



mu  
Je  
res  
indígenas

**en el Distrito Federal:**

sus derechos sexuales  
y reproductivos

## **Las mujeres indígenas en el Distrito Federal: sus derechos sexuales y reproductivos**

Para el Proyecto Radiodifusión Comunitaria para las Voces de las Mujeres Indígenas de la Ciudad de México en Pro de sus Derechos,

Llevado a cabo por Red de Radios Comunitarias de México, A.C.

Con el apoyo de Secretaría de Desarrollo Rural y Equidad para las Comunidades.

México, D. F. abril de 2012

### **Investigación**

Nuria Marrugat Mendoza

### **Colaboración**

Laura Martínez Guillén

### **Coordinación Ejecutiva**

María Eugenia Chávez

### **Representación Nacional**

Sócrates Vásquez García

### **Representante de la Red de Mujeres**

Guadalupe blanco Méndez

### **Mesa Nacional de Trabajo**

Raúl Benet

Verónica Galicia

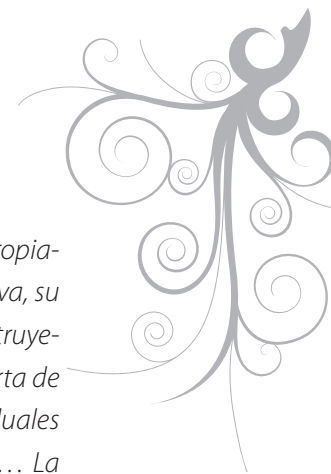
Rocío Román

Juan Francisco Barrón



# Introducción

*... Incorporados violentamente a una nueva organización social, les fue expropiado su territorio, sus recursos naturales, su organización político-administrativa, su sistema de creencias. Sobre los restos de lo que fuera su civilización, se construyeron formas de dominación que los subordinaban y expoliaban. Cobró así carta de legitimidad un régimen que se sustentó en la violación a los derechos individuales y colectivos de estos pueblos, hoy comúnmente conocidos como indígenas... La historia da cuenta de numerosas rebeliones y de fenómenos de resistencia que han mostrado el rechazo a esta política de Estado y a este derecho que ha provocado diversas formas de etnocidio al atentar contra la existencia de estas colectividades sociales. Si hoy subsisten estos pueblos es gracias a la fuerza de las civilizaciones originarias capaces de persistir ante el avasallamiento e imposición de una cultura y un Estado con pretensión de unicidad y de igualdad jurídica.<sup>1</sup>*




Los Pueblos Indígenas, históricamente discriminados, enfrentan cotidianamente situaciones violatorias a sus derechos humanos. La política del Estado mexicano hacia los Pueblos Indígenas, si bien ha variado de gobierno a gobierno, está marcada por un enfoque integracionista y homogenizador que poco o nada ha contribuido al desarrollo propio de sus culturas originarias, al respeto, autonomía y libre determinación de estos pueblos y comunidades, llamados también pueblos originarios. Fue a partir del levantamiento armado del Ejército Zapatista de Liberación Nacional el 1° de enero de 1994, que los derechos de los pueblos indígenas forman parte de la discusión pública y el debate nacional.

Fue apenas en el 2001 que se reconoció en la Constitución la composición pluricultural de México, así como la libre determinación y autonomía de los pueblos y comunidades indígenas.<sup>2</sup>

---

1. Gómez, Magdalena. Una reflexión sobre la ciudadanía en naciones pluriculturales: el caso mexicano. En El triple desafío. Derechos, instituciones y políticas para la ciudad pluricultural. Gobierno del Distrito Federal. México, 2006.

2. La reforma constitucional federal del 14 de Agosto de 2001 modificó los artículos 1°, 2°, 4°, 18 y 115.



La relativamente reciente visibilización de los población indígena explica el hecho de que sobre los pueblos indígenas existan numerosas investigaciones y metodologías diversas que a fin de cuentas aportan información poco precisa, así como cifras poco confiables que permitan dimensionar aspectos socio demográficos que den cuenta de su situación actual. Es común que el hablar una lengua indígena sea el único indicador que se toma en cuenta para identificar la pertenencia a una etnia, lo que representa una limitante dado que “el criterio es de índole lingüístico y no de tipo socio-antropológico; de tal manera que considere características antropológicas propias de la población y sociológicas que la relacionen con la organización social, adscripción, aceptación del grupo, comunidad, localidad, relaciones interétnicas, condiciones sociales de vida, etc.”.<sup>3</sup>

Esto, aunado al hecho común de que ante la discriminación que sufre la población indígena, el hablar una lengua originaria es un dato que se oculta o bien, por la misma razón, se ha abandonado la enseñanza de la lengua materna a hijas e hijos, quienes aprenden únicamente el español.

Otros estudios consideran a la población indígena en una concepción más amplia pues además del criterio lingüístico, incluyen la adscripción como pertenecientes a un grupo étnico, así como la inclusión de todos los miembros del hogar cuando alguno de sus integrantes habla alguna lengua indígena o se considera perteneciente a alguna etnia nativa.<sup>4</sup>

Así, el Censo de Población y Vivienda 2010 señala que de la población total del país que tiene 3 años y más -un total de 104 millones 781 mil 265 habitantes- quienes hablan alguna lengua indígena representan el 6.6 %, es decir, 6 millones 913 mil 362 habitantes; de los cuales 5 millones 562 mil 979 habitantes además hablan español, mientras que 1 millón 96 mil 512 personas no hablan español; (los 253 mil 871 restantes los reporta como “No especificado”).<sup>5</sup>

Desde el Censo del 2000, se reporta que en el país, la población indígena suma alrededor de 6 millones de habitantes. Sin embargo, en una concepción más amplia como la señalada arriba, CONAPO reporta que son 11.9 millones de habitantes: 10.8 millones bajo la perspectiva de la lengua y 1.1 millones más que se suman bajo el criterio de pertenencia.<sup>6</sup>

Es una realidad que nos enfrentamos a la ausencia de información sobre la situación que vive en este país la población indígena, ciertamente la más marginada, lo que hace evidente el nivel de exclusión de la que han sido objeto y la invisibilización en que se han encontrado históricamente.

---

3. Sandoval Forero, Eduardo A. Grupos lingüísticos en el México del siglo XXI. Centro de Investigación y Estudios Avanzados en Ciencias Políticas y Administración Pública, Universidad Autónoma del Estado de México. México, s/f.

4. Los dos últimos Censos de Población y Vivienda, el 2000 y el 2010 incluyen para el conteo de la población indígena los criterios lingüístico y de adscripción. Un estudio muestra de CONAPO, además de los 2 criterios anteriores, incluye a todos los miembros del hogar cuando alguno de sus integrantes habla alguna lengua indígena o se considera perteneciente a alguna etnia nativa.

5. INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010 en [http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general\\_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=27781](http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=27781) Consultado el 19 de abril de 2012.

6. Consejo Nacional de Población, CONAPO. Proyecciones de Indígenas de México y de las entidades federativas, 2000-2010. México, diciembre de 2005.

# Un panorama de la población indígena en el país



*... Los logros son incuestionables, pero la complejidad sistémica del problema supera por mucho a nuestras mejores instituciones. Los incalculables logros en materia de equidad racial no han desarticulado al racismo, los avances en justicia de sexo y género no han acabado con el sexismo y la misoginia, las conquistas en identidad y justicia sexual no han podido hacer desaparecer a la homofobia y al heterosexismo, el reconocimiento de lo indígena y étnico no han sido suficientes para extirpar los mecanismos actuales que mantienen a millones en la marginación y discriminación. Alejandro Cervantes-Carson*

A pesar de la gran divergencia entre las cifras, es una realidad que desde las diversas metodologías y enfoques con que se aborde la situación de la población, comunidades y pueblos indígenas, éstos se encuentran entre la población más pobre, más marginada, con menores condiciones para el desarrollo. Todas las metodologías y enfoques reportan una gran brecha de desigualdad entre la población indígena y la no indígena en este país.

Según un análisis realizado por la CDI y el PNUD a partir del índice de marginación elaborado por el CONAPO, señala que “De los poco más de 6 millones de indígenas que viven en los 655 municipios con más del 40% de población indígena que hay en el país, el 86.7% vive en 587 municipios (89.6%) con niveles altos y muy altos de marginación”.<sup>7</sup>

Por otra parte, el llamado Índice de Desarrollo Humano, IDH,<sup>8</sup> medición de algunos aspectos económicos y sociales considerados básicos para el desarrollo, impulsada por el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas, PNUD, refleja que es la población y comunidades indígenas las que se encuentran, históricamente, en las peores condiciones de desigualdad y marginación. Los más pobres de entre los pobres.

---

7. Suárez B., Claudia. CDI. Seminario Internacional Pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina y el Caribe: relevancia y pertinencia de la información sociodemográfica para políticas y programas. Santiago de Chile, 27-29 de abril de 2005.

8. Enfoque que considera como determinantes la interacción de cuatro aspectos: la equidad social, la competitividad económica, la institucionalidad democrática y la sostenibilidad ambiental.

Si bien, el IDH reporta avances en el país, muestra también que los municipios con el menor IDH son fundamentalmente municipios habitados por pueblos y comunidades indígenas.

El Informe sobre Desarrollo Humano de los Pueblos Indígenas en México 2006, señala que “diversos estudios han mostrado que, como resultado de las desigualdades en el desarrollo de las regiones indígenas, respecto del resto del país, la población indígena ha migrado hacia otros estados y municipios en búsqueda de mejores oportunidades y mayores opciones de vida. Como consecuencia de esta migración la población indígena está presente en 98.8% de los municipios del país y 1 de cada 4 indígenas vive en ciudades donde son, porcentualmente, una población minoritaria y escasamente visible en los promedios municipales ante una mayoría no indígena”.<sup>9</sup>

Asimismo, “aunque a la población indígena se le sigue asociando con los territorios en los que predominan las características de los ancestros y los ámbitos rurales, es una realidad que su dinámica ha reconfigurado sus procesos de poblamiento y la migración hacia nuevas regiones rurales, zonas urbanas y metropolitanas y también del otro lado de la frontera norte”.<sup>10</sup>

El citado Informe, reporta a nivel nacional, que el IDH de los pueblos indígenas, IDHPI, se ubica en 0.7057, a diferencia del IDH de la población no indígena que es de 0.8304, es decir una brecha de casi 15 por ciento, que tiene gran parte de su origen en la desigualdad en el índice de ingresos, que en los pueblos indígenas registraba un índice de 0.6471 y en los no indígenas de 0.7579, que se traduce en una diferencia de 14.6 por ciento.

Respecto a la salud señala que a nivel nacional el IDHPI tiene un índice de 0.7380 mientras que para la población no indígena es de 0.8491, lo cual significa una diferencia de 13.1 por ciento entre ambas poblaciones.

## Salud y Población Indígena en el país

En el campo de la salud, un avance relevante de cara al reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas es el que se refiere a la modificación en el 2006 de la Ley General de Salud que reconoce la medicina tradicional como parte del Sistema Nacional de Salud con lo que promueve el trabajo de médicos tradicionales y de parteras indígenas, entre otros.

Las modificaciones relevantes en materia de salud de la población indígena en la Ley General de Salud<sup>11</sup>, establecen lo siguiente:

---

9. PNUD-CDI. Informe sobre Desarrollo de los Pueblos Indígenas en México 2006. México, noviembre de 2006.

10. *Ibidem*.

11. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, CDI. La vigencia de los derechos de los pueblos indígenas en México. Análisis de las repercusiones jurídicas de la reforma constitucional federal sobre derechos y cultura indígena en la estructura del Estado. México, diciembre de 2007.





## Ley General de Salud

**Artículo 3º** En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general:

**IV bis.** El programa de nutrición materno-infantil en los pueblos y comunidades indígenas.

**Artículo 6º.** El sistema nacional de salud tiene los siguientes objetivos:

**IV bis** Impulsar el bienestar y el desarrollo de las familias y comunidades indígenas que propicien el desarrollo de sus potencialidades político

sociales y culturales; con su participación y tomando en cuenta sus valores y organización social.

**VI bis.** Promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas.

**Artículo 10.** La Secretaría de Salud promoverá la participación, en el sistema nacional de salud, de los prestadores de servicios de salud, de los sectores público, social y privado, de sus trabajadores y de los usuarios de los mismos, así como de las autoridades o representantes de las comunidades indígenas, en los términos de las disposiciones que al efecto se expidan.

**Artículo 11.** La concertación de acciones entre la Secretaría de Salud y las autoridades de las comunidades indígenas, los integrantes de los sectores social y privado, se realizará mediante convenios y contratos, los cuales se ajustarán a las siguientes bases:

**I.** Definición de las responsabilidades que asuman las partes;

**II.** Determinación de las acciones de orientación, estímulo y apoyo que llevará a cabo la Secretaría de Salud;

**III.** Especificación del carácter operativo de la concertación de acciones, con reserva de las funciones de autoridad de la Secretaría de Salud, y

**IV.** Expresión de las demás estipulaciones que de común acuerdo establezcan las partes.

**Artículo 27.** Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:

**X.** La asistencia social a los grupos más vulnerables y, de éstos, de manera especial, a los pertenecientes a las comunidades indígenas.

**Artículo 54.** Las autoridades sanitarias competentes y las propias instituciones de salud, establecerán procedimientos de orientación y asesoría a los usuarios sobre el uso de los servicios de salud que requieran, así como mecanismos para que los usuarios o solicitantes presenten sus quejas, reclamaciones y sugerencias respecto de la prestación de los servicios de salud y en relación a la falta de probidad, en su caso, de los servidores públicos. En el caso de las poblaciones o comunidades indígenas las autoridades sanitarias brindarán la asesoría y en su caso la orientación en español y en la lengua o lenguas en uso en la región o comunidad.

**Artículo 67.** La planificación familiar tiene carácter prioritario. En sus actividades se debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes. Asimismo, para disminuir el riesgo reproductivo, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien después de los 35, así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número; todo ello, mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa a la pareja. Los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre,

responsable e informada sobre el número y espaciamento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad.

Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.

En materia de planificación familiar, las acciones de información y orientación educativa en las comunidades indígenas deberán llevarse a cabo en español y en la lengua o lenguas indígenas en uso en la región o comunidad de que se trate.

**Artículo 93.** La Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salud, promoverá el establecimiento de un sistema de enseñanza continua en materia de salud. De la misma manera reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de la medicina tradicional indígena. Los programas de prestación de la salud, de atención primaria que se desarrollan en comunidades indígenas, deberán adaptarse a su estructura social y administrativa, así como su concepción de la salud y de la relación del paciente con el médico, respetando siempre sus derechos humanos.

**Artículo 106.** Las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, los gobiernos de las entidades federativas, los municipios y las autoridades de las comunidades indígenas cuando proceda, así como las personas físicas y morales de los sectores social y privado, que generen y manejen la información a que se refiere el artículo 104 de esta ley, deberán suministrarla a la Secretaría de Salud, con la periodicidad y en los términos que ésta señale, para la elaboración de las estadísticas nacionales para la salud.

**Artículo 113.** La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública y los gobiernos de las entidades federativas, y con la colaboración de las dependencias y entidades del sector salud, formulará, propondrá y desarrollará programas de educación para la salud, procurando optimizar los recursos y alcanzar una cobertura total de la población.

Tratándose de las comunidades indígenas, los programas a los que se refiere el párrafo anterior, deberán difundirse en español y la lengua o lenguas indígenas que correspondan.

**Artículo 393.** Le corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas en el ámbito de sus respectivas competencias, la vigilancia del cumplimiento de esta Ley y demás disposiciones que se dicten con base en ella. La participación de las autoridades municipales y de las autoridades de las comunidades indígenas estar determinada por los convenios que celebren con los gobiernos de las respectivas entidades federativas y por lo que dispongan los ordenamientos locales.

**Artículo 403.** Son competentes para ordenar o ejecutar medidas de seguridad, La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias. La participación de los municipios y de las autoridades de las comunidades indígenas estará determinada por los convenios que celebren con los gobiernos de las respectivas entidades federativas y por lo que dispongan los ordenamientos locales.







Si bien se han dado avances en la cobertura de la atención médica, existe aún un importante sector de la población indígena al margen del servicio, que se encuentra marginada de los servicios de salud proporcionados por el Estado:

En el país en el 2000, cerca del 59% de la población no tenía derechohabiencia a una institución pública y/o privada; sin embargo, en los municipios donde predominaba la población indígena (70% y más de la población total) este indicador llegaba a cerca del 86.8%. En las demarcaciones territoriales donde vivían entre un rango de 30% y 69.99% de indígenas, la población sin derechohabiencia se encontraba en 74.4% y en los municipios con la menor proporción de indígena se ubicaba en 56.1%. Lo que significa que mientras más alta sea la proporción de indígenas en los municipios, existe una mayor probabilidad de no contar con la derechohabiencia.

En cuanto a la proporción de población indígena derechohabiente de los servicios médicos institucionales, por entidad federativa, son cuatro las entidades federativas del país en las cuales se proporcionan servicios de salud a menos de la mitad de la población indígena; estas son: Aguascalientes, Coahuila, Nuevo León y Sinaloa.

Asimismo, entre el 50% y el 70% de la población indígena carece de atención médica en los estados de Baja California, Baja California Sur, Colima, Distrito Federal, Durango, Guanajuato, Jalisco, Quintana Roo, Sonora, Tamaulipas, Yucatán y Zacatecas. En el resto de las entidades, una proporción mayor a siete de cada diez indígenas carece de servicio médico, y son, con la excepción de Quintana Roo, aquellas entidades donde mayoritariamente habita la población indígena.

## Un panorama de la población indígena en el Distrito Federal

El Distrito Federal es una ciudad pluricultural ya que la habita población indígena de diversas etnias del país. Como ya se mencionó, existe una diversidad de cifras contrastantes sobre la población indígena en el Distrito Federal, como se muestra a continuación.

En base a estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000, el Distrito Federal es la 9ª entidad del país con mayor proporción de la población indígena nacional, tomando la cifra para el D. F. de 463 mil 474 habitantes indígenas (habitantes hablantes de una lengua indígena). Antecedentes al D.F., Oaxaca, Chiapas, Veracruz, Estado de México, Yucatán, Puebla, Hidalgo y Guerrero. Y le siguen Quintana Roo y San Luis Potosí.

No obstante, las cifras anteriores muestran una gran disparidad con los datos proporcionados en el Informe sobre el Desarrollo de los Pueblos Indígenas realizado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en 2005, donde el registro de población indígena en el D.F. era de 279,210 personas, ubicando el porcentaje total de la población indígena en la entidad en 3.2%. En cambio,

cinco años después el Censo de Población y Vivienda 2010, registra en el Distrito Federal a 122 mil 394 personas de 3 años y más que hablan alguna lengua indígena, lo que representa cerca del 1.48 % de la población total del DF.

Según esta última fuente, la población indígena en el D. F. está distribuida de la siguiente manera:

**Población hablante de alguna lengua indígena en el Distrito Federal<sup>12</sup>**

Delegación	Población total	Población que habla alguna lengua indígena	Población que además de una lengua, habla español	Población que habla una lengua y no habla español	No especificado
Iztapalapa	1,689,282	29,896	25,691	190	4,015
Gustavo A. Madero	1,109,305	14,861	12,161	114	2,586
Tlalpan	603,111	10,248	8,630	53	1,565
Xochimilco	383,415	9,321	8,187	56	1,078
Álvaro Obregón	686,838	8,538	6,830	34	1,674
Cuauhtémoc	490,822	8,399	6,823	54	1,522
Coyoacán	575,870	8,258	6,790	32	1,436
Tlahuac	339,147	4,719	3,926	32	761
Venustiano Carranza	401,010	4,652	3,700	47	905
Milpa Alta	122,810	4,014	3,389	31	594
Miguel Hidalgo	335,378	3,960	3,099	5	856
Benito Juárez	347,242	3,937	2,960	8	969
Iztacalco	360,577	3,713	2,842	10	861
Azcapotzalco	389,554	3,008	2,200	11	797
La Magdalena Contreras	226,445	2,810	2,329	15	466
Cuajimalpa de Morelos	172,945	2,060	1,590	4	466
<b>Distrito Federal</b>	<b>8,233,751</b>	<b>122,394</b>	<b>101,147</b>	<b>696</b>	<b>20,551</b>

12 INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010 en [http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general\\_ver4](http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4) Consultado el 19 de abril de 2012.

Otras estimaciones indican que en el año 2000 la población indígena que habitaba la Ciudad de México era de 749 mil 639 personas, ya sea en hogares indígenas o como empleadas o empleados del hogar viviendo en casa de sus patrones. Este mismo estudio señala que con el criterio lingüístico –hablantes de alguna lengua indígena- la cifra de habitantes indígenas en el D. F. fue para ese mismo año de 297 mil 79 hablantes.<sup>13</sup>

Algunos autores consideran que existe un subregistro de la población indígena del 50% dado que “por diversas aproximaciones en campo y obras de otros investigadores, se ha identificado la pérdida de la lengua en una proporción alarmante de población indígena en zonas urbanas, la falta de censo en predios que parecen baldíos -donde vive irregularmente la población indígena-, la falta de contabilización de niños menores de cinco años de origen indígena y la negación de la adscripción como indígena por temor a la discriminación”.<sup>14</sup>

Además, los datos recogidos en los documentos arriba mencionados nos hablan de la posibilidad de una migración a la inversa, es decir, que entre 2000 y 2010 gran parte de la población indígena habría regresado a sus lugares de origen o, por lo menos, salido de la Ciudad de México. Esos mismos datos también pueden llevarnos a la posibilidad de que con los años, diversos factores han llevado a que la población indígena no se registre completamente.

Por su parte, la Asamblea de Migrantes Indígenas de la Ciudad de México, AMI,<sup>15</sup> creada en el 2001 e integrada como una comunidad de indígenas de distintos orígenes étnicos del país en la ciudad, calcula que en el D.F. habita cerca de un millón de indígenas provenientes de los 62 pueblos indígenas de este país, si se consideran “entre otros criterios, que muchos de los indígenas urbanos no hablan ya alguna lengua originaria, que muchos siguen negando su identidad y otros tantos inmigran temporalmente a la Ciudad de México”.<sup>16</sup>

## Salud y Población Indígena en el Distrito Federal

El Informe sobre Desarrollo Humano de los Pueblos Indígenas en México 2006, señala que en el Distrito Federal y en muchas ciudades del país, la población indígena representa una

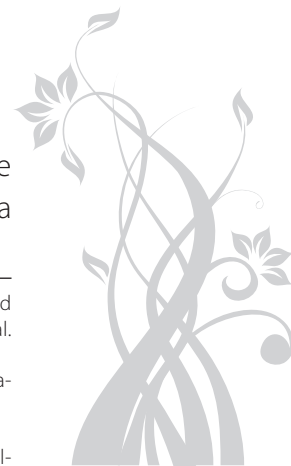
---


13. Molina L., Virginia y Hernández, Juan Jesús. Perfil sociodemográfico de la población indígena en la zona metropolitana de la Ciudad de México, 2000. Los retos para la Política pública. En El triple desafío. Derechos, instituciones y políticas para la ciudad pluricultural. Gobierno del Distrito Federal. México, 2006.

14. Ver Santaella Barrera, Héctor. Atención indígena en la Ciudad de México. Coordinación institucional para la salud. En El triple desafío. Derechos, instituciones y políticas para la ciudad pluricultural. Gobierno del Distrito Federal. México, 2006.

15. Ver <http://www.indigenasdf.org.mx/>

16. Ortiz Quintero, Larisa. Indígenas y Derechos Urbanos. En El triple desafío. Derechos, instituciones y políticas para la ciudad pluricultural. Gobierno del Distrito Federal. México, 2006.





minoría porcentual pero numéricamente es una población importante y creciente. El D. F. es la entidad que reporta el más alto IDH en todo el país y, sin embargo, no refleja la situación de desigualdad que viven los pueblos y comunidades indígenas, no obstante que el D.F. también es la entidad que reporta el IDHPI más alto de todas las entidades en el país, con un nivel superior al resto de las entidades federativas: 11.4% mayor que el promedio nacional y 3.4% por arriba de Nuevo León, que es la segunda entidad más desarrollada.

El mismo informe reporta que del total de municipios y delegaciones en los que estaba dividido el territorio nacional en el año 2000, la delegación Benito Juárez del Distrito Federal se ubicaba con el IDHPI más alto del país (con un índice de 0.9242), que era 13.2% superior al promedio registrado a nivel nacional. Esta delegación corresponde a una moderna zona urbana, bien comunicada y con una elevada calidad de vida de la población. La población indígena que habitaba en esta delegación era superior a 10 mil personas, pero apenas representaban el 2.9% de la población total de esa demarcación territorial. Sin embargo, la población indígena no tenía las mismas condiciones de desarrollo humano que la población no indígena residente en la misma delegación, ya que registraba un índice 9.9% inferior al de la población no indígena.<sup>17</sup>

Como producto de los compromisos adquiridos por el Estado mexicano en la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos, celebrada en Viena en 1993, el Gobierno del Distrito Federal inició en marzo de 2007 un proceso inédito de participación que contempló la elaboración del Diagnóstico de Derechos Humanos del Distrito Federal con el cual se elaboraría posteriormente el Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal.<sup>18</sup> En este proceso participaron entidades públicas de los tres órganos de gobierno (Ejecutivo, Legislativo y Judicial), organizaciones de la sociedad civil, academia y organismos públicos autónomos así como la Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Es a partir del 2010, que diversas entidades gubernamentales están obligadas en cumplimiento de dicho Programa a avanzar en la legislación, las políticas públicas y el presupuesto en la Ciudad de México con enfoque de derechos humanos, así como a presentar resultados en el llamado Mecanismo de Seguimiento y Evaluación del Programa.

Uno de los ejes de análisis de dicho diagnóstico es el que se refiere a Grupos de Población específicos que han sido objeto de vulnerabilidad. Como resultados, el Diagnóstico identifica a los pueblos y comunidades indígenas como uno de los diez grupos de población en situación de mayor discriminación y exclusión.

---

17. p. 204

18. En <http://www.cd hdf.org.mx>

También el mencionado Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal señala que “una deficiencia importante que afecta la implementación de políticas públicas efectivas dirigidas a este grupo de población es la poca claridad en los datos sociodemográficos. La falta de claridad se debe a la utilización diferenciada de indicadores dependiendo de la instancia que realice el conteo estadístico”.<sup>19</sup>

El mencionado Diagnóstico señala como las principales causas “que generan los problemas de salud” en los pueblos de indígenas residentes en el D.F.:

- El establecimiento ilegal e irregular de la vivienda;
- la atención médica inexistente;
- los esquemas de vacunación incompletos;
- la falta de acceso a estudios complementarios y la atención hospitalaria.

Mientras que los problemas de salud más frecuentes entre los pueblos indígenas son:

- Los daños a la salud de tipo infeccioso y parasitario;
- la desnutrición;
- enfermedades crónico-degenerativas;
- el alcoholismo;
- las condiciones deficientes de saneamiento de la vivienda y el medio;
- el rechazo a la atención de salud institucional;
- el desconocimiento de los servicios y el muy bajo uso de los mismos.

Por su parte, el Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal, que define más de 2 mil 400 líneas de acción para mejorar las políticas, los programas y la legislación en la Ciudad de México de cara a hacer efectivo el cumplimiento y la garantía de los derechos humanos para las personas que habitan y transitan en el Distrito Federal, señala como parte de las acciones a implementar para hacer efectivos los derechos de la población indígena en el ámbito de la salud:<sup>20</sup>

- Transversalizar la perspectiva de género en las acciones referentes a los pueblos y comunidades indígenas: Diseñar e implementar programas gubernamentales específicos de atención a las mujeres indígenas para enfrentar los principales problemas que presentan, en materia de discriminación, educación, salud, vivienda, alimentación, trabajo y violencia.

---

19. Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal. Cap.24 Derechos de los pueblos y comunidades indígenas. p.739  
21. p. 740-743



- Posicionar el tema indígena como un eje transversal de los programas de gobierno en la ciudad.
- Dotar de los medios necesarios a las instancias de gobierno para que diseñen y apliquen políticas públicas con perspectiva indígena.

Específicamente en el Derecho a la Salud, plantea:

- Llevar a cabo consultas informadas y oportunas para garantizar la participación activa de los pueblos y comunidades indígenas en la elaboración y determinación de los programas de salud que les conciernan y usar sus propias medicinas tradicionales y mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital.
- Acceder, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud, garantizando atención integral de salud intercultural.

Por su parte, la Asamblea de Migrantes Indígenas de la Ciudad de México, AMI, planteó en el 2004, después de un proceso colectivo de construcción, una propuesta de Agenda de Derechos Indígenas Urbanos para la Ciudad De México y Zona Metropolitana,<sup>21</sup> en la que vinculado al ámbito de la salud demanda el reconocimiento y cumplimiento de derechos indígenas comunitarios para la población indígena en el D.F.:

- El derecho a ser reconocido el sistema médico tradicional y a contar con un sistema de salud integral e intercultural.
- A tener las condiciones necesarias para reproducir nuestras identidades colectivas.
- Al ejercicio de la autonomía como integrantes de los pueblos indígenas de México.
- El derecho a ser consultados, mediante procedimientos apropiados y en particular a través de nuestras autoridades legítimas, cada vez que se prevean medidas legislativas o administrativas susceptibles de afectarnos. Las consultas que se lleven a cabo deberán efectuarse de buena fe.

---

21. Declaración de Agenda de Derechos Indígenas Urbanos para la Ciudad De México y Zona Metropolitana, diciembre de 2004. En Ortiz Quintero, Larisa. Indígenas y Derechos Urbanos. En El triple desafío. Derechos, instituciones y políticas para la ciudad pluricultural. Gobierno del Distrito Federal. México, 2006.



# La salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas en el Distrito Federal



*Las mujeres indígenas cumplimos un papel productivo y simbólico igual de importante que los hombres, sin embargo por lo general somos excluidas de las decisiones públicas y vivimos expuestas a situaciones violentas que no consideran nuestro punto de vista, que se nos impongan las parejas o al excluirnos del derecho a la herencia, que no nos vengan a decidir sobre el número de hijos e hijas que queremos, a no sufrir violencia etc. Todas estas situaciones están justificadas por los usos y costumbres tradicionales. Por eso decimos junto con otras hermanas indígenas organizadas que insistentemente abogan por cambiar la costumbre, que queremos abrir un camino nuevo para pensar la costumbre desde otra mirada, que no sea violatoria de nuestros derechos como personas y que nos dignifique y respete a las mujeres indígenas; queremos cambiar las costumbres siempre que no afecten nuestra dignidad. Congreso Nacional Indígena. Octubre de 1996*

**S**i los pueblos y comunidades indígenas enfrentan situaciones de pobreza, marginación y discriminación, la situación de las mujeres indígenas es aún más grave ya que las mujeres enfrentan los índices más elevados de analfabetismo, de rezago educativo, desnutrición y problemas de salud que el resto de la población indígena.

Esto se sabe en base a algunos indicadores sociodemográficos generales que reportan documentos oficiales como los censos; sin embargo, es muy escasa la información disponible sobre la situación de su salud sexual y reproductiva. Ello, no obstante que en las conferencias internacionales de las últimas dos décadas se ha puesto énfasis en la importancia de conocer las necesidades y demandas de las comunidades indígenas, a fin de satisfacerlas e ir cerrando las brechas de desigualdad que las separan del resto de la población.

Podemos contar con cifras que reportan aspectos generales sobre la situación de la población indígena tanto en el país como en el D.F., pero no están desagregados el resto de los indicadores.

Un documento único en su tipo es el llamado Indicadores con perspectiva de género para los pueblos indígenas, elaborado por la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, CDI, con la colaboración del Instituto Nacional de las Mujeres, publicado en el 2006.<sup>22</sup> A pesar de la importancia de la incorporación de la perspectiva de género en el abordaje de la situación de la población indígena, este documento no da cuenta de aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas, no aborda información más allá de los aspectos básicos que conforman los indicadores sociodemográficos.

Por su parte, el documento Perfil de la Salud Reproductiva de la República Mexica 2011, que forma parte del reporte La Situación Demográfico de México 2011, por CONAPO<sup>23</sup> permite un acercamiento importante a algunos aspectos de la salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas, sin embargo lo hace a nivel nacional:

- El descenso de la fecundidad ha sido más pronunciado en los sectores que experimentan mayor integración al desarrollo, en tanto que los grupos más pobres han quedado rezagados en este proceso. Las tendencias históricamente observadas se mantienen: la fecundidad es mayor en mujeres jóvenes, residentes en localidades rurales, de menor escolaridad, quienes no participan en la actividad económica, y en hablantes de lengua indígena.
- En 2009, la tasa de fecundidad de las mujeres hablantes de lengua indígena ascendía a 3.23 hijos por mujer, mientras que la de sus contrapartes no hablantes era de 2.18 hijos. Además de tener, en promedio, un hijo más que las mujeres no hablantes de lengua indígena, la población femenina hablante de lengua indígena presenta una estructura por edad de la fecundidad ligeramente más rejuvenecida.
- La condición de habla de lengua indígena también incorpora una diferencia sustancial en las preferencias reproductivas reportadas por las mujeres; las hablantes de lengua indígena prefieren un número ideal de hijos de 3.5, según datos de 2009, que es 0.9 mayor al que eligen las no indígenas, cuya fecundidad ideal se aproxima a 2.6 hijos.
- Respecto a la práctica anticonceptiva, se ha demostrado que el incremento en el uso de anticonceptivos ha sido el determinante próximo más importante en la disminución de la fecundidad en México. Recientemente, se ha observado una desaceleración en su tendencia, sobre todo en la última década.
- El 93.4% de las mujeres rurales y 99.1% de las urbanas identifican al menos un anticonceptivo como conocido. No obstante, aún persiste una clara diferencia desfavorable para las localida-

---

22. En <http://www.cdi.gob.mx>

23. Mendoza Victorino, Doroteo; Hernández López, María Felipa y Valencia Rodríguez Jorge Armando. Perfil de la Salud Reproductiva de la República Mexica 2011. En CONAPO. La Situación Demográfico de México 2011. México, 2012.





des rurales y, particularmente, un bajo conocimiento del implante, los espermicidas, la pastilla anticonceptiva de emergencia (PAE), el condón femenino y los métodos tradicionales.

- La distancia en el conocimiento entre población indígena y no indígena también se hizo más corta, de 18.3 a 13.8 puntos porcentuales según las dos encuestas analizadas. Se observa en 2009 que las mujeres hablantes de lengua indígena reconocen al menos un anticonceptivo en un 84.9%, comparado con 98.7 % de no hablantes de lengua indígena.
- La cobertura anticonceptiva en las mujeres indígenas es actualmente del 58.3 %, mientras que la de las mujeres que no hablan lengua indígena es del 73.5%.
- La necesidad insatisfecha de anticonceptivos (NIA) en mujeres de habla de lengua indígena es de 21.5 %, la segunda más elevada del país, sólo superada por las adolescentes.
- Con respecto al número de revisiones prenatales, la Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido establece que la mujer debe recibir un mínimo de cinco consultas prenatales. Las mujeres hablantes de lengua indígena tuvieron 6 consultas en promedio.
- La atención del parto de mujeres indígenas realizado por personal profesional es de 70.4%. Dentro de este porcentaje, el 25 % fueron atendidos por parteras.

Otro estudio, también único en su tipo, es la Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas, ENSADEMI 2008,<sup>24</sup> realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública. Aporta, como muchos otros, a conocer aspectos relevantes en el campo de la salud y fundamentalmente de la violencia que enfrentan las mujeres indígenas. Una limitante es el alcance que tiene una encuesta ya que se refiere a una muestra determinada, tanto poblacional como geográfica.

Algunos datos que permiten el acercamiento a un panorama general sobre la situación de las mujeres en el D.F. reportan que:<sup>25</sup>

- Alrededor del 2% de la población total del D.F. es hablante de alguna lengua indígena.
- Más del 60% del total de mujeres de 5 y más años hablan alguna de las cuatro lenguas más frecuentes, éstas son, en orden de importancia, el náhuatl, otomí, mixteco y zapoteco; mientras que en las restantes 68 lenguas indígenas habladas, la participación es del 40%.
- Las lenguas detectadas que se hablan en el D.F. son: mixteco de la mixteca alta, mixteco de la mixteca baja, mixteco de Puebla, motocintleco, náhuatl, ocuilteco, otomí, pame, pima,

24. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas. ENSADEMI 2008. México, 2008.

25. A excepción de cuando se señale otra fuente, los datos de este apartado provienen de: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI. Las Mujeres en el Distrito Federal. México, 2005. En [www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx)



popoloca, popoluca, purépecha, quiché, seri, tacuate, tarahumara, tepehua, tepehuán, tlapaneco, tojolabal, totonaca, triqui, tzeltal, tzotzil, yaqui, zapoteco, zapoteco de ixtlán, zapoteco del istmo, zapoteco del rincón, zapoteco sureño, zapoteco vallista, zoque. De éstas, es el náhuatl y el mazahua las que se asocian históricamente a la entidad.

- En cuanto a la ocupación de las mujeres hablantes de lengua indígena en el D. F., la mayor parte se concentra en labores domésticas con 57.1%, siguiéndole el conjunto de actividades industriales y de servicios, con el 15.2%; cifra similar se presenta en comercio y trabajo ambulante con 15.0 %, y en menor medida en ocupaciones como profesionistas y técnicas, trabajadoras administrativas y trabajadores agropecuarios.

En el campo de la salud no fue posible acceder a cifras desagregadas para las mujeres indígenas en el D. F. Los datos reportados se refieren a las mujeres, indígenas y no indígenas:

- La principal causa de mortalidad de las mujeres son los tumores malignos, de manera que por cada 100 decesos 25 se deben a este mal.
- De cada 100 nacimientos que se registran, 96 son atendidos por personal especializado en salud mientras que 2 son atendieron enfermeras y parteras, y los 2 restantes, por otras personas con escasos o nulos conocimientos en atención natal. Así, la posibilidad de acceder a los servicios de salud permite que más del 96% de los nacimientos se atiendan en instituciones con infraestructura y personal calificado profesionalmente para tal efecto.
- Las principales causas de mortalidad materna en el D. F. son:
  - ~ Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo: 45.6 %
  - ~ Las demás causas obstétricas directas: 16.8%
  - ~ Hemorragias del embarazo, parto y posparto: 12.9 %
  - ~ Causas obstétricas indirectas: 9.9 %
  - ~ Aborto: 6.9%
  - ~ Complicaciones del puerperio: 5.9 %
  - ~ Diabetes mellitus en el embarazo: 1.0%
  - ~ Debido a VIH: 1.0 %

Según datos del 2011, el Distrito Federal ocurrieron 63 muertes maternas y es la 3ª entidad con mayor número de muertes maternas en el país, sólo después del Estado de México (con 124) y de Veracruz (con 65); con lo que el DF representa el 7.7% del total de muertes maternas en el país.<sup>26</sup>

## Un enfoque de derechos humano que integre la perspectiva de género: hacia un marco de interculturalidad

El Estado mexicano ha adquirido diversos compromisos a nivel internacional en materia de derechos humanos, de los que debe rendir cuentas sobre sus avances. A nivel internacional, la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas se llevó a cabo en el 2007.<sup>27</sup> Si bien, la Declaración no es vinculante, representa un compromiso político, social y ético del Estado mexicano. El contenido de dicha Declaración marca los retos y transformaciones necesarias que hagan realidad el respeto a los derechos de los pueblos indígenas, entre los cuales se destacan<sup>28</sup>:

- Establecer y controlar sus sistemas e instituciones docentes para que impartan educación en sus propios idiomas, en consonancia con sus métodos culturales de enseñanza y aprendizaje.
- Mantener sus prácticas de salud.
- Administrar programas para su desarrollo a través de sus propias instituciones.
- Determinar las obligaciones de los individuos para con su comunidad.
- Atribuir y mantener los nombres de sus comunidades, lugares y personas.
- Determinar y elaborar las prioridades y estrategias para el desarrollo y la utilización de sus tierras o territorios y otros recursos.
- Mantener y desarrollar contactos, relaciones y mecanismos de cooperación, incluidas las actividades de carácter espiritual, cultural, político, económico y social, con sus propios miembros así como con otros pueblos a través de las fronteras.

Otros compromisos adquiridos son los establecidos en materia de protección a los derechos humanos de las mujeres, particularmente en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y su Protocolo facultativo,<sup>29</sup> en el marco de la Organización de las Naciones Unidas; la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, en el ámbito de la Organización de Estados Americanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)<sup>30</sup>, la Cuarta Conferencia Mundial

---

27. Resolución aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en la 107ª sesión plenaria, el 13 de septiembre de 2007. En <http://www.cinu.org.mx/especiales/2008/pueblosindigenas/>

28. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, CDI. La vigencia de los derechos de los pueblos indígenas en México. Análisis de las repercusiones jurídicas de la reforma constitucional federal sobre derechos y cultura indígena en la estructura del Estado. México, diciembre de 2007.

29. En [http://www.cinu.org.mx/biblioteca/documentos/dh/c\\_elim\\_disc\\_mutxt.htm](http://www.cinu.org.mx/biblioteca/documentos/dh/c_elim_disc_mutxt.htm)

30. En <http://www.cinu.org.mx/onu/documentos/pidesc.htm>





de la Mujer<sup>31</sup> y su Plataforma de acción, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en El Cairo<sup>32</sup> y su Programa de Acción, y la Declaración de la Cumbre del Milenio y los Objetivos de Desarrollo del Milenio.<sup>33</sup>

De cara a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, un referente básico es el que da la Organización Mundial de la Salud,<sup>34</sup> OMS, que define:

La salud sexual es un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se evidencia en las expresiones libres y responsables de capacidades sexuales que conducen al bienestar personal y social, enriqueciendo la vida individual y social. No es simplemente la ausencia de disfunciones, enfermedad y/o malestar. Para poder conseguir y mantener la salud sexual es necesario que se reconozcan y defiendan los derechos sexuales de todas las personas.

La salud reproductiva es el estado de completo bienestar físico, mental y social, en los aspectos relativos a la sexualidad y la reproducción en todas las etapas de la vida. No es por tanto una mera ausencia de enfermedades o dolencias. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual segura y satisfactoria, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia. Tanto el hombre como la mujer tienen derecho a estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad seguros, eficaces y asequibles así como a disponer de servicios accesibles de planificación familiar y salud pública que permitan la adecuada asistencia profesional a la mujer embarazada y permitan que el parto se produzca de forma segura y garantice el nacimiento de hijos sanos.

Abordadas de esa manera, la salud sexual y reproductiva conlleva la existencia de una serie de condiciones previas para hacerlas realidad, condiciones que implican, también, el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

Es importante hacer notar que los derechos sexuales y los derechos reproductivos comparten la particularidad de que ambos hacen referencia al cuerpo de las personas, a los derechos del cuerpo en el campo de la sexualidad y la reproducción, privilegiando la autodeterminación de las personas. Por eso, todas las decisiones sobre nuestro cuerpo en lo relacionado con la sexualidad y la reproducción deben tomarse con autonomía e información y han de ser respetadas tanto por el Estado como por el resto de las personas.<sup>35</sup>

---

33. En <http://www.cinu.org.mx/prensa/especiales/ObjetivosDesarrollo/ODM.htm>

34. Ver <http://www.paho.org/spanish/>

35. Ver Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas. Cuerpo y derecho. Legislación y Jurisprudencia en América Latina. CRLP. 2001.

Los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos y forman parte de un derecho humano más amplio que es el derecho a la salud, entendida ésta como “un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos”. En ese sentido, el derecho a la salud incluye, además del derecho a la atención a la salud, las condiciones determinantes de la salud con las cuales las personas pueden tener una vida digna y saludable, tales como la alimentación, la vivienda, el acceso a agua potable, condiciones sanitarias adecuadas y seguras tanto en el trabajo como en el medio ambiente, etc.<sup>36</sup>

Por su parte, la categoría de Género surgió para explicar las desigualdades entre hombres y mujeres. El género es el carácter construido culturalmente de lo que cada sociedad considera lo masculino y lo femenino y cuánto poder se asigna a cada uno, así, el género estructura todos los aspectos de nuestras vidas, incluyendo la vida sexual.

La perspectiva de género, como categoría de análisis, intenta esclarecer las atribuciones culturales y sociales que implican obligaciones y prohibiciones para hombres y mujeres; determina las actividades sociales, políticas y económicas que cada persona debe realizar según su género, en donde las mujeres han tenido menores condiciones para tomar decisiones no sólo en el ámbito social y político, sino también en el ámbito privado, incluso en su vida sexual y reproductiva.<sup>37</sup>

En cada contexto histórico y cultural se construyen modelos hegemónicos de masculinidad y feminidad. Mientras el sexo se encuentra determinado biológicamente, el género refiere a la construcción social y cultural de los atributos, roles e identidades esperadas y asignadas a las personas en función de su sexo. Por tanto, en la medida que es construido social y culturalmente, es plausible de ser re-inventado, de-construido, modificado y redefinido por la propia cultura.<sup>38</sup>

En la salud se expresan diversas consecuencias de la desigualdad entre hombres y mujeres. Si bien, existen diferencias de riesgo debidas a los factores biológicos, también existen de manera preponderante diferencias producto de las relaciones de poder desiguales derivadas de los factores socioculturales de género. Los factores biológicos de sexo y socioculturales de género no influyen en la salud de manera separada o aislada; por el contrario, se relacionan e inciden en el estado de salud de las mujeres y los hombres.

De ahí la relevancia del enfoque de Interculturalidad<sup>39</sup> que plantea que la otredad es un punto importante para entender los choques culturales que existen en las relaciones entre diversos

---

36. Ver El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). Observaciones Generales, Abril de 2000. En <http://www.cinu.org.mx/onu/documentos/pidesc.htm>

37. Lagarde, Marcela. Los Cautiverios de las Mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas. PUEG/UNAM. México, 2003.

38. López, A. Quesada, S. Guía Metodológica: Material de apoyo en salud sexual y reproductiva con enfoque de género a equipos técnicos de los Centros CAIF. UNFPA, Plan CAIF. 2002

39. Tomado de Políticas Públicas e Interculturalidad. Seminario XXXXX



grupos, dado que al momento de haber un acercamiento entre personas de diferentes culturas, cada uno de ellas tratará de traducir a lo conocido, aquello que percibe como extraño. De ahí la necesidad de que se haga un reconocimiento de la diferencia y se reconozca la propia. De esta manera, se garantiza el reconocimiento de lo que no es asimilable en el otro. Este es el único medio, que ofrece la posibilidad de apreciar lo que no puede medirse con los estrechos parámetros de la cultura propia y con las costumbres y los criterios propios.

Un aspecto central del enfoque de interculturalidad es el que señala que no pueden haber relaciones interculturales sin reconocer el origen que llevó a las relaciones de desigualdad entre los grupos, ya que las relaciones interétnicas surgen de largos procesos históricos en los que se ha construido un entramado ideológico que ha legitimado, naturalizado y reproducido dominaciones de un grupo sobre otro. Busca romper la dominación de un grupo las clases subordinadas y con ello, tratar de reforzar identidades que han sido atenuadas por la hegemonía cultural, política e incluso económica.

La búsqueda de la interculturalidad debe apuntar a la eliminación de todos aquellos bloques que favorecen el arraigo de estereotipos, buscando el encuentro entre lo propio y lo extraño, en donde las culturas subsistan en condiciones horizontales y no subalternizadas, abarca intercambio en términos equitativos y en condiciones de igualdad. Por lo anterior, el enfoque intercultural no puede ser completo si no toma en cuenta aspectos como lo son derechos humanos y la perspectiva de género.





# A manera de conclusiones

México parece estar aún lejos de caminar hacia un enfoque de interculturalidad en sus políticas públicas hacia la población indígena dado que en ellos convergen múltiples rezagos, exclusiones y discriminación. Parece generalizada la idea de que la desigualdad y rezago social en que se encuentran los pueblos y comunidades indígenas, provienen de sus propias prácticas sociales y culturales. Mientras que el derecho a su autonomía está en el papel más que en la realidad.

Si bien, en el Distrito Federal se han llevado a cabo avances de gran relevancia en las políticas sociales y en el reconocimiento de diversos derechos en los últimos 15 años, la desigualdad social prevalece como obstáculo para el avance en el reconocimiento de los derechos de la población indígena. La falta de integralidad en el enfoque de derechos y la fragmentación de las acciones parece ser lo que marca una buena parte de la política dirigida a la población indígena.

La situación parece ser más grave aún cuando la información sobre la situación que vive la población indígena en el Distrito Federal es realmente escasa. Excluidos también de los informes de gobierno, al menos del gobierno central y de la secretaría de salud, pareciera no existir una política clara que avance hacia el reconocimiento de sus derechos, a pesar de las acciones importantes en ese ámbito.

El informe que reporta el primer año de implementación del Programa de Derechos Humanos en el Gobierno del Distrito Federal<sup>40</sup> no reporta muchos avances en el ámbito de los Derechos de los Pueblos y Comunidades Indígenas en del D.F.

Es incipiente la política hacia la población indígena con perspectiva de género. La falta de información actualizada y desagregada y la misma falta de participación de la propia población en el diseño de políticas públicas impiden avanzar en ello.

Por lo anterior, es urgente avanzar en la inclusión de los criterios de equidad intercultural en la información. Es indispensable el tratamiento desagregado y específico de los datos para población indígena y culturalmente diferenciada en todas las fuentes de información e indicadores.

Mientras, es un hecho que las mujeres indígenas enfrentan el mayor riesgo de vulnerabilidad por la triple discriminación de que pueden ser objeto por vivir en condiciones de marginación, por su género y por su origen étnico. Y poco se sabe de ello.

---

40. Gobierno del Distrito Federal. Primer año de implementación del Programa de Derechos Humanos en el Gobierno del Distrito Federal. México, junio de 2011.