



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

**SUBCOMITÉ ESPECIAL SOBRE LA MUJER, LA SALUD Y
EL DESARROLLO**

DEL COMITÉ EJECUTIVO DEL CONSEJO DIRECTIVO

17.º Reunión, 1 y 2 de abril de 1997

Tema 9 del programa provisional

MSD17/8 (Esp.)
14 febrero 1997
ORIGINAL: ESPAÑOL

**ENSEÑANZAS APRENDIDAS AL TRABAJAR CON MUJERES INDÍGENAS
EN CUESTIONES DE SALUD: LA EXPERIENCIA DE GUATEMALA**

Este documento presenta algunos aspectos relacionados al desarrollo del proyecto "Educación y el autocuidado de la salud como mecanismo para fortalecer el liderazgo y la participación de la mujer indígena en ocho comunidades de Guatemala". A través del desarrollo del proyecto se muestra como fue cambiando, desde sus objetivos iniciales asistenciales a un proceso dinámico que está logrando incorporar plenamente a las mujeres como socias en la gestión del proyecto. El documento incluye las lecciones aprendidas de las relaciones de género dentro del contexto indígena de las poblaciones seleccionadas y concluye con una serie de reflexiones y recomendaciones.

CONTENIDO

	<i>Página</i>
1. Situación de la población indígena en Guatemala	3
2. Propósito inicial	3
3. Definición de los alcances	4
4. Interrelación problemática: Genero-etnia-salud pública	4
4.1 Género	4
4.2 Etnia	5
4.3 Salud pública	5
5. Formulación e implantación del proyecto	6
6. Contexto histórico-político	10
7. Lecciones aprendidas	11
8. Conclusiones	14
9. Recomendaciones	15
Referencias	17

1. Situación de la población indígena en Guatemala

Guatemala es un país pluriétnico, pluricultural y multilingüe; su diversidad se manifiesta en cuatro comunidades étnicas principales: una mayoría indígena (60%), en la que se distinguen alrededor de 21 comunidades lingüísticas (las cuatro mayoritarias son Mam, Kaqchikel, Q'echí y K'iché); una minoría ladina con herencia étnica predominantemente española; los Garífunas (aproximadamente 15.000 personas) provenientes de los primeros contingentes africanos que se ubicaron en Guatemala, y los Xincas (2.000 integrantes), cuyo origen no se sabe con certeza.

Las condiciones de la población indígena del país se identifican por los indicadores socioeconómicos del área geográfica en la que se encuentran ubicados, predominantemente en el altiplano. El área de occidente, que presenta una concentración de más del 80% de la población indígena del país, tiene los más altos niveles de pobreza (77% en 1989); las mayores secuelas del conflicto armado en los departamentos incluidos en la llamada ZONAPAZ; la menor accesibilidad a los servicios de salud (tasa de mortalidad infantil de 65 por 1.000 nacidos vivos; tasa de mortalidad materna de 113 por 1.000 nacidos vivos, una de las más altas en los últimos cuatro años; esperanza de vida al nacer de 59,8 años; bajo peso al nacer, 41,8%, en contraste con la población ladina rural que muestra el 16%), así como las más altas tasas de analfabetismo (75% en mujeres; un promedio de escolaridad de 1,8 en hombres indígenas y 0,9 en mujeres indígenas).

2. Propósito inicial

La necesidad de darle un espacio y especificidad al tema de género en un contexto indígena surge en 1990 al participar tres mujeres indígenas con un grupo de mujeres ladinas en un curso de género organizado en el marco del proyecto "Salud Integral de la Mujer de Centro América" (SIMCA). Como recomendación del curso, se planteó la necesidad de crear espacios propios para las mujeres indígenas, ya que la situación de salud de ellas tienen otras formas de manifestarse que las mujeres indígenas comparten entre sí.

En el marco de la iniciativa *Salud: Puente para la paz de Centroamérica*, se presentó la propuesta de un perfil del proyecto de mujer indígena para Guatemala, iniciativa que también presentó Costa Rica. Como resultado de la gestión, se indicó por los donantes el interés de formular un proyecto de carácter subregional que pudiera aglutinar las iniciativas planteadas. Guatemala se hizo responsable de plantear el proyecto tomando como base las poblaciones indígenas limítrofes entre los países centroamericanos.

En esta forma, se presentaron los dos proyectos: el subregional y el nacional de Guatemala. Los donantes consideraron que para iniciar el proceso se empezara con el

proyecto de Guatemala, a fin de evaluar la conveniencia posterior de formular y apoyar un proyecto de carácter subregional focalizado en la salud de la mujer indígena.

3. Definición de los alcances

En una primera versión, el proyecto de Guatemala se planteó con el propósito de crear un nuevo modelo de atención a las necesidades de las mujeres indígenas. Posteriormente, se redujo la expectativa de las modificaciones en los servicios de salud y se consideró que se cambiara únicamente la atención a los aspectos de la salud reproductiva de la mujer. Las metas iniciales se replantearon nuevamente en vista de que los alcances eran aún ambiciosos, reduciéndose a las modificaciones que debiera darse a la prestación de servicios de los centros de salud involucrados, y a la participación de las mujeres indígenas en la identificación de esas modificaciones. Este último es el eje principal del proyecto de mujer indígena y su alcance a largo plazo.

Los otros resultados esperados estaban orientados a desarrollar procesos de investigación de la condición y situación de las mujeres indígenas en los distintos contextos étnicos y a lograr su mayor participación en los distintos espacios locales. En el proceso de reformulación del proyecto de mujer indígena se fueron delimitando cada vez más los alcances del proyecto hacia logros más concretos, como lo fue la emisión de programas radiales y la formación de promotoras de salud de la mujer indígena.

4. Interrelación problemática: Género-etnia-salud pública

La riqueza lingüística y cultural de Guatemala, la complejidad de las relaciones interétnicas y el olvido al que ha estado sometida la mujer indígena ejercieron fuertes demandas desde el momento inicial de la formulación del proyecto, lo cual reveló la problemática que deben manejar todos los servicios sociales, especialmente los de salud, para resolver las necesidades de una población de mayoría indígena.

Uno de los aspectos planteados, y no definidos claramente al inicio de la formulación del proyecto, era la interrelación entre el enfoque de género y el enfoque étnico, tanto en sus aspectos teóricos conceptuales como en sus estratégicos y metodológicos.

4.1 Género

Se partió de la base conceptual apenas vislumbrada y no sólidamente desarrollada de hablar de género en tres aspectos: género como un enfoque teórico; género como una metodología de trabajo, y género como una postura política que se orienta hacia la participación de la mujer por su condición de marginalidad en relación al hombre.

La hipótesis sustentatoria de iniciar el proceso con ellas es que la toma de conciencia determina la primera base de cambio en la transformación de ellas como sujetos, y de las pautas de relacionamiento con las otras mujeres, con los hombres y con las instituciones sociales.

4.2 Etnia

En el aspecto étnico, se partió de una realidad de discriminación cultural de la población indígena, en su conjunto, por la población ladina. En aspectos de salud, esto se concreta en marginalidad y discriminación de la medicina tradicional y la cosmovisión de los problemas de salud-enfermedad que se manejan en la población indígena. En la formulación del proyecto mismo, en forma conjunta con las mujeres indígenas, se vislumbraron las dificultades de las relaciones interétnicas entre el personal predominantemente ladino y las mujeres indígenas.

4.3 Salud pública

Otro problema era la falta de participación autónoma, informada y activa de la mujer indígena desde la institución de salud, ya que ésta ejerce una práctica paternalista y utilitaria de la participación comunitaria, que no permite una interacción con los conocimientos, creencias y experiencia de la población.

Para resolver esto, se partió de la base que la salud es producto de las condiciones de vida de los seres humanos y no consecuencia de sus condiciones biológicas. Por lo tanto, la salud no se logra solo desde el sector salud, sino desde la intersectorialidad y desde la individualidad (fomentando su autocuidado). Esto significa que la democratización del conocimiento y el uso del mismo son aspectos indispensables a desarrollar en la población, no como un conocimiento generalizado sino adaptado a las características de la misma: edad, sexo, etnia, religión, ruralidad y otros.

Para articular estos tres elementos y garantizar resultados positivos para cada uno de ellos se plantearon los siguientes objetivos:

- promover en las mujeres indígenas una participación orientada a fortalecer la obtención de poder como mujer y a crear en ellas la importancia de la salud;
- lograr que los servicios de salud aprendieran una nueva forma de trabajo comunitario con la población indígena;
- transformar los servicios de salud de acuerdo con las propuestas de cambio planteadas a la luz de las identificaciones realizadas en esta propuesta.

Para ello se propusieron las siguientes estrategias:

- la ejecución del proyecto en forma conjunta entre el personal del Ministerio de Salud Pública y las mujeres indígenas, para lograr el aprendizaje de esa nueva forma de trabajo y la sostenibilidad del proyecto;
- la participación de mujeres indígenas bilingües que estuvieran cercanas a los servicios de salud para favorecer la comunicación interétnica;
- la participación de servicios de salud seleccionados por su trabajo con la población indígena y, mejor aún, si contaban con personal indígena dentro de los servicios de salud;
- el logro, en primera instancia, de la identidad de género como mujeres y el aminorar el conflicto interétnico que se iba a establecer en la relación indígena-ladina;
- el fortalecimiento del personal de servicios de salud, particularmente a las operativas del proyecto o delegadas distritales, en su formación en género y etnia.

5. Formulación e implantación del proyecto

Existía el planteamiento de que este proyecto no iba a abordar los aspectos de discriminación étnica, sino la discriminación de género en un contexto étnico. Para formularlo, se convocó la participación de 15 a 20 mujeres indígenas de las etnias k'iché y kaqchikeles, la mayoría pertenecientes a ONGs. La experiencia se realizó a través de diez talleres.

Los talleres, en sí mismos, fueron un encuentro del grupo ladino encargado de formular el proyecto (antropólogo, trabajadora social con experiencia en género y una psicóloga con experiencia en salud, OPS/OMS) y las mujeres indígenas. En esos talleres se manifestó el sufrimiento por la discriminación de 500 años de las poblaciones indígenas, lo que generó un espacio de catarsis y acusaciones sobre las debilidades del Estado en la atención a la población indígena. También se reconoció que de las mujeres indígenas ven en sus problemas de salud causas como la falta de educación, de trabajo, de tierra, de recreación y otras.

La formulación del proyecto se completó en 1991 y se presentó para la gestión correspondiente. El grupo ponente pasó durante un año sin financiamiento lo que, aunado a los roces interétnicos, terminó por desintegrar el grupo y afectó la credibilidad en torno a lograr las expectativas deseadas.

Durante 1992, se realizó una negociación con las jefaturas de áreas de salud para determinar los municipios en los que se iba a implantar el proyecto e identificar a las personas responsables del centro o puesto de salud que iban a trabajar con las mujeres indígenas. A fines del mismo año, se contó con la adjudicación de los fondos y se inició la implantación.

Las actividades iniciales para definir los municipios y los centros de salud que estarían involucrados en la implantación del proyecto determinaron identificar a las personas responsables a nivel local y fueron seleccionados ocho municipios: cuatro pertenecientes al área k'iché y cuatro al área kaqchikel. Este personal fue orientado por los jefes del centro de salud, quienes designaron la responsabilidad a la persona que habitualmente realiza las acciones de participación comunitaria con las promotoras de salud o con las comadronas. Las ejecutoras o delegadas de distrito eran trabajadoras sociales, enfermeras y técnicas en salud rural. Hay que señalar que este personal es, dentro de la escala jerárquica de los servicios de salud, el de menor poder de decisión en el centro de salud; en cuanto a las comadronas, se desconoce cuál es el nivel jerárquico que tienen dentro de los demás actores de la medicina tradicional.

Unas de las primeras acciones fue la convocatoria al grupo de mujeres indígenas que conformarían el grupo o consejo de mujeres. Los criterios para la selección de las mujeres indígenas que conformarían el consejo se definieron partiendo de las mujeres que ya tenían algún tipo de acercamiento al servicio de salud, que fueran líderes de la comunidad o que fueran seleccionadas por los grupos comunitarios existentes. Además, debían ser bilingües para facilitar la comunicación con el personal institucional. Estos criterios, sustentados en la experiencia adquirida en los talleres de formulación del proyecto, buscaban lograr un mayor acercamiento entre las mujeres indígenas y las institucionales y favorecer un puente de comunicación con las mujeres monolingües que no tenían contacto con los servicios.

Así, se formaron grupos de 10 a 15 mujeres que en su mayoría eran comadronas. Se pretendía que posteriormente participaran en las reuniones técnicas de los servicios de salud, para poder plantear las demandas a la atención de la salud de la mujer indígena.

Entre las actividades desarrolladas por las delegadas con los consejos de mujeres indígenas se pueden citar talleres de género y salud, a fin de sensibilizarlas ante su condición y los efectos sobre su salud y su bienestar. De estos talleres se obtuvieron diagnósticos de la situación de salud de la mujer y acciones reflexivas en torno al autocuidado de la salud de la mujer. Las reuniones se llevaron a cabo con diferente frecuencia en cada centro de salud y empezaron en distintas épocas durante 1993.

El inicio del proyecto dependía de la disponibilidad de tiempo que el médico jefe le designara a la delegada, así como del tiempo disponible que ésta tenía para dedicarse

a desarrollar los talleres de género como punto inicial en la sensibilización de las mujeres. Como era de esperarse, los grupos conformados presentaban diferentes niveles de consolidación y sensibilización respecto al tema, lo que también significó variedad en cuanto a la manera de manejar los grupos.

Uno de los primeros problemas que hubo que resolver fue que, por lo general, el trabajo comunitario desarrollado por los servicios de salud con las comadronas, promotoras y otros agentes, se realiza con una pequeña compensación por su pasaje y viáticos por el día de trabajo. Sin embargo, los niveles de pobreza que tienen no les permite en la mayoría de casos dedicar tiempo a su fortalecimiento como mujeres. La carga doméstica que viven las mujeres representa una necesidad fundamental de generar fondos que les permitan superar su situación económica. Dado que el trabajo que se realiza con las mujeres se percibe como un voluntariado de ellas para mejorar sus propias condiciones de vida y de su comunidad, las ayudas económicas se dieron en los procesos de capacitación intensiva y no en reuniones regulares. Por otra parte, durante el desarrollo de los talleres, ellas pedían que se les enseñara lo que se llama "tradicional para las mujeres: costura, cocina, manualidades", como medio para aprender algo que pudiera mejorar su precaria economía.

En 1994, el avance en los grupos era mayor. Una de las experiencias más valiosas en el cuidado de la propia salud, fue la participación inicial como usuarias de la prueba Papanicolau y luego como animadoras (en equipo con el personal de salud) y usuarias del examen de Papanicolau en jornadas para todas las mujeres de la población. Dichas jornadas se realizaron también en 1995 y 1996, con todos los problemas que significó realizar acciones locales sin el apoyo de los otros programas del nivel central.

El impacto del proceso se observa claramente al haber logrado que las mujeres indígenas aceptaran en forma creciente una técnica occidental para el cuidado de su salud, en el logro adicional de la detección de enfermedades de transmisión sexual, y en que algunos de los servicios de salud incorporaran dentro del listado básico de medicamentos las cremas vaginales.

Otra experiencia de gran trascendencia, por el carácter intercultural del proyecto, fueron las capacitaciones por ONGs especializadas sobre la utilización de plantas medicinales para el tratamiento de las 10 principales enfermedades del país. La incorporación de estos conocimientos en los consejos de mujeres indígenas se realizó con la intencionalidad de lograr, por un lado, una mayor legitimidad de su quehacer al adquirir un conocimiento más sistematizado en el uso de las plantas y, por otro, que el personal institucional se fuera involucrando en el campo de la medicina tradicional.

A finales de 1996, se logró instalar en tres centros de salud un laboratorio de procesamiento, donde las mujeres indígenas elaboran sus plantas medicinales. Este es

un proceso apenas iniciado debido a la legitimidad que se necesita para respaldarlo por parte del nivel central, propósito que no se ha logrado aún.

El abordaje intercultural del proyecto se centra en las dos acciones desarrolladas: jornadas de Papanicolau y talleres sobre el uso de plantas medicinales. Sin embargo, este proceso no fue planeado así desde el principio, sino que ha sido producto de estrategias construidas para satisfacer las necesidades encontradas y el resultado de las experiencias en el mismo.

A nivel local, el proyecto ha tenido dificultades en lograr que el nivel central asuma, participe y se apropie de las acciones planificadas. A pesar de que el proyecto está incorporado dentro de la estructura administrativa del Ministerio de Salud, se ve como un conjunto de acciones puntuales y marginales a las programaciones del nivel de área y centro de salud. Esto trae como consecuencia que las acciones que realizan las delegadas se perciban solo como responsabilidad de ellas y no del servicio, por lo que el resto del personal de salud no se involucra en forma activa en el proyecto.

Estos problemas, a nivel local, se agudizan más aún si del nivel central se trata. Las experiencias desarrolladas en el proyecto en torno a la promoción de la salud por medio de programas radiales elaborados y conducidos por mujeres indígenas, la producción de material de educación para la salud, la técnica de trabajo de mujer a mujer para lograr el autocuidado de la salud de la mujer y otras, son metodologías que no se asumen como aportaciones del proyecto que deben ser incorporadas en la normativa de salud, sino como una experiencia local.

Dichas metodologías parten de que el conocimiento y experiencia de vida de las mujeres tiene valor equiparable a los conocimientos científicos sobre la promoción de la salud.

La cooperación de OPS ha jugado el papel de acompañamiento técnico del proyecto a todo nivel, desde el trabajo directamente con las mujeres indígenas, donde se han validado y evaluado las estrategias seleccionadas, las metodologías aplicadas y el nivel de avance del proyecto, hasta los niveles de decisión política, de gestión, de orientación y de una postura política proclive a la temática. A la vez, ha fortalecido los incipientes movimientos de mujeres indígenas que empiezan a generarse en el país, a fin de servir de apoyo a lo que las mujeres realizan a nivel local. Este acompañamiento técnico no solo radica en la definición conjunta, con las contrapartes nacionales de todos los niveles de atención, y las representantes de los grupos de mujeres indígenas, sobre las estrategias a seguir en la ejecución de las actividades del proyecto, sino que también se basa en la verificación de la realización de dichas actividades, la aplicación de estrategias y el logro de los resultados esperados.

6. Contexto histórico-político

En el contexto político del país el proyecto atravesó por varios momentos. En la etapa de formulación del proyecto (1991-1992), el tema indígena era visto con una apertura inicial a la necesidad de abordar estos temas, pero sin una definición política al respecto. A nivel mundial, se gestaba un movimiento de reivindicación de las poblaciones indígenas con la celebración del año de las poblaciones indígenas.

Durante el período de implantación, 1993-1994, se suscitaron aspectos políticos favorables y desfavorables. En 1993, cuando se inició el proyecto, se realizó un primer curso de capacitación en aspectos de género y etnia, a fin de articular los dos enfoques que debían estar relacionados dentro del proyecto. Lamentablemente, el día que se inició el taller con la participación de las mujeres indígenas del nivel local que habían sido seleccionadas para conformar los consejos de mujeres indígenas, ocurrió el golpe de estado del presidente Serrano Elías, lo que dificultó el desarrollo adecuado del taller e incluso se indagaron las razones por las cuales se reunían las mujeres indígenas. Agruparse no era adecuado y contenía en sí un peligro.

A nivel local se presentaba el mismo problema, de tal manera que algunos grupos de mujeres tuvieron que hablar con el alcalde para informarle que se estaban reuniendo para hablar de los problemas de salud de la mujer. En términos generales, se puede afirmar que los tiempos no eran propicios para formar grupos comunitarios a nivel local, tanto por los acontecimientos recientes como por los antecedentes vividos por las poblaciones indígenas en relación a las masacres sufridas.

A pesar de las condiciones limitantes en el país, el movimiento pro indígenas a nivel mundial cobraba cada vez más vigencia. Es así que a finales de 1993 la OPS emitió una resolución en la que declaró el compromiso de impulsar la iniciativa de salud de los pueblos indígenas en toda América (SAPIA).

En 1994, la lidereza indígena Rigoberta Menchú ganó el premio Nobel de la Paz, designación que causó diversas posturas a favor y en contra, principalmente en grupos ladinos e indígenas. El proyecto se vio afectado en su ejecución por considerarse, a nivel local, que el mismo tenía vinculaciones con Rigoberta Menchú y había el temor de lo que esto podía generar.

Después de la etapa inicial de dos años de prueba, se aprobó una extensión del proyecto, con la respectiva reformulación orientada a fortalecer el liderazgo de las mujeres indígenas en el sistema de salud. Esto se articuló con el inicio de la reforma del sector salud impulsada por el Ministerio de Salud Pública, la cual propone el cambio del modelo de atención. Esto permitió que, a comienzos de 1995, se trasladara la experiencia desarrollada durante la etapa de prueba del proyecto a las áreas geográficas

donde se llevaba a cabo el proceso de reforma sectorial, apoyado por Suecia, focalizado también en la mujer indígena.

Durante 1995-1996, el tema indígena se tornó políticamente importante; el impulso a los acuerdos de paz y la firma del "Acuerdo de identidad de las poblaciones indígenas" dieron relevancia a un tema que tiene que ser abordado y no soslayado. A partir de la firma de dicho Acuerdo, las organizaciones indígenas recibieron un fuerte impulso a su desarrollo y se propició la participación de la mujer dentro de las mismas, lo cual destaca el tema de la mujer en ese contexto. Es así como surgió la defensa de la mujer indígena, donde empezó a cuestionarse su condición como mujer dentro del contexto indígena. Otros grupos de mujeres indígenas también plantearon la misma situación.

En este período, la presión por lograr incorporar los enfoques de género y etnia en el nuevo modelo de atención en salud y en los programas de gobierno era cada vez mayor. La firma de la paz a finales de 1996 marcó la búsqueda definitiva de los mecanismos y estrategias para lograr cambios sustantivos a la condición de la mujer y de la población indígena.

En 1997 se inicia una nueva etapa con la creación de un foro de la mujer donde se espera sea abordada esta temática con mayor profundidad y pluralismo.

7. Lecciones aprendidas

Uno de los temas importantes a desarrollar en las poblaciones indígenas es la caracterización de la construcción de las identidades de género y las interrelaciones entre los mismos a partir de la cosmovisión de la población indígena. Esto será posible en la medida que se realicen investigaciones más profundas sobre el tema.

En la experiencia desarrollada se identificó superficialmente que en la población indígena de los grupos étnicos K'iché, Kaqchikel, Q'eqchí y Mam existen diversas manifestaciones de la discriminación de género:

- las comadronas cobran más o la familia les paga más cuando nace un hijo varón que una hija mujer;
- aun sin investigar a profundidad se ha identificado una mayor mortalidad por tétanos en varones, lo que puede estar asociado a la realización de rituales relacionados con el nacimiento del hijo varón;

- a la mujer gestante se le hace tomar caldo de gallina cuando nace un hijo varón debido a que el esfuerzo por el parto se considera notablemente mayor que cuando nace una hija mujer;
- los hijos varones se amamantan durante sesiones de mayor tiempo debido a que se piensa que sus requerimientos son mayores que los de las hijas mujeres;
- en el grupo étnico mam las mujeres son vendidas a los hombres y devueltas si no cumplen con su función reproductiva tradicional; luego pueden ser nuevamente vendidas. En un caso de una mujer que requería una cesárea el esposo dijo que “hacer la operación le costaba Q1.500,00 y que una mujer nueva le costaba Q400,00 y que no autorizaba la operación”;
- las mujeres ejercen la vigilancia y atención de los enfermos en el hogar, pero no tienen la decisión de hospitalizar, aunque se encuentre grave, a un menor o a ella misma sin la autorización del padre o esposo, según sea el caso;
- las mujeres se sientan en la tierra y no en una silla, porque ellas tiene el derecho del contacto con la tierra por ser fértiles igual a ella;
- las labores agrícolas que las mujeres realizan son de apoyo o esenciales en la siembra y en la recolección de los productos a nivel de sus parcelas, o en las grandes fincas a donde migran a trabajar. Ellas realizan la misma labor que sus maridos (y con sus hijos en la espalda), pero reciben menor paga que ellos, o el esposo recibe la paga de todo lo que realiza el grupo familiar;
- los horarios de trabajo de las mujeres son exhaustivos; en las grandes fincas agrícolas realizan el trabajo de molenderas (personas que preparan la alimentación de los trabajadores agrícolas), que va desde las 2 a.m. hasta las 10 p.m. en condiciones de hacinamiento e insalubridad;
- las mujeres indígenas sufren violencia intrafamiliar y premadurez en las relaciones sexuales posparto;
- existe la división del trabajo entre los géneros de tal forma que a las mujeres les corresponden los aspectos domésticos y reproductivos y a los hombres la siembra y el cultivo. Las mujeres realizan muchas acciones conjuntamente con los hombres y se acompañan en el proceso. Existen aspectos de la vida doméstica donde los hombres participan y no se resisten a hacerlo, tales como juntar leña para el fuego y cocinar, pero hay otros que les parecen imposible, como preparar tortillas;

- en los espacios públicos sociales, las mujeres ocupan siempre el lugar de atrás; se sientan en bancas sin respaldo y todas juntas. Cuando han tenido la experiencia de estar propuestas para dirigir un comité, esta propuesta no ha sido aceptada por los varones;
- los estereotipos entre hombre y mujer son distintos a los formados en la población ladina pero no son menos patriarcales que éstos. En la población indígena existe vinculación de los hombres indígenas a la paternidad debido a que representa la fuerza de trabajo en edades muy tempranas. En algunas poblaciones, los hombres participan activamente en el apoyo a los partos de sus esposas. No se ha estudiado el rol diferencial entre las comadronas y los parteros que existen en algunas comunidades, ni la forma de relacionarse con los otros actores de la medicina tradicional.

Es importante señalar que no es fácil aprender a visualizar las discriminaciones de género que se dan en las poblaciones indígenas debido al filtro ladino que las personas le dan a lo observado. Para superar esa contaminación, la identificación de las discriminaciones de género se construye a partir de las experiencias injustas que ellas mismas señalan en sus historias de vida. Esta es la base de partida sobre la cual se va tomando la conciencia y creando la intolerancia hacia las discriminaciones que ellas perciben como tal.

Este es un punto importante que debe ser entendido como un proceso que se desarrolla a su propio ritmo en donde hay que evitar que la vasta experiencia de las facilitadoras presione la percepción antes de que sean vistas por las mujeres mismas.

Es importante saber que el proceso de interiorización de la condición de género es un proceso largo y doloroso pero que a la vez da poder y valora el trabajo, la gestión y la experiencia de vida de las mujeres. A la pregunta que realizaba un médico del centro de salud a una de las integrantes del consejo de mujeres indígenas local, sobre en qué le había ayudado conocer “eso de género, ella le respondió, en aprender a negociar los espacios y las libertades con su marido e hijos”. Otras expresaban que era agradable poder ir a las reuniones y los talleres y que les hablaban de ellas mismas y de lo que sentían y que les permitían no solo trabajar todo el día.

En un país como Guatemala, en donde la población indígena es mayoritaria y donde los servicios de salud están dirigidos y constituidos por personal ladino, es necesario fortalecer la identidad de género con otras mujeres para luego abordar más fácilmente las diferencias interétnicas.

El rechazo a las concepciones y prácticas de las poblaciones indígenas ha sido y es una reacción habitual en los servicios de salud en todos los niveles de atención. Esto

se ha vivido en los lugares en donde se menosprecia el valor que puede tener una experiencia de vida en la atención de la salud, como es el caso de las mujeres y de las comadronas a quienes se desvaloriza por parte de los servicios en su relación con ellas. Sin embargo, la experiencia de instalar un laboratorio de procesamiento de plantas medicinales en el servicio de salud y que las mujeres indígenas procesen las plantas ha sensibilizado al personal institucional que trabaja con los consejos de mujeres. En forma conjunta, y bajo la responsabilidad de las delegadas, ha logrado atender enfermos con las plantas medicinales lo que abre la posibilidad de lograr cada vez más la sensibilización del personal médico del lugar, que ven ya sin rechazo pero con reserva los tratamientos efectuados. Desestructurar una formación médica rígida que no contempló en el curriculum aspectos de la medicina tradicional ni de la cosmovisión maya de proceso salud-enfermedad es una tarea difícil porque, además, se hace a partir de la exigencia de las mujeres.

8. Conclusiones

- Las mujeres indígenas están muy conscientes de su discriminación como indígenas de cara al Estado, los servicios de salud y cualquier Ladino/a que trabaje con ellas.
- Las mujeres indígenas e institucionales empiezan a reconocer la necesidad de cambiar las relaciones de poderes opresivos que las subyugan (hegemonía del conocimiento científico occidental sobre el conocimiento empírico tradicional y cotidiano; hegemonía ladina sobre la indígena; hegemonía estatal sobre la sociedad civil) por otro tipo de adjudicación de poderes para quienes no los tienen.
- Con muchas limitaciones aún, las mujeres indígenas se sienten cada vez más con posibilidad de hacer cosas por ellas mismas, valoran su propio potencial y participan conscientemente en la búsqueda de alternativas para la salud de la mujer.
- El avance en el crecimiento de las mujeres indígenas se refleja en mayor autonomía y menor dependencia hacia el servicio. El personal de salud de los servicios involucrados ha visto con asombro la potencialidad que tienen las mujeres indígenas organizadas para promover la salud de la mujer.
- La alfabetización es una necesidad sentida en las mujeres indígenas cuando se sensibilizan ante la situación de género. Muchas mujeres de los consejos han iniciado sus propios grupos de alfabetización, aunque ellas mismas posean solo un mínimo de escolaridad.

- La identidad de género es el mecanismo inmediato para encontrar puntos de coincidencia entre las mujeres ladinas e indígenas.
- La concepción de los problemas de salud de las mujeres indígenas es integral, como se empieza a dar en la actualidad en el campo de la salud pública.
- Las mujeres indígenas no tienen autonomía como personas. Lograr que el proyecto plasmará el sentir y pensar de las mujeres indígenas a partir de su vivencia cotidiana es un reto.
- Las mujeres indígenas tienen una identidad muy fuerte con la naturaleza y su labor reproductiva.
- Las condiciones de pobreza de la población indígena priorizan en muchas oportunidades la solvencia de las necesidades básicas, lo que en ocasiones no permite visualizar el proyecto sin un beneficio de productividad.
- Las discriminaciones de género identificadas tienen similitudes entre las mujeres indígenas y ladinas aunque se expresen en diferentes formas.

9. Recomendaciones

- En proyectos de mujeres indígenas es deseable que éstas participen desde la formulación de los mismos y sean las beneficiarias directas.
- Para asegurar el espacio de trabajo, especialmente con mujeres indígenas, entre el proceso de planificación de un proyecto y la adjudicación del financiamiento, es necesario considerar un fondo puente.
- En proyectos con mujeres indígenas, es aconsejable combinar la representatividad de las mujeres indígenas líderes con mujeres indígenas comadronas, a fin de balancear la experiencia operativa con la experiencia política.
- Es necesario considerar fondos en los proyectos de salud para actividades que impulsen alfabetización y fortalecimiento de actividades productivas.
- Se requiere investigar con mayor profundidad la construcción de las identidades de género en los diferentes contextos indígenas, así como la interrelación que se da entre ellas.
- No es necesario esperar los resultados de investigaciones de mayor profundidad para iniciar los cambios que favorezcan una mejor prestación de servicios de

salud a las mujeres indígenas. Con las discriminaciones identificadas, es posible iniciar una transformación sistemática de los mismos.

- La comadrona juega un papel fundamental en el trabajo que realiza con las mujeres, por lo que se requiere desarrollar más investigaciones sobre su rol como mujer con liderazgo en la comunidad.
- Las intervenciones que se hagan en las poblaciones indígenas deberán trascender las experiencias locales para incidir en las políticas públicas.

REFERENCIAS

- Arquidiócesis de la Verapaz. *Acercamiento a la realidad de las mujeres indígenas de las áreas rurales de la Verapaz. Diagnóstico*, Centro de Investigación y documentación CIID, 1996, Guatemala.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social-OPS/OMS. *Sistematización del proceso de organización y funcionamiento de consejos de mujeres indígenas*. Proyecto Liderazgo de la Mujer Indígena, 1996, Guatemala.
- Solares, Jorge. *La etnicidad como factor de riesgo en salud en Guatemala*. OPS/BID, policopiado, 1991.
- Tay, Alfredo. *Análisis de situación de la educación maya en Guatemala*. Ministerio de Educación, UNICEF/GTZ. Guatemala, 1996. Versión modificada y actualizada por Eva Sazo de Méndez.