

La fecundidad indígena en México y Brasil. Visión oficial versus visión indígena ¿dos caminos divergentes, espejos de América Latina? *

Dra. Cristina Gabriela Barroso Calderón*

Palabras claves: fecundidad indígena México Brasil

Resumen

1.- Antecedentes: Poco se ha estudiado en América latina el tema de la fecundidad indígena, sus especificidades así como las políticas y programas que se diseñan desde lo oficial.

2.- Definición del problema: En lo que concierne a la fecundidad indígena en México y Brasil ¿Hasta qué grado las políticas y los programas de planificación familiar, consideran cómo conciben los y las indígenas su reproducción? Existe, desconfianza y/o rechazo por parte de algunas etnias hacia las prácticas que el sector salud implementa en materia de salud reproductiva en sus comunidades.

3.- Objetivo: Contribuir con diferentes elementos, a la reflexión de hasta qué punto las políticas de población y los programas oficiales relacionados con la fecundidad, en el caso específico de México y Brasil, consideran la especificidad cultural y las necesidades propias de las poblaciones indígenas.

4.- Fuentes de datos: CONAPO, Censos de Población, INEGI; Encuestas de fecundidad, PRB, PNUD. .

5.- Metodología: Se realiza un análisis de la evolución de los objetivos de la Ley General de la Población en México y si toman en cuenta a las poblaciones indígenas. Se hace una crítica a la visión y aplicación limitada del Programa de Planificación Familiar en el sentido de que las acciones se han reducido en alto grado, al descenso de la natalidad. Crítica que se extiende al caso de Brasil. Se analizan niveles de fecundidad, pobreza y marginación, mortalidad infantil, mortalidad materna. ¿Existe acaso resistencia indígena ante los programas de planificación familiar en México y Brasil? Se confrontan concepciones y prácticas de la fecundidad, ya que se trata de dos visiones del mundo: la mestiza (filosofía y práctica occidental) y la indígena (con bagaje histórico tipo prehispánico). Se propone la creación y funcionamiento de centros de salud en comunidades indígenas, donde se acepten y practiquen ambas visiones de manera complementaria. Tal propuesta se hace extensiva a México, Brasil y América latina.

* Trabalho apresentado no I Congresso da Associação Latino Americana de População, ALAP, realizado em Caxambú- MG – Brasil, de 18- 20 de Setembro de 2004.

* Dra. en demografía y ciencias sociales por parte de la EHESS, París. Profesora e Investigadora en el CDR de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. Especialidad: demografía indígena. gabarroso@hotmail.com.

La fecundidad indígena en México y Brasil. Visión oficial versus visión indígena ¿dos caminos divergentes, espejos de América Latina? *

Dra. Cristina. Gabriela Barroso Calderón*

1.-Introducción y estructura del trabajo.-

En México no existe fuente confiable alguna para el **estudio demográfico indígena** al nivel municipal, o bien regional (conjunto de municipios) Por ejemplo La Montaña de Guerrero, Los Altos de Chiapas, La Mixteca oaxaqueña. Zonas de municipios con alta 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 al 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 (Figueroa, 1984). Cuestión que escapa también a las Encuestas Nacionales. De tal manera que la fecundidad indígena no puede ser medida sino al través de *encuestas* aplicadas directamente en las comunidades, es decir en estudios de caso.

Tal problemática no es exclusiva de México, de hecho en América latina, los datos de las poblaciones indígenas son poco confiables o, simplemente, no existen. De ahí que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) plantee que “las cifras son difíciles de hallar. De acuerdo con el informe “*Logros y Retos en las Américas*” donde la OPS evalúa este decenio (1995-2004) solamente seis países han propuesto desagregar la información sobre servicios de salud de acuerdo con el grupo étnico: Brasil, Colombia, Ecuador México, Nicaragua y Venezuela”.

A la fecha los únicos datos que pueden trabajarse son aquellos “grossos” es decir que competen a las cifras promedios nacionales. Pero aún en las ciudades o estados más desarrollados, lo indígena está menospreciado y por lo tanto poco estudiado.

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 México y el Brasil¹.

Surgen en ese sentido una serie de inquietudes: ¿Cómo conciben los indígenas su reproducción? ¿qué relación existe entre la naturaleza –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 los programas oficiales de planificación familiar consideran 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

* Trabalho apresentado no I Congresso da Associação Latino Americana de População, ALAP, realizado em Caxambú- MG – Brasil, de 18- 20 de Setembro de 2004.

* Dra. en demografía y ciencias sociales por parte de la EHESS, París. Profesora e Investigadora en el CDR de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. Especialidad: demografía indígena. gabarroso@hotmail.com.

¹ En el sur de México se concentra más del 50% de la población indígena del país (Censo de Población 2000), en tanto en Brasil, la población indígena se encuentra en 24 de los 26 estados. La diversidad étnica esta representa un abanico de culturas en ambos países.

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 trabajo las respuestas a cada aspecto mencionado².

Lo importante es destacar primeramente el hecho de que existe cierto divorcio entre dos esferas. La primera esfera es: lo planteado en la Ley General de Población, el Programa Nacional de Planificación Familiar (con sus proyectos y prácticas concretas que arriban e implementan en las comunidades indígenas).

Y 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 la visión oficial versus la realidad indígena.

En ese sentido, **el objetivo de este trabajo** 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 al 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 las decisiones lo mejor posible, ante un sector poco comprendido desde la esfera gubernamental: las sociedades indígenas, y su respectiva especificidad cultural.

A fin de lograr lo anterior, se ha estructurado el presente trabajo de la siguiente manera. Después de la introducción, en el punto 2 de este trabajo se realiza una vista rápida de la evolución de los objetivos de la **Ley General de la 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 sino en el Reglamento emanado en 1992 (y que rige hasta la fecha).

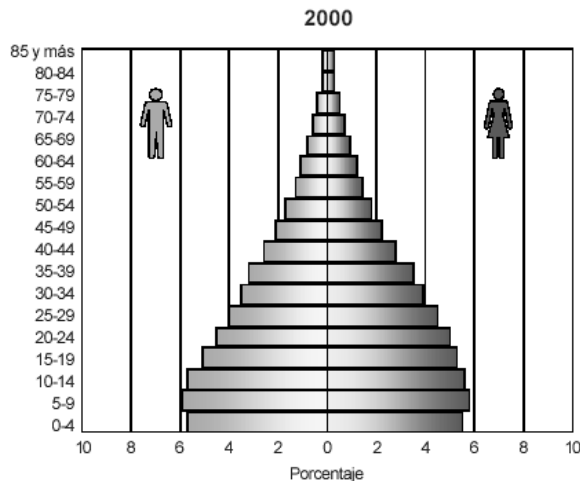
En el punto 3 del trabajo presente, se hace una crítica a la visión y aplicación limitada del programa de planificación familiar y sus proyectos emanados del mismo, en el sentido de que las acciones de planificación familiar se han reducido en alto grado, a la llamada salud reproductiva, enfocada sobre todo al descenso de la natalidad. Vista esta última como una necesidad nacional desde la década de los setentas (siglo XX). Sin embargo, de 1973 al año 2003, el contexto ha cambiado, la estructura por edades (ver pirámide 1) 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.

Se toma como ejemplo de la forma en que arriban los programas de planificación familiar, un Proyecto emanado del programa nacional de población 1995-2001, aplicado en la región Oaxaca, Guerrero y Chiapas. Sin embargo la crítica que se hace es 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. Se realiza un análisis con datos de la incidencia de los programas de salud reproductiva en los niveles de fecundidad en Brasil. Y se compara con el caso México.

² En “La fecundidad en las poblaciones indígenas...”, Barroso profundiza en los aspectos analizados aquí.

En el punto 4 del trabajo se visualizan en un mapa la variación de los niveles de fecundidad según la región de México. En las zonas más pobres, donde se concentra la población indígena, es decir el sur pacífico de México, la fecundidad es más elevada

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.

Se plantea que los niveles de marginación en que viven y se desarrollan los indígenas no favorecen la penetración del programa de planificación familiar. Se muestra también que la mortalidad infantil más elevada se encuentra en las poblaciones indígenas, así como la mortalidad materna. Cuestión que se visualiza también en Brasil.

El punto 5 del trabajo 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 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 otra en el mismo sentido, pero al nivel de organizaciones indígenas de América Latina. Declaraciones donde participan activamente las mujeres indígenas de México y Brasil.

En el punto 6, Visión oficial vs. Visión indígena, se confrontan las dos esferas mencionadas con antelación. Nos permite visualizar como concepciones y prácticas de la fecundidad chocan, 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. E inclusive, se han resintetizado ó fusionado con prácticas del mundo mestizo.

Como este trabajo 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 7, revisar (y/o retomar), la creación y funcionamiento del Centro de salud en Tapachula, Chiapas, México. Donde los y las indígenas son atendidos, en un primer momento, conforme a sus concepciones y prácticas de la fecundidad. Y posteriormente con la medicina moderna. Así mismo se considera la necesidad de la creación de centros de salud en comunidades indígenas, con tal perspectiva.

Se insiste en que tal medida debe ser estudiada por los diferentes gobiernos del Brasil y México mismo como alternativa para una mayor eficiencia y acercamiento entre las dos visiones: la oficial y la indígena.

2.- La Leyes de población y los programas de salud reproductiva en México y Brasil.

Si bien los primeros censos de población tanto en México como en Brasil fueron levantados a finales del siglo XIX (1871 Brasil, 1890 México), la primera Ley de Población en México fue promulgada hasta 1936. La principal característica de esta Ley fue su énfasis en aumentar la fecundidad, disminuir la mortalidad infantil y favorecer la inmigración. En aquél 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”(Cosío, 1994) 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; descender 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”(Cosío, 1984 p. 109). 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)”(Cosío, 1994 p.17). De 1970 a 1990 el índice sintético de fecundidad se redujo de 6.54 hijos por mujer a 3.35

En el caso de Brasil, se observa paralelo a México, un descenso notable de la fecundidad en las últimas décadas. Producto de la política pública de salud reproductiva que ha enfatizado el descenso de la fecundidad. Así, la tasa de fecundidad total en 1960 era de 6,28 hijos por mujer. En 1984 había descendido a 3,53 hijos por mujer (Schooyans, 1994), que para 1994 hubo descendido aún más:2,6.

Una nueva Ley General de Población fue expedida en México el 06 de noviembre de 1996. Cuyos objetivos quedan prácticamente intactos respecto a la Ley de 1976. Las restricciones nuevas se observan en materia de migración. Aproximadamente 90 de los 157 artículos que la componen están dirigidos al aspecto migratorio. Ahí está puesto 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 *a los indígenas por primera vez*. El Reglamento de 1992 y 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 menciona considerar en los programas del Ejecutivo Federal, entre otras áreas, a la *mujer indígena* (sección IV Mujer y equidad de género, artículo 27).

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 ó un vacío, entre el discurso oficial (consideración de las especificidades de la población indígena) y la práctica del sector salud en las comunidades indígenas.

3.- 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 un programa de salud reproductiva aplicado en México, para las poblaciones indígenas de los estados más pobres del país:

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 (los otros estados 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 parte- 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 mexicana en un futuro no muy lejano (en los próximos 4 ó 5 décadas del siglo XXI). Para lo cual no está preparada estratégicamente la sociedad mexicana. Por lo que, ante el ímpetu demográfico actual, el gobierno debiera ya tomar en cuenta la inversión de la pirámide edades que comienza a observarse en la población mexicana.

Respecto a las poblaciones indígenas cabría reflexionar acerca de la necesidad de visualizar políticas regionales, acordes a las necesidades de las zonas indígenas, 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. Por lo que, 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 cuya población es eminentemente indígena). Por lo que, 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 trabajo presente, 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.

Seguramente en Brasil sucede algo semejante: los programas se crean y se aplican desde una postura vertical. Pero además a decir de M. Schooyans (1994, 161) exista violencia estructural en estos programas ya que tratan de aminorar la población indígena al traves de programas de esterilización masiva. La esterilización masiva es aplicada en Brasil a gran escala en los hospitales públicos-lo mismo sucede en México- frecuentados casi exclusivamente por los pobres (Schooyans 1994, 164). “El 72% de ligaduras de trompas son practicadas después de los nacimientos por cesárea...y sin consentimiento de la mujer”. Lo mismo sucede en México y esto se ha convertido en una práctica cotidiana.

4.- 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 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 al través de los medios masivos de comunicación.

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% ó 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 (como veremos más adelante).

“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”(López, 1999).



Caso contrario observamos en los municipios con 70% o más de población indígena de la Península de Yucatán (Q. Roo, Campeche y Yucatán), los cuales 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 (Oax, Chis, Gro). Tal diferencia económica-social define en el sur a 2 regiones del país claramente caracterizadas por su desarrollo (Delgadillo, 1998)³. *En la región de la Península, el nivel de desarrollo económico, ha facilitado la penetración de la planificación familiar inclusive en los municipios indígenas*. Población esta última que ha adoptado poco a poco las ideas principales de la planificación familiar. Y cuyos niveles de fecundidad son menores que en la

³ Delgadillo Javier y Felipe Torres, 1998, *Geografía Regional de México*, Editorial Trillas, México, 1998, página 36

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. Los cuales 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.

Es necesario hacer énfasis en que las enfermedades de la pobreza han crecido en Brasil y en México. Han reaparecido enfermedades consideradas superadas por el desarrollo. Sin embargo, a decir de la OPS, el perfil epidemiológico de la población indígena se asocia con altos niveles de pobreza, desempleo, analfabetismo y otra necesidad básicas.

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. Muchos de los rezagos se concentran en las inadmisibles cifras de mortalidad materna, cáncer de mama y cérvico uterino, enfermedades gastrointestinales y respiratorias, que se presentan especialmente en las mujeres y los niños y niñas indígenas como cobro y efecto de la pobreza y la marginación. Algunos indicadores de salud se presentan en los siguientes cuadros donde podemos comparar el caso de México y el de Brasil. De los cuales se desprenden algunas reflexiones: La tasa global de fecundidad efectivamente ha descendido, ubicándose en 2.3 para Brasil y 3 para México. La tasa de crecimiento presenta un ritmo menor en Brasil que en México. Sin embargo la población en Brasil es mucho mayor que la de México (168 y 99.7 respectivamente). Ver cuadro 1.

Cuadro 1
Datos sociodemográficos de Brasil y México

Región y país	Edad promedio de las mujeres al casarse por primera vez 1985–96 ^b	Densidad de población 1999 ^l	Producto interno bruto per cápita 1997 (US\$) ^m	Índice de desarrollo humano 1997 ⁿ	Tasa global de fecundidad 1995–99 ^o	Tasa de crecimiento de la población (%) 1999 ^p	Población 1999 (en millones) ^q
Brasil	22.6	51	2,107	0.739	2.3	1.5	168
México	20.6	132	1,910 ^t	0.786	3	2.2	99.7

Fuente: PRB, UNICEF, UNDP, UNAIDS. Retomado de <http://www.inforhealth.org/pr/prs>

Por otro lado, la tasa de mortalidad infantil es de 37/1000 en Brasil en tanto en México de 29/1000. Lo cual indica que las condiciones de salud en México son mejores. Sin embargo en las poblaciones indígenas, la TMII es 58% superior a la nacional en México. Lo cual indica que las condiciones de vida y de salud no son deseables. el % de parejas que practican la planificación familiar es elevado en ambos países. Ver cuadro 2

Cuadro 2

Datos sociodemográficos de Brasil y México

Región y país	% de parejas que practican la planificación familiar 1987-97 ^a	Índice de mortalidad materna 1990 ^c	Riesgo de defunción materna en todo el ciclo de vida 1990 ^d 1 in :	Tasa de mortalidad de niños menores de 1 año 1997 ^e	Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años 1997 ^e	% de inscriptos en la escuela secundaria 1990-96	
						F ^g	M ^g
Brasil	77	220	130	37	44	36 ^s	31 ^s
México	67	110	220	29	35	59	58

Fuente: PRB, UNICEF, UNDP, UNAIDS. Retomado de <http://www.infrhealth.org/pr/prs>

5.- ¿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 (y no sin razón) 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 (zotziles, zeltales, choles) y zoques”, dos acuerdos finales que rescatamos aquí con fin de análisis:

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.⁴

Tal declaración nos conmina a preguntarnos: hasta qué punto la penetración del programa de planificación familiar ha sido objeto de rechazo ó una resistencia conciente 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, pero sobretudo 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.

⁴ Documento Final del "Encuentro de Escritores Mayas y Zoques", San Cristóbal de las Casas, 25-27 septiembre 1992. Artículo publicado en "Ojarasca"#14-15, diciembre 92 / enero 93, México.

Oettinger plantea que a las comunidades indígenas llegan elementos externos a su cultura, lo cual hace necesaria la implementación de ciertos filtros, ya que existen formas particulares de pensar, de ser, de afirmar la realidad indígena, que pudieran, en determinado momento, amenazar su identidad (Oettinger, 1980).

La planificación familiar ha sido casi 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 problemas básicos de salud que afligen a los pueblos indígenas. Los programas de salud reproductiva han sido creados fuera de las comunidades indígenas y, por consecuencia, no consideran las prioridades de aquellas. Las altas tasas de mortalidad infantil (por enfermedades prevenibles) y altas tasas de mortalidad materna que caracterizan en general a las comunidades indígenas son desplazados al priorizar el programa de salud reproductiva.

Es importante señalar, el hecho de que los programas gubernamentales son impuestos en las comunidades indígenas. Es evidente que chocan con la realidad indígena, la cual difiere en múltiples aspectos de aquella 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 ó 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 (País con Chiapas, Programa derivado del: PNP 1995-2001, la SRE y el CONAPO, en colaboración con el Fondo de Población de Naciones Unidas). ¿Porqué 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?

Aún 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. Notablemente 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. Lo cual permite entrever, que no se trata de un problema exclusivo de México, pero quizá de una política orquestada al nivel del continente americano, y dirigido hacia las poblaciones indígenas. Un ejemplo de tales prácticas cotidianas del sector salud en las comunidades indígenas, fue presentada 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.”(Barreda, 2001).

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 cumple sus metas. Los casos aquí mencionados son algunos cuantos, la mayoría de los casos 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” (Cosío, 1984, p. 156)

“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” Cosío, 1984, p. 156).

Tal aseveración 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.

Las declaraciones de mujeres indígenas latinoamericanas donde obviamente participan de manera activa mexicanas y brasileñas, hacen un llamado al respeto por los derechos humanos y el rechazo a las esterilizaciones masivas en las poblaciones indígenas:

El Plan de acción con ocasión de la Primera Cumbre de Mujeres Indígenas de las Américas Adoptado en la ciudad de Oaxaca el 4 de Diciembre del 2002, plantea el respeto a la Cosmovisión de los Pueblos Indígenas. A reconocer, respetar y promover la existencia y aplicación milenaria del Derecho Indígena. Al rescate, revalorización y fortalecimiento de la Cosmovisión de los Pueblos Indígenas.

Instamos a las organizaciones de los Pueblos Indígenas, especialmente a las mujeres indígenas, a promover la transmisión intergeneracional de la Cosmovisión Indígena a las nuevas generaciones: se insta a los organismos intergubernamentales como OMC, OMPI, a gobiernos y sociedad en general, para que reconozcan y respeten la sabiduría, el conocimiento y la ciencia indígena. Instamos a los Organismos Internacionales e Intergubernamentales y a Estados Nacionales, a la formulación e implementación de programas y políticas públicas adecuadas culturalmente. Y en el punto 5 de “Género Desde la Visión de las Mujeres Indígenas” plantean de manera abierta: “Exigimos, a los Estados y Programas de Salud, garantizar el Derecho de las Mujeres Indígenas a una atención de salud de calidad, incluidas la salud sexual y reproductiva desde la Cosmovisión de las Mujeres Indígenas, y la atención psicológica y mental por daños psicológicos, que sea culturalmente apropiada y respete la identidad y los conocimientos médicos tradicionales de los Pueblos y

Comunidades Indígenas; y a eliminar los programas de esterilización forzada implementada por algunos gobiernos.”

Esa es la voz de las mujeres indígenas unidas e identificadas por problemáticas comunes. Como se puede observar la esterilización masiva de los y las indígenas no se circunscribe a un país, o una región. Tales programas se aplican de manera sistemática en todos los países de América latina y dirigidos especialmente hacia las poblaciones más pobres y marginadas. 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, ó 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 curadores, directamente en las comunidades indígenas.

6.- Visión oficial versus visión indígena

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

A continuación esbozaré algunas prácticas indígenas mexicanas relacionadas con la fecundidad. Donde cosmovisión y medicina tradicional se funden en la praxis cotidiana:

a) 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 al nacer, el bebé es alejado de su madre, y por lo general es bañado.

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 ser humano.

En los hospitales, no se sabe a ciencia cierta que 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) 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 incomprensión mutua.

e) En el mundo indígena *el concepto de salud y enfermedad* no es uno sólo. Se trata de un conjunto de saberes basados en la herbolaria principalmente. Se toma directamente de la naturaleza aquello que restaurará el equilibrio perdido en el cuerpo humano.

f) 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. Si existe enfermedad se debe a que se ha roto con el equilibrio (la armonía) en el cuerpo.

g) No existe una sola persona para ejercer el oficio de curar, como en el caso de los *médicos*. Existen *especialistas*.

h) 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 este, la medicina aplicada es alópata.

i) 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 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.

j) Existe un rico y complejo *sincretismo religioso* indígena (producto principalmente de la fusión del catolicismo y la cosmovisión indígena).

Así como estos ejemplos, 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 medulares comunes, 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 común prehispánico. Cabe aclarar también que, cada vez más, tales prácticas se mezclan ó se resintetizan con aquellas observadas en el mundo mestizo (y por lo tanto occidentalizado), en un mundo cambiante y de fuerte influencia mestiza. Lo cual permite visualizar a las poblaciones indígenas como entes mutables, pero al mismo tiempo –según vimos en el punto cinco de este trabajo- 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 respecto 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 ó menos desarrolladas del país: preparan té de hierbas cultivadas en la región ó en traspatio para detener la hemorragia posparto, cortan el cordón umbilical con cuchillo (ó bien tijeras comunes), cosen con hilo y aguja de coser tela, hierven agua para preparar a la parturienta.

Por las condiciones de acercamiento hacia la naturaleza, seguramente en algunas etnias indígenas del Brasil se observan prácticas similares a lo anteriormente descrito. Sin embargo la diversidad cultural tiene tal magnitud que no es posible hablar de una sola forma de ser indígena, sino de una multiplicidad de formas de ser y concebir la reproducción humana, que se define sobretodo al interior de cada sociedad, de cada cultura.

7.- ¿Qué hacer frente al choque cultural producto de concepciones divergentes?

Tal parece que la incomprensión 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 concepciones y prácticas en torno a la fecundidad, por parte de indígenas y mestizos son divergentes, existe entonces un choque cultural que se convierte en una barrera desde la

concepción, y el diseño, hasta la implementación de los programas de salud reproductiva en las comunidades indígenas.

De ahí las siguientes observaciones:

1.-El diseño de los programas de salud reproductiva deben 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 se ha reducido bastante al 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 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 siguiente ejemplo: la Secretaría de Salud y el IMSS (Instituto mexicano del seguro social) 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 en 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.

Las sociedades indígenas son las más pobres en términos económicos y sociales, sin embargo 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. Las políticas 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*”. Lo mismo para Brasil; es más para cada uno de los países del orbe que cuenten con etnias específicas.

En el marco del Tercer Foro Permanente Indígena de la ONU –con representantes de casi 200 millones de mujeres indígenas en el marco del Tercer Foro Permanente Indígena de la ONU que se realizó en Nueva York en mayo del 2004, “Indígenas mexicanas denunciaron ante la ONU los graves rezagos que viven todos los días, especialmente en el renglón de salud reproductiva y educación, además de la violencia que sufren a manos de sus familias, instituciones y fuerzas armadas”... y México se unió a la postura presentada por las mujeres indígenas de las Américas --que resolvieron el pasado 7 de abril en Lima, Perú--, pedir a los gobiernos “*priorizar el gasto en temas de salud, por encima de los gastos militares*”.

En la Declaración de la Primera Cumbre de Mujeres Indígenas de las Américas Adoptada en la ciudad de Oaxaca, el 4 de diciembre de 2002 , se planteó claramente el rescate por los conocimientos y prácticas de salud indígena, así como algunas problemáticas relacionadas con la violencia de las estructuras contra las indígenas en América latina:

“Reconociendo que la riqueza ancestral de los Pueblos Indígenas tiene sus orígenes en la transmisión de sus valores, a través de la educación comunitaria, donde las mujeres han jugado un rol importante, como comadronas, consejeras, y guías espirituales propiciando la persistencia de conocimientos, valores tradicionales y saberes indispensables para el desarrollo de modelos de salud pertinentes a nuestras culturas y tradiciones. Y también

reconocemos avance en la educación bilingüe intercultural con el aporte de los propios Pueblos Indígenas.”

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 (entre sector salud y sociedades indígenas).

La propuesta que realizo a partir de la problemática señalada concierne a México y Brasil. Sin embargo, la idea podría extenderse al resto de América latina.

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, en el sur de México, se creó un centro de salud con tal visión, hace aproximadamente 10 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, chimanes, etc.) 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 al cabo en la ciudad de Chilpancingo, estado de Guerrero (México), mujeres de 5 estados: Guerrero, 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”.

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 salud, bajo esa interesante y eficiente perspectiva, que implica el entendimiento entre culturas diferentes.

A manera de **conclusión**: la pluralidad cultural existente en México y Brasil, 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, a fin que sean acordes a las necesidades y a la realidad indígena mexicana.

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 y Brasil implementada en las comunidades indígenas debe respetar la especificidad cultural, riqueza y bagaje histórico de raíces ancestrales. Desde tal perspectiva, las políticas poblacionales conllevarían nueva forma de acercarse y cumplir lo emanado en las Leyes de Población, una forma tolerante y quizá más eficaz en la aplicación de programas de salud reproductiva en las comunidades indígenas de México y Brasil (lo cual podría retomarse como modelo para el resto de la América latina indígena).

Bibliografía

- BARROSO C.C.G., "La fécondité dans les populations indigènes du sud du Mexique", Tesis doctoral 2003. Aprobado para su publicación en la editorial de la UAGro.
- BARROSO C.C.G. "Migración indígena y afroestiza de Guerrero" CONACYT, Gobierno del estado de Guerrero y Universidad Autónoma de Guerrero, abril 2004, 271 p.
- BENITEZ Z. R. et alt "Políticas de Población en Centroamérica, el caribe y México" Udit. UNAM, INAP, PROLAP. México, 1994, 595 páginas.
- COSIO-Z. M.E «Changements de fécondité au Mexique et politiques de population» Editions L'Harmattan / Editons de l'Institut des Hautes Etudes de l'Amerique Latine, Paris, Francia, 1994, 256 páginas.
- DELGADILLO, J. et Torres, F. "Geografía Regional de México", Trillas, México, 1998, 225 páginas
- DE VOS J., "Historia de los pueblos indígenas de México. Vivir en frontera. La experiencia de los indios de Chiapas", CIESAS-INI, México, 1997. 237 p.
- LESTAGE, F. «Naissance et petite enfance dans les Andes péruviennes. Pratiques, rites, représentations» Edition L'Harmattan, France 1999, 300 p.
- SCHOOYANS M. "La dérive totalitaire du libéralisme" París, Edit.MAME 1994, 350 p.
- OETTIGNER, M, "Una comunidad tlapaneca", Edición INI, México, 1980, 338 pp.
- FIGUEROA, B. "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 # 3(59), México, 1984, página 334.
- LÓPEZ C. S. "Parteras y promotoras rurales de salud en la zona Selva de Chiapas".
Página
6, en Cuadernos de trabajo GRIMAP. Número 6, mayo 1999, 115 pp.
- DELGADILLO J y TORRES F, 1998, **Geografía Regional de México**, Editorial Trillas, México, 1998, página 36
- BARREDA A et alt, , **No traigo cash**, Editorial del Frente Zapatista de Liberación Nacional, D.F., México, 2001, 256 p.