

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES SOCIALES**



**DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES CON ORIENTACIÓN EN DESARROLLO
SUSTENTABLE**

TESIS DOCTORAL

**USOS Y COSTUMBRES DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LA POBLACIÓN
OTOMÍ DEL ESTADO DE QUERÉTARO: UN ANÁLISIS DESDE LAS PARTERAS
TRADICIONALES Y SU CONTRIBUCIÓN A LA SUSTENTABILIDAD SOCIAL**

PRESENTA

MTRO. JORGE ADÁN ROMERO ZEPEDA

COMITÉ TUTORAL

DIRECTOR: DR. ARUN KUMAR ACHARYA

CODIRECTORES: DR. JOSÉ MARÍA INFANTE BONFIGLIO

DRA. MARÍA ELENA RAMOS TOVAR

SEPTIEMBRE, 2013

Agradecimientos

El presente trabajo es un esfuerzo que se hizo posible gracias al hospitalario recibimiento de la Universidad Autónoma de Nuevo León, casa de estudios que abre sus puertas de par en par a la investigación en ciencia y tecnología. Concretamente, El Instituto de Investigaciones Sociales y a todo el personal que trabaja en él, por permitirme la realización del máximo grado académico.

Hago extensivo mi agradecimiento al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por confiar en mi desempeño académico y haberme otorgado una beca, con la cual pude realizar mis estudios de doctorado. A su vez, por apoyar de manera generosa con financiamiento para la participación en varios congresos internacionales, y por haber aprobado el doctorado bajo modalidad mixta, lo que permitió hacer estadía en el extranjero.

Al M.E. Manuel Barragán Codina, Director, iinSo por haberme brindado la oportunidad de ingresar al presente programa de doctorado y a su vez hacer posible este ambicioso sueño y Dra. María del Carmen Baca Villareal, Coordinadora del Formación de Recursos Humanos, iinSo de los cuales he recibido todo el apoyo institucional que he deseado. A la Dra. Esthela Gutiérrez Garza por su apoyo durante el programa de doctorado. Al Dr. Arun Kumar Acharya quien fungió como director de tesis, por su presencia incondicional, sus apreciados y relevantes aportes, críticas, comentarios y sugerencias durante el desarrollo de esta investigación; a mis co-directores, el Dr. José María Infante Bonfiglio quien me mostró en su persona el significado de la palabra sabiduría, y la Dra. María Elena Ramos Tovar por dar una dirección adecuada a la presente tesis, esclareciendo puntos importantes que sólo pudieron resolverse con sus aportaciones y observaciones.

Al Dr. Rubén Romero Márquez pues hizo posible mi acercamiento al Instituto Mexicano del Seguro Social; a la Enfermera Arminda Marquez del Comité Promotor por una Maternidad

Segura en México quien creyó en la pertinencia de conocer más sobre las parteras desde una perspectiva de género y sustentable; al maestro Valente quien me hizo el favor de introducirme como un amigo a las comunidades indígenas para llevar a cabo entrevistas; a las parteras de quien es difícil no encariñarse y admirarse por su aparentemente humilde e importantísima labor, y especialmente a la partera Josefina quien ejemplifica porque ser matrona es una actividad que llena de orgullo.

A la Dra. Marie Lacroix quien tuvo la amabilidad de recibirme en Université de Montréal para hacer posible el intercambio académico en Canadá y al Dr. José Juan Cervantes Niño quien sagaz y persistentemente gestionó para concretar el programa doctoral mixto; a los profesores Dr. Carlos Ramírez Martínez y Dr. Julio César Puente Quintanilla, quienes compartieron sus invaluable conocimientos mediante la cátedra; y a los catedráticos Dr. José Raúl Luyando Cuevas, Dr. Esteban Picazo Palencia y Jorge Loyola Castillo, de los cuales recibí los útiles cursos optativos de estadística, uso de la paquetería SPSS y mapeamiento ArcGis y su entorno, respectivamente.

A mis los compañeros de generación Elías Alvarado Lagunas y Yazmín Yolanda Ponce Cruz con quien compartí momentos inolvidables; y al resto de los compañeros del iinSo que hicieron mi estancia en el doctorado amena y enriquecedora: Francisco de Jesús Gómez Ontiveros, Carlos Estuardo Aparicio Moreno, Fernando Augusto Villareal Reyna, Jesús Sergio Sánchez Rodríguez, Elena Slovenia Martínez Treviño, Yenisey Valles Acosta, Benigno Benavides Martínez, Luis Gerardo Esparza Hernández, Dionicio Morales Ramírez, Laila Alicia Peralta Escobar y José Ricardo Rivera Peña.

Dedicatoria

A mi esposa Jesika, que es justo lo que mi alma necesitaba.

A mi hija Aimée Ivana, que vino a alegrar y dar sentido a mi vida más allá de lo que puedo comprender.

A mis padres Marcelo y Susana, quienes en todo momento me han brindado su apoyo y amor incondicional.

Y a mis hermanos Hilda, Marcela y José Felipe que a nuestra particular manera nos cuidamos unos a otros siempre.

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I.....	25
EL CONTROL DE LA FECUNDIDAD DESDE UNA VISIÓN SUSTENTABLE Y DE GÉNERO.....	25
1.1.- Introducción	25
1.2.- Malthus y crecimiento poblacional	26
1.2.1.- Explosión demográfica y sus consecuencias.....	26
1.2.2.- Anticonceptivos y control poblacional.....	28
1.2.3.- Malthus y capacidad de carga	31
1.2.4.- Malthus y población indígena	33
1.2.5.- Malthus y la mujer.....	35
1.2.6.- Malthus y el crecimiento poblacional: recapitulación	36
1.3.- Neomalthusianos: Demógrafos ecologistas	39
1.3.1.- Cambio poblacional y transición demográfica.....	45
1.3.2.- Cambio poblacional y proceso de transición demográfica en México.....	50
1.3.3.- Neo-malthusianos: Demógrafos ecologistas; recapitulación	57
1.4.- Empoderamiento femenino y control de la fecundidad	60
1.4.1.- Empoderamiento femenino	60
1.4.2.- Empoderamiento femenino y control de fecundidad	71
1.4.3.- Empoderamiento femenino en indígenas	79
1.4.4.- Empoderamiento femenino en indígenas y control de fecundidad en el pasado	81
1.4.5.- Empoderamiento femenino en indígenas y control de fecundidad actual.....	84
1.4.6.- Empoderamiento femenino y control de la fecundidad: recapitulación.....	92
1.5.- El control de la fecundidad desde una visión sustentable y feminista: recapitulación	94
CAPÍTULO II.....	96
METODOLOGÍA.....	96
2.1.- Introducción	96
2.2.-Entrevista a parteras	97
2.2.1- Diseño de la muestra	98
2.2.2.- Estrategias de reclutamiento de los entrevistados.....	99
2.2.3.- Sesgo metodológico	101
2.2.4.- Técnicas de recolección de datos	102
2.3.- Encuesta a mujeres indígenas.....	103
2.3.1.- Reclutamiento de los entrevistados	103
CAPÍTULO III	106

LOS USOS Y COSTUMBRES REFERENTES A LA SALUD REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES OTOMIES DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS PARTERAS.....	106
3.1.- Introducción	106
3.2.- Usos y costumbres indígenas	108
3.2.1.- Pertenencia indígena	108
3.2.2.- Experiencia como partera.....	112
3.2.3.- Relación de las parteras con otros sanadores e instituciones de salud.....	128
CAPÍTULO IV	154
CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS Y CULTURALES DE LAS MUJERES OTOMIES DEL ESTADO DE QUERÉTARO	154
5.1.- Introducción	154
4.2.- Aspectos socioeconómicos.....	155
4.2.1.- Comunidad de procedencia	155
4.2.2.- Edad.....	156
4.3.- Estado civil.....	159
4.3.1.- Vía para contraer matrimonio	159
4.3.2.- Edad en que formó pareja por primera vez	161
4.4.- Carga doméstica dentro del núcleo familiar.....	162
4.4.1.- Horas disponibles para descansar al día.....	162
4.4.2.- Actividades durante tiempo de ocio	164
4.4.3.- Actividades dentro de su comunidad	165
4.4.4.- Tiempo dedicado a la crianza de hijos	166
4.4.5.- Familiares que apoyan para el cuidado de los hijos	167
4.4.6.- Dependientes dentro del hogar	168
4.4.7.- Tiempo dedicado a la preparación de alimentos	169
4.4.8.- Familiares que apoyan a la preparación de alimentos.....	170
4.4.9.- Tiempo dedicado al día a limpiar el hogar	171
4.5.- Distribución del ingreso dentro del núcleo familiar.....	173
4.5.1.- Jefatura dentro del hogar	173
4.5.2.- Actividad laboral del jefe del hogar	174
4.5.3.- Ingresos mensuales dentro del hogar	175
4.5.4.- Ingresos mensuales de la madre	177
4.6.- Formación en relaciones de género.....	179
4.6.1.- Responsabilidades infantiles por género	179
4.6.2.- Diferencias de actividades lúdicas en los menores de edad por género.....	181
4.6.3.- Compromisos juveniles por género.....	182

4.6.4.- Esparcimiento juvenil por género	184
4.6.5.- Selección de pareja.....	184
4.6.6.- Costumbre para unión de parejas	185
4.6.7.- Diferencias de labores en las personas unidas por género	187
4.6.8.- Entretenimiento de personas unidas por género.....	188
4.6.9.- Evolución en las relaciones de pareja	189
4.6.10.- Vida sexual y reproductiva.....	190
CAPÍTULO V	192
SALUD REPRODUCTIVA Y USO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE LAS MUJERES OTOMIES	192
5.1.- Introducción	192
5.2.- Fecundidad	193
5.2.1.- Número de hijos	193
5.2.2.- Preferencia por tener más hijos	195
5.2.3.- Preferencia por tener menos hijos	196
5.3.- Uso de anticonceptivos	198
5.3.1.- Conocimiento sobre tipos de anticonceptivos.....	198
5.3.2.- Tipo de anticonceptivos usados	199
5.3.3.- Efectividad atribuida a los anticonceptivos.....	201
5.3.4.- Fuente de información sobre anticonceptivos.....	202
5.3.5.- Fuente de adquisición de anticonceptivos.....	203
5.4.- Medicina tradicional.....	204
5.4.1.- Preferencia por el uso de la medicina tradicional y/o moderna	204
5.4.2.- Tipo de medicina indígena usada.....	205
5.4.4.- Atención perinatal por parte de curanderos.....	208
5.5.- Relación de los indígenas con instituciones de salud.....	210
5.5.1.- Atención a indígenas en instituciones de salud.....	210
5.5.2.- Respeto intercultural	211
5.5.3.- Valoración a la atención recibida en instituciones de salud.....	213
CONCLUSIONES Y PROPUESTAS.....	216
Cambio Demográfico y Población Indígena	217
Análisis y explicación co-relacional de los supuestos teóricos	222
Contrastación y discusión de alcances de los objetivos e hipótesis	227
Propuestas de política pública para el caso de la planificación familiar	230
BIBLIOGRAFÍA	237

Resumen

El problema demográfico surge en cuanto que en ningún momento hubo tantas personas, que utilizan tantos recursos planetarios y con tanta intensidad. Se advierte que podemos llegar al punto en que la presión sobre el medio ambiente resulte insostenible. En el país, la situación reproductiva no es muy alentadora, pues hay un reconocimiento de la imposibilidad de cubrir las necesidades asociadas a la salud reproductiva, en una situación que bien puede ser considerada como alarmante. El patrón de fecundidad de los grupos étnicamente diferenciados se encuentra rezagado por más de 20 años al que respecta a la población mestiza urbana, con un porcentaje de 1 a 2 hijos más por mujer en edad reproductiva. En gran parte, este rezago en materia de planificación familiar por parte de los grupos indígenas es debido a que en estos grupos existe un enorme des-empoderamiento de la mujer, especialmente en materia sexual y reproductiva. La información obtenida en trabajo de campo hace ver que las parteras tradicionales han actuado directamente para hacer respetar los derechos de las mujeres. Todas ellas manejan un discurso en donde la mujer tiene los mismos derechos que el hombre en todo tipo de ámbitos, concretamente en el espacio privado, en la vida sexual y reproductiva.

Palabras clave: Sustentabilidad, otomíes, salud reproductiva, usos y costumbres, género, empoderamiento, partera.

Summary

The demographic problem arises as at any time there were so many people, using so many planetary resources and with such intensity. It is said that we can reach the point where the pressure on the environment could be unsustainable. In our country, the reproductive situation is not very encouraging, as there is recognition of the inability to meet the needs associated with reproductive health, in a situation that could be regarded as alarming. The pattern of fertility in ethnically distinct groups is lagging for 20 years over the urban half-blood population, with a rate of 1 or 2 children more over the rest of the women in reproductive age. Mainly, this lag in family planning in the indigenous group is because in this population there is a tremendous disempowerment of women, especially in sexual and reproductive aspects. Information from fieldwork reports that traditional midwives have acted directly to enforce the women's rights. All of them use a speech where women have equal rights with men in all kinds of fields, in particular in private space, in the sexual and reproductive lives.

Key words: Sustainability, Otomies, reproductive health, customs and traditions, gender, empowerment, midwife.

INTRODUCCIÓN

El crecimiento poblacional no se ha dado de manera uniforme en la historia de la humanidad. Durante todo el período neolítico, hasta hace unos 7,000 años, los especialistas estiman que existían apenas unos 5 millones de humanos en toda la tierra. Sin embargo, esta estabilidad poblacional cambió con el sedentarismo y el cultivo de la tierra, dándose el primer crecimiento demográfico acelerado en el año 5,000 A.C. a 3,000 A.C. hasta alcanzar 250 millones de personas. De inicios de la civilización hasta el siglo XVII la población permaneció relativamente estable aumentando sólo a unos 600 millones de humanos (Hottois, 2000). A partir de la Revolución Industrial se da un crecimiento exponencial de la población; siendo que en 1750 había 750 millones de habitantes, en 1,800 había 1,000 millones, para el año 1960 llegó hasta 3,000 millones, en 1987 era 5,000 millones, y para el 2000 había aproximadamente 6,000 millones de habitantes en el planeta (Kabeer, 2000).

Se habla de que la población humana a nivel mundial crece a un ritmo explosivo en los últimos 200 años, pues en este periodo de tiempo se ha multiplicado por 6 veces. Aunque la velocidad de crecimiento disminuya, aún así el incremento en términos absolutos nunca había sido más grande en la historia de la humanidad, pues cada año se suman 88 millones de habitantes. A los actuales ritmos de crecimiento, se espera que en el 2033 la población humana mundial sobrepase los 9,000 millones, llegue a 10,000 millones en 2046 y acabe por estabilizarse en 12,000 millones a finales del siglo XXI (Nebel, 2005).

Es preocupante el actual crecimiento poblacional del 3% anual, considerando no sólo único en la historia de la humanidad, sino también imposible que continúe por mucho tiempo (Lassonde, 1997). Se estima que aún si se llegase a disminuir la tasa de crecimiento poblacional anual a 1.7%, en 400 años serían 5 billones y medio de personas en el planeta, por lo que resulta

absurdo suponer que la tasa mundial de fecundidad se mantenga, urgiendo en lo inmediato un cambio drástico para poder iniciar un descenso al crecimiento poblacional (Brockman, 1995).

En la actualidad, el 95% de los nacimientos ocurren en países en vía de desarrollo y dentro de estos países, la población más pobre y menos modernizada es la que tiene las tasas más altas de fertilidad (Valette, 1999). En gran parte la razón por la que se dan más nacimientos en países en vía de desarrollo, es debido al poco uso de anticonceptivos comparándolo con los países desarrollados (World Health Organization, 1994). En Latinoamérica puede observarse un rápido crecimiento poblacional desde comienzos del siglo XX, con una pequeña tendencia a declinar el número de nacimientos a partir del inicio de los años 70's (Terborgh, 1995).

Necesidad de reconsiderar el actual crecimiento poblacional

El problema surge, debido a que en ningún momento de la historia humana hubo tantas personas utilizando tantos recursos planetarios y con tanta intensidad. Se presentan una serie de desafíos para todos los gobiernos, como por: el elevado consumo y contaminación de agua dulce, tierras de cultivo, bosques, mares y diversidad biológica que no puede ir en aumento indefinidamente. Se advierte que podemos llegar a un punto en que la presión sobre el medio ambiente resulte insostenible (Lorentzen, 2006). En las Naciones Unidas existe un acuerdo unánime e irreversible, que tiene el propósito de llegar lo más pronto posible a un crecimiento demográfico igual a cero, pues se entiende que si las poblaciones continúan con su esquema actual de crecimiento, dentro de poco se dará una “tragedia ecológica” (Valette, 1999).

Se considera que si el día de hoy las pautas de producción y consumo establecidas en los países industrializados fueran seguidas por los países del tercer mundo, esto se convertiría en una carga insostenible para el planeta (Espinosa, 2000). Si vemos el aspecto alimenticio, aunque la tierra físicamente dispone de los recursos naturales para poder producir la suficiente cantidad de

calorías para alimentar a todos los seres humanos, no existe la infraestructura, la administración ni la voluntad política para hacer esto posible (Valette, 1999).

De hecho, se está viendo que la industrialización en los países de Tercer Mundo se encuentra imposibilitada para incorporar adecuadamente a la población joven al mercado de trabajo, pues el crecimiento demográfico ya rebasa los recursos nacionales (Brockman, 1995). La explosión demográfica en Asia, África y Latinoamérica está por encima de la producción de bienes y servicios, poniéndose en peligro la paz social al encontrarse el gobierno imposibilitado de dotar de suficientes satisfactores a su población (Gispert, 2005). En México, las instituciones gubernamentales manejan la idea de que los índices elevados de fecundidad ocasionan serios problemas de alimentación, vivienda, educación y demás elementos básicos que hacen digna la vida de las personas (Salud Reproductiva, 1995).

El común de las personas da por sentado la continuidad indefinida del crecimiento en la sociedad actual, pues considera que el crecimiento se da en forma lineal y de manera controlada. Sin embargo, la realidad del desarrollo social es que presenta un crecimiento exponencial en el uso de recursos de todo tipo y genera una cantidad inmensa de residuos en un lapso de tiempo corto, aunado a que este ritmo de desarrollo va en incremento. Es así como el crecimiento exponencial se vuelve incontrolado porque es un fenómeno dinámico, surgiendo elementos inesperados y cambiantes a lo largo del tiempo (Meadows, 1972).

Por todo lo anterior es que se vuelve prioritario reducir el crecimiento demográfico mundial, debido a que no se sabe con certeza la tasa de sustentación del planeta. Corriendo el riesgo de actuar cuando sea demasiado tarde, es decir, cuando la población alcanzada resulte insostenible (Hottois, 2000). Es así como limitar el crecimiento de la población se ve directamente relacionado con el objetivo de mantener la biodiversidad mundial así como controlar los ámbitos humanos (Lorentzen, 2006).

Desarrollo poblacional en México

En México, en el año de 1810 la población era de unos 6 millones de habitantes y aproximadamente un siglo después, los censos registran 15 millones (González, 2006). Al término de la Guerra de Independencia el país contaba con 6 millones de habitantes; para finales del siglo XIX se contaba con 14.5 millones, y para 1930 había ya 16 millones de habitantes. En 1936 se promulga la Primera Ley General de Población en donde se considera que un mayor número de habitantes podría resguardar con mayor facilidad la seguridad nacional y permitir el desarrollo social y económico¹. Con estas medidas, se dio uno de los mayores crecimientos demográficos en el país, registrándose tasas de crecimiento de hasta 3.1% anual, y la población pasó de ser de 19.6 millones en 1940 a 25.8 millones en 1950; para la década de los 60's se alcanzaron 34.9 millones y en 1974 la población alcanzó la cifra de 58 millones de habitantes (Villagómez, 2009).

Este cambio de actitud gubernamental ocurrió antes de los años 70's, los políticos e investigadores consideraron que el aumento poblacional significaba mano de obra propicia para el auge económico. Es a partir de la presión de organismos internacionales que los países en desarrollo implantan políticas de control demográfico. Es hasta 1974 que en México se aprobó la Ley General de Población, donde el gobierno del país recurre a las instituciones de salud pública para promover la disminución de las tasas de fecundidad (Salud Reproductiva, 1995).

Se debe considerar que aún obteniendo un perfecto control sobre la reproducción y previendo toda la descendencia no deseada, la población continua en desbalance hasta 50 años después, pues hay un retraso entre las medidas tomadas y los efectos deseados. Por ejemplo, si en México se hubiese obtenido una tasa de fecundidad de reemplazo para el año 2000, la población

¹ Por ello, se toman medidas como promover los nacimientos, los matrimonios, la salud materno-infantil, la inmigración y la repatriación.

continuaría creciendo hasta el 2060, pasando de ser los 50 millones de los años 70's, a 130 millones en los años 60's de este siglo XXI (Meadows, 1972).

En las últimas décadas, México ha entrado a un proceso demográfico conocido como “transición demográfica”, donde de un estado inicial con altas tasas de mortalidad y fecundidad, primeramente, se reduce y estabiliza la mortalidad, y posteriormente, se disminuye la fecundidad. Mientras culmina la transición demográfica, es común que suceda un rápido crecimiento de la población. Este crecimiento poblacional acelerado representa un gran desafío para el sector público, pues se debe igualar el mismo ritmo de crecimiento poblacional en cuanto al suministro de servicios. De igual forma, se presenta el reto de crear grandes cantidades de empleos (Provencio, 2001).

En el país, la situación reproductiva no es muy alentadora: El 10% de los embarazos tienen lugar en mujeres menores de 16 años, por lo que hay riesgos para la salud tanto de la progenitora como del producto. Asimismo, estas mujeres tienden al abandono prematuro de la escuela y continúan con más embarazos. En ese sentido, sólo el 18% de las parejas recientemente formadas emplean anticonceptivos con regularidad. Sin embargo, cabe destacar que el 55% de la población joven y sin hijos, recurre a la farmacia para la obtención de anticonceptivos, aun cuando estos establecimientos no reciben información sobre características de estos métodos, su forma de uso y efectos colaterales. En general, existe una demanda no satisfecha de anticonceptivos del 30% en el espacio rural, y de 14% en el espacio urbano (CONAPO, 1996).

Considerando las anteriores discusiones *¿Se puede afirmar que en México se ha educado una elección libre en materia de anticoncepción?* Mucho se ha hablado de los logros alcanzados en planificación familiar en los últimos 35 años, pero aún existen necesidades insatisfechas. Todavía se muestra como problemático el hecho de que en 2006 el 32% de las mujeres tuvo su primer embarazo en la adolescencia. Sobre el conocimiento de anticonceptivos, pareciera que los

resultados son alentadores, pues el 95% de las mujeres en edad reproductiva han oído hablar de los anticonceptivos. Sin embargo, cuando se profundiza en esta cuestión, sale a relucir un desconocimiento generalizado al respecto, y el conocimiento “práctico” es mas bien bajo: el 60% no ha escuchado hablar de la pastilla anticonceptiva de emergencia (PAE); un 40% de la población no sabe el uso adecuado de los anticonceptivos; y un 40% no sabe de los métodos tradicionales del retiro ni del ritmo (Mendoza, 2009).

En los hechos el sector salud sólo atiende a un 75% de la población: El Instituto Mexicano del Seguro Social atiende el 39% de la población; la Secretaría de Salud al 27% ; y el Instituto de Seguridad Y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado un 10%. Es así como una cuarta parte de la población carece de atención a su salud reproductiva. Además, estas instituciones de salud actualmente se encuentran en una severa crisis financiera, por lo que serán reducidas aún más por la tendencia neoliberal del Estado de retirarse de la asistencia social². En general, hay un reconocimiento a la imposibilidad de cubrir las necesidades asociadas a la salud reproductiva, en una situación que puede ser considerada como alarmante a la salud pública (Espinosa, 2000).

En México imperan serios problemas demográficos por resolver, pues existe un acceso desigual a los medios para regular la fecundidad de ciertos grupos sociales. Las adolescentes, las personas del ámbito rural, de baja escolaridad e inactivas económicamente, no cuentan con estos derechos. La población indígena se encuentra en una situación de enorme vulnerabilidad, pues se

² Habrá de considerarse que el panorama económico global para la salud reproductiva de las mujeres no es favorable, puesto que las reformas económicas monetaristas que han imperado en los últimos 20 años han evadido el deber del Estado de proporcionar en su totalidad, salud a la población. Esta desatención de salud se ve reflejada en las nuevas políticas sociales que reducen sus expectativas a cumplir de: reconocimiento de los derechos sociales, a sólo combate a la pobreza a través de programas asistenciales y discrecionales. De la universalización de servicios sociales públicos a sólo paquetes de servicios mínimos. Y del desplazamiento de la cobertura pública al traslado de los servicios-beneficio al mercado. En su lugar, se desarrollan programas que, bajo una lógica de eficacia y eficiencia en costos, deposita mayor responsabilidad en las mujeres sobre la salud familiar en general. Las estrategias de bajo costo y alto impacto exigen una coparticipación mayor de las mujeres mediante mayor trabajo en aspectos de salud (Jasis, 2006).

encuentran reunidos todos los atributos proclives a obtener poca cobertura de planificación familiar. La fecundidad de las mujeres entre 15 y 19 años se mantiene alta, esto es preocupante no sólo por los riesgos que un parto puede significar a edades tempranas, sino porque la maternidad en la adolescencia suele limitar las oportunidades de desarrollo personal en las mujeres. El espacio de residencia es una de las características diferenciales más importantes del comportamiento demográfico, pues la reproducción es mayor en el ámbito rural que en el urbano (Romo, 2009).

Hay un problema de equidad en la prestación de servicios de salud de acuerdo a los ámbitos urbano y rural. Mientras en las áreas urbanas se destinan mayores montos de recursos que permiten dar una atención más completa y compleja; en el espacio rural muchas veces no tiene siquiera acceso a presupuestos que permitan la atención médica más elemental. A pesar de que las desigualdades en la cobertura de métodos anticonceptivos entre el espacio urbano y rural se ha ido cerrando, en el 2005 se encontraba una diferencia de 12.4 puntos porcentuales, puesto que el uso de métodos anticonceptivos se daba en lo urbano en un 77.6%, mientras que en lo rural era de un 65.2% (Jasis, 2006).

Históricamente, desde principios del siglo XX en México se ha dado una notoria diferencia en las tasas de fecundidad entre los espacios rurales y urbanos. Por citar un ejemplo: durante la década de 1910-1920, los habitantes con residencia urbana tuvieron una fecundidad aproximada de 4.4 hijos por mujer en edad reproductiva, mientras que con los mismos parámetros en la población rural el promedio fue de 5.7. Para la década de 1920-1930, en el espacio urbano fueron de 4.9 hijos por mujer en edad reproductiva, mientras que en espacio rural el porcentaje fue de 6.8 hijos. Básicamente, se puede afirmar que durante las tres primeras cuartas partes del siglo pasado la fecundidad en el medio rural del país fue natural o sin control (Alba-Hernández, 1974: 22).

A pesar de la urbanización acelerada, la población rural sigue creciendo en términos absolutos, en 1995 vivían en comunidades de menos de 15 mil habitantes 32 millones de personas que representan el 36% de la población. De esta población rural, la cuarta parte vivía en comunidades con una gran dispersión poblacional y en condiciones de alta marginación. Se espera que en el 2020 el 35% de la población nacional nazca en comunidades rurales. En gran medida, las posibilidades de calidad de vida digna en estas comunidades dispersas y con altas tasas de fecundidad depende no sólo en la dotación de infraestructura por parte del Estado³, sino de un aprovechamiento sustentable de los recursos naturales disponibles (Provencio, 2001).

Planificación familiar desde las ciencias sociales

Es importante señalar que la planificación familiar es un fenómeno que debe ser abordado desde las ciencias sociales⁴. Hablar sobre reproducción humana, nos lleva a replantear el modo en que nos representaremos simbólicamente: la vida, la alteridad, el encuentro interpersonal, el cuerpo y la relación conyugal. La procreación es un proceso humano y humanizador (Santidrian, 1994). A diferencia del resto de las especies vivas del planeta, que mantienen el tamaño de su población en relación directa con las características de su entorno ecológico y su interacción con otras especies vivas, los seres humanos han construido un entorno social que puede permitir un control intencional sobre el número de sus integrantes (Ehrlich, 1977:7).

El uso de anticonceptivos tiene implicaciones sociales, en cuanto se ha comprobado que la elección de optar por su uso no atiende exclusivamente a determinaciones materiales

³ Carreteras, servicios básicos de educación y presencia de clínicas de salud, principalmente.

⁴ Teóricos sociales clásicos, como Juan Jacobo Rousseau en su libro “El Contrato Social”, señalan la importancia del tamaño poblacional para la organización social. Los estados deben darle la misma importancia a fijar los límites de su extensión territorial como del número de habitantes con que cuentan. Si el tamaño de la nación rebasa las capacidades de organización de un estado, se dilata el lazo social, ocasionando una situación en donde el *vicio se impone y la virtud es ignorada*. Una nación demasiado grande muere aplastada por su propio peso. Si bien no hay una regla general para calcular el tamaño de una población sobre un territorio, se deberá tomar como un factor a considerar la fertilidad de las tierras, en cuanto a su capacidad de producir bienes para sus pobladores (Rousseau, 2005).

(biológicas o económicas), sino sobre todo a preferencias culturales y psicológicas (Lassonde, 1997). Habría de considerarse cómo el tamaño de la población impacta directamente en la planeación gubernamental de: bienes, servicios, fuentes de trabajo, salud, educación, vivienda, control de la moneda y demás elementos fundamentales para que una nación pueda considerarse así misma como socialmente responsable y con una visión integral de Estado (Gispert, 2005). A nivel macro, limitar los nacimientos y actuar sobre la sexualidad se convierte en un problema político, pues están implicados los intereses de libre decisión de las personas como la obligación de los estados de procurar el bienestar general (Valette, 1999).

Desde una perspectiva ecológica, cada nacimiento evitado implica una reducción significativa en la emisión de contaminantes, así como en el uso directo o indirecto de energía y de tierras cultivables. En general, un crecimiento más lento de la población permitirá a los gobiernos y a la sociedad civil mayores oportunidades de planificar mejor el futuro de las sociedades (Almed, 2007).

Algunos pueden afirmar que la tecnología propiciará la continuación del aumento en la extracción de recursos no renovables. Sin embargo, el desarrollo tecnológico en la actualidad está muy detrás de los ritmos de extracción, resultando más costoso descubrir, explotar, procesar y distribuir los recursos. De la misma manera, el reciclado de materiales no se ha logrado en un 100%, agregando el hecho de que actualmente esta actividad es considerada como “no económicamente retributiva”. Para crear un sistema de producción sustentable, la tecnología puede ser considerada como un aspecto positivo, pero de ninguna manera como la solución a todos los problemas. De hecho, la mayoría de los problemas que dificultan el desarrollo sustentable no son de solución técnica, sino política. Contrariamente, cada modificación de carácter político produce efectos secundarios que deben ser anticipados, buscando incorporar las

nuevas tecnologías de manera moderada, como dice Meadows (1972): “No hay oposición ciega al progreso, pero si hay oposición al progreso ciego”.

La Planificación demográfica desde una perspectiva ética

Si las personas ejercieran su derecho a tener hijos sin limitación, los resultados serían catastróficos. Las personas en su vida privada deben de hacer elecciones tomando en cuenta la situación de la sociedad en la que viven, por lo que las aspiraciones reproductivas a nivel individual deben de conciliarse con las aspiraciones de la sociedad. Para que un acto reproductivo sea libre, debe informarse y responsabilizarse con las necesidades de su entorno, cobrándose conciencia de la seriedad del problema de la sobrepoblación. Si la sociedad pretende garantizar su supervivencia y permitir la igualdad de condiciones para todos, debe adjudicarse el derecho de limitar el número de nacimientos. Los gobiernos de cada país tienen la obligación de asistir a sus ciudadanos para que sus elecciones reproductivas se hagan de manera responsable. Por su puesto, cada país deberá establecer políticas poblacionales de acuerdo a sus propios valores éticos, tradiciones, antecedentes religiosos, convicciones filosóficas y circunstancias históricas específicas (Kluge, 2005).

No se comete ninguna injusticia cuando se evitan los nacimientos de las personas pues no se perjudica a quien no existe y nunca existirá. El no nacimiento no hiere, ni hace infeliz, ni despoja a nadie. De ello se desprende que el derecho a la autonomía reproductiva de los padres, debe de ser sopesado con el derecho de las y los futuros hijos a no nacer cuando se les pueda causar un sufrimiento innecesario. El deber de proteger una vida queda desvirtuado cuando la calidad de vida del recién nacido decrece y el coste de garantizarla es demasiado alto. La procreación será moralmente justificable cuando ésta no constituya una carga demasiado pesada para otros (Engelhardt, 1995).

Es conocido como derecho básico reproductivo la libertad de los padres de elegir el número de hijos y el intervalo entre el nacimiento de cada uno. Sin embargo, cabe señalar que en las declaraciones a nivel internacional no hay ninguna referencia formal a la procreación como circunstancia obligatoria o necesaria de los individuos. Si bien existe el derecho a tener hijos, al igual que el resto de los derechos que no son universales, esta facultad de tener hijos no es controlada. La procreación debe hacerse sólo bajo ejercicio de responsabilidad, es decir, cuando se cumple la obligación de mantener y mejorar las potencialidades de la especie humana (Santidrian, 1994).

Resulta prudente aclarar que existe un interés por reducir la población para evitar el deterioro ambiental. En ese sentido, este interés no debe llevar a la toma de acciones coercitivas o que se centren exclusivamente en evitar la concepción. Históricamente se ha comprobado que las campañas poblacionales que no toman en cuenta los deseos de la gente, resultan poco efectivas. Se afirma la pertinencia de una política de población con pleno respeto a los derechos humanos y a las consideraciones éticas, con interés de la salud reproductiva en su conjunto, que promueva el empoderamiento de las mujeres y la promoción de la responsabilidad masculina. Ello resulta políticamente más adecuado, con resultados más efectivos y sustentables; y promoverá un mayor bienestar para la humanidad y el medio ambiente (Kabeer, 2000).

Cabe señalar que los programas de planificación familiar no deben de ser empleados exclusivamente para disminuir el crecimiento acelerado de la población, sino que deben de estar orientados en mejorar las condiciones de vida de la familia de manera integral. No hay que olvidar que la planificación familiar debe de armonizar los aspectos biológicos, físicos, económicos, psicológicos y sociales de los miembros que constituyen el núcleo familiar (Gual, 1971). Parte del significado de paternidad responsable, es procurar la salud sexual, el conocimiento de las opciones anticonceptivas y el cuidado materno-infantil (Gispert, 2005).

La planeación familiar debe de incluirse dentro de un programa más amplio de salud reproductiva que, aparte de anticonceptivos, incluya cuidados posteriores al embarazo, la prevención de enfermedades de transmisión sexual, el cáncer cervical y de pecho, los tratamientos de infertilidad y las complicaciones en caso de aborto. Las mujeres deben de decidir libremente el método anticonceptivo que más se ajuste a sus necesidades, teniendo como base: información precisa, completa y apropiada. Debe de procurarse que las personas se sientan cómodas y en confianza en la atención de la planificación familiar, por lo que además, deberán de ser considerados los factores culturales (World Health Organization, 1994).

En materia de reproducción, dependerá de la pareja y sólo de ésta, decidir sobre el número de hijos y su espaciamento entre los mismos. Queda condenada cualquier forma de coerción a este derecho, relegando a otras instituciones sociales sólo un papel formativo e informativo. Es recomendable que los poderes públicos den a conocer a la ciudadanía los objetivos demográficos deseables, pero en ningún momento podrán obligar a tomar métodos anticonceptivos. Los organismos no gubernamentales, como la Iglesia, sólo podrán actuar de forma limitada, sugiriendo, pero nunca condenando (Valette, 1999). La elección del número de hijos debe de ser hecha con libertad e información, para que las parejas tengan en cuenta las necesidades de: sus hijos, los hijos futuros y sus obligaciones para con la comunidad (Ortiz, 2008).

Posturas que niegan el problema del crecimiento poblacional

A pesar de la situación de explosión demográfica a nivel planetario, aún son frecuentes los autores que niegan la existencia de la sobrepoblación y afirman la capacidad ecológica del planeta para poder albergar mayor población. Por ejemplo, algunos proponen que no sólo no hay “explosión demográfica”, sino que existe la “Implosión demográfica”, pues en los países de primer mundo no crece la población y la tendencia en los países de tercer mundo es también a

una caída demográfica en las tasas de crecimiento. Aseveran que hay suficiente espacio para 18 mil millones de personas, pues la producción alimenticia va en aumento, porque según ellos: aún queda mucha tierra arable; el acceso a los recursos industriales se hace cada vez más fácil; y la población mundial sólo ocupa el 1% de la superficie firme del planeta (Vedota, 2008).

Otros autores afirman que la biomasa planetaria puede sostener entre 10 a 30 mil millones de seres humanos. Además, una reducción de población tercermundista no significaría menor impacto ambiental, pues este control poblacional sin duda elevaría su nivel de vida y, con ello, sus consumos y el impacto de éstos en el medio ambiente. Por lo demás, se afirma que hay una relación dinámica entre hombre y recursos; es decir, se puede confiar pensar que en el futuro, los avances tecnológicos permitan una extracción de materias primas en formas más eficientes y con menos impacto en la naturaleza; por lo que no habría límites fijos a los recursos naturales y la población podría seguir expandiéndose (Lassonde, 1997).

Por otro lado, otra postura pronatalista es la que considera que la sobrepoblación es sólo una construcción ideológica del imperialismo norteamericano, pues los problemas sociales y ecológicos no son de orden demográfico, sino de la dinámica del capitalismo (Hottois, 2000). Afirman que la explicación al imperialismo norteamericano en materia de población, se encuentra explícita en el “Informe Kissinger” del Gobierno de los Estados Unidos, elaborado en 1974. Donde, por motivos de seguridad nacional, se sugiere reducir la población tercermundista porque un aumento demográfico viene acompañado de un crecimiento económico, pudiendo con ello crear un arsenal militar que rivalizara con el poderío norteamericano (Vedota, 2008).

Por otro lado, también abundan los textos que condenan el uso de anticonceptivos para la planificación familiar. Se afirma que el acto sexual no debe “deshumanizarse”, y reducirse sólo a comunicación íntima de las parejas; ya que la sexualidad siempre debe estar abierta a su dimensión reproductiva. Se menciona que la promoción de los derechos sexuales y reproductivos

acaba con los nexos de solidaridad social, pues se atenta contra los vínculos fundamentales de la maternidad y la paternidad. Al dar al consumo de anticonceptivos libertad excesiva en materia sexual, los que más sufren son los niños, pues estos en período de gestación no representan nada para una sociedad posmoderna confortablemente egoísta⁵ (Manzanera, 1996). Cabe decir que estos argumentos se basan en posturas rígidas y muchas veces dogmáticas, donde no se llega a dar cabida a otras posiciones que armonicen estas posiciones.

Otros argumentos en contra del control de la natalidad y los anticonceptivos, se basan en culpar al Estado de actuar en contra de la sociedad. Al promover la salud reproductiva, el Estado en realidad lo que hace es promover la enfermedad, pues los anticonceptivos no mejoran la salud de las personas. En cambio, estos tienen efectos nocivos que dañan su salud física y psicológica. Detrás del discurso de las campañas de planificación que proclaman defender el derecho a la libertad de elección sobre los propios cuerpos, lo que en realidad se está operando es una campaña de eugenesia, en donde los grupos de poder niegan la vida, la consideran “menos deseables” en las minorías, los pobres y los que tienen menor formación académica (Sanahuja, 2008).

También resulta problemático para el control de la natalidad el hecho de que en materia reproductiva hay un machismo muy acentuado. Históricamente, las mujeres han sido vistas como inferiores al hombre. Ya Aristóteles afirmaba que la mujer es un hombre fallido o mutilado. Aún en el siglo XX, varios autores señalaban que las mujeres estaban determinadas a su fisonomía, psicología y comportamiento social por su útero, afirmando con ello, la función pasiva social de la mujer, debido a que su papel es ser “receptiva”, “conquistada” y “cautivada” por el

⁵ La planificación familiar es vista como una forma hedonista de convertir la sexualidad en un producto de consumo. La esterilización, la anticoncepción y el aborto, son todos vistos como actos de violencia que deben ser penalizados legalmente; o de lo contrario, la carencia de respeto al valor fundamental de la vida llevarían a la sociedad a una situación de anomia. En el encuentro sexual siempre hay una intervención especial de Dios y Él es quien en realidad debe decidir sobre las posibilidades de procreación, no correspondiendo a la pareja atribuirse tal poder divino de decidir sobre el nacimiento de sus hijos (Sgreccia, 1996).

hombre. Para muchos, el deber de las mujeres es ser abnegadas en sus comentarios, fieles a sus parejas y sin necesidades de disfrutar el encuentro íntimo (Santidrian, 1994).

Hipótesis

1.- La población indígena otomí en el estado de Querétaro practica diversos usos y costumbres tradicionales de salud reproductiva (por ejemplo: cuarentena, parto domiciliario, uso de símbolos religiosos, principalmente).

2.- Los indígenas prefieren utilizar los métodos de planificación familiar tradicional antes que los modernos.

3.- Dentro de la población indígena, existen actores sociales particulares que pueden promover tanto los usos y costumbres de la población indígena, como el uso de métodos alternativos de la planificación familiar.

Objetivo general

Analizar los usos y costumbres de salud reproductiva de la población indígena Otomí, así como los métodos anticonceptivos para controlar la natalidad.

Objetivos específicos

1.- Explorar las prácticas de usos y costumbres de salud reproductiva de la población indígena Otomí en el estado de Querétaro.

2.- Examinar cuáles son los métodos anticonceptivos tradicionales y modernos que usan los indígenas en Querétaro para controlar su natalidad.

3.- Indagar la existencia de actores sociales (como las parteras) que puedan promover tanto los usos y costumbres de la población indígena, así como los métodos alternativos de planificación familiar.

CAPÍTULO I

EL CONTROL DE LA FECUNDIDAD DESDE UNA VISIÓN SUSTENTABLE Y DE GÉNERO

1.1.- Introducción

En el apartado anterior se problematizó el desarrollo demográfico actual y se propuso como medida de investigación propositiva, el caso concreto del crecimiento poblacional de las personas otomís de Querétaro, México. Para esto, se analizarán las mejoras de los programas de planificación familiar mediante la consideración de usos y costumbres indígenas, poniendo énfasis en la equidad de género. En este apartado se abordarán las teorías que hacen referencia al crecimiento demográfico desmedido, como causante de la in-sustentabilidad social y el cómo el empoderamiento de las mujeres es clave para que se logre el control de la reproducción humana.

Se parte de las ideas de Thomas Malthus, por ser considerado como el iniciador de la discusión entre el crecimiento de la humanidad y los límites físicos planetarios. A continuación, se desarrolla la influencia del pensamiento de Malthus en la corriente de pensamiento de los demógrafos ecologistas, haciendo énfasis en los temas que no son abordados a profundidad en la demografía clásica. A su vez, se expondrán las teorías de demógrafos ecologistas que más consenso tienen en la comunidad científica actual.

Teniendo este antecedente, se explicará cómo se da el proceso de empoderamiento de las mujeres indígenas en México, haciendo primeramente una introducción a este concepto. En este sentido, el empoderamiento resulta crucial para las demandas feministas, debido a que el ser dueñas de sus cuerpos, su sexualidad y reproducción les permite a las mujeres planificar un proyecto de vida. Finalmente, se analiza teóricamente la situación de las mujeres indígenas con respecto a su libertad de elegir sobre cómo y cuántos hijos tener.

Por último, se hace hincapié en que la necesidad de control demográfico es compatible con la necesidad de las mujeres de controlar su vida reproductiva. Así, neo-malthusianos y feministas trabajan a partir de intereses comunes y desarrollan la teoría de la planificación familiar, que será el esquema interpretativo sobre el cual se posicionará la presente investigación.

1.2.- Malthus y crecimiento poblacional

1.2.1.- Explosión demográfica y sus consecuencias

Quizá el planteamiento más difundido de Malthus, sea considerar que el principal obstáculo en el camino al perfeccionamiento de la humanidad es que la población exceda sus medios de subsistencia. Esta sentencia del autor la sustenta de manera simplificada en dos sólidas premisas: la humanidad necesita alimentarse y su necesidad de reproducirse es constante. El inconveniente surge cuando la capacidad reproductiva de la humanidad es exorbitantemente mayor a la capacidad del planeta de proveer bienes. De hecho, se puede establecer una fórmula matemática entre estas dos tendencias: Si la población humana no tiene restricciones, ésta crece en progresión geométrica, mientras que la producción de alimento sólo puede aumentar en secuencia aritmética (Malthus, 1998: 53).

Como ejemplo hipotético, se menciona que si existiese una nación de próspera naturaleza, leyes benignas y pacíficas, careciendo con ello de restricciones a la reproducción de sus habitantes, al cabo de 25 años crecería de forma geométrica al doble; mientras que en el mismo periodo de tiempo, un máximo impulso a la agricultura se conseguiría de la misma manera duplicar la producción de medios de subsistencia. El problema sería que bajo la misma tendencia, en los siguientes 25 años apenas se lograría volver a incrementar la producción alimenticia al doble, mientras que la población ya se hubiera cuadruplicado, causando con ello que las clases

desposeídas vieran amenazadas su subsistencia, mientras que las clases altas tendrían que disminuir su nivel de vida (Malthus, 1998: 58).

Desde el punto de vista de Malthus, el problema estriba en que el crecimiento demográfico se da de manera más acelerada que el crecimiento económico, al poco tiempo la sobrepoblación causa que el exceso de mano de obra se abarate y escaseen los bienes de consumo más elementales; cayendo gradualmente los salarios por debajo del nivel de subsistencia, aumentando la mortandad por encima de la natalidad y reduciéndose la población al estado inicial, pero con la desventaja de que en el proceso se pierde el ingreso de capital y el momentáneo crecimiento económico (Erviti y Segura, 2000: 226). En ese sentido, se afirma como primera necesidad para fomentar el progreso social en una sociedad pobre, la culturización del control sobre la descendencia, ya que si no se limita la fecundidad se generarán mayores presiones a los Estados para poder dotar a las nuevas generaciones de: educación, salud, alimento, transporte, vivienda, trabajo y demás derechos humanos fundamentales (Tuiran, 2003: 9).

Esta reflexión de Malthus en la actualidad se ha vuelto tan emblemática, que en el estudio de las poblaciones (tanto humanas como de otros seres vivos) se le llama *crecimiento de Malthus* a las tasas de reproducción geométricas de manera constante. Tanto en la naturaleza como en la historia, el crecimiento de Malthus rara vez se presenta por largos intervalos de tiempo, debido a que las poblaciones son frenadas por depredadores naturales, o bien, por la insuficiencia del ecosistema de proveer los recursos para el mantenimiento de los organismos que se multiplican en forma geométrica (Soberón, 1989: 18).

Otro concepto que se desprende de esta correlación entre alimentos y crecimiento demográfico es la llamada *Trampa poblacional de Malthus* o *Pobreza de Malthus*. Éste, consiste en afirmar que los países pobres con nulo control de fecundidad no pueden superar su pobreza,

aún cuando se les inyecte capital y crezca su economía ¿A qué se debe esto? Al hecho de que en sociedades pobres el ingreso *per cápita* se mantiene siempre a nivel de subsistencia, lo que da como resultado tasas de crecimiento poblacional muy cercanas a cero. Sin embargo, cuando mejora la condición de vida de la población, disminuye el hambre y las enfermedades, aumentando con ello la natalidad y disminuyendo la mortandad, lo que desencadena en un aumento de la población (Erviti y Segura, 2000: 226).

También suele hablarse del término *Maltusianismo de la pobreza*, que es cuando en la población con extrema pobreza se reduce sensiblemente su fecundidad, teniendo como causas las crisis económicas o las políticas públicas adversas a los intereses de las mayorías. Dejando a estos grupos desamparados, en situación de desnutrición y carencias de todo tipo, viéndose desalentados a tener una vida reproductiva (Lassonde, 1997: 117).

1.2.2.- Anticonceptivos y control poblacional

Desde la lógica de Malthus, lo conveniente sería prever medidas para poner freno a la población. Este autor razona desde una perspectiva moral, donde virtud y la sabiduría no son fuerzas suficientes para evitar el encuentro entre los sexos. Mantener a la gente ocupada y activa tampoco pueden ser soluciones a largo plazo. Nuevas motivaciones y convicciones pueden ayudar, sin embargo, incluso las motivaciones más poderosas menguan, mientras la tentación por la pasión se mantiene constante. De hecho, afirma que ningún progreso se ha hecho hasta ahora para evitar la seducción de los sentidos y los placeres de la carne (Malthus, 1998: 174).

Sin embargo, a pesar de este pesimismo inicial que parece negar cualquier posibilidad de evitar un destino catastrófico en la sobrepoblación, Malthus aclara más adelante, en su obra *Ensayo sobre Población*, que efectivamente la población tiende a crecer en forma geométrica, si no se ponen frenos a este crecimiento. Con ello, se establece que las fuerzas demográficas pueden ser controladas de manera consciente y racional (Catton, 1998: 321).

El freno a la reproducción por demás evidente y recurrido a lo largo de la historia, es que los padres se hagan cargo de alimentar a su descendencia. De tal manera, el sustento producto del trabajo de una persona por lo general se limita a unos cuantos hijos. Así, la institución del matrimonio y la monogamia son una forma en que se responsabiliza de manera directa a los individuos por sus actos reproductivos (Malthus, 1998: 163).

Desde una singular perspectiva de Malthus, si en el continente europeo la población ha reducido enormemente sus tasas de crecimiento, es porque los hombres huyen del matrimonio, simplemente para evitar las responsabilidades de tomar una familia a su cargo. Así se ven obligados a reducir sus gastos personales y a privarse de sus caprichosas diversiones. El matrimonio significa reducir dos o tres peldaños el status social, y si se toma en cuenta que un hombre por lo general busca contraer matrimonio con una mujer de su misma condición social, la unión significará también para ella, un rebajamiento social (Malthus, 1998: 82).

Entre la población de los países acaudalados, cuando la pasión reproductiva es grande y el entendimiento poco, se unen las parejas. Pero postergando el matrimonio por lo general en la madurez, cuando se tenga un trabajo estable y una fortuna acumulada (que les permita montar un negocio, hacerse de una casa o de tierras de labranza propias). Las constantes penurias económicas que pasan los casados, hacen que al cabo de unos años termine por completo la pasión inicial y reine en ellos un espíritu sombrío. Ante tal ejemplo, el resto de los hombres solteros se verán disuadidos y acobardados para formar una familia propia (Malthus, 1998: 86).

A criterio de Malthus, la medida de contención a la sobrepoblación que ha resultado más afectiva, ha sido que las clases populares vivan en la miseria, puesto que esto ocasiona que de los 6 o más hijos engendrados por mujer, sólo 1 o 2 de ellos consigan sobrevivir hasta llegar a la edad reproductiva. Las duras condiciones de la pobreza hacen que los abortos sean frecuentes, la

morbilidad y la mortandad infantil altas, y que sólo los niños más sanos y mejor adaptados sobrevivan hasta la madurez (Malthus, 1998: 69).

Así se establece que la población puede ser limitada, y en ello Malthus establece la distinción entre frenos propios e impropios. Como método propio de control de la natalidad consideraba que el más loable de todos era la contención moral o incontinencia sexual, sin embargo, este método lo consideraba poco efectivo, pues los impulsos sexuales humanos son superiores a cualquier discurso moral. Dentro de los límites al control de la natalidad que se consideraban como producto del vicio, en cuanto a que su uso requería rebajar la dignidad de la naturaleza humana, eran: el aborto, los anticonceptivos o el infanticidio. De igual manera, la humanidad ha sucumbido en grandes números mediante el hambre o la enfermedad, pero consideraba que el uso intencional de dichos recursos para disminuir la población, no eran loables para ponerlos en práctica (Avendaño, 2007: 16).

Uno de los límites más comunes que tienen los seres vivos para evitar que sus poblaciones crezcan de manera exponencial, han sido otras especies depredadoras. En los humanos el problema está en que, salvo pandemias ocasionadas por virus y bacterias que se presentan de manera ocasional, ninguna otra especie tiene la capacidad de limitar su expansión demográfica. Sin embargo, a diferencia de la mayoría de los otros seres vivos con los que se cohabita el planeta, los humanos tienen como depredadores a los mismos humanos, así que las guerras y los asesinatos pueden ser considerados como límites poblacionales. Estos frenos poblacionales a pesar de su “utilidad” y frecuencia, en la moral cristiana de Malthus los hacían considerarlo como viciosos o poco deseables (Catton. 1998: 322).

1.2.3.- Malthus y capacidad de carga

Quizá la reflexión de Malthus más acertada o valorada en la actualidad, por el contexto de degradación ambiental presente, sea el de relacionar la población con los medios de subsistencia, al afirmar que el equilibrio entre estos dos fenómenos es difícil de conseguir y romper este balance puede tener consecuencias catastróficas para la humanidad. La Tierra como límite de producción alimenticia es una metáfora simple; pero correcta si se actualiza con los estudios contemporáneos sobre el impacto de las poblaciones humanas sobre los ecosistemas. En la humanidad, más que el alimento, habría de considerarse la toma materiales y energía de componentes vivos y no vivos de su ecosistema. El consumo de la humanidad está aumentando más por la huella ecológica que se da por el consumo de los organismos humanos multiplicado por el número de su población más que por el crecimiento de su población. Al tiempo que este primer factor es multiplicado por el consumo cultural de la humanidad, multiplicándose mucho más allá del consumo meramente biológico. Así, el máximo poblacional humano que un nicho ecológico puede soportar sin llevar sus sistemas a la quiebra se le conocerá como, “capacidad de carga” (Catton, 1998: 324-325).

En la discusión anterior se puede identificar un inicio sobre la capacidad de carga mundial. Éste comienza a partir de la obra de “Principio sobre Población”. En la obra de Thomas Malthus se puso en la mesa la afirmación de que los seres vivos sin restricción (incluido el hombre), suelen reproducirse de manera exponencial. El dilema surge en cuanto el planeta Tierra es un sistema cerrado, en donde el espacio y las capacidades de alimentación están limitadas (Rees, 2002a: 3).

De manera acertada, Malthus afirmaba que la población puede crecer más de prisa que los medios para su subsistencia, y que para obtener bienestar social era necesario restringir la gente en su número, ya sea mediante controles preventivos (como retrasar la edad reproductiva y/o la abstinencia sexual) y en su defecto positivos (como la miseria, la enfermedad y la guerra) (Collantes, 2003: 150). Malthus fue el primer teórico que postuló la existencia de un tope a la

capacidad de carga planetaria. Si la población crece a un ritmo mucho más acelerado al del crecimiento de alimentos, es de suponerse que en algún momento se llegará a un límite en donde la población ya no pueda crecer más (McKibben, 2001: 3). De Malthus se puede rescatar una verdad obvia pero difícil de seguir: la población debe de mantenerse por debajo del nivel de los medios de subsistencia (Villarespe, 2000: 28).

Una sencilla recomendación de Malthus mantiene toda su vigencia: “para mantener la felicidad humana es necesario que la población no aumente demasiado aprisa”, para evitar que la sociedad y el aparato productivo no pueda incorporar a las nuevas generaciones esta felicidad, y al contrario, se conviertan en una carga improductiva que genere pobreza y malestares (Villalpando, 2010: 47). Se debe de mantener un control de la natalidad constante, reduciendo la natalidad de preferencia (para evitar aumentar la mortalidad), hasta lograr un estadio estacionario de la población actual (Tamames, 2006: 8).

Malthus estableció como principal criterio para determinar el tamaño ideal de la población humana, la capacidad de generar alimento. Así, advierte que si mientras la generación de alimentos puede crecer de manera aritmética, ésta puede ser rebasada ampliamente por la población, pues crece de manera exponencial (Cohen, 1995: 343).

Retomando las consideraciones de Malthus sobre los límites a la población humana de acuerdo al alimento disponible, habría de considerar que la disponibilidad alimenticia implica muchos otros factores ambientales finitos, como agua dulce, tierra arable, nitrógeno y fósforo, luz solar, diversidad biológica o calentamiento global. De la misma manera, la disponibilidad del alimento está en relación con decisiones humanas, como: la tecnología para la producción de materias primas; el crédito disponible para los agricultores; la educación en el medio rural; el transporte, la infraestructura para comunicación y la apropiación de las externalidades, sólo por poner algunos ejemplos vitales para el desarrollo humano integral (Cohen, 1997: 1330).

El mismo Malthus prevé lo que será el argumento más aludido para negar los límites planetarios al crecimiento humano. Cuando se afirma que el perfeccionamiento de las ciencias humanas hacen posible que se mitigue la enfermedad, que incremente el periodo de vida de las personas, y que la tierra produzca cantidades cada vez mayores de alimento; todo ello permitiendo el crecimiento de la humanidad sin límites. Al respecto, se podría afirmar simplemente que tal circunstancia es imposible preverla por medio del razonamiento, ya que la evidencia muestra que no hay manera de escapar de los límites que la naturaleza nos ha impuesto. Las mejoras que la tecnología pueda aportar al nivel de vida no deben llevarnos a caer en la falacia lógica. Debe cuestionarse el argumento de suponer una extensión de nuestras capacidades en forma ilimitada (Malthus, 1998: 142).

Malthus sugiere cuestionarse si resulta moralmente adecuado que las presentes generaciones no pongan límites al crecimiento de la humanidad, causando con ello que nuestros descendientes padezcan desventajas circunstanciales en comparación de las nuestras: teniéndose que esforzar más, haciendo que su nivel de vida sea más limitado, e incluso, pudiendo tener dificultades en garantizar su sobrevivencia (Malthus, 1998: 62).

Actualmente, disciplinas tan dispares como la ecología y la arqueología revelan que se han dado especies y culturas que por su éxito, se han expandido hasta ocupar todos los recursos disponibles en su medio ambiente. Este crecimiento se da sin constricciones hasta que un recurso crítico falta y la población en expansión colapsa (como alimento, agua, fuentes de energía u otro) (Rees, 2002b: 72).

1.2.4.- Malthus y población indígena

Malthus deja clara su posición con respecto a los habitantes originarios del continente americano, al referirse a ellos como bárbaros, salvajes, ubicados en un estadio de civilización muy atrasado,

cuando por el contrario, se refiere a Europa y los caucásicos como los hijos de la civilización. Cabe señalar que este desprecio personal hacia los indígenas viene enmarcado de su generalizado desdén para con lo distinto, la otredad, que se hace extensivo para con los extranjeros, las clases sociales bajas y demás alteridades (Avendaño, 2007: 11).

¿Cómo es posible que en un territorio tan fértil y grande existiera tan poca población?

Malthus lo resuelve de manera fácil: los amerindios son perezosos, casi no trabajan y sus medios de producción son atrasados debido precisamente a este desinterés por el trabajo; debido a ello, aún rodeados de gran riqueza natural sólo pueden generar magras porciones de comida, y por ello, su población es reducida. Los indígenas se encuentran en un estado de aletargamiento, de depresión anímica, de tendencia racial hacia la embriaguez, y de una fatiga que incluso los lleva a suprimir sus impulsos naturales hacia la concepción. En general, el desgano vital de los indígenas y su poca inclinación a producir, los lleva a que vivan en una situación de penuria material que los mantiene al límite de la subsistencia, ocasionando con ello que sus tasas de crecimiento demográfico sean similares a cero (Avendaño, 2007: 15).

Como ejemplo de lo anterior, Malthus (1998:256) explica en su obra, “Ensayo sobre el principio de la población”:

El salvaje dormiría para siempre al pie de su árbol si la llamada del hambre o los pinchazos del frío no le sacaran de su sopor.[...] Los habitantes de los países donde la naturaleza ofrece una producción más abundante no se caracterizan por su agudeza mental.

Similar a la migración, la guerra tiene como finalidad hacerse por el fuego y la espada de nuevas tierras en las cuales puedan cultivar los jóvenes, y así poder alimentar a sus crecientes

familias. A pesar de que se le suele atribuir al conquistador el valor como principal virtud para enfrentar enemigos, en realidad es el hambre el que lo aguijonea para tomar las armas. Los indígenas no pierden nada con ser pueblos conquistados, pues de todas maneras su forma de vida se mantiene al límite de subsistencia, y ni el látigo del conquistador los hace que sean especialmente dedicados en sus labores (Malthus, 1998: 73).

Cuando los europeos se desplazaron a Latinoamérica, con unas tierras fértiles y abundancia de espacio, los nuevos colonizadores se reprodujeron a un ritmo asombrosamente rápido, sobrepasando en poco tiempo en número y en poder a su madre patria. Fue en las tierras del nuevo mundo donde se ejemplificó cómo una población sin restricciones duplica su número en sólo 25 años (Malthus, 1998: 106).

De esta manera, Malthus afirma que los habitantes de Europa, con recursos limitados, deben adueñarse de los recursos abundantes de América, ya sea el hurto proveniente de la guerra, la colonización, la explotación laboral de los americanos mediante el vasallaje, y la explotación laboral de los americanos mediante el comercio, en donde llevarán ventaja los europeos por intercambiar productos maquilados con alto plusvalor por materias primas con bajo valor agregado. Justificando con ello la existencia de países hegemónicos y periféricos.

1.2.5.- Malthus y la mujer

Contrariamente a la tendencia natural de Malthus de despreciar al otro, en muchas partes de su obra favorece las reivindicaciones feministas al considerar como desfavorable la situación social en la que les tocó vivir. Debido a que cree que las mujeres son un objeto de uso y están expuestas a las prácticas mercantilistas. Igualmente menciona que era contraproducente para la sociedad en general, que las mujeres tuviesen que obedecer en materia sexual a los hombres. Asevera que son los hombres los que se dejan llevar por sus impulsos sexuales, mientras que las mujeres pueden

controlarlos. Califica a la poligamia de varias mujeres para un solo hombre en culturas no europeas como pecaminosa. Afirma a su vez que en ninguna sociedad, independientemente de sus variantes culturales o históricas, existe igualdad de derechos entre géneros; sin embargo, esta inequidad de poder no es debida a diferencias biológicas, sino a un acceso diferenciado en la toma de decisiones políticas. De hecho, las acotaciones de Malthus han sido bien recibidas por el movimiento feminista, al destacar la necesidad de empoderar a las mujeres para que exista un mayor control de la fecundidad (Avendaño, 2007: 16).

Al respecto, se pueden leer las las siguientes afirmaciones en propias palabras de Malthus (Malthus, 1998:70):

“[...] la mujer aparece aún más esclavizada por el hombre que el pobre por el rico [...]. Una mitad de la población se nos presenta como ilotas de la otra mitad [...] contante y agobiadora preocupación de tener todo siempre dispuesto para recibir debidamente a sus tiránicos esposos[...]”.

1.2.6.- Malthus y el crecimiento poblacional: recapitulación

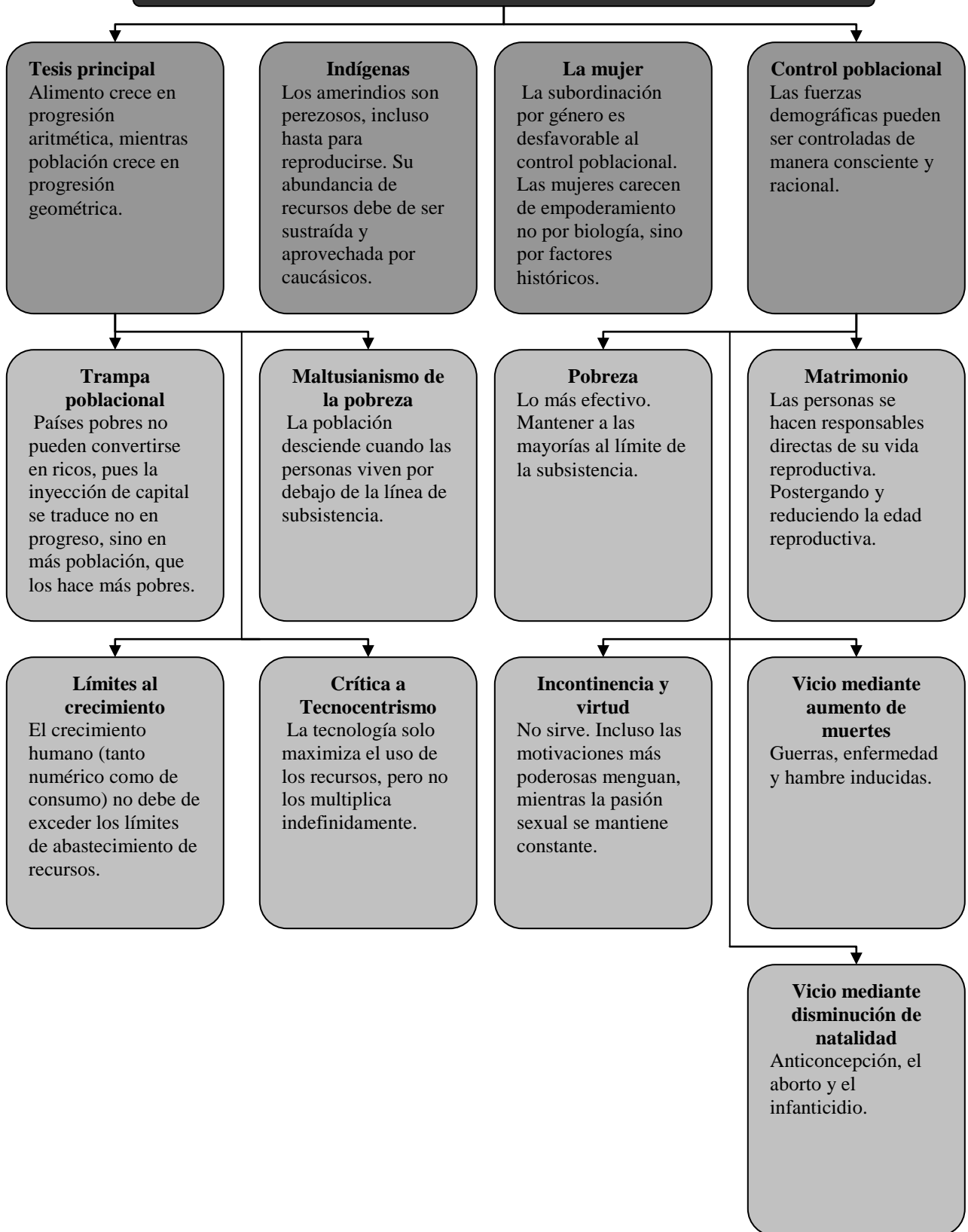
La razón de hacer mención a la obra de Malthus es hacer explícito al lector cuál es el posicionamiento teórico del autor de la tesis presente. Es a partir de haberse “subido a los hombros de un gigante”, que se parte de una corriente de pensamiento que le dará respaldo e identidad a la discusión teórica en curso.

Desde el nacimiento de la obra *Primer ensayo sobre población*, Thomas Malthus no ha dejado de generar una intensa polémica, en la que es calificado por algunos como ultraderechista, mientras que algunos otros quieren ver en este autor el fundador del movimiento ecologista. Escritos que reflexionaron sobre el crecimiento poblacional humano se encuentran presentes

desde Aristóteles y Platón, e incluso desde los comienzos de las civilizaciones con historia escrita; pero quizá precisamente la originalidad de la obra de Malthus esté en enfatizar la relación entre medios de subsistencia con la población humana, usando un estilo de redacción contundente, emblemático, con gran polivalencia semántica, difícil de olvidar y despertando apasionadas discusiones vigentes en el ámbito académico. Por lo anterior, se considera que la discusión de la obra de Thomas Malthus sigue siendo contemporánea y apropiada para ser analizada en la presente investigación. Concretamente, se quiere identificar una “fusión de horizontes” de la obra de Malthus con el presente trabajo en las siguientes premisas:

- 1) El crecimiento poblacional humano debe ser analizado desde las ciencias sociales.
- 2) El crecimiento poblacional humano incide en los entornos ecológicos.
- 3) El crecimiento poblacional humano debe de ser racionalizado e intencional.
- 4) Una sociedad sustentable necesita una población humana controlada.
- 5) El control sobre el crecimiento poblacional es polémico, en cuanto ponen en juego parámetros culturales. Es por eso que se necesita consenso para su realización y adecuación a las circunstancias históricas específicas de cada sociedad, y para el caso de la presente investigación, sobre todo adecuarse a las preferencias de cada grupo étnico.

1.- Aportaciones de Malthus a la sustentabilidad demográfica



1.3.- Neomalthusianos: Demógrafos ecologistas

A partir de los años 70's del siglo pasado, sobre todo impulsados por la publicación del texto: "Los límites del crecimiento". Elaborado por El Club de Roma, ha surgido una corriente de autores identificados como neomalthusianos (Paul Ehrlich, Joel Cohen, Donella Meadows, James Lovelock, por destacar algunos), donde en términos generales, se caracterizan por dar énfasis a que el crecimiento poblacional descontrolado con un desbordante consumo de recursos naturales pone en riesgo la prosperidad (e incluso la sobrevivencia) de la humanidad. A partir de ello, se ha ahondado en la discusión sobre conceptos como: hipótesis Gaia, explosión demográfica, capacidad de carga, colapso societal, transición demográfica, transición epidemiológica, solidaridad intergeneracional, y finalmente, desarrollo sustentable. A continuación se describen brevemente algunas de sus aportaciones.

Malthus afirma que las proyecciones de población tienen poca probabilidad de ocurrencia debido a factores impredecibles, como son epidemias y hambrunas. Sin embargo, en la actualidad se sabe que las poblaciones tienen su propia inercia, y que las proyecciones a corto y hasta mediano plazo puedan cumplirse. Por ejemplo, con respecto al crecimiento poblacional, se sabe con certeza que aun cuando se logren tasas de crecimiento cero, la población seguirá incrementándose por aproximadamente una generación porque las personas que acaban de nacer necesitan terminar su periodo de vida reproductiva, y sólo después de este período es que la población podrá estabilizarse (Ondorica, 2010: 31).

El problema surge en la historia contemporánea, porque en ningún momento hubo tantas personas que utilizan tantos recursos planetarios y con tanta intensidad. Esta situación está generando un consumo y contaminación de agua dulce, tierras de cultivo, bosques, mares y diversidad biológica que no pueden ir en aumento indefinidamente. Se advierte que podemos llegar a un punto en que la presión sobre el medio ambiente resulte insostenible (Lorentzen,

2006). En los últimos 50 años, ha coincidido que la población humana ha aumentado en número como en ningún otro período de la humanidad, al mismo tiempo que nunca antes en la historia, los seres humanos han necesitado transformar los ecosistemas de manera tan extensa y radical, todo ello en aras de satisfacer las demandas crecientes de alimentos, agua dulce, madera y recursos no renovables (Sarukhán, 2004: 15).

El común de las personas tiene por sentado la continuidad indefinida de las tendencias de la sociedad actual, pues se considera que el crecimiento se da en forma lineal y de manera controlada. Sin embargo, variables como consumo, contaminación, crecimiento poblacional, deterioro de los ecosistemas y extinción de las especies, presentan un crecimiento exponencial, generando una cantidad inmensa de elementos en un lapso de tiempo corto y a una velocidad en incremento. Además, el crecimiento exponencial se vuelve incontrolado porque es un fenómeno dinámico, es decir, surgen elementos inesperados y cambiantes a lo largo del tiempo (Meadows, 1972).

Según las reflexiones del divulgador científico, Isaac Asimov, resulta simplemente absurdo suponer que las tasas actuales de crecimiento demográfico sigan manteniéndose de manera indefinida: para el año 2600 la población sería de seiscientos treinta mil millones de habitantes, haciendo que sólo haya espacio disponible de medio metro cuadrado por persona. El asunto sobre si hay que controlar las tasas de fecundidad no es cuestión de principios éticos o de preferencias económicas, simplemente las leyes físicas no nos permiten expandirnos en espacios finitos por tiempo indefinido (Villalpando, 2010: 49). Hay que tener presente que la capacidad terrestre de recibir gente no sólo depende del espacio físico, también es necesario que los humanos se procuren de diversos bienes esenciales, como son: el agua, energía, vivienda, vestimenta, etc. (Ehrlich, 1977a: 283).

El crecimiento poblacional, en su relación con el consumo acrecentado y los sistemas insustentables de producción, ocasionan que en la actualidad la humanidad use en pleno inicio del siglo XXI, más del 120 por ciento de la capacidad ecológica del planeta (Reyes, 2003: 1). La sobrepoblación, antes de crear una situación de in-sustentabilidad ambiental, resulta negativa a la sociedad, en cuanto ocasiona reducción en los niveles de vida y aumenta la inequidad social, todo ello causando inestabilidad social (Tietenberg, 2006: 118).

Para determinar si una sociedad se encuentra en situación de sobrepoblación⁶, no basta con hacer uso del parámetro de densidad poblacional (número de personas por kilómetro cuadrado en promedio); ya que ciertos países con una alta densidad pueden mantener una relación sustentable con su entorno, mientras que otros con poca población por kilómetro, se encuentran tan magros de recursos naturales que se puede afirmar su condición de sobrepoblación con pocos humanos. De la misma manera, puede resultar insuficiente relacionar directamente la población con el territorio que estos grupos humanos ocupen, porque en este mundo globalizado se suele externalizar el deterioro ambiental más allá de las fronteras de los países; y agresiones al medio ambiente, como el calentamiento global o la reducción de la capa de ozono, sólo cobran significado cuando se analizan de manera global (Ehrlich y Holdren, 1971: 1215).

Con respecto a la población, se afirma que su crecimiento se dio de manera exponencial aproximadamente a partir del año 1650 al 1900. Y de inicios del siglo XX a la actualidad, el crecimiento se ha dado de manera super-exponencial, siendo que si las tasas de crecimiento se mantienen a un 2.1%, en 33 años la población en el planeta se duplicará. Este fenómeno se debe a que en el sistema poblacional mundial, las entradas se dan por los nacimientos y las salidas por

⁶ ¿Qué se entiende por sobrepoblación? Son dos criterios los que se ponen en juego para determinar la sobrepoblación, unos objetivos y otros subjetivos: los objetivos se dan en cuanto las necesidades de la población exceden la capacidad del medio ambiente de reponer las materias primas extraídas para consumo humano, y cuando la resiliencia del ecosistema no puede absorber los desechos y contaminantes generados por la actividad humana. Por otro lado, los subjetivos hablan de una sobrepoblación cuando el número de personas limita la capacidad de dar cumplimiento a metas y resguardan valores que la sociedad en particular se ha establecido (Ehrlich, 1971: 9).

las muertes, donde los avances en la medicina, alimentos, higiene y distribución de la salud pública, han hecho que las salidas al sistema (muertes) sean menores que las entradas (nacimientos), sacando al sistema del estado de equilibrio y poniéndolo en situación de crecimiento acelerado (Meadows, 1972).

Durante los cien años comprendidos entre 1950 y 2050, se habrá dado el mayor dinamismo demográfico jamás experimentado en la especie humana, debido a que:

1. Nunca antes hubo tantos humanos.
2. Nunca antes se presentarán tasas de crecimiento poblacional tan altas.
3. Nunca antes se dará una caída en las tasas de crecimiento tan drástica.
4. Nunca antes las tasas de fecundidad se darán de manera tan controlada.
5. Nunca antes la población tendrá tantas personas de la tercera edad.
6. Nunca antes la población será tan urbana.
7. Nunca antes se invertirá de manera tan drástica la relación poblacional entre los pueblos hegemónicos y los periféricos, siendo que ahora los primeros serán más numerosos que los segundos
8. Nunca antes se dará una diferencia tan marcada de fecundidad por países.
9. Y desgraciadamente, nunca antes se presentarán tantas personas hambrientas.
10. Nunca antes la población humanan habrá hecho tanto daño a su entorno ecológico
(Cohen, 2010b: 2).

A nivel mundial, habría de reconocerse que aún existen muchos países que ni siquiera han iniciado su transición demográfica. Una vez que pasen de una economía agrícola a una industrial, simplemente su población explotará sin que se puedan evitar las hambrunas, los éxodos laborales de campo-ciudad y los cinturones de miseria en los centros urbanos. Por ejemplo, para controlar

la fecundidad en países subsaharianos, se necesitaría invertir 20 veces más en programas de planificación familiar, sistemas de salud e infraestructuras en general; y esto no sería suficiente, pues aun con los presupuestos más abundantes en control poblacional, les tomarían generaciones cambiar los patrones y preferencias de fecundidad (Goldsmith, 1989: 1).

Nuevamente, hay que considerar que el estado actual de desequilibrio natural a nivel planetario no tiene precedente histórico, por lo que habrá de tenerse en cuenta que no se sabe a ciencia cierta hasta qué punto el exceso de desarrollo poblacional y económico puede llevarnos a un punto sin retorno. De hecho, los modelos computacionales muestran que si no se toman acciones firmes en esta generación, se le causará un daño permanente a la generación venidera (Meadows, 1972).

Si se comparan las tasas de crecimiento humano con otra especie en el planeta, no seríamos parecidos a otros primates, ni a otros mamíferos, o ni siquiera a cualquier otra especie vertebrada; nuestra curva de crecimiento en el último siglo es similar al de las bacterias o los virus que atacan un organismo huésped mediante una enfermedad infecciosa (Villalpando. 2010: 44). Siendo el crecimiento de nuestra especie similar al de las bacterias que infectan un organismo, nosotros estamos enfermando a la biosfera que nos alberga, y al igual que con las bacterias, la interacción de nuestra especie con la biosfera tiene cuatro destinos: 1. destrucción de la especie que ataca al sistema huésped; 2. destrucción de la exosfera, con la posterior destrucción de nuestra especie; 3. un daño crónico de nuestra especie a la ecósfera; 4. o una simbiosis, mediante una relación perdurable y benéfica tanto del huésped como de la especie invasora (Lovelock, 2007: 15).

Sin embargo, no hay que olvidar que también factores culturales influyen para la explosión demográfica. En sociedades agrarias, los gastos en la alimentación y formación de los hijos son reducidos, cuando en su lugar la aportación a la economía familiar de los niños es

elevada, significando con ello que una prole numerosa es mano de obra barata y un seguro para la vejez de los padres (Kabeer, 2000). A su vez, ideológicamente está muy difundida la aceptación pasiva tradicional hacia la reproducción, promovida principalmente por la religión (Gual, 1971). Cabe destacar que en la actualidad, las sociedades que presentan una alta mortalidad infantil no son signo de reducción de población, sino al contrario, las familias en donde un hijo ha muerto no suelen planear el número de sus integrantes (Overpopulation, 2006).

La pobreza de los países en vías en desarrollo es la principal causa del aumento descontrolado de su población. En países subdesarrollados, se suele dar un ciclo vicioso, en el que la pobreza crea altas tasas de fecundidad, y a su vez altas tasas de fecundidad crean pobreza. Como ejemplo de lo anterior, el dotar de bienes y servicios a una población creciente (escuelas, hospitales, vivienda, consumo básico, etc.) desvía recursos estatales que podrían ser destinados a la generación de industria, y con ello, la creación de un mayor número de plazas de trabajo y empleos mejor remunerados. Cuando la población no cuenta con un empleo formal y en general con un nivel de vida digno, la estrategia más afectiva para aportar mayores ingresos al núcleo familiar es mediante una fecundidad alta, convirtiendo a los hijos en trabajadores y seguros para la vejez. Por lo demás, algo que los demógrafos optimistas suelen pasar por alto, es que la transición demográfica puede nunca completarse en países cuyas economías se empobrecen paulatinamente (Lovelock, 2007: 75).

En la actualidad, a nivel mundial nos encontramos en un período de transición demográfica, donde las tasas de fecundidad han declinado pero no a un nivel de reemplazo. Existen sectores de la población donde el crecimiento poblacional se mantiene inaceptablemente alto. Es en estas poblaciones donde aumenta el círculo vicioso de fecundidad alta, pobreza y degradación ambiental, donde al parecer los esfuerzos de desarrollo resultan inútiles. Un indicador de ello es cuando la producción *per cápita* de alimentos desciende (Nebel, 2005).

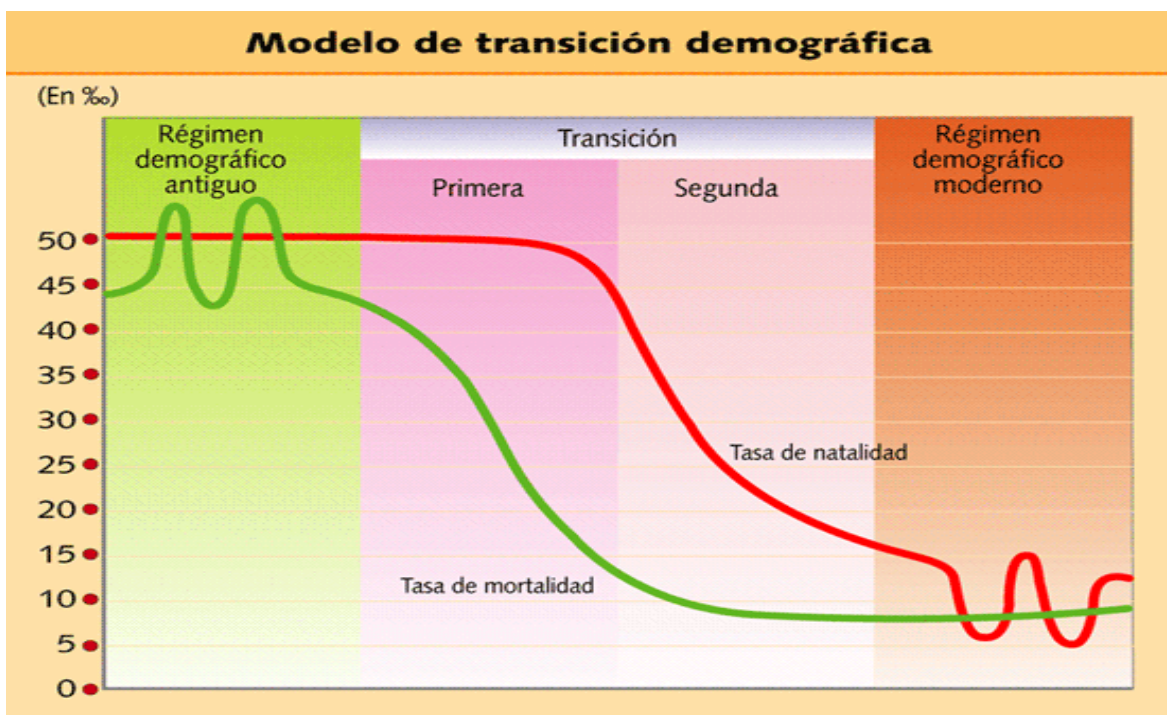
1.3.1.- Cambio poblacional y transición demográfica

Históricamente se han identificado con regularidad dos procesos paralelos. Por un lado, se considera que en una sociedad preindustrial tanto la natalidad como la mortalidad son altas. Por otro lado, cuando una sociedad empieza su proceso de industrialización, lo primero que reduce es su mortalidad, manteniendo sus tasas de natalidad altas, por lo que se da un desequilibrio demográfico y aumenta aceleradamente la población. Siendo así, para cuando se convierte una sociedad en moderna por completo, se restablece el equilibrio poblacional, manteniéndose baja tanto la natalidad como la mortalidad (Valette, 1999).

La teoría de la transición demográfica es creada de la renovación de la lectura de Malthus a mediados del siglo XX, por la preocupación que suscitó la explosión demográfica en la mayoría de los países del mundo. Esta teoría toma como supuesto que hay un proceso histórico lineal que va del subdesarrollo (sociedades agrarias tradicionales) a la modernidad (industrialización y urbanización); siendo los países europeos los que alcanzan el máximo grado de relaciones económicas, sociales y demográficas. La manera en que se puede promover el cambio en los patrones demográficos es, ya bien en su versión restringida, sólo mediante la implementación de control de la natalidad y planificación familiar, o en su versión ampliada, aparte de la planificación familiar, el desarrollo económico, la modernización de los medios de producción, la revolución epidemiológica y el empoderamiento de las mujeres (González, 2006: 48).

La transición demográfica comprende básicamente tres estados: 1. Antiguo régimen demográfico (el pre-transicional); 2. Transición; y 3. Nuevo régimen demográfico o post-transicional (Livi, 1993):

1. **El antiguo régimen demográfico (el pre-transicional):** caracterizado por tasas de mortalidad y de natalidad muy elevadas, sin apenas crecimiento, y salpicado por “crisis” extraordinarias de mortalidad, por hambres, guerras y epidemias. Es prácticamente toda la historia de la humanidad hasta muy recientemente. Generalmente se la identifica con la economía agraria preindustrial (Livi-Bacci, 1993).
2. **Transición:** con la que inicialmente disminuye la mortalidad (especialmente la infantil y la ocasionada por epidemias y hambrunas), se acelera el crecimiento demográfico, y finalmente, también la natalidad empieza a disminuir. Por ello suele separarse en dos fases: I. la fase inicial, con la cual la mortalidad disminuye mucho y sin retrocesos, hasta niveles sin precedentes, pero la natalidad todavía se mantiene en los niveles tradicionales, produciéndose un crecimiento demográfico muy acelerado; II. la fase final o de culminación, en la que la natalidad responde adaptativamente, bajando también hasta niveles sin precedentes, lo que reduce progresivamente el ritmo de crecimiento poblacional (Livi-Bacci, 1993).
3. **El nuevo régimen demográfico, o post-transicional:** en el que vuelve a recuperarse el equilibrio, esta vez en torno a tasas reducidas de mortalidad y de natalidad, y nuevamente con un escaso crecimiento (Livi-Bacci, 1993).



En un periodo de transición demográfica, la sociedad se moderniza imperando el orden civil y se reducen las muertes violentas; mejoran las tecnologías médicas, aumenta el ingreso *per cápita* y aumenta la cobertura de agua, drenaje, luz, entre otros servicios. Por lo que la higiene está al alcance de las mayorías. Todo ello impacta en que las personas no mueran a temprana edad, su esperanza de vida se incrementa significativamente y se reduce la mortalidad. Sin embargo, los patrones culturales cambian a un ritmo mucho menor al del incremento de la calidad de vida, por lo que se sigue presentando al inicio, la vida reproductiva a temprana edad y la fecundidad es alta. Los patrones culturales con respecto a la fecundidad empiezan a cambiar, en cuanto la mayoría de los hijos sobreviven, no aportan ingresos al hogar, sino al contrario, consumen una parte significativa de ellos y no aportan seguro para la vejez. Así, poco a poco los hijos dejan de ser un bien tan deseado, y las parejas optan por tener menos y menos descendencia. Durante este período, la población se incrementa aceleradamente, pudiendo duplicarse la

población en 20 años o de una generación a otra. A nivel mundial, la mayoría de los países latinoamericanos se encuentran en un grado u otro en esta etapa (Ehrlich, 1977a: 195).

La culminación de la transición demográfica tiene lugar cuando hay cobertura médica universal, la disponibilidad de métodos anticonceptivos están al alcance de todos, cuando las tecnologías médicas han eliminado casi por completo las enfermedades infecciosas, cuando la esperanza de vida promedio está por encima de los 60 años, y sobre todo, cuando la fecundidad de las mujeres en edad reproductiva es de 2.11 hijos (o nivel de reemplazo), dándose una pirámide por edades casi igual en todos los grupos, y sobre todo, cuando el crecimiento demográfico es cercano a cero, similar al estado inicial al de la transición demográfica, pero esta vez porque tanto la natalidad como la mortalidad se mantienen bajas y en equilibrio. A nivel mundial, la mayoría de los países europeos, Norteamérica anglosajona, Oceanía anglosajona y algunos países de Asia, se encuentran en esa etapa (Ehrlich, 1977a: 199).

A partir de los años 80's, se reformuló la teoría de la transición demográfica, al hacer suponer que después de haberse alcanzado tasas de nacimiento iguales a las tasas de defunciones, las poblaciones no tienden a mantenerse equilibradas, sino que la fecundidad desciende muy por debajo del nivel del reemplazo, generando una situación negativa para la economía, pues hay más población envejecida inactiva que la que se encuentra laborando. Para compensar este desequilibrio poblacional, se recurre a la migración extranjera en edades productivas. A nivel micro, las personas tienen actitudes negativas hacia el matrimonio, a la institución familiar, hacia la maternidad y la paternidad, y dan preponderancia al individualismo (González, 2006: 52).

La forma en que se da la transición demográfica difiere significativamente de país a país. En Europa, aún antes de la industrialización, las tasas de fecundidad fueron bajas, y durante el periodo de industrialización y la transición demográfica, la población nunca rebasó más allá del 5%, teniendo tasas de crecimiento promedio del 2%. En cambio, la transición demográfica en los

países del sur se dio en pleno siglo XX y se da de manera mucho más rápida, teniendo niveles de fecundidad superiores al 6% durante el período de la transición epidemiológica (Meadows, 1994: 58).

La teoría de la transición epidemiológica postulada por Omran en 1971, viene a ser un complemento a la teoría de transición demográfica, en donde se postula que históricamente ha coincidido que se da un sensible descenso de la morbilidad y mortandad cuando un país se desarrolla económicamente y se industrializa, en cuanto se logran controlar las enfermedades infecto contagiosas, y la morbilidad tiende hacia las enfermedades no trasmisibles y de degeneración del organismo. Así, aumenta sensiblemente la esperanza de vida, la edad reproductiva y el periodo de la vejez, ocasionando que demográficamente haya más nacimientos que defunciones (Erviti y Segura, 2000: 213).

En la transición epidemiológica se dan los cambios en materia de higiene, producto de la universalidad de servicios residenciales como: el drenaje, el gas y el agua potable entubada; mejoras en la disponibilidad y conservación de alimentos (mediante la difusión de los refrigeradores una vez que la luz eléctrica se encuentra disponible en la mayoría de los hogares); y la cobertura de atención médica básica (incluyendo campañas de vacunación). Todo ello hace que baje la morbilidad y mortandad materno-infantil sensiblemente, y la mayoría de las epidemias puedan ser controladas, aisladas y eliminadas. Por otro lado, el aumento del poder adquisitivo lleva al mayor consumo de tabaco, alcohol, azúcares, grasas, carbohidratos de origen animal y demás artículos que son vistos como de primera necesidad, esto causa que las personas tiendan a morir de enfermedades degenerativas como diabetes o cáncer (Cohen, 2010b: 13).

Si se quiere llegar hasta la última fase de la transición demográfica, según dicen algunos autores latinoamericanos, es necesario que las políticas demográficas sean acompañadas de reformas socio-culturales, como: mayor libertad entre las mujeres, mayor distribución del ingreso

entre clases económicas y una equidad intergeneracional. Y no exclusivamente con una distribución de tecnología anticonceptiva (Green, 2006: 215).

En los países de primer mundo, el crecimiento poblacional es cercano a cero, sin embargo, a nivel mundial la transición demográfica está lejos de haberse completando (Hottois, 2000). El problema puede surgir globalmente si la transición demográfica a nivel mundial resulta excesivamente prolongada, lográndose la estabilización cuando el tamaño de la población resulte insostenible para el medio ambiente (Almed, 2007).

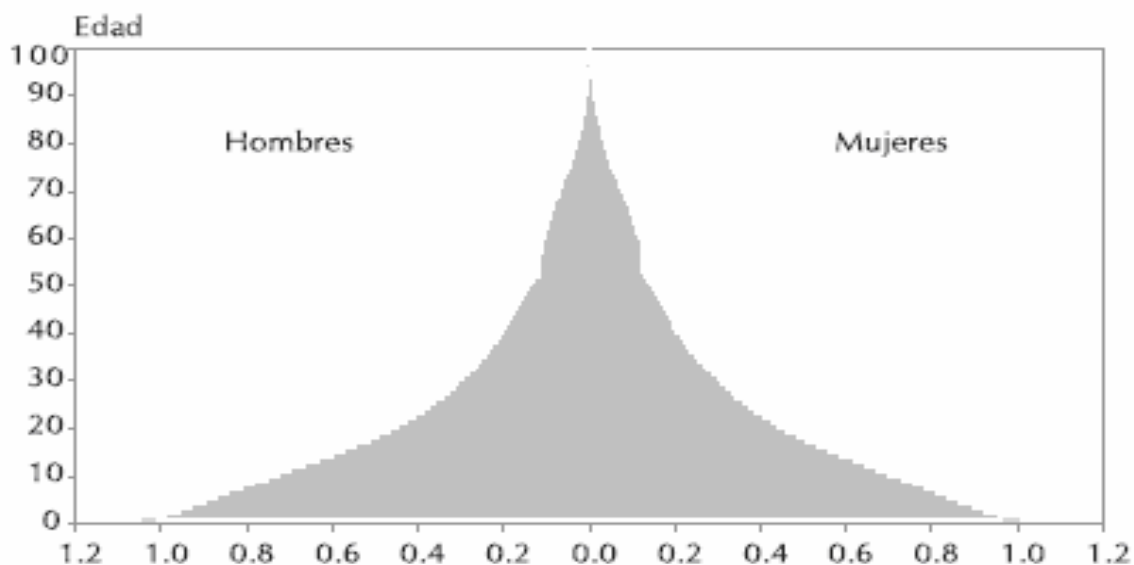
1.3.2.- Cambio poblacional y proceso de transición demográfica en México

En México durante el siglo XVIII, se tenía la noción de que la baja densidad demográfica nacional podía permitir que naciones extranjeras invadieran el territorio, por lo que se incentivaba a la población a tener altas tasas de fecundidad. Se procuraba la colonización de áreas despobladas para la fundación de nuevos asentamientos humanos. Especialmente, se procuraba la inmigración extranjera del continente europeo. Después de la Revolución Mexicana, el aparato económico requería que se aumentara la mano de obra reducida por el enfrentamiento armado, para que se dedicara al trabajo agrícola y al incipiente sector industrial; de ahí que el mismo aparato ideológico del Estado equiparara una población creciente con la reconstrucción del país, el desarrollo económico y la integración nacional. En este discurso, se reiteraba el valor de la maternidad y de la elevada fecundidad. Es durante este periodo cuando se hace célebre la frase “gobernar es poblar” (Sandoval, 2010: 437).

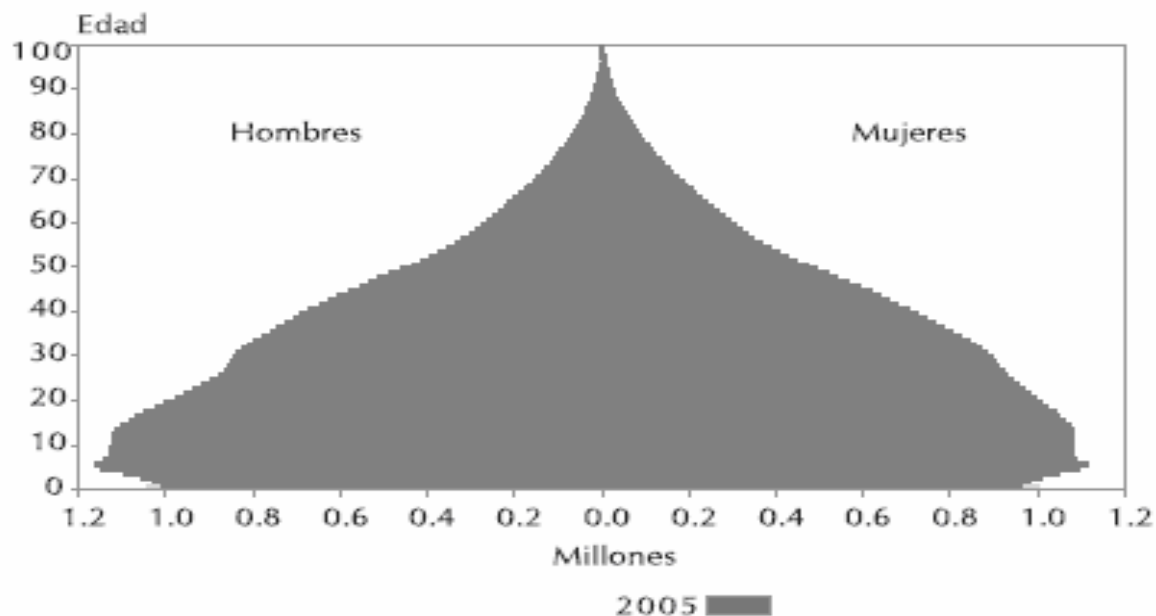
Tres siglos después, durante el año 2000, se establece como meta demográfica tasas de crecimiento de 1%. Para ello se establecen políticas poblacionales a distintos niveles de desagregación territorial y acciones más específicas acordes a las características de cada subgrupo (adolescentes, indígenas, pobreza extrema, entre otros). Estos objetivos de tasas de

crecimiento poblacional nacionales del 1% fueron alcanzados a mediados de la década de 2000-2010, pero no exclusivamente por medio del éxito de las políticas públicas, sino también esto se debió en gran parte por la emigración internacional laboral (producto del desempleo, el empleo informal, y la precariedad del empleo formal) (Sandoval, 2010: 444). Sin embargo, fue a mediados de la década de 1970 cuando se estableció en el país el primer programa de planificación familiar (Ehrlich, 1977a: 235).

**República Mexicana: pirámides de población,
1970**



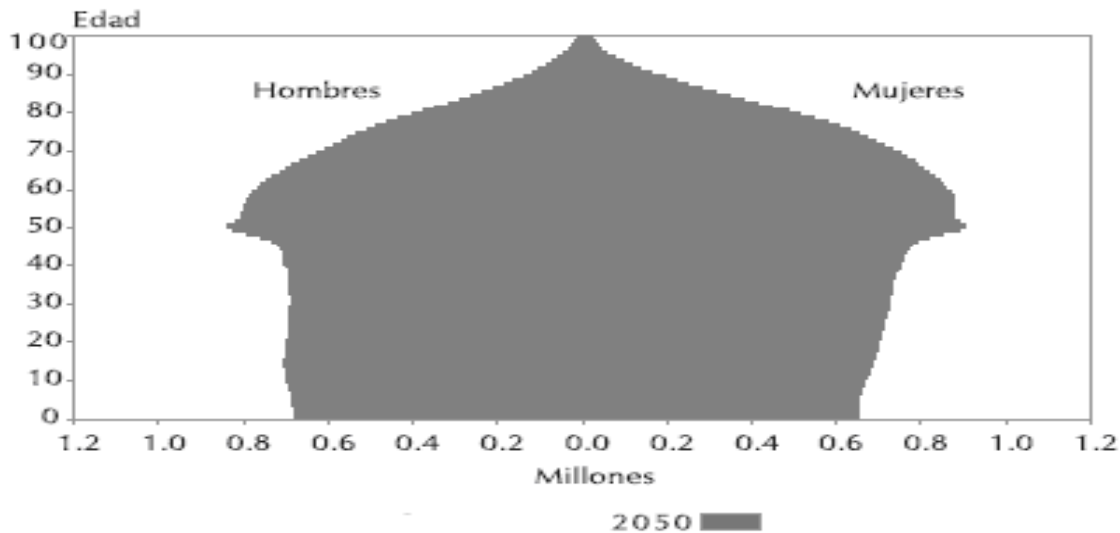
**República Mexicana: pirámides de población,
2005**



Analizando las gráficas anteriores, se puede observar una disminución en la fecundidad a nivel nacional hasta alcanzar la tasa de reemplazo de 2.1 hijos por mujer en edad reproductiva, sin embargo, esto no quiere decir que se haya detenido el crecimiento absoluto de la población. Aún existe una inercia demográfica ocasionada por una gran población joven que en poco tiempo iniciarán su vida reproductiva y mantendrán una alta tasa de fecundidad en los próximos 30 años. El pensamiento de Malthus puede tener su vigor en las circunstancias particulares de México en cuanto a la advertencia de que la población puede aumentar con gran rapidez, dado que aún con tasas de crecimiento reducidas y números grandes de población como las que contamos, se sumarán anualmente una gran cantidad de nuevos habitantes (Ondorica, 2004: 14).

Algunos análisis se aventuran a afirmar que en las próximas décadas se espera que en el país crecerá de manera significativa el grupo poblacional con rango de edad por encima de 50 años o de edad avanzada, hasta convertirse en más de la cuarta parte de la población (el 27.7% para el 2050). Esta población demandará una gran presión en los servicios de salud para dar atención a las enfermedades crónicas degenerativas, exigirá un sistema de pensiones y jubilaciones que implicarán un fuerte gasto estatal y una contribución salarial sobre las personas activas. Desgraciadamente, debido a las carencias actuales que se tienen en México, con respecto a la protección social, lo más probable es que en las décadas venideras no se pueda atender las demandas de esta población de adultos mayores, y caiga su nivel de vida por debajo de la línea de la pobreza (Ruiz, 2011).

República Mexicana: pirámides de población, 2050



Desde la teoría de la transición demográfica se afirma que la familia como unidad económica se ve beneficiada con un número más reducido de sus integrantes, por lo que se puede decir que “la familia pequeña vive mejor”. Sin embargo, en México la reducción de las tasas de fecundidad no ha transformado en una mejora económica para el núcleo familiar, simplemente “apenas alcanza para una familia pequeña”. Al parecer, la transición demográfica en nuestro país fue demasiado rápida como para poder ser asimilada por el aparato productivo. Después de la Segunda Guerra Mundial se dio una proliferación notoria de infantes; en la actualidad el “bono demográfico” no se ha podido transformar en una mayor fuerza laboral y dentro de muy poco, se contará con una población envejecida que difícilmente tendrá las prestaciones del seguro social para tener una calidad de vida digna (García y Ondorica, 2010: 50).

Actualmente, se puede sentir mayor presencia de demógrafos identificados con el desarrollo sustentable, estos afirman que el acelerado crecimiento poblacional es una amenaza a la sustentabilidad ambiental, por ello, promueven que las tasas de crecimiento anual sean del 0% para lograr la estabilización de la población. Sin embargo, estos criterios de sustentabilidad no se

han podido incorporar en la práctica a las políticas demográficas del país (Sandoval, 2010: 447). Sin embargo, no por ello significa que el desarrollo humano sustentable incluye temas demográficos por sí solo, por lo que en los últimos años las investigaciones demográficas no han cobrado una perspectiva más rica, al cruzar variables de población con pobreza, indigenismo y estudios de género (Provencio, 1997: 4).

Grupos ecologistas del país reconocen que la conservación de los ecosistemas requiere que se lleven a cabo acciones de distinta índole pero actuando de manera conjunta, como en: la economía, control sobre el crecimiento económico y distribución de la riqueza; la política, toma de decisiones más participativa; la cultura, sensibilización sobre temas de sustentabilidad; la tecnología, en cuanto genere menos desperdicio y ahorren materia prima; y la demográfica, para frenar su crecimiento y hacer una distribución espacial más racional. Se maneja que estas acciones deben actuar de manera conjunta. Por ejemplo, sin una difusión cultural del uso de anticonceptivos y una economía que favorezca la distribución más equitativa del PIB, es difícil suponer un freno al crecimiento demográfico (Sarukhán, 2004: 20).

Debido a la mayor accesibilidad de la población campesina a instituciones de salud, durante el siglo XX se dio una considerable mejora en la salud de esta población, reduciendo significativamente su mortalidad, pero sin alterar hasta las tres cuartas partes del siglo XX sus patrones de fecundidad natural. Debido a la escasa repartición de tierras ⁷, el campesino mexicano tendió a dividir sus tierras entre sus vástagos al punto en que ya no pudieron mantener las necesidades mínimas de una familia, lanzando a la mayoría de los campesinos a laborar como ejidatarios, es decir, trabajadores de medio tiempo o contratados por temporal sin ningún tipo de

⁷ Históricamente, la Revolución Mexicana de 1910 fue causada por el descontento de la población campesina por no contar con tierras propias para cultivar, y las masas tomaron las armas bajo la promesa de los líderes de repartición de tierras. Sin embargo, la repartición de tierras sólo duró hasta el fin de la presidencia de Lázaro Cárdenas, pues los siguientes gobiernos de México se orientaron por satisfacer los intereses de los antiguos hacendados, de los inversores extranjeros (sobre todo durante la revolución verde) y de los mismos integrantes de gobierno (Ehrlich, 1977b: 153).

protección laboral y con salarios al límite de la subsistencia. La fuerza de trabajo agrícola en México ha crecido mucho más rápido a las capacidades del mercado laboral rural que de brindar oportunidades de empleo. De ahí la constante migración campesina a las ciudades o Estados Unidos, donde pueden dedicarse a las labores agrícolas casi siempre en condiciones de ilegalidad migratoria (Ehrlich, 1977b: 158).

Para comprender la fecundidad de los grupos indígenas en México, habría de considerarse que forman parte de un proceso demográfico histórico a nivel nacional de transición demográfica, en donde debido a su condición de marginación socioeconómica, ellos se encuentran en las fases más atrasadas. El patrón de fecundidad de los grupos étnicamente diferenciados se encuentra rezagado por más de 20 años al que respecta a la población mestiza urbana, con un porcentaje de 1 a 2 hijos más por mujer en edad reproductiva, dependiendo del grupo étnico al que se haga referencia (González, 2006: 44).

A pesar de que en términos relativos la población rural ha disminuido su presencia de los años 70's a los 90's en casi un 50%, en números reales continúa su incremento, al pasar de 24 millones en 1970 a 28.6 millones en 1995, con una tasa anual de crecimiento en 0.7%. Los habitantes de las áreas rurales continúan en aumento y se suelen concentrar en poblaciones de menos de 15 mil habitantes (donde la población indígena tiene una presencia significativa) (Vázquez, 2009).

En México, existe un enorme ejército de jóvenes en edad productiva que andan errantes en búsqueda de trabajo en el campo, debido a que no tienen tierra propia para trabajar. Estas circunstancias de precariedad hacen que aumente la atención de los grupos indígenas para con su relación con las instituciones del Estado (Ehrlich, 1977b: 39).

En este escenario, grandes grupos humanos en el espacio rural viven en condiciones marginales o son desplazados a las áreas urbanas en donde se desperdicia un valioso capital

humano. Por intereses económicos transnacionales, mucha gente es sacada de sus comunidades y se les niega la posibilidad de proyectar sus propias soluciones a los problemas locales. Los pobladores locales son obligados a contribuir a la degradación ambiental a falta de recursos para evitar esta destrucción. Cuando se forman grupos de base con pretensiones sustentables, estos son presionados por grupos poderosos que les dificultan el ejercicio de sus derechos, autonomía y habilidades. Los grupos poderosos (corporaciones, transnacionales, instituciones financieras y poderes locales influyentes, principalmente) ejercen presión política y económica sobre los grupos regionales para volverlos más homogéneos y manipulables (Yáñez, 2003).

En nuestro país, se reconoce que en las áreas rurales y marginadas las tasas de natalidad y la mortalidad son más elevadas a las de la media nacional, por lo que se asume que hay un rezago en la atención de salud, especialmente en lo referente a la salud reproductiva y a la planificación familiar. Lo conveniente es intensificar esfuerzos para que esta población no sea privada de sus derechos fundamentales a la vida y a decidir sobre su procreación (García y Ondorica, 2010: 41).

La población indígena se encuentra en un círculo vicioso, donde su comportamiento poblacional genera deterioro medioambiental. Su rezago en materia de planificación familiar hace que tenga altas tasas de fecundidad. Sin embargo, su sistema de producción agrícola basado en la posesión de pocas hectáreas, hace que el aumento de población cause la división de tierras hasta que ésta ya no haga posible la autosuficiencia (Vázquez, 2009). Dicha situación obliga a los campesinos que expandan sus territorios de labranza en reservas naturales, expandiendo con ello la huella ecológica, la extinción de las especies y aumentando el calentamiento global (Tietenberg, 2006: 103).

Entre los indígenas, más allá de las condiciones de poca cobertura en cuanto a planificación familiar, tienen aspectos ideológicos y culturales que dan gran valor a una familia

numerosa. Entre los grupos étnicos minoritarios de nuestro país aún no es clara la ventaja de una familia pequeña, ya que los hijos con frecuencia contribuyen de manera temprana al sostenimiento de la economía familiar, y representan el único sostén de los padres para su retiro laboral durante la vejez. Más que optar por tener pocos hijos debido a una modernización en la forma de vida y elevación de su nivel de consumo, el indígena ahora tiene pocos hijos por la escasez de tierras de cultivo, por la migración rural-urbana o internacional, o por el deterioro ambiental. Todos estos factores dificultan el sostenimiento de una familia numerosa (González, 2006: 45).

Para obtener la estabilización del crecimiento demográfico, se debe de dar especial atención a cubrir las necesidades de salud reproductiva a los subgrupos de la sociedad más marginados, como los indígenas ubicados en el entorno rural. Para que los grupos étnicos puedan controlar su población no es suficiente con dotarlos de métodos anticonceptivos, sino que habrá de cambiar su condición de marginalidad elevando su nivel de vida por encima del límite de la pobreza, con la dotación de servicios, recursos y empoderamiento político que esto conlleva (Lassonde, 1997: 112).

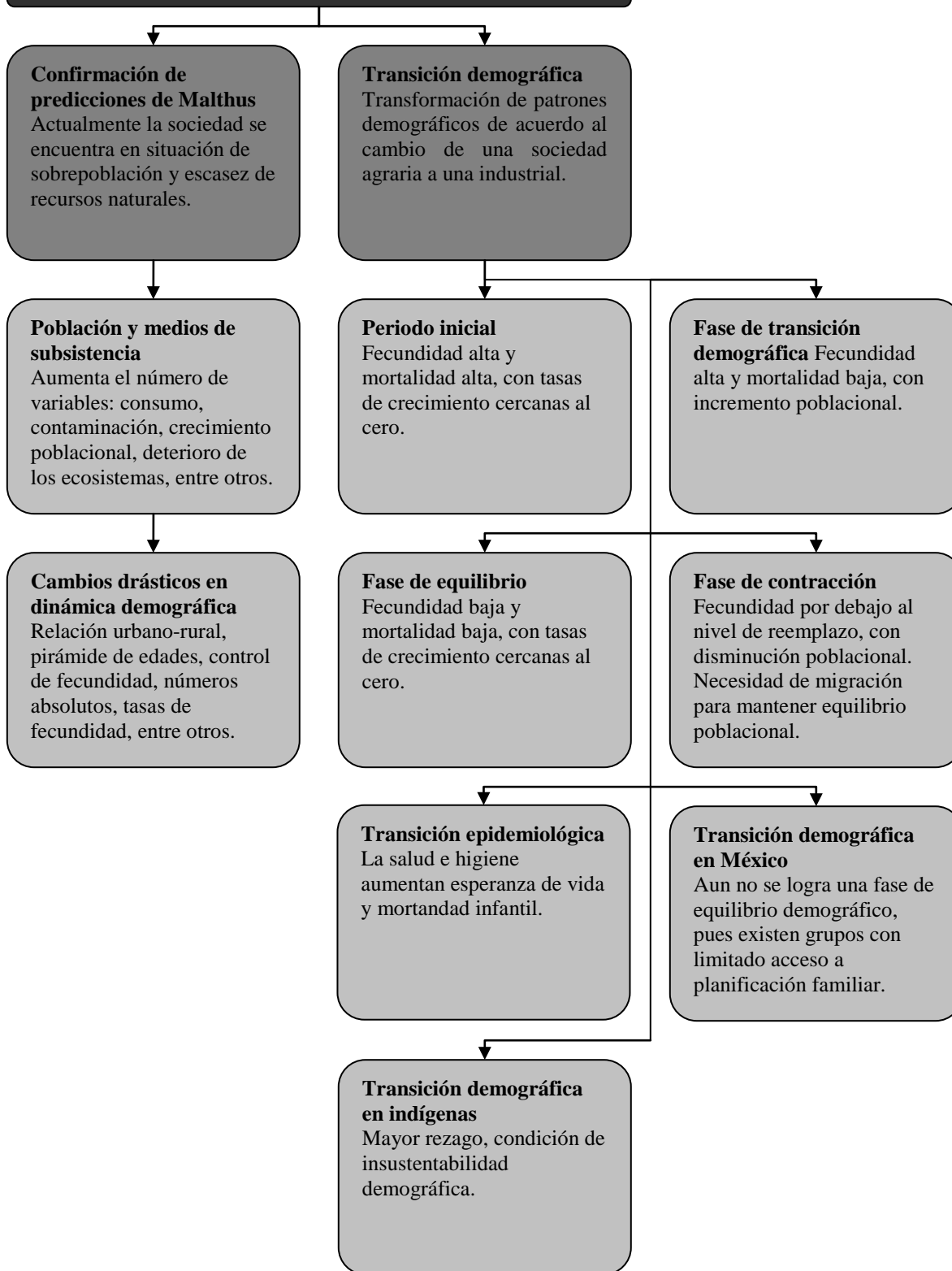
1.3.3.- Neo-malthusianos: Demógrafos ecologistas; recapitulación

En la actualidad, las afirmaciones de los demógrafos neomalthusianos cuentan con gran descrédito dentro de las instituciones oficiales nacionales e incluso en los organismos internacionales, ya que la premisa principal neomaltusiana de “límites al desarrollo” contradice radicalmente las políticas neoliberales actuales que tienen como supuesto más elemental el expandir sin límites los mercados (y el número de consumidores), mediante una extracción exponencial de los recursos planetarios.

Sin embargo, a pesar de este descrédito institucional, la presente investigación se ubicará dentro de la reflexión neomalthusiana al considerar que sus marcos interpretativos resultan los más adecuados para dar explicación y buscar solución de los dos fenómenos vigentes. Por un lado, es el crecimiento poblacional humano que continúa; y por el otro, el deterioro ambiental en aumento (con la aclaración de que la relación entre estos dos fenómenos no es lineal, sino compleja y dinámica).

En el caso concreto de México, el proyecto de nación de una sociedad sustentable sólo podrá ser posible si son alcanzadas tasas de fecundidad de remplazo (2.11 hijos por mujer en edad reproductiva). La tarea no es fácil, implicará sobre todo un aumento generalizado de niveles de vida, con ingresos *per capita* más altos, mayor y mejor educación, mayor cobertura de salud, empoderamiento de las mujeres, y reconocimiento de los usos y costumbres sobre la salud reproductiva de los grupos étnicos. Particularmente, se parte de una sociedad sustentable con diversidad de especies biológicas y diversidad cultural y étnica, por lo que los programas de planificación familiar habrán de orientarse a enmendar las inequidades históricas que se han hecho sobre los grupos indígenas de nuestro país.

2.- Vigencia de Malthus



1.4.- Empoderamiento femenino y control de la fecundidad

1.4.1.- Empoderamiento femenino

El empoderamiento surge como una revisión crítica al concepto de ciudadanía liberal clásica, que supone a un individuo con derechos y deberes frente al estado, un individuo de pretensiones universales que partía de la suposición de una igualdad de condiciones iniciales. La crítica surge en cuanto los sujetos se encuentran insertos en condiciones históricas de desigualdad, que en los hechos imposibilita la misma representación ante las instituciones sociales. A su vez, se critica cómo el concepto de ciudadanía se perfila desde la lógica del Estado y sus aparatos ideológicos, muchas veces oprimiendo la capacidad de los actores subordinados de resistir a las acciones hegemónicas del poder (Macleod, 2011: 134).

Por empoderamiento se entiende la facultad creciente de las personas en hacer cambios estratégicos a sus posibilidades de vida, desarrollando sus capacidades y cobrando mayor control sobre los recursos disponibles en el proceso (IGWG, 2005: 1). Cuando las personas se encuentran empoderadas, se desarrolla en ellas un sentido de sensibilidad por los problemas que aquejan a la comunidad y compromiso para la reproducción y mejora de vida de los integrantes de su grupo. El empoderamiento como término no puede ser preciso y unívoco, pues hace referencia a cómo se experimenta la existencia, a nociones que suelen no estructurarse en la mente y que se transmiten a otros mediante la expresión “*Ya sabes a que me refiero*” (Lassonde, 1997: 49). Desde una perspectiva institucional, el empoderamiento es uno de los principales objetivos de sus actividades, en cuanto permite a las poblaciones objetivo mejorar sus condiciones de vida de manera auto-sostenida (Malhotra et al 2002: 3).

El empoderamiento es una de las facultades más importantes de los seres humanos, en cuanto nos conecta con el mundo, da sentido a la existencia, en cuanto le da una intencionalidad a las acciones que se dirigen a conseguir un fin de mejora. Cuando las personas están des-empoderadas, sienten que no tienen control sobre su entorno y el estado de las cosas se presenta

como impuesto, ajeno y sin legitimación. A nivel emocional, se crea un sentimiento de impotencia, culpabilidad, falta de autoestima e indiferencia. Un sinnúmero de patologías emocionales son producto del des-empoderamiento, como lo son el sentimiento de desconexión y rechazo (falta de aceptación por parte de otros); abuso o maltrato (los otros causarán daño); sentimiento de imperfección (la persona no puede satisfacer los elementos más importantes para la vida); autonomía deteriorada (el éxito está en función de las acciones de otros y no las propias); vulnerabilidad al daño (en cualquier momento sucederá una catástrofe inevitable); subyugación (renunciar a los derechos propios por trasgresiones de otros); y auto-sacrificio (renunciar voluntariamente a gratificaciones por el esfuerzo realizado) (Ruiz, 2006: 6).

El empoderamiento se puede comprender de acuerdo al sentido al que se aplique el poder. *Poder sobre*, se refiere a una relación asimétrica de dominación y subordinación, que es mantenida por medio de violencia e intimidación, es el tipo de poder que se sanciona y se desea cambiar. *Poder para*, en cuanto se aplica creatividad y fuerza de voluntad para cambiar una situación. *Poder con*, envuelve a gente organizada bajo un tema común que beneficie a la colectividad. *Poder entre*, es cuando se logra la autoconfianza, el auto reconocimiento y la asertividad para actuar y cambiar sus vidas (Oxaal y Baden, 1997:1).

Así, se entiende que empoderamiento es generado de “abajo hacia arriba”, es decir, se trata de propuestas generadas por individuos que se encuentran en situación de marginación, que realizan cambios en su comunidad e institución específica, hasta convertirse en enmiendas que son ratificadas a nivel internacional. A nivel personal, se trata de que los individuos puedan realizarse haciendo cambios positivos a sus vidas y cobren seguridad sobre sus capacidades de hacer realidad su voluntad. Así, agencias de desarrollo no pueden dictar las transformaciones sociales, sino deben de ser los mismos sujetos los que tengan la iniciativa de transformación. En todo caso, las agencias externas que promuevan el empoderamiento deben de prestar atención en

localizar, mantener comunicación y apoyar a los grupos que se encuentren posicionados en un proceso de empoderamiento. Para que se dé el empoderamiento, es necesario que los sujetos previamente tengan un mínimo de habilidades, entrenamiento, liderazgo y recursos. Sean estos financieros, institucionales, tecnológicos o de acceso a información (Oxaal y Baden, 1997: 6).

Sin embargo, el empoderamiento no implica que la iniciativa tenga que surgir de las propias bases de manera espontánea y que las instituciones se sienten a esperar a que esto suceda. Bajo ciertas circunstancias, el empoderamiento puede ser promovido “desde arriba” mediante el proceso llamado de inclusión social, en donde se trata de desarrollar programas de participación que permitan a los actores juzgar de manera crítica su realidad y a partir de ello transformar las condiciones existente. Se anima a las personas a participar en las juntas, a aprender habilidades de aprendizaje y negociación, a darle sentido a sus conclusiones, a desarrollar sus capacidades de decisión, a actuar para controlar los recursos, y a dar legitimidad a sus transformaciones ante instancias “de arriba” (Malhotra *et al*, 2002: 3).

Para el proceso de empoderamiento según el grupo de trabajo de género se tienen las siguientes fases (Sadan, 1997):

1. Las personas se hacen conscientes de una incapacidad de actuar sobre su entorno.
2. Las personas se sienten frustradas, porque consideran que no hay medios para que sus aspiraciones se vuelvan realidad.
3. Se reconoce que hay valores y principios morales que hacen que sus deseos insatisfechos sean legítimos.
4. Las personas cobran consciencia de sus recursos y agencia disponibles, por lo tanto crean consciencia de su habilidad de actuar tras sus metas.

5. Se lleva a cabo la movilización, que se da por medio de la comunicación de otros en circunstancias similares.
6. Se crean organismos e instituciones con un fin definido y perdurable.
7. Se ejerce presión sobre el entorno que se desea modificar.
8. Se tiene éxito en alcanzar el fin deseado, ganando más recursos y agencia en el proceso.
9. Se produce una sinergia, motivada a preservar y ampliar el proceso de empoderamiento.

En este sentido, el empoderamiento femenino enviste a las mujeres de la capacidad de llevar a la práctica sus opciones. De esta manera se contribuye al desenvolvimiento de sus sociedades en todos los ámbitos. A diferencia de otros grupos por empoderar, las mujeres no son una minoría, sino una categoría social que entrecruza todos los subgrupos de la sociedad (pobres, minorías étnicas, entre otros); por ello, empoderar a las mujeres requiere la transformación sistemática de todas las estructuras sociales, eliminando su fundamento patriarcal (Malhotra *et al*, 2002: 5). Para lograr el empoderamiento femenino, resulta clave transformar las relaciones reproductivas, los roles de poder dentro de la institución familiar, pues históricamente esta institución ha sido el espacio simbólico dedicado a las mujeres. A su vez, el empoderamiento de las mujeres pone en evidencia la necesidad de tener control sobre el propio cuerpo (Checa y Rosenberg, 1998: 13).

Evaluando los avances democráticos en el siglo XX, quizá el más significativo de todos es la emancipación femenina. Ningún otro cambio social en el transcurso de cien años fue tan profundo y tan rápido, pues las mujeres de estar impuestas a los espacios privados para salir al ámbito público. El determinismo biológico que asignaba una inferioridad a la mujer con respecto

del hombre es un argumento en la actualidad inoperante, dejando paso a la idea que el desempeño social y psicológico de las mujeres tiene como principal fundamento las condiciones históricas particulares (Lipovetsky, 2007).

Dentro de este principio de respeto a la vida individual en la diversidad, cabe destacar cómo el movimiento feminista eliminó en gran medida la pretensión de lograr la paz social sólo dentro de la unificación de criterios, terminando con la idea de un sujeto humano universal. Se puso en claro que no es posible la eliminación de la identidad sexual para comprender la distribución de roles sociales, puesto que en las mujeres siempre habrá de considerarse sus funciones reproductivas a fin de asegurar una distribución equitativa en todo tipo de ámbitos, que van desde lo profesional hasta la vida sexual (Touraine, 1998).

Desde una interpretación más crítica a la relación de géneros en el espacio afectivo se hacen las siguientes consideraciones: El poder, el dominio y la violencia se ejercen contra la alteridad. En todas las culturas, el “otro” más cercano del hombre ha sido la mujer, y al ser conferido al sexo masculino el poder social, éste ha ejercido dominio y violencia contra el sexo femenino. De esta manera, la sociedad crea instituciones que permitan a los fuertes someter a los débiles. Donde en primera instancia, los hombres ejercen violencia contra las mujeres y las niñas (Perales, 2007).

“Lo personal es político”, esta es una de las consignas más difundidas entre el movimiento feminista. Con esto se visibiliza la separación entre lo privado e individual y lo público y político, que socio-históricamente fue impuesta por el patriarcado. De esta manera, el complejo rol asignado a las mujeres debe ser visto en su conjunto, y existe una continuidad que no debe de ser fracturada entre la vida dentro del hogar y la representación política en otras instituciones de la sociedad (Sadan, 1997: 138).

Una de las ventajas del empoderamiento femenino es su rápida difusión de persona a persona. Por lo general, las mujeres más empoderadas suelen recomendar a otras mujeres sobre las ventajas de hacer valer sus derechos. Además, las mujeres empoderadas suelen beneficiar a sus hijos, pues sus acciones inciden favorablemente en la economía, la educación, la salud y otros elementos importantes para un desarrollo integral del núcleo familiar (IGWG, 2005: 2).

Aunque muchas veces desvalorizada, las relaciones sexuales tienen un gran potencial en las sociedades para ejercer la libertad. Así como en la política, la democracia se convierte en el ideal del actuar de la esfera pública, la intimidad en la sexualidad implica la equidad y la libertad en las relaciones interpersonales que se dan en la esfera privada. De hecho, la intimidad tiene el potencial de transformar de manera radical el resto de la sociedad, pues se revolucionaría la sociedad si en lugar de aspirar al crecimiento económico, la meta por alcanzar fuese la realización emocional (Giddens, 2000).

Haciendo lectura de la obra de Michael Foucault de *La historia de la sexualidad*, se recupera el papel disciplinario que la civilización ha impuesto sobre la conducta sexual. La civilización sólo se hace posible en cuanto controla los mecanismos internos del sujeto y establece un super-ego que regula las actividades y suprime los impulsos espontáneos del deseo. Así, la sexualidad habrá de controlarse. Hasta tiempos pre-modernos en las sociedades judío-cristianas, esta sexualidad estaba sujeta al ámbito privado y a la culpabilidad de su práctica (Giddens, 2000).

Desde una perspectiva feminista, se critica que la ciencia en realidad lo que pretende es, al igual que la religión, controlar y hacer dóciles los cuerpos de las personas pero a través de su descubrimiento, no de su censura. Las tecnologías de gestión del cuerpo pretenden optimizar las capacidades del cuerpo y el biopoder hace del sexo una “anatomía política”. Lo que se trata de reglamentar son las relaciones íntimas dentro del matrimonio, ordenándolas en formas distintas y

específicas. Por su puesto, esta aplicación de la ciencia no ha sido imparcial en la aplicación de roles de género y el placer femenino fue aplastado como una desviación patológica, llamada histeria (Giddens, 2000).

En el humano, el placer no es algo exclusivamente físico, éste tiene connotaciones sociales, políticas e ideológicas. Este placer se construye por las experiencias íntimas personales en función al papel que la cultura asigna a cada individuo. Al igual que otras esferas sociales, el placer está determinado por los requerimientos económicos del modo de producción y su discurso dominante, que marcará los límites de cómo se vive la experiencia sexual. La construcción social del género, a su vez, estereotipará los patrones de comportamiento, las relaciones, los deseos y las potencialidades de forma diferencial y en una relación asimétrica de poder entre los hombres y las mujeres (Córdoba, 2004).

A grandes rasgos, perduran dos grandes mitos que oprimen y des-empoderan a las mujeres: el mito del amor romántico y el mito de la belleza. La importancia del papel del amor para las mujeres no es intrínseca a su biología, sino que se adquiere en un proceso de socialización promovido por la familia, la escuela y otras instituciones sociales, educativas y formativas. A las mujeres se les enseña a condicionar su placer sexual a la respuesta del otro, es decir, a limitar su propio placer a que primero su compañero encuentre satisfacción. La función sexual que se ha promovido en ellas es la de complacer y dar placer, no se les permite que busquen su propio placer o exijan ser complacidas. La educación ha conformado a las mujeres como un ser sexualmente restringido, que debe desconocer la sexualidad y que debe permanecer carente de poder (Córdoba, 2004).

Para comprender la injerencia de las instituciones de salud en el cuerpo femenino, vale la pena recordar el concepto de Michael Foucault sobre biopoder. Este biopoder se entiende como un control discursivo y fáctico sobre los cuerpos por parte de las diversas instituciones del

Estado, con la finalidad de que las personas se conviertan en trabajadores más eficientes para el sistema económico. A grandes rasgos, el biopoder se aplica de manera disciplinar y por medio de biopolíticas (que inciden directamente sobre el cuerpo de las masas, como son el control de la población, la sexualidad, la salud, el matrimonio, principalmente) (Ignaciuk, 2009b: 29). Particularmente, la biomedicina y la medicalización son la aplicación del poder en los espacios de salud, en donde el objetivo de curar pasa a segundo término; y la función principal de los organismos de salud es la de permitir al Estado tener dominio sobre los cuerpos de las masas. En especial, este dominio se ejerce sobre las mujeres con un matiz machista, pues se establece un fuerte vínculo ideológico entre mujeres y maternidad, haciendo que las matrices de las mujeres se pongan a disposición de los intereses de los detentadores del poder (Ignaciuk, 2009a: 7). De esta forma, el gremio médico se une al Estado en su objetivo de ejercer biopoder sobre los cuerpos femeninos. En realidad, el control de la natalidad y la legalización del aborto no atentan la hegemonía patriarcal sobre la familia, antes bien, sólo reforman y actualizan el *status quo* (Felitti, 2010: 795).

Es de destacar que la idealización del amor romántico no es un mero accidente de la actual sociedad, sino que es un dispositivo político intencional para des-empoderar a las mujeres. La verdadera intención es imponer como utopía y como meta inalcanzable, el amor pasional entre hombres y mujeres, para que las mujeres giren todas las actividades de su vida, todos sus deseos, anhelos, prácticas, relaciones y experiencias vitales en algo que no existe. Para las mujeres que buscan el amor incondicional, el hombre real les resulta incontrolable, incomprensible, seres fallidos que no saben arrancar suspiros de pasión u orgasmos de placer. Así, las mujeres se sienten frustradas en sus relaciones personales, confusas sobre lo que deben decidir hacer, con dosis muy altas de impotencia, desmotivadas, culpables, sin autoestima, y finalmente, des-empoderadas (Lagarde, 2008: 11).

Es notorio como las sociedades modernas han asignado a las mujeres una identidad marcada por la predisposición a las pasiones del corazón. Este mundo emocional, por un lado se muestra negativamente caótico e irracional; por el otro, el lado positivo, se asignan a las mujeres una mayor predisposición que el hombre de amar, de ejercer ternura, tener compasión, benevolencia, mayor identificación y ser más sensibles a las penurias de la alteridad. Sin embargo, con respecto a esta inclinación de las mujeres hacia el amor y el romance, las feministas han ubicado como parte de sus reivindicaciones en la relación entre el hombre y la mujer, el desplazar el valor de lo sentimental de lo sexual. La relación retórica de exclusividad amorosa se le juzga de teatral y burguesa, dándosele preferencia en su lugar al imperio de lo libidinal y el gozo de los sentidos sin reproche. De hecho, las feministas afirman que no sólo los hombres desean tratar a las mujeres como objetos sexuales, sino que también una mujer tiene derecho a usar a los hombres con el único propósito de satisfacción erótica (Lipovetsky, 2007).

Siguiendo la consigna feminista “lo personal es político”, se hace crítica de las relaciones afectivas entre hombres y mujeres. En cuanto a los hechos, el amor erótico heterosexual está desvirtuado por relaciones de poder. En todas las sociedades patriarcales el objeto de amor es hombre, mientras que las mujeres son las que deben de adorarle, y no ser amadas por sí mismas ni amadas por el hombre. En esta relación amor-poder, las mujeres deben de apreciar el narcisismo y las megalomanías del hombre mediante sacrificio y obediencia. Así, a las mujeres se les atribuyen valores como la maternidad, la amistad, la fidelidad, el calor de hogar y el sacrificio. También se les asocia con el trabajo doméstico, la procreación y la sexualidad. Las mujeres son vistas como el objeto de la relación íntima y los hombres como el sujeto, siendo que los hombres deben de tomar el rol activo, “poseyendo” o “conquistando” a las mujeres. En estas circunstancias, las mujeres son fácilmente violentadas por celos en el amor, torturadas y

sometidas a violencia física, sexual, psicológica o patrimonial dentro del seno matrimonial (Lagarde, 2008: 10).

Por extraño que parezca, es la mujer rota la que con desilusión se refugia en su soledad, la que encuentra la libertad del mito del amor romántico. Son esas mujeres las que sólo consiguen encuentros breves con hombres, las que decidieron separarse de aquellos a quienes alguna vez amaron, las que tienen varios romances en su biografía personal, las que experimentan divorcios (no sin secuelas emocionales de por vida), las que terminaron por dejar de esperar al hombre de sus sueños. Ahora estas mujeres desilusionadas se vuelven nihilistas en el amor, creando encuentros con los otros de todo tipo, decidiendo voluntariamente quedarse solas, vivir periodos largos de sus vidas sin pareja y optando por alternativas sexuales (bisexualidad, lésbica, transgénero, por poner ejemplos). Así, la separación entre la procreación, el sexo y la fantasía amorosa; da pie al erotismo, a la alianza entre el logos y la filia, a disfrutar del sexo y las caricias sexuales sin remordimientos. Todo dentro del establecimiento de relaciones de pareja consensuadas en donde se decide abiertamente cuáles son los límites de la relación afectiva (Lagarde, 2008: 13).

Asimismo, en las últimas décadas las mujeres disocian cada vez más el amor del matrimonio. Y las expectativas de las mujeres de realización no giran exclusivamente en torno a contraer matrimonio. Esto se debe en gran parte a que, aparte de contraer nupcias, en la actualidad a las mujeres se les ofrecen un abanico más amplio como posibilidades de realización. Incluso, varias voces femeninas han acusado al matrimonio de no tener otro fin más que la dependencia hacia el hombre y el encierro doméstico (Lipovetsky, 2007).

Por otro lado, existe una gran opresión para las mujeres con respecto a los patrones de belleza que deben de seguir. También se da una gran ansiedad, vergüenza, sentimiento de culpa y falta de autoestima por no alcanzar estos ideales de belleza. Más que en generaciones anteriores,

las mujeres de hoy día sienten terror de envejecer y obsesión por su físico. Esta inseguridad causada por el mito de la belleza es instalada en las mujeres como arma política contra el avance del feminismo. El mito de la belleza mina tanto las capacidades de las mujeres, como en el pasado lo hizo el mito de la maternidad, la domesticidad, la castidad o la pasividad. A diferencia de los mitos anteriores, el mito de la belleza se presenta como más destructivo, en cuanto a espacio simbólico de represión. No es la esfera pública o la familia, sino el mismo cuerpo del cual no hay salida (Wolf, 1992: 215).

Cuando las mujeres empezaban a ganar autoestima con la liberación sexual, el mito de la belleza inalcanzable ocasiona que las mujeres: sientan vergüenza de sí mismas, pierdan el control sobre sus cuerpos y encuentren su vida sexual insatisfactoria. A través del mito de la belleza, las mujeres pierden el control de sus cuerpos y se ven a sí mismas como incompletas, dependientes del poder de la biomedicina que las puede completar mediante cirugías plásticas (Wolf, 1992: 216).

La belleza no es algo biológico e inmutable, sino que es un constructo cultural con el fin político de mantener intacta la dominación masculina. A través de patrones artificiales de belleza, las mujeres deben competir unas con otras para acceder a los recursos sociales (matrimonio, empleo, educación, representación política y demás). La belleza no está en función de la apariencia, sino de los comportamientos, actitudes y emociones necesarios para adquirirla. La virginidad y la juventud son valoradas en el patriarcado porque son sinónimo de ignorancia sexual y falta de experiencia para hacerse valer en la esfera pública. La delgadez y el cuerpo atlético implican dedicar muchas horas a actividades que no potencializan la personalidad, sino que tienen la intención de agradar a otros. De esta forma se desarrolla la actividad de consumir un porcentaje significativo de sus ganancias en beneficio de la industria de la belleza. El mito de la

belleza divide a las mujeres, las hace competir entre ellas, siendo que las jóvenes y bellas discriminan a la mayoría (Wolf, 1992: 218).

1.4.2.- Empoderamiento femenino y control de fecundidad

Existe una relación de dependencia entre salud reproductiva y empoderamiento femenino.

Experiencias alrededor del mundo han llegado a crear consenso, afirmando que para darse una efectiva y sostenida aceptación de la planificación familiar, es necesario que las mujeres cuenten con capacidad de organización a nivel comunitario, que puedan negociar sobre el acceso a los medios de producción de la riqueza y que mantengan relaciones equitativas de poder en el núcleo familiar. De hecho, en el plano instrumental, el término empoderamiento femenino en muchas ocasiones se entremezcla con el derecho de las mujeres a tener acceso a los servicios de planificación familiar. Al respecto, organismos internacionales señalan que la falta de derechos reproductivos hacia las mujeres les limita gravemente sus oportunidades de participar activamente en la vida pública y en la privada; se exhorta en cambio, a que no se repitan imágenes estereotipadas de las mujeres que fomenten la discriminación y la desigualdad entre mujeres y hombres (Oxaal y Baden, 1997: 18).

Un hecho claro es que las mujeres logren controlar su fecundidad para lograr su empoderamiento. La alta tasa de fecundidad es inversamente proporcional a la calidad de vida, sobre todo en mujeres jóvenes y de bajo nivel educativo. Para lograr la reducción de las tasas de fecundidad no se requiere ser un país con altos ingresos *per cápita*, sino abrirse a discusiones académicas, debates públicos y diálogo político (Sen, 1998).

La salud, entendida como la ausencia de enfermedad y el estado óptimo físico, mental y social, es un bien que es deseado universalmente por todas las poblaciones del mundo. De lo anterior, se desprende que la salud reproductiva es un estado deseable para las sociedades, en

cuanto permite que éstas se reproduzcan y sobrevivan. Sin embargo, hay que considerar que la salud reproductiva no es un asunto que se remita exclusivamente a los determinantes biológicos, sino que en su práctica influyen valores sociales que fomentan y premian ciertas prácticas, mientras que otras se les reconoce como inaceptables e indeseables. Es decir, las pautas de comportamiento sexual y reproductivo están moldeadas por preceptos jurídicos, religiosos, culturales, morales, principalmente. Si bien los roles de género comienzan con una diferenciación sexual biológica entre hombres y mujeres, las instituciones sociales, económicas, políticas y religiosas imprimen actitudes, valores, rasgos de personalidad, prácticas, símbolos, representaciones y expectativas diferenciales en donde generalmente implican una subordinación de lo femenino a lo masculino. La familia es un espacio institucional donde se realiza la negociación afectiva, sexual y reproductiva, y por lo general, en esta relación de poderes las mujeres salen perdiendo, porque son sometidas a la voluntad masculina (Ojeda, 1999).

En el patriarcado se hace un reduccionismo de las mujeres, inhibiéndolas como sujetos autónomos y simplificándolas a meros objetos sexuales o maternales. El sistema de salud se vuelve el instrumento ejecutor de la violencia sistemática hacia las mujeres, por sus ideas misóginas, retrógradas y fundamentalistas, ocasionan que se dé intencionalmente una atención deficiente a la salud reproductiva. Reduce a las mujeres a meras funciones reproductivas, sin dar importancia al resto de su salud reproductiva. Por ello, es que se dan los embarazos no deseados; las maternidades obligadas; las muertes en periodos de gestación; los abortos clandestinos en ínfimas condiciones de seguridad; la escasa atención durante el período pre y postnatal; la escasez de camas hospitalarias en el área de gineco-obstetricia; la escasa asistencia en anticoncepción; la priorización de la vida del feto sobre la vida de la madre; la atención insuficiente para el cáncer de mama y del aparato reproductor; la insuficiencia de recursos para atender las enfermedades de transmisión sexual, principalmente (Checa y Rosenberg, 1998: 15).

Debido a la descomposición de la institución familiar⁸ y a la difusión de enfermedades de transmisión sexual, el Estado interviene cada vez más en el ámbito de lo privado, normando y ejerciendo cada vez mayor control sobre la intimidad. Esta intromisión del Estado se convierte en una imposición de género en cuanto es el cuerpo femenino el objetivo sobre el cual se pretende ejercer autoridad. Al cuerpo femenino se le esteriliza, se le aplican operaciones invasivas, se ausculta con aparatos cada vez más complejos, pero rara vez se pone a consideración de las mujeres cómo desean ser tratadas en su salud reproductiva (Tábora, 2001: 6).

Se ejerce violencia sistemática a las mujeres al negarles su derecho a decidir libremente sobre sus cuerpos, sobre su sexualidad y sobre su vida reproductiva. Entre estas formas de control y manipulación del cuerpo femenino se pueden mencionar:

- a) Por acción: la imposición de métodos anticonceptivos; la negación a que detengan un embarazo mediante el aborto; las políticas de población que no toman en cuenta los deseos de las mujeres.
- b) Por omisión: la escasez de servicios de salud que aseguren la capacidad de regular la sexualidad y la reproducción, la insuficiencia de información y atención para prevenir enfermedades de transmisión sexual (Checa y Rosenberg, 1998: 10).

Es por ello que se debe tener sospecha de aquellas personas o instituciones que aseveren que la maternidad es un deber, cuando ésta en todo momento debe de ser una decisión personal de las mujeres (Palomar, 2005: 42). Esto se debe a que una mujer que tenga partos frecuentes y abortos continuos difícilmente puede acceder a la esfera pública en donde pueda ejercer sus derechos políticos. La forma en que las mujeres pueden adquirir poder económico y hacer oír su

⁸ Violencias contra las mujeres, alto porcentaje de divorcios, drogadicción, alcoholismo, separación de familias por migración, como las más destacadas.

voz es mediante el trabajo remunerado y la educación. Estas actividades difícilmente pueden llevarse a buen término si no se pueden planificar los embarazos (Davis, 2004: 208). El insidioso control patriarcal hacia las funciones reproductivas de las mujeres, queda en evidencia precisamente por la ausencia de mecanismos institucionales o tecnologías anticonceptivas, dejando a los hombres ser los que limiten sus funciones reproductivas. Por lo general, se argumenta que esto inhibiría la libido masculina, teniendo efectos secundarios a su salud y que los hombres no disponen de tiempo para acceder a programas de planificación familiar, pero las mismas dificultades se presentan con las mujeres, sin que ello cause mayores preocupaciones al sistema de salud (Ignaciuk, 2009a: 11). Las ventajas del control de la fecundidad para las mujeres les ha permitido mejorar su salud, mejorar su posición social, incrementar su participación en el trabajo, aumentar el bienestar de sus familias y el de la sociedad en general (Ignaciuk, 2009a: 20).

Con respecto a la relación matrimonial, existe la tendencia de que las mujeres encuentran insatisfactoria su relación de pareja, al tiempo que basan su realización personal exclusivamente siendo madres de muchos hijos; mientras que las mujeres con vida matrimonial agradable y con varios éxitos educativos y laborales, tienden a tener pocos hijos, pues aparte de la maternidad, el desarrollo de su personalidad y su autoestima puede tener lugar en más esferas. Las mujeres que planean su fecundidad expresan que el no tener muchos hijos les permite vivir mejor y solventar necesidades, mientras que los hijos nacidos sin planeación causan serios problemas. Está presente en la percepción de las mujeres mexicanas de que a pocos hijos se les puede proporcionar mejores condiciones de vida, no sólo en el aspecto económico, sino también para dedicarles más tiempo en cuidados y educación. Además, las mujeres expresan que evitar futuros embarazos les facilita cuidar más su salud y hace más estables su relación marital (Gual, 1971).

La salud reproductiva⁹ engloba aspectos como: cantidad de hijos; espaciamiento entre los hijos, información sexual y reproductiva, cuidados y consejos durante el embarazo; cuidados y consejos a la madre después del parto; atención especial a partos de alto riesgo; prevención de enfermedades por contagio sexual; prevención de desnutrición de la madre después del parto; y amamantamiento del recién nacido. En un concepto ampliado de salud reproductiva se incluye: aborto seguro; atención a mujer que practique aborto inseguro; atención médica, psicológica, y legal a quien haya sufrido de violencia sexual; infertilidad; atención a trastornos físicos y emocionales de la sexualidad; enfermedades genito-urinarias, enfermedades genito-mamarias; información sobre crianza; y violencia intrafamiliar (Lassonde, 1997: 66).

Lo que se pretende otorgar, es el derecho de las mujeres a decidir en lo concerniente a su salud sexual y reproductiva, sin verse sujetas a coerción, discriminación y violencia de algún tipo. Se promueven relaciones igualitarias de las mujeres con los hombres en el comportamiento sexual, en donde se dé respeto y consentimiento mutuo, asumiendo conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del acto sexual y reproductivo. Se espera dotar a las mujeres de poder suficiente para exigir a su pareja relaciones sexuales seguras y decidir en conjunto las condiciones en la que formarán descendencia (cómo, cuándo y con qué espaciamiento). Se debe otorgar poder equitativo entre hombres y mujeres para que ambos tengan una vida sexual sana y placentera (Salinas, 2001).

⁹ Por salud reproductiva se entiende al estado de bienestar físico, mental y social en todo lo relacionado con sexualidad y reproducción. Se trata de disfrutar la sexualidad sin asociarla obligatoriamente a la reproducción, teniendo conocimiento, control y disfrute del propio cuerpo. Las personas deben de poder tomar sus propias decisiones sobre su sexualidad y procreación, sin encontrar algún tipo de coerción en ello, antes bien, el Estado debe de asegurarse de proporcionar lo necesario para que esto sea posible, como es la información, canales institucionales de comunicación y representación, instalaciones y personal médico accesible, y métodos de planificación familiar gratuitos (Checa y Rosenberg, 1998: 13).

La planeación familiar debe de incluirse dentro de un programa más amplio de salud reproductiva, donde aparte de métodos de regulación de fertilidad¹⁰ se incluyan cuidados posteriores al embarazo, prevención de enfermedades de transmisión sexual, cáncer cervical y de pecho, tratamientos de infertilidad y complicaciones en caso de aborto. Las mujeres deben de decidir libremente el método anticonceptivo que más se ajuste a sus necesidades, teniendo como base: información precisa, completa y apropiada. (World Health Organization, 1994). De manera periférica, la salud reproductiva fomentará la instalación de guarderías y jardines de niños públicos (como en los centros de trabajo), el empleo de tiempo parcial durante el embarazo, los meses posteriores al parto y las licencias remuneradas (Lassonde, 1997).

El concepto de “fecundidad natural” es muy relativo, ya que todas las sociedades han necesitado dirigir su fecundidad de alguna u otra manera para limitar el crecimiento de sus integrantes en cuanto toda agrupación conoce el límite de sus recursos físicos y productivos. El control sobre el número de los integrantes ha estado presente en todos los niveles de la sociedad. Incluso en nuestra sociedad individualista que pregona como principal derecho la libertad de elegir, siguen existiendo valores, principios y demás normas morales que coaccionan la capacidad reproductiva de las personas (Lassonde, 1997: 90).

Históricamente, el movimiento feminista de control de la fecundidad de los años 70's coincidió con los intereses del resurgimiento del pensamiento malthusiano en controlar el crecimiento demográfico, sobre todo orquestado por parte de los países del Primer Mundo que vieron amenazados sus intereses económicos y políticos por las altas tasas de fecundidad imperantes en aquella década en los países periféricos. A su vez, fue la reacción de las feministas del Tercer Mundo ante las políticas de esterilización masiva y anticoncepción forzada, lo que

¹⁰ Entre los métodos de regulación de fertilidad se pueden mencionar: abstinencia sexual, ritmo o método Ogino, temperatura, coito interrumpido, ciclo térmico, método Billings, medición Muco-térmica, espermaticidas, diafragma, dispositivo Intra Uterino (DIU), píldora, ligadura de trompas, vasectomía y preservativo o condón (Ruiz, 2006: 12).

hizo posible que las feministas del Primero Mundo consiguieran la legalización del aborto en sus propios países. Fue precisamente en esta confluencia de intereses dispares lo que dio como resultado el aún vigente, concepto de salud reproductiva, que legitima por ambas partes el que la sexualidad sea ejercida sin fines reproductivos. En la práctica, se ha comprobado en un sinnúmero de ocasiones que cuando las mujeres alcanzan mayor calidad de vida, producto de su empoderamiento, las tasas de natalidad han tendido a disminuir (Checa y Rosenberg, 1998: 10).

Las conferencias internacionales promovidas por las Naciones Unidas (Bucarest-1974, México-1984, El Cairo-1994) fueron el espacio en el cual neomalthusianos y feministas confluyeron para coincidir en su interés de separar la sexualidad de la reproducción. En sus comienzos, las feministas criticaron al Grupo Población por acusar a las mujeres de la sobrepoblación y el medio ambiente, contemplándolas como vientres sin voluntades propias y ajenas a un contexto histórico de opresión de género. Sin embargo, grupos feministas tuvieron ocasión de seguir discutiendo sus planteamientos fuera de las conferencias de las Naciones Unidas, llegando a concluir que teniendo fines idénticos podían unirse bajo los mismos argumentos (Lassonde, 1997: 43).

A partir de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, realizada en el Cairo, se da un enfoque más “amable y cordial” desde una perspectiva feminista a los programas de las Naciones Unidas para el control demográfico, dándole prioridad al acceso de mujeres en materia de educación y anticoncepción, dejando como efecto colateral de este empoderamiento femenino el control demográfico (CIEAP, 1994: 67).

El empoderamiento femenino sobre su sexualidad es una meta en sí misma en cuanto es un derecho inalienable y tiene como consecuencia que se reduzca la población, se impulse el desarrollo económico y se dé una mejor gobernabilidad (Malhotra et al 2002: 3). El empoderamiento sexual femenino no se debe de supeditar al cumplimiento de metas

demográficas, sino al contrario, a que las acciones emprendidas para controlar la población¹¹ deban de ponerse a disposición de los derechos sexuales de las mujeres. Al final, se obtienen los mismos resultados con el empoderamiento sexual femenino que con el control de la fecundidad, pero con una perspectiva ética mediante el primero. Así, se llegó a un acuerdo internacional de que la salud reproductiva tiene como finalidad principal empoderar a las mujeres, y la reducción de su fecundidad es un efecto secundario benéfico de ello, pero nunca debe de resultar a la inversa: que se busque cumplir metas demográficas teniendo como resultado circunstancial el empoderamiento femenino (Oxaal y Baden, 1997: 17).

Los medios de control de natalidad representaron un gran progreso social para la humanidad, en cuanto permitieron la separación entre la sexualidad y la procreación, creando identidad y apropiación del cuerpo y logrando que las mujeres se liberen del lastre ancestral de la maternidad impuesta y no deseada. Asimismo, permitieron a las sociedades tener un control racional sobre sus tasas de fecundidad, manteniendo un equilibrio con la capacidad alimentaría del país y haciendo posible una economía sustentable (Schoijet, 2007: 115).

Actualmente existen una serie de derechos en materia reproductiva, fruto del trabajo de los movimientos feministas, como son (Hernández, 2011: 15):

- a) El derecho a recibir Información sobre sexualidad sin ser estigmatizada por la sociedad.
- b) Derecho a limitar el número de embarazos.
- c) Derecho a rehusar tener relaciones sexuales dentro del matrimonio.
- d) Poder denunciar la violencia sexual (acoso, violación y demás violencias), en cualquier ámbito como el matrimonio o el trabajo.

¹¹ Educación sexual, anticonceptivos, aborto, combate a las enfermedades de transmisión sexual, etc.

1.4.3.- Empoderamiento femenino en indígenas

En la literatura científica, suele encontrarse una visión romántica para analizar la realidad indígena de México, presuponiendo que en todas las comunidades étnicamente diferenciadas se vive la utopía¹², y que este estado de pureza es el que se debe de preservar. En gran parte, el levantamiento armado del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN) vino a reavivar esta visión idílica sobre el indígena. Sin embargo, en la realidad las comunidades indígenas están lejos de ser paraísos vírgenes y exóticos, sino que son lugares diversos, cambiantes, con diferencias de clases y con marcadas desigualdades de poder en las relaciones sociales. De esa manera, las sociedades que viven en condición de pobreza y marginación, como es la situación de la gran mayoría de las comunidades indígenas en nuestro país, padecen un enorme des-empoderamiento de las mujeres, especialmente en materia sexual y reproductiva, como: falta de servicios de salud que son causantes de la mortalidad y morbilidad materno infantil; falta de acceso a métodos de planificación familiar; falta de empleo remunerado; interrupción o nulidad de estudios y capacitación personal; discriminación racial y de género, principalmente (Castro, 2011: 169).

Si hay un elemento coincidente entre todas las comunidades indígenas es que el mayor referente de identidad y de representación política es la comunidad. Es la comunidad donde se da la creación y recreación de los principios culturales a través de diversos actos cargados de simbolismos, como pueden ser: la tierra comunal, el trabajo comunal, el poder comunal y la fiesta patronal. Prácticamente en todos los casos donde surjan disputas se recurrirá a las tradiciones, y usos y costumbres lugareños como fuente de legitimidad. Para ello, existen personajes a los que se les atribuye detentar esta representación de la tradición. La disidencia es rápidamente cohibida y sólo se requiere un poco de ella para que a las personas que muestren inconformidad se les castigue con “muerte social” o se les exilie de la comunidad (Castro, 2011: 175).

¹² En donde se asume *a priori* que existen relaciones horizontales de respeto y ayuda mutua, como podría ser la igualdad económica.

A diferencia de las sociedades democráticas occidentales en donde se concibe al sujeto como un individuo que tiene libertad de actuar y elegir dentro de la ley, emulando la participación en aspectos públicos; en gran parte de las comunidades indígenas se enfatiza el deber hacia la comunidad y la obediencia hacia las personas que detentan el poder. En estas comunidades, las personas no desean participar porque su educación impide que se desarrolle una conciencia política y prefieren que sean representados por otros. A pesar de que en muchos casos las mujeres indígenas son conscientes de su condición de subordinación de género, no actúan al respecto porque saben que su comunidad no posee la estructura social que permita hacer repercutir sus esfuerzos por cambiar a una situación más favorable; antes bien, cualquier acción comprometería su situación a una más desfavorable. Cualquier modificación a su forma de vida, por muy pequeña que sea, requiere un gran esfuerzo. Por esa situación, las personas que desean mantener a las mujeres indígenas en condición de des-empoderamiento, hacen un mínimo esfuerzo cuando contrarrestan el esfuerzo de las mujeres que desean hacer el cambio (Sadan, 1997: 156).

Por razones tanto culturales como históricas, en la gran mayoría de las comunidades indígenas los espacios públicos están prohibidos para las mujeres, así que en contadas ocasiones las mujeres acuden a las juntas comunales, y cuando lo hacen no tienen voz ni voto, además, tienen nulas posibilidades de acceder a cargos de autoridad, no tienen acceso a la repartición de bienes o financiamiento gubernamentales y sus recursos simbólicos de injerencia en el poder son mínimos. Cuando llega a haber mujeres indígenas involucradas en programas gubernamentales, éstas participan con actividades que son una prolongación de sus funciones hogareñas (elaboración de alimentos, manufactura de artesanías, comités de familia escolares o brigadas de salud), previa autorización de los hombres del hogar (Castro, 2011: 180). A pesar de que en los últimos 20 años las demandas de los indígenas han ganado notoriedad en el plano internacional,

en la agenda de actividades por realizarse, aún no se observan reivindicaciones de género ni se hace visible la violencia intrafamiliar en las comunidades (Rivera, 2008: 331).

1.4.4.- Empoderamiento femenino en indígenas y control de fecundidad en el pasado

La colonización española a los indígenas de las Américas se dio en todo sentido, incluido el sentido poblacional y sexual. Una vez terminada la conquista, los españoles desarrollaron estrategias de control a la población indígena, tratando de diezmar su número. Para empezar, los trabajos a los que estaban obligados los indígenas en las minas y en las haciendas resultaban tan extenuantes, que disminuyeron su libido sexual y deseos de procrear sensiblemente (incluso hubo pueblos que ante la situación de esclavismo optaron por abstenerse completamente de tener relaciones sexuales, practicando incluso el aborto y el infanticidio). Por otro lado, la morbilidad y mortandad infantil aumentaron sensiblemente, debido a la desnutrición y a las condiciones insalubres en general a las que fueron reducidos los indígenas. Ideológicamente, los españoles lograron alienar los cuerpos de los indígenas para sí mismos, les señalaban que su fenotipo era poco atractivo, que su piel emanaba mal olor, que sus adornos corporales eran satánicos, y que su forma de vestir exponía demasiado su cuerpo, por lo cual eran impúdicos y debían avergonzarse de sí mismos (Tábora, 2001: 12).

La sociedad prehispánica era fuertemente machista, y los derechos de las mujeres a la vida sexual resultaban mucho más restringidos a los derechos de los cuales gozaban los hombres. El sistema matrimonial entre los mexicanos¹³ era una transición entre la monogamia y la poligamia

¹³ Por familia se asumirá a cierto grupo de personas que comparten vínculos consanguíneos, estableciendo relaciones de parentesco según una historia genealógica. Puede incluir a individuos que no mantengan vínculo consanguíneo pero sí compartan una estrecha cercanía física o co-residencia (por ejemplo, vivir bajo el mismo techo). En el caso de los indígenas prehispánicos, la relación de parentesco por lo general se daba en cuanto se compartía el mismo patio, es decir, un grupo de casas orientadas hacia un mismo espacio común, y dicha interacción permitía una cooperación económica. Así, la familia compartía el mismo techo pero el patio común era para quienes guardaban la relación de parentesco por consanguinidad, matrimonio o estrecha afinidad (Esteinou, 2008).

masculina. Se supone que sólo existía una esposa y los hijos de esta esposa eran los hijos legítimos pero personas con un alto grado social, como los nobles y guerreros, podían tener tantas concubinas como pudiesen alimentar. Las mujeres eran dadas como concubinas la mayor de las veces para generar alianzas políticas o ganar favores de superiores. Así, un noble solía sellar un pacto con otro noble mediante el regalo de concubinas, y los cortesanos podían ganar el favor de sus señores con la donación de sus hijas que fueran consideradas agraciadas por la belleza (Aguirre, 2010).

Por lo demás, dentro de la familia había una marcada división de roles de acuerdo al género y las generaciones, por lo que el padre contaba con una autoridad casi absoluta sobre la esposa y los hijos. Por lo demás, la institución familiar indígena no daba espacio para la libertad individual, donde decisiones ahora consideradas como de índole personal (matrimonio, migración, ocupación, etc.), se tomaban considerando los intereses del grupo familiar. La sexualidad era tema público, se imponían sanciones brutales a los que contravinieran los intereses reproductivos de la familia, como las relaciones sexuales prematrimoniales, la homosexualidad, el celibato, el adulterio o el divorcio. Se daba una desigualdad por género en materia sexual sumamente marcada, mientras el hombre tenía que demostrar su virilidad a toda costa y se daba cierta tolerancia a las relaciones prematrimoniales y extramaritales, la falta de virginidad de la novia antes del matrimonio era motivo de repudio por parte del novio y causa de vergüenza pública para los padres, llegándose a los extremos de considerar a una mujer que ejerciera su sexualidad con libertad como generadora de fuerzas nocivas que enfermaran a quienes se le acercaran (Esteinou, 2008).

Cabe destacar que la cohesión familiar no se daba por medio de la afectividad, sino por medio de la obediencia a unas rígidas estructuras jerárquicas. En el ámbito sexual, esto implicaba que el ejercicio del erotismo era mínimo, por el contrario, la violencia sexual era la norma entre

las relaciones conyugales. De la misma manera, los padres ejercían violencia doméstica para con sus hijos, inculcándoles valores y comportamientos mediante la sanción física. No se esperaba que los padres fueran amorosos, sino que proveyeran a sus hijos de soporte económico, protección y dirección. En cambio, se esperaba que los menores mostraran una obediencia absoluta a sus progenitores. La alta mortalidad infantil también impedía que se diera un involucramiento afectivo profundo entre los integrantes de la familia, los hijos se volvían importantes en cuanto estos representaban un valor económico como fuerza de trabajo (Esteinou, 2008).

A principios de la conquista, los pueblos indígenas regalaron mujeres a los españoles como obsequio para establecer alianzas. Los indígenas esperaban que estas mujeres fueran tratadas con respeto tal como retrataban a las concubinas, mas los españoles utilizaron a las mujeres indígenas solamente para satisfacer su lujuria y como sirvientas. En cuanto empezaron la guerra abierta de los españoles para con los indígenas, los españoles no tardaron en violar y vejear a las mujeres de los pueblos derrotados. Las mujeres cautivas eran vendidas en subastas para ser tratadas indudablemente con una gran violencia sexual por parte de los españoles. Del lado de los españoles, era claro que ellos tenían como estereotipo de belleza a las mujeres españolas, menospreciando a las mujeres indígenas y entre éstas se daba preferencia a aquellas con el tono de piel más claro y los rasgos faciales más similares a los caucásicos. Para los españoles, resultaba vergonzoso casarse con una indígena, por lo que la mayor parte del tiempo eran tratadas como prostitutas. El intercambio sexual entre españoles e indígenas fue tal que terminó conformando la mayoría de pobladores mestizos que hoy en día existe en el territorio mexicano (Aguirre, 2010).

Cabe destacar que a los españoles les tomó mucho tiempo convencer a los indígenas que aceptaran la monogamia, fueron necesarios bastantes ruegos, amenazas y sermones por parte de

los curas para cambiar la vida sexual indígena que ahora era calificada como disoluta y luciferina. Los españoles ahora satanizaban y condenaban a muerte actos eróticos que anteriormente les resultaban naturales, como el adulterio, la masturbación, la homosexualidad, la bestialidad, el coito extra vaginal, la prostitución, el amancebamiento, el concubinato y la poligamia (Aguirre, 2010). Contradictoriamente, todas estas actividades sexuales no conyugales mencionadas con anterioridad, eran mantenidas por los españoles hombres para con las mujeres indígenas, dando como resultado el mestizaje que ahora cuenta el territorio mexicano. La recriminación de los españoles hacia los indígenas de su vida sexual de tal maneta que incluso algunos pueblos optaron por cancelar del todo su vida sexual (Esteinou, 2008).

1.4.5.- Empoderamiento femenino en indígenas y control de fecundidad actual

No se han hecho aún reflexiones suficientes para re-conceptualizar el feminismo, adaptándolo a las diferencias y demandas de las mujeres indígenas. Por lo general, aún en Latinoamérica se hace referencia en los ensayos feministas a una mujer mestiza, citadina y con estudios universitarios, dejando fuera las reivindicaciones específicas de mujeres marginadas (Macleod, 2011: 136). Hasta ahora, el movimiento feminista se ha desarrollado principalmente por y para las mujeres blancas de clase media. Aún no se ha alcanzado a abrazar los intereses de grupos étnicamente diferenciados (Davis, 2004: 220).

Se está planteando que un proyecto de feminismo indígena necesitaría ser construido desde su propia situación histórica y bajo sus mismas reformulaciones ciudadinas, donde más que insertarse dentro de un marco teórico más grande de “ciudadanía cultural”, implicaría una teoría paralela, una “ciudadanía diferenciada”. De inicio, un marco conceptual feminista indígena no

partiría de un principio occidental de ciudadanía¹⁴, sino que giraría en torno a conceptos como el de la paridad, la complementariedad, la dualidad y el equilibrio. Para los indígenas, la humanidad no se encuentra volcada sobre sí misma, sino que forma una continuidad con la naturaleza y el cosmos, no es suficiente plantear su visión de justicia teniendo como principios universales los derechos humanos, ellos abarcarían una visión de “justicia planetaria”, en convivencia con los colectivos humanos y el medio ambiente (Macleod, 2011: 141).

¿De lo anterior podría llegar a desprenderse que los organismos internacionales como la Organización de Naciones Unidas (ONU), el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM) apoyan incondicionalmente a que las mujeres controlen su fecundidad? No del todo, pues en las organizaciones mundiales del desarrollo existe una teoría muy distorsionada de sobrepoblación, donde el racismo califica a las mujeres negras, árabes, asiáticas, latinas e indígenas como “demasiado prolíficas”, a la vez que se culpa a los pobres de las altas tasas de fecundidad como la causa de su propia pobreza y de la degradación del medio ambiente (Falquet, 2003: 31).

Resulta contradictorio que bajo las políticas demográficas del Banco Mundial se pretenda reducir en la mayor medida posible la fecundidad de las clases desposeídas de la sociedad, por considerarlas las más fecundas, mientras que las políticas económicas que implementan privatizan la salud y deterioran la situación económica de las masas, ocasionando con ello que los que más hijos tienen no tengan posibilidad de hacer uso de métodos de control de la fecundidad (Felitti, 2010: 802).

Analistas han señalado tomar precaución sobre cómo es que las instituciones estatales y organismos internacionales vacían de contenido demandas de las mujeres indígenas, haciendo operacionalizables conceptos superficiales que de ningún modo capturan los contenidos más

¹⁴ Con un individuo sujeto a derechos y deberes frente al Estado.

profundos de las culturas indígenas. En las acciones de estos organismos se suele homogeneizar las especificidades culturales, invisibilizando las relaciones concretas que oprimen a las mujeres indígenas (Macleod, 2011: 151).

Antes de hacer juicios sobre el porqué las mujeres indígenas no adoptan la ideología feminista, habría de efectuarse primero una evaluación histórica porque un concepto puede pasar de liberador a opresor al cambiar a otro contexto. Por ejemplo, mientras que a las mujeres occidentales la opción de contar en su clínica con la Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) puede interpretarse como un progreso, en el contexto indígena la misma intervención quirúrgica se llega a equiparar con esterilizaciones forzadas y genocidio racial (Davis, 2004: 204).

Los indígenas tienen la convicción de que los programas de asistencia médica no van a respetar su cultura¹⁵. Algunos ejemplos han sido el caso de la esterilización masiva de hombres a cambio de falsas promesas de despensas y pensiones mensuales. Otro caso que incluso conmocionó a la comunidad internacional fue el de las mujeres amuzgas del estado de Guerrero, donde cada sábado 20 de ellas eran reclutadas para ser esterilizadas en las clínicas del estado y así el Seguro Social podía cumplir con las metas institucionales de control de natalidad (Barroso, 2004).

Hasta ahora, las estrategias de comunicación y acercamiento a la población se aplican de manera uniforme y con pretensiones de homogeneizar, tomando como referente un único y burdo concepto de la idiosincrasia mexicana, donde se usan los mismos materiales de información y educación para todas las entidades y todos los grupos sociales de la República (Ojeda, 1999).

Los programas sociales nacionales tienen como objetivo asimilar a los pueblos indígenas al universo mestizo, fusionando racial, étnica y culturalmente todas las diversidades existentes en

¹⁵ Paradójicamente, la población hace una subutilización de los servicios de salud, pues hay un desconocimiento generalizado de los programas disponibles. Esta distancia entre las instituciones de salud y la población, se debe en gran parte a las inadecuadas campañas de promoción existentes, pues los programas oficiales no toman en consideración el marco social de los variados grupos sociales del país, con necesidades de atención diferenciadas (Ojeda, 1999).

el territorio mexicano para crear un sujeto que pueda adaptarse a “los ideales de la nación”. En realidad, la mentalidad que impera para con los pueblos indígenas es el segregacionismo (que es la visión más clásica del racismo), excluyéndoles de la dinámica nacional, ya sea territorial, económica, política, social y culturalmente. La discriminación por raza y la discriminación por sexo son dos prejuicios que suelen reforzarse uno al otro, en cuanto ambas segregaciones se justifican ideológicamente como “hechos biológicos”, para construir una alteridad a la cual se le relega a una clase jerárquicamente inferior y así poder perpetuar las desigualdades de clase y de género (Gall, 2010).

En la ideología nacionalista oficial, se pretende que el México mestizo se asiente en una historia indígena, femenina y tradicional para impulsarse hacia una modernidad blanca y masculina. En el ideario nacional, la mujer debe de ser “femenina pero no feminista”. A las mujeres indígenas se les asocia metafóricamente como la tierra pasiva en donde debe de germinar la semilla y el cuerpo femenino debe de estar al servicio de las instituciones estatales. Con respecto a su fecundidad, ésta se asume en las instituciones de gobierno, debido a que las mujeres indígenas tienen muchos hijos y no son sujetos morales que puedan levantar su palabra y participar en su comunidad. Contradictoriamente a este supuesto cuidado, se observa que las mujeres indígenas suelen ser víctimas de violencia sexual de todo tipo, principalmente cuando se vuelven migrantes (Gall, 2010).

Las mujeres indígenas manifiestan que se sienten desechadas en todos los espacios, pues en el mundo mestizo se les discrimina por su color de piel, mientras que en sus propias comunidades se les excluye por el mero hecho de ser mujeres, así sucede que: en su familia las madres tienen que trabajar doble atendiendo a los hijos al mismo tiempo que deben trabajar en el comercio o la agricultura; muchas veces los padres no aceptan a una recién nacida por el mero hecho de ser mujer; los padres aún siguen eligiendo quién va a ser el compañero con el que se va

a casar su hija; y las niñas deben de pedir permiso a los papás para hacer cualquier cosa. Las mujeres indígenas entrevistadas, declaran que en el campo de la sexualidad son rechazadas al ser considerado su fenotipo como desagradable a la vista. Los mestizos no quieren mezclarse con los indígenas para no perder sus rasgos caucásicos (Gall, 2010).

En cuanto se tiene como consideraciones para la esterilización forzada el ser un individuo que ponga en riesgo a la sociedad, los grupos indígenas son las minorías sobre las cuales se realizan mucho más esterilizaciones. Por lo general, en los directivos de las instituciones de salud que toman la decisión sobre a quién se le impondrá la esterilización, suelen considerar implícitamente criterios discriminatorios, actuando con mayor fuerza sobre los grupos marginados y minoritarios. Otro criterio para imponer control poblacional es la pobreza, pues haciendo análisis del discurso a los criterios empleados para esterilizar pobres, se considera que estos no pueden controlar sus urgencias sexuales. Como conclusión, se podría afirmar que los límites que existen entre las esterilizaciones forzadas y la eugenesia racial, en la práctica suelen ser muy borrosos (Grekul, 2008).

Ahora bien, la salud reproductiva es un bien del cual se accede de manera inequitativa en la sociedad, siendo que su aceptación y práctica es casi universal en personas con altos ingresos, mientras que su conocimiento, libertad de adopción, y recursos materiales se encuentra limitada en grupos sociales marginados (Checa y Rosenberg, 1998: 1). Es así como la elección reproductiva fue una serie de productos diseñados para ser consumidos por la clase media del primer mundo, que tiene la capacidad adquisitiva para acceder a la dinámica capitalista. La planificación familiar requiere seguimiento, es decir, tener cobertura médica, ir repetidas veces a consultorio y aprender sistemas de cuidados relativamente complejos, dejando fuera a la población marginal sin derechohabiencia a instituciones públicas de salud, a gente con bajos niveles educativos y a poblaciones que habitan en comunidades de alta dispersión, todas ellas

características socio-demográficas en las que se ubican la mayoría de los indígenas de México (Ignaciuk, 2009b: 13).

En la familia indígena actual se le concede la máxima autoridad al padre, mientras que a la madre se le asigna un papel superior al de los hijos. Asimismo, se distribuye mayor poder a los hijos varones que a las hijas mujeres. Por último, los hijos mayores del mismo sexo ejercen mando sobre los hijos menores. Sólo en el caso excepcional de que falleciera el padre, la madre puede ejercer la patria potestad sobre los hijos. Se establecen roles de género en donde los esfuerzos de la esposa deben de orientarse a brindar atención al esposo y los hijos, mientras que al esposo se le concibe como el proveedor económico de la familia, orientado hacia el ámbito público y siendo el agente responsable de la movilidad social del núcleo familiar (Esteinou, 2008).

Hacia el indígena, históricamente la actitud ha sido tratarlos con negación, desinterés, desprecio, marginación y violencia directa. Se asume que los indígenas son seres atávicos, oscuros, encerrados en el pasado, apacibles, volcados sobre sí mismos, inmóviles y desmotivados. Con respecto a su sexualidad, existe el imaginario social que su condición de ser seres primigenios hace que sus prácticas íntimas sean “naturales”, sin riesgos y alejadas de las enfermedades del mundo moderno (Núñez, 2009).

Con respecto a los roles de género, existen muchas diferencias entre las diferentes culturas indígenas pero en términos generales, se puede afirmar que la división sexual del trabajo es más bien rígida, en donde las mujeres se dedican al cuidado del hogar y a la crianza de los hijos, mientras que los hombres deben laborar en el campo. De un hombre no se espera que realice actividades como hacer la comida o la limpieza del hogar, ni se desea que muestre actitudes identificadas con el mundo femenino como el cansancio, la debilidad (física y emocional), la suavidad, la delicadeza y la expresión emocional. En general, a los niños se les confiere un valor

de neutralidad sexual pero en cuanto se entra en la pubertad y en la adolescencia, se espera que las actitudes y actividades de los sexos se encuentren bien diferenciadas. Las transgresiones en esta asignación de roles van desde la censura, la burla y los cuestionamientos, hasta la violencia verbal y física (Núñez, 2009).

En el mundo indígena de la actualidad, la sexualidad es un tema tabú rodeado de connotaciones que van desde lo misterioso y sagrado, hasta lo prohibido, pecaminoso y motivo de vergüenza y culpabilidad (esto último por influencia de la religión católica). La sexualidad se sabe que existe, pero no se verbaliza, sino que se debe de aprender en las situaciones cotidianas. En este sentido, la compañía de parientes y amistades de la comunidad, cobrará un papel fundamental para el descubrimiento de la sexualidad (Núñez, 2009).

Sin embargo, las mujeres indígenas no son actores totalmente pasivos, sino que saben que existen leyes que las amparan y que no están solas. Tienen conocimiento que el sexismo y el racismo no son eventos naturalizados en su vida cotidiana, sino que son opresiones impuestas de las cuales se pueden resistir. Identifican el favoritismo desproporcionado dado a los hombres en la repartición de bienes sociales y saben que ellas no son débiles y miedosas como se les quiere hacer suponer. Saben que pueden reclamar su participación equitativa a la educación, a la salud y al trabajo remunerado. Dentro de su contexto cultural, las mujeres indígenas comprenden los usos y costumbres que les favorecen y los que las desfavorecen. Entre algunos de estos se pueden identificar (Macleod, 2011: 150): emparejamiento voluntario de la pareja, derecho al descanso en el trabajo reproductivo, derecho a la no violencia intrafamiliar, derecho a herencia, a que cuenten con los mismos recursos las mujeres y los hombres al nacer, a portar los elementos distintivos de su cultura con dignidad (ejemplo: vestimenta), a poder hablar su dialecto y derecho a no ser asimiladas en su cultura.

Concretamente en lo que respecta al tema de salud sexual y reproductiva, las mujeres indígenas identifican la importancia de dar reconocimiento a las parteras e integrarlas al sistema de salud oficial, de tal manera que cuando se acuda a una clínica se tenga la opción de ser atendidos tanto por la medicina moderna como por la medicina tradicional (Rivera, 2008: 339). Las parteras deben de ser nuevamente la principal fuente de institucionalización de saberes sobre el cuerpo femenino en la cultura indígena. Para ello, se debe de reconocer su derecho a asistir a las mujeres en su embarazo y en atención post-parto (Ignaciuk, 2009a: 7). Antes que nada, debe de procurarse que las mujeres indígenas se sientan cómodas y en confianza en la atención de la planificación familiar, por lo que además, deberán ser considerados los factores culturales (World Health Organization, 1994).

Algunas experiencias con resultados positivos han sido: la capacitación de profesores bilingües que imparten clases de salud reproductiva en las escuelas de la región, con temas como: el espaciamiento de los hijos, fisiología de la reproducción, anticoncepción, embarazo, parto, equidad de género y violencia intrafamiliar. También se encuentra el desarrollo de programas productivos que permiten a las mujeres contar con un trabajo extra-familiar y un ingreso propio, para así promover su entrada al mundo público y a su independencia económica. Asimismo está la aprobación y apoyo por parte de los líderes comunitarios para el uso de métodos anticonceptivos en la población indígena y permitir la entrada de promotores educativos mestizos. Finalmente, se encuentran las clínicas especiales que incorporan a personal indígena y permite hacer uso de su medicina tradicional (García, 1999).

1.4.6.- Empoderamiento femenino y control de la fecundidad: recapitulación

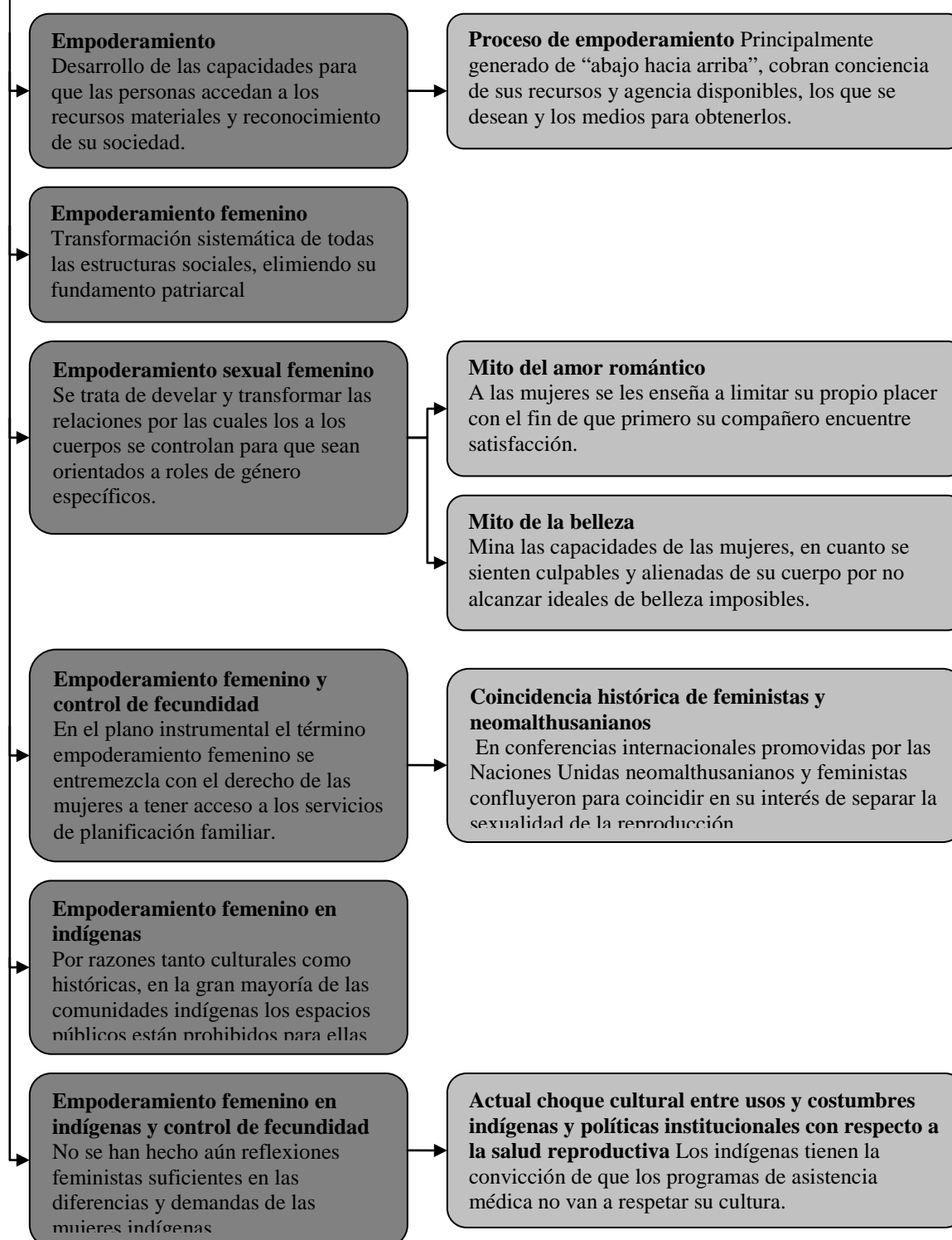
Como se había mencionado con anterioridad, el crecimiento poblacional es un fenómeno dinámico, complejo, entre cruzado con variantes culturales y en donde se deben de analizar las particularidades históricas de los grupos en cuestión. Por ello, se reconoce que la forma en que las mujeres se ubiquen en las relaciones de poder incidirá notoriamente en el control poblacional. Históricamente, las mujeres han mantenido una relación asimétrica de poder desfavorable con lo que respecta al control de su vida reproductiva, debido a la formación de diversos dispositivos culturales que limitan su capacidad de desarrollar un proyecto de vida en base al control de sus cuerpos y su fecundidad (mito del instinto maternal, mito de ama del hogar, mito del amor pasional femenino, mito de la belleza, entre otros).

En la práctica, se ha observado que se logra un mayor control poblacional cuando se logra: en general, empoderar a las mujeres con mayor educación, empleo remunerado, participación política y demás elementos macros de su sociedad; y en particular, se buscan programas de planificación familiar que contemplen la salud de las mujeres de una manera holística, basados en relaciones de pareja con equidad y libres de violencias, acceso efectivo a los servicios de salud, salud cervico-uterina, conocimiento de su reproducción, acceso a métodos de planificación familiar, entre otros elementos de iniciativa institucional.

En el caso específico de los grupos indígenas de México, se puede identificar que en la mayoría de estos grupos étnicos existen patrones culturales de clara diferenciación de roles por género, con una marcada relación asimétrica de poder dentro de las relaciones de pareja, traduciéndose esto en que las mujeres indígenas se encuentran des-empoderadas para tener una vida sexual y reproductiva informada, libre y satisfactoria. Por ello, la presente investigación considera que un factor decisivo para que nuestro país cuente con crecimiento poblacional

humano sustentable, implicará necesariamente que en las minorías étnicas de nuestro país se ponga énfasis en lograr que las mujeres puedan empoderarse en su salud sexual y reproductiva.

3.- Control de fecundidad como Empoderamiento femenino



1.5.- El control de la fecundidad desde una visión sustentable y feminista: recapitulación

En el transcurso de este capítulo, se sustentó teóricamente la intención de abordar la planificación familiar en las comunidades indígenas desde una perspectiva de género y de diversidad étnica, todo ello enmarcado desde una visión de sustentabilidad social.

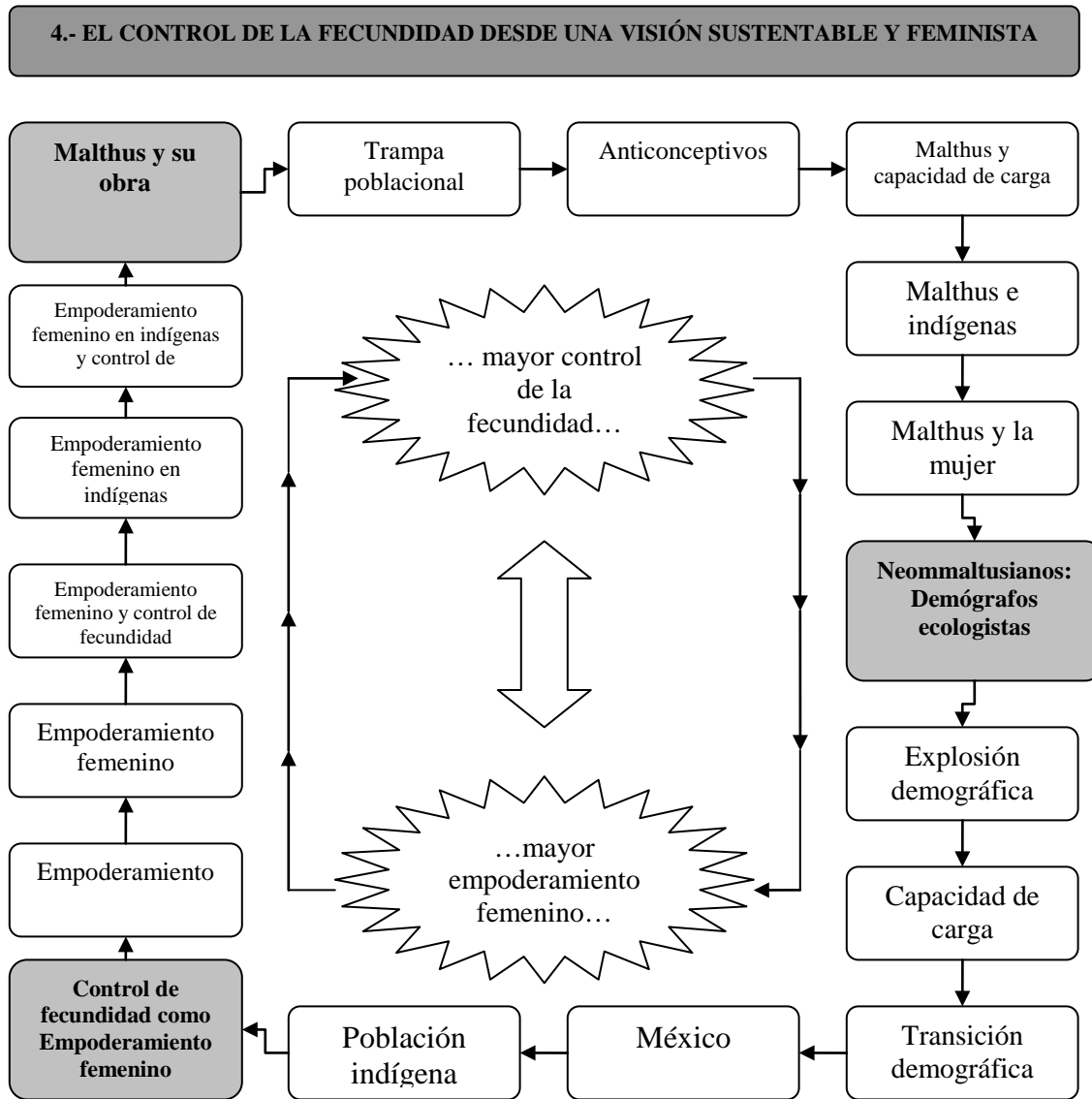
Para ello, primeramente se aseveró que el control del crecimiento poblacional es un pilar sobre el cual se mantiene la sustentabilidad social, que sin este pilar, una cantidad creciente de población humana requeriría un consumo mayor de recursos naturales. Y si el consumo humano rebasa las capacidades de remplazo o resiliencia ecológica, se pone en riesgo la reproducción de la sociedad en el futuro. Al respecto, se señaló que son los demógrafos herederos de la obra de Thomas Malthus los que más énfasis han hecho en la relación entre población y medio ambiente.

Por otro lado, se describió que dentro de la teoría feminista el control sobre la vida reproductiva es una de las estrategias claves para su empoderamiento, siendo que para una mujer el acceso efectivo a la salud y el disponer libre y conscientemente métodos de planificación familiar ocasionará, por un lado, que ésta acceda con mayor facilidad a la esfera pública, conforme su voluntad y de acuerdo a su proyecto de vida. Por otro lado, ocasionará que se dé un control sobre su fecundidad.

Históricamente, los neo-malthusianos y las feministas han encontrado coincidencias de proyectos en los foros internacionales, por lo que han unido fuerzas y su trabajo conjunto ha generado la noción de planificación familiar, con todas las connotaciones de control reproductivo que conlleva.

Finalmente para el caso de México, se afirma que los indígenas son uno de los grupos en los que más rezagos se han presentado en lo que a planificación familiar se refiere. En gran medida, esta dificultad se encuentra en la implementación de programas de salud sexual y reproductiva, donde

no existe el trabajo adecuado y continúan las relaciones asimétricas de género dentro del núcleo familiar. Tampoco se han hecho las consideraciones suficientes para respetar los usos y costumbres sobre salud que se tenga en cada grupo étnico. De ahí nace la propuesta de este trabajo de tesis, plateadas sus hipótesis y objetivos descritos con antelación.



CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

2.1.- Introducción

En el recorrido del capítulo anterior, se argumentó la relación existente entre el control de la fecundidad y el empoderamiento femenino, haciendo su aplicación en la realidad de las mujeres indígenas mexicanas. La intención fue hacer evidente cómo es conveniente para la sustentabilidad social el poder planear el número y la distribución de personas existentes en un territorio dado, y que uno de los resultados favorables del control demográfico, está precisamente en que las mujeres logren un mayor empoderamiento de su vida sexual y reproductiva. A su vez, por medio del presente desarrollo teórico se ratifica que es por medio de la creación de instituciones la forma de garantizar el derecho de las mujeres para poder decidir libremente sobre el número y las condiciones de su descendencia, haciéndose necesarias campañas de control de la fecundidad. Este ciclo virtuoso autoalimentado es al que se hará referencia con el concepto de planificación familiar, central en la tesis planteada.

En el capítulo en curso se abordará lo referente al marco metodológico, para hacer explícito el plan de trabajo sobre el cual se hace operacionalizable el concepto de planificación familiar, siguiendo con el trabajo de campo dirigido a la población indígena otomí queretana, por medio de entrevistas a parteras como trabajo de campo cualitativo y encuestas a mujeres indígenas como trabajo de campo cuantitativo.

Se organizará el análisis metodológico de los tres trabajos de campo de acuerdo a cinco tiempos: en el diseño de la muestra se mostrará el cómo fue establecida la muestra de acuerdo al universo de la población, resaltando que en los tres casos las dificultades para acceder a información verbal por parte de la población indígena ocasionó que las muestras se hiciesen por

conveniencia y no de manera aleatoria y representativa; en las estrategias de reclutamiento de los entrevistados se muestra a su vez que en todos los casos se llevó a cabo la técnica de “bola de nieve”, como una forma de acceder a las narrativas de los sujetos; en el sesgo metodológico se hace explícito las dificultades y limitaciones, sobre todo para delimitar de manera expresa el alcance de las conclusiones de la investigación; como técnicas de recolección de datos se expondrán las características de la entrevista y la encuesta y el cómo se seleccionó cada uno de estos instrumentos de acuerdo con las especificidades de la información a recabar; y finalmente, como técnicas de procesamiento de datos se expone ya bien sea el análisis estadístico para el caso de las encuestas a las mujeres indígenas, o el análisis hermenéutico del discurso para las entrevistas a parteras.

A groso modo, se concluye que dado las características de los temas a tratar (relaciones de género, respeto intercultural y sexualidad humana) que suelen ser manejados en implícitos y difícilmente verbalizados en circunstancias públicas (como el mismo hecho de ser recabada la información para uso de investigación académica), y a que la misma población indígena suele ser renuente a proporcionar información verbal sobre su forma de vida, se dio preferencia a información confidencial, confiable y narrativamente ilustrativa a datos abundantes y generalizables por medio de recursos estadísticos.

2.2.-Entrevista a parteras

El primer instrumento de recolección de datos corresponde a la entrevista a parteras. Para este trabajo empírico, se contó con la previa aplicación de entrevistas a curanderos; lo que permitió afinar las estrategias de aproximación a la población y la formulación de preguntas, obteniéndose información que respondió satisfactoriamente al protocolo de investigación. La información rescatada giró en torno a los temas de características de los pacientes (edad, educación, ocupación

y fecundidad); pertenencia indígena (Comunidad de pertenencia y auto-reconocimiento como indígena); violencia intrafamiliar (violencia económica, psicológica, física y sexual); relación de las parteras con otros sanadores e instituciones de la salud (uso de medicina moderna, uso de medicina tradicional, uso de prácticas modernas y uso de prácticas tradicionales); y atención de las parteras (asistencia perinatal y métodos anticonceptivos).

2.2.1- Diseño de la muestra

A diferencia de las encuestas basadas en muestras probabilísticas, en donde el criterio de selección de los elementos entrevistados es la aplicación de fórmulas probabilísticas, en las encuestas con base en muestreo intencional, la elección de los elementos a considerar surgirán de la experiencia del investigador, de acuerdo a sus objetivos de estudio, las singularidades de sus sujetos de estudio, sus recursos materiales y el pretendido alcance de generalidad que se desee alcanzar. Se espera que en estas muestras dirigidas, se incluyan los casos que resulten lo suficientemente representativos como para describir el comportamiento de la población en conjunto (Hernández, 1991).

Una metodología de muestra intencional que resulta ser de gran utilidad, es la de los expertos en el tema. La opinión de sujetos muy versados sobre un tema en específico, permite afinar hipótesis de índole cualitativa o de manera exploratoria generar materia prima para la elaboración de cuestionarios (Hernández, 1991). Individuos con un gran conocimiento y aptitud para informar sobre las características de un grupo social pueden ofrecer una imagen panorámica del tema particular a investigar (Izcara, 2007).

Para la presente investigación, la muestra de entrevistas incluyó 15 parteras, de entre las 70 registradas en el Instituto del Seguro Social en Querétaro. Se trató que la muestra fuera homogénea al tomar 5 parteras de cada una de las 3 juntas, que tienen lugar bimensualmente, en

tres municipios distintos del Estado (San Juan del Río, Ezequiel Montes y Jalpan de Serra). Las entrevistas fueron realizadas a las parteras o matronas, al ser consideradas las expertas en el tema de la salud reproductiva del medio rural, específicamente al ser ellas las que históricamente han dado atención a la población indígena en sus necesidades de salud en general y salud reproductiva en particular. De igual manera, se les eligió por ser los principales agentes sociales que más interactúan con las mujeres del campo, teniendo mayor acceso a información sobre las relaciones de poder y la lucha de géneros en el núcleo familiar del medio rural.

2.2.2.- Estrategias de reclutamiento de los entrevistados

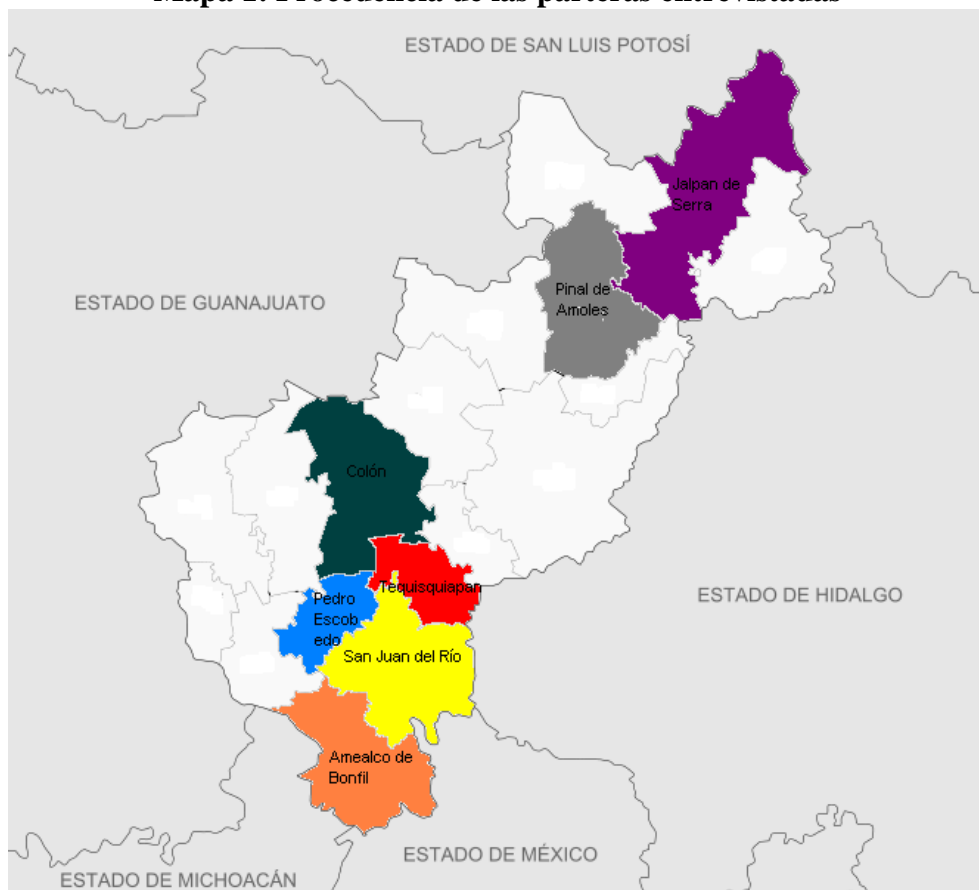
Para realizar las entrevistas, se siguió la siguiente estrategia: se estableció contacto con la enfermera del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) a cargo de coordinar a las parteras del estado de Querétaro, se le explicaron los objetivos de la investigación y se le solicitó apoyo de su parte. Una vez que se contó con su aprobación, se le acompañó a las reuniones bimestrales que se tienen con las parteras en los centros de salud en los municipios de San Juan del Río, Pedro Escobedo y Jalpan de Serra del estado de Querétaro, México.

A principio de las reuniones, la enfermera permitía introducirme al grupo, explicando brevemente la investigación y pidiendo voluntarias para ser entrevistadas. Una vez que se entrevistaba a la primera partera voluntaria, se le pedía a ella que me aconsejara a otra partera a la cual pudiera entrevistar; y nuevamente esta partera entrevistada me recomendaba e introducía a alguna otra partera. En varias ocasiones se presentó el caso de parteras que deseaban ser entrevistadas, aun sin que la partera precedente las recomendara. Por lo tanto, no hubo ningún criterio de selección para el levantamiento de las entrevistas, salvo el de ser parteras del estado de Querétaro y asistir a las juntas en IMSS.

Cabe destacar que se dio acceso a las parteras debido a que se contaba con el apoyo del IMSS, y al hecho de que las parteras están acostumbradas y se les facilita discutir el desempeño de su oficio (o al menos las que están registradas en el Instituto Mexicano del Seguro Social). Las entrevistas fueron llevadas a cabo en las reuniones que se dan periódicamente por parte del IMSS en los municipios de San Juan del Río, Pedro Escobedo y Jalpan de Serra. Se esperó que la muestra fuera representativa de todo el estado de Querétaro, y el criterio para seleccionar a las entrevistadas en cada reunión del IMSS fue aleatorio, por lo que se la procedencia de las parteras fue el siguiente:

Del municipio de Amealco se entrevistó a una partera, de la comunidad de Presa el Tlacote. Del Municipio de Colón se entrevistaron a dos parteras, una de la comunidad de El Blanco, y otra de la cabecera municipal, colonia Centro. De Jalpan de Serra se entrevistó a una partera, de la cabecera municipal, colonia La Cruz. De Pedro Escobedo se entrevistaron a cuatro parteras, tres de la comunidad de la Lira, y una de la comunidad de La Palma. De Pinal de Amoles se entrevistó a 4 parteras, una de la comunidad de El Cantor, otra de la comunidad de Los Pinos, otra de la comunidad de San Isidro Aguacatlán, y otra más de El Alto. De San Juan del Río se entrevistó a una partera de la cabecera municipal, colonia San Pedro Aguacatlán. Finalmente, se entrevistaron a dos parteras del municipio de Tequisquiapan, comunidad de La Fuente.

Mapa 1: Procedencia de las parteras entrevistadas



2.2.3.- Sesgo metodológico

Como se mencionó con anterioridad, las parteras entrevistadas son aquellas que se presentaron a las capacitaciones en el IMSS, por lo que no representan fielmente al universo de las parteras del estado de Querétaro, pues en este estudio no están representadas las parteras que no acuden a asesoría alguna por parte de instituciones del sector salud, y sus prácticas, experiencias y respuestas pueden ser diferentes.

A su vez, se reconoce que la selección de la muestra, de acuerdo a la disposición de las parteras a participar de manera voluntaria, no es representativa en cuanto a dispersión geográfica, pues pueda darse la situación de que individuos de ciertas zonas (cabeceras municipales que estén más familiarizadas en trabajo de grupo y retroalimentación) sean más propensos a ser sujetos de

entrevistas. De la misma manera, la selección de la muestra por recomendación de una partera a otra puede ser aún menos representativa en cuanto a dispersión geográfica, pues las parteras que se recomendaban unas a otras eran porque mantenían entre sí relaciones de parentesco o amistad, por eso mismo, es de esperarse que exista la tendencia a que las parteras relacionadas entre sí mantengan cercanía geográfica.

2.2.4.- Técnicas de recolección de datos

La dinámica para llevar a cabo las entrevistas fue la siguiente: los instrumentos de grabación de datos fueron una grabadora de audio y una cámara fotográfica, ambos, equipos digitales. Se separó a cada una de las parteras de sus juntas a un lugar apartado (de preferencia con sombra, sentados, y sin mucha interferencia de ruido para dar comodidad y facilitar la grabación). Se les hacía una presentación, explicándoles brevemente quién era el entrevistador (en este caso, también el investigador), cuál era el tema de investigación sobre el cual se recababa la información, y cuál era la intención del estudio. También se le explicó a la partera que si algún tema en particular le resultaba incómodo de abordar, no había ningún inconveniente en que optaran por guardar silencio al respecto.

Se llevó un guión de entrevista con temas o preguntas clave. Las preguntas no se preguntaban en un orden predefinido, sino que éstas iban siendo contestadas en el transcurso del diálogo. Más que seguir un esquema de cuestionario pregunta-respuesta, se dio prioridad en mantener una estructura de conversación, en base a fluidez, ritmo y una dirección singular que permitiera darle un sentido claro a la entrevista.

Se trató que las entrevistas duraran 30 minutos cada una. Cuando alguna partera contestaba un tema de manera escueta, se intentaba reformular la pregunta, para que desarrollara la respuesta. Cuando una partera abundaba en un tema acorde a las categorías preestablecidas de la entrevista,

se le dejaba que se expresase tanto como quisiera (al considerarse que de esta manera se podría obtener información no considerada *a priori*). Por el contrario, cuando la entrevistada se salía del tema, se procuraba redirigir la conversación haciéndole alguna otra pregunta del cuestionario. Algunas preguntas del guión de entrevista fueron obviadas¹⁶. Por el contrario, en el desarrollo de las entrevistas surgieron temas no previstos, que eran añadidos al guión de entrevista¹⁷.

Al final, de las 15 entrevistas se obtuvieron 406 minutos de grabación (6 horas con 45 minutos, aproximadamente), dándose en promedio 28 minutos de extensión por entrevista. Las entrevistas más cortas fueron de 11 y 17 minutos, mientras que las más largas duraron 50 y 41 minutos.

2.3.- Encuesta a mujeres indígenas

Esta encuesta se llevó a cabo como el tercer instrumento de recolección de datos empíricos para sondear entre la población femenina indígena del estado de Querétaro las percepciones sobre las relaciones entre los géneros en el núcleo familiar, la salud reproductiva, la fecundidad, la cobertura de salud y el respeto intercultural que se dé en las instituciones de salud oficiales a los usos y costumbres de los indígenas con respecto a lo que se entenderá por bienestar físico y enfermedad.

2.3.1.- Reclutamiento de los entrevistados

Una metodología que resulta de suma utilidad cuando se trabaja con población escondida o con temas difíciles de abordar, es el de “cadena” o “bola de nieve”, que consiste en que alguien de la

¹⁶ Como el caso en que si mencionaba que no se reconocía indígena, no se le preguntaba cual era su grupo étnico o dialecto que hablaba aparte del español.

¹⁷ Como el pago a parteras, si la mujer con pocos hijos tiene mayor calidad de vida o si los hombres se oponían a la salud reproductiva.

comunidad objeto de estudio, permita el acceso a uno o varios sujetos de la comunidad, para que a su vez estos sujetos que accedieron a ser entrevistados permitan el acceso a otros sujetos. Esta metodología permite obtener información de manera rápida, eficaz e intensiva para temas de los cuales es difícil acceder por vías institucionales. La información cuantitativa obtenida no resulta representativa de la población en general, pero sí permite acumular datos cualitativos que explican las características del grupo, a la vez que bosquejan sus posibles tendencias (Acharya, 2009).

El método de “cadena” o “bola de nieve”, permite acceder a una gran cantidad de discursos verbales difíciles de obtener, mediante el empleo de informantes de la comunidad que guían la selección de individuos ricos en información sobre la temática en cuestión. Aunque el número de entrevistados resulte pequeño, se puede llegar rápidamente a un punto de saturación discursiva en cuanto los individuos abordados representen típicamente una de las características del grupo social en extenso. Los individuos ya entrevistados pueden a su vez servir de enlace entre el investigador y nuevos informantes. Así, con la implementación de esta metodología, el número de sujetos informantes puede crecer de manera exponencial (Izcara, 2007).

Debido a que en la presente investigación los temas a tratar estaban relacionados con uso de anticonceptivos, sexualidad, fecundidad y relaciones de género, todos ellos pertenecientes a la vida íntima, y que a su vez todos ellos son temas tabú en la etnia otomí (por estar cargados en su cosmovisión de contenido sobrenatural, no deber de ser expresados de manera verbal en condiciones ordinarias, como las de una entrevista académica), las posibilidades de acceder a esta información resultaba muy reducida a través de las encuestas por muestreo aleatorio, recabadas de manera anónima, inmediata y domiciliaria.

Por ello, más que pretender buscar veracidad y objetividad mediante el diseño de la muestra haciendo uso de formulas *a priori*; se priorizaron las condiciones de la encuesta para que

las informantes pudieran expresar una opinión que muy difícilmente expresan en contextos cotidianos. Por ello, la selección de la muestra no tuvo pretensiones de representación estadística, sino de identificar a las personas que estuviesen dispuestas a expresar verbalmente puntos de vista que son controvertidos dentro de su comunidad a la que pertenecen. Al final, se realizaron 36 encuestas entre las mujeres indígenas del grupo étnico otomí en el estado de Querétaro.

Para ello, se solicitó a dos parteras con las cuales ya se tenía contacto previo, que ellas fueran las que o bien citaran a las mujeres en un lugar y fecha acordada para ser entrevistadas, o bien que hicieran el acompañamiento al investigador para llevar a cabo entrevistas domiciliarias. Así, las parteras fungieron como sujetos iniciadores de la técnica de recolección de información de “bola de nieve”, debido a que ellas representan dentro de las comunidades indígenas, agentes a las cuales las mujeres depositan una gran confianza, sobre todo en materia de salud reproductiva, tema del cual abordo la presente encuesta.

CAPÍTULO III

LOS USOS Y COSTUMBRES REFERENTES A LA SALUD REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES OTOMIES DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS PARTERAS

3.1.- Introducción

En este apartado de la investigación se exponen los resultados del trabajo de campo, de orden cualitativo mediante entrevistas a informantes claves dentro de la comunidad, en este caso parteras, para que dieran sus narraciones sobre el desempeño de su oficio, sus relaciones con otros sanadores e instituciones de salud, y cómo es que ellas identifican las relaciones de género dentro del seno familiar, sobre todo enfatizando la presencia de los indicadores de violencia de género.

Este capítulo cobra relevancia con el cuerpo de la investigación en cuanto que se da respuesta al objetivo específico de identificar a los actores sociales que dan cuenta de usos y costumbres de la población indígena como de la equidad de género. Al ser milenaria la figura de las parteras, se convierten en agentes primordiales dentro de los grupos indígenas que ponen en práctica y reproducen los saberes sobre salud y enfermedad de sus comunidades. En lo concerniente a la salud femenina, la atención al embarazo y al recién nacido, los métodos anticonceptivos y abortivos, las parteras son confidentes y consultoras sobre relaciones de género e incluso juegan el papel de interceder en beneficio de las mujeres ante la comunidad en caso de que la situación lo amerite.

En lo concerniente a la experiencia como partera, se indagó su tiempo de ejercer y el aprendizaje inicial en su oficio para conocer cómo es que se trasmite este tipo de saber sobre salud y enfermedad tradicionales, si tal práctica logra preservarse y sobre la posible existencia de una tras-culturización o hibridación cultural. Al preguntar sobre la motivación para ejercer la

partería, se informó acerca de las necesidades en torno a la salud sentidas por estas actrices sociales. Se vio cómo inquirir sobre el conocimiento de las parteras por parte de la población arrojó información de la magnitud de atención de salud en la población, y las preguntas de las relaciones de las parteras con instituciones de salud tuvieron como finalidad ahondar acerca de cómo éstas se relacionan de manera directa o indirecta con la salud pública oficial.

Las narraciones sobre violencia intrafamiliar dan cuenta sobre la presencia y la intensidad de las inequidades en las relaciones de género en el seno familiar y cómo es que estas agresiones impactan negativamente en la salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas. A partir de ello, se profundizó en cómo los hombres actúan de manera directa para dificultar la salud reproductiva de las mujeres, y cómo las parteras identifican que entre las mujeres los ideales reproductivos están orientados a tener pocos hijos, sobre todo en cuanto esto les permite mayor empoderamiento y calidad de vida. Las parteras revelaron en las entrevistas llevadas a cabo que ellas son promotoras del empoderamiento femenino, aun y cuando en sus propias historias de vida esta oposición al machismo indígena les ha causado muchas vicisitudes y conflictos.

Las parteras describen que en la práctica de su oficio las relaciones de las prácticas tradicionales con las modernas se encuentran entretrejidas, de tal manera que a la par de realizar procedimientos modernos (como el uso de la esterilización, inyecciones, consulta de médicos y enfermeras, canalización a atención gineco-obstetra en caso de complicaciones en el parto, etc.), no pierden su vigencia las prácticas tradicionales (oraciones, masajes, herbolaria, cuarentena, participación de los allegados en el procesos de embarazo y alumbramiento, etc.). Indagando sobre las críticas a la partería por parte del personal de las instituciones de salud, puede observarse que la aceptación de las parteras y las nociones de salud y enfermedad indígenas que ellas representan son a veces aceptadas y a veces rechazadas por el personal de las clínicas y

hospitales oficiales de salud, al parecer dependiendo más de las personalidades que de un consenso institucional.

Como hallazgos más relevantes se puede identificar que las parteras son un elemento indispensable para proporcionar salud sexual y reproductiva en las comunidades indígenas, ya que éstas no sólo cuentan con la confianza de las mujeres para acceder a los detalles más íntimos sobre su corporeidad y relaciones intrafamiliares, sino que en ellas se deposita autoridad suficiente en sus comunidades como para poder influir de manera decidida en la planificación familiar, sobre todo si se contara con el reconocimiento y apoyos necesarios por parte del sector salud.

3.2.- Usos y costumbres indígenas

3.2.1.- *Pertenencia indígena*

Si algo hay en común en prácticamente todas las culturas indígenas, es el poderoso estatus de las parteras dentro de sus comunidades (Paterson y Marshall, 2010). En las comunidades indígenas, las parteras son fundamentales tanto para facilitar el evento biológico del alumbramiento como para la transmisión de valores éticos y morales de una generación a la siguiente (Benoit y Carroll, 2001).

Por lo general, a las parteras indígenas les gusta identificarse a ellas mismas no tanto como “parteras empíricas”¹⁸ sino como “parteras tradicionales”. Este término no resulta fortuito, sino que hace alusión al espacio cultural que ocupan, a su compromiso histórico de preservar su identidad indígena que históricamente fue desdeñado en los tiempos del colonialismo y que aún se resiste a desaparecer en un México contemporáneo urgido de modernización. Incluso desde sus vestimentas, las parteras indígenas muestran un carácter híbrido, pues no es raro que encima

¹⁸ Para diferenciarse de las parteras profesionalizadas de países del primer mundo.

de una vestimenta indígena se pongan una bata médica, demostrando de esta manera que viven en ambos tipos de mundos, sin renunciar a uno por el otro (Davis-Floyd, 2001).

En las entrevistas llevadas a cabo, solamente en un caso se presentó una partera que se reconocía a sí misma como indígena y la comunidad a la que pertenecía era eminentemente indígena. Sin embargo, reconoce que no entiende del todo el lenguaje otomí, ni practica todas las manifestaciones culturales de su etnia (como el uso de la vestimenta tradicional), así lo indica de la siguiente manera:

Pero hay más indígenas que como nosotros... que como yo. Porque yo me considero indígena... pero un poquito ya más “civilizada”. Yo ya no me visto de indígena, ya no me gusta.

Históricamente, las mujeres indígenas son las que acuden más con las parteras por cuatro razones: 1- Pertenecen a la misma comunidad, así que conocen sus condiciones de vida y las contradicciones de su entorno social; 2- Pertenecen a la misma cultura, así que sus prácticas corresponden al mismo universo de significados y a las normas de organización social comunitaria; 3- La atención que proporcionan es pronta y calurosa; 4- La condición de las parteras como mujeres les da un lugar privilegiado para conocer las necesidades de salud de las mujeres indígenas (Torres, 2004). Las parteras han acompañado a la población indígena desde tiempos prehispánicos, y a pesar de que aún persisten en sus prácticas distintos elementos simbólicos propios de la cosmovisión indígena, éstas han sabido incorporar elementos de la medicina moderna, en un dinamismo pragmático siempre en movimiento. Si bien en sus prácticas hay cierto olvido, extravío y conversión de los conocimientos tradicionales, sólo se pierden los elementos secundarios, conservando lo primario, lo distintivo, lo diferencial (Gómez, 2000).

La gran mayoría de las parteras no son indígenas (sólo 2 de las entrevistadas se reconocen como tal), pero reconocen que llegan a atender con frecuencia a indígenas de comunidades retiradas. Destacan las parteras mestizas que las mujeres indígenas que tienen conocimientos de salud reproductiva son casi nulos:

Sí. Si llegan ahí con nosotros personas indígenas, personas que no tienen nada de... que no están preparados para nada de su embarazo, desde cómo amamantar a sus hijos. Nada más porque se embarazaron, pero no saben nada. Entonces todo esto nosotros se lo tenemos que explicar cómo parteras.

Con respecto a números, la Secretaría de Salud en el 2000 reconoce la existencia de 22,000 parteras que atendieron en ese año a alrededor de 370 mil mujeres. La encuesta Nacional de Dinámica Demográfica levantada por el Consejo Nacional de Población y Vivienda en 1997 nos muestra que aproximadamente el 25% de los nacimientos en el país son atendidos por parteras, en donde en comunidades menores a 2,500 habitantes, el 45% de los alumbramientos son asistidos por parteras, e incluso, en comunidades con mayor población, de 2,500 a 20,000 habitantes, las parteras ofrecen atención al 24% de la población (Torres, 2004).

Datos más recientes indican que la Secretaría de Salud tiene registradas en México nueve mil cuatrocientos cincuenta y siete parteras activas, mientras que las parteras capacitadas son seis mil novecientos noventa personas. La presencia de las parteras en la república se distribuye de manera bastante irregular, puesto que mientras en Chiapas hay dos mil trescientos sesenta y cuatro parteras activas y en Tabasco hay mil ciento veintiún parteras activas, en entidades federativas mucho más habitadas como el Distrito Federal, Nuevo León y Jalisco sólo hay un puñado de parteras activas (siete, dos y treinta y siete, respectivamente). Concretamente, en el

estado de Querétaro se tiene conocimiento institucional de cuarenta y un parteras activas y cuarenta registradas (Ocampo, 2012).

Un primer aspecto que destacan las parteras mestizas, es que se les dificulta expresarse con las mujeres indígenas, pues éstas hablan muy poco el español.

Sí. Hay mucha gente que se les dificulta, a lo mejor no son otomíes o indígenas, pero les cuesta darse a entender o expresarse.

Algo que de inmediato sale a relucir cuando se observa el tipo de atención materno-infantil de las mujeres indígenas, es que éstas son atendidas en un porcentaje mucho mayor por parteras al de las mujeres mestizas. Esto en gran parte es explicado por las características de las zonas en donde habita la población indígena, generalmente con marginación económica, escasez general de servicios, geografía escarpada, de difícil acceso y a grandes distancias de áreas más pobladas, lo que ocasiona que haya poca cobertura por parte de la medicina moderna occidental (Secretaría de Salud, 1994).

A diferencia de lo citado en la literatura, en el caso concreto del estado de Querétaro, siendo que 13 de 15 parteras tienen contacto con indígenas, se presentaron dos parteras que afirman que no han tenido contacto con la población indígena:

No. Todos somos pura ranchería, pero indígenas no. Eso es para otro lado, eso es para la sierra, para acá. Por acá no hay nada de eso.

3.2.2.- Experiencia como partera

3.2.2.1.- Tiempo de ejercer la partería

En relación con la edad de las parteras, un censo levantado en 1994 nos indica que la experiencia de éstas en su oficio suele ser amplia: el 60% de ellas tiene 16 o más años ejerciendo; el 15% practica de 11 a 15 años; otro 15% de ellas es partera de 6 a 10 años; y sólo un 10% de ellas tiene 5 o menos años de atención a las madres y recién nacidos (Secretaría de Salud, 1994).

La gran mayoría de las parteras es de edad avanzada, por lo que llevan atendiendo en promedio alrededor de 25 años:

Entonces yo hice todo lo posible por aliviarme yo sola por primera vez, que ahorita mi hija, la mayor ya tiene cuarenta y un años.

Por lo general, comienzan a muy temprana edad su aprendizaje como partera de varias formas: siendo ellas ayudantes de sus madres cuando aún son niñas; siendo ayudantes de otras parteras en la adolescencia; o bien aprenden el oficio de la partería con su propio primer parto:

Bueno ¿Ya que estoy aquí así de lleno? Unos...doce años. Pero yo ya tenía aquí más tiempo viniendo aquí con mi mamá. Sí, yo le ayudaba con los partos y eso. Fue desde muy chica, desde los diez o doce años.

3.2.2.2.- Motivación para ejercer la partería

Para una partera, el ayudar a otra mujer a dar a luz es un acto de solidaridad. Entre mujeres se crea un vínculo de empatía en el alumbramiento tal, que la partera recuerda sus propios partos, reviviendo en carne propia los dolores de la mujer a la que está ayudando a parir. Desde el comienzo, el ayudar a otra mujer en su proceso de embarazo es entendido como una reafirmación de los valores espirituales de la mujer. Al crear nexos de empatía, las parteras le preguntan a la

nueva madre cuáles son sus sentimientos, cómo quiere tener su hijo, que necesita para estar cómoda o si desea que alguien en especial la acompañe en el momento del parto. A la partera le gusta asistir a otras mujeres a dar a luz, puesto que a toda mujer el parto es una actividad muy emocionante, en cuanto permite al cuerpo de la mujer expresarse de una manera muy íntima (Cruz, 1999).

Una motivación que frecuentemente mencionaron las parteras, es la satisfacción personal de contribuir para dar vida a un nuevo ser:

Me motivé más que nada porque es bien bonito ver nacer a un niño. Es una satisfacción muy grande el ayudar a traer una nueva vida.

Los motivos por los que mujeres indígenas practican la actividad de la partería son muy diversos. Uno muy mencionado es el de aquellas que a falta de asistencia médica oportuna se vieron en la necesidad de practicar un parto, sin conocimiento previo, ya sea ayudando a alguna vecina, a alguna pariente, o a ellas mismas a dar a luz. Otra razón es que se convierten en aprendices de otra partera, comenzando en ayudar a asistir a la partera que la instruye, para después sustituir a su mentora una vez que ésta ya tiene una edad muy avanzada como para ejercer su oficio (Pelcastre, 2005).

En dos ocasiones de las quince entrevistas realizadas, las parteras afirmaron que se inclinaron a ser parteras exclusivamente por necesidad, faltándole a ellas mismas quien las asistiera durante el parto. Así que en repetidas ocasiones no tuvieron más opción más que ser parteras de sus propios alumbramientos:

Pues me motivó porque cuando yo me alivié de mi bebé no aprendí con nadie. Yo aprendí sola. Una señora del rancho me atendió de mis hijos, pero estaba de una comunidad a otra, de una comunidad a otra, y en la noche me ponía mal y estaba yo solitita, nada más con mis hijos, entonces ¿A quién mando? Nadie a quien mandar a traerla.

Muchas veces, las mujeres se sienten motivadas a ser parteras porque consideran que hay un vacío en su comunidad de atención a las mujeres en el momento del alumbramiento. Es decir, las mujeres de una comunidad pequeña recurren a una partera de una comunidad más grande que se encuentra geográficamente retirada, y por ello resulta difícil acceder a esa partera, y la necesidad de una comunidad sin parteras locales hace que lo mujer que desee ejercer esa profesión sea bien recibida:

Lo que pasa es que yo viví unas experiencias muy tristes, entonces ahí me nació el gusto de darle más atención a la humanidad. Porque mire, cuando yo era chiquita andábamos nosotros segando el campo, el zacate, con una hoz, el instrumento que usamos para eso. Entonces llegó con nosotros una señora embarazada, y se le ofreció justamente en ese momento tener su bebé en tiempo de cosecha, justamente en el mes de diciembre, y como lo hacían nuestros antepasados, nos fuimos a un ranchito que estaba por ahí cerca. Entonces le cortaron el cordón umbilical con la misma hoz. No había de otra. No había carretera, no había médicos, no había nada. Había una carretera pero estaba muy lejos. Entonces yo me quedé observando, y pensé “Yo creo que esto no es nada difícil”, pero yo en lugar de cortar el cordón umbilical con una hoz y todo eso... ¡Ah! Y cosieron el cordón umbilical con hilo de costal de maíz (el niño no se murió, el niño está sano, ya está crecido). Entonces de ahí yo me motivé a... Pensé “no, los niños deben de estar bien cuidados”. Por lo menos que los niños deben de estar bien tapados, Por lo menos yo

entiendo a las mujeres en su pobre casa en una mesita, en una tablita así como ésta, pero por lo menos con sábanas limpias. Eso fue lo que me motivó a dar mejor atención a mi gente.

1.2.2.3.- Aprendizaje inicial de la partería

La manera tradicional en que las poblaciones indígenas transmiten sus conocimientos y habilidades de una generación a la otra es mediante el sistema de enseñanza maestro- aprendiz (NAHO, 2004). Algunos autores señalan que este modelo de aprendizaje es el más indicado para formar parteras indígenas, pues cuenta con un ideal de continuidad en el cuidado que hasta ahora ningún otro programa de capacitación ha podido emular (NAHO, 2006). Se ha comprobado que este tipo de educación resulta ser de los más exitosos, pues el aprendizaje se logra en la experimentación, no es intervencionista, el acercamiento se logra mediante la confianza personalizada al mentor, se logra comunicar conocimientos y habilidades intuitivas, y se transmiten los valores que el gremio en específico sustenta (Davis-Floyd, 2003).

Las parteras aprenden su oficio por fuentes muy diversas. Por lo general, la partería se aprende como herencia de madres a hijas:

Si, yo le ayudaba con los partos y eso. Fue desde muy chica, desde los diez o doce años.

Mi mamá es partera, ella tiene 35 años en esto.

Por lo general, las parteras en pequeñas comunidades comienzan atendiendo partos de sus propios familiares, presenciando como su madre, sus tías o sus cuñadas tienen sus propios hijos (Sharpe, 2004). Las aprendices comienzan su entrenamiento asistiendo a las parteras maestras en

labores menores, como limpiando la ropa ensuciada por las labores del parto, calentando el agua necesaria para bañar a la mujer después del parto, o haciéndose cargo de cuidar al recién nacido. Eventualmente, se le permitirá a la novicia hacer visitas de manera individual a las mujeres en situación anterior al parto y postparto, siendo la matrona maestra la que tomará el control durante el parto. Finalmente, cuando la partera maestra se encuentre sobrecargada de trabajo, permitirá a su novicia atender partos por sí sola, ganándose poco a poco de esta manera su propia clientela y su reputación dentro de la comunidad por sus habilidades en su oficio y sustituyendo gradualmente a la partera de la generación antecesora (Benoit, 1989).

Como la mayoría de los oficios tradicionales, la partería suele ser una actividad que se hereda, y la motivación para ser partera se basa en continuar la línea familiar:

Porque mi mamá es partera. Mi abuelita era partera, y mi mamá era partera, y yo estudié enfermería.

La manera en que los curanderos tradicionales apropian e intercambian sus conocimientos varía de manera significativa dependiendo de cada grupo étnico. Por un lado, existen grupos que establecen en riguroso secreto sobre las técnicas de curación y las propiedades medicinales de los productos naturales con los cuales trabajan, requiriendo un selectivo proceso de iniciación religioso para acceder a estos conocimientos. Otros grupos indígenas consideran que el saber de salud es una propiedad de los curanderos, y estos pueden monopolizar este saber o venderlo como mercancía, a la manera en que en occidente se establecen derechos de propiedad intelectual (Correa, 2002). Por lo general, estos grupos resultan sumamente cautelosos para revelar los secretos de su oficio, e incluso no revelan ni a sus clientes ni a profesionistas los compuestos de sus bálsamos o infusiones curativas (Secretaría de Salud, 1994).

En ocasiones, cuando una partera no tiene hijas o no encuentra entre su progenie alguien que desee continuar su oficio, busca una ayudante que la auxilie y aprendiz al cual encargarle la responsabilidad de traer niños al mundo, esto una vez que la partera esté demasiado mayor de edad como para seguir ejerciendo:

Yo me motivé para ser partera porque yo iba con otra partera que ya estaba demasiado grande, se llamaba Margarita, entonces ella me decía “No seas malita, yo no puedo inyectar, ve a ponerle una inyección a esta fulana para que se alivie”, y yo le decía “Sí señora”. Entonces esta señora fuera de día o fuera de noche, iba a mi casa y me decía “No seas mala, ve a aplicarme esta inyección”. Entonces ya. Cuando me fueron a hablar me dice el esposo de la señora “Señora, yo vengo a decirle que me dijo Doña Margarita que usted va a atender a mi esposa que se va a aliviar, me dijo que le avisara”, y yo le dije “Sí voy a ir”, y fui. Ya fui, atendí el parto y todo, me salió muy bien. Y de ahí empecé atendiendo mis propios partos, y ya me seguí atendiendo mis propios partos.

El saber de la partera es transmitido usualmente en el seno familiar por vía oral a la generación alterna, directa, o a través de un pariente paralelo, y se le considera a la partera tradicional que ha completado su ciclo de formación una vez que ha obtenido suficiente observación y práctica en los años de asistencia de una partera experimentada (Zolla, 1994). Por otro lado, muchas mujeres empezaron a atender partos solas, atendiendo a vecinas, familiares o a sí mismas, creando con el tiempo un gremio con su propia tradición en creencias y prácticas (Cruz, 1999).

Si la madre no le enseña a la hija a ser partera por algún motivo, puede recurrir a alguna otra pariente, como la nuera:

Sobre la práctica. Le aprendí de mi suegra que es partera. Desde principio no había quien le ayudara, y entonces agarró y me dijo “Ven a ayudarme”, entonces ya agarré, fui y le empecé a ayudar, y le dije “¿Sabes qué? Esto me gusta”, y ya fue cuando me dijo “Vente, vamos, te voy a enseñar”. Entonces he venido y continuamente nos están capacitando.

De acuerdo la clasificación de la Secretaría de Salud, se pueden identificar cuatro tipos de parteras de acuerdo a sus fuentes de aprendizaje: las parteras de zonas rurales e indígenas, que desarrollan sus habilidades en la suma de experiencia práctica y tradiciones y ritos ancestrales; las mismas parteras indígenas que surgen del medio rural pero que emigran a las ciudades¹⁹ y su saber se ve reforzado por una ecléctica asimilación de la medicina moderna, con una práctica con un alto grado de improvisación; Parteras tradicionales que se encuentran conectadas a instituciones de salud, y reciben constantemente capacitaciones, actualizaciones y evaluaciones de su desempeño; y finalmente, mujeres que reciben conocimientos de medicina moderna (parteras y doctoras), pero se adentran en el medio rural e indígena, se aíslan de las instituciones de salud y con el tiempo sus conocimientos se encuentran deteriorados o deformados (Secretaría de Salud, 1994).

También algunas mujeres aprenden el oficio de la partería en su desempeño en instituciones del sector salud, siendo ellas enfermeras tituladas o auxiliares empíricas de médicos obstetras:

Primero aprendí de un médico particular. Me fui a trabajar con él cuando tenía yo dieciséis años, y ya de ahí le aprendí más o menos, más o menos. Y ya cuando tenía como

¹⁹ Por lo general en condiciones de marginación, en asentamientos irregulares en las periferias del área urbana.

veinte y tres años me fui a un sanatorio a trabajar con las monjitas. ¡Ándele! No si yo no soy titulada, pero conocí la medicina como si me hubiera titulado. Me conoció mi esposo y ya me trajo para el rancho. De ahí me sacó mi esposo, del sanatorio. Y luego me dijo ¿Te quieres casar conmigo? No pues que sí. Me enamoré de él y nos fuimos. Después a los ocho días de estar yo con mi marido ahí en la comunidad de La Lira, fue una señora que se estaba aliviando y no encontraron un médico, era un domingo ¡No pues ahí va Mónica! ¡Y atendió el parto re bonito! Y de ahí ya me hice famosa. Y es que ellos decían “Ella ya trabajó en un sanatorio, de ahí fui partera.

De estos cuatro grupos presentados, los más representativos lo componen el de las parteras tradicionales que no han recibido capacitaciones y permanecen en el medio rural e indígena y el de parteras que han recibido cursos de capacitación. En relación a indicadores, obtenemos que las parteras tradicionales sin capacitación suelen ser las de mayor edad, de zonas indígenas y de alto grado de marginalidad, siendo 25.5% para 1990 las que se encuentran en esta situación; mientras que las parteras capacitadas son las más jóvenes, de zonas étnicamente mestizas y con un grado de marginación no tan acentuado, representan la mayoría con el 59.3% (Secretaría de Salud, 1994). Otras cifras más actualizadas a nivel nacional sobre las características de aprendizaje de las parteras tradicionales indígenas son: 45% son autodidactas; 22% aprendieron de algún familiar; 13% de otra partera y 20% mediante cursos de capacitación²⁰ (Torres, 2004).

Incluso hay mujeres que aprenden su oficio de la partería de manera autodidacta, siendo que sólo la necesidad y una mente deductiva les sirvieron de guías:

²⁰ Dentro de este grupo, el 75% fue capacitada por médicos titulados, 10% por alguna enfermera y 15% por otra partera certificada por alguna institución de salud.

Yo miraba cuando le mochaba al cordón umbilical, ella le mochaba así tres dedos, y yo le mochaba cuatro, le dejaba cuatro de ombliguito para que no me fuera a fallar. Pues así me agarré y así le seguí haciendo, y la enfermera esa que le digo pensaba que yo no sabía, y si sabía, porque si no supiera le cortaría poquito del ombligo, Y más vale que sobre a que falte.

Aparte de los cursos proporcionados por las instituciones de salud, las parteras recientemente cuentan con centros en donde se imparte de manera formal la enseñanza de la partería. El primero de estos centros fue CASA, que en San Miguel de Allende, Guanajuato, a partir de 1981 imparte un sistema semi-escolarizado a nivel profesional de partería. En Oaxaca a partir de 2002 se cuenta con la Escuela de Parteras Tradicionales “Luna Nueva”, con un curso técnico de dos años, con cinco encuentros mensuales y seguimiento de su desempeño en la comunidad de origen. Finalmente, en Chiapas existen dos centros (Comitán y San Cristóbal de las Casas) del Centro de Iniciación Luna Maya, en donde se da asesoría a las mujeres que deseen atender partos de manera domiciliaria (Torres, 2004).

También las parteras se forman por las convocatorias gubernamentales que se han abierto a la población durante las campañas de planificación familiar. Destaca el hecho de que para algunas mujeres dedicarse a la atención a la salud ha significado tener que confrontarse al patriarcado de sus comunidades:

Mire, yo me interesé porque en el setenta y siete llegó un programa a los comisariados, del cual yo lloré, le tuve que llorar a mi papá para que me llevara al comisariado. Le tuve que llorar, porque mi papá era machista. “Para las mujeres no hay educación”, “Las mujeres en la cocina, “Para las mujeres nada de letras ni de nada”. Yo le lloré a mi padre en paz descanse. Porque pidieron en el comisariado cuatro mujeres. Pero en el

sesenta y siete, para no hacérsela tan larga, llegó un programa que tenía que haber una promotora de salud por cada comunidad, por eso de la planificación familiar. Yo le vi a mi papá la documentación en la mesa, y yo le dije que a mí me interesaba “No se debe de meter en mis asuntos”, pero como yo vi que decía “S.A.”, me di cuenta que era de salubridad, es de salud. Entonces yo sabía que querían cuatro y no las habían encontrado a todas, entonces yo le lloré a mi papá. Sí. “Yo quiero aprender algo papá, yo quiero ser alguien en la vida”, “No, tú no tienes por qué aprender nada”, “¡Pero yo quiero ser alguien en la vida! Denme la oportunidad de ayudarle a la gente”. Pues como no encontraron a otra, me llevaron a mí.

3.2.2.4.- Capacitaciones por parte de Institutos del sector salud

Los servicios estatales de salud registran en 2005 que de las 18,233 parteras que se tienen registradas, 9,869 de ellas ha recibido algún programa de capacitación. Concretamente en el estado de Querétaro, los datos oficiales arrojan que todas las parteras registradas en instituciones de salud (83) han recibido en algún momento cursos de capacitación (Torres, 2004).

Debido a que la presente investigación se llevó a cabo con las parteras que tomaban curso dentro de las instalaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social, obviamente todas y cada una de ellas tenía experiencia en capacitaciones por instituciones de salud. El resultado es que el grupo entrevistado en este punto en particular no resulta representativo de la población en general de parteras. Sin embargo, lo que sí se puede observar es que dentro del grupo de las parteras que sí han contado con capacitación, existen diversos niveles de adiestramiento. Por un lado, se encuentran las parteras a las cuales su capacitación es poca y muy esporádica:

Estaba yo en la escuela cuando tenía catorce años, y nos visitó una gringa de Estados Unidos, esa gringa se metió a dar pláticas ahí y yo como que me interesaba lo que ella

decía, como una sola se checaba y se revisaba ¡Y yo chamaca! Y ya cuando llegó mi parto, yo me buscaba la cabeza del chamaco para ver en donde la traía.

Se reconoce que en la actualidad hay una carencia de programas que permitan a las parteras tradicionales obtener una certificación que les avale ser incluidas dentro del sistema de salud. Lo ideal es que estas certificaciones no sólo se enfoquen en los requisitos obstétricos del parto, sino que también sean respetuosas e inclusivas de las prácticas de salud indígenas (Chansonneuve, 2005).

Otro grupo está representado por parteras que acuden a capacitaciones de manera regular, pero dichas asesorías consisten en sesiones de unas cuantas horas:

Después aconteció que nos iban a dar una capacitación. Yo estuve aquí en diciembre cuando nos dieron la capacitación. En otra ocasión nos dieron otra capacitación allá en el auditorio, y luego nos dieron otra allá en mi comunidad El Alto, y así, ya después espaciadas. Pero como yo tengo como siete u ocho diplomas en los que he estado participando.

En lo que va del siglo XXI se han realizado varias acciones para facilitar la capacitación y el interés de las parteras para contar con un adiestramiento formal en materia de atención al parto. Una de las acciones más significativas fue la aprobación de la Norma de Competencias Laborales para la certificación de parteras tradicionales en el 2002, en donde si la partera resulta aprobada en un examen práctico de lo que hay que hacer en el momento de atender a la madre y al niño en el parto, se le otorga un certificado técnico que les permite a las parteras ejercer de oficio con prestaciones de ley en las clínicas multiculturales que existen en los estados del sur de la

república (Torres, 2004). Otras parteras han recibido instrucción formal durante uno o más semestres:

Ya después se dijo que iba a haber una capacitación en Cadereyta y esa fue de un año, y ya después fue en Querétaro, y esa fue de un mes.

Otra de las acciones emprendidas para dar mayor y mejor atención de salud a las mujeres embarazadas, fue la emprendida por el Estado Veracruzano y el Voluntariado veracruzano, que a través de un curso de 120 horas se les brindó capacitación a las parteras y se permitió que éstas interactuaran con los médicos y enfermeras en los hospitales, permitiendo que tanto los representantes de la medicina tradicional como de la moderna se conocieran y establecieran cauces de comunicación efectivos. Finalmente, la Organización No Gubernamental TICME se dedica a promover la partería y a dar cursos de capacitación, mediante actividades como: creación de materiales audiovisuales, talleres de capacitación, publicación de boletín “Conversando con parteras”, y la integración de las parteras y simpatizantes de la partería a una red internacional (Torres, 2004).

Hay casos de parteras que después de ejercer de manera empírica, se gradúan como profesionales de la salud:

Entonces hubo una investigación por parte del seguro, que daba capacitación las señoras para quien quisiera ser enfermera ¡Uy! Y entonces yo empecé, y me gusta mucho. Después yo tomé dos años de enfermería, pero eso fue ya en Querétaro, yo ya de vieja. Entonces ya de mejor suerte, doy la mejor atención que se pueda.

Lo que se tiene planeado en un futuro próximo, es desarrollar un programa de acreditación a nivel nacional en México que emule el actual programa de certificación a parteras tradicionales en operación en Estados Unidos y en Canadá, en donde los requisitos son: autoevaluación, inspección del desempeño por parte de un comité externo, someter a revisión el currículo por parte de un Colegio de Parteras y una vez que se obtiene dicha acreditación, mantener la vigencia de éste mediante la repetición del proceso de acreditación cada cinco años. Finalmente, cabe destacar que se espera que los 4 modelos de aprendizaje (tradicional, certificación, vocacional y universitario) no sean exclusivos entre ellos, haciendo que las parteras deseen mejorar sus conocimientos y habilidades, desplazándose de su formación primaria a una alternativa, ya bien sea que una partera certificada obtenga su capacitación vocacional o que una partera universitaria se forme en comunidad mediante el sistema maestro-aprendiz tradicional²¹ (NAHO, 2006).

Incluso llega suceder que profesionales de la salud, después de graduarse, han ejercido principalmente como parteras:

Yo estudié enfermería. En ese tiempo salí de la escuela, y me dicen “¿Qué crees? Hay un curso de partos. Y yo nunca había tenido ningún parto, yo había salido de la escuela y pues...bueno, aquí me vine a especializar. Así.

²¹ Sin embargo, varios autores dan señales de alarma sobre las competencias y cursos de capacitación implementados con las parteras. Por un lado, estos cursos y competencias requieren una considerable cantidad de tiempo, esfuerzo y dinero por parte de las parteras, recursos que no están disponibles en las parteras provenientes de las zonas más marginadas del país. Si se llegara a establecer esta formación y certificaciones como obligatorias para ejercer el oficio de la partería, se crearían una élite de parteras que contara con todos los beneficios, mientras que la mayoría se quedaría sin representación alguna (Davis-Floyd, 2001).

3.2.2.5.- Facilidad de acceso a las parteras por parte de la población

La elección de la mujer del tipo de terapeuta que atenderá su parto es influida por la imagen que esta mujer se conforma en su entorno social, pues antes que nada, el médico, enfermera o partera es intérprete de la ideología de su referente cultural (Gómez, 2000).

Por lo general, a las parteras las conoce la población por recomendación de otras personas. Sus actividades son reconocidas no sólo en la comunidad de residencia de la partera, sino también de poblados aledaños:

¡Seguido! Van de la misma comunidad y de otras comunidades. Me solicitan bastante. Ajá. Ellas mismas nos recomiendan. Pues yo ahorita como partera estoy muy contenta, estoy muy a gusto, más cuando en la calle alguien me dice “¡Doña Rosa!, ya la gente me dice Doña Rosa, o la gente me dice señora.

Para las mujeres indígenas que viven en comunidades rurales el acceso a los hospitales y los centros de salud es un problema frecuente, en cuanto las comunidades indígenas se suelen estar conectadas por caminos tortuosos²² y en donde el recorrido toma una o dos horas. Estas situaciones hacen sumamente problemático el traslado de la madre a la atención médica moderna en el momento de dar a luz (Pelcastre, 2005). Es por ello que la atención de la partera en el seno del hogar resulta muy oportuno, en 51.3% se realizan de esta manera, siendo el porcentaje restante llevado a cabo en casa de la partera, que en la gran mayoría de los casos su ubicación dentro de la misma comunidad hace que se pueda acceder incluso a pie, sin necesidad de transporte alguno (Secretaría de Salud, 1994).

²² Que incluso se vuelven intransitables cuando hay mal clima.

Por diversos motivos, una gran cantidad de gente sigue prefiriendo los servicios de la partería, aun cuando se cuente con la opción de la medicina moderna:

De otros pueblitos más retirados llegan ahí, por ejemplo bajan de Santa Isabel, Del Coto, de Arcila, con pueblitos digamos más alejados y son los que buscan a las parteras, porque en esos pueblos todavía hay muchos hombres que temen llevar a sus mujeres a una clínica para que no las revise un doctor hombre. No. Por lo regular todavía muchos hombres tienen la idea de que “No, a mi mujer no la puede ver ningún doctor, si no es con partera, no tiene nada”.

A pesar de los constantes esfuerzos institucionales y privados por acaparar la atención del parto, existe una gran cantidad de mujeres que prefieren solicitar los servicios de las parteras para dar a luz. Dicha demanda pareciera no desaparecer, debido en gran parte a que, a diferencia de los servicios modernos ofrecidos en hospitales en los que se privilegia el trato a los pacientes con racionalidad y eficiencia, la atención de la partera tradicional es personalizada y cálida (Secretaría de Salud, 1994). Las parteras indígenas acuden a la casa de la mujer embarazada, hablan su mismo idioma, comparten la misma cultura, tienen un trato cálido y, en resumen, ofrecen una atención de primera calidad a las mujeres del campo indígenas. Al estar inmersas en el mismo medio cultural que el de sus pacientes, las parteras son más sensibles a los problemas de las mujeres de desigualdad social, pobreza económica, discriminación racial e inequidad de género. En la práctica, las parteras no sólo asisten al alumbramiento como un hecho fisiológico, sino que fungen por la autodeterminación de los pueblos indígenas, defienden los derechos humanos y propician la equidad entre los hombres y las mujeres (Galanta, 2010).

La atención de las parteras hasta cierto punto entra en competencia con las clínicas o la atención médica formal, siendo que cuando hay una buena cobertura de asistencia médica a la población por medio de los institutos de salud (o medicina particular), el número de parteras tiende a disminuir:

Pero como yo vivo en la mera cabecera de Colón, tengo pocos partos, porque la mayoría corren al centro de salud. Haga de cuenta que, por ejemplo, aquí está el Seguro, y mi hija vive aquí a la vuelta ¿Si? Entonces digamos que yo estoy como a unas cuatro o cinco cuadras, más o menos como a unas cinco cuadras del centro de salud, entonces yo como que no tengo mucha gente.

Es importante señalar que la Iniciativa para la Maternidad Segura incluso recomienda la seguridad del parto dentro de la casa, siempre y cuando se cuente con la alternativa de tener disponible un transporte para que en casos de emergencia, la madre pueda ser trasladada al hospital más cercano. Sin embargo, estadísticamente está demostrado que estos casos de emergencia en los que la madre requiera ser intervenida fuera de su domicilio son escasos, pues en el 92% se tienen partos exitosos dentro del hogar. El 6% de los casos en donde se requiere de manera precautoria la intervención de un ginecólogo, es cuando se retiene la placenta, cuando hay mucosidad en el fluido amniótico, o algún tipo de fallo en el progreso de la labor. Sólo en un 2% de los casos que son atendidos por las parteras, la mujer debe de ser hospitalizada porque está amenazada su vida (Davis-Floyd, 2003).

3.2.3.- Relación de las parteras con otros sanadores e instituciones de salud

3.2.3.1.- Auxilio por parte de médicos y enfermeras

En cursos de capacitación por parte de instituciones sanitarias, se les hace de conocimiento a las parteras que deben primero identificar si una mujer está encinta²³, computar la fecha probable del nacimiento y antes de cualquier otra visita por parte de la partera, éstas deben de orientar a la mujer a que las revise un médico. La partera tiene la obligación de pedirle a la madre ser revisada en un hospital o clínica por personal médico, y sólo hasta después de un detenido examen médico²⁴ si se considera que la embarazada y su producto no corren riesgos, es que la partera podrá asistir a la madre. La parturienta sólo podrá atender a la mujer si la evaluación lo permite. Si no hay médicos en la localidad, la partera tiene la obligación de acompañar a la madre a la clínica u hospital más cercano para que le hagan los estudios correspondientes. Las parteras tienen la gravísima responsabilidad de una posible muerte de una mujer por no re-emيتها oportunamente a un ginecólogo. Las parteras sólo deben de atender partos normales, es decir, aquellos en los que la madre se encuentra en buena salud y los partos que no son difíciles²⁵ (Jones, 1978).

Muchas parteras incluso en la atención prenatal sugieren a la madre que sea atendida tanto por ellas como por un ginecólogo:

Y ya. Nada más que hace años para acá que entró lo de Oportunidades se van al médico,

Y también nosotros les decimos “Mira, yo te voy a checar tu embarazo, pero cuando tú te alivies, tú vas a ir al médico. Vienes conmigo a chocarte y también vas a ir al médico”.

Lo primero que hacemos es recomendarles su inyección, o nosotras mismas las llevamos

²³ Suspensión de la menstruación, cambio en tamaño y sensibilidad de los pezones, náuseas, vientre endurecido, principalmente.

²⁴ Tomado de temperatura, medidas, tomado de peso, examinado de pulmones, examinado del abdomen, muestra de sangre intravenosa, prueba de hemoglobina, análisis de orina, ultrasonido, rayos x y demás.

²⁵ Sietemesinos, gemelos, madres menores de edad o mayores de 40 años, fetos con malformaciones, fetos muertos, mala posición del feto, por destacar algunos casos.

al médico porque muchas de ellas no quieren ir. Para estar seguras de que lleven su control correctamente.

Al respecto, un estudio estadístico llevado a cabo por parte de la Secretaría de Salud, sacó a la luz que las parteras que remiten a las mujeres con los médicos, lo hacen en un 41.7% en caso de embarazo, en caso de complicaciones en el parto lo hacen en un 44.8%, y 40.7% para que den atención a los recién nacidos. Al parecer, el factor que más influye para que las parteras manden a las mujeres a revisión médica, es el de la accesibilidad en el traslado, y si los medios de transporte hacen que la revisión por parte del médico requiera un viaje mayor a una hora, es muy posible que la partera no solicite a la mujer esta revisión (Secretaría de Salud, 1994).

En un primer momento, las parteras no desean atender partos de gemelos, con el cordón umbilical enredado o donde el bebé venga de nalgas, y prefieren remitir esos casos a los médicos que ellas conocen y respetan (Davis-Floyd, 2001). Sin embargo, las circunstancias de su práctica²⁶ y su código ético de atender a cualquier mujer a la que su salud esté en peligro, en los hechos hacen que las parteras con frecuencia atiendan partos de alto riesgo e ignoran los protocolos que les han enseñado las instituciones sanitarias (Davis-Floyd, 2003).

Todas las parteras mencionaron auxiliarse de la atención médica formal. Según sus declaraciones, las parteras atienden sólo los casos sin complicaciones; cuando detectan dificultades prefieren remitir a las mujeres a clínicas u hospitales:

A veces un parto se complica cuando se viene la placenta previa, cuando se llega a voltear, o que se viene primero los pies. Hay muchas cosas, por eso hay que saber

²⁶ Mujeres que llegan a ser atendidas a parto sin ningún chequeo previo y sin tiempo para ser trasladadas a un hospital.

primero muy bien cómo viene el bebé. Si va a nacer normal o si hay que trasladarlo a la clínica.

Para los casos en que sea necesario ir al hospital, es importante tener claro que la partera no debe de abandonar a la madre porque debe darle a la mujer apoyo emocional y poder comunicar su diagnóstico al ginecólogo. En los casos de emergencia donde el parto requiera hacer uso de transporte, hay que tener presente que el más utilizado en las comunidades indígenas es el automóvil o camioneta particular (82.7%), siendo el otro restante por medio de autobús colectivo, por medio de animal o a pie. Cabe destacar que en un 42.9% de los casos se trasladan de la comunidad a la atención médica moderna en 30 minutos, un 25.5% entre 40 minutos y una hora, y en el 31.6% restante requieren más de una hora (Davis-Floyd, 2003).

Una forma en que las parteras encomiendan a las mujeres atenderse en clínicas y hospitales, es acompañándolas ellas mismas al hospital, principalmente para que su acompañamiento resulte humanamente cálido y alivie el nerviosismo de las madres a recibir la atención de salud institucional. Desgraciadamente, en la mayoría de los casos las parteras sólo son consideradas por el personal de los centros de salud como un acompañante más de la mujer embarazada, sin que se le reconozcan su experiencia en la salud de la mujer para la toma de decisiones médicas:

Pues a como dé lugar la voy a llevar al hospital porque quiero que la operen”, “Pues si señora, si usted se hace responsable, o atiéndemela en el parto ¿Qué le parece?”, “Y bueno ¿A dónde se la piensa llevar?, porque bueno, para que no gastes, al hospital, pero si gustas, yo me hago cargo de ella y yo te la entrego ¿Qué te parece? La llevo al Seguro

y no me cobran nada”, “No señora, si yo soy jornalero ¿De dónde vamos a pagar?”. Y así es como yo me trabajo a los maridos.

A nivel mundial, se puede afirmar que en los países industrializados (a excepción de en Estados Unidos y en Canadá), las parteras se encuentran integradas al sistema de salud y la mayoría de los partos son llevados a cabo por ellas²⁷. Sin embargo, en los países donde predomina el modelo biomédico de atención, la partería suele ser una actividad marginal. Los servicios de partería en el medio de atención a la salud son con frecuencia devaluados. De hecho, la estructura hospitalaria predispone las relaciones de poder para que las parteras se conviertan en meras asistentes de los médicos (Halldorsdottir y Karlsdottir, 2011). A pesar de que la Organización Mundial de la Salud recomienda que se formen y se incluyan más a las parteras en la salud comunitaria. En los círculos culturales urbanos en donde se forman los médicos, las parteras siguen siendo poco valoradas. Este desprestigio hacia la partería tiene su razón de ser en prejuicios históricos. Desde épocas de la conquista se ha promovido un etnocentrismo criollo y mestizo de la salud, con una marcada hostilidad hacia la medicina indígena. A pesar de que en la actualidad no se le manda a los curanderos indígenas a ser quemados en la hoguera como en antaño, aún persiste la creencia de que el uso de hierbas, las sobadas y los rezos de las parteras, está asociado a prácticas paganas que tienen como finalidad la adoración de deidades (Galanta, 2010).

²⁷ En Nueva Zelanda, por citar un ejemplo, el 78% de las mujeres reciben atención materna por parte de las parteras (Blais, 2002). En algunos países, la mayoría de las parteras trabajan como profesionistas particulares, como en Dinamarca, Nueva Zelanda, Países Bajos y en Suiza, aunque eso no impide que se integren efectivamente a programas gubernamentales y con otros especialistas de la salud cuando la ocasión lo amerita. Por el contrario, en Inglaterra, Australia y Suiza las parteras tienden a ser empleadas de hospitales y a ser contratadas por el sistema de salud. Dentro de este sistema, las parteras pueden atender durante todo el proceso de embarazo y parto; sin embargo, no poseen todos los privilegios de los obstetras, y estos se hacen cargo de las mujeres atendidas por las parteras en caso de que surjan complicaciones (Malott y McDonald, 2009).

3.2.3.2.- *Auxilio por parte de sanadores tradicionales*

Se reconoce que las mujeres indígenas en la toma de decisiones sobre su salud, influyen los líderes de opinión como los curanderos y demás terapeutas tradicionales de la comunidad. Para brindarle mejor atención a las mujeres indígenas, se recomienda que las parteras entren en comunicación con el resto de los elementos de su comunidad que trabajen con la salud, para que compartan información y hablen abiertamente de su trabajo (Klein, 2010).

A pesar de lo anterior, son muy pocas las parteras que hacen referencia a otro tipo de sanadores tradicionales. Por lo general, no recomiendan las parteras a otro tipo de sanador, porque argumentan no requerir auxiliarse de otras personas de su comunidad. En gran parte, no remiten a sus pacientes con otras personas, porque eso sería perder a un “cliente” y a su subsecuente paga por sus servicios:

Sí. Pero como yo tengo estudio y sé que ellos nada más se chingan el dinero a la bolsa, yo no les digo “Sí”. “Yo nada más te digo lo que yo ya sabía, y si no sé te doy el pase para irte con el médico. Si es una quebrada también yo te digo “vámonos con el doctor”. Y ya el doctor dice si hace falta una radiografía. Pero con los hueseros es rara la vez que les paso el comercio.

Para ello, mencionan que es frecuente que otros sanadores tradicionales no tengan ética profesional y abusan de sus pacientes, siendo el abuso en ocasiones de índole sexual:

Pero de que hay curanderos, también hay. Se dio un caso de un curandero que visitaba a las muchachas y si eran muchachas les decía que estaban bien malas. Ya iba la vieja

pendeja con perdón de usted, y ya la hacía suya, y luego ahí estaba la enfermedad. Ya era una enfermedad de nueve meses.

De acuerdo a informes de la Secretaría de Salud, el porcentaje de parteras que refieren a sus clientes a otras parteras o curanderos tradicionales en la atención prenatal es de 1.6%, para la atención al parto 1.9%, y para la atención del recién nacido es de 1.0%. Al parecer, los condicionantes socioculturales para que una partera refiera a otra partera o curandero tradicional, tienen que ver con que sean indígenas no hablantes de español, que sean analfabetas, que no tengan escolaridad, que habiten en viviendas en malas condiciones o en comunidades de altos niveles de marginalidad. Por el contrario, las parteras con mejores niveles socioeconómicos tenderán a auxiliarse de personal médico moderno (Secretaría de Salud, 1994).

De las parteras entrevistadas, sólo en un caso una recomendó y promovió el trabajo de un botánico:

A las mujeres que no pueden tener un hijo pues ahí hay que sobarlas. Pero si no quedan, hay que recomendarles el té de la felicidad. Lo hace un botánico que es de San Luis Potosí. Ahorita lo traigo ¡Chín! ¡Lo iba a traer! El... creo que si está. Aquí en Ezequiel Montes voy a ir a ver a una señora a quien su nieta tiene problemas y que no puede embarazarse y no sé qué.

3.2.3.3.- Uso de medicinas y prácticas modernas

¿Qué se entiende por modelo biomédico? En esta forma de pensar el embarazo, el parto y la maternidad existen eventos potencialmente letales para las mujeres y el feto/infante, por lo tanto, se requiere de tecnología para eliminar estas amenazas latentes (NAHO, 2008). La ciencia se

presupone superior a otros modelos de saber, desacreditando todo lo que no esté basado en evidencia empírica y experimental. Así, otros sistemas de salud son considerados irracionales, supersticiosos, peligrosos y, en tiempos recientes, se les etiqueta con el no menos peyorativo calificativo de “*alternativos*” (Skye, 2010a) ¿Qué resultados ha tenido la colonización de la biomedicina sobre los sistemas de salud indígenas? Con el desempeño de las parteras anterior al siglo XX en la población indígena, se reconoce que en la mayoría de los casos las mujeres vivían después del parto para tener hijos sanos; sin embargo, por la idea de que la única manera de tener un parto es en un hospital, la pobreza, la falta de poder político en general y por ende de elaboración de políticas públicas en que se encuentran inmersas las comunidades indígenas, ha tenido como resultado un marcado detrimento de la salud indígena, con evidentes altos porcentajes de muerte materna e infantil (Shroff, 2009).

Por supuesto, las parteras no son especialistas en medicina alópata. Sin embargo, las capacitaciones frecuentes que reciben por parte de las instituciones de salud y su propia experiencia, las ha hecho que tengan un conocimiento básico sobre medicina moderna. Están familiarizadas sobre todo con medicamentos modernos usados para el trabajo de parto y el de primeros auxilios:

Ya tengo una farmacia chiquita en su pobre casa. Ya les tengo gotas para sus ojitos; ya a las señoras ya las baño; muchas cosas.

En una sociedad capitalista en vías de desarrollo, la práctica médica moderna tiende a servir a grupos especiales de población: los más favorecidos económicamente. Desde la misma formación del profesional de salud, se da una dinámica elitista, pues la medicina como carrera requiere una prolongada enseñanza y equipo sumamente complejo y costoso, y tal proceso formativo sólo puede ser financiado por la clase media superior. A esto hay que añadir que el

desempeño profesional del médico se rige por la competencia de libre empresa, que otorga estatus social sólo a aquellos que mantengan los más altos niveles de capacidad y tengan a su disposición los equipos más sofisticados. Así, los mejores exponentes de la medicina moderna occidental están al alcance sólo de las clases económicas más pudientes, que pueden pagar los altos honorarios que estos exigen en retribución por su especializada capacidad técnica, mientras que por el otro lado, los organismos gubernamentales a través de programas de salud pública, otorgan a las masas iletradas la ciencia de la salud en forma magnánima, como si fuese una graciosa merced (Aguirre, 1986).

Las instituciones de salud se apoyan en gran medida con las parteras para la aplicación de los métodos anticonceptivos inyectables, y dicha práctica ha hecho a las parteras especialistas en la aplicación de inyecciones:

Aquí nosotras con una inyección. Yo les ponía una inyección y con eso.

El uso de los medicamentos modernos administrados vía subcutánea en las parteras no se restringe a la planificación de métodos de planificación familiar, sino que han generado cada una de ellas usos alternativos para los cuales las medicinas alópatas no fueron creadas:

Luego me lleva a un señor que tiene ocho días tomando, pues le saco un suero con antibióticos que vienen siendo vitaminas, y todo, y se controlan re bien.

De acuerdo a investigaciones previas llevadas a cabo por la Secretaría de Salud, el uso de medicamentos modernos por parte de las parteras es reflejo de la exposición mayor de éstas a la medicina moderna en las capacitaciones, en los medios masivos de comunicación, en la

interrelación con el personal de clínicas y hospitales, así como la accesibilidad de transporte y de recursos económicos, tanto de las parteras mismas como de las mujeres a quienes atiende. Aún así, las parteras hacen uso de medicamentos sólo en un 22% de los casos, ya sea tanto en el embarazo, en el parto como en el puerperio. Las parteras que hacen uso de más medicamentos modernos son las más jóvenes, las que hablan español, las que saben leer y escribir, las que tienen altos niveles de escolaridad, las que habitan en viviendas mejor acondicionadas, las que habitan en zonas con mayor población y menor índice de marginalidad y, por supuesto, las que han recibido mayor capacitación en hospitales (Secretaría de Salud, 1994).

En muchas ocasiones, las parteras han sido auxiliares de personal médico, o bien han recibido cursos de capacitación por parte de las instituciones de salud, por lo tanto, están familiarizadas (al menos en forma elemental) con las medidas de higiene gineco-obstétricas:

¡Ah sí! Algodón, alcohol, gasas, guantes. Todo eso.

Es más importante que las parteras puedan reconocer cuáles son sus limitantes en el parto que competir con el personal médico certificado en sus conocimientos sobre la atención al mismo. Cabe decir que la gran mayoría de ellas conoce las responsabilidades legales de un parto mal atendido:

Entonces ya les pongo la inyección, pero una vez que ya he cortado todo. Muchas veces hay que aplicar el barrido ¿Sí? Pero hay que saber, porque si no, nos podemos traer partes que no ¡Imagínese! ¡Las lastimamos!

3.2.3.4.- Uso de medicinas y prácticas tradicionales

Conforme a lo documentado en la Secretaría de Salud, la partera recurre ampliamente a la herbolaria, práctica que resulta sumamente arraigada por la disponibilidad de esta en su entorno ecológico, o por encontrarse en mercados cercanos a muy bajo costo. El uso de remedios durante el embarazo es suministrado por parteras en el periodo de gestación en un 25.5%, en el parto en un 29.3% y en el puerperio 16.6%. Usan más remedios aquellas parteras que aprendieron solas o con la enseñanza de un pariente, las que tienen más de 60 años, las que son bilingües, las que son analfabetas, las que sus viviendas son malas, las que están ubicadas en localidades rurales y marginales, y las que no han tomado cursos de capacitación²⁸ (Secretaría de Salud, 1994).

Todas las parteras tienen conocimiento de la herbolaria accesible en su ecosistema para el tratamiento de padecimientos. Ya sea suministradas por medio de pomadas, aceites o en té, la medicina herbolaria tiene un gran uso entre las parteras:

Aquí se utiliza la oxitocina para que salga el chiquillo. Allá no; allá se usa una hierba que se llama “El Top”, ahorita lo cuezo, se lo toma la señora y ¡Vámonos! Sale el chamaco. Allá todo el mundo lo conoce.

Sobre todo, el té es recomendado por las parteras para aliviar dolores, cólicos y padecimientos ligeros. De la misma manera, el chocolate es usado como relajante:

“Sí, como para cuando una persona dice que tiene tres meses, no existen los antojos como médicos, dicen que no existen; para mí que sí existen. Entonces se les da un tesito,

²⁸ Los remedios más utilizados por las parteras son: aceite, aguacate, albahaca, canela, comino, chocolate, epazote, manzanilla, hierbabuena, maguey, miel, tomate, romero, ruda, diversas plantas endógenas y plantas de las cuales no desean rebelar. Los tés ara acelerar el parto es el medicamento más difundido.

tantita hervita de este... té de hierba de olor, que se llama la mejorana y tomillo, tantito hervido con tantito chocolatito y se les van las molestias. Una tacita así de chiquita se la toman, y se les calman los dolores. Ése es el antojo.”

Una de las ventajas de los remedios tradicionales de los cuales hacen uso las parteras, es su accesibilidad: son económicos, están al alcance en su ecosistema, y pueden ser elaborados por ellas mismas:

Yo el jabón yo lo hago, yo el jabón lo fabrico, yo no compro jabones, yo lo fabrico de hierba, entonces yo no gasto para jabones.

Las formas de captar el mundo de los indígenas no son a través del raciocinio lógico, representativo, conceptual y dando prioridad a la información recibida por las facultades visuales, sino de manera más simbólica y emocional. El conocimiento no consiste en la acumulación de pensamiento abstracto y de datos, sino en inserción a un ordenamiento mítico a través de revelaciones, de un ciclo que se re-presenta y se re-crea. El ser humano está sano en cuanto mantenga armonía con el universo y con su comunidad. El cuerpo mantiene equilibrio con el universo si mantiene equilibrio entre las fuerzas vitales; y el cuerpo mantendrá salud para con su comunidad si las prácticas de su comunidad son respetadas, como el consumo de cierta alimentación, el uso de vestimentas tradicionales, se lleven a cabo los rituales ancestrales y se respeten los modos de comportamiento considerados como dignos por la comunidad²⁹ (Yáñez, 2003).

²⁹ Algunas características sobre el simbolismo de la medicina tradicional indígena son:

- Hay una interconexión entre cuerpo y espíritu humano, a su vez, la persona está interconectada con el universo en su totalidad.
- La nosología (clasificación de enfermedades) es coherente a su cosmovisión.

Es importante destacar que para las parteras, el acto del nacimiento no ha perdido del todo su carácter religioso. Muchas de ellas hacen uso de elementos a los que se les atribuye poderes sobrehumanos:

Ahí tengo mi agua bendita, nunca falta, de la Virgen de la Soledad. Y ya con esa les hecho un chorrito y nunca se me ha muerto una mujer ni nunca nada. Le rezo a la providencia y ya.

Dentro de las comunidades indígenas existen prácticas alrededor del alumbramiento que están revestidas de un gran valor cultural. Muchas de estas prácticas³⁰ no atentan contra la salud de la madre, pero de manera individual permiten que las mujeres indígenas confíen más en los servicios de salud y de manera general permiten a las instituciones de salud un mayor acercamiento a la población para que conozca y haga uso de sus servicios (Pelcastre, 2005).

Para muchas parteras, el alumbramiento es un evento con intervenciones divinas, por lo que realizan ritos en donde se reza a diversos santos o diversas divinidades, esperando que ellas intervengan a favor de la partera, para que su trabajo resulte exitoso:

“Por eso yo siempre rezo “Dios mío, tú que todo lo puedes y a nuestra Madre Santísima”. Sí, porque yo sí creo en ellos porque para nosotros son los únicos que más lo pueden. También le digo “Encomiéndate a Dios, aquí no estamos solas. Tenemos a nuestro Señor y a nuestra Madre Santísima, encomiéndate a ellos”. Al marido en especial, le digo “Debemos encomendarla a Dios, tenemos que ponernos en oración para

-
- Muchas enfermedades surgen del desbalance entre opuestos, como el calor y el frío.
 - El desbalance con la naturaleza y las divinidades puede ocasionar enfermedad (Ortiz, 2005).

³⁰ Como entregar la placenta y el cordón umbilical a la madre, o el ser acompañada durante el parto en el quirófano.

que salga bien el parto”. Sí, entonces le digo yo que se trata de un milagro que se recibe, porque la vida es un milagro, no es algo que sucede nada más por casualidad. Nuestra vida no es una casualidad, es un milagro, porque ¿Quién más la puede hacer sino Dios?

En comunidades rurales pequeñas con una gran dispersión geográfica o de escasos medios de comunicación con respecto a los poblados grandes, suele no existir personal médico. Por tanto, las parteras (junto con otro tipo de curanderos tradicionales) suelen cubrir la atención de salud de casi todo tipo de padecimientos:

O por ejemplo si alguna persona llega con que le duele una mano, porque también ella trabaja lo de la falseada, porque hice estudios quiroprácticos, si llega una persona con un brazo safado, una muñeca, un dedo, se le da masaje, se le soba, se le acomoda el hueso, y con una frotada tiene.

Parteras profesionales mexicanas afirman que el parto en los hospitales representa una agresión hacia el cuerpo de las mujeres y una manifestación más del dominio patriarcal, pues los obstetras extraen del cuerpo de la mujer su hijo de la manera más fría y carente de significados posible, anestesiándola y sin que ella se dé cuenta, muchas veces dejando cicatrices y dolores terribles (cesárea), todo esto en honor de la rapidez y eficacia de la modernidad. Todo ello causa que las mujeres queden frustradas, pues no culminan de manera consciente y natural el largo proceso de alumbramiento que inició en el momento en que se embarazó. El parto natural prepara emocionalmente a la mujer a que abra su cuerpo, su mente, su corazón y su alma para amar y cuidar de su vástago (Cruz, 1999).

A diferencia de la medicina moderna que supone el parto como una cirugía, dentro de la concepción de las parteras, el alumbramiento es un evento normal. Por lo tanto, se motiva a la madre a que ella misma haga todo el trabajo del parto y la partera auxilie a la madre en la mayoría de los casos sólo mediante masajes y palabras de apoyo:

Es algo así como natural. Nosotras tratamos de ver si viene de cabecita la cabecita del bebé, nosotras las ayudamos a hacer un poquito de fuerzas hacia abajo. Al momento del dolor, de que les viene el dolor les decimos “Pújale” y les ayudamos a aventar el bebé hacia abajo pero es una cosa mínima.

Para comprender las nociones de salud de las culturas indígenas, hay que tener presente que éstas no pueden referirse a los índices de salud que se manejan en la cultura occidental contemporánea, sino que estas nociones tienen cualificaciones diferentes. De hecho, es un error frecuente, aun para las instituciones de salud, suponer que la población indígena se encuentra en situación de insalubridad, cuando ellos mismos dentro de sus patrones nosológicos se pueden identificar a sí mismos como sanos. Los malos entendidos con respecto a la salud y enfermedad en los pueblos indígenas tienen su origen en una dominación cultural española y mestiza, en donde la medicina europea adquiere carácter hegemónico, desalienta y proscribire la medicina indígena. Históricamente, mientras se desarrolló la medicina académica para la élite en México, corrió en paralelo el desarrollo de una medicina india, para las masas iletradas, con orientación más mágica que lógica (Aguirre, 1986).

Las parteras incluso llegan a atender padecimientos que no forman parte de la medicina formal:

Pero luego van a sus checadas, porque las checo de embarazo, las curo de espanto, de empacho, les subo la mollera, las sobo de rabadilla... de todo.

Concretamente con el oficio de la partería, la partera tradicional contemporánea, si bien es producto de sus capacitaciones en instituciones de salud, incorpora acciones como vacunación, planificación familiar o hidratación oral. Eso no quiere decir que renuncie a sus prácticas ancestrales de ser curandera, huesera, hierbera e incluso terapeuta psicológica. Entre las actividades que más aplican las parteras son: aplicar inyecciones modernas (67.8%) y dar sobadas (64.1%). Aparte de atender partos, las comadronas son curanderas en un 36.1% de los casos, hierbazaras en un 22.1%, hueseras en un 24.3%,. Y a su vez que participan en comités de salud en un 32.4% de los casos, difunden la hidratación oral en un 26.8%, y vacunan en un 21.1% (Secretaría de Salud, 1994).

A las madres embarazadas se les da atención continua. Varía mucho de las distancias físicas y las relaciones afectivas que guarden las parteras para con sus pacientes, pero se les puede llegar a revisar el estado de embarazo hasta más de una vez por semana. Las atenciones incluyen ayudarlas a caminar, enseñarlas a moverse, masajes, ejercicios, baños de vapor, asesoría de un sin fin de temas, y por supuesto, apoyo emocional:

Así se atiende a la pacientita con mucho a tiempo, y entonces va la señora que apenas puede caminar. Entonces llego y la atiendo y le digo “A ver, camínale mi hija, de aquí a ahí madre. Ya ¿Cómo te sentiste?”, “¡Ay señora Mónica! El bebé ya no me mata”, “Lo que pasa es que el bebe se clavó ¿Qué hiciste algo pesado?”

Varias prácticas tradicionales difieren de los de la biomedicina, como es el hecho de que existen diversas posiciones de dar a luz, tanto de rodillas, hincadas, recostadas, boca abajo, como recostadas boca arriba (NAHO, 2006). En la actualidad, el ejercicio de la partería tradicional es una entremezcla de prácticas y conocimientos de cuidado maternal indígenas, más algunos componentes de la medicina moderna (Skye, 2010b). Dentro de las prácticas de parto en las que existen variaciones dependiendo de cada grupo étnico, se pueden identificar: corte de cordón umbilical y rituales posteriores después de cortado, momento del amamantamiento, práctica de masajes o “sobadas” en los países latinoamericanos (Macdonald, 2006).

Para acomodar el feto para el parto y aliviar las molestias a la madre, algunas parteras acostumbran la práctica de la “Manteada”, que consiste en masajear el vientre materno haciendo uso de mantos o rebozos:

No, no es con un rebozo, porque el rebozo nada más se mueve así pero con una cobija una logra que solita la creatura vaya acomodándose. Porque si la mueve con el rebozo está obligando a la creatura a girar y se puede atravesar; en cambio si mueve parejita la cobija en esta forma la creatura se va acomodando solita, y se maniobra de otra forma, se puede enredar en el cordón umbilical y cosas por el estilo.

Mención especial es la práctica de la cuarentena, que consiste en que en los 40 días después del parto se debe de mantener descanso casi absoluto, abstinencia sexual, seguir una dieta alimenticia especial y cuidar de que las posiciones de su cuerpo sean las adecuadas. Otras prácticas terapéuticas asociadas son los baños de tina y los baños de vapor, a su vez que el apoyo de familiares o la misma partera en el quehacer doméstico. Es de destacarse que la cuarentena es una práctica casi opuesta a la de la tradición médica occidental, en donde en el mismo día se le da

de alta a la madre, se le recomienda que camine y se reintegre a sus actividades regulares lo antes posible (Secretaría de Salud, 1994).

Al recién nacido, la partera al momento del parto le da nalgadas para que respire, le retira la mucosa nasal haciendo uso de la pera, lo lava, lo arropa, y en muchas ocasiones, lo entrega un par de minutos después del alumbramiento a la madre para que ésta amamante al recién nacido:

Darle masajito al bebé para que no vaya a haber una hemorragia o algo y logre desprender la placenta. Le damos un leve masaje, y arroja la placenta sin problema alguno.

La emergencia de la partería como oficio, ha dado lugar al resurgimiento de otros oficios emparentados. Uno de ellos es la *doula*, esta es una persona especialmente entrenada para hacer compañía a la embarazada y asistirle en labores no clínicas, como dar de pecho al recién nacido, acompañar a la madre, ayudarla a recuperarse del parto mediante ejercicios, preparar comida, hacer el aseo del hogar y hacerse cargo del resto de los hijos. Es importante aclarar que las doulas no son parientes o amistades que asisten a las mujeres, pero sí es conveniente que sean reclutadas de las mismas comunidades para que compartan el mismo horizonte de significados de las mujeres atendidas (Naho, 2008).

Es importante destacar que la partera apoya a la embarazada no sólo en lo que a las curaciones se refiere, sino que también la auxilia con las tareas del hogar:

Con agüita tibia... ahora sí que nosotras hacíamos todas las curaciones, porque ahí se acostumbraba lavarles toda su ropa a las pacientes. Hasta una o dos o tres veces se las llevaba, una a lavar, o cuatro, según hasta que ellas se ponían a hacerlo.

Por último, en lo que respecta al aborto, aunque la gran mayoría de las parteras en la actualidad hacen uso de anticonceptivos modernos, aun tienen conocimiento de remedios caseros y tradicionales para evitar los embarazos no deseados:

Bueno, yo le voy a decir que supuestamente hay personas que dicen que un mejoral y un limón. Que se lo apliquen. Gente que esto decían antes de que sacaran lo de los anticonceptivos.

3.2.3.7.- Críticas a la partería por parte del personal de instituciones de salud

Desde sus orígenes, la medicina moderna se estableció como elitista y discriminatoria, pues sus mejores exponentes son de y para la aristocracia. Dentro del discurso de la medicina, ésta se ve a sí misma como una práctica con neutralidad social, he incluso en el juramento hipocrático, se habla de un compromiso social, en donde se debe priorizar el bienestar del paciente por encima de los intereses personales del médico. Sin embargo, el mismo carácter de la medicina, con la prolongada duración de la enseñanza, el coste de la misma, la complejidad del equipo utilizado y la inserción laboral del médico como profesionalista independiente sujeto a la dinámica de la libre empresa, hacen que el costo de sus atenciones quede reservado a los grupos minoritarios mejor remunerados. El enfermo queda expuesto a la explotación económica, pues no puede juzgar el desempeño de una actividad tan especializada, ni se encuentra en facultades de decidir cuándo habrá de rehusarse a una intervención o medicinas onerosas (Aguirre, 1986).

Hasta ahora, se puede identificar que los profesionales de la salud tienen una falta de conocimiento sobre el papel que juega la partera, e incluso ginecólogos y obstetras muestran reacciones negativas cuando tienen conocimiento que una mujer es atendida en el alumbramiento

por parte de una matrona (Ellis y Hanson, 1999). Uno de los indicadores de que una profesión ha madurado, es cuando el resto de los profesionales que se desempeñan en actividades relacionadas tienen un entendimiento claro de los roles y responsabilidades de la nueva profesión. De esta manera, las relaciones interpersonales a nivel laboral se pueden desarrollar en un ambiente de fluidez, familiaridad y respeto³¹ (Malott y McDonald, 2009).

Las relaciones de las parteras para con el personal de las clínicas y hospitales es contradictorio. Estas relaciones parecen depender mucho de las motivaciones e interacciones personales que se establezcan en cada caso. Así, en algunas ocasiones a las parteras se les reconoce su labor, mientras que en otros, se les menosprecia. Es frecuente que los médicos y enfermeras hagan de conocimiento a los pacientes que las parteras realizan sus actividades en condiciones poco higiénicas, sin el equipo adecuado, haciendo uso de medicamentos y prácticas ineficientes, y sin el conocimiento suficiente para atender los partos, aún sabiendo que existen parteras que tomaron cursos de capacitación dados por las mismas instituciones de salud:

Pero si, una enfermera llegó a decirme que mi papel a ella le servía para limpiarse el rabo. Pero a mí no me afecta en nada. Yo le digo, yo ando trabajando con mi gente, y quien quiere pastillas yo le doy pastillas, y quien quiere hierbas yo le doy hierbas.

³¹ Para el caso de la aceptación de los médicos del desempeño de las parteras en la atención materno-infantil, se ha comprobado que varios antecedentes demográficos influyen para que la aceptación de las parteras sea más favorable. El ser de sexo femenino influye positivamente para comprender y aceptar el desempeño de las parteras. Por otro lado, los doctores en cuanto mayor edad tengan, más renuentes serán a aceptar esta nueva profesión de manera autónoma. Algunos otros factores pueden tener influencia en los médicos para aceptar o no el desempeño de las parteras, como la opinión de asociaciones médicas que tengan sobre las parteras y el contexto político-social que puede crear publicidad negativa o positiva sobre las parteras. A su vez, una mayor exposición de los médicos al desempeño de las parteras hará que conozcan más su labor y la acepten (Blais y Lamberrt, 1999).

Por desgracia, el discurso de la partera tradicional rara vez es escuchado por el sector público de salud (Davis-Floyd, 2003). El contexto mexicano de una sociedad en desarrollo se impone como meta primaria la atención médica de toda la población, entendiendo como rezago la prevalencia de cualquier vestigio de prácticas médicas tradicionales. El ferviente deseo de modernizar³² hace que se rechace a la partería en cuanto ésta debe de ser substituida por la biomedicina occidental (Davis-Floyd, 2001).

Una manera indirecta en que las actividades de las parteras no son reconocidas oficialmente por las instituciones de salud, es que se dificultan mucho los trámites para emitir las actas de nacimiento a los recién nacidos atendidos por ellas. Este exceso de burocracia se ha venido agravando por los migrantes mexicanos ilegales en Estados Unidos, que ante la negación del gobierno norteamericano a dar ciudadanía a los latinos nacidos en suelo estadounidense si sus padres no están nacionalizados, recurren a traer a sus hijos con parteras mexicanas para que les levanten actas falsas.

Entonces antes era fácil, nada más llenaba una formita y ya. Ahora es mucho papeleo y tiene que viajar... Y eso es por la gente de Estados Unidos que sobornan a las parteras y algunas se han prestado a hacer constancias de alumbramiento falsas. Que vienen gentes de Estados Unidos y dicen “Mira, te doy tanto dinero, pero dame este papel para poder registrar mi hijo aquí”. Son los comentarios que dan en San Juan del Río.

Varios autores han propuesto que debe haber una adecuada compensación económica a los valiosos servicios prestados por las parteras, ya que las pacientes de las parteras por lo general pagan cantidades mínimas por sus servicios. Para ello, se propone que las instituciones públicas

³² Tecnologización, crecimiento económico, universalización de acceso de servicios, etc.

de salud alienten el buen desempeño de las parteras mediante el establecimiento de incentivos económicos y salario regular con prestaciones de ley (Torres, 2004). Para que las parteras accedan a capacitarse mediante cursos, diplomados, carreras técnicas o incluso la posibilidad de estudios universitarios, todo ello con la intención de brindar una mejor atención a las mujeres indígenas del medio rural, habrá de considerarse que requerirán contar con un sueldo más sustancial y regular. Lo adecuado sería que las clínicas rurales ofrecieran puestos permanentes a las parteras (Davis-Floyd, 2001).

Algunas parteras de edad avanzada manifiestan su inconformidad al señalar que su actividad no tiene ningún tipo de prestaciones, es decir, se desarrolla en completa informalidad, a pesar de que ellas consideran que han atendido a la población en su demanda de salud de la misma manera que el personal médico registrado en instituciones de salud. Por lo tanto, demandan que se les den apoyos económicos, entre ellos, una pensión para el retiro:

Yo siempre he atendido a mi comunidad, como le dije ahorita, con lo que está pasando y con lo que nos hizo Fox y Felipe, ya nos liquidó ¡Pero no nos ha dado ni siquiera un centavo! Yo diría que nos diera, porque yo digo “Yo sí me lo he merecido en el trabajo”. A los doctores los jubilan a todos, personal de seguro los jubilan y a nosotros no nos va a jubilar ¿Verdad? Ni nos va a dar ni un centavo, fíjese.

Algunas críticas han surgido con respecto a la posible integración de las parteras a los centros de salud. Estas críticas cuestionan sobre todo la falta de respeto a las tradiciones y prácticas de las parteras tradicionales, pues si bien en discurso se plantea que no se pretende influir para que abandonen sus prácticas ancestrales, en los hechos los cursos, seminarios y capacitaciones que se les da a las parteras están conformados exclusivamente dentro del marco

conceptual de la medicina moderna. Los médicos continúan considerando como válida solo la ciencia médica occidental y se invalida casi en su totalidad los recursos y tratamientos de la cosmovisión indígena (Gómez, 2000).

Se han presentado casos en donde los diagnósticos y prescripciones del personal perteneciente a las instituciones de salud son contrarios a los juicios de las parteras. En casos como estos los médicos desdeñan el oficio de las parteras, incluso se dirigen a ellas de manera ofensiva:

No, ella me dijo “Usted cálese”, “Usted no se esté metiendo porque la señora no está embarazada, la señora tiene un tumor y si no se le cuida se le va a reventar”. O sea que ella nunca quiso hacer caso, pasó por encima de mí. Y yo le dije “Pues me disculpa, usted me dijo que me calle, pero la señora está embarazada”. “No” dijo.

Lejos de ser un vestigio del pasado, la medicina tradicional indígena tiende a cobrar mayor importancia en el futuro. En el mundo occidental, un sector que ha aumentado enormemente su demanda en el uso de medicamentos herbolarios ha sido el de la industria farmacéutica, que sintetiza la medicina alópata tomando como base materiales biológicos identificados a través de la recolección de los saberes tradicionales indígenas en la salud. A pesar de que la fabricación de nuevos productos de patentes farmacéuticas cada vez se basan más en la genómica, la química combinatoria, proteínómica y la nanotecnología, aún se obtienen beneficios enormes de la explotación comercial de la medicina tradicional (Correa, 2002).

No todo es fricción entre el personal de las instituciones de salud y las parteras, y hay algunas que son reconocidas por su labor. Muchos médicos le dan prioridad para atención a las mujeres que son canalizadas por las parteras, permiten que ellas atiendan a mujeres embarazadas dentro de las instituciones de salud e incluso las enfermeras canalizan a las madres que acuden a

los centros de salud con las parteras, con la intención de liberar la presión existente de la población de atención médica oficial y procurar darles trabajo e ingreso económico a éstas:

No. Al contrario, cuando llegamos y traemos a alguna paciente que tiene IMSS, luego, luego nos dicen “Pásense, ahorita las revisamos ¿Qué le paso?”, o sea, luego, luego nos preguntan y ya.

Últimamente los servicios públicos de salud han procurado integrar a las parteras a los programas públicos de salud, considerando que pueden brindar una mejor atención materno-infantil mediante cursos de adiestramiento en la medicina moderna, y promoviendo que estas canalicen a los hospitales y clínicas los partos que sean detectados como de alto riesgo. Asimismo, las instituciones de salud se flexibilizan y aceptan ciertas prácticas y ritos tradicionales aunque no tengan justificación dentro de la medicina formal, se podrían tolerar por resultar inofensivas para el cuerpo de las mujeres atendidas³³ pero que tienen un gran simbolismo dentro de la cultura de salud en las comunidades indígenas (Zolla, 1994).

3.2.3.8.- Pago a parteras

Una de las razones por las cuales los indígenas hacen más uso del servicio de las parteras en lugar que de los médicos obstetras, es que sus honorarios son mucho más accesibles para la población rural marginada económicamente. Se ajustan al presupuesto del paciente o incluso pueden ser cubiertos en especie (maíz, frijoles, gallinas, etc.) (Zolla, 1994). Las parteras implican un importante ahorro económico para las usuarias de sus servicios, debido a que éstas forman parte del mismo grupo socioeconómico de la población a la que atienden, son consientes de sus

³³ Como rezar, enterrar la placenta o quemar el cordón umbilical desprendido del recién nacido.

necesidades y carencias económicas, agregando que la misma tradición de la práctica de la partería exige sensibilizarse a los problemas de sus pacientes y no exigir mucho por sus servicios (Pelcastre, 2005).

Aproximadamente, las parteras cobran por consulta 100 pesos, de los cuales por lo general gastan 30 pesos en comprar el material, 20 pesos para el traslado a la atención domiciliar y 50 pesos como pago por su trabajo. En varias ocasiones, cuando las parteras consideran que sus pacientes son demasiado pobres, ofrecen sus servicios de manera gratuita (Cruz, 1999). En varias ocasiones la población indígena no recurre a una partera de renombre en su comunidad, pues sabe que ésta a pesar de ser reducidos los honorarios, pedirá algo por su servicio. Por ello, recurren a una vecina o pariente que se tenga conocimiento que haya presenciado varios alumbramientos (incluidos los propios) para que sea ésta la que asista a la mujer, no teniendo otra retribución a cambio de su trabajo de parto más que la gratitud de la mujer atendida (Gómez, 2000).

Cabe destacar que las parteras comparten el sentir de las comunidades a las que pertenecen y de la misma manera sufren con el pueblo la carencia de salud en los grupos más marginados de la sociedad:

Pero yo le digo a mi hijo “No le pongas de eso, mi hijo, que eso es para caballos”, pero la señora me dijo que no puede ir al doctor, y es cuando uno se desespera cuando ve ese tipo de cosas, porque a veces yo me digo “Ojala los médicos fueran un poco más conscientes de la situación de los pobres en el pueblo, así dirían: yo te curo, pero no vengas a pagarme”, porque hay gente que no tiene ¡De a de veras que no tiene!

Paradójicamente, dentro del discurso neoliberal en donde se hace énfasis en las ineficiencias en costo del sistema público de salud, es el que le ha dado la bienvenida a la

incorporación de las parteras al sistema laboral, en cuanto que es una alternativa más económica para atender la salud de las mujeres en lugar de los altamente tecnificados obstetras (Paterson y Marshall, 2010). En los países de primer mundo, el salario de las parteras integradas al sistema de salud oscila alrededor de lo que gana una enfermera general y un médico familiar, mientras que el sueldo de un gineco-obstetra es sensiblemente mucho mayor (Haworth-Brockman, 2002). Numerosos estudios en Estados Unidos demuestran que no sólo las parteras dan una atención más cálida y satisfactoria a las mujeres, también son más efectivas que los ginecólogos con respecto al número de partos exitosos e institucionalmente son más económicas (Davis-Floyd, 2001). Las parteras permiten a los gobiernos federales, estatales, y municipales ahorrar una enorme cantidad de recursos económicos, pues en promedio el pago por los servicios de atención obstétrica de un médico cuestan al Programa de Atención de Cobertura 630 pesos, la atención de una enfermera cuesta 405 pesos, mientras que una mujer atendida por una partera sólo cuesta 35 pesos (Torres, 2004).

Una de las razones por la cual las mujeres en comunidades rurales acuden a los servicios de las parteras, es porque sus servicios resultan mucho más accesibles, económicos y flexibles, siendo que a ellas acuden personas sin ser derechohabientes a instituciones de salud y pueden: pagar poco, postergar su pago, pagar en especie o incluso no pagar:

Y no gastan mucho. Luego nada más me dan unos 100 o 200 pesos por la visita. Luego me dicen ¿Te sirve este pollo para que te lo comas? Y pues yo digo “De que no me den nada”. ¡Pero no importa licenciado! Lo que nosotros queremos es que nuestras palabras puedan servir de algo. Yo pienso que es mucha utilidad dar la información a la gente.

De hecho, la UNICEF contempla que una de las medidas más efectivas para reducir la mortalidad materna e infantil es mediante la implementación de cursos de capacitación de dos semanas impartidos por personal médico a las parteras. En México, está demostrado que el éxito de las parteras enorme, pues sólo en 2% de los recién nacidos mueren en sus intervenciones al dar a luz (muertes que son ocasionadas por problemas inherentes al recién nacido, independientemente de si el parto fuera atendido por obstetras o parteras) (Davis-Floyd, 2003).

Las parteras realizan su oficio de medio tiempo, sin ser la atención a la mujer su principal fuente de ingresos. A diferencia de otros actores influyentes dentro de las comunidades, por lo general las parteras comparten una situación económica similar al de las personas que atienden:

Y yo a las personas que atiendo no les cobro un precio definido, se los pongo a su voluntad de lo que me quieran dar. Por eso es que yo nunca he pasado de la pobreza en la que vivo, y es que yo he pasado por muchas situaciones críticas de muy escasos recursos.

CAPÍTULO IV

CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS Y CULTURALES DE LAS MUJERES OTOMIES DEL ESTADO DE QUERÉTARO

5.1.- Introducción

En el capítulo precursor se recopiló información sobre las narrativas de las parteras sobre sus percepciones de la sexualidad y vida reproductiva de las mujeres indígenas, al ser éstas informantes clave dentro de su comunidad. De manera complementaria, a través de una entrevista por muestreo intencional se obtienen datos cuantitativos de primera mano sobre la población en cuestión, para sí poder verificar o en su caso contrastar lo recopilado en los dos instrumentos de investigación.

Con respecto a lo referente a las relaciones de género, indicadores socio demográficos, como el nivel de estudios y la edad en que las mujeres se casan y comienzan la vida reproductiva, dan cuenta de un confinamiento de las mujeres al ámbito doméstico a edades tempranas. Indagar sobre el uso del tiempo hace referencia a un exceso de cargas laborales y a un reducido tiempo y espacio para actividades recreativas. La jefatura masculina del hogar en indígenas se da aun cuando el varón no esté presente, así también, los ingresos de las mujeres siempre se encuentran subordinados a las actividades laborales del hombre. En la formación de las relaciones de género queda patente cómo las mujeres son orientadas a la vida reproductiva mientras que al varón a la vida productiva.

Dentro de los elementos más significativos a destacar en la presente encuesta, uno es el reconocimiento de las indígenas a considerar las relaciones de género en el ámbito familiar como injustas, al afirmar que las cargas de trabajo de las mujeres son mayores a las de los hombres (incluso desde la más corta edad). El no contar con la libertad suficiente para salir de su espacio

doméstico, y especialmente, les resulta un malestar muy profundo la infidelidad masculina, pues a ellas las consideran como causantes directos del amasiato, abandono del hogar y transmisión de enfermedades de índole sexual.

4.2.- Aspectos socioeconómicos

En una población total de América Latina de 479,824,248 personas en 2008, la población indígena en ese mismo territorio es de 28,858,580 personas, lo que representa un 6% de sus habitantes. Estos pueblos indígenas se encuentran repartidos desde el norte de México hasta el sur de la Patagonia en 522 grupos étnicos distintos. Dentro de estos países, los que albergan a la mayor cantidad de indígenas son México, Bolivia, Guatemala, Perú y Colombia, reuniendo entre estos cinco países el 87% de los indígenas de América Latina (UNICEF, 2009). En México, hay alrededor de 12 millones de indígenas, siendo el 14% de la población a nivel nacional, por lo que se puede afirmar que nuestro país presenta altos niveles de indigenismo (Hurting y San Sebastián, 2007).

4.2.1.- Comunidad de procedencia

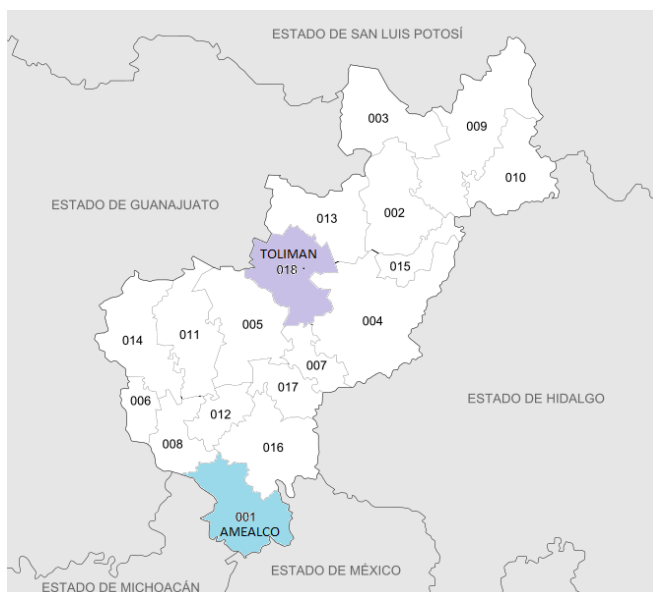
Estos grupos se encuentran mayoritariamente distribuidos en áreas rurales, con un alto grado de dispersión geográfica y en poblaciones de menos de 25 mil habitantes, por lo que frecuentemente están aislados del resto de la dinámica de sus países en donde se encuentran y presentan todo tipo de carencias. Aunado a ello, se puede observar que históricamente los indígenas se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema, dándose tasas de analfabetismo significativamente mayores, desempleo, falta de acceso a servicios sociales, degradación del medio ambiente y violaciones a sus derechos humanos (OMS, 2006: 4).

La encuesta se realizó en los dos municipios de Querétaro con mayor presencia de población indígena: Tolimán y Amealco. Las encuestas pretendieron realizarse en igual número en los dos municipios, pero debido a que el levantamiento de la información se debió en gran parte a la disponibilidad de las parteras que hacían introducción a las mujeres, hubo una pequeña diferencia entre los dos municipios. Sin embargo, se asume que las regiones se encuentran representadas virtualmente por igual. Cabe destacar que todas las mujeres entrevistadas se identificaron como pertenecientes al grupo étnico Otomí o ñaño (Ver tabla 1).

Tabla 1.- Comunidad de procedencia de las mujeres otomíes del estado de Querétaro

Comunidad de procedencia	Número	Porcentaje
San Pablo, Tolimán, Querétaro	19	52.78
Presa del Tecolote, Amealco, Querétaro	17	47.22
Total	36	100.0

Mapa 2.- Comunidad de las mujeres otomíes del estado de Querétaro



4.2.2.- Edad

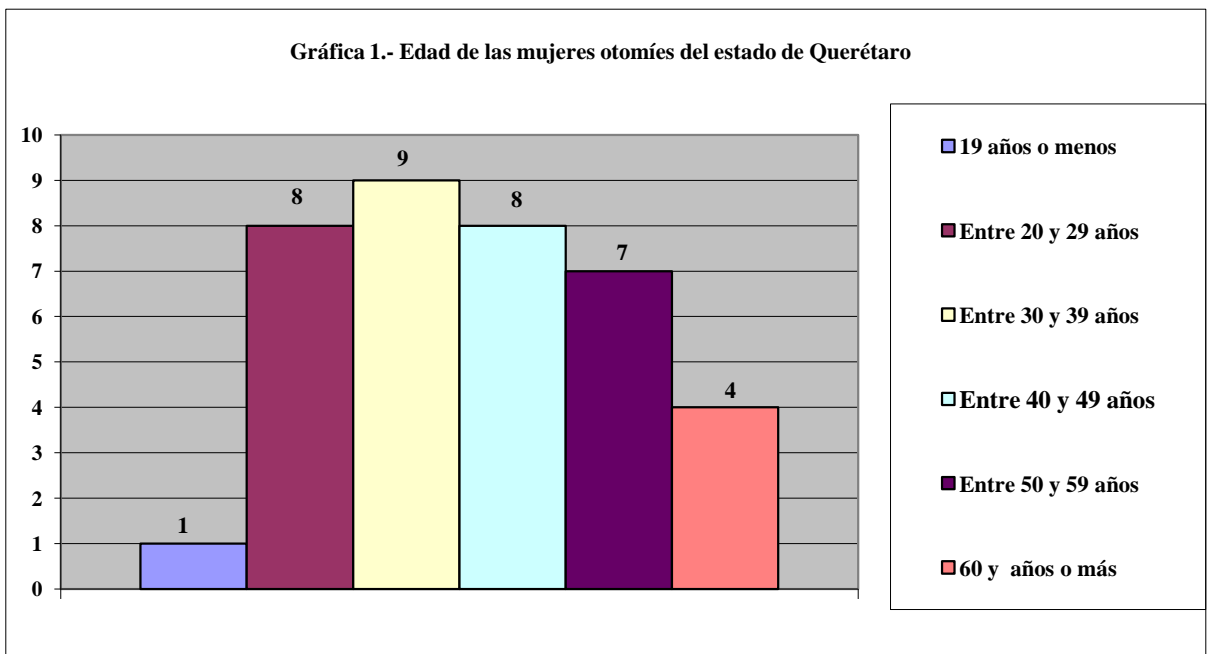
Observando la pirámide de edad de la población indígena a nivel nacional en el año del 2005, se distingue que el porcentaje más grueso se encuentra ubicado en las edades más tempranas, lo que nos indica altas tasas de fecundidad como de altas tasas de mortalidad de estos grupos. Sin

embargo, se vislumbra una tendencia a la reducción de la fecundidad, puesto que si bien los indígenas de entre 10 y 14 años son el 6.1% de la población, para el grupo ubicado entre 5 y 9 años de edad la proporción se redujo a 5.2%³⁴ (INEGI, 2009a: 9).

Concretamente, en el estado de Querétaro se puede observar una tendencia expansiva de esta población, con un predominio de la población infantil sobre la juvenil y de la juvenil sobre la adulta. En el año de 2005, en el estado un 25% aproximadamente de la población indígena es menor de 15 años y un 30% aproximadamente tiene entre 15 y 29 años, lo que significa que más de la mitad de la población cuenta con menos de 30 años de edad (INEGI, 2005b: 63).

En la tabla 2 se puede observar que entre las entrevistadas se dio una representación por grupos de edad bastante homogénea entre las mujeres de 20, 30, 40 y 50 años, por lo que a partir de ello se pueden inferir comportamientos reproductivos por edades. El grupo de más de 60 años fue pequeño, atendiendo a la misma disminución poblacional de este grupo. Sin embargo, el grupo de edades que se encontró en esta encuesta subrepresentado es el de las mujeres con menos de 19 años, pues información indirecta de esta misma encuesta hace suponer que los porcentajes de mujeres en edad reproductiva jóvenes no son pocas, sino son iguales en número a los de 20, 30, 40 o 50 años (Obsérvese gráfica 1).

³⁴ Una explicación por lo cual se encuentra disminuida significativamente la población indígena de más de 20 años en adelante, es que estos grupos sociales se encuentran en un fuerte proceso de a culturización, por lo cual, a pesar de haber nacido de padres indígenas, una parte significativa de ellos tiende a abandonar la práctica de la lengua indígena y a rechazar identificarse a sí mismos como pertenecientes a una etnia diferenciada (INEGI, 2009b: 13).



4.2.3.- Nivel de estudios

La escolaridad tiene una gran relevancia para darle forma al comportamiento demográfico, especialmente en las poblaciones étnicas localizadas en zonas rurales, ya que la formación escolar permite mayor interacción entre los sexos y fomenta el deseo por tener menos hijos (Troncozo, 2001: 6). Sin embargo, las barreras económicas, culturales, geográficas y en casos de monolingüismo del idioma, han limitado el acceso a los jóvenes indígenas al sistema escolar. A pesar de los avances que se han estado obteniendo en cuanto a formación educativa en indígenas en las últimas décadas, siguen estando notoriamente por debajo con respecto a aquellos que no son indígenas (Farell *et al*, 1999).

En las mujeres indígenas de América Latina, el analfabetismo es generalmente mucho mayor al de la población en general. Por citar un ejemplo, en Guatemala el analfabetismo de las mujeres indígenas es de 53%, mientras que el analfabetismo urbano es de 14% (OPS, 2003: 11). En México en el año de 1970, las mujeres indígenas estudiaban en promedio hasta tercero de primaria y para el año 2000, lo hacían hasta primero de secundaria. Aproximadamente, la mitad

de las mujeres indígenas en México no saben leer ni escribir. Un gran porcentaje de las mujeres indígenas son analfabetas o dejaron la escuela por tener que cumplir las actividades dentro del hogar (Ecandon, 2003: 35).

La información obtenida en campo nos indica que el nivel educativo de la población indígena es notoriamente inferior al promedio de educación en mujeres del país. Se puede observar que el 16.7% es analfabeta; el 61.11% cuenta con educación primaria solamente; un 22.22% curso la secundaria, y únicamente una sola persona logró terminar el nivel educativo medio superior; y por ello mismo, ninguna de las mujeres indígenas logró educación superior técnica o universitaria (Ver tabla 2).

Tabla 2.- Nivel de estudios de las mujeres otomíes del estado de Querétaro

Nivel de estudios	Número	Porcentaje
Sin educación	6	16.67
Primaria incompleta	10	27.78
Primaria completa	11	30.56
Secundaria incompleta	3	8.33
Secundaria completa o más	6	16.67
Total	36	100.0

4.3.- Estado civil

4.3.1.- Vía para contraer matrimonio

En México, prácticamente en todos los subgrupos sociales persisten patrones culturales que hacen del matrimonio una práctica universal. En nuestro país, el 95% de las mujeres, tanto indígenas como no indígenas, han contraído matrimonio o vivido en pareja antes de los 31 años (Troncoso, 2001: 5). En el caso concreto de los indígenas, existen varias prácticas culturales que hacen que la unión matrimonial sea una condición universal. Las personas obtienen reconocimiento social, se adquieren todos los derechos de los adultos y se puede formar públicamente parte de la comunidad sólo hasta casarse, es decir, una vez casados pueden heredar, encomendarles tierras y

posiciones, o pueden ocupar puestos comunitarios. Además, el matrimonio permite crear alianzas sociales entre grupos consanguíneos extendidos e incrementar las redes de apoyo (Serrano, 2003: 412).

Particularmente, para el caso de la población indígena otomí, la forma en que contraerán matrimonio los cónyuges dependerá en gran parte de los recursos económicos disponibles. Cuando las familias disponen de más dinero, se realiza la unión tanto por el civil como por la vía religiosa, siendo la boda religiosa bastante onerosa, pues significa tanto pagar los servicios a la iglesia como el ofrecer una fiesta lujosa a una gran cantidad de invitados. Por esta razón una gran parte de los otomíes sólo realizan boda civil, en donde el compromiso social es invitar a festejar a los firmantes en el registro civil. Por otro lado, se recurre a la unión libre sobre todo cuando se dio un embarazo no planeado.

El mayor porcentaje de las mujeres indígenas en edad reproductiva se une en pareja mediante el acto del matrimonio (61.11%). Si bien la mayor cantidad de las uniones se realizan por el civil y religioso (36.11%), son seguidas muy de cerca por las que solamente sellaban la unión por el acto civil (25.0%) y son rebasadas por la unión libre (27.78%). Por otro lado, sin tener ningún caso de unión realizada exclusivamente por vía religiosa, al parecer, el tipo de unión se relaciona con los recursos disponibles para la unión religiosa y se supedita a contraer matrimonio principalmente por la vía legal (Ver tabla 3).

Tabla 3.- Vía para contraer matrimonio de las mujeres otomíes del estado de Querétaro

Matrimonio	Total		Civil		Civil, religioso	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Casada	15	41.67	7	19.44	8	22.22
Viuda	4	11.11	1	2.78	3	8.33
Abandonada	1	2.78	0	0	1	2.78

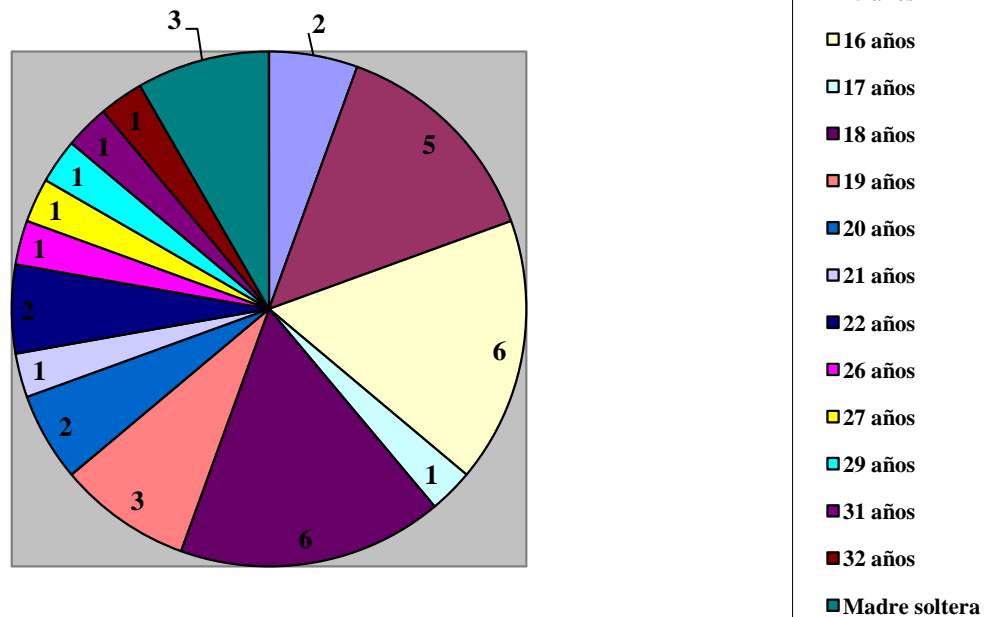
Unión Libre	10	27.78	0	0	0	0
Madre Soltera	4	11.11	0	0	0	0
Divorciada	2	5.56	1	2.78	1	2.78
Total	36	100	9	25.0	13	36.11

4.3.2.- Edad en que formó pareja por primera vez

En general, puede observarse que las mujeres indígenas en México contraen matrimonio a una edad mucho más temprana que el resto de las mujeres en el país. La probabilidad de que una mujer indígena contraiga matrimonio entre los 14 y 15 años es de 12.2%, casi cuatro veces mayor que las mujeres no indígenas (3.6%); entre los 25 y 16 años el 25% ya contrajo matrimonio, lo que representa casi el doble entre las mujeres no indígenas. Mientras que en las mujeres no indígenas la mitad de ellas se casa antes de los 21 años, en las indígenas lo hacen antes de cumplir los 19 años (Serrano, 2003: 412). Mientras que en las mujeres no indígenas el 90% de ellas se encuentran en vida conyugal a los 28 años, en las indígenas el mismo porcentaje están viviendo con su pareja a los 24 años (Troncoso, 2001: 5). En general los indígenas, tanto hombres como mujeres, tienen la edad promedio para contraer matrimonio o formar pareja, los 22 años (Vernon, 2004: 30).

Como puede observarse en los datos siguientes, las entrevistadas suelen iniciar su vida en pareja (y por lo tanto su vida sexual y reproductiva) a muy cortas edades. Siendo así, más de la mitad formó pareja siendo menor de edad y antes de los 30 años, un poco más del 85% de las mujeres habían hecho vida conyugal. A su vez, destaca que el 8.33% de las mujeres sean madres solteras, sobre todo en un medio cultural que valora la realización de la mujer a través del matrimonio (Ver gráfica 2).

Gráfica 2.- Edad en que forman pareja por primera vez las mujeres otomíes del estado de Querétaro



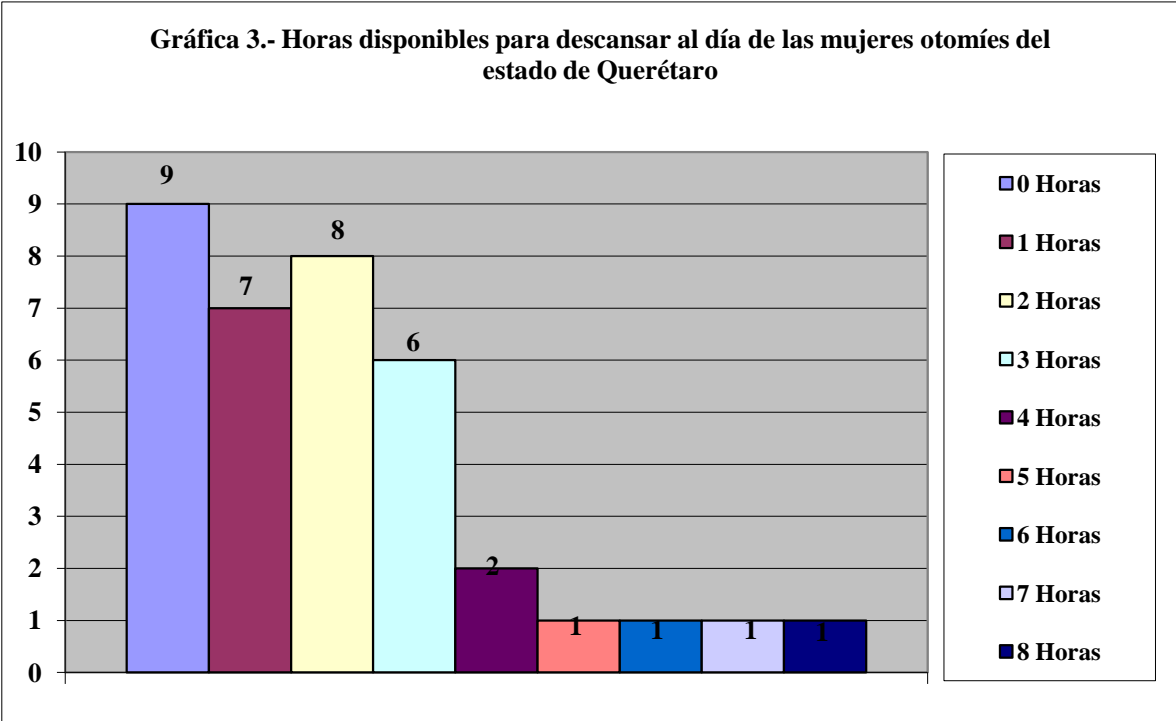
4.4.- Carga doméstica dentro del núcleo familiar

4.4.1.- Horas disponibles para descansar al día

Los pueblos indígenas mantienen estructuras sociales y culturales que favorecen las desigualdades de género. A pesar de que tanto hombres como mujeres suelen vivir en condición de marginalidad por su condición étnica, las mujeres acceden a los recursos para satisfacer sus necesidades básicas y de servicios de manera diferenciada, estando así en situación de doble vulnerabilidad, tanto por su condición de ser indígenas tanto por ser mujeres. Entre los pueblos indígenas de México hay actividades laborales y jornadas de trabajo asignadas dependiendo de cada sexo. Así, en el estado de Chiapas las mujeres trabajan un aproximado de entre 16 y 18 horas entre tareas domésticas, cuidado de animales, cuidado de los hijos y otras actividades laborales, mientras que los hombres trabajan 12 horas diarias principalmente en labores de campo (Limas, 2008: 4).

Cabe señalar que a pesar de las extenuantes jornadas de trabajo de las mujeres indígenas, en varias organizaciones gubernamentales de apoyo al campo, se les considera que ellas son sólo compañeras del productor y no son productoras en sí mismas. A su vez, casi nunca reciben dinero por el trabajo agrícola que desarrollan, la herencia y la tenencia de tierra es exclusiva de los hombres, no tienen acceso a crédito para la producción agrícola y muy rara vez se les permite en organizaciones comunales que sean ligerezas o representantes (Ecandon, 2003: 35).

Resulta impresionante percatarse que una de cada cuatro mujeres indígenas considera que no dispone de tiempo libre, casi el 85% de ellas interpreta que apenas cuenta con 3 horas al final del día para descansar, mientras que solamente 1 de 36 opina que dispone las 8 horas que por ley se debe de dedicar a actividades recreativas. Así, desde la perspectiva de estas mujeres, el trabajo de hogar es extenuante y sus compromisos para con el hogar y el resto de la familia no cesan en ningún momento (Ver gráfica 3).



4.4.2.- Actividades durante tiempo de ocio

En las comunidades indígenas, la autonomía de las mujeres está restringida por el contexto en el que viven, siendo así que ellas tienen que cumplir funciones de género que limitan la libertad de elección y acción para disponer de su tiempo (Cordero, 2010: 59). En las mujeres indígenas, el trabajo reproductivo y el trabajo productivo se entremezclan permanentemente, se hace difícil identificar los límites entre las prácticas económicas y las actividades domésticas. De la misma manera, es difícil identificar entre las actividades de trabajo no remunerado con las actividades de recreación o esparcimiento. Por ello, en los “tiempos libres”, se dedican a la fabricación de alimentos para el autoconsumo, elaboración de utensilios domésticos y ropas, o trueque de manufacturas con parientes o vecinas (Calcio y Velasco, 2005: 12).

De las mujeres que consideran que disponen de tiempo para descansar, en realidad continúan haciendo labores de hogar, como es el cuidar de los hijos 11.11% y bordar en un 16.67% (para confeccionar prendas o blancos para el hogar). Solamente el 5.56% de las mujeres entrevistadas realiza actividades en su tiempo que tienen la potencialidad de ser desarrolladas fuera de su hogar, como es el caso de la mujer que acude a la iglesia o la que conviva con gente en otros domicilios (Ver tabla 4).

Tabla 4.- Actividades durante el tiempo de ocio de las mujeres otomíes del estado de Querétaro

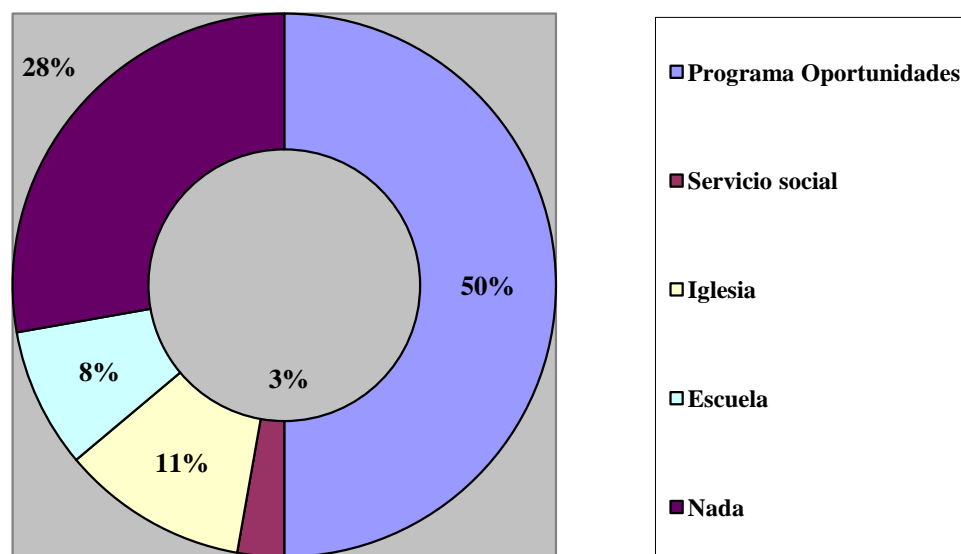
Actividades	Número	Porcentaje
Platicar con familia	3	8.33
Ver televisión	8	22.22
Jugar con la niña	4	11.11
Bordar	6	16.67
Iglesia	1	2.78
Ver televisión, platicar con familia	1	2.78
Ver televisión, bordar	2	5.56
Convivir con gente en otras casas	1	2.78
No descanso	10	27.78
Total	36	100.0

5.4.3.- Actividades dentro de su comunidad

Las mujeres indígenas tienen reticencia a participar en actividades comunitarias. En estas actividades asisten en su mayoría hombres. Esto es motivo para que el resto de las mujeres de la comunidad creen rumores de que la verdadera intención de las mujeres que participan en actividades laborales no sea tener un ingreso económico, sino tener la ocasión de relacionarse con varios hombres para tener un comportamiento sexualmente disoluto (Artía, 2003: 100). A las mujeres indígenas casadas se les enfatiza que su principal responsabilidad son las labores de la casa, donde sólo pueden ir a las reuniones comunales teniendo el permiso de sus esposos. Estando ahí, las mujeres no deben despertar sospechas platicando con otros hombres y la tradición dicta que no deben de participar en la toma de decisiones, pues ello significaría pretender que su voluntad estuviese a la par de los varones (Artía, 2003: 111).

Para indagar sobre la inserción de las mujeres indígenas en el ámbito público, se les cuestionó sobre si realizaban actividades para la comunidad. Aquí cobra especial relevancia el programa estatal Oportunidades, que al mismo tiempo que ofrece una modesta retribución económica, permite a las mujeres participar en asuntos públicos de su localidad, en la que están la mitad de las mujeres. Del resto de las mujeres, un 11.11% de ellas acude a la iglesia, un 8.33% atiende a las juntas de sus hijos en la escuela; y sólo una de las 36 realiza actividades como parte de su formación académica. Es preocupante que más de 1 de cada 4 mujeres indígenas considere que no realiza ninguna actividad más allá del espacio privado (Ver gráfica 4).

Gráfica 4.- Actividades dentro de su comunidad de las mujeres otomíes del estado de Querétaro



4.4.4.- Tiempo dedicado a la crianza de hijos

La cultura indígena crea condiciones de inequidad de género al educar a las mujeres para que dependan de los demás e introyectarles la idea de que deben de cuidar a otros. Se les inculca la idea de que el cuidado y la formación de los hijos son una actividad exclusiva de las mujeres, donde los hombres están desligados de la responsabilidad de atender a los menores (Ecandon, 2003: 34).

Salvo en los casos en donde las mujeres son de edad muy avanzada, la gran mayoría de las indígenas cuidan a los críos, ya sean sus hijos, sus nietos, sus sobrinos, o cualquier menor de edad con algún tipo de parentesco en un 63.89%. Las mujeres conseguirán un pequeño descanso en el cuidado de los menores cuando estos acuden a la escuela, pues esto les permite que reduzcan el tiempo dedicado a atender a sus hijos aproximadamente a 10 en un porcentaje de 13.89% (Ver tabla 5).

Tabla 5.- Tiempo dedicado a la crianza de hijos de las mujeres otomíes del estado de Querétaro

Tiempo dedicado	Número	Porcentaje
0 horas	0	0
1 hora	1	2.78
3 horas	1	2.78
4 horas	2	5.56
10 horas	5	13.89
12 horas	1	2.78
16 horas	1	2.78
18 horas	23	63.89
Total	34	94.44

4.4.5.- Familiares que apoyan para el cuidado de los hijos

En los pueblos indígenas existe una gran responsabilidad por mantener el bienestar de la colectividad por medio de la atención a todos los miembros, por ello, no tienen problemas en asignar el rol de cuidadores a varias personas, no solamente a la madre o a las mujeres de la familia extendida, sino también a otras mujeres que no tengan parentesco biológico³⁵ (OPS, 2003: 23).

Se puede apreciar cómo la familia extensa juega un papel importante en las comunidades indígenas. Si bien un significativo 38.89% de las mujeres entrevistadas realizan el cuidado de los vástagos solas, un 61.11% de ellas se apoyan con familiares para realizar esta actividad doméstica (Ver tabla 6).

Tabla 6.- Familiares que apoyan para el cuidado de los hijos en las mujeres otomíes del estado de Querétaro

Familiares	Número	Porcentaje
Hija (s)	9	25.0
Nuera (s)	2	5.56
Hermana	3	8.33
Hija (s) Nuera (s)	1	2.78

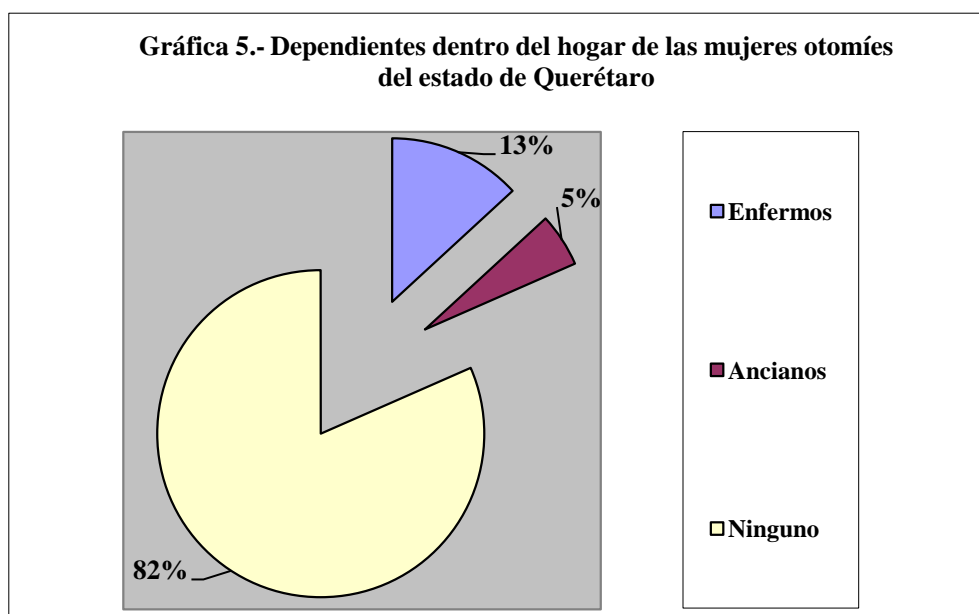
³⁵ Como fenómeno social emergente, destaca que ante la cada vez más presente participación laboral remunerada de las mujeres en los grupos indígenas y su consiguiente ausencia dentro del hogar, se ha dado una reestructuración emergente dentro de la familia, en donde la abuela ocupa el rol de cuidadora y madre substituta; nuevamente esta asignación de cuidar se le da exclusivamente a la mujer y por lo general esto no representa un ingreso económico para ella (Romero, 2008: 33).

Suegra	1	2.78
Madre	5	13.89
Hijo	1	2.78
Nadie	14	38.89
Total	36	100.0

4.4.6.- Dependientes dentro del hogar

La carga de trabajo que representa el cuidado de los enfermos, discapacitados y ancianos ha aumentado en las últimas décadas a las mujeres en México, pues las políticas de salud han optado por disminuir drásticamente sus inversiones en población dependiente, relegando esa función a las mujeres en el espacio privado (Romero, 2008: 32). Esto se hace bajo la controvertida presuposición gubernamental de que las mujeres están disponibles, preparadas, dispuestas y moralmente obligadas a proveer atención dentro del hogar en lugar de crear mecanismos institucionales gubernamentales. Incluso se están incorporando programas para que las mujeres sean quienes lleven a cabo las campañas de vacunación en lugar del personal de salud (González, 2002: 494).

En las comunidades indígenas cada integrante de la familia debe asumir roles prácticos para su grupo; debido a la escasez de recursos, salvo en muy extraordinarias circunstancias existe la posibilidad de que algún integrante no desarrolle actividades productivas (ya sea bien dentro o fuera del hogar). Así, aunque haya gente que se identifique como de edad avanzada o enferma de manera crónica (13.89% y 5.56% respectivamente), se identifica que la mayoría de estas personas se cuidan así mismas, evitando en la mayor medida posible representar una carga para el resto del núcleo familiar (Ver gráfica 5).



4.4.7.- Tiempo dedicado a la preparación de alimentos

El principal rol del hombre es el de proveer de los recursos a la familia, mientras que el de la mujer es realizar actividades domésticas (Troncoso, 2001: 9). Dentro de los indígenas, hay una clara especialización por género de habilidades por desarrollar y actividades por desempeñar. Las actividades que realizarán las mujeres en su vida diaria, dependerá en gran parte de los múltiples roles que les toca asumir, en el que se destacan principalmente todas aquellas actividades del hogar (Huenchuan, 2002: 129).

En las comunidades indígenas, la escasez de recursos hace que la mayoría de los hogares no cuente con aparatos para facilitarse la preparación de alimentos (refrigerador, licuadora, estufa, horno de microondas y demás) o que no cuenten o resulte demasiado onerosa la energía requerida para poner a funcionar estos aparatos (gas o luz), siendo que la mayoría del alimento lo obtienen fresco de su mismo entorno y se use leña para realizar la combustión en la cocina. Por ello, la mayoría de las mujeres indígenas requieren de entre 2 y 3 horas para preparar sus alimentos (55.55%), y un 38.89% de ellas invierte entre 4 a 8 horas en la preparación de los 3 alimentos del día, significando una mayor carga laboral dentro del hogar (Ver tabla 7).

Tabla 7.- Tiempo dedicado a la preparación de alimentos de las mujeres otomíes del estado de Querétaro

Tiempo dedicado	Número	Porcentaje
No	1	2.78
1 hora	1	2.78
2 horas	10	27.78
3 horas	10	27.78
4 horas	5	13.89
5 horas	6	16.67
6 horas	1	2.78
8 horas	2	5.56
Total	36	100.0

4.4.8.- Familiares que apoyan a la preparación de alimentos

Puede distinguirse en trabajo de campo que las tareas del hogar no es una actividad que sea exclusiva de la madre, sino que esta actividad también es asignada a las hijas mujeres desde que éstas tienen muy corta edad, pues un 36.11% de las mujeres reciben el apoyo de sus hijas para realizar la comida. Es importante destacar que aunque de manera emergente, se dan casos en las comunidades indígenas en donde el hombre también colabora en la preparación de alimentos, siendo el esposo en un 5.56% y un 2.78% los casos en que los varones también asumen dicha responsabilidad (Ver tabla 8).

Tabla 8.- Familiares que apoyan para la preparación de alimentos en las mujeres otomíes del estado de Querétaro

Familiares	Número	Porcentaje
Hija (s)	13	36.11
Nuera (s)	2	5.56
Madre	5	13.89
Esposo	2	5.56
Hijo (s)	1	2.78
Nadie	13	36.11
Total	36	100

Aunada a la tabla anterior, se puede observar que si bien los hombres comienzan a inmiscuirse en las labores dentro de la cocina, esto sólo lo realizan de manera de “apoyo”, relegando aún la mayor parte de la responsabilidad de esta tarea a las mujeres. Pues tanto los esposos como los hijos participan haciendo comida sólo una hora en todos los casos registrados, mientras que el resto de los integrantes de la familia del sexo femenino colaboran en la cocina de manera casi a la par a la de la madre (Ver tabla 9).

Tabla 9.- Tiempo dedicado a la preparación de alimentos en las mujeres otomíes del estado de Querétaro

	1 hora		2 horas		3 horas		4 horas		5 horas		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Hija (s)	5	13.89	2	5.56	4	11.11	1	2.78	1	2.78	13	36.11
Nuera (s)	0	0	2	5.56	0	0	0	0	0	0	2	5.56
Madre	0	0	2	5.56	3	8.33	0	0	0	0	5	13.89
Esposo	2	5.56	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5.56
Hijo (s)	1	2.78	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2.78
Total	8	22.22	6	16.67	7	19.44	1	2.78	1	2.78	23	63.89

4.4.9.- Tiempo dedicado al día a limpiar el hogar

En el mundo indígena, hay una especialización muy marcada de actividades y expectativas de vida de acuerdo con los modelos que se tengan de lo que es ser “hombre” o “mujer” (Figueroa-Perea, 2010: 134). Así, las posibilidades de salud, educación, empleo y control sobre su reproducción, por citar algunos, tiene relación directa con las negociaciones de poder y el estatus de las mujeres que se desarrolle dentro de cada etnia en general y dentro de cada unidad familiar en particular (Levine, 2006: 1).

Lo primero que destaca en la tabla siguiente, es la gran variabilidad de los resultados, sin que se presente de manera significativa una opción que destaque por su frecuencia. Quizá esto se deba a lo que las mujeres hayan significado por “hacer la limpieza”, en donde las que dedicaron

pocas horas al día se figuraron limpiar exclusivamente dentro de la casa; las que pensaron una cantidad media de horas al día hayan contemplado la limpieza de la casa y el traspatio; mientras que las que declararon dedicarle la mayor parte del día a la limpieza hayan sido suponiendo que esto incluía casa, traspatio y chiqueros (Ver tabla 10).

Tabla 10.- Tiempo dedicado al día a limpiar el hogar de las mujeres otomíes del estado de Querétaro

Tiempo dedicado	Número	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1 hora	5	13.89	13.89
2 horas	4	11.11	25.0
3 horas	3	8.33	33.33
4 horas	6	16.67	50.0
5 horas	3	8.33	63.89
6 horas	2	5.56	69.44
8 horas	4	11.11	80.56
10 horas	4	11.11	91.67
12 horas	2	5.56	97.22
18 horas	3	8.33	100.0
Total	36	100.0	

4.4.10.- Familiares que apoyan para la limpieza del hogar

Los indígenas responden a patrones culturales familiares tradicionales, que les confiere a las mujeres una gran importancia simbólica de la maternidad y la vida en el hogar, por lo que se reconocerá socialmente a las mujeres que tengan muchos hijos y permanezcan la mayor parte del tiempo posible adentro de su hogar. Sin embargo, se están produciendo transformaciones en las comunidades indígenas con respecto a la condición de las mujeres, donde se busca la igualdad de oportunidades, de género y una mayor libertad de elección en diversos aspectos de la vida cotidiana, concretamente la asignación de actividades dentro de la vida familiar (Paz-Gómez, 2010: 118).

Una de las explicaciones por las cuales en las comunidades indígenas las labores dentro del hogar no se restringen al núcleo familiar (hijos, padres), sino se generaliza a la familia

extensa (Nueras), es porque bajo un mismo techo suele vivir más de una familia. Así, no es raro que una hija o un hijo con pareja sigan viviendo en la casa de sus padres, y por ello tanto la madre como la hija, como la nuera, se distribuyen la carga laboral dentro del hogar (Ver tabla 11).

Tabla 11.- Familiares que apoyan la limpieza del hogar en las mujeres otomíes del estado de Querétaro

Familiares que apoyan	Número	Porcentaje
Hija (s)	10	27.78
Nuera (s)	2	5.56
Madre	6	16.67
Esposo	1	2.78
Hijo (s)	3	8.33
Nadie	14	38.89
Total	36	100.0

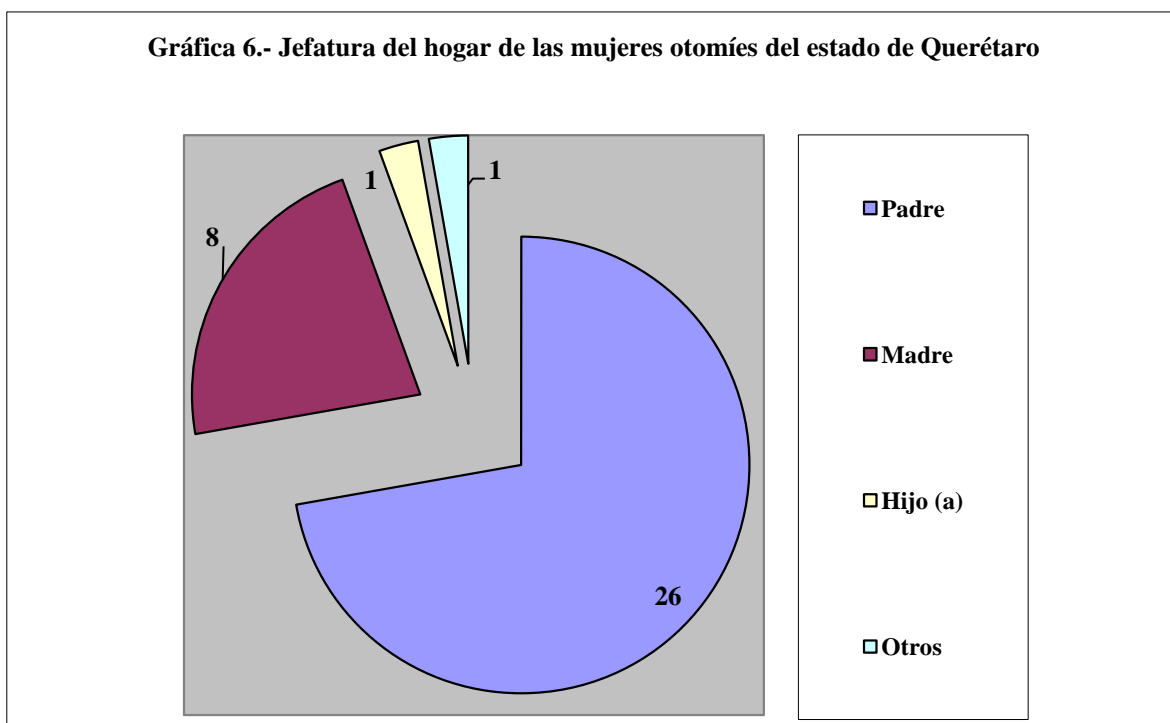
4.5.- Distribución del ingreso dentro del núcleo familiar

4.5.1.- Jefatura dentro del hogar

Al jefe de hogar se le dan generalmente dos atributos: la persona que tiene mayor autoridad en la toma de decisiones y/o aquella que es la única o la que más aporta para el sostén económico. Históricamente, en México la jefatura del hogar ha sido ejercida casi en su totalidad por los hombres pero de manera paulatina, puede identificarse una mayor participación de las mujeres. En 1976 el 13.5% de las mujeres encabezaban el hogar, para 1992 esta proporción cambió al 16.5% y ya para el año 2000, poco más de la quinta parte de los hogares (con 20.6%) tenían como principal actor estos en el país a una mujer. La razón de este fenómeno es ocasionada por el aumento del divorcio, por la viudez de las mujeres y por las madres solteras; y en el espacio rural, sobre todo por la migración laboral masculina. También destaca el hecho de que el ingreso superior no es razón suficiente para que a las mujeres se le atribuya la jefatura dentro del hogar, ya que en México en el año 2000, cuando era una mujer la que tenía los mayores ingresos en el núcleo familiar, en sólo 38% por ciento de los casos ocupaba el cargo como cabecera de la

familia, mientras que en un 33% se identificaba al esposo como jefe del hogar, y en un 23% identificaban al padre como el jefe del hogar (Inmujeres, 2003: 30).

En las comunidades indígenas fuertemente patriarcales, quien aporta el mayor ingreso familiar y quien asume la dirección del núcleo familiar suele ser el padre, en el 72.22% de los casos. Cuando la Madre asume la jefatura del hogar (22.22%), no es porque el padre haya cedido su dominio, sino porque está ausente, ya sea por viudez, por abandono, o porque la mujer es madre soltera y nunca contó con el apoyo masculino (Ver gráfica 6).



4.5.2.- Actividad laboral del jefe del hogar

En el medio rural de México, en el año 2000, vivían aproximadamente 12 millones de mujeres y aproximadamente 10 millones de ellas se sostenían del cultivo de la tierra. Por lo general, las mujeres se dedican a la producción del mismo cultivo al que se dedica su pareja; se realiza un solo tipo de cultivo y reproduce en pequeñas cantidades (casi todo dedicado al autoconsumo).

Otro tipo de actividades son las agropecuarias, las de la avicultura, el pastoreo, las artesanías y el bordado. Estas actividades se consideran como secundarias (a los quehaceres del hogar) y con una escasa remuneración (Ecandon, 2003: 35).

Los indígenas dentro del medio rural se encuentran fuertemente arraigados a su tierra y en la mayoría de los casos se dedican a actividades agrícolas (47.22% campesino y 25% jornalero). Sin embargo, algunos pocos se han diversificado a actividades más propias de los centros urbanos, ya sea en su misma comunidad o con migración a la cabecera municipal más cercana, mediante actividades como albañilería (8.33%); empleado de negocios (8.33%); realizando oficios (5.56%); trabajando en la industria (2.78%); o siendo vendedor a pequeña escala (2.78%) (Ver tabla 12).

Tabla 12.- Actividad laboral del jefe del hogar de los otomíes del estado de Querétaro.

Actividad laboral del jefe del hogar	Número	Porcentaje
Campesino (a)	17	47.22
Jornalero (a)	9	25.0
Albañil	3	8.33
Empleado (a)	3	8.33
Oficios	2	5.56
Obrero (a)	1	2.78
Vendedor (a)	1	2.78
Total	36	100.0

4.5.3.- Ingresos mensuales dentro del hogar

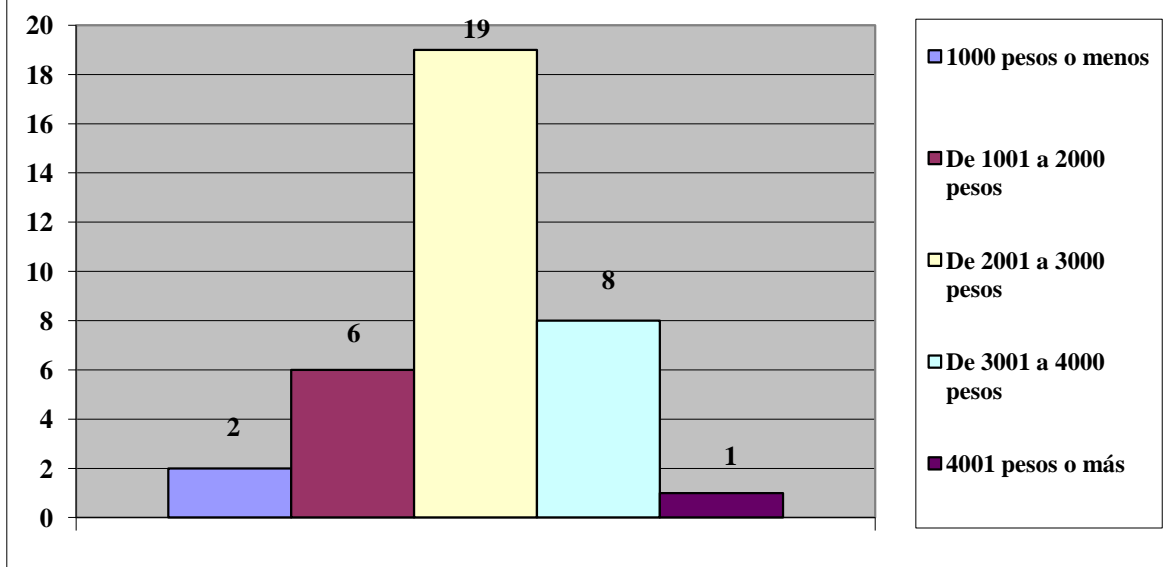
Las mujeres indígenas suelen estar peor pagadas que los hombres indígenas, aunque se desarrollen las mismas actividades productivas; y no sólo eso, sino que también las condiciones laborales de las mujeres indígenas son menos favorables:

1. Oposición cultural a que las mujeres tengan ingresos propios.
2. Mayores niveles de desempleo en mujeres.

3. Las mujeres indígenas trabajan más porque el trabajo productivo no las exenta de su trabajo reproductivo.
4. El trabajo de las mujeres se ubica como de medio tiempo. En México, el 70% de los trabajos de medio tiempo son ocupados por mujeres.
5. Las mujeres suelen ocupar labores de menos remuneración y prestigio, muchas veces siendo ellas las empleadas de los hombres.
6. En general, a las mujeres en el medio rural se les paga el 30% de lo que un hombre recibe por el mismo trabajo.
7. El embarazo interrumpe la carrera laboral, impidiendo que asciendan de puesto o generen antigüedad, agravando esta situación, los empleadores suelen despedirlas de su trabajo durante el periodo de gestación y lactancia (González, 2002: 495).

El nivel socioeconómico de los indígenas del medio rural suele ser bajo. Los ingresos en un 75% de los casos no rebasan los 3 mil pesos mensuales y de las parejas de las mujeres entrevistadas, ninguno tiene ingresos superiores a los 5 mil pesos. Sin embargo, habría de considerarse que casi todos estos núcleos familiares cuentan con tierras, huertos o la naturaleza misma para proveerse de alimentos, combustible y todo tipo de bienes, por lo que se recomienda no asumir que el nivel socioeconómico corresponde directamente del ingreso económico (Ver gráfica 7).

Gráfica 7.- Ingresos mensuales dentro del hogar de los otomíes del estado de Querétaro



4.5.4.- Ingresos mensuales de la madre

La nueva dinámica económica necesita un abaratamiento de la mano de obra y una reposición más fluida del elemento humano para hacer viable la anulación de derechos laborales (como la jubilación, incapacidad por accidentes, vacaciones y otros). Por ello, la dinámica económica busca retirar a las mujeres de las actividades reproductivas existentes en la esfera doméstica e incorporar a éstas a las actividades laborales. Sin embargo, la mayoría de los puestos asalariados de las mujeres de la clase trabajadora suelen ser una extensión de las actividades domésticas, con bajos salarios y una gran explotación física (Romero, 2008: 30).

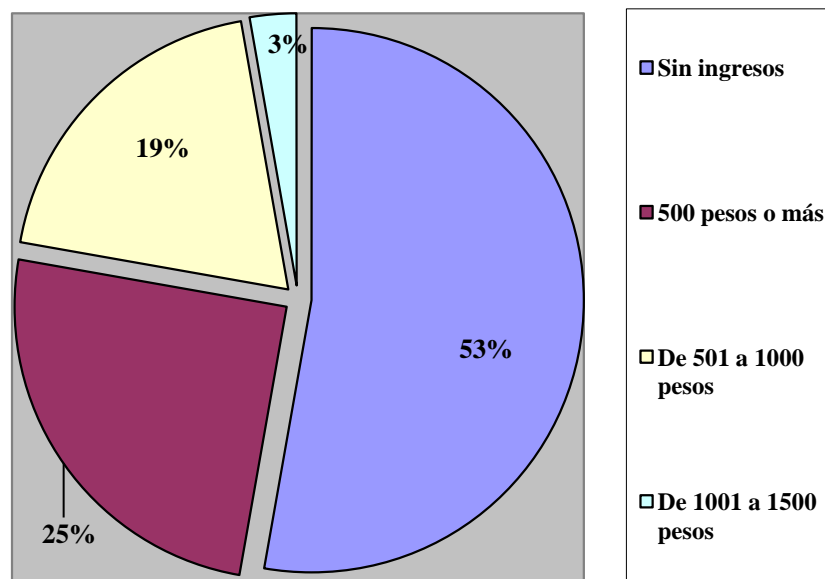
Es notorio cómo a partir de la caída real de los salarios en las últimas 3 décadas, se ha obligado a las mujeres a integrarse al mercado de trabajo, teniendo que aceptar condiciones laborales más precarias e ingresos menores a los hombres. Por su puesto, la incorporación de la mujer al mundo laboral no la exenta del trabajo dentro del hogar, por lo que se puede hablar de una gran intensificación laboral femenina en una doble jornada laboral, una dentro del hogar y

otra fuera de éste. En promedio, en el año 2000 las mujeres trabajaban 66 horas a la semana, dedicando 37 de estas horas al trabajo doméstico y 29 horas a trabajo extra-doméstico, mientras que los hombres en promedio trabajan 60 horas a la semana, siendo sólo 11 de ellas dedicadas al trabajo dentro del hogar (Inmujeres, 2003: 31).

En general, los indígenas en edad productiva participan en el mercado laboral asalariado en una proporción menor a la de la población no indígena (65% y 74%, respectivamente), y reciben menos remuneración por su trabajo, siendo que una comunidad indígena en promedio tiene ingresos 20% menores al de las comunidades no indígenas (Limas, 2008: 9). Dentro de la misma población indígena, el sueldo de las mujeres es una fracción del de los hombres, siendo que ellas reciben solo el 31% de lo que gana un hombre indígena por la misma actividad. Dentro de la economía familiar en la asignación de roles, la mujer suele mantenerse en situación de subordinada, mientras que el hombre mantiene su identidad como trabajador independiente. Por citar un ejemplo, si el núcleo familiar se dedica a la cría de animales, la mujer es quien los alienta y pastorea mientras que el hombre es quien los vende (Calcio y Velasco, 2005: 9).

La mayor parte de las mujeres indígenas no realiza ninguna actividad remunerativa (52.78%), y cuando la realiza, difícilmente ésta podría servir para lograr independencia económica, ya que el 25% de las mujeres tiene ingresos inferiores a 500 pesos mensuales. Dicha desproporción de ingresos de la madre con respecto del padre, nos da un indicio de la distribución de poderes entre la pareja dentro del núcleo familiar (Ver gráfica 8).

Gráfica 8.- Ingresos mensuales de la madre en los otomíes del estado de Querétaro



4.6.- Formación en relaciones de género

4.6.1.- Responsabilidades infantiles por género

Una de las justificaciones por las cuales los indígenas ofrecen pocas oportunidades educativas a sus hijas, es el hecho de que se espera de ellas que a corta edad contraigan matrimonio y se dediquen de tiempo completo al cuidado del hogar, haciendo innecesario gastos en educación que vayan más allá de aprender a leer y escribir (Artía, 2003: 100). Por el contrario, cuando hay posibilidades de destinar recursos en la educación, estos son encausados a los varones, pues se tiene la idea que son ellos los que desarrollaran vida pública en la comunidad y vida productiva para la familia, por ello se les debe de dotar de herramientas como la escritura y las matemáticas³⁶ (Calfio y Velasco, 2005: 8). Incluso dentro de la escuela, se puede observar

³⁶ Por sorprendente que resulte, muchas mujeres indígenas no pueden acceder a la escuela debido a que los padres ni siquiera levantan un acta de nacimiento en el registro civil a sus hijas (Artía, 2003:113).

patrones culturales que dificultan el aprendizaje en las niñas desde las edades más tempranas, con lo que se reproduce y perpetúa la exclusión social (Sichra, 2004: 21).

Todo lo anterior nos da como resultado que el analfabetismo en mujeres indígenas de las zonas rurales esté más acentuado que en la población de hombres indígenas. En el grupo de edad de más de 60 años, las mujeres analfabetas indígenas eran en el año del 2005 el 85%, mientras que los hombres indígenas analfabetas fue de 65%: en grupos de edad más recientes, la brecha por sexo disminuye, pero aún está presente, siendo que el analfabetismo en ellas es de 20% y el de ellos es de 12% (Limas, 2008: 8).

Desde temprana edad, la asignación de roles por género se da de manera diferenciada entre la población indígena del medio rural en México. El mayor porcentaje de las entrevistadas (27.78) afirmó que a las mujeres niñas se les inicia en el aprendizaje de las actividades domésticas, cuando a los niños varones se les encargan labores sencillas en el campo. Es de destacarse que un 16.67% entendieron que mientras a las mujeres se les encarga labores dentro del hogar desde la más tierna infancia, los niños no cuentan con ningún tipo de responsabilidad y pueden dedicarse exclusivamente a jugar (Ver tabla 13).

Tabla 13.- Responsabilidades infantiles por género de los otomíes del estado de Querétaro

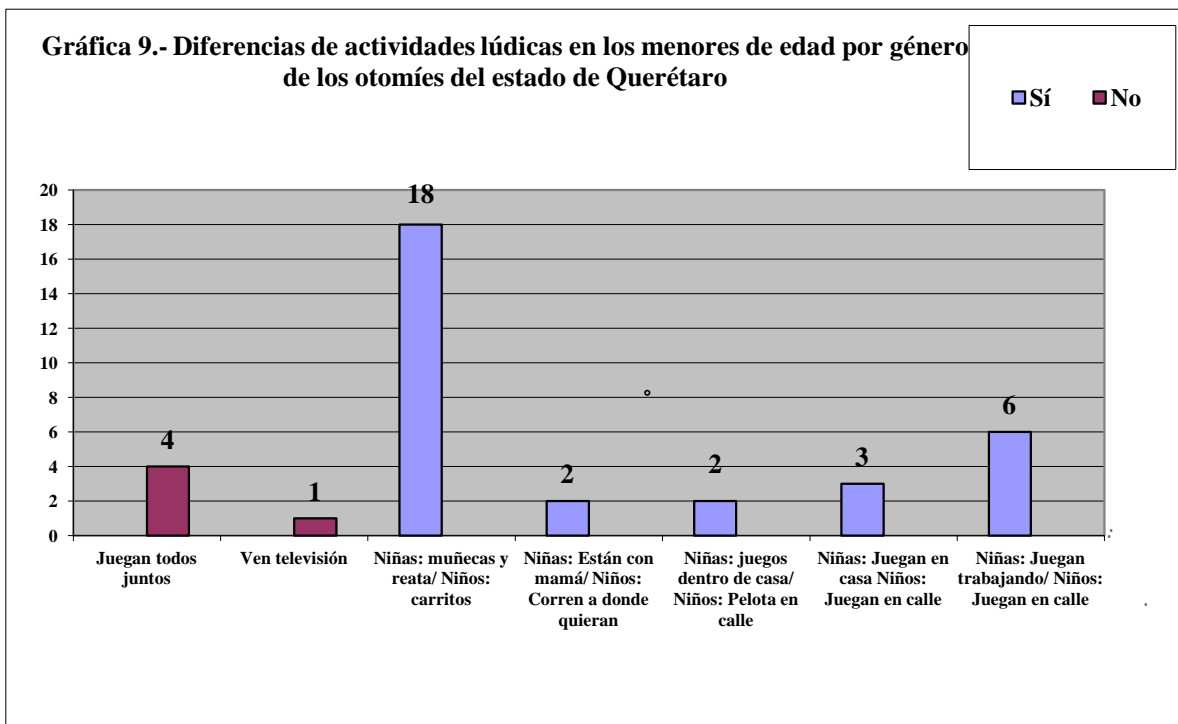
Responsabilidades infantiles	Sí		No		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Van a escuela, hacen tareas	0	0	2	5.56	2	5.56
Hacen tareas	0	0	2	5.56	2	5.56
Van a la escuela	0	0	2	5.56	2	5.56
Mujer: limpiar Hombre: Juntar basura en campo	10	27.78	0	0	10	27.78
Tiene solo hijas mujeres	0	0	3	8.33	3	8.33
Mujer: Traer cosas Hombre: Nada más juegan	6	16.67	0	0	6	16.67
Tiene sólo hijos varones	0	0	1	2.78	1	2.78
Todos se acomiden	0	0	7	19.44	7	19.44
Hacen mandados	1	2.78	0	0	1	2.78
M: Casa H:Calle	2	5.56	0	0	2	5.56
Total	19	100	17	47.22	36	100.0

4.6.2.- Diferencias de actividades lúdicas en los menores de edad por género

Las niñas indígenas son el grupo más vulnerable de la sociedad en México, pues concentran la subordinación generacional, la desigualdad de género y la discriminación racial y étnica. Desde la infancia deben de tener claro su división de trabajo por sexo y edad, limitándoles su espacio de acción dentro del hogar y teniendo posibilidades de decisión y representación casi inexistentes (Sichra, 2004: 20). Desde niñas, las mujeres indígenas deben cumplir con tareas domésticas predeterminadas: cuidar de la cocina, cuidar a los hermanos menores y demás. Incluso sus juegos deben de estar orientados a formarlas en dichas actividades (Calcio y Velasco, 2005:8). Las mujeres tienen acotado sus espacios, tanto temporales como físicos, al ámbito del hogar, dirigiendo todas sus actividades lúdicas, formativas y productivas a dicho espacio simbólico (Huenchuan, 2002: 132).

Sin embargo, la asignación tradicional de roles por género de los indígenas está en pleno proceso de transformación, principalmente por la creciente importancia de la presencia de la mujer en el sistema educativo y por su cada vez mayor participación en el mercado de trabajo (Serrano, 2003: 411).

Al igual que las actividades encomendadas, los juegos son preparativos de lo que se esperará que sean las expectativas de vida de los niños. Así, una parte significativa de los casos (50%), dice que a los niños indígenas se les infunde la idea que lo que se espera por género. Hay una diferencia en los hombres que en las mujeres: las chicas habrán de orientar sus intereses a las relaciones interpersonales (muñecas), mientras que los hombres encontrarán satisfacción en objetivar su entorno (carritos). También destacan las respuestas en donde la niña se le asigna el espacio hogareño para que se desenvuelvan, mientras que a los niños se les pone en la calle, en el espacio público, para que ahí se diviertan (8.33%) (Ver gráfica 9).



4.6.3.- Compromisos juveniles por género

En muchas sociedades indígenas la diferencia de géneros se hace más marcada en cuanto se alcanza la juventud, haciéndose totalmente diferenciadas la imagen, los modos de comportarse, las tareas y las actividades (Calcio y Velasco, 2005:3). Desde temprana edad, se prepara a las mujeres indígenas para estar en casa, tener muchos hijos, hacer el aseo del hogar y tener preparada la comida a tiempo. Los padres insisten en que las hijas no salgan de la casa ni para asistir a la iglesia, pues ellas han nacido para estar confinadas en casa preparando tortillas (Artía, 2003: 113).

Es importante destacar que estas diferencias de género son interpretadas por las mujeres indígenas como injustas y como una forma de discriminación hacia su persona. Sienten este rechazo por parte de los hombres indígenas de su sociedad y por el resto de la población no

indígena que interactúa con ellas: maestros, médicos, funcionarios públicos y promotores de desarrollo. Sin embargo, se pueden presenciar cambios en las nuevas generaciones indígenas, y las jóvenes tienen una autoestima más alta, una mayor conciencia de su identidad y un mayor impulso a defender sus derechos (Calcio y Velasco, 2005: 3).

Al igual que en la infancia, en las mujeres adolescentes se espera que se responsabilicen de las labores del hogar, mientras que la obligación de los hombres es atender el campo (47.22%). Destaca que en el 5.56% de los casos, mientras los deberes de la mujer son para el hogar, en el hombre se les imponga la educación como una forma de orientarlos hacia las labores remuneradas de mayor calificación (Ver tabla 14).

Tabla 14.- Compromisos juveniles por género de los otomíes del estado de Querétaro

Compromisos juveniles	Sí		No		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Mujer: Ayudan en casa Hombre: Campo	17	47.22	0	0	17	47.22
Mujer: Hogar Hombre: Afuera de casa	7	19.44	0	0	7	19.44
Mujer: limpieza Hombre: Estudiar	2	5.56	0	0	2	5.56
Todos hacen de todo	0	0	2	5.56	2	5.56
Todos ayudan en el campo	0	0	2	5.56	2	5.56
Mujer: Casi no salen de casa Hombre: Amigos	2	5.56	0	0	2	5.56
Escuela, tarea	0	0	2	5.56	2	5.56
Mujer= Aseo Hombre= Hace lo que quiere	2	5.56	0	0	2	5.56
Total	30	83.33	6	16.67	36	100.0

4.6.4.- *Esparcimiento juvenil por género*

Desde temprana edad, las mujeres indígenas son educadas para entender al espacio público como sumamente riesgoso para ellas, debido a que otros hombres tienen la idea que las pueden acosar sexualmente o engañarlas de muy diversas maneras. Por ello, deben optar por permanecer en el espacio privado o salir de él sólo de manera esporádica y con muchas precauciones (Artúa, 2003: 100).

Para las mujeres indígenas que inician su edad sexual y reproductiva a temprana edad, la adolescencia es la tras-puerta de lo que será en poco tiempo sus compromisos como mujeres al frente del hogar. Así, se destaca que en un porcentaje significativo de las entrevistadas, éstas asuman que desde la pubertad y la adolescencia las mujeres indígenas deben ser conscientes que no habrá diversión, mientras que en los hombres jóvenes, pueden ir a entretenerse a la plaza (16.67%) (Ver tabla 15).

Tabla 15.- Esparcimiento juvenil por género de los otomíes del estado de Querétaro

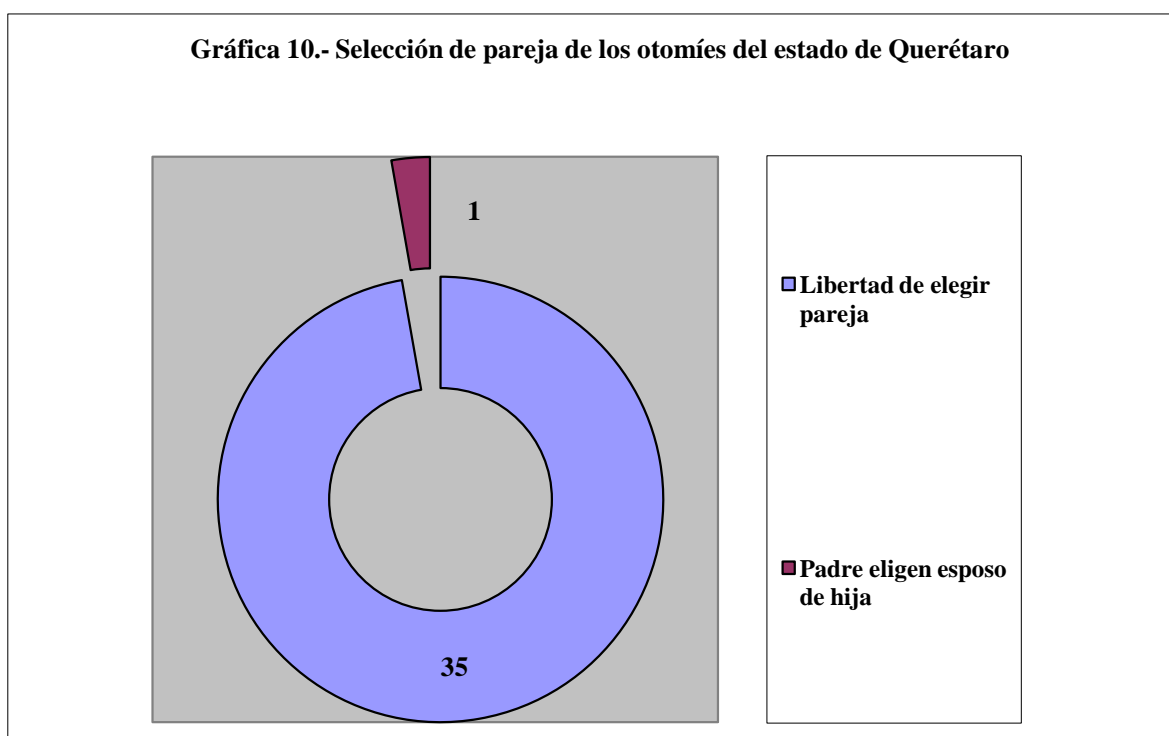
Esparcimiento juvenil	Sí		No		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Mujer: En casa Hombre: En calle	11	30.56	1	2.78	12	33.33
M: Ven televisión o hacen tarea H: En calle	5	13.89	0	0	5	13.89
M: No diversión H: Se van a la plaza	6	16.67	0	0	6	16.67
Van a la cancha a jugar y buscar pareja	0	0	3	8.33	3	8.33
M: Sólo quehacer H: Sólo trabajo en campo	7	19.44	0	0	7	19.44
Se pasean en familia todos juntos	0	0	1	2.78	1	2.78
Todos trabajan en campo	0	0	1	2.78	1	2.78
Mujer: Quehacer Hombre: tomar	1	2.78	0	0	1	2.78
Total	30	83.33	6	16.67	36	100.0

4.6.5.- *Selección de pareja*

Para los indígenas, la búsqueda de matrimonio y el procrear hijos son dos actividades que no pueden ser separadas una de otra. En cuanto una pareja contrae matrimonio, buscará de inmediato tener su primer hijo; y en caso de embarazo prematrimonial, se buscará de inmediato el matrimonio para lograr legitimación social. En ciertas etnias existe la tradición de que las parejas

son acordadas por los padres; también en ciertos grupos culturales la elección la hace el hombre sin que importe si hay consentimiento por parte de la mujer. Sin embargo, en lo que a la etnia otomí respecta, la elección de la pareja se hace por mutuo consentimiento (Troncoso, 2001: 9).

La libertad de elegir pareja en los novios deja reflejado que la influencia del grupo familiar ha disminuido para dar lugar al individualismo; y más el concreto, la libertad de elegir pareja en la mujer pone de manifiesto un relajamiento del sistema patriarcal. Aunque en la mayoría de los casos, la elección del cónyuge por parte de la mujer fue libre, aún persisten casos aislados de mujeres a las cuales se les impone el matrimonio (Ver gráfica 10).

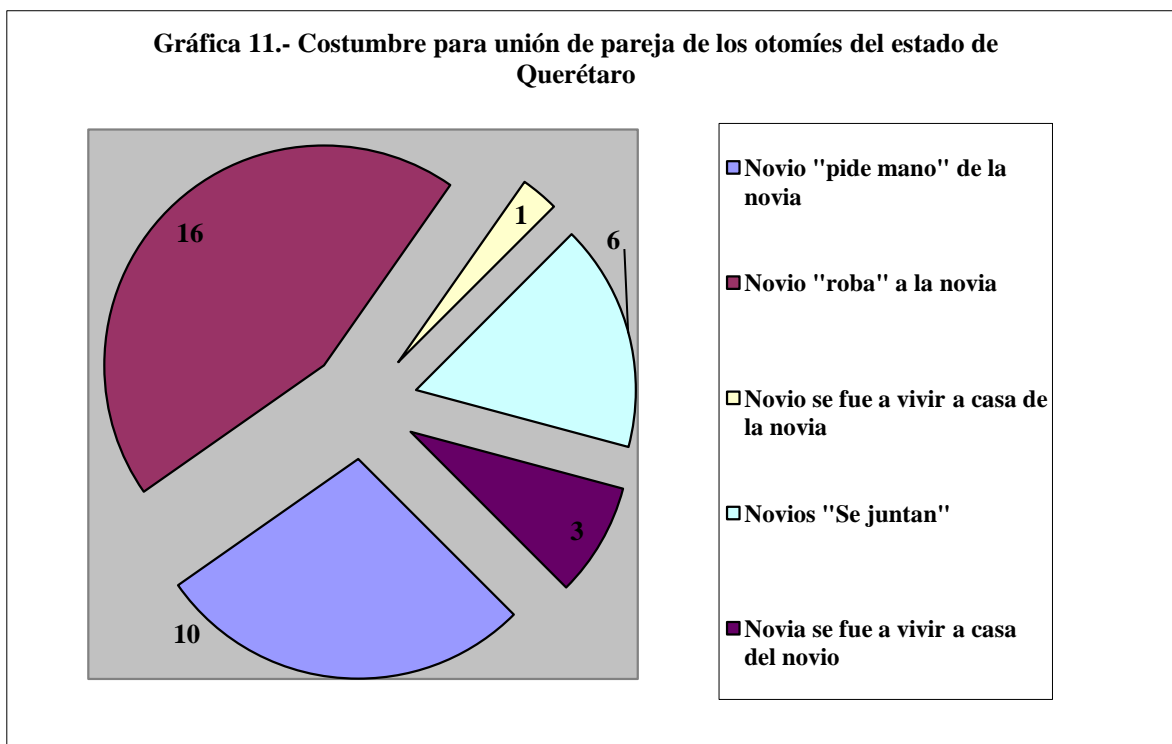


4.6.6.- Costumbre para unión de parejas

En cuanto a las relaciones de pareja, se les instruye a las niñas que deben respetar al hombre, a captar que él sea quien mande en la casa y a que ellas obedezcan sin contestar. Se les educa en la idea de que el hombre tiene derecho a regañar y a golpear a las mujeres, porque la resignación al

maltrato es lo esperado en una esposa. Existen también comportamientos sexuales y reproductivos esperados en una mujer indígena: la mujer debe de llegar virgen al matrimonio, mantener relaciones sexuales con la intención de satisfacer a su marido sin interesar si ellas disfruten o no el encuentro sexual, y que hay que tener la cantidad de hijos “*que Dios mande*” (Artía, 2003: 111).

La forma en que se realiza la unión de la pareja pone de manifiesto tanto la aprobación del grupo social como la voluntad entre los cónyuges de realizar esta unión. En la población indígena en la mayoría de los casos (44.44%), el novio “roba” a la novia, es decir, el hombre toma a la mujer para llevarla a vivir a su domicilio a tener vida marital sin el consentimiento de los padres o el grupo social, y muchas veces, también sin el consentimiento de la mujer (Ver gráfica 11).



4.6.7.- Diferencias de labores en las personas unidas por género

El uso del tiempo libre es un claro reflejo de la asignación de roles por género y a los papeles sexuales socialmente admitidos. Por lo general, a la mujer se le encomienda el trabajo doméstico y hacerse cargo de los niños, mientras que en el hombre es tradición que haga trabajo extradoméstico y participe en actividades públicas (Inmujeres, 2003:35). Cuando en el seno matrimonial existe una imposición de actividades del hombre contrarias a la voluntad de la mujer, se puede hablar de violencia. Por lo general, el hombre justifica el ejercicio de la violencia contra la mujer como un derecho suyo, donde la finalidad de sus acciones son castigar a la mujer por el incumplimiento de sus obligaciones³⁷ (Ecandon, 2003).

Se espera que el proceso formativo, en cuanto a la asignaciones de roles de género, se encuentre consolidado para cuando las personas formen vida en pareja. Así, en las comunidades indígenas se establece que en un 41.67% de los casos la mujer se dedique a la casa mientras que el hombre al campo; y más concretamente, en un 38.89% de los casos se asume que el hombre trabajará y llevará ingresos a la casa, mientras que la mujer hará labores en el hogar, que al no ser retribuidas económicamente, no cuentan como trabajo. Sólo en un pequeño porcentaje (8.33%) el trabajo es realizado por igual entre el padre y la madre (Ver tabla 16).

Tabla 16.- Diferencias de labores en las personas unidas por género de los otomíes del estado de Querétaro

³⁷ De hecho, las mujeres indígenas perciben que se violenta contra ellas en situaciones como éstas:

- 1) Cuando el esposo no da el gasto.
- 2) Cuando el esposo se adueña de las pertenencias, dinero o herencia de la mujer.
- 3) Cuando no la dejan salir sola de la casa.
- 4) Cuando no la dejan visitar a su familia.
- 5) Cuando el esposo se impone en la toma de decisiones.
- 6) Cuando la suegra u otro pariente de la familia del esposo impone sus decisiones.
- 7) Cuando el trabajo en el hogar es demasiado.
- 8) Cuando el esposo no toma en cuenta la opinión de la mujer de cuándo y cuántos hijos tener.
- 9) Cuando el esposo obliga a la esposa a tener relaciones sexuales.
- 10) Cuando se da incesto.
- 11) Cuando el esposo grita o golpea a las mujeres dentro del hogar (Ecandon, 2003).

Diferencias de labores	Sí		No		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Mujer: Casa Hombre: Campo	15	41.67	0	0	15	41.67
Mujer: Hogar Hombre: Trabajar	14	38.89	0	0	14	38.89
Ambos trabajan en campo	0	0	3	8.33	3	8.33
M: Hace todo H: No tiene compromisos	1	2.78	0	0	1	2.78
Mujer: en casa Hombre: es libre	1	2.78	0	0	1	2.78
Mujer: Casa Hombre: migrar	2	5.56	0	0	2	5.56

4.6.8.- Entretenimiento de personas unidas por género

Las mujeres que salen solas a la calle son reprimidas socialmente de diversas formas. Los hombres indígenas acosan sexualmente a las mujeres por medio de comentarios de índole sexual, tocando sin consentimiento a las mujeres e incluso mediante violaciones. Las mujeres indígenas difaman a las mujeres que salen solas a la calle afirmando que salen a prostituirse o a tener relaciones sexuales extramaritales (Mejía, 2010). Las mujeres que en el mundo indígena tratan de hacer valer sus derechos de género son fuertemente criticadas, especialmente por sus propias congéneres, siendo así que ellas mismas las que reafirman su propia dominación al hombre (Calcio y Velasco, 2005:3).

Resulta sumamente revelador la incidencia del machismo en la población indígena a través de cómo se lleva a cabo el tiempo de esparcimiento de manera diferenciada en las mujeres y en los hombres: un 8.33% de las mujeres afirman que deben de pedirle permiso a su pareja para entretenerse; un 11.11% afirma que las mujeres nunca paran de trabajar, mientras que su pareja se entretiene tomando; de manera similar, otro 11.11% afirma que las mujeres se quedan en casa mientras que los hombres ingieren alcohol; e incluso en un 13.89% de los casos mientras la mujer se entretiene dentro de la casa, el hombre no sólo se emborracha, sino que acude con prostitutas (Ver tabla 17).

Tabla 17.- Entretenimiento de personas unidas por género de los otomíes del estado de Querétaro

Entretenimiento de personas	Sí		No		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Los dos en casa	0	0	7	19.44	7	19.44
No hay descanso	1	2.78	5	13.89	6	16.67
Salen juntos a la calle	0	0	1	2.78	1	2.78
M: Casa H: Con amigos y prostitutas	5	13.89	0	0	5	13.89
Mujer: Casa Hombre: Tomar	4	11.11	0	0	4	11.11
M: hacen más quehacer H: Sale a tomar	4	11.11	1	2.78	5	13.89
M: Pide permiso al esposo H: Son libres	3	8.33	0	0	3	8.33
M: Sale con parientes H: Fútbol	5	13.89	0	0	5	13.89
Total	22	61.11	14	38.89	36	100.0

4.6.9.- Evolución en las relaciones de pareja

En el mundo indígena, las nociones de masculinidad suelen estar asociadas con la idea de dominación y en la toma de riesgos (González, 2002:484). La infidelidad es una forma de hacer explícito el ejercicio de poder, asumiendo que la esposa debe de estar de acuerdo de manera implícita a que el hombre ejerza su supuesto derecho de mantener relaciones sexuales y reproductivas con varias mujeres a la vez (Figuroa-Perea:132). En los varones indígenas, la tendencia a tener relaciones extramaritales es grande, de tal manera, que uno de cada 25 hombres casados o unidos reconocen tener hijos fuera del ámbito conyugal (Rodríguez, 2009:12).

Además, a los hombres indígenas se les inculca la idea de que deben de mantener una imagen de invulnerabilidad, por ello, deben de evitar recurrir a los servicios de salud en la mayor medida posible, aun cuando hayan contraído enfermedades de transmisión sexual (Pantelides y Gaudio, 2009:200). Esta misma imagen de invulnerabilidad hace que en la mayoría de los casos, los varones indígenas no reconozcan sus problemas de adicción al alcohol, que se ha reportado como un serio problema de salud en prácticamente todos los grupos étnicos de las Américas (Farell et al, 1999).

Conforme trascurren los años en el núcleo familiar en la población indígena estudiada, se puede observar que en la mayoría de los casos se interpreta que esta relación se mantiene constante (50.0%). Sin embargo, entre las mujeres que afirmaron que la relación cambió, la

mayoría fue para empeorar: 11.11% el marido la abandonó para irse a vivir con otra mujer; 5.56% afirman que ahora su marido le es infiel; 8.33% asevera que ya no hay tiempo para convivir en pareja; ahora ella también tiene que ir a trabajar en un 16.67% de los casos; y ahora su esposo ejerce hacia ella mayor violencia verbal por medio de regaños (16.67%). Sólo en un 5.56% considera que su relación ha mejorado. (Ver tabla 18).

Tabla 18.- Evolución en las relaciones de pareja de los otomíes del estado de Querétaro

Evolución en las relaciones	Si		No		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
El marido la abandonó	4	11.11	0	0	4	11.11
El esposo ahora le es infiel	2	5.56	0	0	2	5.56
Ya no hay tiempo para estar en pareja	3	8.33	0	0	3	8.33
Ahora ella tiene que ir también al campo	1	2.78	0	0	1	2.78
El esposo regaña a la esposa más	6	16.67	0	0	6	16.67
La relación ha mejorado	2	5.56	0	0	2	5.56
Total	18	50.0	18	50.0	36	100.0

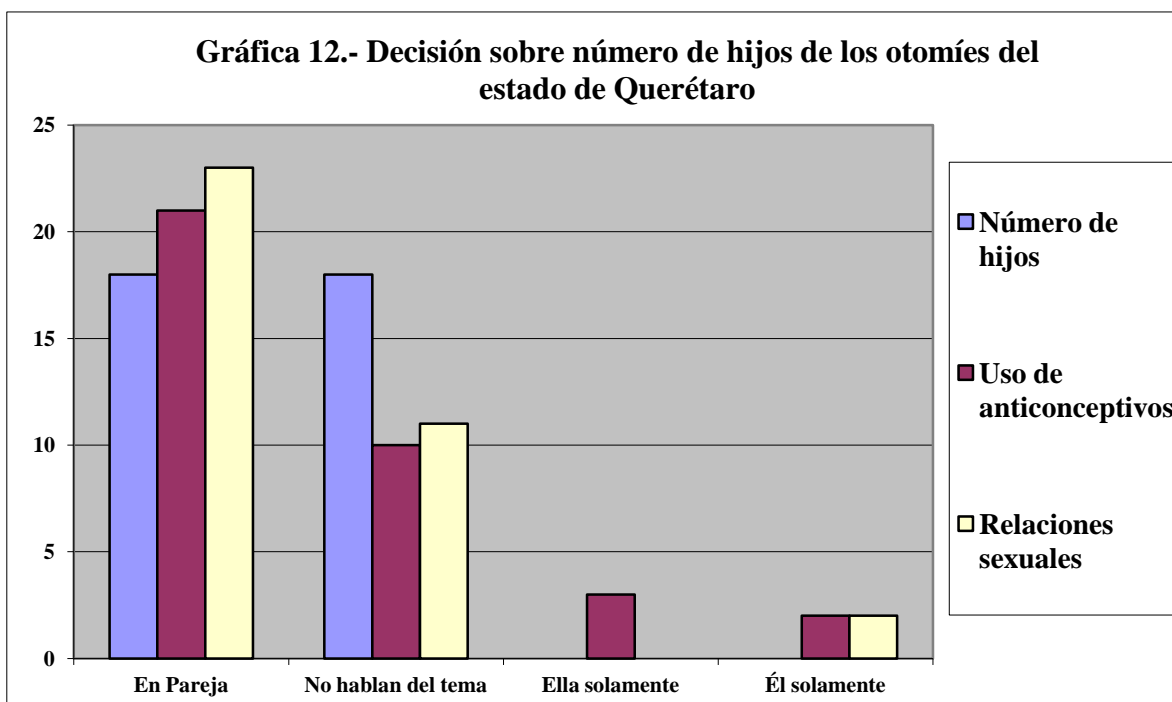
4.6.10.- Vida sexual y reproductiva

A pesar de que entre los indígenas suele haber expresiones de afecto en la familia extendida y en amplias relaciones de amistad, hacia el interior de la pareja la comunicación en la intimidad no es muy frecuente. En general, los indígenas tienen carencia de educación sexual, esto persiste debido a los tabúes que existen hacen explícito este tema (Calcio y Velasco, 2005: 19).

Respecto a la toma de decisiones importantes para la familia, en México pareciera (al menos de manera declarada) que hay una equidad de poderes por género, ya que en un 50% afirman que el esposo y la esposa deben de discutir en plano de igualdad sus preferencias, mientras que en un 40% de los casos se incluye a toda la familia en la toma de decisiones. Sin embargo, sólo se reconoce en un 3% que la mujer sea la que tome la dirección, mientras que en un 7% es el hombre el que impone su voluntad (Inmujeres, 2003: 41).

Dentro de la muestra de la presente investigación, gran cantidad de parejas indígenas no discuten ni llegan a acuerdos con respecto a su vida sexual y reproductiva. Sobre el número de hijos por tener, una mitad aborda el tema en pareja mientras otra mitad guarda silencio al

respecto. El uso de anticonceptivos es un tema que se discute de manera consensuada (58.33%) pero existen parejas en donde al parecer la mujer hace uso de anticonceptivos sin el consentimiento de su pareja, ya sea tanto por parte de la mujer (8.33%) como del hombre (5.56%). En el caso de las relaciones sexuales pareciera ser el aspecto que ligeramente los indígenas de Querétaro más abordan abiertamente en un 63.89%, sin embargo, sale a relucir que el 5.56% de las mujeres afirman que el hombre toma la iniciativa en temas sexuales con o sin consentimiento de la mujer. En ningún caso se da que la mujer se imponga al hombre en materia sexual (Ver gráfica 12).



CAPÍTULO V

SALUD REPRODUCTIVA Y USO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE LAS MUJERES OTOMIES

5.1.- Introducción

En el capítulo precedente se analiza información cuantitativa sobre los indicadores globales para poder identificar la realidad de las mujeres indígenas otomíes del estado de Querétaro, poniendo énfasis en cómo se establecen los roles de género dentro del núcleo familiar de acuerdo a la edad y las relaciones de pareja. Dando continuidad a la aplicación de la entrevista, en el capítulo presente el énfasis estará dirigido a conocer el uso de los métodos de planificación familiar, y si se puede identificar una incidencia preferente con respecto a los prevalentes en la biomedicina o las prácticas de sanación específicas de la cultura de su grupo étnico.

La encuesta aplicada justifica su existencia en cuanto da respuesta a los tres primeros objetivos específicos expuestos en el protocolo de la investigación: *Examinar cuáles son los métodos anticonceptivos tradicionales y modernos, explorar la existencia de inequidad de género en el uso métodos de planificación entre parejas indígenas de Querétaro y examinar si las políticas de planificación familiar aplicadas en Querétaro hacen consideraciones sobre los usos y costumbres de los indígenas.* A diferencia de otros estudios similares elaborados con anterioridad, en éste se enfatiza que los hábitos de planificación familiar en la población otomí están condicionados por un proceso de socialización en el cual se da un acceso a la toma de decisiones de manera inequitativa por género.

Respecto a la planificación familiar, se hace evidente que hay una marcada diferencia intergeneracional para las prácticas y preferencias reproductivas, siendo que las mujeres de 40 años o más tienen predilección por tener “*los hijos que Dios manda*”, mientras que las mujeres de

menos de 40 años son propensas a familias de alrededor de 2 hijos; de igual forma, se observa que en mujeres de más de 40 años su experiencia y conocimiento sobre planificación familiar es mínima, mientras que las de menos de 40 conocen sobre todo: el dispositivo intrauterino, las pastillas, las inyecciones y la salpingoclasia.

Sobre las prácticas de medicinas tradicionales, los indígenas recurren a la herbolaria sobre todo por su fácil acceso, por su bajo costo y a las parteras por dar una atención culturalmente más adecuada. Sin embargo, no desconocen de la utilidad de la medicina moderna y la atención hospitalaria. Los indígenas tienden a considerar que el personal de las instituciones de salud no es apto, que su atención es inadecuada y en repetidas ocasiones los tratan de manera discriminatoria por su condición indígena.

5.2.- Fecundidad

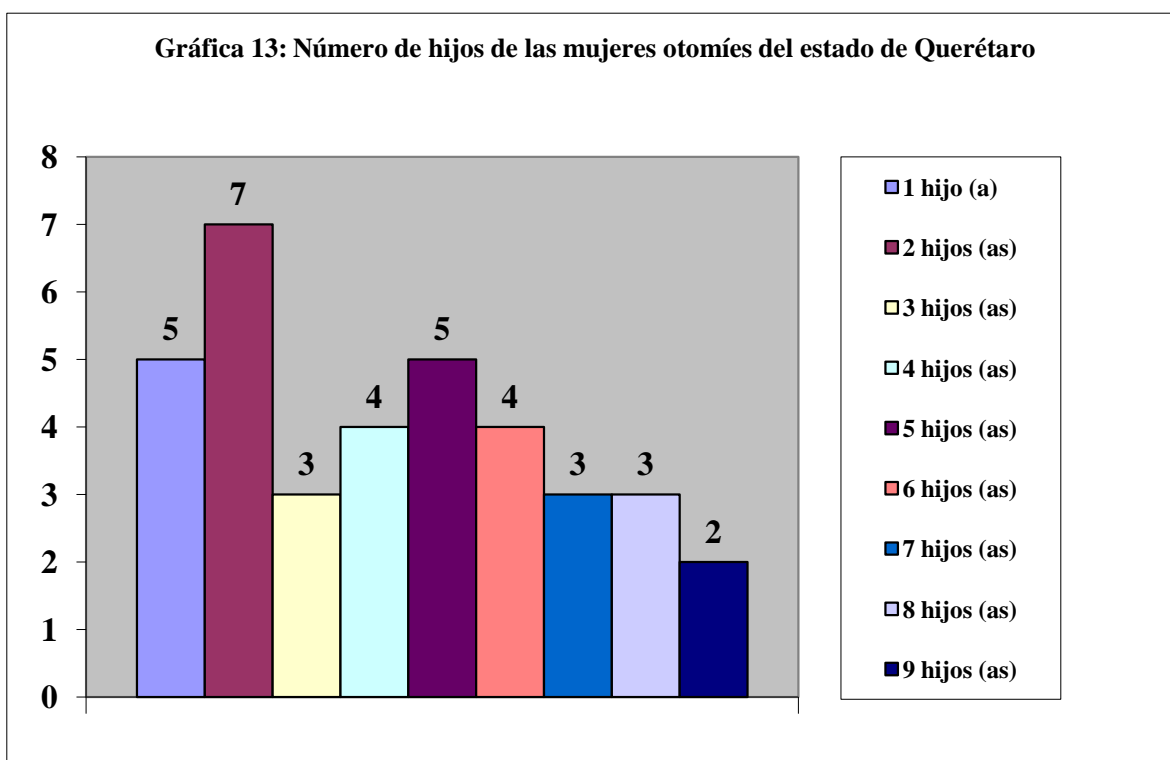
5.7.1.- Número de hijos

En términos generales, en México para el año de 1984 las mujeres no indígenas tenían una tasa de fecundidad de 2.6 hijos, mientras que las indígenas su tasa de fecundidad era de 4.2 (Troncoso, 2001:5). Para el quinquenio de 1998-2002, prácticamente se mantuvieron las tasas de fecundidad de las mujeres no indígenas en 2.7 y de las mujeres indígenas de 4.2, lo que nos da como resultado que en promedio los indígenas tienen 1 hijo y medio más que el resto de la población, siendo similar las actuales tasas de fecundidad de las mujeres indígenas a las existentes a nivel nacional hace 20 años. Esto nos indica que hay un rezago en cuanto a la transición demográfica en la población indígena (Chávez y Menkes, 2007: 175). Si bien en las últimas tres décadas se dio una reducción drástica de las tasas de fecundidad a nivel nacional, ahora se advierte que la fecundidad disminuye a un ritmo muy pequeño o ya se estabilizó (Paz-Gómez, 2010: 107).

En gran parte, las altas tasas de fecundidad indígenas se deben a que estas mujeres inician su vida sexual a edad temprana. La media de las mujeres indígenas tiene su primera relación sexual a la edad de 18 años, mientras que las mujeres no indígenas lo hacen a la edad de 20 años. Es de destacar que sólo un 3% de las mujeres indígenas hace uso de métodos anticonceptivos en su primer encuentro sexual. En general, se puede afirmar que las tasas de fecundidad en los adolescentes indígenas (0.147) casi duplican a las de los adolescentes no indígenas (0.079) (Chávez y Menkes, 2007: 189). El bajo uso de los anticonceptivos en la primera unión íntima, se debe a que en las comunidades indígenas hay una simultaneidad entre el comienzo de las relaciones sexuales y la vida reproductiva, dándose que en promedio al cabo de un año de haber tenido el encuentro sexual se comienza con la labor reproductiva (Cordero, 2010: 44). También cabe resaltar que las mujeres indígenas procrean hijos hasta el final de su vida reproductiva, pues mujeres entre el grupo de edad de entre 35 y 49 años continúan aportando un 23% de la fecundidad total indígena, con una tasa de casi 7 hijos por mujer (Serrano, 2003: 408).

De las mujeres indígenas entrevistadas, el promedio de hijos resultó ser de 4.33. El porcentaje es alto, superior al doble del registrado entre la población general del estado de Querétaro. Si el grupo de mujeres más grande es el que optó por tener hasta el momento dos hijos solamente (19.44%), el siguiente grupo mayoritario es el de las mujeres que cuentan con 5 vástagos (13.89%). Por lo demás, muchas mujeres indígenas que tienen pocos hijos no lo hacen porque esperen tener la expectativa de una familia pequeña, sino porque aún no terminan con su ciclo de vida reproductiva, y es de suponerse que cuando este ciclo termine contarán con 4 o más hijos (Ver gráfica 13).

Gráfica 13: Número de hijos de las mujeres otomíes del estado de Querétaro



5.2.2.- Preferencia por tener más hijos

En términos generales, se puede hablar que en México se ha presentado una evolución generacional en el ideal del tamaño de la familia, en la medida en que las mujeres más jóvenes desean tener menos hijos. Las personas de la última generación en edad reproductiva idealizan núcleos familiares integrados por padre, madre, una hija y un hijo; la penúltima generación se impuso como meta tener media docena de hijos; mientras que la antepenúltima generación deseaba tener todos los hijos que Dios mande, o al menos completar la docena. Las mujeres actuales consideran que a nivel familiar se puede dar mejores atenciones a pocos hijos que a muchos, a la vez que se tiene difundida la consciencia de los problemas que puede significar la sobrepoblación a nivel nacional y mundial. A nivel país y tomando en consideración a todos los grupos de edad, el promedio de mujeres en unión conyugal desea tener 3.3 hijos y sólo en las mujeres menores de 25 años prevalece el ideal de 2 hijos. En todos los grupos de edades hay

mujeres que desean tener 4 hijos y casi todas las mujeres desean tener al menos 1 hijo, con lo que se puede afirmar que la maternidad es una norma cultural muy arraigada en México (Paz-Gómez, 2010: 107).

Un 22.22% de las mujeres entrevistadas afirmó desear tener más hijos de los que ahora tiene, siendo que el 8.33% desearía tener dos hijos más, pero aún persisten mujeres que desean tener otros 6 hijos más de los que ahora tienen (2.78%), lo que nos habla que aún quedan remanencias de mujeres indígenas que tienen nociones de contar con una familia numerosa (Ver tabla 19).

Tabla 19.- Preferencia por tener más hijos de las mujeres otomíes del estado de Querétaro

Preferencia por más hijos	Número	Porcentaje
No más hijos	28	77.78
1 hijo (a) más	2	5.56
2 hijos (as) más	3	8.33
3 hijos (as) más	2	5.56
6 hijos (as) más	1	2.78
Total	36	100.0

5.2.3.- Preferencia por tener menos hijos

Existe una gran ambivalencia en el momento que las mujeres responden sus ideales sobre el número de hijos, puesto que, por un lado, las mujeres que aún son fértiles no saben que pueda ocurrir en el futuro y las que han concluido su vida reproductiva, tienden a equiparar los hijos que ya tienen con el número ideal, pues difícilmente se acepta que uno o varios de sus hijos fueron no deseados. Es importante resaltar que las respuestas sobre ideales reproductivos pueden ser sesgadas y aparentar al entrevistador de que se desea tener menos hijos de los que la mujer realmente tiene en mente, pues las mujeres temen que manifestar abiertamente preferencias por fecundidad alta, pueda hacerlas parecer como tradicionales o ignorantes (Paz-Gómez, 2010: 109).

Concretamente, las mujeres que reportan desear tener los hijos que “*Dios les mande*” es típico de aquellas que no hacen uso de ningún método de planificación familiar, finalizando su vida reproductiva con un número elevado de hijos (Paz-Gómez, 2010: 109). La población indígena que desea tener fecundidad de acuerdo a lo que “*Dios les mande*” es de 2.8%, mientras que la población no indígena da esa respuesta en un 0.4%, es decir, entre los indígenas esta opción reproductiva se presenta 7 veces más que entre los no indígenas (Chávez y Menkes, 2007: 182). Destaca que mientras entre los no indígenas, el 70% les parece inadecuado que otras parejas no regulen su fecundidad, y entre indígenas, el 38% desaprueban esta medida de planificación familiar (Espinosa, 2008: 114).

La fertilidad es un valor preponderante en las culturas tradicionales y las jóvenes sienten mucha presión social para probar ser fecundas en hijos. Entre los indígenas, el ideal de la familia grande persiste, pues un 12% de ellas desearían tener 7 o más hijos (Chávez y Menkes, 2007: 182). Son poquísimas las mujeres indígenas que desea no tener hijos, siendo sólo el 0.1% de la población (Farell *et al*, 1999).

En comparación con el grupo de mujeres representado en la gráfica 33, un 25% de mujeres le hubiera gustado tener menos hijos de los que ahora tienen. Este grupo está dominado por las mujeres que preferirían tener 2 hijos menos (13.89%). Cabe destacar que la mayoría de las mujeres contestaron estar conformes con los hijos que ahora cuentan, simplemente porque el pensamiento de echar el tiempo atrás y tomar una decisión reproductiva diferente resulta bastante especulativo; no en sí porque su deseo personal sea contar con una familia pequeña (Ver tabla 20).

Tabla 20.- Preferencia por tener menos hijos de las mujeres otomías del estado de Querétaro

Preferencia por menos hijos	Número	Porcentaje
No hijos menos	27	75.0
1 hijo (a) menos	1	2.78
2 hijos (as) menos	5	13.89
3 hijos (as) menos	1	2.78
4 hijos (as) menos	2	5.56
Total	36	100.0

5.3.- Uso de anticonceptivos

5.3.1.- Conocimiento sobre tipos de anticonceptivos

Existe un gran y problemático desconocimiento en la población indígena de los métodos anticonceptivos. De los métodos de los cuales tienen mayor conocimiento son las pastillas, las inyecciones, el DIU y los condones (Chávez y Menkes, 2007: 183). Entre las mujeres indígenas que no poseen ninguna escolaridad, aproximadamente el 60% de ellas no conocen de ningún método anticonceptivo (Rodríguez, 2009: 5). Dentro de la población de mujeres indígenas en edad reproductiva (entre 15 y 49 años) en el país para el año de 2010, el 24% de ellas tenía conocimiento de la oclusión tubular bilateral (OTB), un 0.8% de la vasectomía, un 5.6 de métodos hormonales, un 0.9% de métodos tradicionales y un 15% sin conocimiento alguno de métodos anticonceptivos (INEGI, 2010: 84).

Como lo muestra la tabla número 22, el 91.67% de las mujeres indígenas son conscientes de la existencia de al menos un método anticonceptivo. Una gran cantidad de estas mujeres tiene conocimiento de una opción relativamente amplia de opciones anticonceptivas, que incluyen: DIU, pastillas, inyección, condón (25.0%); y otro grupo, además de los ya mencionados, también es cociente de la existencia del parche y el dispositivo subcutáneo (19.44%). Lo anterior nos da por resultado que la demanda insatisfecha de anticonceptivos en la población indígena del estado de Querétaro, no es debido a la falta de conocimiento sobre su existencia (Ver tabla 21).

Tabla 21.- Conocimiento sobre tipos de anticonceptivos de las mujeres otomíes del estado de Querétaro.

Conocimiento de anticonceptivos	Número	Porcentaje
Ninguno	3	8.33
DIU, Pastillas	6	16.67
Pastillas, DIU, Parche	2	5.56
DIU, Condón, Pastillas	2	5.56
DIU, Pastillas, Condón, Inyección, Operación	4	11.11
DIU, Pastillas, Inyección, Condón	9	25.0
Pastilla, Condón, Inyección, DIU, Parche, Dispositivo subcutáneo	7	19.44
Condón, Pastillas, Inyección, Parche, DIU, Implante, Vasectomía	1	2.78
Inyección	2	5.56
Total	36	100.0

5.3.2.- Tipo de anticonceptivos usados

La falta de planificación familiar en la población indígena en México es preocupante, pues sólo la mitad recurre a la anticoncepción (Rodríguez, 2009: 3). La población en edad reproductiva que no está haciendo nada por regular su fecundidad, es muy acentuada entre los indígenas (65%), si se compara el mismo comportamiento reproductivo en la población no indígena (38%). Sólo el 16% de las mujeres indígenas planeó con toda seguridad su embarazo, mientras que el 70% se embarazó sin haber estado del todo segura, lo hizo sin haberlo planeado o hubiera preferido esperar un poco más. Quizás más que a un ideal alto de fecundidad, la razón del gran número de hijos entre la población indígena se deba a factores culturales que impidan la toma de decisiones libre de la mujer³⁸ y a factores estructurales que dificultan el acceso a planificación familiar³⁹ (Espinosa, 2008: 113).

En México, la población masculina en general tiene un gran desconocimiento sobre los métodos anticonceptivos que incluyan su participación o responsabilidad; sin embargo, es

³⁸ Presiones comunitarias y familiares, posición de subordinación ante el varón, temor a hacer explícitas sus dudas, entre otros.

³⁹ Carencia de información adecuada, dificultad para acceder a intención médica, escasez de anticonceptivos, entre otros.

evidente una desventaja étnica al respecto, pues por cada 100 varones no indígenas que tuvieran conocimiento de métodos anticonceptivos locales (retiro, condón, ritmo, abstinencia y demás), sólo 30% de los indígenas estaban enterados al respecto (Espinosa, 2008: 113). Es enorme la diferencia del conocimiento del método anticonceptivo masculino del condón o preservativo dependiendo del grupo étnico, ya que mientras los varones no indígenas tenían conocimiento de su existencia en un 91%. Entre los indígenas sabían de éste en un 58%. Con lo que respecta al método anticonceptivo masculino permanente o vasectomía, éste es prácticamente desconocido en la población indígena (Chávez y Menkes 2007: 184).

Según información reportada por INEGI en el año de 2005, de las mujeres indígenas en edad reproductiva, el uso regular de anticonceptivos se da sólo entre el 35% de la población. Se emplea en mayor medida los métodos modernos en un 68%, siendo usados en su frecuencia el dispositivo intrauterino en un 27%, la operación femenina en un 24%, las pastillas en un 10% y las inyecciones en un 8%. Los métodos tradicionales son bastante utilizados entre los indígenas, siendo que el ritmo es empleado en un 14% y el retiro en un 11% (INEGI, 2005a: 526).

Resulta alarmante que el 41.67% de las mujeres indígenas no haga uso de anticonceptivos, sobre todo cuando el promedio nacional es de 30%, lo que nos hace ver que aún persiste una falta de demanda de preservativos en este grupo específico. Dentro de las mujeres que usan o han usado anticonceptivos, el de más prevalencia es el de aquéllas que usan el DIU con un 11.11%, seguido en el mismo porcentaje de quienes han hecho uso tanto el condón, las pastillas como de la inyección (Ver tabla 22).

Tabla 22.- Tipo de anticonceptivos usados de las mujeres otomías del estado de Querétaro

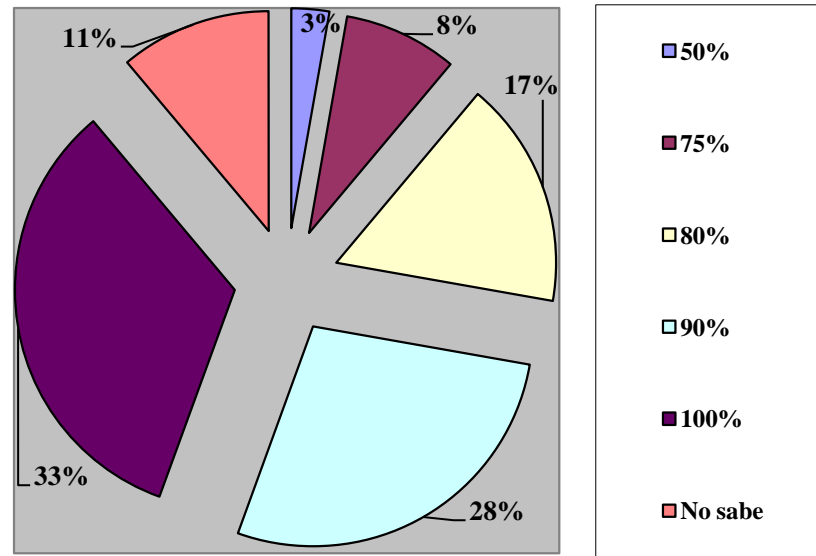
Anticonceptivos usados	Número	Porcentaje
Pastillas	1	2.78
DIU	4	11.11
Condón	2	5.56
Condón, Pastillas, Inyección	4	11.11
DIU, Pastillas	2	5.56
DIU, Condón	2	5.56
Condón, Pastilla, DIU, Ritmo	2	5.56
Inyección	3	8.33
Pastillas, DIU	1	2.78
Ninguno	15	41.67
Total	36	100.0

5.3.3.- Efectividad atribuida a los anticonceptivos

Para dar mejor atención a la población otomí del estado de Querétaro, en los municipios de Tolimán y Amealco, resulta imprescindible conocer las razones por las cuales las mujeres del medio rural no hacen uso de anticonceptivos. El 50% de ellas afirmó no necesitar de anticonceptivos, sus justificantes son: no tienen vida sexual, la pareja es estéril (ellas o el hombre son estériles), desean embarazarse, en ese momento están embarazadas, las que están en menopausia, o tienen ausencia temporal de su pareja por migración laboral. Por otro lado, están el 15% de ellas que no usan los anticonceptivos porque les parecen inmorales y un 12.5% no los usa por desconocimiento de su existencia (INEGI, 2002: 77).

Se observa que un tercio de las entrevistadas atribuyen en su mayor parte a los anticonceptivos una eficacia del 100%, mientras que un 44.44% considera que su eficacia oscila entre el 80% y 90%. Lo que nos muestra que un 77.78% podría considerar que el uso de los anticonceptivos son una forma aceptable de llevar a cabo la planificación familiar (Ver gráfica 14).

Gráfica 14: Efectividad atribuida a los anticonceptivos de las mujeres otomíes del estado de Querétaro



5.3.4.- Fuente de información sobre anticonceptivos

Mientras que en la población no indígena un 95% de las mujeres unidas en pareja conoce al menos un método anticonceptivo, entre las mujeres indígenas esta proporción se reduce al 69%. Estas cifras nos hablan de que la difusión de la planificación familiar se encuentra rezagada un cuarto de siglo con respecto a la media nacional (Espinosa, 2008: 113). La información que reciben las mujeres sobre planificación familiar deja mucho que desear. De las mujeres que recibieron información sobre anticonceptivos, un 35% sólo se les propuso un método, sin explicárseles sobre las otras opciones posibles; a un 39% no se les explicó sobre las molestias que podría tener, a un 41% se les dedicó muy poco tiempo para informarles sobre el uso de los anticonceptivos, e incluso a un 13% de las que se les realizaron la OTB no les explicaron que era un método anticonceptivo definitivo (Cacique, 2008: 308).

Del grupo de mujeres que resultaron entrevistadas, el 36.11% afirmaron que su primera fuente de información sobre el uso de anticonceptivos lo obtuvo de una partera. Al parecer, las

matronas tienen mayor penetración sobre salud reproductiva en la población indígena que otras instituciones de salud (25%) o programas gubernamentales (2.78%) (Ver tabla 23).

Tabla 23.- Fuente de información sobre anticonceptivos de las mujeres otomíes del estado de Querétaro

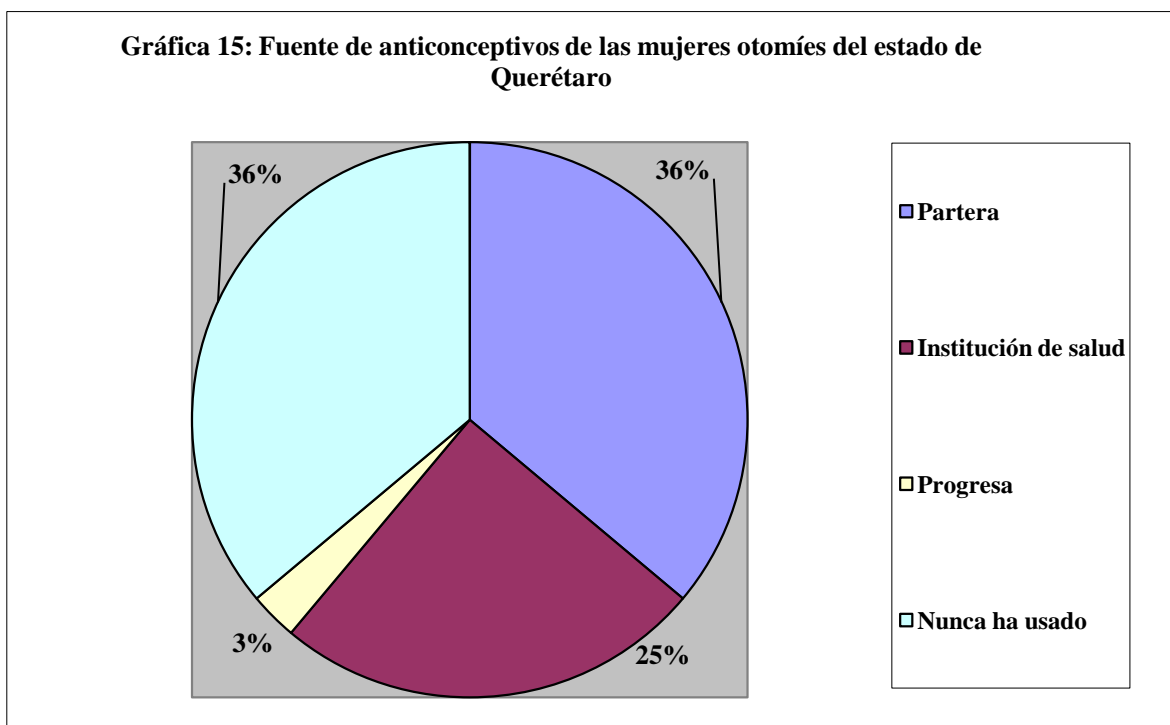
Fuente de información de anticonceptivos	Número	Porcentaje
Partera	13	36.11
Institución de salud	9	25.0
Progresa	1	2.78
No sabe	13	36.11
Total	36	100.0

5.3.5.- Fuente de adquisición de anticonceptivos

En México, el 33.3% de las mujeres en edad reproductiva consiguen sus anticonceptivos en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), un 1.8% los obtiene en el programa IMSS-Oportunidades, un 4.7 se hace de ellos por medio del ISSSTE, y un 8% accede a ellos a través del Seguro Popular. Para el estado de Querétaro, las mujeres en edad reproductiva que consiguen sus anticonceptivos por parte del IMSS son el 36%; por medio del programa IMSS-Oportunidades el 0.6%; a través del ISSSTE el 1.6%; y a través del Seguro Popular el 7% (INEGI, 2010: 87).

En general, pertenecer a grupos sociales con características tales como ser de bajos ingresos, provenir de un asentamiento menor de 5 mil personas, tener residencia rural, tener menor educación y ser indígena, hace que se dé una demanda insatisfecha mayor en cuanto a anticonceptivos (Casique, 2008: 308). En México, las iniciativas de planificación familiar llevadas a cabo por los institutos oficiales de salud han centrado sus esfuerzos en las áreas urbanas, dejando desprotegidas las áreas rurales. La planificación familiar está relacionada con el derecho de subgrupos poblacionales de acceder a bienes y servicios. En la mayoría de Latinoamérica, las mujeres indígenas enfrentan una alarmante carencia de servicios (Levine, 2006: 4).

De la misma manera que en la tabla 23, las mujeres indígenas tienen mayor acceso o confidencialidad con las parteras para solicitar anticonceptivos (36.11%), que con instituciones de salud (25.0%) o programas gubernamentales (2.78%) (Ver gráfica 15).



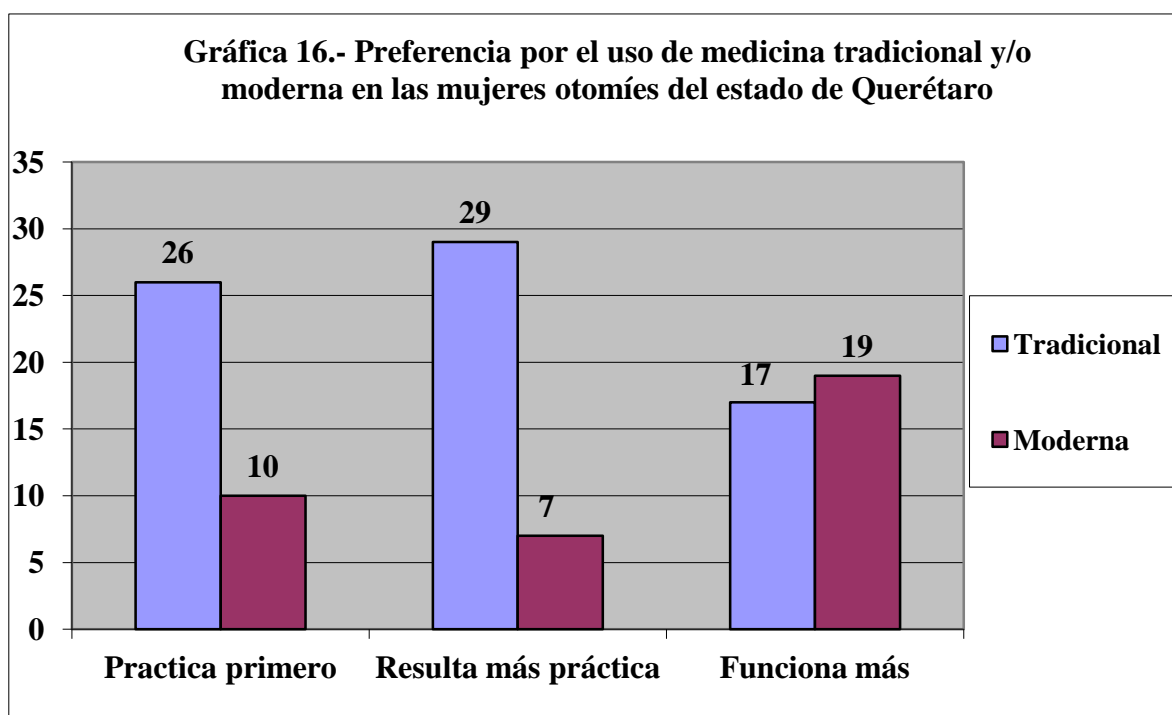
5.4.- Medicina tradicional

5.4.1.- Preferencia por el uso de la medicina tradicional y/o moderna

El conocimiento indígena de la salud es un repertorio de saberes que tiene existencia implícita en las memorias de los integrantes de la etnia, que se hace explícita o real en cuanto se expresa verbalmente y se pone en práctica. Estos conocimientos se transmiten de generación en generación bajo un sistema maestro-aprendiz que no suele documentarse; más bien, la preservación de este patrimonio cultural se da por medio de la misma ejecución de rituales, ceremoniales, danzas y canciones. Esta medicina tradicional cobra relevancia social en cuanto

son fuente de atención de la salud, alimentación y generación de ingresos para grandes sectores de la población, tanto en países desarrollados como en desarrollo (Huenchuan, 2002: 135).

Las mujeres indígenas reconocen que en un 80.56% de los casos, les resulta más fácil de usar la medicina y tratamientos tradicionales por su costo económico y su accesibilidad. Sin embargo, un 52.78% de estas mujeres afirma que los remedios tradicionales no son los más efectivos, por ello, aunque no sean los más efectivos, sí resultan los más cómodos, por lo que en un 72.22% recurren a ellos antes que a la medicina alópata (Ver gráfica 16).



5.9.2.- Tipo de medicina indígena usada

Muchas mujeres indígenas se encuentran más cómodas en hacer uso de tratamientos tradicionales y de asistir con proveedores de salud de su propia cultura antes de hacer uso de la medicina Occidental (Farrell *et al*, 1999). Antes de acudir a una clínica u hospital, el indígena primero probará con remedios caseros, con consultar a sus familiares o asistiendo con curanderos de su

comunidad (Robles, 2003: 451). Gran parte de la medicina tradicional indígena está conformada por herbolaria, que es tomada en su mayoría del entorno ecológico inmediato. Otro tipo de tratamientos habituales serán los masajes terapéuticos o *sobadas*, baños de vapor con infusiones de hierbas medicinales o *temascales* (Barroso, 2004: 13). Para un indígena, como parte del tratamiento de recuperación de una enfermedad, cobrarán importancia una gran cantidad de factores, que van desde la alimentación, pautas de comportamiento y hasta elementos estéticos como el vestido adecuado para sanar (OPS, 2003: 25).

Por ello, cabe destacar que la medicina tradicional indígena no sólo tiene efectos de sanación en padecimientos físicos, sino que también tiene como finalidad lograr el equilibrio de fuerzas universales de acuerdo a la misma cultura indígena o contrarrestar desequilibrios anímicos, según la interpretación Occidental (Mejía, 2010). Se ha encontrado que se logra aumentar significativamente la satisfacción de las mujeres indígenas usuarias de clínicas para la atención de salud reproductiva, cuando se incorporan elementos de la medicina occidental en sincretismo con la atención ginecológica, como el hecho de una posición vertical en el parto, la participación de familiares y/o la partera en el momento de alumbramiento, o la utilización de cánticos y rezos para disminuir los dolores del parto (Cordero, 2010: 48).

Concretamente, para mantener la planificación familiar y la salud reproductiva, la medicina indígena ha desarrollado varias estrategias. Para prevenir embarazos, varios grupos étnicos tienen conocimiento ancestral de los métodos anticonceptivos del retiro y del ritmo, sin embargo, debido a la poca efectividad de éstos, lo más recurrente son los tés abortivos (Chávez y Menkes, 2007: 184). Para tratar infecciones de transmisión sexual, los shamanes, curanderos y parteras hacen uso de técnicas como infusiones, baños de vapor, sahumeros, abstención sexual y la ingesta o prohibición de ciertos alimentos y bebidas (OPS, 2003: 30).

El grupo más predominante de las mujeres indígenas (27.78%) hace uso de una amplia gama de tratamientos tradicionales, que incluyen herbolaria, masajes, susto y empacho (estos dos tipos de padecimientos sin explicación por parte de la medicina moderna) (Ver tabla 24).

Tabla 24.- Tipo de medicina tradicional usada en las mujeres otomíes del estado de Querétaro

Medicina tradicional	Número	Porcentaje
Ninguna	3	8.33
Herbolaria	6	16.67
Herbolaria, masajes	8	22.22
Herbolaria, masajes, susto	7	19.44
Susto	1	2.78
Herbolaria, susto	1	2.78
Herbolaria, masajes, susto, empacho	10	27.78
Total	36	100.0

5.9.3.- Tipo de sanadores tradicionales consultados

Los curanderos (ancianos, shamanes, yerberos, sobadores, parteras, etc.) tienen una gran importancia como proveedores de la salud en América Latina, ya que prestan asistencia sanitaria al 80% de la población indígena (OMS, 2006: 3). Específicamente en las mujeres indígenas, un 88% de ellas han acudido a la atención de una partera, mientras que al resto de los curanderos lo hacen en un 50% aproximadamente. Los indígenas en la actualidad resultan bastante eclécticos en el momento de proveerse de atención médica, y de hecho tienen preferencia por ser atendidos por curanderos que administren tanto medicinas biomédicas como herbolaria, a aquellos curanderos que solo manejen medicina tradicional. Por ello, no es raro que los curanderos invoquen a santos en el momento de aplicar una inyección, soliciten a los pacientes sacarse radiografías para detectar los flujos energéticos, o hagan uso de terminología anatómica para explicar a las mujeres sobre la conveniencia de aplicarles una *manteada* (Robles, 2003: 465).

Debido a que el levantamiento de las encuestas se realizó entre mujeres a las que las parteras conocían y atendían, es de esperarse que todas afirmaran que de una manera u otra, eran

atendidas por la partera, sin embargo, la honestidad de los indígenas sale a relucir. El 5.56% de ellas afirma que no es tratada por ningún tipo de curanderos tradicionales, incluyendo la partera. Sin embargo, lo que sale a relucir es que el 33.33% de las mujeres entrevistadas recurre con cierta frecuencia a otro tipo de curanderos indígenas (Ver tabla 25).

Tabla 25.- Tipo de sanadores tradicionales consultados en las mujeres otomíes del estado de Querétaro

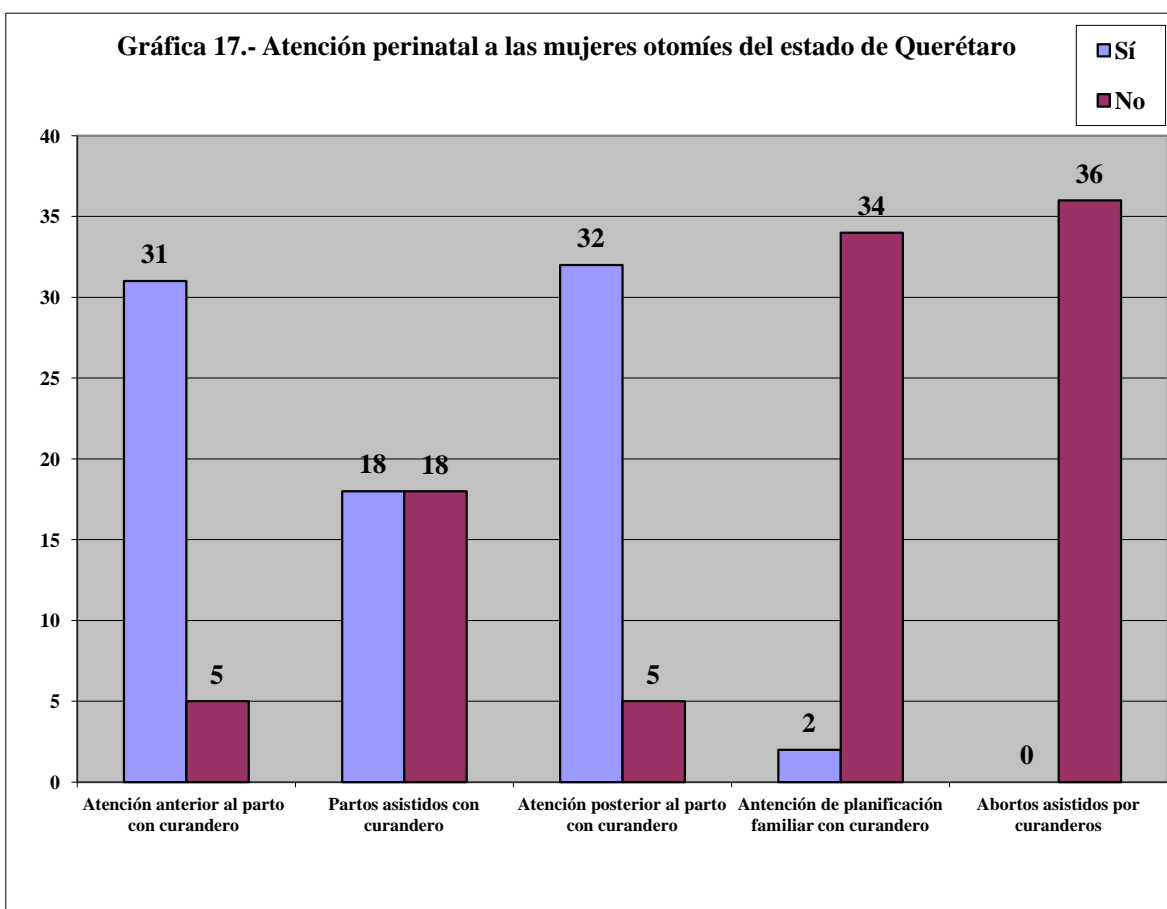
Sanadores tradicionales	Número	Porcentaje
Ninguno	2	5.56
Partera	22	61.11
Partera, sobador	4	11.11
Partera, curandero	2	5.56
Partera, curandero, yerbero	2	5.56
Partera, sobador, yerbero	4	11.11
Total	36	100

5.9.4.- Atención perinatal por parte de curanderos

Para hablar sobre la atención de la mujer indígena, el papel de la partera resulta imposible de evitar. Las mujeres indígenas sienten una gran confianza con las parteras, pues ellas no sólo se encargan de la atención perinatal o de los cuidados de su vida íntima sexual, sino que en términos generales son consejeras que las asisten en todo tipo de problemas psicológicos y conflictos sociales (Mejía, 2010). Las parteras suelen prestar servicios de salud de manera más cálida y personalizada a la que las mujeres indígenas recibirían en una clínica por parte de un ginecólogo, pues ellas atienden de manera domiciliaria, no tienen presión por tiempo, ayudan a la embarazada en los quehaceres del hogar y les dan masajes a las mujeres en la espalda y en la cadera para aliviar los dolores del peso adicional del vientre materno (Barroso, 2004: 12). Las parteras indígenas también resultan eclécticas en el momento de impartir salud, pues ya es práctica habitual en ellas solicitar a las mujeres al mismo tiempo que son revisadas por ellas, acudir a la atención de clínicas y hospitales occidentales (Troncoso, 2001: 10).

La atención de las parteras en la población indígena hace que en la mayoría de los casos las mujeres embarazadas y sus productos no presenten problemas durante el proceso de gestación. Un gran porcentaje de los partos en las indígenas fueron realizados de manera domiciliaria (40% de ellos) en un claro contraste con la frecuencia de partos en el hogar practicados en la población no indígena (3%). Por cuestiones culturales, estas mujeres sienten preferencia por ser atendidas por las parteras (que suelen ser sus conocidas), rodeadas de familiares y en un ambiente más conocido para dar a luz (Chávez y Menkes, 2007: 188).

Como se había mencionado anteriormente, las entrevistadas son mujeres que son conocidas previamente por la partera, así que en un 86.11% mencionaron que antes del parto fueron atendidas por la partera, y en un 88.89% afirmaron que de la misma manera fueron atendidas después del parto por una partera. Sin embargo, sólo un 50% de estas mujeres fueron tratadas en el alumbramiento por las matronas, lo que nos ilustra el carácter ecléctico de la población indígena con respecto a la salud. Solamente en un 5.56% de los casos, las mujeres afirmaron hacer uso de medicina tradicional para controlar el número de hijos. Esto se debe a que estos remedios parecen ser ampliamente superados en efectividad por los anticonceptivos naturales. Ninguna mujer indígena afirmó el uso de abortivos tradicionales, posiblemente porque al momento de levantar la entrevista en el estado de Querétaro, los abortivos eran ilícitos (Ver gráfica 17).



5.5.- Relación de los indígenas con instituciones de salud

5.5.1.- Atención a indígenas en instituciones de salud

Para la impartición de salud reproductiva a la población, se reconoce que el subgrupo de los indígenas tiene problemas diferenciados (USAID, 1996: 22). Por lo general, su pobreza hace que tengan difícil acceso a los sistemas de salud; su baja educación hace que conozcan muy poco sobre su cuerpo; por su etnia, sufren de racismo y tienen problemas de comunicación cuando son monolingües; y en las mujeres, les afecta enormemente la cultura machista que prevalece en sus comunidades (Loewenberg, 2010).

Algunas prácticas de la biomedicina pueden resultar inapropiadas u ofensivas dentro de las culturas indígenas (OMS, 2006: 4). Por ejemplo, ciertas revisiones y procedimientos (como la

exploración de los genitales en el papanicolau) pueden resultar sumamente vergonzosos a las mujeres indígenas, especialmente si las realiza un varón. Además, los protocolos de atención pueden resultar demasiado impersonales, burocráticos y jerarquizados para los indígenas que están acostumbrados a relaciones comunales horizontales e informales. Incluso, las mismas instalaciones de las clínicas (esterilizadas, sin privacidad, con iluminación artificial, y demás tecnologías) les resultan extrañas y atemorizantes a la población indígena (Cordero, 2010: 47).

En las comunidades indígenas de Tolimán y Amealco, no se cuenta con la opción en las clínicas de salud de tener ni curanderos ni medicina indígena. Sin embargo, algunas de estas clínicas sí cuentan con personal indígena y material impreso en lengua indígena (33.33%). A opinión de las mujeres indígenas, en un 72.22% les gustaría tener la opción de contar con curanderos, medicina, intérpretes y material impreso en lengua indígena (Ver tabla 26).

Tabla 26.- Atención a indígenas en instituciones de salud para las mujeres otomíes del estado de Querétaro

Instituciones de salud	Sí		No	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Opción de ser tratado por algún curandero o partera indígena en el centro de salud	0	0	36	100
Opción de ser tratado con medicina indígena en el centro de salud	0	0	36	100
Opción de hablar en su propia lengua en el centro de salud	12	33.33	24	66.67
Contó con carteles o material impreso en su propia lengua en el centro de salud	12	33.33	24	66.67
En caso de que no, preferencia por tener estas opciones	26	72.22	10	27.78

5.5.2.- *Respeto intercultural*

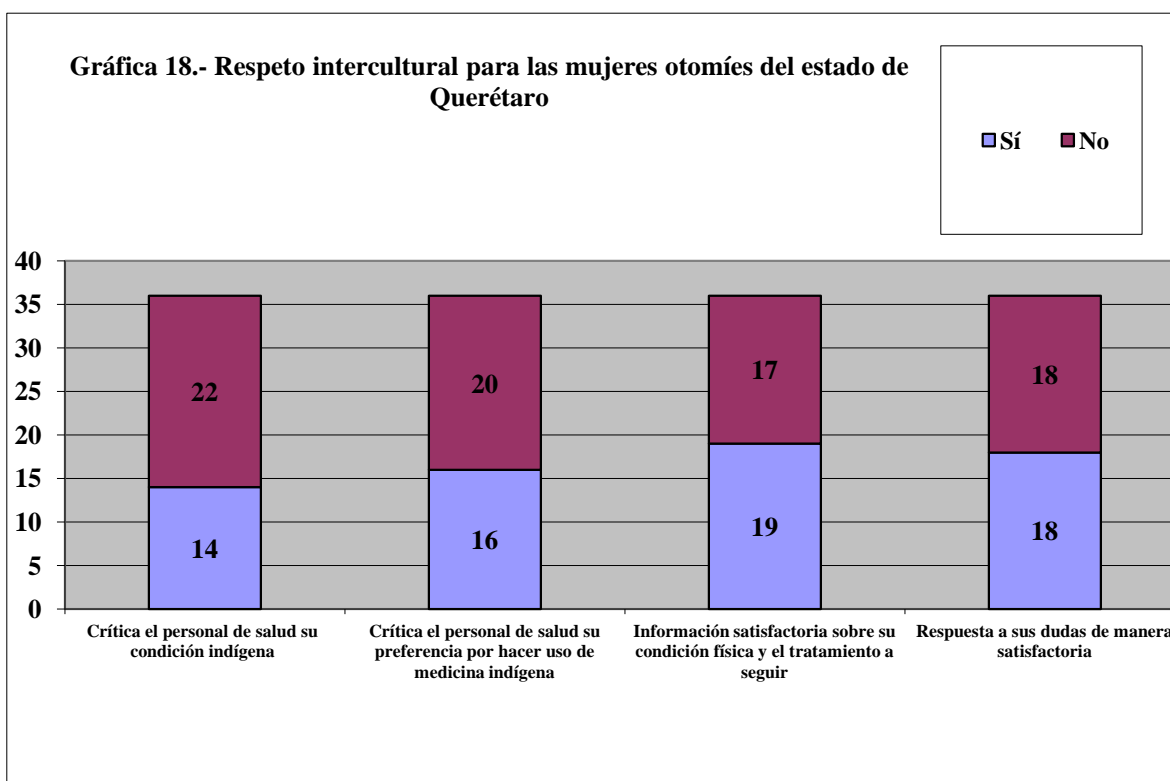
De las mujeres indígenas que no recibió atención de parto en una clínica, en un 34% se argumentó que esto es debido a que ellas de manera voluntaria se abstuvieron de ir porque

consideraron que la atención era mala (Rodríguez, 2009: 6). En general, los indígenas perciben que en las clínicas comunitarias hay una mala organización, que los médicos y enfermeras son mal preparados, que el sistema burocrático tiene muchos trámites difíciles de cubrir, pero sobre todas las cosas, lo que más les desagrada es sentir el menosprecio por su condición étnica y dudan de las intenciones de las últimas campañas de planificación familiar, suponiendo que son más para esterilizarlos en contra de su voluntad que para cuidar su salud reproductiva ⁴⁰ (Romero, 2008: 43).

Es frecuente que el racismo del personal médico se haga evidente en la manera en que conciben a la población indígena, al referirse a ellos como culturalmente atrasados, tontos, incultos, salvajes, sucios e incluso carentes de sentimientos. Concretamente, las mujeres indígenas manifiestan que sienten mucho miedo de que los médicos les griten, les hablen en tecnicismos que no comprenden, no les tengan paciencia y las traten con indiferencia; todo ello creando distancia social y psicológica que cause que la población acuda a las instituciones de salud (Cordero, 2010: 47).

Con respecto a si las mujeres indígenas en algún momento sintieron que se les dio un trato despectivo por su condición indígena, en un 38.89% de los casos se dio esta situación; siendo un poco más frecuente (52.78%) el que los médicos regañen a las mujeres indígenas por hacer uso de medicina y curanderos tradicionales antes de hacerse atender en una clínica. Por esta persistente discriminación étnica, las mujeres identifican que en un 47.22% de los casos los médicos no les proporcionaron suficiente información sobre su condición física y tratamientos, ni les contestaron todas sus dudas en un 50.0% de los casos (Ver gráfica 18).

⁴⁰ Concretamente, los indígenas sienten que son maltratados al ser regañados por los médicos cuando usan la medicina tradicional, no les dedican tiempo suficiente para explicarles su estado físico o los tratamientos que se les van a aplicar, se toman muchas decisiones sin consentimiento informado de los indígenas, y los tratan con desdén cuando tienen dificultades para hablar en español (Mejía, 2010).



5.5.3.- Valoración a la atención recibida en instituciones de salud

En México, la baja calidad en la atención de las clínicas rurales es habitual. Hay escasez de medicamentos, el equipo médico es muy limitado, hay una gran rotación del personal, no se cumplen los protocolos de atención, pero sobre todo, la competencia del personal resulta dudosa para los pacientes (OMS, 2006: 4). La capacitación deficiente y los resultados ineficientes de los prestadores de servicios de salud ubicados en las zonas rurales, ha ocasionado que los indígenas se encuentren inconformes con la atención que han estado recibiendo (Rodríguez, 2009: 7).

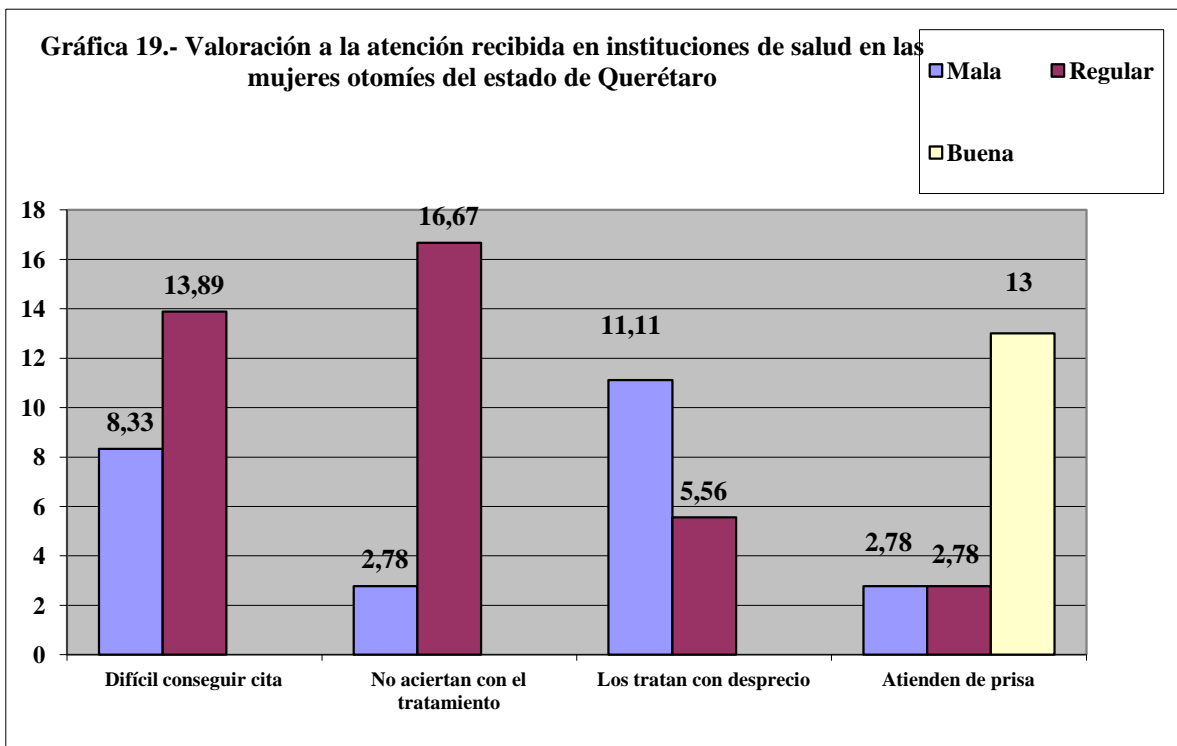
Asimismo, los indígenas tienen la idea de que los peores elementos de las instituciones de salud son los que se van con ellos, es decir, aprendices con poca experiencia que aprenden sobre la marcha y con el ensayo y error en la población indígena. Perciben que los médicos y enfermeras no saben lo que están haciendo y que finalmente no curan⁴¹(Cordero, 2010: 62). Por

⁴¹ Algunos indicadores por los cuales la población indígena percibe que el personal médico es de mala calidad son los siguientes:

eso, los indígenas poseen sus propios curanderos y medicina tradicional; permanentemente contrastan en dónde pueden obtener los mejores resultados (Cordero, 2010: 62). Estadísticamente hablando, se ha encontrado que las mujeres que viven en pequeñas comunidades se encuentran insatisfechas con los servicios de planificación familiar hasta en un 62% o más, de las mujeres que viven en centros rurales (Rodríguez, 2009: 6).

Por tal razón, la presente investigación preguntó a las indígenas sobre la calidad de atención recibida por parte de instituciones de salud. Es sorprendente de observar que la mayoría de las mujeres indígenas califican los servicios como regular o mala. Por ejemplo: un 38.89% de las mujeres evaluaron la atención como regular; un 25% de las mujeres calificó esta atención como mala; y un 36.11% evaluó la atención como buena y que no requería hacerse mayores comentarios al respecto. Los motivos por los cuales hay descontento en la atención son: porque es difícil conseguir cita (22.22%); porque las recomendaciones que dan los médicos no son efectivas (19.44%); porque las mujeres indígenas sienten que son tratadas con desprecio (16.67%); y porque la atención es rápida y superficial (5.56%) (Ver gráfica 19).

-
1. No se les proporciona a los pacientes información completa, adecuada y oportuna sobre su diagnóstico y tratamiento.
 2. Los tiempos de espera son demasiados: pueden pasar meses para que se les dé cita con especialista, en la fecha en la que se le dio cita los mantienen en la sala de espera por horas, en días festivos las clínicas se encuentran tan llenas de gente que resulta imposible atender a todos.
 3. A las mujeres gestantes, no se les permite cumplir con los ritos correspondientes en la cultura indígena al nacimiento (por ejemplo, entregarles la placenta para que la puedan enterrar en las zonas de cultivo).
 4. El tiempo de permanencia dentro del establecimiento de salud después del parto es de sólo un día o dos, cuando la tradición indígena periodo de recuperación para la mujer es mucho más largo (entre 8 y 40 días).
 5. A grandes rasgos, la población indígena considera que el personal médico que atiende en las zonas rurales, evita interactuar con la comunidad, por ello, no pude aprender, comprender y respetar sus diversas expresiones culturales (Cordero, 2010: 50).



La discusión anterior deja muy claro, que existe una desatención completa por parte de las instituciones de salud hacia las poblaciones indígenas. Hay que recordar que los indígenas no sólo tienen el derecho de contar con atención médica de calidad, sino que también demandan por medio de diversas organizaciones públicas y civiles que se les dé una atención de salud sexual y reproductiva de calidad. Durante esta investigación se observó que la calidad de la atención en la salud debe monitorearse con la satisfacción de los pacientes, ya que en la medida en que las gentes consideren que se les dio un trato digno, se les hace factible su derecho a una decisión informada sobre su salud, la cual podría impactar directamente en el cambio demográficos de esta población.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

La presente investigación tiene como finalidad inscribirse dentro de la discusión y contribuir al desarrollo sustentable, abordando en concreto una de las relaciones que tiene la sociedad con el medio ambiente más significativas: el crecimiento poblacional. Así, en el desarrollo de la introducción se problematiza cómo el crecimiento poblacional es uno de los principales factores que incide en el aumento del consumo humano. Donde a su vez, el aumento del consumo humano causa el agotamiento de los recursos renovables y no renovables del ecosistema, dificultándose con ello la posibilidad de una sociedad sustentable. De hecho, se habla que a nivel mundial en los últimos doscientos años, el crecimiento poblacional se ha dado de manera acelerada, desarrollándose el fenómeno calificado como: “*explosión demográfica*”. Esta situación amenaza seriamente la sustentabilidad de la sociedad contemporánea.

Para el caso concreto de México, se puede afirmar la presencia del fenómeno de explosión demográfica, ya que en los últimos doscientos años la población aumentó de seis millones en 1810; a diez millones en 1910; a más de ciento doce millones de habitantes para el 2010. Este crecimiento poblacional se ha dado de manera diferenciada de acuerdo a su distribución geográfica, pues mientras que a partir de las campañas de planificación familiar promovidas a finales de los años 70's, en el espacio urbano las tasas de fecundidad se han reducido significativamente hasta alcanzar a comienzos del siglo XXI, niveles de remplazo de 2.1 hijos promedio de mujeres en etapa vital reproductiva. En el espacio rural en el mismo periodo de tiempo, se han mantenido tasas de fecundidad altas con más de 3 hijos por mujer. Concretamente, dentro de la población rural, el subgrupo de la población auto reconocida como indígena, dice que en la mayoría de los casos la fecundidad se da de manera “natural”, o con planeación y restricciones mínimas.

Debido a lo anterior, se afirma que desde la perspectiva demográfica y de la sustentabilidad social, los patrones reproductivos de la población indígena en México son conflictivos, porque el aumento sostenido del número de estos grupos étnicos implicará un mayor consumo, y por ello, una mayor degradación ambiental. Específicamente, se delimitó el estudio de la investigación al caso concreto del comportamiento reproductivo del grupo étnico otomí en el estado de Querétaro, por ser considerado este grupo el autóctono y mayoritario de la entidad mencionada.

Cambio Demográfico y Población Indígena

La población indígena de México en su comportamiento demográfico atiende a fenómenos históricos que sólo se pueden comprender en cuanto se identifique la condición de avasallamiento y discriminación que se ha hecho hacia el mundo prehispánico e indígena en el proyecto mestizo modernizador. Este impactó en la salud reproductiva tanto en una dotación de recursos de salud mínima en el ámbito rural, como en un soliloquio impuesto por la biomedicina occidental en donde las prácticas de salud ancestrales son perseguidas, negadas, acalladas, o simplemente ignoradas. Por ello, no es de extrañarse que los indicadores de planificación familiar en estos grupos étnicamente diferenciados, muestren un claro rezago con respecto a la población no indígena del país.

Como antecedentes, se recuerda que después de los movimientos armados a principio del siglo XX de la Revolución mexicana y la guerra cristera, se pretendió apaciguar y unificar a la población mediante una retórica política que enfatizara un proyecto de nación modernista. Esta retórica estaba basada en el supuesto de que la superación del país podría ser posible sólo mediante el progreso, entendido éste como una transformación unidireccional, en donde el pasado campesino, tradicional, indígena y económicamente atrasado, sería desplazado por una

apuesta hacia un futuro urbano, tecnificado, científico, pero sobre todo, a la mayor imagen y semejanza posible al de la forma de vida naciones europeas.

Es importante señalar que las instituciones gubernamentales impusieron un solo proyecto de nación en la gran diversidad cultural del territorio nacional, ignorando e incluso atacando todo lo referente al mundo indígena. Dicho desdén por todo el acervo de conocimientos indígenas se encuentra fuertemente presente en el ejercicio de la biomedicina actual, en cuanto en la enseñanza de todas las disciplinas de la salud a todos los niveles, se hace referencia a la medicina tradicional como prácticas no recomendables. En una mayoría aplastante de los programas de salud pública, no se hace inclusión de curanderos en las regiones con población indígena. Incluso la investigación académica sobre el valor de la medicina y los curanderos tradicionales, se ha desarrollado de manera marginal.

Mientras que la biomedicina se legitima en la objetividad de su práctica, tratando el cuerpo humano como cosa, manipulándolo mediante tecnologías cada vez complejas y costosas, haciendo impersonal la relación médico-paciente y sujeta a las dinámicas capitalistas de mercado; los curanderos obtienen reconocimiento de sus comunidades por medio de una atención de calidad, poniendo énfasis en las relaciones humanas, en un discurso holístico integrador, en tecnologías simples obtenidas de su mismo entorno ecológico y con una atención comprensiva. Aún con la ignorancia y desdén por la medicina tradicional en México, no se ha logrado imponer la biomedicina como única opción en la población indígena, aunque tampoco se ha logrado dar cobertura de salud satisfactoria a toda la población del medio rural. Por el contrario, según la experiencia de diversos países, los mejores resultados para dar atención sanitaria, se logran cuando se incorpora de manera ecléctica, pragmática y postmoderna a los curanderos (en el que se incluyen las parteras) y a su bagaje cultural que ellos representan a los programas de salud.

Por un lado, no hay un verdadero diálogo entre las parteras y el personal de clínicas y hospitales. En los cursos de capacitación hacia las parteras, generalmente la pretensión es que las ellas aprendan y utilicen únicamente los conocimientos y técnicas de la medicina moderna, sin dar cabida a que ellas desarrollen su sabiduría y ritos ancestrales.

Primeramente, se desconoce que el ejercicio de la salud es una práctica simbólica, y para que una persona sane antes de que las operaciones o medicamentos surtan efecto en el organismo, es necesario que el grupo social reconozca y legitime lo que habrá de entenderse como enfermedad, como diagnóstico, como tratamiento y como salud. Así, dentro del entorno social en los cuales las parteras se desenvuelven, las prácticas de salud de origen prehispánico pueden tener más efectividad que la medicina moderna.

A comienzos del siglo XXI se le propició un duro golpe al desempeño de las parteras, al prohibírseles institucionalmente el llevar a cabo partos y permitiéndoseles únicamente la atención prenatal y postnatal. Ello significó una gran desmotivación para el ejercicio de este oficio, pues los partos eran la principal fuente de ingresos económicos de estas mujeres. De la misma manera, dentro de sus comunidades las parteras pierden un gran capital simbólico al no llevar a cabo los partos.

Además, cuando las instituciones de salud niegan a las comadronas la posibilidad de ejercer los partos, estas instituciones se desligan de dar a las parteras capacitación, material médico y apoyo institucional; dicha medida tiene como consecuencia que las parteras pierdan el interés de acercarse a las instituciones de salud. Además de seguir llevando a cabo los partos pero de manera clandestina, con todos los prejuicios que dicha situación conlleva.

En el mismo orden de ideas, a la medicina tradicional impartida por las parteras se le da un reconocimiento institucional ínfimo. A pesar de que numerosos estudios demuestran que no sólo las parteras dan una atención más cálida y satisfactoria a las mujeres, siendo incluso más

efectivas que los ginecólogos con respecto al número de partos exitosos, y que sean institucionalmente más económicas, aún con esto, no se les reconoce su desempeño como una práctica laboral que deba gozar las mínimas prestaciones de ley. Dentro de las instituciones de salud, queda a discreción de los profesionales de la medicina y enfermería tomar en cuenta su experiencia en el trato con las mujeres, muchos de ellos simplemente ignoran sus recomendaciones y no les prestan ninguna facultad para impartir salud a las mujeres⁴².

La experiencia que otros países han demostrado al equiparar la labor de las parteras tradicionales al desempeño del resto de los profesionales de la salud, ha llevado a dar una mejor atención a las mujeres de manera integral, especialmente a la salud reproductiva. Es conveniente que se legisle esta actividad para elevar la partería a nivel de práctica-técnica y profesional, y así integrarla a las campañas de salud. A su vez, resulta por demás estimulante desarrollar una impartición académica de la salud bajo una mirada postmoderna, en la cual pueden convivir distintos marcos de referencia teórica⁴³ y de una manera ecléctica.

En definitiva, en la población otomí del estado de Querétaro, existen patrones culturales de inequidad de género que dificultan enormemente que las mujeres puedan elegir libremente sobre su salud sexual y reproductiva, para así acceder a los programas de planificación familiar. A grandes rasgos, se identifica una marcada dicotomía entre los roles sociales asignados por géneros, ya que mientras que a los hombres en todo su proceso formativo se les prepara para las actividades productivas en el ámbito público, a las mujeres se les educa para que realicen con exclusividad actividades reproductivas confinadas en el espacio privado.

Es notorio cómo las mujeres indígenas identifican como injusto que desde pequeños los varones tienen mayor libertad de movimiento y disponen de un mayor tiempo libre, mientras que

⁴² Solicitud de personal médico, quirófanos para sus pacientes, servicio de ambulancias, material médico, etc.

⁴³ Saberes prehispánicos de salud y medicina occidental.

ellas son formadas para ocuparse dentro de la casa, en tareas que requieren toda la disponibilidad de las horas del día. A su vez, existe un profundo desasosiego en las mujeres indígenas en cuanto son los hombres los que disponen de los ingresos y estos son usados en su tiempo libre para el consumo de sustancias alcohólicas y para mantener relaciones sexuales extramatrimoniales (ya sea por medio del amasiato o a través de acudir a la prostitución), todo esto causando violencia y desintegración familiar.

Muchas políticas gubernamentales aplicadas a las comunidades indígenas no asumen una posición decidida con respecto a empoderar a las mujeres en el espacio privado, afirmando que las relaciones de género prevalecientes en los grupos étnicos son en sí mismas parte de su cultura. Y en un afán de respetar la diversidad cultural no se incide en estas relaciones de poder domésticas. Sin embargo, habría de considerarse que son las mismas mujeres indígenas las que manifiestan inconformidad por esta relación de poder asimétrica, siendo sobre todo que las nuevas generaciones, más imbuidas en la cultura democrática occidental, se manifiestan de manera expresa en contra de esta subordinación de su cultura patriarcal y exigen que las autoridades actúen al respecto.

A la población indígena en cuestión, este patrón cultural de machismo impacta de manera negativa, pues la condición pasiva y subordinada de la mujer con respecto a la sexualidad y reproducción, hace que la toma de decisiones en las parejas no sea consensuada, sino que los celos de los hombres impiden que las mujeres puedan acceder a una atención ginecológica, a que no se atrean a solicitar anticonceptivos o incluso a acceder a programas informativos sobre su uso. Finalmente, esto provoca que tengan más hijos de los que ellas hubieran deseado, resultando con ello una afectación a su salud, una sobrecarga en su actividad reproductiva y una limitación a sus proyectos de vida.

Como se mencionó anteriormente, la presente investigación pretendió hacer una contribución al conocimiento de la fecundidad indígena, ofreciendo una perspectiva poco estudiada en la literatura revisada, problematizando las altas tasas de fecundidad de los otomíes del estado de Querétaro desde un enfoque de sustentabilidad social y una perspectiva feminista; proponiendo como solución, el intervenir haciendo énfasis en dos estrategias de acción: 1. procurar el empoderamiento de género hacia el núcleo familiar para que las mujeres indígenas logren un mayor control sobre sus cuerpos y su vida reproductiva; 2. así como hacer que los institutos de salud reconozcan que los grupos étnicos diferenciados pueden incrementar su salud reproductiva y control poblacional mediante la aceptación oficial de usos y costumbres tradicionales de salud. Se destaca la presencia de las parteras, pues son ellas las que en los hechos, han incidido de manera más eficiente a que las mujeres indígenas logren empoderarse sobre su vida reproductiva.

Análisis y explicación co-relacional de los supuestos teóricos

Para sustentar teóricamente la presente tesis, se recurrió a la obra de Thomas Malthus, al ser considerado este autor el clásico que dio inicio a la discusión de la relación entre la población y la sustentabilidad social, enfatizando que se deben tomar medidas para que exista una relación de equilibrio entre el número de personas y los recursos disponibles del entorno, todo ello con la finalidad de que las generaciones posteriores cuenten con condiciones materiales iguales o mejores a los de la generación presente. Evitando que los entornos naturales no se vean afectados de manera irreversible por las actividades humanas.

Son muchas las consideraciones de Thomas Malthus que resultan vigentes y de provecho para interpretar la realidad presente de las mujeres otomíes del estado de Querétaro. Primeramente, se destaca tanto en las entrevistas de las parteras tradicionales como en las encuestas aplicadas a las mujeres indígenas, la presencia de la migración laboral en todas sus

modalidades, desde la permanente internacional a la temporal local. Esto se da debido a que las actividades económicas primarias ya no son suficientes para sostener la forma de vida de los indígenas, por lo que tienen que obtener recursos en forma exógena.

La razón por la que se da la migración del grupo étnico en cuestión es multi-causal, en donde inciden desde factores macroeconómicos (como el neoliberalismo), como dispositivos culturales (que sugieren la vida citadina como más atractiva que la campirana); pero sin duda un elemento interviniente preponderante de esta migración, son las altas tasas de fecundidad, que como bien lo menciona Malthus, han ocasionado que el entorno ambiental original ya no sea suficiente para sostener las necesidades más básicas de estos grupos (incluyendo el alimento; también en el medio rural de Querétaro se da una dependencia alimentaria hacia el exterior, siendo muchos de los insumos generados en Estados Unidos).

Por ello, se vuelve del todo pertinente en las campañas de planificación familiar informar y someter a reflexión la aportación teórica de Malthus de solidaridad intergeneracional, en donde se argumente que uno de los criterios para asumir una vida reproductiva responsable, sea considerar que familias numerosas pondrán en situación de desventaja su descendencia, sometiéndolos a situaciones de riesgo como desempleo, falta de acceso a servicios públicos (educación, urbanización, y demás) y pobreza en general.

Otro elemento clave en la reflexión de Malthus que es necesario recapitular para dar atención a la salud reproductiva de los indígenas en Querétaro, es el considerar que las tendencias reproductivas se encuentran estrechamente interconectadas al nivel de vida, siendo que la población fluctuará en su número en una estrecha interconexión con el acceso a los recursos que esta disponga. Malthus afirma que políticas de control poblacional por si solas tienen poco impacto, pero tienen mucho mayores posibilidades de éxito si se incide a la par en los niveles de bienestar de la población.

Aquí habría de marcarse una prudente distancia con las afirmaciones del autor citado. Mientras Malthus afirma que para tener una población con tasas bajas de fecundidad lo necesario es reducir su nivel de vida al límite de la subsistencia, la experiencia en la atención de planificación familiar en los grupos étnicos diferenciados nos muestra precisamente lo contrario. Es decir, que para alcanzar las metas demográficas en los indígenas, es necesario elevar su educación, sus ingresos, su acceso a las instalaciones sanitarias, y muchos otros insumos en pos de mejorar sus niveles de vida.

Por último, se subraya como clave la aportación de Malthus el hacer más equitativas las relaciones de género dentro del núcleo familiar para obtener una reproducción racional e intencional, ya que se observó con claridad en el grupo estudiado en la presente investigación, que las mujeres sumisas a sus esposos son las que más fecundidad tuvieron.

De manera complementaria, la discusión actual de la obra de Thomas Malthus ha dado a luz una serie de autores con aportaciones a las que se les puede identificar a *grosso modo* como neo-malthusianos, que analizan el cómo el número de la población humana está condicionado por elementos históricos como la industrialización, la urbanización y la tecnología aplicada a la salud. De la misma manera se observaron cuáles son los óptimos demográficos para que una sociedad imbuida en sus actividades económicas y patrones de consumo particulares, puedan mantener una relación con su entorno de manera sostenida.

Haciendo lectura a los neo-malthusianos, en la presente investigación resulta como marco interpretativo para comprender los patrones de crecimiento poblacional la tesis de la transición demográfica, en donde las comunidades indígenas con sistemas de producción agrarias tradicionales tienen tasas de fecundidad similares a las “naturales” o no planificadas, mientras que los indígenas expuestos a una dinámica más urbanizada (escuela, clínica, servicios públicos,

etc.), industrializada (trabajo a salarial) y con niveles de vida más altos, tenderán a tener una fecundidad baja.

Para ello, como complemento a la transición demográfica es necesario que se dé la postergada transición epidemiológica (también sustentada por neomaltusianos), en donde se dé una atención integral a la salud del indígena, y más en concreto, se satisfaga la demanda de salud sexual y reproductiva de estos grupos, para que así pueden decidir libre y de manera informada el número de sus hijos y su espaciamiento.

Como aportación por parte de los neomaltusianos, menos llevada en la academia por su complejidad, resultaría de suma utilidad que se analizara la capacidad de carga existente en el medio de las comunidades otomíes del estado de Querétaro. Esto ayudaría a la discusión de si la población indígena es compatible con el estimado como recomendable, a su vez que proveería de pautas sobre cómo se podría hacer una distribución espacial de los asentamientos humanos de manera más sustentable.

Por otro lado, se hace una crítica a las relaciones de género en las sociedades patriarcales, considerando que una histórica distribución de poder en las relaciones de género ha ocasionado que las mujeres no puedan decidir sobre su cuerpo adecuadamente; que no puedan controlar su vida reproductiva a voluntad; y que bajo falso pretexto de su responsabilidad para con la vida reproductiva, ellas tengan que permanecer confinadas en la esfera privada, lejos de la vida pública, limitando su acceso al poco empoderamiento que llegan a tener. A su vez, se mencionan algunos dispositivos culturales dirigidos a la mujer (amor, belleza, ama de casa, instinto maternal) que las hace proclives a no controlar su fecundidad, y por ende, a tener tasas de fecundidad altas.

En lo referente a la discusión teórica llevada a cabo sobre el empoderamiento, bajo la visión de las parteras, se devela en repetidas ocasiones que para las mujeres indígenas resulta

fundamental el controlar su descendencia para realizar su proyecto de vida. Sin embargo, situaciones históricas de un acentuado patriarcado establecen relaciones de poder inequitativas en la toma de decisiones sobre la vida sexual y reproductiva dentro del núcleo familiar de los otomíes. Las mujeres manifiestan su inconformidad de no disponer de los recursos sociales dentro de su comunidad para hacer valer sus preferencias reproductivas, a su vez, demandan a los diversos organismos del Estado su intervención para trabajar en la equidad de género y el consiguiente empoderamiento sobre sus cuerpos.

En ello destaca la presencia de las parteras tradicionales o matronas como agente social que incide directamente en el empoderamiento sexual de las mujeres indígenas, siendo ellas los elementos de una alta pertenencia cultural y prestigio legítimo dentro de sus comunidades; recurso que puede y debe de ser utilizado por las instituciones de salud para la consecución de sus metas en materia de salud reproductiva.

Por la discusión propuesta a través de la literatura teórica revisada, se destaca que el deseo de tener control sobre la fecundidad es una meta común tanto de las posturas neo-malthusianas como de las feministas. Tanto los neo-malthusianos están de acuerdo que las mujeres aumenten su empoderamiento en la vida privada, como las feministas coinciden con los neo-malthusianos de que pocos hijos ayudan a tener sociedades más justas y prósperas. Esta concurrencia ideológica se concretó históricamente en la Organización de las Naciones Unidas bajo el concepto holístico de Planificación Familiar, en donde se vuelve prioritario para el bienestar de las naciones el acceso libre y efectivo sobre métodos anticonceptivos, el contar con una sexualidad placentera, el tener relaciones equitativas de género hacia el interior del grupo familiar, el velar sobre la salud perinatal materno-infantil, el evitar las Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS), y el atender cualquier patología asociada con el aparato reproductivo.

Así, el recorrido teórico nos conduce a afirmar que la reproducción humana es un evento humanizador, es decir, que es un evento social histórico que puede y debe de ser reflexionado y transformado de manera libre, informada e intencional. Al afirmar que debe de ser libre, se enfatizará en que las mujeres habrán de decidir sin coerción externa sobre su fecundidad; a su vez que los indígenas desde sus referentes culturales de salud y enfermedad, tienen el derecho de hacer sus opciones sobre cuándo, cómo y cuántos hijos habrán de tener. Cuando se asevera que la reproducción debe de ser informada, se enfatiza que los indígenas tienen el derecho a ser notificados sobre la existencia de métodos anticonceptivos y las implicaciones tanto personales, sociales y ambientales sobre su uso. Y cuando se propone que la reproducción necesita ser intencional, se alude a que el número de humanos tendrá como finalidad el que no se amenace ni la existencia ni la prosperidad de las generaciones futuras, manteniendo una relación de equilibrio sostenido con los entornos ecológicos.

Contrastación y discusión de alcances de los objetivos e hipótesis

Considerando el primer objetivo específico de esta investigación en el cual se buscó explorar las prácticas de usos y costumbres de salud reproductiva de la población indígena Otomí en el estado de Querétaro, se puede afirmar que la población a la cual se hace referencia tiene una gran riqueza de prácticas (cuarentena, masajes a la embarazada, parto domiciliario, apoyo en las actividades domésticas, uso de símbolos diversos de carácter religioso, implicación de los parientes en el momento del parto, uso de herbolario y demás) y saberes tradicionales (identificación de enfermedades, diagnósticos y tratamientos) en lo referente a la salud reproductiva de carácter diverso a los practicados por la biomedicina. Por ello, en la medida en que se dé apertura multicultural a la salud, es como se hará posible dar una atención dirigida y culturalmente adecuada a los grupos indígenas de nuestro país. La medicina tradicional indígena

tiene una gran potencialidad para brindar atención de salud comunitaria, pero desgraciadamente en México, esta potencialidad no está siendo aprovechada.

Así, dado a que la primera hipótesis sostuvo que la población indígena otomí en el estado de Querétaro practica diversos usos y costumbres tradicionales de salud reproductiva, el trabajo de campo pone en evidencia que dicha hipótesis se sostuvo, siendo que los indígenas tienen una visión de salud y enfermedad reproductiva independiente al de la medicina moderna, por lo que sería recomendable que las instituciones de salud reconozcan que estas prácticas y saberes son efectivas para la población en cuestión, siendo necesario que se fomente su ejercicio.

Referente al segundo objetivo específico planteado que tuvo como meta examinar cuáles son los métodos anticonceptivos tradicionales y modernos que usan los indígenas en Querétaro para controlar su natalidad, se identificó que el grupo étnico otomí no hace uso de métodos anticonceptivos tradicionales como tal, sino que más bien recurren a la herbolaria para inducir el aborto cuando se da un embarazo no deseado. Los métodos modernos de control de la fecundidad cada vez son más frecuentes entre los indígenas estudiados; siendo los más populares aquellos en los cuales las mujeres pueden hacer uso de ello sin que la pareja se entere (pastillas, Dispositivo Intra Uterino o DIU e inyecciones), los definitivos en la mujer (salpingoclasia); y sólo en contadas ocasiones de las parejas jóvenes. El hombre es partícipe de la planificación natural, mediante métodos naturales (retiro, ritmo y durante la lactancia) y el uso del preservativo, sin presentarse ningún caso en el que el hombre opte por un método definitivo (vasectomía). Todo ello nos habla de una fuerte presencia de patrones culturales patriarcales en la población indígena, en donde se asocia la masculinidad con la fecundidad. Por ello los hombres se resisten a hacer uso de métodos anticonceptivos, dándose incluso casos en los que se oponen a que su pareja femenina haga su uso.

Haciendo contraste de la información recabada con el objetivo anterior y la segunda hipótesis, que afirma que los indígenas prefieren utilizar los métodos planificación familiar tradicional antes que los modernos, se concluye que en este caso se dio una falsación de la hipótesis, pues los otomíes declaran no tener prácticas anticonceptivas tradicionales, mientras que prefieren acudir a los métodos modernos de planificación familiar. Sólo en casos extremos en los que la medicina moderna niega la opción de interrumpir el embarazo es que se hace uso de herbolaria para inducir el aborto.

En lo concerniente al tercer objetivo, en el cual se propuso indagar la existencia de actores sociales que puedan promover tanto los usos y costumbres de la población indígena, así como los métodos alternativos de planificación familiar, se puede señalar que en las comunidades indígenas las parteras tiene un papel importante en relación con la salud reproductiva de las mujeres. Ellas han sido depositarias de los usos y costumbres de la salud indígena. Su atención es culturalmente adecuada y cuenta con legitimidad dentro de sus comunidades. La investigación señala que ella han sido despreciada y menos reconocida, pero la comunidad indígena reconoce la importancia y el valor de ellas para la impartición de salud.

Finalmente, al contrastar la tercera hipótesis que indica la existencia de actores sociales que pueden promover tanto los usos y costumbres de la población indígena en lo referente a la planificación familiar con la información recabada, se concluye que esta hipótesis fue válida, ya que son las parteras los agentes sociales óptimos para dar acceso a las mujeres indígenas de planificación familiar culturalmente adecuada, permitiendo con ello que su vida reproductiva sea libre, informada e intencional.

Considerando lo anterior, es importante afirmar que para un mundo sustentable es necesario tener control de la fecundidad para cualquier región o país (desarrollado o subdesarrollado), por eso creamos en esta investigación que es fundamental respetar los usos y

costumbres de los indígenas en la planificación familiar. En este sentido, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), también señala: *la planificación familiar no sólo es importante para los países en desarrollo, sino también para las comunidades marginadas de todo el mundo. Las poblaciones indígenas son algunas de las que más necesitan programas de planificación familiar, y también las que tienen menos acceso a ellos. Existe una alta demanda de servicios de planificación familiar en las áreas de población aborigen, pero también una falta de materiales educativos culturalmente adecuados para esas comunidades*⁴⁴.

Propuestas de política pública para el caso de la planificación familiar

Desde hace varias décadas en el ámbito internacional se ha reconocido la importancia de la labor de la partera tradicional para mejorar la salud reproductiva de las mujeres indígenas. Aunado a ello se han planteado diversas políticas públicas para incentivar su acción. La primera ocasión en hacer explícita esta voluntad a nivel internacional fue en 1988, en la XXIII Conferencia Panamericana, en donde se presenta el Plan de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna de las Américas, en donde se establece la necesidad de que las instituciones oficiales de salud en cada país proporcionen educación permanente a las parteras tradicionales. En 1992 en la reunión de Asociados al Banco Mundial para una Maternidad Segura, se evalúan como positivas las capacitaciones a las parteras, por lo que se reitera la necesidad de estas capacitaciones y se añade la importancia de que las parteras cuenten con los recursos institucionales para que puedan ordenar traslados de una madre en situación de emergencia de la comunidad de origen a una clínica u hospital más cercanos (Quintero, 2006).

⁴⁴ <http://www.ipsnoticias.net/2009/07/poblacion-planificacion-familiar-con-enfoque-antropologico/>. Consultado en 20 de agosto, 2013

La primera y más obvia acción para incentivar la labor de las parteras, es procurar aumentar su número. Se requiere de más parteras, sobre todo en aquellas comunidades rurales alejadas y de difícil acceso, donde sólo estas agentes sociales son las únicas capaces de atender a las mujeres en su salud reproductiva. De hecho, se estima que a nivel mundial es necesario que aumente el número de estas especialistas en la salud en trecientos cincuenta mil elementos más. Varias son las acciones orientadas en incrementar la presencia de las parteras. De primera instancia, se hace un reconocimiento simbólico a su importante labor mediante el establecimiento del 5 de mayo como el día internacional de la partera; y se proyectó que del 5 al 6 de junio de 2013, la celebración del Simposio de Alto Nivel sobre Partería, para aumentar las facultades de las parteras en las políticas de la Organización Mundial de la Salud (CINU, 2013).

Es en 1993 a partir de la Declaración conjunta de la Organización Mundial de la Salud (OMS), El Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), que a nivel mundial se imparten de manera detallada las directrices de colaboración entre las instituciones oficiales de salud y las parteras tradicionales (OMS, 1993):

- Que las instituciones de salud formen personal entre enfermeras y médicos para que funjan como instructores de parteras tradicionales adiestradas.
- Que se impartan cursos de formación biomédica a las parteras, en lo que se requiere a nutrición, higiene, salud reproductiva, atención al parto, enfermedades de transmisión sexual y planificación familiar.
- Apoyar institucionalmente a las parteras para que tengan mayor identificación, reconocimiento y penetración en sus comunidades.
- Supervisar institucionalmente la labor de las parteras, para dar seguimiento y evaluación.

- Que las instituciones oficiales de salud retribuyan económicamente la labor de las parteras (pago por asistencia a cursos de capacitación, apoyos económicos, contratación, etc.)
- Proporcionar a las parteras del equipo médico, medicamentos y suministros mínimos para brindar atención de primeros auxilios y atención al parto.
- Invertir a las parteras de las facultades necesarias para la toma de decisiones en la atención de las mujeres en las clínicas y hospitales en lo que se refiere a su salud reproductiva, perinatal y salud infantil.
- Poner a disposición de las parteras de medios de transporte para dar atención de urgencia a las mujeres en etapa perinatal que así lo requieran.
- Aumentar el número de partos atendidos por las parteras tradicionales adiestradas.

Experiencias en contextos internacionales ilustran que mientras las parteras tradicionales tiendan a desempeñarse de manera informal, será difícil integrarlas a los programas de asistencia de salud oficiales. Lo conveniente es que cuenten con un alto nivel de habilidades y conocimientos sólidos. El ejercicio de la salud tradicional no sólo se debe basar en la práctica sino también debe contar con una base teórica. La teoría puede ser de utilidad no sólo para realizar un mejor desempeño fáctico de atención al parto, sino también para contar con un marco interpretativo que permita articular los valores de la profesión con metas específicas. Por citar un ejemplo: la necesidad de introducir el empoderamiento femenino en el proceso de la maternidad (Halldorsdottir y Karlsdottir, 2011).

De la misma manera, se habrá de buscar proveer a las parteras tradicionales de un entrenamiento que verifique una adecuada vinculación entre el conocimiento teórico y las habilidades prácticas (Naho, 2008). Para fomentar la mejora continua entre este gremio, a las parteras que estén

integradas a los programas de salud oficiales se les pagará de acuerdo a las capacitaciones recibidas (Haworth-Brockman, 2002).

Lo ideal para las parteras, es buscar la manera de desarrollar sus capacidades mediante entrenamientos que puedan ser ubicados en sus comunidades de origen, con la actual infraestructura y con las posibilidades de apoyo comunitario ya existentes (Shroff, 2009). Una posible manera para lograr esto, es que un instructor se traslade a las comunidades de los parteras; otra posible solución es dar cursos de capacitación intensivos en un punto en el cual puedan tener acceso los curanderos de distintas comunidades, sin que este punto de reunión sea demasiado retirado para ninguna de ellos; finalmente, se puede hacer uso de los medios de comunicación mediante teleconferencias por medio de la radio, la televisión o el internet, y así lograr una revisión de sus conocimientos perinatales y actualización de protocolos de acción (Iqaluit Midwifery Gathering, 2007).

En nuestro país, la manera en que las instituciones de salud se han acercado a las parteras es: por un lado, mediante cursos de capacitación en donde se les enseñan prácticas de atención e higiene biomédicas y el uso de medicina moderna; y por otro lado, se les restringe la atención precisamente del parto, por considerar que esto es competencia exclusiva de los ginecólogos. Por el lado de las capacitaciones, las parteras las perciben como positivas, pues consideran que de esta manera mejoran sus competencias y aumenta su prestigio dentro de la comunidad. Por el lado de que se les restringe atender partos, las parteras tienen reacciones ambivalentes, que van desde ignorar estas restricciones y atender el parto como siempre, hasta crear una relación de dependencia hacia los ginecólogos, de tal manera que llegan a considerar que su labor es sólo complementaria, subordinada y accesoria a la que desempeñan el personal de clínicas y hospitales (Jiménez *et al*, 2008).

La supuesta integración ha tenido como consecuencia el restarle importancia simbólica y su liderazgo a la partera dentro de sus comunidades. Aunque por un lado se le dota de más funciones, como el participar en campañas de vacunación, prevención del cáncer de mama mediante la promoción de métodos de planificación familiar; por otro lado, su participación durante el nacimiento ha disminuido sensiblemente (siendo su obligación canalizar los partos al personal médico obstetra (Gómez, 2000).

Para ello, se vuelve fundamental desarrollar las estrategias institucionales para facilitar el acercamiento de las parteras a los jóvenes varones, difundiendo las sesiones informativas en los últimos grados de primaria, en secundaria, y nivel medio superior. Como también fomentando grupos de discusión en instituciones para la juventud y facilitando el acercamiento de las parteras a jóvenes de su comunidad de manera informal.

Es importante destacar que la violencia hacia las mujeres indígenas no se restringe al ámbito privado, también está presente en el espacio público porque no existen las suficientes o adecuadas instituciones para garantizar la atención de las necesidades de las mujeres. Concretamente en el ámbito de la salud institucional, se puede llegar a ejercer violencia económica hacia las mujeres por negarles la atención al puerperio, el embarazo y el parto. Se les arremete de manera psicológica en cuanto se les trate de forma ofensiva o en cuanto se les da información defectuosa a las mujeres de grupos étnicos, o se incurre en violencia física en cuanto no se les evite el dolor en el embarazo a los grupos étnicos, como forma de castigo por sus altas tasas de fecundidad (Collado, 2005).

Si bien las transformaciones sociales en las últimas generaciones con respecto a la equidad de género se pueden evaluar como favorables, existe mucho por avanzar, por el simple hecho de poder apreciar manifestaciones de violencias intrafamiliares más frecuentes y acentuadas en los grupos indígenas que en la población no indígena. En la población estudiada,

de manera rutinaria se ejercen abusos de poder y violaciones a los derechos de las mujeres, sosteniendo situaciones tipificadas por la ley como delitos sin que se haga gran cosa al respecto.

Es por ello, que se deben de desarrollar diversos mecanismos institucionales para mantener en alto la dignidad de las mujeres indígenas, como campañas de sensibilización en las escuelas primarias, donde se discuta la equidad de género. También debe haber canales legales para que las mujeres puedan denunciar el ejercicio de violencia física, psicológica, sexual y económica dentro del núcleo familiar, así como facilitar la integración de las mujeres a la vida pública, creando plazas de trabajo y estableciendo cuotas equitativas por género, por citar algunas medidas.

Tanto la academia como las instituciones de salud, deben desarrollar programas de capacitación para que el personal de salud se sensibilice de las particularidades culturales de la población indígena. Dichos programas habrán de tomar en cuenta cada uno de los grupos y subgrupos étnicos existentes en la república mexicana. Para garantizar que la capacitación de sensibilidad cultural sea la adecuada, por un lado habrá de darse un seguimiento continuo a los cursos; a la vez que habrán de desarrollarse instrumentos de evaluación, ya sea mediante exámenes de competencia en el personal médico, o bien mediante sondeo de opinión entre la población indígena usuaria de los servicios de salud.

La planificación familiar y la salud reproductiva resultan sumamente eficientes para proporcionar bienestar físico a la población, así como para contribuir al desarrollo sustentable de un país. Así, un gran porcentaje de la morbilidad y mortalidad en América Latina puede prevenirse con inversiones reducidas si se informa adecuadamente sobre las medidas preventivas para salud perinatal y si se atiende oportunamente las enfermedades venéreas. De igual manera, se puede evitar las fuertes presiones al medio ambiente y a los fondos públicos ocasionados por la sobrepoblación.

Al final, es necesario recalcar que la reproductividad indígena por medio de planificación familiar en México, se presenta únicamente desde el punto de vista occidental; sólo un número limitado de intermediarios conocen las prácticas de salud reproductiva o la cosmovisión de los indígenas. No existe modelo intercultural alguno de prestación de servicio que haya sido institucionalizado o que se esté enseñando en las escuelas o instituciones de capacitación de médicos y enfermeras. A pesar de la potenciación y el fortalecimiento que existe en estas prácticas tradicionales y roles de las parteras en las comunidades indígenas, como se observó en el caso de los Otomís del estado de Querétaro, es importante que las políticas de población en nuestro país, consideren e impulsen los valores culturales de los indígenas para la planificación familiar.

BIBLIOGRAFÍA

Acharya, Arunkumar (2009) *Una nueva forma de Esclavitud Humana: el tráfico de Mujeres en México*. Primera edición, Universidad Autónoma de Nuevo León.

Alba-Hernández, F. (1974) *La población de México*. Estado de México. El Colegio de México.

Almed, O. T (2007) “Panorama general”, en FNUAP (2007) *El Estado de la Población Mundial 2001*. Ginebra. Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Aguirre, E. (2010) *Pecar como Dios manda. Historia sexual de los mexicanos*. Distrito Federal, Planeta.

Aguirre, G. (1986) *Antropología Médica*. Distrito Federal, Casa Chata.

Artía, P. (2003) Diálogos interculturales: testimonios de mujeres indígenas. *La Ventana, Revista de estudios de género*. No. 018, Diciembre, pp. 1-29.

Avendaño, I. (2007) “Malthus y la anticoncepción de hoy: Poder, periferia y género”, *Reflexiones*, Vol. 86, No. 2, pp. 9-25.

Barroso, C. (2004). “La fecundidad indígena en México y Brasil. Visión oficial versus visión indígena ¿dos caminos divergentes, espejos de América Latina?”, En ALAP (2004) Congreso de la Asociación Latino-Americana de Población, 18-20 de septiembre 2004,

Benoit, C. (1989) “The professional socialization of midwives: Balancing art and science”, *Sociology of Health and Illness*, Vol. 11 No. 2, pp. 160-180.

Benoit, C., Carroll, D. (2001) *Aboriginal Midwifery in Canada: Blending Traditional and Modern Forms*. Vancouver, Canadian Women’s Health Network.

Blais, R. (2002) “Are home births safe?”, *Canadian Medical Association*, Vol. 166, No. 3, FEB. 5 2002, pp. 1-3.

Brockman, J. Matson, K. (1995) *Así son las Cosas*. Madrid, Temas de debate.

Calfio, M., Velasco, L. (2005) *Mujeres indígenas en America Latina: ¿Brechas de género o de etnia?* Santiago de Chile, CEPAL.

Casique, I. (2008) “Control de la fecundidad y perspectiva de género. Retos”. *CONAPO (2008) Memorias del Foro Nacional: Las Políticas de Población en México. Debates y Propuestas para el Programa Nacional de Población 2008-2012*. Distrito Federal, Consejo Nacional de Población.

Castro, I. (2011) “Institucionalidad oficial vs. Usos y costumbres. Ciudadanía femenina indígena y ciudadanía étnica”, en Cajas, Mónica., Jaiven, Ana. (Coord.) (2011) *La encrucijada de género*

y ciudadanía. *Sujetos políticos, derechos, gobierno, nación y acción política*. Distrito Federal. Universidad Autónoma de México.

Catton, W. (1998) "If Malthus was so wrong, why is our world in trouble?", *The Social Contract*. Spring 1998. Vol. 8, No. 3, pp. 231- 238.

Chansonneuve, D. (2005) *Aboriginal Women and Girls' Health Roundtable April 25-27, 2005*. Ottawa, National Aboriginal Health Organization (NAHO).

Chávez, A., Menkes, C. (2007) "La salud reproductiva de la población indígena". En Chávez, A., Uribe, P. (2007) *La salud reproductiva en México. Análisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003*. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Edo. México, UNAM.

Checa, Susana., Rosenberg, Martha. (1998) "Sobre Derechos Reproductivos y su relación con la violencia social", en Izaguirre, Inés. (Coord.) (1998) *Violencia Social y Derechos Humanos*. Buenos Aires, Eudeba.

CIEAP (1994) "Anticoncepción: crónica del debate que espera", *Papeles de Población*, número 003, mayo-junio 1994, pp. 67-69.

CINU (2013) *Día internacional de la partera*. Centro de Información de las Naciones Unidas. Ginebra. Accesado en 14 de abril de 2013, disponible en: <http://www.cinu.mx/eventos/observancia/dia-internacional-de-la-parter/>

Cohen, J.(1995) "Population Growth and Earth's Human Carrying Capacity", *Science*, New Series, Vol. 269, Issue 5222, pp. 341-346.

Cohen, J (2007) "Population, Economics, Environment and Culture: An Introduction to Human Carrying Capacity", *Journal of Applied Ecology*, Vol. 34, Issue 6, pp. 341-346.

Cohen, J. (2010b) *Beyond Population: Everyone Counts in Development*. Center for global Development. Working Paper, No. 220, July 2010. Washington. D.C.

Collado, S. (2005) "Violencia familiar: Una aproximación desde la ginecología y obstetricia", *Revista Ginecología y Obstetricia en México*. Vol. 73, No. 5. Mayo 2005, pp. 250-260.

Collantes, F. (2003) "Robert Malthus; un economista político convertido en demógrafo por aclamación popular". *Reis, Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. No. 101, pp. 149-173.

CONAPO. (1996). *Indicadores Básicos de Salud Reproductiva y Planificación Familiar*. Ed. Consejo nacional de Población. México, D. F. (Consultado en Diciembre 2010) Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xisysrc=googleybase=LILACSylang=pynextAction=lnkyexprSearch=210891yindexSearch=ID>

Cordero, L. (2010) *Salud de la mujer indígena. Intervenciones para reducir la muerte materna*. Washington, Banco Interamericano de Desarrollo.

Córdoba, D. (2004) “Significados de satisfacción sexual en hombres y mujeres de la zona metropolitana”, *Psicología y Ciencia Social*, año/Vol. 6, núm. 001, pp. 34-48

Correa, C. (2002) *Protección y Promoción de la Medicina Tradicional. Consecuencias para la Salud Pública en los Países en Desarrollo*. Buenos Aires. El Centro del Sur.

Cruz, A. (1999) *Los médicos se apropiaron del nacimiento, dicen parteras atienden hasta el 90% de los alumbramientos en algunos estados*. La Jornada 2 de Agosto de 1999.

Davis, A. (2004) *Mujeres, raza y clase*. Madrid. AKAL

Davis-Floyd, R. (2001) “La partera profesional: Articular la identidad y el espacio cultural para un nuevo tipo de partería en México”, *Medical Anthropology*, Vol. 20, No. 2-3, pp. 185-243.

Davis-Floyd, R. (2003) “Home Birth Emergencies in the U.S. and Mexico: The Trouble with Transport”. In *Inhorn, M. (2003) Reproduction Gone Awry*. Social Science and Medicine. United States of America.

Ecandon, C. (2003) “Tema: la situación de las mujeres indígenas y campesinas”. En Cabral, J. (2003) *!Por nosotras mismas! Guía del taller para el empoderamiento de la mujer indígena y campesina*. Distrito Federal, Instituto Mexicano del Seguro Social.

Ehrlich, P. (1971) *The population bomb*. New York. Sierra Club.

Ehrlich, P. (1977a) *Ecoscience. Population, Resources, Dimensions of the Human Predicament*. San Francisco. W.H. Freeman.

Ehrlich, P. (1977b) *The golden door. International migration, Mexico and the United States*. PEI book. United States of America.

Ehrlich, P., Holdren, J. (1971) “Impact of Population Growth”, *In Science*, New Series, Vol. 171, No. 3977, pp. 1212-1217.

Ellis, C., Hanson, C. (1999) *Midwifery Care: What Women Want*. Manitoba. Prairie Women's Health Centre of Excellence (PWHCE).

Engelhardt, H. (1995). *Los Fundamentos de la Bioética*. Barcelona, Paidós.

Erviti, B., Segura, T. (2000) *Estudios de Población. Texto básico*. Habana, Universidad de la Habana, Centro de Estudios Demográficos.

Espinosa, G. (2008) “Reflexiones de género sobre planificación familiar y demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos en regiones rurales indígenas”. En *CONAPO (2008) Memorias del*

Foro Nacional: Las Políticas de Población en México. Debates y Propuestas para el Programa Nacional repoblación 2008-2012. Distrito Federal, Consejo Nacional de Población.

Esteinou, R. (2008) *La familia nuclear en México.* Distrito Federal. CIESAS.

Falquet, J. (2003) “Mujeres, feminismo y desarrollo: un análisis crítico de las políticas de las instituciones internacionales”. *Desacatos*, No. 011, primavera 2003, pp. 13-35.

Farrell, Rosen, Terborgh. (1999) *Alcanzando a los Jóvenes Indígenas con Información y Servicios de Salud Reproductiva.* Salud Reproductiva. Consultado en 2 de noviembre de 2011. Disponible en:

http://www.generosaludreproductiva.gob.mx/articulo.php?id_rubrique=8yid_article=899

Felitti, K. (2010) “Sexualidad y reproducción en la agenda feminista de la segunda ola en la argentina (1970-1986)”. *Estudios Sociológicos*, Vol. XXVIII, No. 84, septiembre-diciembre de 2010, pp. 791-812.

Ferrando, M. (2000) *El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación.* Madrid, Alianza.

Figueroa-Perea, J. (2010) “Generación de datos sobre comportamientos reproductivos de varones en México”. *Papeles de Población*, No. 65, Vol. 16. Julio-Septiembre, pp. 131-161.

Galanta, M. (2010) *Parto humanizado.* Nueve Lunas Oaxaca. Consultado en 2011. Disponible en: <http://www.nuevelunas.org.mx/#partohuman.html>

Gall, O. (2010) “Racismo y Sexismo en la historia presente de México. Reflexiones acompañadas de la palabra de mujeres líderes de 18 pueblos indios”, *Revista México indígena*, No. 5. Marzo 2002, pp. 1-13.

García, A. (1999) *Alcanzando a los jóvenes indígenas con información y servicios de salud reproductiva.* En Foco en Jóvenes Adultos. Consultorio de Salud Reproductiva. Disponible en: http://www.pathfind.org/pf/pubs/focus/IN%20FOCUS/IF%20Spanish/if%20sp_feb99.htm

García, B., Ondorica, M. (2004) “Introducción general: Análisis y debates sobre la población de México a comienzos del siglo XXI”, *Papeles de población*, No. 040, abril-mayo 2004, pp. 11-28.

Giddens, A. (2000) *La transformación de la intimidad.* Madrid, Cátedra.

Gispert, C. (2005). *Conceptos de Bioética y Responsabilidad Médica.* Distrito Federal, Manual Moderno.

Gómez, M. (2000) “Imagen Social de la Partera Indígena Yucateca a Través de la Historia”. *Latin American Research Review, The journal of the Latin American Studies Association.* Vol. 43, No. 3, 93-111.

González, S. (2002) “An anti-poverty program and reproductive health needs in Mexico’s indigenous population: contrasting evaluations”. In *CPS (2002) Interregional Seminar on Reproductive Health, Unmet Needs and Poverty: Issues of Access and Quality of Service*. Bangkok, Colle of Population Studies.

González, E. (2006) *La fecundidad de las mujeres indígenas unidas o casadas en México, 2003*. Tesis de Maestría en Estudios de Población y Desarrollo Regional.

Goldsmith, E. (1989) “[The population explosion](#). An inevitable concomitant of development”. *The Ecologist*, No. 19, January 1, 1989, pp. 2-3.

Green, C. (2006) *Reseñas. Limits to Growth: The 30-Year Update*. Política y Sociedad, 2006, Vol, 43. Num. 1.

Grekul, J. (2008) “Sterilization in Alberta, 1928 to 1972: Gender Matters”, *Canadian Review of Sociology/ Revue Canadienne de Sociologie*, Vol. 45, No. 3, agosto 2008, pp. 247-266.

Hernández, R. (1991) *Metodología de la investigación*. Edo. De México, McGraw-Hill.

Hernández, R. (2011) *Feminismo para no feministas. La vane contra patrix*. Madrid. Federación de Mujeres Jóvenes.

Halldorsdottir, S., Karlsdottir, S. (2011) “The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery”. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Vol. 25, No. 4, pp. 804-817.

Haworth-Brockman, M. (2002) *Delivering An Alternative: An Overview of the Regulation of Midwifery in Manitoba*. Manitoba, Prairie Women’s Health Centre of Excellence

Hottois, G, Montañes ,G, Simón García, P, y Cruceiro, V, A. (2000). *Bioética y Medio Ambiente*. Bogotá, Kimpres.

Huenchuan, S. (2002) “Saberes con rostro de mujer. Mujeres indígenas, conocimientos y derechos”, *Revista La Ventana*. No. 15, año 2002, pp. 119-148.

Hurting, A., San Sebastian, M. (2007) “Review of health research on indigenous populations in Latin America, 1995-2004”. *Revista Salud Publica Méx*. Vol. 49, No. 4 ,Julio-Agosto 2007, pp. 316- 320.

Ignaciuk, Agata (2009a) “Anticoncepción y aborto: una propuesta de análisis desde los estudios de género”, *Eä*, Vol. 1, No. 2, diciembre 2009, pp. 1-25.

IGWG (2005) *Do Empowered Mothers Foster Gender Equity and Better Reproductive Health in the Next Generation?* Interagency Gender Working Group (IGWG). Disponible en: http://www.prb.org/igwg_media/DoEmpoweredMothers.pdf [Accesado el día 22 de mayo 2012] pp. 1-6.

Inmujeres (2003) *El enfoque de género en la producción de las estadísticas sobre familia, hogares y vivienda en México. Una guía para el uso y una referencia para la producción de información*. Distrito Federal, Instituto Nacional de las Mujeres.

INEGI (2002) *Las mujeres en el México rural*. Aguascalientes, Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

INEGI (2005a) *Mujeres y hombres en México 2005*. Aguascalientes, Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

INEGI (2005b) *Mujeres y hombres en Querétaro de Arteaga*. Aguascalientes, Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

INEGI (2009a) *Perfil sociodemográfico de la población que habla lengua indígena*. Aguascalientes, Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

INEGI (2009b) *La Población indígena en México*. Aguascalientes, Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

INEGI (2010) *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009. Metodología y tabulados básicos*. Aguascalientes, Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

Iqaluit Midwifery Gathering. (2007) “*Promoting, Supporting and Strengthening Inuit Midwifery*” *Inuit Nunaat Midwifery Gathering March 13-15, 2007 Iqaluit, Nunavut*. Midwifery Association of Nunavut (MAN), National Aboriginal Health Organization (NAHO), Ontario Midwifery Education Program: McMaster and Ryerson Universities.

Izcara, S. (2007) *Introducción al muestreo*. Distrito Federal, Porrúa.

Jasis, M. (2006) *Serpientes y escaleras: Las mujeres mexicanas y las metas del milenio*. Baja California Sur, Centro Mujeres. A.C.

Jiménez, S., Pelcastre, B. y Figueroa, J. (2008) “Parteras tradicionales y su relación con las instituciones de salud. Entre la resistencia y la suordinación”, *Revista Chilena de Salud Pública*. Volúmen 12, Número 3, pp. 161-168.

Jones, A. (1978) *Instituto de Parteras: Manual para su Organización y Funcionamiento*. Washington, Imprenta del Gobierno de los Estados Unidos.

Kabeer, N. (2000) [“Intergenerational Contracts, Demographic Transitions and the 'Quantity-Quality' Trade-Off: Children, Parents and Investing in the Future”](#), *Journal of International Development*, 12 (4). pp. 463-482.

Klein, S. (2010) *Un libro de parteras. Atención del embarazo, el parto y la salud de la mujer*. California, Hesperian.

Kluge, E.W. (2005). *Readings in Biomedical Ethics, a Canadian Focus*. Toronto, Pearson Press.

Lagarde, M. (2008) "Amor y sexualidad, una mirada feminista". Curso de verano dictado en la Universidad Méndez Pelayo, Septiembre 2008.

Lassonde, L. (1997), *Los desafíos de la demografía. ¿Qué calidad de vida habrá en el siglo XXI?*, Distrito Federal, Fondo de Cultura Económica.

Levine, A. (2006) *Sexual and reproductive health and rights*. Just Change. Wellington, New Zealand. Accessed November 2 2011. Available at

http://www.globalfocus.org.nz/uploaded/documents/Just_Change_5.pdf

Limas, M. (2008) *La mujer indígena en las zonas rurales*. Distrito Federal, Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género.

Lipovetsky, G. (2007) *La tercera Mujer*. Ed. Anagrama. Barcelona, España.

Livi-Bacci, M. (1993) *Introducción a la demografía*. Ariel, Distrito Federal.

Loewenberg, S (2010) "Maricela Zurita Cruz: voice for Mexican Indigenous women's health", *In Lancet*, Vol. 375, Issue 9727. pp. 1685.

Lorentzen, L.A. (2006). *Ética Ambiental*. Puebla, Universidad Iberoamericana Puebla.

Lovelock, J. (2007) *La venganza de la tierra: la teoría de Gaia y el futuro de la humanidad*. Barcelona, Planeta.

Macdonald, M. (2006) "Gender Expectations: Natural Bodies and Natural Births in the New Midwifery in Canada", *Medical Anthropology Quarterly*, Vol. 20, No. 2, pp. 235-256.

Macleod, Morna (2011) "Apropiaciones y silencios significativos. Ciudadanía, derechos y mujeres indígenas", en *Cajas, Mónica., Jaiven, Ana. (Coord.) (2011) En la encrucijada de género y ciudadanía. Sujetos políticos, derechos, gobierno, nación y acción política*. Distrito Federal. Universidad Autónoma de México.

Malhotra, Anju., Schuler, Sidney, Boender, Carol. (2002) *Measuring Women's Empowerment as a Variable in International Development*. Washington. Gender and Development Group of the World Bank.

Malott, A., McDonald, H. (2009) "Midwifery Care in Eight Industrialized Countries: How Does Canadian Midwifery Compare?", *Journal of Obstetrics and Gynaecology in Canada*. Vol. 31, October 2009, pp. 974-979.

Malthus, R. (1998) *Primer ensayo sobre la población*. Barcelona, Altaya.

Manzanera, M. (1996). *Ecos del VI Encuentro de la Federación Latinoamericana de Instituciones de Bioética*. Guanajuato, Universidad de Guanajuato.

- Meadows, D. (1972) *The limits to growth*. New York, Universe Books.
- Meadows, D. (1994) *Más allá de los límites del crecimiento*. El País, Buenos Aires.
- Mejía, S. (2010) “Mujer indígena y violencia: Entre esencialismos y racismos”, en *Revista México Indígena*. No. 5. Marzo de 2010, pp. 1-11
- Mendoza, D. (2009). *35 años de planificación familiar en México*. En CONAPO (2009) *La Situación Demográfica en México 2009*. Consejo nacional de Población. (Consultado en 2009). Disponible en:
http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=390:situacion-demografica-2009&catid=34:publicaciones-recientes&Itemid=378
- McKibben, B. (2001) *Review: Reaching the Limit. How Many People Can Earth Support? By Joel E. Cohen*. The New York Review of Books. New York. United States of America.
- NAHO. (2006) *Exploring models for quality maternity in First Nations Inuit communities: a preliminary needs assessment*. National Aboriginal Ottawa, Health Organization, 2006.
- NAHO. (2008) *Exploring the Role of Social Support in Labour and Delivery for First Nations Women and Families*. Ottawa, National Aboriginal Health Organization
- Nebel, B. (2005) La explosión demográfica. En *Ciencias ambientales. Ecología y desarrollo sostenible*. Ed. Prentice Hall. Distrito Federal, México.
- Núñez, G. (2009) *Hombres indígenas, diversidad sexual y VIH-Sida*. Distrito Federal. ADAMEX.
- Ocampo, M (2012) “Parteras: respuesta ante la muerte materna”, *Sin Embargo. Periodismo digital con rigor*; 22 de noviembre de 2012.
Disponible en <http://www.sinembargo.mx/22-11-2012/436214>
- Ojeda, N. (1999) *Género, familia y conceptualización de la salud reproductiva en México*. Tijuana. El Colegio de la Frontera Norte.
- OMS (1963) *La asistencia al niño en las guarderías y resistencias infantiles*. Ginebra. OMS. Serie de Informes Técnicos.
- OMS (1993) *Parteras Tradicionales: Declaración conjunta OMS/FNUAP/UNICEF*. Organización Mundial de la Salud. Ginebra.
- OMS (2006) *138 a Sesión del Comité Ejecutivo. La salud de los pueblos indígenas de las Américas*. Washington, Organización Mundial de la Salud Organización Panamericana de la Salud.

Ondorica, M. (2004) “Cambios demográficos y desafíos para la política de población en México. Una reflexión a largo plazo”, *Papeles de población*, No. 040, abril-mayo 2004, pp. 13-25.

OPS (2003) *Promoción de la salud sexual y prevención del VIH-sida y de las ITS en los pueblos indígenas de las Américas*. Guamote, Organización Panamericana de la Salud. Asociación Mundial de Sexología.

Ortiz, B. (2005) “Medicina y Salud en Mesoamérica”, *Arqueología Mexicana*. Vol. XIII, No. 74, julio-agosto de 2005, pp. 1-7.

Overpopulation.org. (2006). *Why Population Matters*. Census Department. (Consultado en 2008). Disponible en: <http://www.overpopulation.org/whyPopMatters.html>

Oxaal, Zoë., Baden, Rally. (1997) “Gender and empowerment: definitions, approaches and implications for policy”, *Bridge development-gender*, No. 40. pp. 1-35.

Pantelides, E., Gaudio, M. (2009) “Uso de los servicios de salud reproductiva por varones de dos ciudades argentinas”, *Revista Salud Colectiva*, Vol. 5, No. 2, Mayo-Agosto., pp. 195-209.

Partida, V. (2001) “Perspectivas del cambio demográfico”, *DemoS*, No. 014, enero 2001, pp. 6-7.

Paterson, S. (2008) “Ontario Midwives Reflections on a Decade of Regulated Midwifery”, *Canadian Woman Studies Cahiers de la Femme*. Vol. 24, No. 1, pp. 153-157.

Paterson, S., Marshall, C. (2010) *Telling Stories, Shaping Lives: Media Representations of Midwifery Debates in Ontario and Quebec During the 1970s, '80s, and '90s*. 2010 Congress of the Humanities and Social Sciences Concordia University, May 28 – June 4, 2010.

Paz-Gómez, L. (2010) “Tamaño de familia deseado. Un análisis sobre los ideales de fecundidad en Colombia y México”. *Revista Papeles de Población*, Vol. 16, No. 65 Julio-Septiembre, 105-130.

Pelcastre, B. (2005) “Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí, México”, *Revista Escuela de Enfermería*, Vol. 39, No. 4, pp. 375-382.

Perales, K. (2007) *reflexiones socioculturales sobre el fenómeno de la violencia sexual*. En Jóvenes ante un mundo violento. Ed. Universidad Autónoma de Nuevo León. Nuevo León, México.

Pérez, M. (2009) “Familia y empoderamiento femenino: ingresos, trabajo doméstico y libertad de movimiento de mujeres chontales de Nacajuca, Tabasco”, *Revista Convergencia*, No. 50, Mayo-agosto 2009, pp. 187-218.

Provencio, E. (1997) “Oportunidades de integración de Instrumentos y Políticas en la Plantación Ambiental”, *Gaceta Ecológica INE-SEMARNAP*. No. 43. Verano de 1997, pp. 8-16.

- Provencio, E. (2001) *La gestión ambiental en México*. Distrito Federal, SEMARNAP.
- Quintero, A. (Coord.) (2006) *Manual de enfermería. “El trabajo con parteras tradicionales en Panamá”*. Ministerio de Salud. Panamá.
- Rees, W. (2002) “Carrying capacity and sustainability: Walking Malthus’ ghost”. In *Introduction to Sustainable Development*. Edited by David V.J. Bell, and Y. Annie Cheung, in Encyclopedia of Life Support Systems (EOLSS), Eolss Publishers. Oxford, UK.
- Rees, W. (2002b) “Is humanity fatally successful?”, *JBAPA*, Vol. 30-31, 2002-03, pp. 67-100.
- Rees, W. (2007) *Are Humans Unsustainable by Nature?* Trudeau Lecture, Memorial University of Newfoundland, January 28, 2009
- Reyes, B. (2003) “Reseña de “Nuestra huella ecológica: reduciendo el impacto humano sobre la Tierra” de Mathis Wackernagel y William Rees”, en *Polis, Revista de la Universidad Bolivariana*, año/ Vol. 1, No. 004, pp. 1-4.
- Robles, A. (2003) “Pluralismo médico y percepción de la disponibilidad de proveedores y servicios en el área rural”. En *Lartigue, F., Quesnel, A. (2003) Las dinámicas de la población indígena: cuestiones y debates actuales en México*. Distrito Federal, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Rodríguez, G. (2009) *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*. Distrito Federal, Afluentes.
- Rodríguez, D., Valldeoriola, J. (2003) *Metodología de la investigación*. Cataluña, Universitat Oberta de Catalunya.
- Romo, R. (2009) “El descenso de la fecundidad en México, 1974-2009: a 35 años de la puesta en marcha de la nueva política de población”. En *CONAPO (2009) La situación demográfica de México 2009*. Distrito Federal, Consejo Nacional de Población.
- Romero, M. (2008) “Biopolítica y violencia perpetuada”, en *Romero, H., Romero, R. (2008) Violencia de género y salud: perspectivas y enfoques críticos*. Querétaro, INMUJERES-CONACYT.
- Rousseau, J. (2005). *El Contrato Social*. Distrito Federal, Tomo.
- Ruiz, J (2011) “La transición demográfica y el envejecimiento poblacional: futuros retos para la política de salud en México”, en *Encrucijada. Revista electrónica de Centro de Estudios en Administración Pública*. Número 8, Mayo-Agosto 2011, pp. 1-15.
- Ruiz, M. (2006) “Elección del método de control de la fertilidad y su relación con variables psicológicas de la mujer”. VIII Symposium Internacional sobre Regulación Natural de Fertilidad:

Aplicaciones a la Salud Reproductiva. WOOMB Euskadi, de 9 a 11 de Noviembre 2006. Euskadi.

Sadan, Elisheva (1997) *Empowerment and Community Practice of People-Focused Social Solutions*. Tel Aviv, Hakibbutz Hameuchad Publishers.

Salinas, L. (2001) “La salud reproductiva como problema de derechos humanos”. En *Figueroa, C., Stern, C. (2001) Encuentros y desencuentros en salud reproductiva. Políticas públicas, marcos normativos y actores sociales*. Distrito Federal. El Colegio de México.

Salud Reproductiva. (1995). *La Investigación Social en Planificación Familiar en México*. Distrito Federal, Secretaría de Salud.

Sanahuja, J. (2008). ¿Salud reproductiva o Aborto? Vida Humana Internacional (Consultado en 2008) Disponible en:
<http://www.vidahumana.org/vidafam/muerte/salud-reproductiva.html>

Sandoval, A. (2010) “Políticas de población: viejos y nuevos desafíos”, en *García, B., Ondorica, M. (2010) Los grandes problemas de México. Población*. Distrito Federal, El Colegio de México.

Santidrian, P. (1994). *Bioética, Estudios de Bioética Racional*. Madrid, Tecnos.

Sarukhán, J. (2004) *Evaluación de los Ecosistemas del Milenio. Informe de Síntesis*. Distrito Federal. Millennium Ecosystem Assessment.

Schoijet, M. (2007) *La recepción e impacto de las ideas de Malthus sobre la población. Estudios Demográficos y Urbanos*. Septiembre/Diciembre, año/vol. 20. Numero 003.

Secretaría de Salud (1994) El perfil de *la partera tradicional en México*. Distrito Federal, Secretaría de Salud, Dirección General de Atención Materno Infantil.

Sen, A. (1998) *Desarrollo y libertad*. Madrid. Paidós.

Serrano, E. (2003) “La fecundidad de las poblaciones indígenas de Mexico”. En *Lartigue, F., Quesnel, A. (2003) Las dinámicas de la población indígena: cuestiones y debates actuales en México*. Distrito Federal, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

Sichra, I. (2004) *Género, etnicidad y educación en América Latina*. Madrid, Ediciones Morata.

Sgreccia, E. (1996). *Manual de Bioética*. Distrito Federal, Diana.

Sharpe, M (2004) “Exploring legislated Midwifery: texts and rulings”. In *ACEWH (2004) The Midwifery Way: A National Forum Reflecting on the State of Midwifery Regulation in Canada*. Winnipeg, The Praire Women's Health Centre of Excellence.

Shroff, F. (2009) *Birthing Through First Nations Midwifery Care*. Ottawa, National Aboriginal Health Organization.

Skye, A. (2010) “Aboriginal Midwifery: A Model for Change”, *Dans Journal de la santé autochtone*, janvier 2010, pp. 28-37.

Soberón, J. (1989) *Ecología de las poblaciones*. Distrito Federal, Fondo de Cultura Económica.

Tábora, Rocío. (2001) “Desde nuestros cuerpos: hacia una nueva lectura de la política, la democracia y la sexualidad en Centroamérica”, *Colección de Cuadernos de Desarrollo Humano Sostenible*, No. 3, Noviembre 2001, pp. 1-22.

Tamames, R. (2006) *Sobre crecimiento, humanidad y futuro*. Madrid, Universidad Complutense de Madrid.

Terborgh, A, Rosen, J, et al. (1995) “Family Planning Among Indigenous Populations in Latin America”, in CELADE (1995) *International Family Planning Perspectives*. Volume 21, Number 4, December 1995.

Tietenberg, T. (2006) *Environmental and natural resource economics*. Séptima edición. Nueva York, Pearson,

Torres, M. (2004) *La partería tradicional en la República Mexicana*. Maternidad sin riesgos. (Consultado en 2011) Disponible en: [maternidadsinriesgos.org.mx/.../La partería en Mexico ATL.doc](http://maternidadsinriesgos.org.mx/.../La_parteria_en_Mexico_ATL.doc) –

Touraine, A. (1998) *¿Podremos vivir juntos?* Ed. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires, Argentina.

Troncoso, E. (2001) *Reproductive behavior in ethnic group in Mexico*. XXIV Congreso General de Población de la International Union for the Scientific Study of Population, BAHÍA, Brasil, del 18 al 25 de Agosto de 2001.

Tuiran, Rodolfo. (2003) “Demographic transition, life course and poverty in Mexico”, *en Cosio-zavala, M.(Coord.) (2003) Poverty, fertility and family planning*. Seminario organizado en la Ciudad de México, Junio 2 a 4 de 1998. Instituto de Investigaciones Sociales - Universidad Nacional Autónoma de México (IISUNAM). Fondo de Población de las Naciones Unidas (FPNU)

UNICEF (2009) *Atlas Sociolingüístico de los Pueblos Indígenas en América Latina*. Cochabamba, UNICEF.

USAID (1996) *Performance Monitoring for Family Planning and Reproductive Health Programs*. Policy Project. United States International Development (USAID) Accessed November 2 2011. Available at <http://www.policyproject.com/pubs/workingpapers/wps-01.pdf>

Valdez-Santiago, R. (2003) “Experiencia de las parteras en la identificación de las mujeres maltratadas durante el embarazo” *Revista Salud Pública en México*. Vol. 46, Número 1. Enero-Febrero 2004, pp. 56-63.

Valette, V. (1999). *Catolicismo y Demografía*. Bilbao, Mensajero.

Vázquez, G. (2009) *Crecimiento y estructura de la población indígena: tendencias y desafíos*. En Vargas, P (2009) *Programa Nacional de Población 2008-2012: Debates y propuestas*. Ed. Consejo Nacional de Población. (Consultado en Diciembre 2010) Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/foronacional/foronacionalcompleto.pdf>

Vázquez, M. (2011) *México. Historia de desgracias, la agricultura en México: José Sarukhán*. Sol de Toluca. 11 de mayo de 2011

Vedota, L.A. (2008) *Resumen del Memorandum de Estudio de la Seguridad Nacional*. Vida Humana Internacional (Consultado en 2008). Disponible en: <http://www.vidahumana.org/vidafam/controldem/resumen-memo.html>

Vernon, R. (2004) *Improving the Reproductive Health of Youth in Mexico*. Washington, United States Agency for International Development (USAID).

Villagómez, P. (2009) “Evolución de la situación demográfica a 35 años de la Ley General de Población de 1974”. En *CONAPO (2009) La situación Demográfica de México 2009*. Distrito Federal, Consejo Nacional de Población.

Villalpando, W. (2010) “¿Es que el siglo XXI desmentirá a Malthus? Las dimensiones de la población mundial como cuestión de Estado”. *Invenio* Vol. 13, No. 24, Junio 2010, pp. 43-62.

Villarespe, V. (2000) “Los economistas Políticos clásicos: pobreza y población. Algunos de sus teóricos relevantes”, *Problemas del Desarrollo*, Vol. 31, No. 123., octubre-diciembre, pp. 9-31.

Wolf, Naomi. (1992) “El mito de la belleza”, *Debate feminista*, año 3, volumen 5, marzo 1992, pp. 214-224.

World Health Organization . (1994). *Contraceptive Method Mix Guidelines for Policy and Service Deliver*. London. World Heald Organization Press.

Yáñez, J. (2003) *Promoción de la salud sexual y prevención del VIH-sida y de las ITS en los pueblos indígenas y de las Américas*. Guamote, Organización Panamericana de la Salud.

Zolla, C. (1994) *Partera*. Diccionario Enciclopédico de Medicina Tradicional Mexicana. Consultado en 2011. Disponible en: <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/termino.php?l=1yt=partera>
