

Modelo de atención a la salud para mujeres indígenas.

Blanca Estela Pelcastre Villafuerte, Myriam Ruiz, Mtro. Sergio Meneses., Mtra. Claudia Amaya., Mtra. Yesenia Gómez. y Mtra. Margarita Márquez.

Cita:

Blanca Estela Pelcastre Villafuerte, Myriam Ruiz, Mtro. Sergio Meneses., Mtra. Claudia Amaya., Mtra. Yesenia Gómez. y Mtra. Margarita Márquez (2009). *Modelo de atención a la salud para mujeres indígenas. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-062/1506>

Modelo de atención a la salud para mujeres indígenas

Dra. Blanca Estela Pelcastre Villafuerte

bpelcast@correo.insp.mx

Dra. Myriam Ruiz

Mtro. Sergio Meneses

Mtra. Claudia Amaya

Mtra. Yesenia Gómez

Mtra. Margarita Márquez

Instituto Nacional de Salud Pública, México

Antecedentes

En municipios de alta densidad con población indígena, las mujeres entre 25 y 29 años tienen 3 hijos en promedio, uno más respecto a la media nacional y en más del 90% de estos municipios se supera ese promedio (Oficina de Representación para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Programa Intersectorial de Atención a las Mujeres Indígenas, 2002). Datos oficiales indican que la mayor concentración de mortalidad materna en México ocurre en las zonas indígenas y rurales del centro y sureste del país (Secretaría de Salud, 2002:21; 2007a:37).

Estas cifras evidencian problemas como el de la desigualdad, la discriminación y la marginación en que viven la mayor parte de las comunidades indígenas en nuestro país. Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Puebla son cuatro estados de la República Mexicana que concentran una gran proporción de población indígena, en donde además de una alta mortalidad materna, se registra desnutrición, anemia, enfermedades intestinales, diarreas, infecciones respiratorias, tuberculosis y cáncer

cervicouterino, que llegan a constituirse en primeras causas de muerte (Oficina de Representación para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Programa Intersectorial de Atención a las Mujeres Indígenas, 2002). Son estados con índices de marginación alto, todos con tasas de analfabetismo entre las más altas registradas en el país (por encima del 14% de la población mayor de 15 años) y un elevado porcentaje de población sin derechohabiencia a los servicios de salud (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, 2005; Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2007).

De este modo, la cobertura institucional de servicios ha sido insuficiente para atender las necesidades de salud de la población indígena debido, entre otras cosas, a barreras geográficas, económicas y culturales. Entre los esfuerzos institucionales que han sido implementados para atender los rezagos en materia de salud de las poblaciones indígenas, se destaca el proyecto “Casa de la Mujer Indígena”, que conjunta la participación de la población indígena, las organizaciones de la sociedad civil y la convergencia institucional y tiene como propósito servir de eje de las actividades de promoción y atención a la salud que realizan las promotoras indígenas y ser punto de enlace con los servicios institucionales; además es sitio de encuentro entre las promotoras y parteras indígenas, los profesionales institucionales de salud, los integrantes de organizaciones civiles involucradas en el trabajo en salud, derechos reproductivos y combate a la violencia en zonas indígenas y los responsables del programa al nivel federal para la capacitación y seguimiento de acciones locales.

Hasta la fecha se han establecido cinco Casas en cuatro estados de la República. En cada Casa trabajan en promedio de 6 a 8 mujeres, entre coordinadora, quien se encarga de administrar los recursos, gestionar vínculos con autoridades institucionales y organizar las actividades de la Casa. Asesoras, quienes brindan apoyo y orientación respecto a las acciones que en ella se realizan; promotoras, parteras, enfermeras y abogadas, orientadas a la atención de la salud materna y la violencia doméstica, desde el ámbito psicológico, legal y médico.

En este marco, un equipo del Instituto Nacional de Salud Pública se dio a la tarea de platicar con mujeres que trabajan en las Casas de las Mujeres Indígenas desempeñando diferentes funciones, así como otros informantes que tienen algún tipo de vinculación con las acciones de las Casas, a fin de rescatar esta experiencia. El presente documento presenta los resultados para dos estados: Chiapas y Puebla.

Metodología

Se identificaron cuatro perfiles de informantes: coordinadoras y asesoras (internas y externas), personal operativo y recursos locales de atención a la salud que colaboran en las Casas (parteras, promotoras de salud, psicólogas, abogadas), mujeres usuarias de los servicios de la Casa y otros informantes; esta última categoría incluyó autoridades locales como presidente municipal, encargado de asuntos indígenas, prestadores de servicios institucionales, procuración de justicia y DIF municipal.

Se diseñaron guías de entrevista para cada tipo de informante y las entrevistas se realizaron con el apoyo de traductoras indígenas cuando las informantes eran monolingües; todas ellas fueron grabadas, previo consentimiento informado y posteriormente transcritas en formato accesible para su análisis.

Se diseñó también una guía de observación y un cuestionario que fue aplicado en todas las casas para obtener información sobre su estructura física, organigrama, disponibilidad de recursos y accesibilidad en las Casas de la Mujer Indígena.

RESULTADOS POR ESTADO

CHALCHIHUITÁN, CHIAPAS

Acciones de prevención y atención en salud sexual y reproductiva

Se centran en la salud materna (particularmente en los cuidados durante el embarazo, parto y puerperio, e identificación de signos y síntomas de urgencia obstétrica). Las actividades de prevención las realizan las parteras, fundamentalmente a partir de pláticas dirigidas a hombres y mujeres de las comunidades del municipio sobre maternidad segura, particularmente sobre la detección temprana de signos y síntomas de urgencia obstétrica y la necesidad de contar con un plan de seguridad para el traslado de las mismas al hospital regional de San Cristóbal de Las Casas. Las autoridades y los esposos no suelen permitir que se lleven a cabo en todos los lugares este tipo de orientaciones. Cuando un caso complicado ha sido resuelto con éxito es difundido entre la propia población y esto sirve como promoción a las actividades de la Casa.

Respecto a las actividades de atención, principalmente se realizan las de control prenatal por parte de las parteras, atención de parto (ya sea en el domicilio de la parturienta o en la Casa) y

seguimiento durante el puerperio. Durante 2004, se realizó control prenatal a 196 mujeres y se atendieron 127 partos. En 2004 se realizaron 25 referencias. La dispersión de algunas comunidades, que además carecen de caminos, es una barrera para la realización de las actividades tanto de prevención como de atención en salud materna.

Acciones de prevención y atención a la violencia

El primer paso consistió en pláticas de sensibilización dirigidas a autoridades del ayuntamiento (presidente, regidores y síndicos). A pesar de que al principio el presidente municipal se manifestaba como opositor al trabajo que realizaban las parteras y la coordinadora contra la violencia a la mujer, a partir de la insistencia de las parteras de la Casa y funcionarios del Instituto de Salud, el presidente municipal empezó a incluir en su agenda la lucha contra la violencia. De este modo, en sus visitas periódicas a las comunidades incorporó este tema durante sus conversaciones en asambleas comunitarias.

Un aspecto que ha contribuido a colocar el tema en la discusión pública local ha sido la colaboración de instituciones externas, tales como la Red Interinstitucional contra la Violencia (ACASAC), el Instituto de Salud, la Oficina de Derechos Humanos (IDH) y la propia Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI).

Las actividades respecto a la violencia consisten en detectar casos (principalmente a través de las actividades de atención materna que realizan las parteras), documentarlos y si la afectada está de acuerdo, denunciarlos con las autoridades municipales y la Red Interinstitucional, para que intervengan las autoridades judiciales del estado. Refieren identificar casos de violencia en el momento que llegan las usuarias en búsqueda de atención de salud reproductiva y perciben tristeza en el rostro de la mujer, conversan con ella y si tiene confianza, la mujer comenta su problema. Cuando se encuentran fuera de la Casa, detectan casos de violencia al caminar en las calles y observar a las mujeres desesperadas, angustiadas o con la mirada baja o bien, cuando acuden al río para bañarse, pueden ver los golpes o sangrado de heridas en el cuerpo de otras mujeres.

Gestión de la Casa

La Casa tiene relaciones con diversas instituciones gubernamentales y no gubernamentales.

El CDI aporta la mayor parte del financiamiento para las actividades de la Casa, si bien no se cuentan con reglas claras de financiamiento, es decir, los montos, los conceptos a los que se destina el gasto, formas de ejercerlo, mecanismos de vigilancia del mismo, etc., no están definidos. De este modo, después del primer año de operaciones de la Casa, el financiamiento ha sido incierto, irregular, con retrasos, sin claridad en los montos, sin reglas claras para el ejercicio del gasto y la

comprobación del mismo. Aunque en la oficina regional de CDI hay una funcionaria nombrada como “coordinadora” de la Casa, en realidad no ejerce actividades de coordinación ni de administración de los quehaceres de la misma.

La coordinadora frecuentemente busca otros apoyos institucionales o financieros para la sustentabilidad del quehacer de la Casa.

Obstáculos

Un primer obstáculo es la ideología respecto a los roles de género que predominan en la sociedad indígena local, misma que asigna a la mujer un papel de subordinación extrema frente al hombre. Este conjunto de ideas se extiende a las instituciones públicas en el ámbito local y justifican en un momento dado la violencia del hombre hacia la mujer.

Otro obstáculo es la resistencia de los hombres para que las mujeres salgan de la comunidad, aún si presentan complicaciones obstétricas que pongan en peligro su vida. De la mano a esta idea, se tienen la creencia de que las parteras saben o deben tener las habilidades necesarias para solucionar toda complicación obstétrica, de modo que los traslados al hospital regional de ninguna manera serían necesarios.

La dificultad en la comprensión del idioma español es un obstáculo para la atención en el nivel hospitalario ya que es mínimo el personal de salud que habla tzotzil, siendo causa de demora de la atención de la paciente y muchas veces muere el producto en la espera.

Otra clase de obstáculo lo ha constituido la demora en la transferencia de recursos financieros de parte de CDI. Esta situación ha generado que la Casa trabaje con recursos muy limitados.

Para las usuarias el principal problema identificado para acudir a la Casa es la falta de accesibilidad de transporte para su traslado, dado que la mayoría de ellas vive lejos y en caso de urgencia existe un incremento del costo del transporte.

Percepción de sustentabilidad del proyecto

En general, las informantes coinciden en identificar dos puntos críticos para la sustentabilidad de la Casa: a) la necesidad de un financiamiento claro, y b) contar con un estrecho respaldo y acompañamiento interinstitucional, particularmente del sector salud y de justicia. Las usuarias han estado satisfechas del servicio obtenido hasta el momento.

CUETZALAN, PUEBLA

Acciones de prevención y atención a la violencia

Se llevan a cabo tanto por coordinadoras como por promotoras y éstas no están circunscritas sólo a las mujeres que buscan la ayuda de la Casa, sino a la población en general, inclusive realizan acciones orientadas a organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.

Las acciones de prevención enunciadas por las entrevistadas son: talleres dirigidos a las comunidades, foros y programas de radio. Las acciones se ubican en diferentes niveles, individual y grupal, configurando un proceso ordenado de atención.

Hay muchas razones por las cuales las mujeres acuden a la Casa, entre las más frecuentes se encuentran: separaciones matrimoniales, agresiones físicas, violencia emocional y violaciones. En la Casa establecen un diálogo con las usuarias para indagar sobre la problemática de violencia que viven y les brindan información sobre las posibles opciones que tienen para que ellas tomen una decisión. Cuando la mujer no sabe qué decisión tomar porque el problema de violencia es severo, se remite con la psicóloga. Dos coordinadoras intervienen en este proceso para apoyar la toma de decisión, la del área emocional y la del área legal.

También brindan acompañamiento hacia las instancias legales, administrativas y de salud que elige la mujer, lo que implica además del asesoramiento procedimental y legal, la función de traducción. Ellas dan seguimiento a todos los casos.

El establecimiento de acuerdos (conciliación), es una actividad que se incorporó al proceso de atención recientemente, debido a las dificultades para concluir los casos de manera exitosa, de tal forma que se logaran más beneficios para la mujer.

Gestión de la Casa

Las participantes reconocen la corresponsabilidad institucional como necesaria para la solución de los problemas de violencia denunciados por las mujeres indígenas.

La forma en que se realiza la coordinación es a través de reuniones, éstas se realizan cada dos meses, se convocan con el apoyo de la CDI y las actas son el documento escrito que certifican lo tratado en ellas, pero debido a que no existe un convenio o documento que legitime y de obligatoriedad a los acuerdos establecidos en las mismas, no siempre es fácil llevar a cabo los acuerdos. Por esta misma razón, no siempre acuden a las reuniones todas las instituciones.

Las entrevistadas identificaron como uno de los beneficios más importantes de la coordinación el apoyo recibido por parte de las instituciones, lo cual ha facilitado su trabajo; además hicieron notar que la CDI ha tenido un papel importante en la coordinación interinstitucional, pues al hacerles un

nombramiento y darles una credencial, ellas han sido reconocidas en las instancias legales implicadas en el manejo de los problemas de violencia contra la mujer.

Obstáculos

Un obstáculo que fue descrito prácticamente por todas las entrevistadas, es el relacionado con la falta de recursos económicos fijos y/o la demora en el desembolso de los dineros cuando se tienen proyectos. Se deduce del discurso que este hecho afecta el desarrollo de actividades comunitarias, las de remisión y acompañamiento y el pago de personal requerido para hacer una adecuada intervención.

No se han construido indicadores concretos de evaluación del trabajo de la Casa, aunque se tienen documentos que permite una aproximación a ellos.

También mencionaron la resistencia por parte de las instituciones a considerar la Casa como un recurso y la respalden en el abordaje de la violencia contra las mujeres.

Fueron mencionados también la dependencia que la mujer tiene del hombre; el abandono que la mujer hace del proceso de atención porque el hombre no la deja ir a la Casa; lo lento del proceso de concientización de la mujer porque las mujeres están más acostumbradas a atender a otras personas que a ellas mismas, y la dificultad que todavía existe para que la mujer hable sin pena sobre el problema de violencia intrafamiliar. La visión generalizada en la población de que la agresión del hombre a la mujer es normal pues es una situación que se vive desde que son niños, interfiere en su trabajo, pues los padres de las parejas con problemas no ven bien que las autoridades intervengan en cuestiones de violencia; se refieren a la falta de seguridad que la legislación mexicana ofrece a la mujer para solucionar los problemas de violencia.

OBSERVACIONES GENERALES

Infraestructura y equipamiento

En términos generales, las instalaciones de las Casas se encuentran en buen estado. Las Casas tienen agua potable a excepción de Chiapas que sólo cuenta con agua entubada pero no es potable.

En promedio cuentan con dos camas cuyo uso no sólo se limita a la atención médica, ya que también se utilizan para las usuarias que pasan la noche en la Casa. En la misma habitación donde se atienden los partos, se da atención general y se toman las pruebas de *Papanicolaou*. Las mujeres y sus familiares pueden quedarse en la misma habitación donde se atienden los partos.

La Casa de Cuetzalan¹ no cuenta con apoyo de vehículo alguno para traslado de emergencias; en Chalchihuitán hay una ambulancia que pertenece al Ayuntamiento y generalmente se encuentra disponible para el traslado de urgencias.

Personal y organigrama

Todas las Casas cuentan con al menos una coordinadora general, pero ninguna tiene personal médico de base. Las parteras tradicionales son un recurso local de atención a la salud materna que participa de manera importante en las Casas, además de llevar a cabo actividades de promoción a la salud directamente en las comunidades. Son originarias de los lugares y hablantes de lengua indígena local, su disponibilidad varía de acuerdo a la Casa, pero es común que hagan guardias para garantizar que siempre se encuentre al menos una partera las 24 horas del día.

Accesibilidad

Chiapas y Cuetzalan dan atención a las usuarias las 24 horas del día, 7 días a la semana. Todas las mujeres que colaboran en las Casas son hablantes de la lengua indígena local y en su mayoría originarias de las localidades donde se encuentra la Casa, lo que facilita la comunicación con las usuarias.

La capacitación de las parteras que trabajan en las Casas les permite identificar el sitio para referir a la mujer con complicaciones obstétricas, a quienes ellas acompañan y dan seguimiento hasta la resolución del problema.

El siguiente esquema representa el modelo de organización ideal que se identificó a partir de este estudio. Consideramos que proyectos como el de las Casas de salud de la Mujeres Indígenas pueden contribuir a disminuir de forma considerable los rezagos e inequidades en salud en nuestro país y favorecer la corresponsabilidad interinstitucional frente al grave problema de la mortalidad materna y la violencia.

¹ La casa de Cuetzalan no presta atención en salud en el área de obstetricia

Organización ideal



Referencias

- o Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, Mapas de la pobreza y rezago social, 2005, México, 2007, disponible en www.coneval.gob.mx/mapas/, consultado el 11 de noviembre de 2007.
- o Espinosa G. Doscientas trece voces contra la muerte. Mortalidad materna en zonas indígenas. En Castañeda M, Díaz D, Espinosa G, Freyermuth G, Sánchez-Hidalgo D, De la Torre C. *La mortalidad materna en México. Cuatro visiones críticas*. México: Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A.C./K'inál Antzetik, A.C./Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población/UAM/Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas, 2004: 161-238.
- o Oficina de Representación para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Programa Intersectorial de Atención a las Mujeres Indígenas. (2002). Proyecto interinstitucional "Mujeres indígenas y salud reproductiva: fomento a los derechos reproductivos y combate a la violencia contra las mujeres, 2002-2006". Documento oficial impreso.
- o Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, OCDE. Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud. México. México: Secretaría de Salud de México, 2005.
- o Secretaría de Salud. Programa de Acción "Arranque Parejo en la Vida". www.ssa.gob.mx, 2002.
- o Secretaría de Salud, Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud, México, 2007a.
- o Secretaría de Salud, Salud Materna en México 2007-2012. Avances y retos, presentación del Dr. Cuitláhuac Ruiz Matus, Director General Adjunto de Salud Materna y Perinatal del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Reunión de organizaciones becarias en mortalidad y morbilidad materna, Fundación MacArthur, Ciudad de México, Noviembre 15 de 2007b.