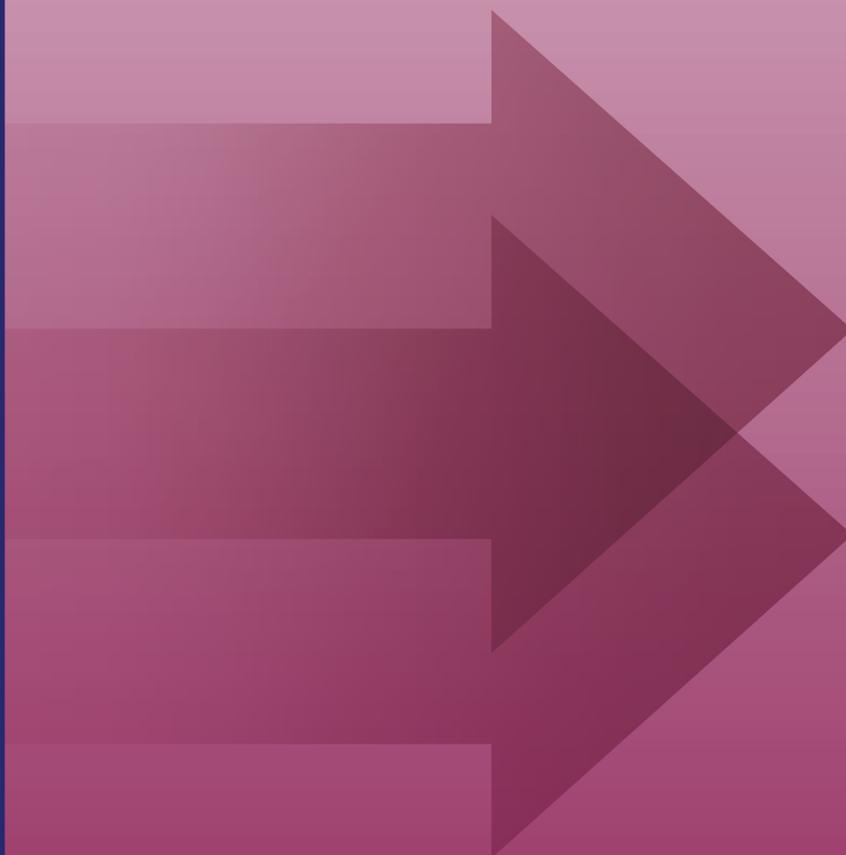
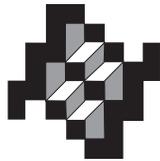


La experiencia de la Casa de la Mujer Indígena: sistematización y evaluación del proceso

RESUMEN EJECUTIVO





Instituto Nacional
de Salud Pública

La experiencia de la Casa de la Mujer Indígena:
sistematización y evaluación del proceso

RESUMEN • EJECUTIVO

LA EXPERIENCIA DE LA CASA DE LA MUJER INDÍGENA: SISTEMATIZACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PROCESO

Resumen ejecutivo

Primera Edición, 2008

©D.R. Instituto Nacional de Salud Pública
Avenida Universidad 655
Colonia Santa María Ahuacatlán
62508 Cuernavaca, Morelos, México

www.insp.mx

Impreso y hecho en México
Printed and made in México

ISBN 978-607-7530-14-5

Proyecto financiado por el fondo sectorial de investigación en salud y seguridad social
CONACYT-SALUD-2005-02-14445

Investigadores del Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de
Salud Pública
Responsable: Dra. Blanca Estela Pelcastre Villafuerte

Equipo de trabajo:

Mtra. Margarita Márquez Serrano
Mtra. Myriam Ruiz Rodríguez (Departamento de Salud Pública, Universidad Industrial
de Santander, Bucaramanga, Colombia)
Mtro. Sergio Meneses Navarro
Mtra. Claudia Amaya Castellanos
Mtra. A. Yesenia Gómez Gallardo

Editores: Dr. Juan Francisco Molina Rodríguez
DG. Carmina García Hernández

Contenido

	Principales hallazgos y recomendaciones	5
1.	Antecedentes	9
2.	Metodología	11
3.	Resultados de la investigación	13
	3.1 Por estado	13
	3.1.1 Chalchihuitán, Chiapas	13
	3.1.2 Ometepepec, Guerrero	15
	3.1.3 Matías Romero, Oaxaca	18
	3.1.4 San Mateo del Mar, Oaxaca	20
	3.1.5 Cuetzalan, Puebla	21
	3.2 Observaciones generales	23
	3.2.1 Infraestructura y equipamiento	23
	3.2.2 Recursos humanos	23
	3.2.3 Recursos materiales	24
	3.2.4 Accesibilidad	25
	Organización actual de la Casa de la Mujer Indígena	26
	Modelo ideal de Casa de la Mujer Indígena	27
	Referencias	28

Principales hallazgos y recomendaciones

La evaluación de la estrategia Casa de la Mujer Indígena (CMI) se realizó tomando en consideración aspectos de operación, organización y administración, a partir de los cuales se presentan los principales hallazgos.

Logros de la operación

■ **Hallazgo**

El trabajo de la Casa de la Mujer Indígena (CMI) les ha posibilitado el acceso a otras instituciones para la atención de urgencias obstétricas y casos de violencia. El trabajo de las promotoras comunitarias ha aumentado el número de partos atendidos en los centros de salud y hospitales regionales, así como las denuncias y referencias de casos de violencia contra la mujer hacia las entidades del Ministerio Público.

◀ **Recomendación**

Fortalecer esta clase de proyectos toda vez que representan una opción muy importante para la atención del parto, referencia de eventos obstétricos complicados, acciones de salud sexual y reproductiva, y casos de violencia doméstica para la población indígena. Este tipo de proyectos pueden contribuir a disminuir de forma considerable los rezagos e inequidades en salud en nuestro país. Su potencialidad radica precisamente en la adecuación intercultural, que lo hace pertinente y viable a otros contextos indígenas.

■ **Hallazgo**

A través del trabajo que se realiza en las casas establecidas, se ha visibilizado el tema de la violencia doméstica en el ámbito municipal y ahora se encuentra, en algunos casos, en la agenda pública local.

◀ **Recomendación**

Incrementar los recursos tanto materiales como humanos de las casas, de manera que se puedan extender sus acciones a otras comunidades y regiones del país. Los gobiernos municipales pueden contribuir en la sustentabilidad de estas casas.

■ **Hallazgo**

De manera implícita la labor de las mujeres que han participado en este proyecto, desde diferentes lugares y en momentos distintos, ha contribuido al fortalecimiento de la identidad indígena y de género sobre la base de los derechos humanos.

6 ■

◄ **Recomendación**

Ampliar la participación de Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) que acompañen, apoyen y respalden el trabajo de las mujeres indígenas en las actividades de capacitación, comunicación y asistencia.

■ **Hallazgo**

La acción intersectorial que llevan a cabo ha permitido la ampliación de vínculos de apoyo con otros grupos de mujeres, tanto como institucionales.

◄ **Recomendaciones**

Dar a las OSC la función clave de ampliar las relaciones con otros grupos u organizaciones vinculadas a la atención de casos de violencia o problemas de salud materna.

Rescatar el papel de las asesoras externas de apoyar las actividades de capacitación, comunicación, asistencia e investigación en torno a la CMI y la problemática que atiende.

Obstáculos de organización y administración

■ **Hallazgo**

Se carece de un presupuesto propio que garantice la continuidad de sus acciones y del proyecto en su conjunto. No existe una formalidad de la relación laboral que las mujeres mantienen con la CMI, lo que impide asegurarles pago alguno por su labor.

◄ **Recomendaciones**

Asegurar un presupuesto suficiente y permanente para dar continuidad a las acciones de la CMI e implementar el impacto en la población en ambas áreas, salud reproductiva y atención a la violencia doméstica. De esta forma será posible formalizar las relaciones laborales para que sean debidamente remuneradas.

La Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), además de fuente de financiamiento debe ser una entidad reguladora y tener ciertas funciones normativas.

■ **Hallazgo**

No hay normas claras establecidas para el ejercicio del presupuesto.

◄ **Recomendación**

Es necesario reforzar un proceso de empoderamiento en las mujeres que trabajan en las casas, específicamente dirigido a la administración de recursos que haga frente a esta problemática. Este ejercicio puede verse enriquecido con la participación de una OSC que apoye la capacitación en administración básica para las coordinadoras de las casas, quienes deben desarrollar habilidades básicas de gestión, aprovechamiento de los recursos, establecimiento de metas y acciones de trabajo.

Deben ensayarse vías adecuadas a estos contextos que trasciendan ejercicios burocráticos que pasan por la exigencia de comprobación de gastos o la entrega directa del dinero a las prestadoras de las casas, lo que resulta poco transparente.

■ **Hallazgo**

No hay reglas claras de corresponsabilidad, de manera que las casas se organizan de acuerdo a las necesidades y las posibilidades de cada lugar.

Faltan convenios formales para la atención jurídica y médica, lo que obstaculiza la institucionalización de la experiencia.

◄ **Recomendaciones**

Generar una vinculación interinstitucional clara y formal que funcione eficientemente como una verdadera coordinación de esfuerzos frente a los problemas de salud sexual y reproductiva, así como en los casos de violencia, en contextos de alta vulnerabilidad.

La CMI debe tener un vínculo estrecho de colaboración y capacitación con las instituciones del sector salud (para el seguimiento de las actividades de salud sexual y reproductiva) y con los Ministerios Públicos (para el seguimiento de las acciones en contra de la violencia doméstica).

■ **Hallazgo**

No existe un sistema de registro que permita dar seguimiento a las acciones realizadas y medir el impacto a partir del número de casos atendidos.

◄ **Recomendación**

Apoyar la creación de un sistema de información eficiente, que permita observar el impacto y mejorar continuamente las acciones de las CMI, así como identificar la mejor forma de utilización de los recursos. Este proyecto puede llevarse a cabo con el apoyo de las asesoras externas.

■ **Hallazgo**

Las representaciones de género juegan un papel muy importante en las acciones de las casas; el arraigado machismo hace difícil el trabajo de estos grupos y se presenta como uno de los principales obstáculos culturales.

◄ **Recomendación**

Establecer acciones, desde otros lugares (centros de salud, OSC, medios de comunicación, etc.), encaminadas a la transformación de estas representaciones y que involucren de manera más intensa la participación de los hombres.

I.

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.¹

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.^{2,3} Mientras que a nivel nacional la tasa es de 51 por cada 100 mil nacidos vivos, en zonas indígenas de Guerrero es de 283 muertes por cada 100 mil nacidos vivos; siendo éste el estado de la República que más casos presenta de muerte materna, seguido por Oaxaca con 120, Chiapas con 110 e Hidalgo con 91 casos.⁴

Para el año 2006, la razón de muerte materna (RMM) a nivel nacional fue de 60 por cada 100 mil nacidos vivos; al mismo tiempo, los estados de Chiapas, Oaxaca y Guerrero – entidades con la mayor concentración de población indígena y mayores índices de rezago social⁵– tuvieron una RMM de 90.14, 74.21 y 128.0, respectivamente.⁶

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 las primeras causas de muerte de sus habitantes.¹

Son estados con índices de marginación alto, 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 (hasta 2005, el 76.37% de los chiapanecos, 75.75% de los oaxaqueños, 74.08% de los guerrerenses y 63.37% de los poblanos no contaban con derechohabiencia a la seguridad social, superando la media nacional para el mismo año, que fue de 49.78%).⁷

La cobertura institucional de servicios ha sido insuficiente para atender las necesidades de salud de la población indígena debido, principalmente, a las barreras geográficas, económicas y culturales. Entre los esfuerzos institucionales que han sido desarrollados 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 el 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 a nivel federal para la capacitación y seguimiento de acciones locales.

Hasta la fecha se han establecido cinco casas en cuatro estados de la República: una en Chalchihuitán, Chiapas; una en Ometepec, Guerrero; dos en Oaxaca (Matías Romero y San Mateo del Mar) y una en Cuetzalan, Puebla.¹ En cada casa trabajan en promedio de

10 ■

6 a 8 mujeres. Una coordinadora, quien se encarga de administrar los recursos, gestionar vínculos con autoridades institucionales y organizar las actividades de la casa. Las asesoras, quienes brindan apoyo y orientación respecto a las acciones que en ella se realizan. Las promotoras, las parteras y las abogadas, orientadas a la atención de la salud materna y de la violencia doméstica, desde el ámbito psicológico médico y legal.

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 resume los principales resultados de este estudio e identifica el modelo ideal de CMI que debería implementarse.

2. Metodología

El trabajo estuvo centrado en la sistematización de esta experiencia, a partir de la información documental disponible, así como en la obtenida en campo que incluyó la recuperación de la experiencia de las personas que colaboran en las casas a través de entrevistas directas.

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 CMI 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 llevaron a cabo los contactos necesarios con las coordinadoras de las casas. El levantamiento de la información se realizó en cada uno de los estados, de acuerdo a los tiempos acordados con ellas. La distribución final del número total de entrevistas por estado se muestra en el cuadro I.

**Cuadro I. Entrevistas a informantes de las casas de la mujer indígena
México, 2006**

Tipo de informante	Número de entrevistas
Coordinación central (CDI)	2
Coordinadoras generales y asesoras	7
Usuaris	14
Recursos locales y personal operativo del proyecto (parteras, enfermeras, médicas, promotoras, psicólogas, abogadas)	32
Otros informantes (regidor de salud, presidente municipal, ministerio público, responsable de jurisdicción, director de hospital, directora y trabajadoras sociales del DIF)	7
TOTAL	62

Fuente: Elaboración propia a partir de la metodología del proyecto

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 a las casas.

Resultados de la investigación

3.1 Por estado

3.1.1 Chalchihuitán, Chiapas

Acciones de prevención y atención en salud sexual y reproductiva

Esta casa se centra en actividades de prevención en el tema de salud sexual y reproductiva, así como 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.

También se realizan periódicamente reuniones con los miembros del ayuntamiento para sensibilizarles respecto a la necesidad de contar con su colaboración para evitar muertes maternas.

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 en las actividades de prevención de la violencia consistió en impartir pláticas de sensibilización dirigidas a las autoridades del ayuntamiento (presidente municipal, 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 de la casa, contra la violencia a la mujer, a partir de la insistencia de las parteras de la casa y de los funcionarios del Instituto de Salud¹, 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.

A pesar de los limitados alcances de las actividades de prevención de la violencia contra la mujer, un aspecto que ha contribuido a colocar el tema en la discusión pública local ha sido la colaboración de instituciones externas y OSC, tales como la Red interinstitucional de lucha contra la violencia en Chiapas, Asesoría Capacitación y Asistencia en Salud A.C. (ACASAC), el Instituto de Salud, la Comisión de los Derechos Humanos de Chiapas y la propia Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI).

¹ Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH), perteneciente a la Secretaría de Salud de ese estado.

14 ■

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.

Referen 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 se relaciona con diversas instituciones gubernamentales y no gubernamentales, entre las que se encuentran: ACASAC, CDI, CAVIF (Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar), Instituto de Salud (ISECH), Ayuntamiento de Chalchihuitán, Instituto de la Mujer y la Red Interinstitucional contra la Violencia.

En los dos primeros años de operación, la casa tenía una relación formal con ACASAC, quién se encargaba del apoyo administrativo de la casa. A partir del segundo semestre de 2005, éste terminó, ahora existe una estrecha colaboración en otros aspectos como la asesoría a la coordinación y a las parteras, capacitación técnica, contribución con recursos humanos y materiales, soporte en la co-gestión con otras instituciones, apoyo y seguimiento de casos, etc.

Con el CAVIF se tiene un apoyo puntual para el seguimiento de casos de violencia, CAVIF ofrece servicios de asesoría jurídica, apoyo psicológico y albergue para mujeres víctimas de violencia. La CDI aporta la mayor parte del financiamiento para las actividades de la casa, pero después del primer año de operaciones de éstas, 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, a pesar de que en la oficina regional de la CDI hay una funcionaria nombrada como “coordinadora” de la casa, ella no ejerce actividades de coordinación ni de administración de los quehaceres de la misma.

La relación de la casa con el IS, particularmente con la Jurisdicción Sanitaria No.2 (que corresponde a Los Altos de Chiapas), si bien no se encuentra formalizada en convenios, ha sido estrecha y meritoria.

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. La coordinadora de la casa señala el modo como el juez municipal justificaba la violencia doméstica:

Cuando nos tocaron los primeros casos, el juez lo justificaba todo. Ibas y denunciabas, pero [el juez] lo justificaba todo. [Decía] que [la mujer fue golpeada] porque ella no se apuró o porque le dio frío su frijol [al marido]. (Coordinadora).

Otro obstáculo es la resistencia de los hombres para que las mujeres salgan de la comunidad, aún cuando presentan complicaciones obstétricas que pongan en peligro su vida. Aunado a esto se tiene 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 la 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 en el 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.

Modelo deseado

Para que la casa tenga óptimo funcionamiento consideran que requieren de mayor integración en el trabajo; contar con más recurso humano que tenga un buen conocimiento de la labor que ahí se realiza y que lleve el control en la organización de la misma y, en particular, de personal capacitado que dé seguimiento a los casos de violencia. También necesitan contar con materiales para la elaboración de carteles y mayor difusión. Asimismo conformar un fondo financiero para no tener obstáculos en el apoyo que brindan a las mujeres. Hace falta mayor acercamiento hacia los hombres, asistentes, promotores de salud y organizar con ellos las pláticas.

3.1.2 Ometepec, Guerrero

Acciones de prevención y atención a la salud sexual y reproductiva

El objetivo principal de esta casa es concientizar a la población en general, a los esposos y a las mujeres, para que éstas asistan a los centros de salud con el fin de evitar la mortalidad materna.

A través de las promotoras de salud que visitan las comunidades, se asesora a las mujeres respecto al uso de métodos anticonceptivos y a la importancia de atender debidamente los embarazos.

Si quieren ser atendidas en el hospital, la casa sirve como figura de acompañamiento en todo el proceso, desde llevarlas hasta conseguir que la atención sea gratuita y les proporcionen los medicamentos necesarios. Hay mujeres que prefieren ser atendidas por una partera, para lo cual se canaliza a la embarazada con alguna de las parteras que trabajan para la casa. En algún momento la casa tuvo parteras que hacían guardias durante el día y la noche para que las mujeres, ante cualquier duda o emergencia, pudieran llegar y ser atendidas o acompañadas por ellas al hospital; sin embargo, las dificultades económicas de la casa impidieron continuar con este esquema.

16 ■

Adicionalmente se han diseñado folletos y carteles para promover las funciones que la casa realiza y eventualmente se hace uso de la radio para promover sus eventos.

Acciones de prevención y atención a la violencia

Al respecto la casa realiza campañas y foros, dando pláticas y talleres en las comunidades sobre violencia intrafamiliar, con el fin de que las mujeres reconozcan cuando están siendo víctimas de violencia, lograr la confianza con las representantes de la casa y sepan de la existencia de un lugar donde pueden ser apoyadas y orientadas. También, se da seguimiento a los casos durante todo el proceso.

Básicamente esta labor está en manos de las promotoras, quienes además de informar sobre el tema, las orientan sobre el procedimiento a seguir ante el Ministerio Público, la Agencia de Delitos Sexuales o la Comisión de Derechos Humanos, en caso de ser víctimas de violencia.

Cuando estas instancias han sido invitadas a participar en los talleres que ellas dictan, no han tenido buena respuesta. Al respecto, la coordinadora mixteca dice:

Nosotras hemos invitado [a las instituciones] a todas nuestras concentraciones y no asisten, eso quiere decir que están haciendo caso omiso, eso quiere decir que como que no van de acuerdo con nuestro trabajo [...]

Las mujeres de Ometepec saben que la casa maneja el tema de la violencia, gracias a talleres, campañas y foros que se han realizado; por esta razón no es necesario ir a buscarlas a sus comunidades, ya que son ellas las que se acercan en busca de ayuda.

Gestión de la casa

La acción interinstitucional se da básicamente con tres actores: el sector salud (en el que participa la Jurisdicción sanitaria N° 6 de Ometepec, el centro de salud y el hospital regional del mismo lugar), el Ministerio Público y la Oficina de Delitos Sexuales de la Procuraduría General de Justicia.

En cuanto al sector salud, el convenio está orientado a brindarles atención inmediata y sin ningún costo, a todas las mujeres indígenas embarazadas. El principal contacto con quien se hace la gestión en el hospital regional es con la trabajadora social, quien tiene total conocimiento del convenio; de manera que a través del documento “referencia” emitido por la casa, la trabajadora social da inicio al proceso con el ingreso de las mujeres al hospital para su atención médica.

Para la Jurisdicción sanitaria los convenios con la casa han sido más de tipo verbal y de buena voluntad y muchos se han realizado por peticiones telefónicas desde las oficinas centrales.

Obstáculos

Las informantes identifican cuatro elementos clave: 1) la limitada promoción de los servicios de la casa en las comunidades más apartadas, con lo que se impide alcanzar mayor cobertura; 2) la falta de recursos económicos para el pago de personal (médicos, parteras, odontólogos, etc.) y para la realización de algunas actividades, incluyendo la promoción; 3) la falta de coordinación interinstitucional, especialmente con el hospital regional, que afecta a las mujeres indígenas, al sentirse más vulnerables y menos seguras durante su contacto con el hospital; y 4) la presencia de mujeres trabajadoras de la casa que no son indígenas y no han sido madres y por este motivo se les puede dificultar comprender de

mejor manera la problemática de las usuarias. El siguiente testimonio de la coordinadora mixteca, da cuenta de una de estas limitaciones:

[...] nosotras no tenemos muchos recursos y cuando ya se acabó el recurso que nos mandó CDI nacional, pues hasta ahí, ya no podemos hacer nada, para canalizar a las mujeres embarazadas yo me voy con ellas pagando de mi dinero, de dinero propio, de mi dinero, porque ni modo que me vaya caminando de aquí hasta el hospital regional, aquí es así, paga una de las que estamos aquí.

No se paga ningún tipo de salario y sólo se cubren los gastos correspondientes a transporte y comida, ya que las parteras deben desplazarse hasta las comunidades para atender los partos de las mujeres que no desean ser asistidas por un médico.

Otro obstáculo ha sido la imposibilidad de establecer un convenio formal con la Oficina de Delitos Sexuales y el Ministerio Público, para la remisión y atención a futuro de casos de violencia.

Percepción de sustentabilidad del proyecto

Desde el punto de vista de las informantes, la casa podrá mantenerse mejor y realizar sus actividades sin problemas, con autonomía y libertad, en la medida en que cuente con un espacio físico propio.

En la actualidad la casa ha realizado acercamientos valiosos con las comunidades amusgas y mixtecas, y otras de la región, visitándolas con frecuencia y haciendo difusión y promoción de los servicios que ofrecen, con el fin de que las mujeres se acerquen y puedan recibir apoyo en temas relacionados con violencia y maternidad. Sin embargo, las informantes evidencian la necesidad de una mayor difusión en toda la región.

Modelo deseado

Frente a este aspecto se plantean varias propuestas para alcanzar un modelo deseado: contar con más recursos económicos que permitan ampliar la cobertura de servicios a la población; contar con una infraestructura adecuada (consultorio médico, equipo médico, habitaciones para hospedar familiares de las pacientes, cocina, etc.) y recursos propios que faciliten el trabajo; mejorar la comunicación con la CDI local; contar con un médico, un psicólogo y una partera permanentes. Ampliar los servicios que presta la casa apoyando a la Secretaría de Salud en programas de vacunación y de planificación familiar, esto último con el fin de reducir las muertes maternas.

Lograr que los servicios de la casa cubran también las necesidades de la población masculina lo cual impactaría sobre el trabajo que se realiza con las mujeres. El siguiente testimonio aborda este tema:

[...] también poder apoyar a esa población masculina, porque mira, es que si hablamos de violencia intrafamiliar, hablamos de embarazos, están participando dos, y si estamos aprendiendo unilateralmente, la otra parte se nos queda sin atención y es la que muchas veces está pidiendo a gritos, pero de manera equivocada, el apoyo, la ayuda, no lo hace de manera correcta y lo sancionamos y lo odiamos cuando está pidiendo: “ayúdenme, aquí estoy!, mírenme”. Pero bueno, yo creo que sería implementar también la atención para hombres y mujeres indígenas (personal de la jurisdicción sanitaria).

3.1.3 Matías Romero, Oaxaca

Acciones de prevención y atención a la salud sexual y reproductiva

En esta casa se realizan sobre todo acciones en salud reproductiva, las principales son la toma del papanicolaou, canalizar a las mujeres que lo necesitan a los servicios de salud en donde las apoyan con intérpretes.

Los talleres de capacitación son las tareas más importantes en el área de prevención, las promotoras acuden a las comunidades por iniciativa propia o bien respondiendo a la demanda de otras organizaciones de la sociedad civil. Estas visitas son financiadas, en la mayoría de los casos, por ellas mismas, cuando cuentan con recursos por proyecto se financian de esta fuente o bien, paga la organización que les hace la invitación. Han hecho cápsulas informativas que difunden en la radio y folletos. Su principal estrategia de promoción ha sido el acercamiento directo con las comunidades.

Acciones de prevención y atención a la violencia

Han organizado talleres de capacitación sobre violencia intrafamiliar, dirigidos a los prestadores de servicio y autoridades municipales. Han hecho estudios conjuntos sobre violencia con los maestros y autoridades del lugar, los resultados han sido traducidos al mije para su difusión; lo más común es que atiendan lo que llaman violencia económica (cuando el esposo ha dejado de dar el gasto) y abandono del marido.

Para las acciones, tanto de salud reproductiva como de atención a la violencia, se coordinan con otras instituciones como el centro de salud y el DIF respectivamente. Por falta de personal, los casos que requieren atención psicológica los remiten al centro de salud. Con el DIF han organizado pláticas conjuntas con el municipio para promover la no violencia. Las mujeres que prestan servicio en la casa mantienen una capacitación continua en temas como violencia de género y una perspectiva general en violencia intrafamiliar, enfocándose a cada región del Istmo.

A través de estas acciones se ha fortalecido el empoderamiento de las mujeres, tanto de las prestadoras de la casa como de las que tienen algún tipo de contacto con éstas, como da cuenta el siguiente testimonio:

Pues la verdad, yo he platicado con ellas, que ya no se dejen porque pues antes, antes nosotras aguantamos los golpes, a mí ya me pasó pues, y yo era una de ellas, hasta mi familia no le avisé lo que a mí me pasaba, a mí me pegaban y yo no le avisaba a mis hermanas, ¿por qué?, porque yo decía, pues en vez que yo les de comida a mi familia, ¿cómo le voy a decir lo que yo vivo?, entonces, desde que yo entré con ellas, pues ya, este, el miedo ya se me quitó, mis hijos también me dicen igual ellos: “está bien mamá, porque usted se defiende sola”. Hasta los poderosos [se refiere a quienes ocupan un alto cargo], una vez me dijeron: “señora, usted es mujer y ¿no tiene miedo?... ¿Por qué tengo que tener miedo? Yo no le tengo miedo a nadie. (Promotora).

Gestión de la casa

Aparentemente existe una buena vinculación de la casa con otras instancias oficiales tales como el DIF municipal, el centro de salud y el municipio. Con este último ha sido para eventos puntuales, y con una red de organizaciones de mujeres con las que se reúnen. No

suelen tener convenios escritos, este nexo depende más de la voluntad de las personas que en ese momento se encuentran en el cargo. Trabajan también con tres clínicas comunitarias además del centro de salud.

La vinculación con el presidente municipal ha sido muy difícil y hasta el momento no han podido establecer una vinculación clara y precisa con la presidencia.

Forman parte de una red interinstitucional a la que pertenecen otras instancias como la red de Juchitán, la Casa del Refugio, con las que se reúne periódicamente y discuten casos difíciles y piensan conjuntamente posibles soluciones.

Obstáculos

Los recursos financieros no se reciben a tiempo, generalmente deben empezar el trabajo antes de que éstos sean liberados, y no pueden incorporar los comprobantes de las actividades que hicieron antes de la fecha de liberación.

Inicialmente este tipo de trámites los hacían directamente con la CDI central y era más rápido, pero cuando esta responsabilidad pasó a la CDI estatal, los procesos se alargaron ya que se agregaron dos intermediarios antes de llegar a la ciudad de México con el nivel central.

Perciben también cierta discriminación y/o trato diferencial por parte de las instituciones, por el hecho de ser mujeres indígenas.

Asimismo, identifican algunas dificultades relacionadas con los requisitos que les solicitan algunas instancias para dar trámite a los casos, ya que les solicitan documentos como el acta de nacimiento que las mujeres usuarias no pueden conseguir fácilmente, de manera que esto las desanima y no continúan con los trámites. Lo anterior se convierte en un obstáculo para la resolución de casos de violencia particularmente.

La participación de las mujeres en talleres o reuniones no siempre se garantiza, porque sus maridos no quieren que asistan. Lo mismo ocurre cuando se detecta algún caso de violencia; el seguimiento a veces se dificulta por esta situación a la que se añade el temor que muchas de ellas expresan como lo refiere en siguiente testimonio:

Hemos platicado con las compañeras, pero muy poco se han acercado porque, porque piensan de que las estamos mal orientando, porque muchas mujeres no quieren salir, le tienen miedo a sus esposos y todavía pues existe pues, el machismo pues, pero no es así, al contrario, hablamos bien con ellas. (Promotora).

Modelo deseado

Perciben que es necesaria una mayor sensibilización hacia las comunidades indígenas, particularmente para las mujeres y su contexto de vida, de manera que los requisitos para obtención de recursos a través de proyectos y la administración de los mismos (comprobaciones), sean más flexibles de acuerdo a las características de las comunidades donde se trabaja.

Un modelo ideal de casa contempla un equipo de personal permanente para atender las diversas áreas: psicológica, médica y jurídica. Ven como necesaria la incorporación de más mujeres de las diferentes comunidades para trabajar como promotoras, cubriendo las diversas lenguas que se hablan en la región. Hace falta vincularse con los recursos locales de atención a la salud, como curanderos, parteras, médicos tradicionales, para que a partir de su conocimiento de las comunidades, mejorar las acciones de atención a la violencia. La calidad de la atención es siempre una meta comprometida explícitamente en este modelo ideal.

20 ■

También consideran necesario tener recursos para retribuir a las mujeres que trabajan en la casa, ellas perciben que si tuvieran un título profesional esta situación no se presentaría.

3.1.4 San Mateo del Mar, Oaxaca

Acciones de prevención y atención a la salud sexual y reproductiva

En esta casa principalmente atienden partos, es la única que además de las parteras participan otros recursos tradicionales, cuenta con un curandero, una curandera y un sobador y la única además, donde trabajan hombres. Trabajan las 24 horas, generalmente hacen guardias, dos parteras entran a las 8 de la mañana y salen a las 8 de la mañana del siguiente día, en el caso de los hombres solo uno hace guardia. Cuentan con una pequeña farmacia ubicada en el mismo terreno, que no tienen las otras casas.

El director de la CDI considera que la principal función de la casa es la atención del parto; la mayoría de las mujeres que trabajan en la casa son parteras, pero también realizan otras actividades como son las sobadas, las pulsaciones, las llamadas de pulso y otras acciones propias de la medicina tradicional, que son aceptadas por un buen porcentaje de la comunidad.

Gestión de la casa

Tienen hojas de referencia que entregan a las mujeres usuarias para que acudan al hospital, pero muchas veces son las propias mujeres que trabajan en la casa quienes las llevan en forma personal. Piden ayuda a la ambulancia del municipio y a veces la mujer pide que alguien vaya con ella. Cuando llegan al hospital la partera entra por urgencias, si le piden la hoja de referencia y no la lleva, se la hacen en ese momento. Cuando está presente el esposo, él es quien firma como responsable.

El municipio proporciona la ambulancia cuando se requiere y apoya a la casa con el agua. Antes tenían relación con el comité de salud. Actualmente ésta ya no existe.

Obstáculos

Entre los principales obstáculos que identifican están: la carencia de infraestructura, la falta de camas y cuartos, así como de un médico.

El dinero del financiamiento llega con mucho retraso y no es suficiente para pagar los servicios de la casa, como la luz.

Se identifica la necesidad de tener más medicamentos, así como hacer más difusión para que la comunidad tenga la información sobre el trabajo que la casa está realizando.

Expresan que hay envidia y conflicto con los médicos del hospital.

Percepción de sustentabilidad del proyecto

Consideran que la casa es una alternativa de atención para la clase más marginada que no puede ir con los médicos tradicionales, ni tampoco al centro de salud, por varias razones: no cobran mucho, los medicamentos para cuestiones de dolores musculares y torceduras son elaborados por ellos mismos a base de hierbas y la gente los acepta y utiliza muy bien, ya que tienen precios muy accesibles.

Perciben la necesidad de que los médicos tradicionales difundan su trabajo y, en este sentido, identifican que el espacio de la casa les ofrece esta oportunidad, esto les puede ayudar a consolidar totalmente la casa y, en un momento dado, puede llegar a ser autosuficiente, autogestiva e independiente, económica y organizacionalmente.

Los pobladores deben saber que la medicina tradicional es reconocida constitucionalmente,

por esto se les da a los médicos tradicionales una credencial para ejercer su práctica. Esta identificación es una especie de constancia, en la cual el sistema de salud de Oaxaca, a través de la Secretaría de Salud, les reconoce su experiencia y el trabajo que realizan en la comunidad Huave.

3.1.5 Cuetzalan, Puebla

Acciones de prevención y atención a la violencia

Las acciones de prevención a la violencia se llevan a cabo en esta casa, son conducidas 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, ubicadas 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 la 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 cual 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 incorporada recientemente, al proceso de atención, debido a las dificultades para concluir los casos de manera exitosa, de esta forma se lograrán más beneficios para la mujer. El siguiente relato nos ilustra mejor este aspecto:

[al principio cuando empezamos ...] muchos de los casos se nos perdieron, no pudimos lograr que se resolvieran, al contrario, lo metían a la cárcel [se refiere al esposo], y como lo meten a la cárcel era muy difícil para la señora, entonces, después en una evaluación, decidimos, bueno, qué hacer, porque vimos que no era conveniente que llega una mujer y luego, luego, vamos con el Ministerio Público, porque luego lo único que hacen ahí es decirle al señor: "oye, si hiciste algo pues pídele perdón a tu esposa"; entonces, ¿qué beneficios lleva la señora? O si no, lo único: "que vas a darle pensión a tu hijo" y, ¿qué pasa con el dolor que trae la señora por dentro? o sea y es ahí donde nosotros nos pusimos a pensar ¿qué vamos a hacer para que esto de alguna manera se resuelva? Pero también hay que tomar en cuenta lo que la señora sufre, lo que la señora siente. Entonces decidimos hacer otra estrategia, entonces decidimos trabajar más en forma conciliatoria porque es ahí donde vimos que si la mujer también se le puede apoyar, al hombre también se le puede apoyar para que participe en las pláticas de reflexión pero sobre la

22 ■

*masculinidad y entonces, abí vimos que es algo que sí nos favorece.
(Coordinadora del área legal).*

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 llevan a cabo cada dos meses, las convocatorias se hacen con el apoyo de la CDI. En cada reunión se levanta un acta que es el documento escrito que certifica lo tratado en éstas, pero debido a que no existe un convenio o documento que legitime y de obligatoriedad a los acuerdos establecidos, no siempre es fácil llevarlos a cabo. Por esta 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 permiten una aproximación a ellos.

También mencionaron la resistencia por parte de las instituciones a considerar a 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 ella 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 ellas están más acostumbradas a atender a otras personas que a ellas mismas, y la dificultad existente para que la mujer hable sin pena sobre el problema de la violencia intrafamiliar.

La visión generalizada en la población de que la agresión del hombre a la mujer es normal, por ser una situación presente desde su niñez, interfiere en su trabajo, pues los padres de las parejas con problemas no ven bien la intervención de las autoridades en cuestiones de violencia. Asimismo se refieren a la falta de seguridad que la legislación mexicana ofrece a la mujer para solucionar los problemas de violencia.

Percepción de sustentabilidad del proyecto

Hay incertidumbre respecto a la continuidad de los recursos por parte del gobierno, las entrevistadas sugieren alternativas para buscar recursos, entre las que figuran: la presentación de proyectos a instituciones de carácter nacional e internacional; el desarrollo de proyectos productivos, pedir cooperación a las usuarias con mayores recursos y la reprogramación de horarios de trabajo de las mujeres.

Modelo deseado

Contar con recursos económicos para materiales y mantenimiento de la casa y con un equipo humano de profesionales en forma permanente, el cual no dependa de la existencia de algún proyecto para financiarlo.

Tener una coordinación permanente entre la CDI, la Secretaría de Salud y la Procuraduría de Justicia.

3.2 Observaciones generales

3.2.1 Infraestructura y equipamiento

En términos generales, las instalaciones de las casas se encuentran en buen estado, a excepción de la de Ometepec, Guerrero, cuya estructura se observa deteriorada. Todas las casas tienen agua potable a excepción de la ubicada en Chalchihuitán, Chiapas, esta casa sólo cuenta con agua entubada pero no es potable.

En promedio tienen dos camas destinadas a la atención médica y 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. En Matías Romero, Oaxaca, la habitación inmediata al consultorio sirve como albergue temporal, mientras que en las otras casas las mujeres y sus familiares pueden quedarse en la misma habitación donde se atienden los partos.

Sólo la casa de San Mateo del Mar, Oaxaca, cuenta con una farmacia donde tienen productos farmacéuticos y naturales.

Las casas de Ometepec, San Mateo del Mar y Cuetzalanⁱⁱ, no cuentan con apoyo de vehículo alguno para traslado de emergencias; Matías Romero cuenta con un vehículo que también se utiliza para trasladarse a las comunidades cuando salen a impartir alguna capacitación. En Chalchihuitán hay una ambulancia que pertenece al Ayuntamiento y generalmente se encuentra disponible para el traslado de urgencias.

3.2.2 Recursos humanos

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.

En algunas casas colaboran otros terapeutas tradicionales, por ejemplo, en San Mateo del Mar participan dos curanderos, un hombre y una mujer, y un sobador, siendo la única casa en la que participan varones de la comunidad.

ⁱⁱLa casa de Cuetzalan no presta atención en salud en el área de obstetricia

24 ■

3.2.3 Recursos materiales

A continuación se presenta un cuadro que concentra la disponibilidad de materiales y equipo en las distintas casas; no fue posible corroborar la información de Cuetzalan, por lo que esta casa no queda registrada en ninguna columna.

Cuadro II. Disponibilidad de recursos materiales en las casas de la mujer México, 2006

Cuenta con equipo de...	Si	No
Partos		
Pinzas, tijeras, campos estériles, guantes	Matías Romero San Mateo del Mar	Ometepec
Baumanómetro y estetoscopio	Matías Romero San Mateo del Mar Ometepec	Ometepec
Termómetros clínicos	Matías Romero San Mateo del Mar	Ometepec
Perillas para aspirar secreciones del recién nacido	San Mateo del Mar	Matías Romero Ometepec
Equipo de venoclisis	San Mateo del Mar	Chalchihuitán Ometepec
Báscula para infante	Matías Romero San Mateo del Mar Ometepec	Chalchihuitán
Cinta métrica	San Mateo del Mar Ometepec	
Báscula para adultos	Matías Romero San Mateo del Mar Ometepec	Chalchihuitán
Papanicolaou		
Espejos vaginales	Matías Romero	Chalchihuitán San Mateo del Mar Ometepec
Curación		
Equipo de sutura		San Mateo del Mar Ometepec
Gasas estériles	Chalchihuitán Matías Romero San Mateo del Mar	Ometepec
Guantes de látex estériles	Matías Romero San Mateo del Mar	Ometepec
Alcohol	Matías Romero San Mateo del Mar	Ometepec
Jabón	Matías Romero San Mateo del Mar	Ometepec
Desinfectante (yodo/ cloro)	Matías Romero	San Mateo del Mar Ometepec
Solución de cloruro de sodio o solución salina	San Mateo del Mar	Chalchihuitán Matías Romero Ometepec
Solución de Hartmann	San Mateo del Mar	Chalchihuitán Matías Romero Ometepec

La lista de materiales se elaboró a partir de lo que la práctica médica considera como básico para las acciones de atención que prestan las casas, de manera que este registro nos da cuenta de las grandes carencias en las que trabajan; en el caso de Chiapas, por ejemplo, no existen medios de esterilización del material que manejan y en las otras Casas cuentan con autoclave o se esteriliza en forma externa.

3.2.4 Accesibilidad

Chalchihuitán, San Mateo del Mar y Cuetzalan, dan atención a las usuarias las 24 horas del día, siete días a la semana. Las otras dos casas no lo pueden hacer por falta de personal, pero en caso de requerir atención urgente, las mujeres son localizadas en sus domicilios y ellas acuden a cualquier hora.

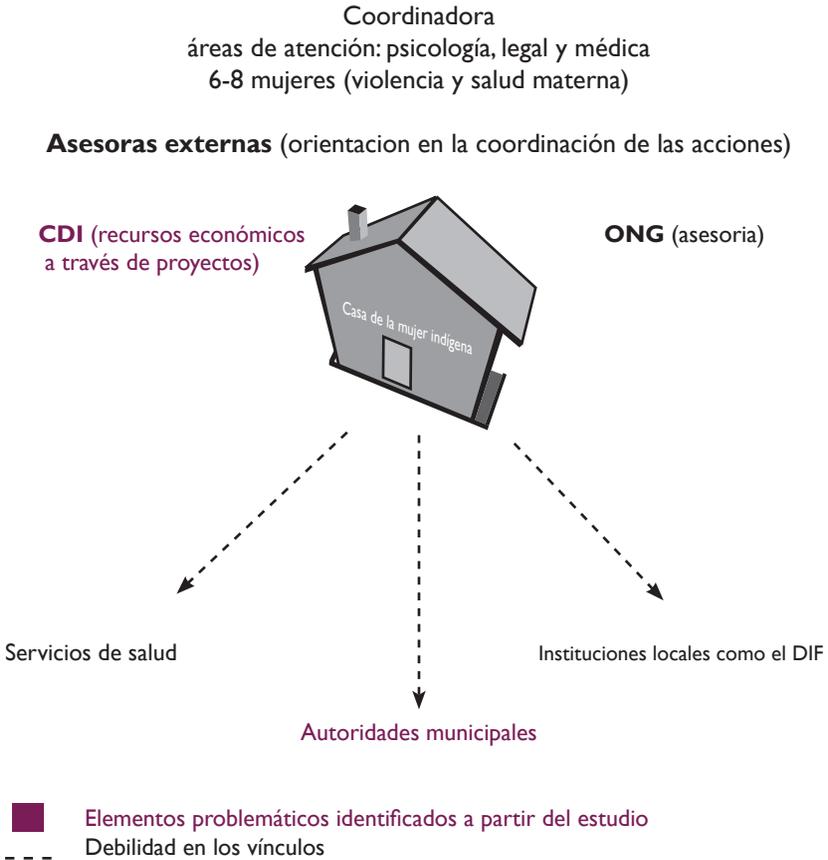
Todas las mujeres que colaboran en las casas son hablantes de la lengua indígena local y, en su mayoría, originarias de las localidades donde se encuentra la casa, lo que facilita la comunicación con las usuarias.

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 la Casa de la Mujer Indígena, 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.

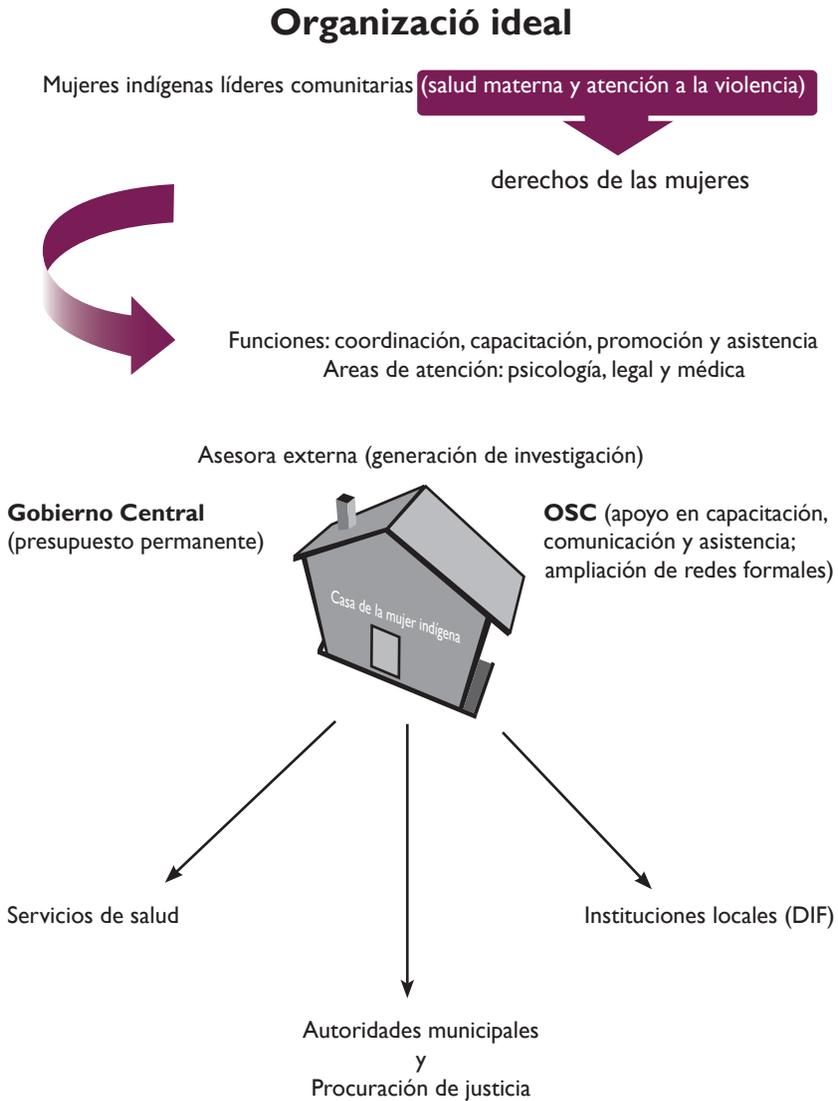
Figura 1. Organización actual de la Casa de la Mujer Indígena

Organización actual



Fuente: Información obtenida en campo a partir de entrevistas a las mujeres que trabajan en las distintas casas.

Figura 2. Modelo ideal de Casa de la Mujer Indígena



Fuente: Modelo construido a partir del análisis de la información.

Referencias

- 1.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.
- 2.Secretaría de Salud. Programa de Acción “Arranque Parejo en la Vida”. www.ssa.gob.mx, 2002: 21.
- 3.Secretaría de Salud, Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud, México, 2007: 37.
- 4.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´inal Antzetik, A.C./Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población/UAM/Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas, 2004: 161-238.
- 5.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.
- 6.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 2007.
- 7.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.

**La experiencia de la Casa de la Mujer Indígena:
sistematización y evaluación del proceso**

RESUMEN ● EJECUTIVO

Las mujeres indígenas constituyen uno de los sectores de la población con mayor rezago en materia de salud debido a la discriminación étnica, de género y de clase. “Casa de la Mujer Indígena” es una estrategia del Programa Intersectorial de Atención a las Mujeres Indígenas de la Oficina de Representación para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Conjunta la participación de la población indígena, las organizaciones de la sociedad civil y la convergencia institucional para revertir esta situación al servir de eje de las actividades que realizan las promotoras indígenas y ser su punto de enlace con los servicios institucionales.

Esta investigación sistematizó y evaluó la experiencia de “Casa de la Mujer Indígena” en materia de salud reproductiva y prevención de la violencia entre población indígena femenina.

El estudio identificó que esta experiencia ha posibilitado a mujeres indígenas el acceso a otras instituciones para la atención de urgencias obstétricas y casos de violencia. El trabajo de las promotoras comunitarias ha aumentado el número de partos atendidos en los centros de salud y hospitales regionales así como las denuncias y referencias de casos de violencia contra la mujer hacia las entidades del Ministerio Público. Se ha visibilizado el tema de la violencia doméstica en el ámbito municipal y el seguimiento a casos concretos de violencia contra la mujer; ha contribuido a incrementar la confianza de las mujeres que como usuarias acuden a la Casa a solicitar algún tipo de apoyo. La sustentabilidad actual de este proyecto se fundamenta en el compromiso de las mujeres que colaboran en las Casas, y su potencialidad radica en la adecuación intercultural, que lo hace pertinente y viable a otros contextos indígenas.



Instituto Nacional
de Salud Pública