

II Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población

Guadalajara, México, 3 – 5 de Septiembre de 2006

La demografía latinoamericana del siglo XXI Desafíos, oportunidades y prioridades

Del registro de información a los servicios de salud. Discrepancias entre las lógicas indígena y oficial en el caso de dos regiones de México y Brasil

Gabriela Barroso

Universidad Autónoma de Guerrero
gabarroso@hotmail.com

Marta Maria Azevedo

Núcleo de Estudos de População / UNICAMP

Mesa 09. Poblaciones Indígenas, Afro Descendientes,
Etnicidad y Raza

Del registro de información a los servicios de salud. Discrepancias entre las lógicas indígena y oficial en el caso de dos regiones de México y Brasil.

Gabriela Barroso¹ (México) y Marta Maria Azevedo² (Brasil)

Los y las indígenas en las Leyes de México y Brasil

La primera Ley de Población en México fue promulgada en 1936, es decir que ya lleva caminando 70 años. La Ley puso 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"*³

Sin embargo es en 1973 cuando la Ley de Población prioriza el descenso de la natalidad entre sus objetivos, dirigidos a *"...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"*⁴. Y a 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)"*⁵. De 1970 a 1990 el índice sintético de fecundidad en México, se redujo de 6.54 hijos por mujer a 3.35

¹ Dra. en demografía y ciencias sociales por parte de la EHESS, París. Profesora e Investigadora en el Centro de Desarrollo Regional de la UAGro. gabarroso@hotmail.com

² Antropóloga, Dra. en demografía por UNICAMP (Universidade Estadual de Campinas/Brasil). Pesquisadora do Núcleo de Estudos de População/Unicamp e colaboradora do Instituto Socioambiental. marta@nepo.unicamp.br

³ .Cosío Zavala María Eugenia, *Changements de fécondité au Mexique et politiques de population*, Ediciones L'Harmattan/Institut des Hautes Etudes de l'Amérique Latine, París, Francia, 1994, 256 pp. Página 104

⁴ Idem página 109

⁵ Op. Cit. Cosío Zavala, *Changements...* Pagina 17

El fenómeno es complejo ya que intervienen diversos elementos: una mayor inserción de la mujer en la economía formal e informal; el incremento en los niveles educativos de la población en general; la crisis económica conlleva a la decisión de tener un menor número de hijos (costo / manutención). Así como estos, otros factores han influido en un menor número 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 en las últimas décadas y actualmente: el descenso en el ritmo de crecimiento demográfico se debió a 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 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, ó 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*. Tal Reglamento 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).

Se permite entrever – al menos en el discurso oficial - la consideración de la existencia de “grupos” indígenas, como un sector poblacional con características propias, las cuales han de 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, específicamente la mujer y la salud.

Al contrário de México, Brasil no tiene una ley específica de población, a pesar de tener, desde 1995, una Comisión Nacional de Población e Desenvolvimento, instituída com os objetivos "de contribuir para a formulação de políticas e implementação de ações integradas relativas à população e ao desenvolvimento, conforme recomendações contidas no Programa de Ação Mundial, bem como monitorar, avaliar e revisar a execução dessas políticas e ações." (in Decreto no 1.607 de 1995) que hace parte del Ministério de Planeamiento, y que fue instituída para contemplar las recomendaciones de la Conferência de População do Cairo de 1994. La CNPD viene conduciendo investigaciones y trabajos con el fin de mejorar las políticas afirmativas para las poblaciones negras y indígenas.

Las políticas públicas diseccionadas a los indígenas en Brasil tienen como bases la Constitución de 1988, que garantiza a los pueblos indígenas sus derechos territoriales y de tener respetados y poder practicar todos sus costumbres, valores, practicas y conocimientos tradicionales, incluyendo practicas y conocimientos de salud y educación. En las leyes nacionales específicas de educación y salud hay principios garantizados de respetar, y incluir o dialogar con los pueblos indígenas, en lo que dice respeto a sus conocimientos. La salud indígena en Brasil es un subsistema del SUS – Sistema Único de Saúde – pero tiene sus especificidades y principios. Las políticas de salud para los pueblos indígenas se fueron aprimorando después de la constituyente de 1988, a partir de 1991 se fueron implantando los "Distritos Sanitários Especiais Indígenas" - DSEIs, iniciada con el Decreto 23 de 1991 del presidente de la república. Con este decreto la responsabilidad para lo atendimento a la salud pasó a lo Ministerio de Salud, saliendo de FUNAI (Fundação Nacional do Índio, órgão que pertenece al Ministério de la Justicia). Pero hubo conflictos en el gobierno, la FUNAI quedó otra vez con la salud indígena en 1994, hasta llegar en 1999 con una nueva ley que terminó de crear los DSEIs.

Los Distritos son regiones que involucran pueblos y zonas epidemiológicas semejantes, con consejos de gestión participativos, en los cuales los indígenas están participando paulatinamente (ver mapa 1). El Ministerio de Salud tiene un órgano específico que a parte de otras funciones cuida da administración de los DSEIs, es la FUNASA (Fundação Nacional de Saúde). En 1999 con la nueva ley FUNASA adopta un modelo ejecución de los servicios de salud a través de otras organizaciones, y no directamente por sus profesionales (Garnelo y Brandão, 2003). De esta manera las organizaciones indígenas y otras organizaciones de la sociedad civil son las que ejecutan los servicios de salud en las Tierras Indígenas (ver mapa 2), y los municipios y estados (las unidades administrativas/territoriales de Brasil) participan de la ejecución pero no directamente.

Cada distrito tiene una forma de gestión de la salud, pero siempre los planeamientos o proyectos son submetidos y aprobados a los Consejos Distritales, de los cuales los indígenas deben participar directamente. En el estado de Amazonas, por ejemplo, son siete distritos sanitários, sendo que en la región del Alto Rio Negro el distrito involucra 3 municipalidades distintas. Cada uno de los Distritos posee un Consejo con participación de los indígenas y con coordinación de ellos. Las organizaciones que firman convenios con la FUNASA para ejecutar los servicios de salud son indígenas y también no indígenas.

Así que teóricamente las políticas de salud de los Distritos tendrían que ser discutidas y evaluadas por los indígenas, pero eso todavía no es así tan fácil de hacer ese diálogo necesario y mucho hay por hacer. Los consejos tienen reuniones de 3 días, solamente 2 o 3 veces por año, y no consiguen analizar todo lo que deberían. Y también, por más que haga muchas recomendaciones y demandas de las Conferencias Nacionales de Salud Indígena (hubo una última en ese año de 2006) los profesionales de salud no indígenas no tienen una formación específica para trabajar con las comunidades.

En el ámbito de los Distritos son pesquisados los datos poblacionales y de salud, para la planificación del trabajo. En el año 2000 fue instalado un

sistema de informaciones, que todavía no funciona integralmente, llamado SIASI (Sistema de Informações de Saúde Indígena). En ese sistema hay un modulo demográfico, con informaciones sobre los indicadores demográficos. Pero los principales problemas de ese sistema son que las personas que producen los datos son los propios indígenas, sin una formación específica para tal, de un lado, y de otro lado, las informaciones sobre enfermedades, muertes, o desplazamientos poblacionales son difíciles de conseguir, por ser muchas veces informaciones privadas, que no se debe hablar por cuestiones culturales.

Discrepancias entre las lógicas de salud de los pueblos indígenas versus la lógica de los servicios oficiales de salud

Las lógicas de salud de los pueblos indígenas están determinadas de alguna manera por su contexto geográfico, cultural, económico-social, e histórico. Así, los más pobres entre los pobres, son los indígenas. En la región sur de **México** se concentra prácticamente la mitad de la población indígena del país (ver cuadro 1) y la mayor diversidad étnica (aproximadamente 20 etnias diferentes). En ese sentido se puede hablar de una macro región. Sin embargo en cada estado del pacífico sur de México existen subregiones donde se concentran a su vez los conglomerados poblacionales indígenas. En Guerrero: la región de la Montaña; en Chiapas: los Altos; en Oaxaca: el Istmo de Tehuantepec. En cuyos municipios la población indígena asciende por lo general a más del 90%.

Cuadro 1
Población indígena en los Estados del Sur de México
 Año 2000

Estado	Número	%
<i>País (México)</i>	<i>10 768 330</i>	<i>11.0</i>
Campeche	192 393	1.8*
Tabasco	143 448	1.3*
Quintana Roo	354 080	3.3*
Guerrero	549 316	5.1*
Yucatán	997 638	9.3*
oaxaca	1 679 131	15.6*
Chiapas	1 140 460	10.5*
TOTAL		46.9*

* Porcentaje de población indígena en relación al nivel nacional

Fuente: Estimaciones CONAPO con base en Censo de Población y Vivienda, México 2000, y la muestra del Censo.

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. En las zonas más pobres, donde se concentra la población indígena, es decir el pacífico sur de México, la fecundidad es más elevada que en el resto del país (ver mapa 2). Debido a la marginación, las comunidades viven condiciones de atraso que favorecen las muertes infantiles y maternas (cuadro 2).

Cuadro 2
Tasa de Mortalidad Infantil Indígena (TMII)1990

Etnias / (Estado)	TMII (0/000)
Cuicatecos (Oaxaca)	78
Tlapanecos (Guerrero)	72
Mixtecos (Guerrero, Oaxaca)	67
Mazatecos (Oaxaca)	65
Zotziles (Chiapas)	65
Nahuas (Guerrero)	60
Amuzgos (Guerrero)	57
Chatinos (Oaxaca)	56
Choles (Chiapas)	56
Indígenas Nacional	55
Zoques (Chiapas)	54
Zeltales (Chiapas)	53
Mixes (Oaxaca)	53

Zapotecos (Oaxaca)	51
Chinantecos (Oaxaca)	46
Mayas (Campeche Yucatán Quintana R.)	35
Nacional (población general)	35

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

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"⁶. 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"⁷

El contexto sociodemográfico en que se desenvuelven las poblaciones indígenas del pacífico sur de México, representa las condiciones más desfavorables del país. Lo cual da una idea de la condición de olvido oficial en que se encuentran. La recabación de datos en las zonas indígenas más aisladas, se traduce en una tarea prácticamente inexistente.

En Brasil los pueblos indígenas están divididos en dos gran tipos de situaciones socio-demográficas: la de los pueblos que tienen sus tierras localizadas en la Amazonía Legal, que son cerca de 51% de la población de indígenas viviendo en las Tierras Indígenas, y los pueblos que tienen sus tierras fuera de la región amazónica, y, por lo tanto no tuvieron sus territorios demarcados, pero apenas una pequeña parte de sus pueblos, o como llamamos en Brasil, 'aldeias'. La población total de indígenas que viven en las

⁶ Villegas Arizon Ascencio et alt, *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, 227 pp. página 66

⁷ Loza Teresa, *Atención de la Mujer en Guerrero* en Maternidad sin riesgos...op.cit. página 128

tierras indígenas soma hoy día 450 mil personas⁸, sendo que en lo censo oficial del 2000 se obtuve el numero de 734 mil personas que se auto-declararan indígenas, viviendo en áreas urbanas y rurales.

De la extensión total de las tierras indígenas, cerca de 98,7% están en la Amazonía Legal, y lo restante en las otras regiones del país. Con eso claramente se puede ver que la situación socio-demográfica de los pueblos de la Amazonía es mucho mejor do que aquella de los pueblos que están en las otras regiones. En la región amazónica están 170 pueblos distintos, de lo total de 220 pueblos, viviendo en cerca de 400 tierras indígenas, entre las cuales la grande parte ya fue demarcada, a pesar de que no totalmente garantizada. Los primeros todavía tienen sus territorios con recursos naturales que son manejados por ellos de manera a poder sobrevivir de una forma más digna. Los que viven en las otras tierras indígenas, afuera de la Amazonía, tienen generalmente que trabajar afuera, para obtener algunos recursos financieros que puedan ayudar las familias a sobrevivir.

Con relación a la dinámica demográfica de los pueblos indígenas, de una manera general, hay un gran crecimiento en los últimos años, estima-se que la tasa de crecimiento anual sea 3%. Los niveles de fecundidad siguen altos y están calculados según la región del país para los indígenas habitantes de la región rural, y de los indígenas habitantes de los municipios que poseen tierras indígenas en sus territorios⁹, situación llamada de rural específico para el año 2000. En el cuadro 3 se puede observar las tasas de fecundidad:

Cuadro 3: Tasas de fecundidad de los indígenas según la región

región	Rural (año 1991)	Rural (año 2000)	Rural específico (año 2000)
Norte	5,9	5,4	5,4
Nordeste	6,6	5,6	6,7
Sudeste	3,9	4,3	5,3
Sul	6,8	7,2	8,0

⁸ Según la FUNASA y FUNAI.

⁹ Esa metodología fue utilizada por un equipo que ha hecho los análisis preliminares de la dinámica demográfica de los indígenas con bases en los censos demográficos oficiales de 1991 y 2000 (IBGE, 2005).

Centro-Oeste	7,6	6,9	7,2
--------------	-----	-----	-----

Fuente: Censos Demográficos IBGE, 1991 y 2000, cálculos efectuados en la publicación IBGE, 2005.

En otros trabajos sobre fecundidad indígena, hechos a partir de otras fuentes de información que no los censos demográficos oficiales, como el de Pagliaro, 2002, se muestra que los niveles de la fecundidad indígena es alto, y varia según cada pueblo.

En relación a los niveles de la mortalidad materna no hay registros específicos para los indígenas, pero se puede pensar en niveles altos, pues en las edades avanzadas los hombres sobreviven a las mujeres, y la atención a la salud de las mujeres todavía no está totalmente universalizada en todas las tierras indígenas.

La mortalidad infantil de los indígenas en Brasil, en el año 2000, es la más alta de todos los grupos étnicos; para el país como un todo la TMI era de 30,1 por mil, para los blancos era de 22,9, para los negros (clasificados como pretos o pardos en los censos) era de 34,0, para los 'amarillos' era de 18,0, y para los indígenas era de 51,4 por mil. Con eso se puede concluir que la situación de salud de los pueblos indígenas, a pesar de que ha mejorado en la última década, todavía está mucho peor do que la de la población de no indígenas del país.

La salud, especificidades culturalesl y las mujeres indígenas

La especificidad cultural conlleva cosmovisiones y prácticas concretas respecto a la salud en los pueblos indígenas. Estamos hablando de la "otra" esfera, la que no es tomada en cuenta por lo general cuando se planifica la salud en México.

A la mujer indígena se le ha tomado más en cuenta en la última década en México, pero en lo concierne a las acciones de salud, la planificación familiar se ha reducido en alto grado, a la llamada salud reproductiva, enfocada sobre todo **al descenso de la natalidad** pero sin considerar siempre su especificidad cultural. Así concepciones y prácticas de la fecundidad chocan, ya que se trata de dos visiones del mundo: la mestiza (con prácticas

eminentemente occidentales) y que corresponde al sistema de salud oficial y, la visión indígena sobre salud (de rico bagaje histórico tipo prehispánico, fusionado con prácticas occidentales).

El papel que juega la mujer indígena respecto a la salud en la familia y en los pueblos es relevante. Ellas son poseedoras de un saber ancestral de raíces inclusive prehispánicas. Su conocimiento como parteras está basado en la herbolaria, en mesoterapia, en rezos y cuidados relacionados con mitos y ritos donde se fusionan cosmovisión prehispánica y católica, y que actualmente sigue en evolución porque cada vez más incorporan elementos modernos a sus métodos y conocimientos.

La reproducción humana en las poblaciones indígenas de México tiene su especificidad cultural, según cada etnia. Pero en general se puede hablar de rasgos comunes:

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 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 incompreensión hacia las mujeres indígenas.

d) 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. Si existe enfermedad se debe a que se ha roto con 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 este, 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, etc.*).

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 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 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. Inclusive algunas prácticas se comparten:** "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"¹⁰.

En Brasil, en todas las Conferencias Nacionales de Salud Indígena se recomendó que los servicios de salud para los pueblos indígenas deberían partir de un respecto a sus culturas, o sea, las culturas de los pueblos no podrían ser consideradas como impecillos, o barreras, para la eficacia de los servicios. Hay varias recomendaciones de la última Conferencia para la salud de las mujeres indígenas, pero que todavía no se está siguiendo.

En la región del Alto Río Negro (noroeste del estado do Amazonas – ver mapa), por ejemplo, las mujeres están organizadas en varias asociaciones locales y tienen un departamento en la Federación de las Organizaciones Indígenas del Rio Negro (FOIRN). Esas mujeres siguen teniendo la percepción de que la salud de la mujer no tiene una especificidad, y que no son escuchadas por los profesionales de salud. La percepción de ellas indica que muchas mujeres se morían de parto, o por hemorragia o por otra enfermedad anterior al parto. El acceso a los servicios de salud es muy perjudicado por la dificultad en la locomoción solas, salir de las comunidades y irse hasta los hospitales significa por veces estar como una semana en el río, lo que es imposible para una mujer enferma, o embarazada, sola o con sus hijos. Hay

¹⁰ Maganda Santiago Raquel, *Parteras, una ocupación mal retribuida, pero necesaria*, Periódico el Sur, número 2415, día 09 marzo 2004, Acapulco, México, página24.

todavía mucha vergüenza en ser atendidas por profesionales no indígenas, o por jóvenes indígenas hombres, y en locales no adecuados para ellas. También las mujeres cuentan que como los profesionales muchas veces no llevan en cuenta sus conocimientos tradicionales sobre parto y puerperio, como esos conocimientos no son valorizados ni respetados, los viejos xamãs, llamados de Kumu localmente, ya hay por parte de las jóvenes una desvalorización de las practicas tradicionales. O sea, hay una grande erosión de los conocimientos y practicas tradicionales, causada principalmente por la proximidad con los servicios de salud, pero, no hay servicios modernos que lleguen hasta las comunidades, lo que las deja en un vacío de posibilidades de cuidados con su salud.

Los programas de salud y la voz de los y las indígenas: posibilidades y conflictos en la participación

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 alguna manera en la relación entre gobierno y los pueblos indígena.

Los programas de salud reproductiva han sido creados fuera de las comunidades indígenas y, por consecuencia, no consideran las prioridades ni las características propias de aquellas.

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.

El aspecto cultural que caracteriza a las poblaciones indígenas no es tomado en consideración durante la elaboración y aplicación de los programas de salud. Aún si los indígenas no conocen por lo general estos programas, escritos en español, saben en todo caso que su cultura no siempre 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*¹¹. 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."*¹²

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*

¹¹ Angulo Juan, *Los mexicanos en Estados Unidos* Periódico la Jornada el Sur, 13 may 2001, Guerrero, México, página 23.

¹² 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, página 27 (subrayado por Barroso)

*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”*¹³

*“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”*¹⁴.

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.

En el Foro de Mujeres indígenas llevado al cabo en Chilpancingo Guerrero, mujeres de 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,

¹³ Op. Cit. Cosío Zavala, *Changements...* Página 156

¹⁴ *idem*

*tengan derecho de entrar al centro de salud y hospitales para atender junto con el médico*¹⁵

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 curanderos, directamente en las comunidades indígenas.

En Brasil las posibilidades de la participación de las mujeres en el ámbito de los DSEIs es muy pequeña, a pesar de ser mejor que en los años anteriores. En primero lugar las mujeres generalmente son las que todavía no hablan bien el portugués, y nadie piensa que seria importante tener traductores para que eso no sea un impedimento de participación. Después las mujeres muchas veces no tienen condiciones de participar y de se reunir, pues está en las comunidades, y el movimiento indígena todavía es mucho mas implementado por las lideranzas masculinas que las femeninas. Los profesionales de salud no se quedan en las comunidades tiempo suficiente como para escuchar a las mujeres, hablar con ellas, y tener en cuenta sus conocimientos o reivindicaciones.

En los "Distritos Sanitarios Especiais Indígenas" de Brasil se colectan informaciones acerca de las mujeres y su salud, pero sin cualquier relación con las concepciones propias de las mujeres y sus comunidades acerca de la salud reproductiva. A pesar de que en la ley de 1999 que crea y define los Distritos y plantea la adecuación de los servicios a las especificidades de cada pueblo indígena, eso no pasa cuando se habla de salud de las mujeres y ni tampoco cuando se recoge los datos poblacionales y de salud. Los cuidados tradicionales

¹⁵ Teresa de la Cruz. *Alto a la discriminación y la salida del ejército de las comunidades...* Foro de Mujeres Indígenas. 08 marzo 2004, Chilpancingo. Guerrero, México. Nota en el periódico el Sur, 09 marzo 2004, página 14.

de las mujeres indígenas y sus familias permanecen o se transforman a pesar de los servicios de salud del gobierno.

En la región del Alto Rio Negro, el Distrito Sanitario Especial Indígena es administrado pela FOIRN (Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro), una organización que congrega cerca de 62 asociaciones indígenas locales, en una gran región que agrega 3 municipios distintos: Barcelos, Santa Isabel do Rio Negro y Sao Gabriel da Cachoeira. La organización indígena trabaja todavía solamente en el municipio de Sao Gabriel da Cachoeira y en algunas comunidades que están localizadas en Santa Isabel.

La manera del Distrito captar las informaciones sobre población sigue la política hecha por la FUNASA (Fundação Nacional de Saúde, del Ministerio de Salud), órgano responsable por las políticas de salud indígenas en todo el país. En el año 2000 FUNASA empieza a crear un sistema de captación y disponibilización de informaciones de la salud de los pueblos indígenas, el SIASI. En ese sistema existe un módulo de informaciones demográficas, con datos sobre los nacimientos, muertes y traslados de las familias de una comunidad hasta otra.

Todavía el sistema no está funcionando a contento, por que las informaciones son captadas por personas que todavía no tuvieran entrenamiento necesario y adecuado, y en muchas regiones, como es el caso del Alto Rio Negro, quienes son las personas responsables por apuntar las informaciones son los AIs – ‘agentes indígenas de saúde’. En ese caso los AIs no consiguen todavía tener una buena acuidade en la captación por la dificultad de que la lógica de las fichas de informaciones es muy distinta y no lleva en cuenta los valores tradicionales de los pueblos. Además los AIs sufren por seren en la mayoría de los casos, jóvenes hombres, y por eso mismo, no tienen aseso a lo mundo de la salud femenina.

Por ejemplo, cuando una mujer se pone embarazada ella no va comunicar a toda la familia sino cuando la gravidez ya sea de por lo menos 4 meses, eso pasa debido a que la concepción tradicional del embarazo o de la concepción del bebe, postula que la crianza solamente se encuentra formada en el útero de la mujer después de ese tiempo, razón pela cual solamente se

considera las mujeres embarazadas después de 3 meses. Para el sistema de informaciones sobre salud reproductiva sería importante saber cuando la mujer se puso embarazada y ya empezar con los exámenes preventivos. Cuando una mujer tiene un aborto espontáneo, una pérdida, eso no debe ser notado, y apenas el xamã, llamado regionalmente de Kumu, y el marido de la mujer, se informan del ocurrido. Y el sistema de informaciones queda sin la información, que sería necesaria para mejorar la atención a la salud de las mujeres. Así mismo, los nacimientos, cuando la mujer tiene su bebé espera por lo menos dos meses para informar a los AIs, porque muchas veces ocurre una muerte y entonces no se informa a otras personas, solamente la familia debe saber. Y el sistema queda sin la información del nacimiento y/o de la muerte infantil. Muchas veces ocurre que las madres o padres informan al AIs los nacimientos, pero la fecha del evento no es bien registrada, en general es registrada cuando la información es pasada para el AIs.

Lo mismo ocurre con las muertes maternas, cuando la familia deja de estar en luto va a informar lo ocurrido, pero la fecha que queda registrada es la fecha del registro mismo, y muchas veces eso pasa años después. Se puede verificar muertes ocurridas en el año 2001, que solamente en el año 2005 fueran registradas. Eso no es mala voluntad o entonces incapacidad, pero sí, una falta permanente de diálogo entre las autoridades de salud de los pueblos indígenas con las autoridades de salud de la FUNASA, o del Ministerio de Salud. Lo que pasa es que las autoridades hacen las políticas y el sistema sin conocer de facto los sistemas de salud indígenas, y por eso no luego respetan esos sistemas.

Las mujeres indígenas de la región del Alto Rio Negro que pertenecen a los pueblos de lengua Tukano Oriental, piensan su salud de manera que la misma es un gran proceso que empieza con el nacimiento y no termina sino con la muerte. Y además la salud de una mujer tiene que ver con la salud de su madre, de su padre y de los ancestrales, el proceso es largo en el tiempo y largo en la geografía. Eso quiere decir que algo que ocurre con la mujer cuando es muy pequeña puede influir en su salud en la época del embarazo, por ejemplo. Las enfermedades pueden ser clasificadas en tres grandes grupos:

enfermedades relacionadas al medio ambiente, al comportamiento o dietas de la persona o su familia, y enfermedades que llegan por maleficios hechos por terceros. Todos los tres tipos de enfermedades tienen maneras de prevenir o de evitar, y las concepciones tradicionales en la región privilegian las dietas y comportamientos para tal evitación. Este tipo de concepción hace con que los diagnósticos de las enfermedades sean primero hechos por la misma mujer que quedó enferma, ella misma debe pensar y descubrir lo que la está molestando. Si a ella no le ocurre el diagnóstico ella debe hablar con el Kumu, o alguno otro especialista tradicional, quien va a descubrir cual es la enfermedad, y después se procede al tratamiento. Si el Kumu también no consigue curarla entonces ella procura los no indígenas. Para los profesionales del Distrito que no son indígenas eso hace que cuando la mujer los procura, ya se encuentra muchas veces en estado grave, y eso dificulta enormemente el tratamiento y cura.

Pero justamente porque las enfermedades tienen sus orígenes en la cultura y los profesionales no indígenas no van a reconocer esas características, las mujeres no pueden procurar primero esos profesionales. Eso hace con que más una vez no haga diálogo entre las autoridades de salud tradicionales de los pueblos y las autoridades no indígenas.

Las fuentes de informaciones para datos demográficos y epidemiológicos para las poblaciones indígenas

En las zonas más pobres de México y de manera específica en las microregiones indígenas los programas de salud llegan de una manera vertical. Lo cual ocasiona que exista una discrepancia entre la realidad indígena y los programas de salud. Además tales programas han sido diseñados con base en datos generalizados que poco dan cuenta del verdadero estado de la salud de las poblaciones indígenas.

La falta de datos recabados directamente en las comunidades o pueblos indígenas de México representa un obstáculo para reducir los índices de desnutrición, de mortalidad infantil y materna, y de muertes por enfermedades prevenibles.

Estamos hablando de falta de fuentes directas y confiables para la planificación microregional. Es importante que existan los datos a nivel localidad para la toma de decisiones y el involucramiento de los y las indígenas en los programas a implementarse al nivel local.

La verticalidad de los programas en México, está relacionada con la centralización de las funciones gubernamentales. *"...la descentralización ha cobrado impulso en los distintos sectores sociales; además de la desconcentración de recursos, se requiere la transferencia de capacidades para analizar las condiciones locales de salud y para la planificación"* (Villegas, 1999).

El Centro de Investigación de Enfermedades tropicales (CIET) de la Universidad Autónoma de Guerrero (UAGro), en México, ha desarrollado desde 1986 "el método CIET", que utiliza una serie de herramientas investigativas para reforzar los procesos de descentralización y de participación comunitaria. A partir de esta experiencia, el método CIET ha sido utilizado en más de 40 países. El éxito obtenido por el CIET consiste en involucrar a los pobladores en el proceso mismo de planificación microregional. Donde ellos y ellas –se involucra de manera equitativa a las mujeres- reflexionan, analizan y participan en los procesos de mejora de la salud de la comunidad. La población decide cuál es el problema prioritario en materia de salud en su comunidad. A partir de ahí se trabaja con asesoría de investigadores y alumnos estudiantes de medicina de la UAGro., se compromete a un representante de salud del gobierno municipal y se coordinan las acciones con algunas otras instancias del sector salud hasta donde es posible.

Cuando la población participa de manera directa, los resultados y el impacto pueden ser considerables. Por ejemplo en el estado de Guerrero, México, el CIET logró disminuir la incidencia del piquete de alacrán en cinco municipios pobres (año 1995), con *la sola intervención de comunicar los resultados a la población*. Esto revela que, cuando hay reciprocidad y entendimiento las metas pueden cumplirse.

Los datos levantados por la gente de la localidad tienen validez (siempre y cuando se les capacite) y sirven a la propia comunidad cuando se les entregan los resultados para mejorar los niveles de salud y bienestar.

El gran problema en México es que las poblaciones indígenas están muy distanciadas del sector oficial; barreras culturales, de lenguaje, de cosmovisión; barreras geográficas y otras, les distancian entre sí. Así los datos con que trabaja el sector gubernamental están por lo general muy sesgados, o bien, para algunas microregiones o comunidades, simplemente no existen.

En los últimos años, la población indígena en Brasil parece haber presentado un crecimiento razonable. Es verdad que esta constatación no solamente toma como base la noción antropológicamente problemática del "indio-genérico" como también no se apoya en un censo, pero solamente en estimaciones y exámenes parciales, más o menos cuidadosos. Así, la población indígena brasileña era de 185.485 individuos, según la investigación efectuada por el Consejo Indigenista Misionero (Porantim, 1982). Doce años más adelante, en 1994, esta misma población era estimada en aproximadamente 250.000 individuos (ISA, 1996) mientras que en 2000 las estimaciones dieron vuelta ya a alrededor 350.000 personas (ISA, 2001). La categoría "indígena" solamente fue tomada en cuenta en los censos demográficos del IBGE a partir de 1991, que todavía inscribió a total de 306.245 indígenas brasileños. Una de las razones que motivaron la realización de un censo indígena independiente en la región del Alto Río Negro en 1992, era exactamente el descontento en lo referente a los criterios establecidos por el IBGE.

Antes de 1991 no había una fuente para las informaciones demográficas de los pueblos indígenas, el órgano responsable por las políticas indigenistas era primero el Servicio de Protección a los Indios, que después se transforma en Fundación Nacional del Índio (FUNAI). Tanto el SPI cuanto la FUNAI no tuvieron como objetivos apuntar los nacimientos, muertes y migraciones, que serían las informaciones importantes para una demografía indígena. Apenas en las antiguas áreas indígenas (hasta los años 70) los funcionarios de FUNAI tenían como tarea apuntar los nacimientos y muertes de los 'aldeamentos' que

estaban bajo su responsabilidad. Pero mismo esos datos son bastante incompletos, o imprecisos. En algunas regiones de Brasil FUNAI ha hecho levantamientos poblacionales, con la información del número total de personas en cada 'aldeamento', o sea, en cada grupo local de un determinado pueblo indígena, esos levantamientos permiten que se haga estimativas del número total de las personas que pertenecen a un pueblo indígena, pero no se pudo hacer ningún otro cálculo demográfico con esa fuente de información. Los pueblos indígenas eran vistos, hasta la Constitución de 1988, como una categoría social transitoria, serían integrados a la población general de Brasil en algunos años.

A partir de la promulgación de la nueva Constitución en 1988 los pueblos indígenas tuvieron sus derechos garantizados, desde entonces las políticas públicas de salud y de captación de informaciones con especificidades fueron implementadas. En todas las Conferências Nacionales de Salud Indígena, desde los primeros años de la década de 90, las lideranzas indígenas plantearon que sus concepciones de salud y las personas que tradicionalmente son especialistas en salud fueran escuchados, oídos, y que el sistema de salud pudiera respetar, por lo menos, las teorías y prácticas de salud de los pueblos.

Recomendaciones a las políticas públicas

A pesar de las limitantes enunciadas, la salud de las poblaciones indígenas puede y debe ser caracterizada, a fin de recabar los datos primarios, conocer y tomar en cuenta su especificidad cultural, al momento de crear y aplicar los programas de desarrollo. Incluso, son las sociedades mismas las que deben definir los programas de salud -sin menoscabo de una visión de proyecto nacional- ya que ellos y ellas conocen sus necesidades prioritarias.

En el caso de México, los programas oficiales se aplican como si la población fuese homogénea en su composición étnica y, por ende, las necesidades fueran las mismas. De ahí que se proponga como alternativa al diseño y ejecución de los programas de salud, una visión pluriétnica, ya que

las concepciones y prácticas de salud indígenas tienen cierta carga cultural específica.

De esta manera, la planificación microregional nos conduce a reflexionar acerca de la necesidad de visualizar *políticas de salud regionales*, acordes a las necesidades contextuales de las zonas indígenas. Ya que el mapa de la dinámica poblacional indígena en México, no es alentador. Por el contrario se observan tasas de crecimiento negativas en el caso de la mayoría de municipios de Guerrero, Oaxaca y Chiapas con población eminentemente indígena. El reto es visualizar desde la perspectiva oficial una forma de actuar en concordancia con los actores sociales directamente afectados por enfermedades prevenibles y alentar la participación activa en los problemas de salud en las comunidades indígenas.

La más importante recomendación que las mujeres indígenas hicieron en su última Asamblea realizada en marzo de este año, es que se hable más y con más calma con ellas mismas en las comunidades, reservando un lugar específico para atenderlas, que sea privativo y que ellas sean atendidas por mujeres, y no por hombres, de preferencia. Esa reivindicación es muestra de que las mujeres están dispuestas a conversar, a hablar, pero hay que tener la misma disposición, tiempo, calma, interés, por parte de los profesionales no indígenas. O sea, hay que enseñar a los profesionales no indígenas algunas nociones principales sobre los sistemas indígenas de salud, y preparar-los para que permanezcan en las comunidades muchos días, para que puedan realmente empezar un diálogo con las mujeres.

Sería muy recomendable que se hiciera traducir las concepciones tradicionales de las mujeres indígenas acerca de su salud para el portugués, y al mismo tiempo, se hiciera traducir las concepciones bio médicas de salud de nosotros para la lengua Tukano. Con eso también se estaría incrementando el diálogo intercultural.

Para todos los servicios de salud reproductiva sería muy importante hacer talleres con las mujeres jóvenes y más viejas indígenas junto con las no indígenas, para que se puedan empezar a conocer y respetar.

Bibliografía

- Aguirre, (A). "*Guerrero, economía campesina y capitalismo*", México, Edit. UAGro, 1995, 262 páginas.
- Angulo (J), "*Los mexicanos en Estados Unidos*" Periódico la Jornada el Sur", 13 mayo 2001, Guerrero, México, página 23.
- Arellano, (J)., "*Hacia una interpretación de la resistencia y lucha indígena*", Revista Momento Económico # 72,. Universidad Autónoma de México, México, 1994.
- Arias (J.), "*Encuentro de escritores mayas y Zoques*" Revista "Ojarasca", edición Mensual, Instituto Nacional Indigenista, México, número 14-15, 1993.
- Azevedo, M. – 1997 – "*Fontes de dados sobre as populações indígenas brasileiras da Amazônia*" in Cadernos de Estudos Sociais, vol. 13, n. 1, Fundação Joaquim Nabuco, Recife, PE.
- Azevedo, M. – 2003 – Demografia dos povos indígenas do Alto Rio Negro, um estudo de caso de nupcialidade e reprodução. Tese de doutorado, IFCH/NEPO/UNICAMP.
- Barroso (C), "*La fécondité dans les populations indigènes du sud du Mexique*", Tesis doctoral 2003. Aprobado para su publicación en la editorial de la UAGro.
-, Compiladora "*Migración indígena y afro mestiza de Guerrero*" CONACYT, Gobierno del estado de Guerrero y Universidad Autónoma de Guerrero, abril 2004.
- Benitez Z. (R.) et alt "*Políticas de Población en Centroamérica, el caribe y México*" Udit. UNAM, INAP, PROLAP. México, 1994, 595 páginas.
- Canabal (B) et alt "*Los caminos de la montaña. Formas de reproducción social en la Montaña de Guerrero*" CIESAS, Porrúa, UAM, 2001, México, 295, páginas.
- CONAPO Estimaciones sobre población, con base en Censo de Población y Vivienda México 2000 y la muestra del Censo. Página internet
- Consejo Guerrerense 500 años de resistencia Indígena, 18/1/96, Guerrero, "La Jornada", página 24.
- Cosio-Zavala (M.E.) «*Inégalités économiques et sociales et transitions de la fécondité en Amérique Latine*», Chaire Quetelet 2000, en Louvain-la-Neuve, Belgique.

- «*Changements de fécondité au Mexique et politiques de population*» Editions L'Harmattan / Editons de l'Institut des Hautes Etudes de l'Amérique Latine, Paris, Francia, 1994, 256 páginas.
- De la Cruz (T). "*Alto a la discriminación y la salida del ejército de las comunidades...*" Foro de Mujeres Indígenas. 08 marzo 2004, Guerrero, México. Nota en el periódico el Sur, 09 marzo 2004, página 14.
- Delgadillo, (J). et Torres, (F). "*Geografía Regional de México*", Trillas, México, 1998, 225 páginas
- "*Encuentro de Escritores Mayas y Zoques*", Documento Final, San Cristóbal de las Casas, 25-27 septiembre 1992. Artículo publicado en "Ojarasca"#14-15, diciembre 92 / enero 93, México.
- Fernández (P.), "*La mortalidad infantil en la población indígena Atraso y contrastes*", Revista DEMOS página 12, México, 1994.
- Figueroa (B.), "*El registro extemporáneo de los nacimientos. Una fuente desatendida*", DEMOS, México, 1998. Página 35.
- "*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, 1999.
- Garnelo, Luiza e Luiz Carlos Brandão. "*Avaliação preliminar do processo de distritalização sanitária indígena no estado do Amazonas*", in Carlos E. A. Coimbra Jr., Ricardo Ventura Santos e Ana Lúcia Escobar (org.), *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil*. Editora Fiocruz e Abrasco, 2003.
- INEGI, 2000, Censo de Población y vivienda, México.
- Jiménez (O.), "*Cincuenta años de mortalidad o el resultado de la desigualdad social*", DEMOS, (Revista de Demografía), México, 1994.
- IBGE. *Tendências Demográficas : Uma análise dos indígenas com base nos resultados da amostra dos censos demográficos de 1991 e 2000*. IBGE, Rio de Janeiro, 2005.
- Instituto Socioambiental (ISA) – 1996 – Povos Indígenas no Brasil – 1991 – 1995. Instituto Socioambiental, São Paulo, SP.
- Instituto Socioambiental (ISA) – 2001 – Povos Indígenas no Brasil – 1996 – 2000. Instituto Socioambiental, São Paulo, SP.
- Langer (A.) et alt, "*Mortalidad materna, niveles, tendencias y diferenciales*"

DEMOS, México, 1994.

- Lasso, (F) «*Diagnóstico de salud del estado de Guerrero*», Programas Educativos, México, 1998., 131 pages.

- Lestage, (F.) «*Naissance et petite enfance dans les Andes péruviennes. Pratiques, rites, représentations*» Edition L'Harmattan, France 1999, 300 páginas.

- López (C) "*Parteras y promotoras rurales de salud en la zona Selva de Chiapas*". en Cuadernos de trabajo GRIMAP. Número 6, mayo 1999, 115 pp.

- Loza (T.) "*Atención de la Mujer en Guerrero*" en Maternidad sin riesgos en Guerrero Fondation MacArthur y UNICEF, México, 1996, 227 páginas

- Luxton, (R) et Balam (P), "*Sueño del camino maya*", México, Edit. F.C.E. 1995

- Montentealegre (R.) et alt. «*La maternidad en las mujeres indígenas de la montaña de Guerrero*» en "Maternidad sin riesgos en Guerrero" Fondation MacArthur et UNICEF, México, 1996, 227 páginas.

- País con Chiapas, Programa derivado del: PNP 1995-2001, la SRE y el CONAPO, y Fondo de Población de las Naciones Unidas. 2000

- Pagliaro, Heloísa – 2002 – A Revolução Demográfica dos Povos Indígenas do Brasil: a experiência dos Kaiabi do Parque Indígena do Xingu – Mato Grosso – 1970 – 1999. Tese de Doutorado apresentada na Faculdade de Saúde Pública da USP.

- Paz (G.), "*La fecundidad en el ámbito estatal de 1990*", Revue DEMOS, México, 1994.

- Ramírez (J), et alt, "*La desnutrición, causa principal de la muerte*", Proceso», número 904, México, 1994.

- Rodríguez (M), "*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" Fondation MacArthur y UNICEF, México, 1996, 227 páginas.

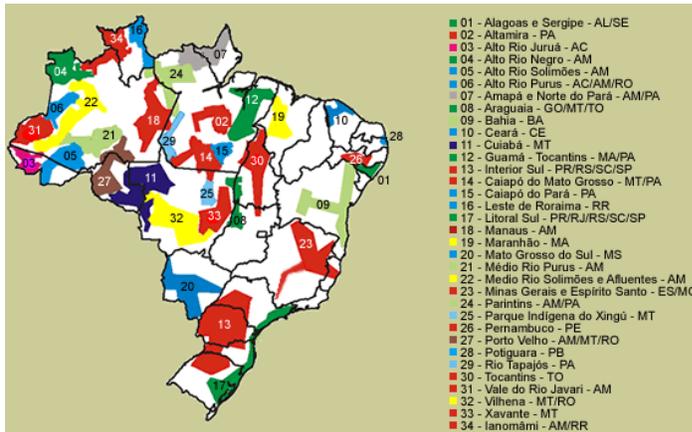
- Sandoval (A), "*Los pueblos indígenas y las políticas de población*" Reunión Internacional sobre dinámicas de la población indígena" CIESAS, México, 16-18 mayo 2000, 15 páginas.

- Santiago (R) "*Parteras, una ocupación mal retribuida, pero necesaria*" Periódico el Sur, número 2415, día 09 marzo 2004, página 24, Guerrero, México.

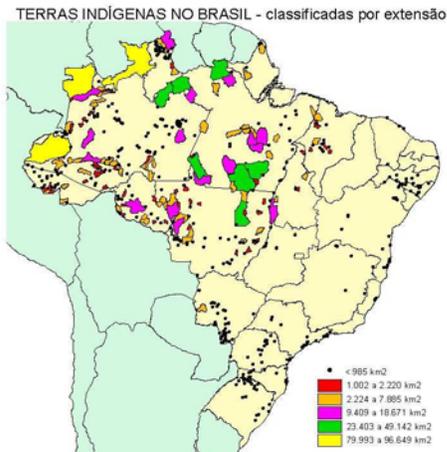
- Villegas, (A) et al "Puestos de salud para mujeres embarazadas en el estado de Guerrero". Informe Technique préliminaire, Centro de Investigaciones Y Enfermedades Tropicales (CIET), Mexique, 1995, 24 pages.

- Impacto del proyecto planificación microregional en cinco municipios pobres del estado de Guerrero (Tesis de maestría), año 1999.

Mapa 1: Distritos Sanitários Especiais Indígenas no Brasil



Mapa 2: Terras Indígenas no Brasil



Mapa 5: Alto Rio Negro/Brasil

