

GÉNERO, EQUIDAD Y LA SALUD DE LAS MUJERES INDÍGENAS EN LAS AMÉRICAS

¿Cómo están relacionados la etnicidad, el género y la salud?

Los roles de género, así como las relaciones de las mujeres indígenas con los hombres, sus comunidades y la sociedad en general determinan su capacidad para alcanzar una buena salud y su calidad de vida. En la Región, las mujeres indígenas enfrentan una triple desventaja debido a su a) pertenencia étnica, b) sexo y c) residencia predominantemente rural.

Un análisis de género de la salud de las mujeres indígenas examina los roles sociales diferenciados de hombres y mujeres, el balance del poder entre ellos, y cómo estos afectan sus perfiles de salud física y mental, incluyendo: los determinantes de la salud; los resultados de salud; y el acceso a la atención de salud y otros recursos. El análisis también destaca las influencias de la cultura dominante en la configuración de las causas culturales, económicas, sociales y políticas de los perfiles de salud sistemáticamente deficientes de las mujeres indígenas. El marco de necesidades prácticas e intereses estratégicos permite analizar el estado de salud de las mujeres indígenas, así como les permite a ellas expresar sus propias necesidades de salud.

Las **Necesidades Prácticas** de las mujeres son aquellas que deben ser alcanzados para la supervivencia – agua, comida, ropa, vivienda, atención de salud básica - y están determinados principalmente por su condición de “indígena”; más pobre y más marginada que la población general.

Los **Intereses Estratégicos** de las mujeres están relacionados con la calidad de sus vidas, su estatus dentro de la comunidad y su propia autoestima. Los intereses estratégicos de las mujeres indígenas están determinados más que por su condición de “mujer”; sus roles y relaciones de género dentro de la comunidad indígena.

Es posible que las mismas mujeres indígenas no identifiquen como prioridad las inequidades de género, centrandose más bien su preocupación en su condición de “indígena” dentro de una población más amplia, y colocando las necesidades de su comunidad entera encima de las suyas propias.

Determinantes del estado de salud de las mujeres indígenas

El estado de salud está influido por la interacción de los determinantes de la salud (nivel socioeconómico, comportamiento de salud, etc.) y la disponibilidad o accesibilidad de los servicios de salud.

1. Determinantes de la Salud

Estado social de las mujeres indígenas - Las comunidades indígenas, como la población general, definen roles culturales y normas específicas de comportamiento para los hombres y las mujeres, algunos de los cuales anteceden la colonización, y otros han sido integrados en las sociedades indígenas como resultado de la colonización. La posición social de las mujeres indígenas se caracteriza principalmente por su subordinación a los hombres y por su triple carga de trabajo productivo, reproductivo y comunitario.

Datos Rápidos

- Hay aproximadamente 42 millones de personas indígenas viviendo en las Américas, de 400 grupos étnicos diferentes.¹
- Comprenden un 6% de la población total del continente Americano, y casi 10% de la población de ALC
- El 80% viven en Centroamérica y en los Andes centrales.
- La mayoría viven en México, Guatemala, Perú, Bolivia y Ecuador
- La concentración alta de personas indígenas en muchos de estos países indica que sus preocupaciones de salud deben ser una prioridad nacional, sin embargo, como grupo las personas indígenas frecuentemente tienen las tasas más altas de morbilidad y mortalidad, y el menor acceso a los servicios de salud entre sus poblaciones nacionales.

Las mujeres se encargan del cuidado de los niños y del trabajo doméstico en el hogar, pero también participan en tareas “masculinas” como la agricultura comunitaria, y en otras actividades económicamente productivas como la venta callejera. El trabajo de las mujeres es extenso y arduo, disminuyendo sus posibilidades de tiempo para otras actividades como la educación, la participación en la toma de decisiones comunitarias, y la búsqueda de la atención de salud para sí mismas o sus hijos, lo cual tiene un impacto considerable sobre su estado de salud.

Las niñas comienzan a ayudar a sus madres desde edades tempranas, a menudo postergando indefinidamente su educación, y en muchos casos se da preferencia a la educación de los niños. La exclusión de las mujeres indígenas de la educación, el logro educacional bajo, y las tasas inferiores de bilingüismo impactan negativamente en su capacidad de obtener ingresos mayores, obtener acceso a los servicios de salud, practicar las estrategias seguras de salud reproductiva, y organizarse eficazmente.

Los hombres se encargan principalmente de las actividades agrícolas pesadas, y debido al mayor valor otorgado a este tipo de trabajo, ellos tienden a dominar la esfera pública, donde se toman las decisiones comunitarias. Las mujeres mayas se subordinan a la autoridad de sus esposos y padres, quienes deciden cuántos niños tendrá la familia, cómo se gastarán los ingresos del hogar y si las mujeres pueden salir o no de la casa.⁵ Las mujeres Kichwa del Ecuador, por otro lado, tienen igualdad de derechos en la herencia y más influencia dentro de la esfera pública.⁶ A pesar de estas variaciones en su estatus y su nivel de autonomía, como grupo, las mujeres indígenas son a menudo privadas tanto del derecho como de los medios (financiero, transporte etc.) de buscar la atención de salud.

La **violencia contra la mujer** (sexual, físico y psicológico) constituye un riesgo para la salud de las mujeres indígenas y ha aumentado junto con las tasas crecientes de abuso del alcohol, pobreza y desempleo entre los hombres. La violencia inflige el trauma no solo físico sino psicológico a las mujeres y se asocia con tasas altas de trastornos de salud mental entre las mujeres indígenas, incluyendo la ansiedad, el traumatismo y, en el caso de los Estados Unidos y Canadá, el suicidio.

El estatus de las mujeres indígenas

- 70% de las mujeres Kichwa dedican tanto tiempo como los hombres a la comercialización de sus productos agrícolas
- En Ecuador, 53% de las mujeres indígenas son analfabetas, comparado con un 35% de hombres;² en la región de la Sierra, más de 25% de las mujeres no pueden leer o escribir, comparado con un 14% de los hombres.
- En Nicaragua, 32% de las mujeres rurales dicen que es aceptable que el esposo les pegue si solo sospecha que ella ha sido infiel. 75% de las mujeres nicaragüenses casadas han sido golpeadas, obligadas a tener relaciones sexuales, o maltratadas de alguna manera.³
- En Guatemala, la cobertura de los servicios de salud alcanzó sólo un 54.4% de la población total, y sólo un 25% de personas rurales tuvieron acceso.

2. Disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud

- Infraestructura comunitaria:** La mayoría de las comunidades indígenas carecen de acceso al agua potable, sistemas de aguas residuales adecuados, electricidad y caminos pavimentados. La elevada incidencia de la diarrea y otros problemas intestinales entre las comunidades indígenas está relacionada con la calidad deficiente de su abastecimiento de agua.⁷
- Inestabilidad social:** las recientes guerras civiles, los desastres naturales y la migración poblacional han conducido al aumento del desempleo, la pobreza, la violencia civil y militar, la prevalencia de ITS/VIH, y el deterioro ambiental. Por otro lado, estas situaciones han servido para aumentar la participación política activa y el empleo de las mujeres, y a menudo han proporcionado un espacio valioso para desafiar los roles existentes de género.
- El mayor empleo de las mujeres indígenas en **el mercado de trabajo informal** los expone a muchos riesgos y les excluye de los sindicatos, y de los beneficios de seguros de salud laboral.
- La **cobertura de los servicios de salud** es baja en las zonas rurales, donde viven la mayoría de las indígenas. Los servicios de salud curativos en lugar de preventivos tienden a centrarse en la salud reproductiva, excluyendo otras enfermedades. La mayoría de las comunidades indígenas son remotas y carecen de los medios de transporte necesarios para acceder a los centros médicos urbanos o peri-urbanos.
- Las mujeres indígenas declaran que la calidad técnica de los servicios de salud en sí no es un problema, sino que la manera en la cual el personal administra la atención. El personal a menudo no explica los tratamientos ni respeta los derechos de las mujeres indígenas al consentimiento informado. Muchos proveedores también pasan por alto los conceptos tradicionales/ medicinales indígenas, como la necesidad de curar la mente, el cuerpo y el espíritu juntos.
- Las mujeres son reacias a acceder a los servicios de salud

La Salud de las mujeres indígenas

- Tasas de fecundidad altas y los nacimientos poco espaciados: Las mujeres indígenas guatemaltecas se casan a una edad temprana y tienen en promedio 6,8 niños;
- El uso escaso de la anticoncepción: 41,3% de mujeres Shipibo (Perú) no usan cualquier forma de anticoncepción, la mayoría de los hombres no usan el condón;⁸
- Tasas altas de mortalidad materna: En Perú, 489 defunciones por 100.000 nacidos vivos debido a la falta de atención durante el parto; esta falta de atención también causa anemia, incontinencia urinaria, prolapso uterino, infecciones genitales y fisuras vaginales;
- Tasas altas de abuso de alcohol, drogas y tabaquismo: El alcoholismo de las mujeres indígenas estadounidenses a menudo conduce al síndrome de alcoholismo fetal, la cirrosis y problemas hepáticos, y el abuso de drogas contribuye a la tasa alta de suicidio
- Complicaciones neurológicas/Reproductivas de la contaminación y las condiciones de trabajo peligrosas;
- Tasa alta de cáncer cervicouterino: la tasa las mujeres indígenas estadounidenses es 1,5 veces la tasa nacional (3,8 defunciones/100.000);
- Tasa alta de VIH/SIDA e ITS: Las mujeres indígenas estadounidenses constituyen 15% de todos los casos del SIDA femenino, las mujeres Blancas: 7%.

porque a) se sienten más cómodas con el conocimiento médico tradicional de sus comunidades y las comadronas, no son comprendidas o son mal tratadas por los proveedores de servicios de salud modernos, y c) las creencias culturales acerca de la modestia y sexualidad previene a los proveedores de servicios de salud (especialmente hombres) de examinarlas.

Mejorando la salud de las mujeres indígenas

- Mejorar la recopilación de datos e investigación sobre las comunidades indígenas
- Aumentar la capacidad económica de las mujeres indígenas y garantizar su participación igualitaria en el mercado de trabajo
- Promover la reforma agraria que incluye la participación de las mujeres en las decisiones sobre la distribución y la titulación de las tierras
- Asegurar que todas las comunidades indígenas tengan acceso a servicios de salud asequibles, de calidad, y culturalmente sensibles
- Incorporar una perspectiva de equidad de género en todos los programas y servicios que se dirigen a la salud de las comunidades indígenas
- Adoptar un enfoque holístico y del ciclo de vida a la atención de salud de la mujer indígena
- Incluir a los hombres indígenas en las iniciativas de salud para las mujeres y familias
- Incluir a las mujeres indígenas en todos los esfuerzos para abordar su salud y posición social.

1. PAHO, 1998, *Salud en las Américas*, Volumen I. Washington, D.C.: PAHO: p. 95

2. World Bank 2000, Ecuador Gender Review: Issues and Recommendations, Washington, D.C.: World Bank: p. 24.

3. Guerra, 2001, "Beating women is a way of life here" In *Jane Magazine* February 2001 <http://www.unfpa.org/focus/nicaragua.ms magazine.htm>

4. Hedlund, 1996, Indigenous women's health in Guatemala: A case study on the interrelations between indigenous women and local health workers in four selected municipalities. Bachelor's Thesis in Public Health. Stockholm: Karolinska Institutet: p. 5.

5. Meentzen, 2000, *Estrategias de desarrollo culturalmente adecuadas para mujeres indígenas* (primer borrador). Unidad de Pueblo Indígena y Desarrollo Comunitario, Departamento de Desarrollo Sostenible. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo: Pp. 35-36.

6. Vallejo Real, 2002, "Estudio de Caso en el Pueblo Kichwa de Toucaro-Cotopaxi" in *Proyecto Estudios de Caso Sobre Identidades y Roles de Género en Pueblos y Nacionalidades del Ecuador* Programa de Género y Patrimonio Cultural de PRODEPINE, World Bank: p. 22

7. PAHO 1998, *Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Perú* de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de OPS. Washington, D.C.: PAHO: p. 38

8. Object too big for pasting as inline graphic. In-line.PNG*18. Alcock, 2001, Socio-cultural Aspects of Health: Women of childbearing age. Results from Missions in Ucayali, Peru. A Medecins Sans Frontieres Report. <http://www.msf.org>