la población mestiza.

En el municipio de Xochistlahuaca, Guerrero, se observa una “tasa de mortalidad materna de 16 por cada mil embarazos, en 1990”,¹¹ lo cual se debe a que en esa zona indígena:

un 80% de partos están al cuidado de parturientas empíricas, donde las mujeres sufren de una desnutrición elevada... y habitan en lugares donde no hay servicios de salud, ni buenas vías de comunicación y transporte, haciendo más difícil la atención especializada y competente para resolver los riesgos de la maternidad.¹²

¿Resistencia indígena ante los programas de planificación familiar?

Los indígenas en América Latina han logrado preservarse como sociedades culturalmente diferenciadas debido a una lucha permanente, cotidiana y siempre al alba de sus depredadores, de sus (neo)colonizadores.

Existe una confrontación histórica entre indígenas y no indígenas. Lo cual se manifiesta de manera clara en la relación entre gobierno y pueblo indígena: este último duda de manera permanente de las bondades de los programas oficiales. Un ejemplo de la manera en que los indígenas perciben los programas de descenso de la fecundidad es el siguiente: en 1992, en San Cristóbal de las Casas, tuvo lugar un “Encuentro de mayas tzotziles, tzeltales, choles y zoques”; dos de los acuerdos finales que rescatamos aquí con fin de análisis, son:

8.- La política de natalidad que pone su dedo en la población indígena **es de dudosa intención...** ¿No será que quiere que seamos menos para que tengamos menos fuerza?... nos pronunciamos en contra de los procedimientos que el sector salud emplea para controlar el crecimiento de la población, sobre todo aquél en donde programan **sesiones masivas de... liga de trompas...**

9.- La planificación familiar únicamente es una opción para nosotros cuando se haya explicado a nuestros pueblos sus pro y sus contras; nunca deberá ser obligatoria.¹³

Tal declaración nos conmina a preguntarnos: ¿hasta qué punto la penetración del programa de planificación familiar ha sido objeto de rechazo o una resistencia consciente por parte de los mayas de Chiapas? Nos invita también a conocer la postura que guardan otros grupos indígenas del sur de México, frente al programa de planificación familiar. En la declaración mencionada, los indígenas manifiestan su rechazo, no exactamente a la planificación familiar, sino, sobre todo, a los mecanismos que se utilizan para introducir tales programas. De la misma manera que rechazan la forma en que el sector salud introduce la medicina moderna en las comunidades indígenas.

Oettinger plantea que a las comunidades indígenas llegan elementos externos a su cultura, lo cual hace necesaria la implementación de ciertos filtros,¹⁴ ya que existen formas particulares de pensar, de ser, de afirmar la realidad indígena, que pudieran, en determinado momento, amenazar su identidad.

La planificación familiar ha sido casi un sinónimo de control de nacimientos en las poblaciones indígenas. Los programas de salud reproductiva han estado más orientados a la disminución de la fecundidad, que los programas básicos de salud que afligen a los pueblos indígenas. Los programas de salud reproductiva han sido creados fuera de las comunidades indígenas y, en consecuencia, no consideran las prioridades de aquellas. Las altas tasas de mortalidad infantil (por enfermedades prevenibles) y las altas tasas de mortalidad materna, que caracterizan en general a las comunidades indígenas, son desplazadas al priorizar el programa de salud reproductiva.

Es importante señalar, el hecho de que los programas gubernamentales son percibidos –generalmente– en las comunidades indígenas como elementos ajenos e, inclusive, impuestos desde el exterior; es evidente que chocan con la realidad indígena, la cual difiere en múltiples aspectos de la mestiza.

La reproducción humana para los indígenas tiene una significación diferente de aquella mestiza: significación profunda en su base cosmológica y, por consecuencia, filosófica y ontológica. De ahí sus prácticas, ritos y mitos sobre la fecundidad. El aspecto religioso de la fecundidad no es tomado en consideración durante la elaboración y aplicación de los programas de salud reproductiva. Existe, ya sea ignorancia o, inclusive, negligencia por parte de las autoridades de salud; se llega, incluso, al grado de pretender “promover el desarrollo de una nueva cultura

en salud reproductiva” en la población de comunidades indígenas prioritarias.¹⁵

¿Por qué promover una nueva cultura en materia de reproducción en las poblaciones indígenas mexicanas? ¿Qué implica para los y las indígenas la adquisición de nuevas formas de concebir la fecundidad?

Aun si los indígenas no conocen, por lo general, estos programas, escritos en español, saben, en todo caso, que su cultura no es respetada. Tal negligencia genera mecanismos de rechazo a los programas de salud en las comunidades indígenas, con mayor notoriedad cuando los objetivos son aplicados de manera coercitiva, como en el caso de las “esterilizaciones forzadas”.

Durante el congreso latinoamericano indígena, que tuvo lugar en mayo del 2001 en Panamá, se tomaron varios acuerdos. En lo que concierne al control de la natalidad, los indígenas votaron contra las esterilizaciones forzadas aplicadas en las poblaciones indígenas de América Latina,¹⁶ lo cual permite entrever que no se trata de un problema exclusivo de México, sino quizá de una política orquestada al nivel del continente americano, y dirigida hacia las poblaciones indígenas. Un ejemplo de tales prácticas cotidianas del sector salud en las comunidades indígenas, fue presentada a manera de denuncia por hombres y mujeres mixtecos de Guerrero, a quienes el sector salud esterilizó a cambio de la promesa de cubrirles ciertas necesidades elementales inmediatas: calzado, vestido, despensa y la promesa de una pensión de 300 pesos al mes. Promesas incumplidas, esterilizaciones efectuadas. En la zona de la mixteca guerrerense, se prefiere que el sector salud no se acerque a las comunidades, ya que se les engaña. El caso de “las esterilizaciones forzadas” se encuentra actualmente (2004), en foros nacionales e internacionales de denuncia y en la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

Con balas, bombas, granadas, paramilitares, **esterilización forzada**, secuestro y tráfico de infantes, deterioro del medio ambiente, asfixia cultural, y, sobre todo, con olvido, los indígenas mexicanos son aniquilados en una guerra cuya intensidad en los medios de comunicación sube y baja, pero es constante e inexorable en la cuota de muerte y destrucción que cobra en la realidad chiapaneca.¹⁷

Pareciera que los hombres y las mujeres indígenas son vistos como meros instrumentos para reducir los números que alarman a los que gobiernan el mundo.

Otro ejemplo de las esterilizaciones masivas, es el de mujeres amuzgas de Guerrero: cada sábado en la mañana, 20 mujeres eran conducidas en un autobús oficial del Seguro Social, a una clínica en Acapulco. En la tarde retornaban a sus comunidades, esterilizadas. El sector salud cum-

ple sus metas. Los casos aquí mencionados son algunos cuantos, la mayoría de ellos, sin embargo, no se denuncian ni se dan a conocer.

El programa de planificación familiar toca fondo con tales prácticas que permiten entrever una falta de sensibilidad y de ética pública; tal política debe ser revisada y reorientada.

En 1982 la esterilización femenina llegaba al 13 por ciento de mujeres unidas (nivel nacional) contra el 3% en 1976... la mayor parte de las operaciones tienen lugar en las instituciones públicas, sobre todo en el Instituto Mexicano del Seguro Social.¹⁸

Las campañas de esterilización femenina muestran la determinación con la cual la planificación familiar se desarrolla en México. Pero los programas se han alejado de los objetivos de la planificación demográfica y de los conceptos que la legitiman. Ahora que la justificación de la política de población se expresa en términos de satisfacción de las necesidades y de la repartición igualitaria de beneficios del desarrollo económico y social, se presencia la puesta en marcha de una política médica que se apoya en métodos definitivos en el caso de la esterilización. Los programas se dirigen de preferencia a las mujeres con alta fecundidad a las cuales se ofrece un medio rápido de poner fin a su período de procreación.¹⁹

Tal aserción fue hecha en los años ochenta (siglo XX); sin embargo, permanece actual, ya que, lejos de reorientar el programa de planificación familiar, la práctica de la esterilización se ha acentuado. Para el año 1997, según la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, el 44.7% de usuarias de métodos anticonceptivos en edad reproductiva, se había sometido a la “operación femenina”. De tal manera que, el método anticonceptivo más practicado e inducido oficialmente en México, es la salpingoclasia.

La planificación familiar no es aceptada en todas las poblaciones indígenas de México; sin embargo, para saber en cuáles y en qué medida existe tal aceptación, o cuáles son las causas del rechazo, o cómo es retomada la idea del control de nacimientos, se requiere de estudios *in situ*, a través de entrevistas realizadas a mujeres y hombres indígenas, a las autoridades de cada comunidad, a las parteras, a los curanderos, directamente en las comunidades indígenas.

Los componentes de la medicina tradicional y su relación con la fecundidad, es una línea de investigación que surge apenas en México, al seno de la incipiente “demografía indígena”, por lo cual los resultados comienzan apenas a conocerse, en una interesante fusión de disciplinas académicas: la etnografía y la demografía, que tiene como objeto el estudio de la demografía en las diferentes etnias del país.

Visión oficial

versus visión indígena

Los programas de salud reproductiva reflejan ignorancia oficial –o apatía– acerca de la manera de pensar, ser y actuar de los y las indígenas respecto a la fecundidad.

- a) Por ejemplo, en varias etnias –y no tan sólo en la región sur de México, inclusive en América central y Sudamérica– al nacer el bebé es ofrecido a “La Madre Tierra”, en un sencillo pero fundamental ritual, que implica *una relación mítica entre fertilidad de la tierra y fecundidad humana*, que representa, finalmente, el ciclo de la reproducción de la vida. Como contraparte, en los hospitales oficiales, al nacer el bebé es alejado de su madre, y por lo general se baña.
- b) En el mundo indígena *el ombligo y la placenta* son enterrados en el campo de siembra o dentro del hogar, o lavados en las aguas del río, mar o manantial, o colgados en los árboles, o incinerados con carbón, para luego esparcir las cenizas en el campo de siembra. Siempre como ofrenda a los dioses que moran en la naturaleza, como símbolo de reciprocidad entre la naturaleza y el ser humano. En los hospitales, no se sabe a ciencia cierta qué se hace con la placenta (quizá la vendan para hacer cosméticos).
- c) En el mundo indígena la mujer es *atendida al momento de parir* por la comadrona o partera que da masajes en la espalda y cadera de la mujer para ayudar a parir, en la posición de cuclillas o parada, lo cual facilita, por gravedad, el nacimiento. En tanto, en los hospitales la mujer es atendida por el ginecólogo. Ahí la mujer no tiene opción: es acostada, atada de los tobillos, a veces de las manos también, los muslos en alto, favoreciendo tal posición al médico, para recibir al bebé. Esta práctica está llena de incomprensión hacia las mujeres indígenas.
- d) En el mundo indígena *el concepto de salud y enfermedad* no es uno solo. Se trata de un conjunto de saberes basados en la herbolaria principalmente. Se toma en forma directa de la naturaleza aquello que restaurará el *equilibrio* perdido en el cuerpo humano; si existe enfermedad se debe a que se ha roto el equilibrio (la armonía) en el cuerpo.
- e) En el mundo indígena la medicina está basada, primordialmente, en la *utilización de hierbas*. Lo cual se aplica al igual que los *masajes* y el *temazcal* (baño de vapor), en diversas etapas del proceso reproductivo en la mujer. En los hospitales y al salir de éste, la medicina aplicada es alópata.

- f) No existe una sola persona para ejercer el oficio de curar, como en el caso de los *médicos*. Existen especialistas (*hueseros, chamanes, parteras, sopladores, sobadores*).
- g) El *mundo indígena es dual*. En cuanto a la medicina tradicional, este concepto dual se representa por lo caliente y lo frío; el embarazo es concebido como una “enfermedad” caliente.
- h) En el mundo indígena *la reproducción de la vida* corresponde a un orden natural, pero también divino. Natural en tanto se le visualiza y asemeja con el proceso de fertilidad de la Tierra (de ahí los rituales respectivos), la Madre Tierra, que, a su vez, alimenta y procrea a los otros seres vivientes. Por ello, el acto de reproducirse es del orden divino, en tanto los dioses están presentes durante el embarazo, el parto y el resto de la vida del nuevo ser. De ahí la importancia de los rituales de ofrenda, de sacrificios y de compromisos con las deidades respectivas.
- i) Existe un rico y complejo *sincretismo religioso* indígena (producto principalmente de la fusión del catolicismo y de la cosmovisión indígena).
- j) Por otra parte, existe, las más de las veces, un complejo de superioridad en los que atienden a las indígenas, tratándolas como seres inferiores e ignorantes. Barrera que se acentúa porque los idiomas que se hablan son diferentes. Existe, finalmente, una incompreensión mutua.

Como esta semblanza, existe un abanico de prácticas y costumbres que conllevan en el mundo indígena formas particulares de concebir la fecundidad. En cada etnia –y más aún en cada comunidad indígena– las prácticas de la fecundidad son particulares. Lo cual nos lleva a la deducción de que la fecundidad indígena en México no es homogénea.

Sin embargo, lo anteriormente expuesto, son prácticas comunes en lo medular, que de alguna manera u otra (con sus variantes), se realizan hoy día en las poblaciones indígenas del sur de México, lo cual se comprende por su origen prehispánico común. Cabe aclarar también que, cada vez más, tales prácticas se mezclan o se resintetizan con aquellas observadas en el mundo mestizo (y, por lo tanto, occidentalizado), en un mundo cambiante y de fuerte influencia mestiza. Esto permite visualizar a las poblaciones indígenas como entes mutables, pero, al mismo tiempo, –según vimos en el punto cinco de este artículo– conscientes de su pasado histórico y de su presencia actual en el pluriculturalismo del planeta.

Las prácticas de la fecundidad indígena varían, por lo tanto, en grado y forma según el nivel de desarrollo y la ubicación de la comunidad res-

pecto a los centros concentradores de servicios (salud, comunicación, agua, electricidad, etcétera), pero también dependen, en cierta medida, del arraigo de la costumbre o tradición.

Se observan semejanzas en ciertas prácticas con la labor que realizan las parteras mestizas en las zonas rurales o menos desarrolladas del país: preparan té de hierbas cultivadas en la región o en traspatio para detener la hemorragia posparto, cortan el cordón umbilical con cuchillo (o bien tijeras comunes), cosen con hilo y aguja de coser tela, hierven agua para preparar a la parturienta.²⁰

¿Qué hacer frente al choque cultural *producto de concepciones divergentes?*

Tal parece que la incompreensión oficial de lo que es el mundo indígena, conlleva a la imposición de una nueva cultura en materia de fecundidad, lo cual es delicado, ya que implica una trasgresión de los límites de tolerancia que debieran existir entre culturas diferentes.

Si las concepciones y las prácticas en torno a la fecundidad son divergentes, entre indígenas y mestizos, existe entonces un choque cultural que se convierte en una barrera desde la concepción, el diseño y hasta la implementación de los programas de salud reproductiva en las comunidades indígenas. De ahí surgen las siguientes observaciones:

- 1.- El diseño de los programas de salud reproductiva debe tomar en cuenta los *conceptos y prácticas* en torno a la reproducción humana, inherentes a las sociedades indígenas.
- 2.- El diseño de los programas debe considerar la *confrontación histórica* entre indígenas y mestizos, misma que conlleva un rechazo (o al menos desconfianza) a las propuestas ajenas.
- 3.- ¿Les interesa a los indígenas la salud reproductiva? Existe un desconocimiento sobre el tema, pero la práctica oficial de salud reproductiva ha reducido bastante el descenso de la fecundidad. Los médicos y prestadores de servicio social del sector salud, tienen que cumplir metas de un número equis mujeres ligadas al mes, de cesáreas, de vasectomías, o, al menos, de nuevas usuarias de anticonceptivos (hoy en día se promueve la “píldora del siguiente día”).

Sin embargo, el mundo actual tiene todavía que aprender sobre prácticas ancestrales que implican una profunda visión sobre la vida, el universo y el ser humano. Se empieza a reconocer el conocimiento antiguo o ancestral, aunque de manera incipiente y no del todo altruista. Veamos el si-

guiente ejemplo: la Secretaría de Salud y el IMSS dan cursos a parteras rurales y semiurbanas. Tales cursos consisten en información sobre cómo reducir la mortalidad materna e infantil con prácticas de higiene y ciertas recomendaciones a la hora del parto; inclusive se les ha entregado un pequeño botiquín para auxiliarse en la labor, lo cual es de beneficio para la comunidad. Sin embargo, y sin hacer a un lado la obsesión de la reducción de la natalidad, se les entregan paquetes de pastillas anticonceptivas, inyecciones y dispositivos intrauterinos para colocarlos en mujeres de sus comunidades.²¹

Las sociedades indígenas son las más pobres en términos económicos y sociales, no obstante, son ricas en filosofía sobre la vida y la naturaleza, algo que el hombre occidentalizado ha olvidado en aras de su individualismo y de su corta y muy pragmática forma de ver la vida.

La política de población en México y, por ende, los programas de salud reproductiva, deben voltear su rostro y su entendimiento hacia el mundo indígena, a fin de lograr, al menos, lo que marca el Reglamento de Población vigente, en su sección III, Artículo 25:

Los programas de población establecerán estrategias adecuadas a las características culturales, sociales, económicas y demográficas de los grupos indígenas y de la población marginada, *con el fin de impulsar su bienestar*.

Si antes de diseñar los programas de población se conociera el punto de vista (concepciones, prácticas, e intereses) de los indígenas, seguramente habría aceptación y comprensión mutua.

Es posible la creación de centros de salud para la población indígena, donde se tomen en cuenta las características culturales *bis a bis* su fecundidad. En Tapachula, Chiapas, se creó un centro de salud con tal visión, hace aproximadamente diez años. La experiencia es muy interesante, ya que los indígenas enfermos llegan al centro de salud y son atendidos primeramente por especialistas indígenas (sobadores, curanderos, parteras, pulsadores, chamanes), según sea el mal. Después de haber sido atendidos conforme a su costumbre, si el desequilibrio (enfermedad) persiste, pasan entonces con el médico. De tal manera que, por un lado se observan y respetan las prácticas de salud indígena, y, por otro lado, la infraestructura y el conocimiento mestizo se aplican en las etapas de curación en que son realmente necesarias.

Así, formas divergentes de concebir la salud y, específicamente, la fecundidad, unen esfuerzos, borran barreras y logran una práctica complementaria, incluyente y respetuosa.

En el Foro de Mujeres indígenas llevado a cabo en Chilpancingo, Guerrero, mujeres de esa entidad y de Oaxaca, Veracruz, estado de México y Distrito Federal, llegaron a las conclusiones siguientes respecto a la salud:

Se exige capacitación y profesionalización –de las parteras- así como un estímulo económico, como reconocimiento de su aportación histórica”. Llamaron a las distintas autoridades para que respeten “las formas propias en que la mujer decida parir, además de que las mujeres indígenas parteras, tengan derecho de entrar al centro de salud y hospitales para atender junto con el médico.²²

Ante la necesidad de crear centros de asistencia (salud) en comunidades indígenas, podría rescatarse la experiencia de Tapachula, evaluar sus logros e implementar otros centros de semejantes, bajo esa interesante y eficiente perspectiva, que implica el entendimiento entre culturas diferentes.

A manera de conclusión: la pluralidad cultural existente en la región sur de México, y sus respectivas especificidades, nos conminan a entender que no existe una sola forma de concebir la fecundidad, por el contrario, existen diversas maneras de pensar y actuar frente a la reproducción humana.

De ahí la necesidad de que los programas oficiales relacionados con la fecundidad reorienten ciertos conceptos y prácticas acordes a las necesidades y a la(s) realidad(es) indígena(s) mexicana(s).

El programa de planificación familiar y las consecuentes prácticas del sector salud en las comunidades indígenas, no deben reducirse –casi en exclusivo como hasta ahora en la mayoría de los casos– al obsesivo descenso de la natalidad.

La salud reproductiva en México implementada en las comunidades indígenas debe respetar la especificidad cultural, la riqueza y el bagaje histórico de raíces ancestrales. Desde tal perspectiva, la política poblacional conllevaría una nueva forma de acercarse y cumplir lo emanado en la Ley de Población, una forma tolerante y quizá más eficaz en las comunidades indígenas de México (lo cual podría retomarse como ejemplo para el resto de la América Latina indígena).

Notas y referencias bibliográficas

1. Figueroa, Beatriz, *Relaciones del registro tardío de nacimientos con la condición de legitimidad y el tipo de unión de los padres*, Revista Demografía y Economía, Vol. XVIII No. 3(59), México, 1984, p. 334.
2. En la tesis doctoral “*La fecundidad en las poblaciones indígenas del sur de México. 1970-1990*”, de Gabriela Barroso, se profundiza en cada uno los aspectos analizados en el presente artículo. Tesis a editarse próximamente a manera de libro.
3. El concepto de “*salud reproductiva*” es un concepto oficial que implica los mecanismos que el sector salud aplica en las comunidades y ciudades como producto de los proyectos específicos relacionados con la reproducción humana. En México, la práctica de la salud reproductiva se ha reducido bastante al control natal.
4. La fecundidad en términos demográficos es el número de hijos que tiene una mujer a lo largo de su vida reproductiva (es decir, en el intervalo de 12 ó 15 a 45 años).
5. Cosío Zavala, María Eugenia. *Changements de fécondité au Mexique et politiques de population*, Ediciones L'Harmattan/Institut des Hautes Etudes de l'Amerique Latine, Paris, Francia, 1994, p. 104.
6. Ídem, p. 109.
7. *Op. Cit.* Cosío Zavala, *Changements...* p. 17
8. Paulina Ríos Olivera. *Con desnutrición, cuatro de cada diez menores indígenas corresponsal para CIMAC*, Oaxaca, 04 diciembre 2002.
<http://www.cimacnoticias.com/temas/pueblos>
9. Concepción López Silva. *Parteras y promotoras rurales de salud en la zona Selva de Chiapas*, en: Cuadernos de trabajo GRIMAP Número 6, Chiapas, mayo 1999, p. 6.
10. Delgadillo Javier y Felipe Torres, *Geografía Regional de México*, Editorial Trillas, México, 1998, p. 36.
11. Villegas Arizon, Ascencio *et al.*, *Estimación de riesgo materno y perinatal en área suburbana de Acapulco, Guerrero* en *Maternidad sin riesgos* en Guerrero, Editorial Fondation MacArthur y UNICEF, México, 1996, p. 66.
12. Loza Teresa, *Atención de la Mujer en Guerrero* en: *Maternidad sin riesgos...* *Op.cit.*, p. 128.
13. Documento Final del *Encuentro de escritores mayas y zoques*, San Cristóbal de las Casas, 25-27 septiembre 1992. Artículo publicado en *Ojarasca*, núm. 14-15, diciembre 1992 / enero 1993, México.
14. Oettigner, Marion. *Una comunidad tlapaneca. Sus linderos sociales y territoriales*, INI, México, 1980, 338 pp.
15. *País con Chiapas*, Programa derivado del Programa Nacional de Población 1995-2001, la SRE y el CONAPO, en colaboración con el Fondo de Población

- ción de las Naciones Unidas. Se refiere a las comunidades elegidas, donde el 74% o más de la población habla lengua indígena.
16. Angulo, Juan. "Los mexicanos en Estados Unidos", *La Jornada del Sur*, 13 de mayo de 2001, Guerrero, México, p. 23.
 17. Barreda, Armando *et al.* *No traigo cash* Editorial del Frente Zapatista de Liberación Nacional, D.F., México, 2001. Cita que retoma del Subcomandante Marcos, carta Nov. 1999, p. 27 (subrayado por Barroso).
 18. *Op. cit.* Cosío Zavala, *Changements...* p. 156.
 19. *Ídem.*
 20. Maganda Santiago, Raquel. *Parteras, una ocupación mal retribuida, pero necesaria*, *El Sur*, número 2415, día 9 de marzo de 2004, Acapulco, México, p. 24.
 21. Maganda Santiago, Raquel. *Reconocen las instituciones de salud la importancia de las parteras empíricas*, *El Sur*, número 2415, 9 de marzo de 2004, Acapulco, México, p. 24.
 22. Teresa de la Cruz. *Alto a la discriminación y la salida del ejército de las comunidades...* Foro de Mujeres Indígenas. 8 de marzo de 2004, Chilpancingo. Guerrero, México. *El Sur*, 9 de marzo de 2004, p. 14.

Bibliografía

- Aguirre, A. (1995). *Guerrero, economía campesina y capitalismo*, México, UAGro, 262 pp.
- Aguirre, B. (1973). *Teoría y práctica de la educación indígena*, México, SEP-setentas, No. 64, 283 pp.
- *et al.* (1971). *¿Ha fracasado el indigenismo? Reportaje de una controversia*, México, SEP-setentas No. 9, 247 pp.
- Angulo, J. (2001). "Los mexicanos en Estados Unidos", en: *La Jornada del Sur*, 13 de mayo, Guerrero, México, p. 23.
- Arellano, J. (1994) "Hacia una interpretación de la resistencia y lucha indígena", en: *Momento Económico # 72*, UNAM, México.
- Arias, J.(1993). *Encuentro de escritores mayas y zoques*, en: *Ojarasca*, número 14-15, Instituto Nacional Indigenista, México.
- Barreda, A. *et al.* (2001). *No traigo cash*, FZLN, México, 315 pp.
- Barroso, G. (2004). *Hacia un análisis demográfico regional*, UAGro (en imprenta), México, 123 pp.
- (2003). "La fécondité dans les populations indigènes du sud du Mexique", Tesis doctoral. Aprobada para su publicación en la editorial de la UAGro.
- (2004). Compiladora "Migración indígena y afroestiza de Guerrero", CONACYT, Gobierno del estado de Guerrero y Universidad Autónoma de Guerrero.
- (2003) *et al.* "Los mixtecos en Acapulco. El caso de la colonia la Chinameca", en *Ciencia*, UAGro. Época II, número 11, abril.

- Benitez, R. *et al.* (1994). "Políticas de población en Centroamérica, el Caribe y México" UNAM, INAP, PROLAP. México, 595 pp.
- Boccaro, M. (1995). *Los mayas. La pasión por los antepasados, el deseo de perdurar*, Grijalbo, México.
- Canabal, B. *et al.* (2001) *Los caminos de la montaña. Formas de reproducción social en la Montaña de Guerrero*. CIESAS, Porrúa, UAM, México, 295 pp.
- CONAPO Estimaciones sobre población, con base en Censo de Población y Vivienda México 2000 y la muestra del Censo. Página web de Internet.
- Consejo Guerrerense 500 años de Resistencia Indígena (1996). 18 de enero, Guerrero, *La Jornada*, p. 24.
- Collier, G (1994). "The New Politics of Exclusion: Antecedents to the Rebellion in Mexico", *Dialectical Anthropology*, Vol. 19, No.1, May, Kluwer Academic Publishers, 44 pp.
- Cornejo, S. (1994). "Chiapas en la economía nacional", en: *Momento Económico* No. 72, UNAM.
- Cosío-Zavala, M.E. (2000). "Inégalités économiques et sociales et transitions de la fécondité en Amérique Latine", *Chaire Quetelet*, en: Louvain-la-Neuve, Belgique.
- (1994). *Changements de fécondité au Mexique et politiques de population*, Editions L'Harmattan / Editons de l'Institut des Hautes Etudes de l'Amérique Latine, Paris, 256 pp.
- Chávez, M. *et al.* (1994) "Chiapas datos para su análisis", *Momento Económico*, UNAM, No. 72, marzo, México.
- De la Cruz, T. (2004) "Alto a la discriminación y la salida del ejército de las comunidades...", en: Foro de Mujeres Indígenas, 8 de marzo de 2004, Guerrero, México, en: *Sur*, 9 de marzo, p. 14.
- Delgadillo, J. y Torres, F. (1998). *Geografía regional de México*, Trillas, México, 225 pp.
- De Vos J. (1997). *Historia de los pueblos indígenas de México. Vivir en frontera. La experiencia de los indios de Chiapas*, CIESAS-INI, México.
- "Encuentro de Escritores mayas y zoques". Documento Final, San Cristóbal de las Casas, 25-27 septiembre de 1992, en: *Ojarasca* número 14-15, diciembre 1992 / enero 1993, México.
- Enríquez F. (1995). *La matanza de Coyuca*, Planeta, México, 235 pp.
- Fernández P. (1994). "La mortalidad infantil en la población indígena. Atraso y contrastes", *DEMOS*, México, p. 12.
- Figuroa B. (1998). "El registro extemporáneo de los nacimientos. Una fuente desatendida", *DEMOS*, México, p. 35.
- (1999). "Nacimientos por entidad federativa de residencia habitual de la madre y sexo del registrado, según edad del registrado", *Statistiques démographiques, Cahier sur la Population # 10*, INEGI Dirección general de estadísticas demográficas y sociales, México.
- Gilly, A. (1998). "Le grand vent du sud", en: *Volcans*, México, octubre 1998.
- González y González, L. (1996). "Suave Matria", *Nexos*, Año IX, Tomo IX, Número 108, México, diciembre.

- Guiheneuf, P. (1983) *Savoirs familiaux et connaissances scientifiques*, Angers, Francia, 126 pp.
- Holian, J. "The fertility of Mayas and Ladinos Women", in *Reserch Reports and Notes*, Cuyahoga Community College, Cleveland, pp. 87-103.
- INEGI (1990). "Oaxaca: hablantes de lengua indígena", Perfil socio-demográfico. Censo de Población 1990, México.
- INEGI, SAIC (1995). Censo económico de México, Sistema Automatizado.
- INEGI (2000). Censo de Población y vivienda, México.
- Jiménez, O. (1994). "Cincuenta años de mortalidad o el resultado de la desigualdad social", en: *DEMOS*, México.
- Langer, A. *et al.* (1994). "Mortalidad materna, niveles, tendencias y diferenciales", en: *DEMOS*, México.
- Lasso, F. (1998). "Diagnóstico de salud del estado de Guerrero", Programas Educativos, México, 131 pp.
- Lestage, F. (1999). *Naissance et petite enfance dans les Andes péruviennes. Pratiques, rites, représentations*. Edition L'Harmattan, France, 300 pp.
- León-Portilla, M. *Nuevas aportaciones sobre el tema del tiempo entre los mayas*. Instituto de Investigaciones Históricas, UNAM, México.
- Locoh, Th. (1996). "Transition démographique et changements sociaux dans le tiers monde" ORSTOM: *Les changements Démographiques dans le monde contemporain en développement*, Paris, Editons de l'OSRTOM, pp.205-233.
- López, C. (1999). "Parteras y promotoras rurales de salud en la zona Selva de Chiapas", en *Cuadernos de trabajo GRIMAP*, número 6, mayo, 115 pp.
- Loza, T. (1996). "Atención de la Mujer en Guerrero", en: *Maternidad sin riesgos en Guerrero*. MacArthurFoundation y UNICEF, México, 227 pp.
- Lupo, A. (1995). *La tierra nos escucha*, serie Presencias No. 69, INI-CONACURT, México, 320 pp.
- Luxton, R. y Balam, P. (1995). *Sueño del camino maya*, México, FCE.
- Manrique, C. (1994). *La población indígena mexicana*, INAH, INEGI, IIS-UNAM, México, 98 pp.
- Malthus, T.R. (1978). *Essai sur le principe de population*, en: *Demografía clásica*, Londres.
- Montealegre, R. et al. (1996). "La maternidad en las mujeres indígenas de la montaña de Guerrero", en: *Maternidad sin riesgos en Guerrero*. MacArthur Foundation y UNICEF, México, 227 pp.
- Neff, F. (1994). *El rayo y el arcoiris. Fiestas de los pueblos indígenas*, INI-SEDESOL, México, 119 pp.
- Oettigner, M. (1980). *Una comunidad tlapaneca. Sus linderos sociales y territoriales*, INI, México, 338 pp.
- País con Chiapas, Programa derivado del: PNP 1995-2001, la SRE y el CONAPO, y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (2000).
- Paz, G. (1994). "La fecundidad en el ámbito estatal de 1990", *DEMOS*, México.
- Paz, O. (1995). "Reflexiones de un intruso", en: *Los mayas. La pasión por los antepasados, el deseo de perdurar*, Grijalbo, México.

- Ramírez, J. *et al.* (1994). "La desnutrición, causa principal de la muerte", *Proceso*, número 904, México.
- Redfield, R. *et al.* "Notes on the Ethnography of Tzeltal Communities of Chiapas", *Contributions to American Anthropology and History*, No. 28
- Rodríguez, M. (1996). "La necesidad de la conciencia y la socioculturalización de la práctica médica" en La maternidad en las mujeres indígenas de la montaña de Guerrero" en "Maternidad sin riesgos en Guerrero" MacArthur Foundation y UNICEF, México, 227 pp.
- Safilios-Rothschild, C. (1985). "A Class and Sex Stratification. Theoretical Model and its Relevance for Fertility Trends in the Developing World" in Höhn C. and Mackensen R. (eds), 1982. *The Status of Women and Fertility in the Third-World in the 1970-1980 Decade*. The Population, Center for Policy Studies, Working Papers, No.118, November.
- Sandoval, A. (2000). "Los pueblos indígenas y las políticas de población", en: Reunión Internacional sobre Dinámicas de la Población Indígena" CIESAS, México, 16-18 mayo, 15 pp.
- Santiago, R. (2004). "*Parteras, una ocupación mal retribuida, pero necesaria*", en: *Sur*, número 2,415, 9 de marzo, Guerrero, México. p. 24.
- SEMARNAP, Información automatizada sobre agricultura, ganadería y pesca en la región sur de México (2003).
- Tabutin, D. (2000). *Les limites de la théorie classique de la transition démographique pour l'Occident du XIX^e siècle et le Tiers-Monde actuel*, Département de Démographie de l'Université Catholique de Louvain la Neuve, Belgique, 2000, Working-Paper # 122.
- (1992). *Indicateurs démographiques et sociaux pour 115 pays du sud de 1950 à 1990*, Université Louvain la Neuve, Belgique.
- Val del, J. (1994). *Cosmovisión, prácticas jurídicas de los pueblos indios y autonomía*, Instituto Investigaciones Jurídicas, UNAM.
- Valdés, L.M. (2000). "La educación en los pueblos indígenas", en: IV Reunión de Investigación Demográfica en México. 31 julio al 4 agosto. México.
- Villegas, A. *et al.* (1995). "Puestos de salud para mujeres embarazadas en el estado de Guerrero". Informe Técnico Preliminar, Centro de Investigaciones y Enfermedades Tropicales (CIET), México, 1995, 24 pp.
- *et al.* (1996). "Estimación de riesgo materno y perinatal en área suburbana de Acapulco, Guerrero", en: "La maternidad en las mujeres indígenas de la montaña de Guerrero", en: *Maternidad sin riesgos en Guerrero*, MacArthur Foundation y UNICEF, México, 227 pp.
- *et al.* (2000). *Autopsias de muertes maternas en Guerrero* Informe Técnico, Centro de investigaciones y enfermedades tropicales, UAGro, 2000, México, 30 pp.
- Vock, J. (1995). "Demographic Theories and Women's Reproduction Labour" en: Stichter S. y Parpar J.