

Recibido: 08.12.2017 | Aceptado: 28.01.2018

Palabras clave: Salud reproductiva, mujer, indígena, estrategia educativa y empoderamiento.



Empoderamiento de la mujer indígena, experiencia de investigación comunitaria

PATRICIA ELIZABETH COSSÍO TORRES
patricia.cossio@uaslp.mx
AMADO NIETO CARAVEO
FACULTAD DE MEDICINA, UASLP

Para mí los talleres fueron buenos. Gracias a ustedes por abrirnos los ojos, porque como mujeres sufrimos de maltratos. [...] aún hay compañeras que no aceptan que tienen la posibilidad de decidir ellas y no tener miedo.

Opiniones de mujeres indígenas expresadas durante las sesiones de educación sexual.

De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2012), el promedio de cobertura de la demanda de planificación familiar satisfecha en 75 países en vías de desarrollo, apenas rebasa 50 por ciento.

Los esfuerzos en el desarrollo de conductas saludables en relación con la salud reproductiva data en México desde la década de 1970, a través de diversas instituciones académicas, de investigación y organizaciones civiles. El programa gubernamental de salud reproductiva en México, focalizado en planificación familiar nació en 1974, sustentado en el Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en la promulgación de la Ley General de Población de ese año (Uribe Zúñiga y del Río Zolezzi, 2013).

A pesar de que estos esfuerzos se han multiplicado, existen aún evidencias de una falta de uso de métodos anticonceptivos en la población, reflejado en altos costos económicos, sociales, de salud, y psicológicos derivados del ejercicio de una sexualidad poco responsable. Dentro de los grupos vulnerables existe uno de gran interés, las mujeres indígenas.

El grupo de mujeres indígenas, según la Organización Panamericana de la Salud (2017), se caracteriza principalmente por su subordinación a los hombres y por su triple carga de trabajo productivo, reproductivo y comunitario. Además, su exclusión de la educación y tasas inferiores de bilingüismo impactan en un limitado acceso a servicios de salud, que impide la práctica de conductas en materia reproductiva, reflejándose en tasas altas de fecundidad, nacimientos poco espaciados y altas tasas de mortalidad materna y perinatal, principalmente.

De acuerdo con el Consejo Nacional de Población, en San Luis Potosí hubo un aumento en el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual de las mujeres en edad fértil que vivían en el área rural del año 2009 al 2014, pasando de 10.5 a 19.5 por ciento, respectivamente; y en las mujeres que hablan alguna lengua indígena, el porcentaje aumentó de 6.4 a 19 por ciento en los mismos años; sin embargo, hubo una disminución en el número de mujeres de habla indígena que usaron algún método anticonceptivo en su última relación sexual entre los años 2009 y 2014, de 80.4 a 69.7 puntos porcentuales, respectivamente.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en su artículo 4º que:

Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos [...] Toda persona tiene derecho a la protección de la salud [...] Toda persona tiene derecho

a un medio ambiente sano para su desarrollo y bienestar.

Estos mandatos constitucionales, de cumplimiento obligatorio, muchas de las veces no son aplicados en nuestro país, en especial en ámbitos rurales indígenas, sobre todo al tratarse de mujeres.

Lo anterior pudo constatarse al trabajar durante tres años con grupos de mujeres indígenas de la Huasteca potosina, con el fin de implementar un programa de educación para la salud, enfocado principalmente a mejorar su salud reproductiva, desde el conocimiento de ésta hasta sus conductas. El proyecto se tituló "Estrategia educativa basada en la construcción de resiliencia y aprendizaje colaborativo para el desarrollo de conductas anticonceptivas en mujeres vulnerables", se realizó del año 2014 al 2017 financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt), a través de Fondos Sectoriales de Salud 2013. Se trabajó en cuatro comunidades del municipio de San Antonio: El Brasil, Tanjasnec, Toco y Lejem. La muestra total final que terminó la intervención educativa completa fue de 65 mujeres indígenas en edad reproductiva.

Desde su concepción, el proyecto fue un reto enorme, empezando por la obtención de recursos para su ejecución. El financiamiento en México es escaso para acciones de investigación dirigidas a la prevención primaria de salud, en especial para programas de educación. No obstante, los investigadores del Cuerpo Académico de Salud Pública de la Facultad de Medicina (integrado por los autores de este texto y la maestra en salud pública Alda-nely Padrón Salas, así como la doctora Aida Ortega Velázquez de la Facultad de Contaduría y Administración) logra-



ron obtener apoyo a través de los Fondos Sectoriales de Salud del Conacyt.

El segundo reto fue obtener el consentimiento de las mujeres para participar en el proyecto, aunque los objetivos del mismo se inspiraron en principios fundamentales de igualdad y equidad de género. Para obtener el permiso de las mujeres, dados los usos y costumbres, se obtuvo primero la autorización de los varones: del presidente municipal, luego de los líderes comunitarios de cada localidad y, por último, de las parejas, padres o hermanos de las posibles participantes. Incluso después fue necesario realizar un foro comunitario en el que, aunque ya incluía a las mujeres, seguía latente la presencia de los hombres.

Posterior a los foros comunitarios, se esperó el tiempo necesario para que las mujeres analizaran la decisión de participar, sin embargo, este análisis no fue la mayoría de las veces producto de una reflexión personal, pues utilizaron este tiempo para conseguir el permiso de sus parejas o padres de familia. Un grupo de casi 200 mujeres indígenas interesadas en participar se redujo a 104, quienes estuvieron convencidas de participar y contaron con la autorización de sus familias o parejas. Hubo una mujer que decidió asistir a las sesiones educativas, a pesar de que su pareja se lo prohibió y de estar consciente que debía escaparse de su hogar, y muy probablemente recibir violencia física por ello.

El equipo de investigadores logró que en las sesiones educativas no estuvieran presentes los hombres de sus familias o de la comunidad. Esto gracias a que la promotora comunitaria de la Secretaría de Desarrollo Social, originaria de Tanjasnec, estuvo presente en todo el proceso, desde la convocatoria y presentación del proyec-

to hasta la evaluación final. Dentro de sus funciones tenía a su cargo la vigilancia de 12 localidades del municipio, incluidas las cuatro comunidades donde se trabajó la estrategia educativa. Esta situación generó confianza en la población, además previamente ya se habían realizado trabajos de investigación en ese municipio

Durante las primeras sesiones, las mujeres que tenían hijos asistieron con ellos, al menos los más pequeños, y todas asistían cuando ya habían cumplido con las tareas domésticas en sus hogares. Conforme avanzó el desarrollo de las sesiones, se observaron cambios notables: las mujeres con mayor frecuencia acudían sin sus hijos, o se llevaban al que en ese momento estuvieran amamantando; indicaron que habían recibido ayuda por parte de su pareja, su mamá o suegra para asistir sin los niños y atender mejor las sesiones educativas, dado que la información que estaban recibiendo era de utilidad para los demás miembros de la familia, por lo que podría decirse que hubo un cambio en la dinámica familiar que favoreció la educación y el empoderamiento de las mujeres, ya que al inicio del taller educativo, 80 por ciento acudió con al menos un hijo y al final del proyecto este porcentaje descendió a 30.

Sin embargo, los cambios no sólo se dieron en la dinámica familiar, también se gestó una cohesión entre las participantes, quienes se solidarizaron con su aprendizaje, llevándolo de lo individual a lo colectivo; aunque no se tienen datos cuantitativos de todas las participantes, aproximadamente 20 por ciento expresó verbalmente que estaban compartiendo la información otorgada con otros miembros de la familia. Como investigadores, este dato no se considera confiable, ya que se desconoce el porcentaje real, pues probablemente las demás también compartieron la información con otra persona, pero no lo manifestaron en las sesiones educativas. La cohesión también se dio entre el grupo de mujeres participantes y la investigadora, al pasar de un saludo de manos apenas perceptible al tacto a abrazos efusivos de alegría y entusiasmo al comienzo de las últimas sesiones.

Una de las experiencias de mayor impacto en las mujeres indígenas fue conocer el desarrollo de un bebé durante la gestación, pues mostraron gran emoción al observar videos sobre cómo se forma un ser humano; una mujer comentó: "hacemos hijos y ni sabemos cómo los hacemos" y otra: "yo no sabía que mi bebé podía escuchar desde mi panza".



Además de los cambios cualitativos que se generaron durante el desarrollo del proyecto de investigación, al final se observó que las mujeres participantes aumentaron sus conocimientos en salud reproductiva así como en sus actitudes y conductas saludables, lo cual nos lleva a inferir que la intervención tuvo éxito, pues hubo un aumento significativo en los puntajes de salud reproductiva y uso de condón, así como conocimientos, actitudes y prácticas del instrumento empleado posterior a la intervención educativa.

Uno de los logros más significativos fue disminuir el porcentaje de mujeres indígenas que no usaron algún método anticonceptivo en su última relación sexual, el cual pasó de 44.7 por ciento antes de la intervención a 23.5 por ciento después, lo que indica que lograron modificarse las conductas. De las mujeres que optaron por usar un método anticonceptivo, algunas lo decidieron por su cuenta y otras lo hicieron en conjunto con sus parejas. De las mujeres que continuaron sin usar métodos anticonceptivos, 1.5 por ciento refirió que, a pesar de estar informadas y conocer los riesgos que esto conlleva en cuanto a las infecciones de transmisión sexual, decidieron no usarlo y 23 por ciento manifestó que a pesar de querer usarlos, su centro de salud no se los proporcionaba porque ya habían cumplido los 40 años de edad.

La experiencia de investigación con este grupo de mujeres indígenas nos lleva a concluir que aún falta mucho para que se cumplan sus derechos a la salud, en especial reproductiva, y que estos sean ejercidos de manera libre, informada y sin violencia. Esto se debe, además, a que viven en un contexto social de marginación, con escaso acceso a un sistema de salud, el cual supone que la vida sexual y reproductiva acaba a los 40 años.

A partir de este trabajo de investigación se generó el *Manual para el abordaje de la salud reproductiva en mujeres indígenas y adolescentes vulnerables*, dirigido al personal del sector salud y que actualmente está en registro de derechos de autor ante el Instituto Nacional del Derecho de Autor, el cual incluye no sólo toda la estrategia didáctica, sino también indicadores de proceso y de resultados específicos para estos contextos, con instrumentos de evaluación validados para estas poblaciones. Uno de los objetivos de este proyecto fue la validación de los instrumentos de medición, que se validaron por medio de pruebas de confiabilidad como Alpha de Cronbach y la validez de constructo a través de análisis factorial. La validación se realizó en una muestra de 200 mujeres indígenas, y se generaron tres instrumentos: a) Salud reproductiva, b) Resiliencia y c) Trabajo en equipo.

La finalidad que perseguimos con este artículo es reportar los hallazgos cualitativos, más que cuantitativos, pues estos últimos actualmente son revisados en cuatro manuscritos sometidos a revistas arbitradas internacionales para su publicación.


Esta investigación nos llevó a cuestionar ¿cuál es el papel de la investigación y sus agentes ante este escenario? En varias ocasiones algunas mujeres llegaron a comentar que: “ya son varias veces que participaban en estudios, pero nunca sabían nada de los resultados y que a ellas no les servía de nada”. Los investigadores que llevamos a cabo estas intervenciones tenemos la obligación de generar un beneficio para las personas que participan, que no se quede en un abstracto servicio a la ciencia, cuando en realidad no es raro que muchas veces sólo sirva a los intereses del investigador, por ejemplo, para realizar publicaciones.



PATRICIA ELIZABETH COSSÍO TORRES

Doctora en Ciencias Ambientales por la UASLP y en la actualidad se desempeña como profesora investigadora del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UASLP, en donde desarrolla el proyecto “Diagnóstico de la situación de las y los jornaleros del Estado de San Luis Potosí”.



Los sujetos de estudio deben estar involucrados en el diseño, ejecución y evaluación de los resultados de investigación pero, sobre todo, que ese conocimiento generado sea aplicable en sus vidas y contribuir en la mejora de su estado de salud y bienestar; estos resultados deben tener un impacto principalmente en la forma en que el sector salud ofrece los servicios de salud reproductiva en México, en especial, a las mujeres indígenas. 

Referencias Bibliográficas:

Consejo Nacional de Población. (2017). *Situación de la salud sexual y reproductiva*. República Mexicana. Ciudad de México: Conapo.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (s.f.). *Género, equidad y la salud de las mujeres indígenas en las Américas*. (Hoja informativa).

Uribe Zúñiga, P. y del Río Zolezzi, A. (2013). Salud reproductiva y género. En Hernández Ávila, M. y Lazcano Ponce E. (Eds.). *Salud Pública. Teoría y Práctica*. México: Instituto Nacional de Salud Pública y El Manual Moderno.

World Health Organization (WHO) and UNICEF. (2012). *Building a future for a women and children. The 2012 report*. WHO Press. Washington, D. C.