

ENTRE EL ACTIVISMO Y LA INTERVENCIÓN:

EL TRABAJO DE ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL Y SU
INCIDENCIA PARA LA SALUD DE MUJERES INDÍGENAS EN MÉXICO.

Clara Juárez Ramírez
Felipe J. Hevia de la Jara
Ana E. López Ricoy
Laura G. Freyermuth Joffre



F1219.3 .W6 E68
*Entre el
activismo y la*



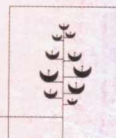
CIDU19030052

PUBLICACIONES DE LA

 IDRC | CRDI

CASA  CHATA

alternativas y
capacidades a.c.





22 AÑO 2017



CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN UJKEASHARIA

Entre el activismo y la intervención: el trabajo de organizaciones de la sociedad civil y su incidencia para la salud de las mujeres indígenas en México

Clara Juárez Ramírez

Felipe José Hevia de la Jara

Ana Eugenia López Ricoy

Laura Georgina Freymuth Joffre

(COORDINADORES)

Unión de Universidades de América Latina y el Caribe, A.C.	
Clasif. <u>F 1219.3 W6 E622017</u>	
No. adq. <u>(45)</u>	
Procedencia <u>Alternativas y Capacidades A.C.</u>	
Pecha <u>17/09/2017</u>	
Tipo de publicación <u>monografía</u>	
Código de barras <u>61094015018</u>	
No. de inventario <u>11/2017</u>	

Alternativas y Capacidades A.C.

MÉXICO

Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo

OTTAWA • EL CAIRO • MONTEVIDEO • NAIROBI • NUEVA DELHI

Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social

MÉXICO

Una coedición con

Alternativas y Capacidades, A.C

Luis Cabrera 138-1 , San Jerónimo Acúleo, C.P 10400, Ciudad de México, México

www.alternativasycapacidades.org

contacto@alternativasycapacidades.org

ISBN 978-607-95868-3-6

Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo

International Development Research Centre (IDRC)

PO Box 8500, Ottawa, ON K1G 3H9, Cañada

www.idrc.ca / info@idrc.ca

ISBN 978-1-55250-587-8 (IDRC e-libro)

Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social

Calle Juárez 87, Col. Tlalpan, C.P. 14000, Ciudad de México, México

www.ciesas.edu.mx

ISBN 978-607-486-407-6

D.R. © Alternativas y Capacidades, A.C

MAYO 2017. Impreso en México

Ilustración: Luis San Vicente

Diseño editorial: Griselda Ojeda

Impresos Hermán S.A.

613.0424

E562e Entre el activismo y la intervención : el trabajo de organizaciones de la sociedad civil y su incidencia para la salud de las mujeres indígenas en México / Clara Juárez Ramírez, Felipe José Hevia de la Jara, Ana Eugenia López Ricoy, Laura Georgina Freyermuth Joffre, (coordinadores).—México : Alternativas y Capacidades A.C. ; Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo ; Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 2017.372 páginas : cuadros, ilustraciones, tablas; 23 cm.Incluye referencias bibliográficas y glosario de abreviaturas. ISBN

1. Mujeres rurales – Salud e higiene – México. 2. Servicios de salud materna – México. 3. Parteras – Condiciones sociales – México. 4. Sociedad civil – México. 4. Organizaciones No Gubernamentales – México. I. Juárez Ramírez, Clara, coordinador. II. Hevia de la Jara, Felipe José, coordinador. III. López Ricoy, Ana Eugenia, coordinador. IV. Freyermuth Joffre, Laura Georgina, coordinador.

La presente publicación pasó por un proceso de dos dictámenes doble ciego de pares académicos y avalados por el Comité Editorial del CIESAS, que garantizan su calidad y pertenencia científica y académica.

Este trabajo se llevó a cabo con la ayuda de fondos asignados por el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, Ottawa, Canadá. Las opiniones expresadas en este libro son responsabilidad de los autores y no corresponden necesariamente a las del IDRC o su Consejo de Gobernadores.

[The research presented in this publication was carried out with the aid of a grant from the International Development Research Centre, Ottawa, Canada. The views expressed herein do not necessarily represent those of IDRC or its Board of Governors.]

Agradecimientos



Esta investigación fue sin duda un esfuerzo colectivo de una gran cantidad de personas que contribuyeron generosamente en diversas formas. Un pilar fundamental del proyecto fue el *International Development Research Centre de Canadá* (IDRC), quien apoyó financieramente el proyecto “Hacia mayor equidad en salud: el papel de las organizaciones de la sociedad civil y su incidencia en las políticas públicas para la salud de mujeres indígenas en México”, coordinado por Alternativas y Capacidades, A. C., cuyos resultados integran esta obra. En el proceso de la investigación, el seguimiento, diálogo continuo y visión crítica de Chaitali Sinha, oficial del IDRC, fueron cruciales para desarrollarla.

Un segundo soporte del proceso fue el Comité Asesor, grupo que encauzó el proyecto con expertise, ideas, inspiración y contactos cruciales. En particular Gladys Faba dedicó muchas horas al proyecto con acompañamiento cercano, contribuciones metodológicas, propuestas para desarrollar el marco conceptual y para elegir los casos. Blanca Rico, Lorena García, Tamil Kendall, Paloma Bonfil, Martha Sánchez, Denisse Casas, Eugenia López y Teresa Incháustegui fueron también participantes activas y primordiales.

Un tercer gran apoyo lo aportó un grupo más amplio de personas, quienes contribuyeron con elementos cruciales y más puntuales del proyecto. En particular fue fundamental la participación de las organizaciones civiles en torno a las cuales giran los estudios de caso, cuyas integrantes brindaron su tiempo y disposición para documentar sus experiencias.

Para los diversos eventos de intercambio académico organizados a lo largo de la investigación, así como espacios de reflexión en el proceso de idas y vueltas, contribuyeron varios profesionales, quienes expusieron sus conocimientos y ayudaron a retroalimentar los estudios. Para facilitar estos espacios fue esencial el apoyo del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), de la Sociedad Mexicana Pro Derechos de la Mujer, A. C. (Semillas), del Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir y del equipo de Alternativas y Capacidades, A. C.

Finalmente, la investigación no hubiera sido posible sin el compromiso y seguimiento de Mónica Tapia, Laura Freyermuth, Ángeles Rodríguez y Areli García, coordinadoras del Área de Incidencia en Políticas Públicas de Alternativas y Capacidades, A. C.

Contenido

Introducción	7
El punto de partida	7
Salud de las mujeres indígenas	13
Sociedad civil y organizaciones de la sociedad civil	26
Incidencia	29
Sistemas de salud y determinantes sociales.....	300
Poniendo los términos en relación:	
incidencia de OSC en sistemas de salud	39
Estrategia metodológica	441
Organización del libro.....«	48
Referencias bibliográficas	52
I. Análisis de caso de la Escuela de Parteras Profesionales del Centro de Adolescentes de San Miguel de Allende (CASA)	59
Introducción	59
Contexto y antecedentes	63
CASA, actor relevante en la partería profesional en México	66
Metodología	72
Resultados: capacidades de incidencia	76
Capacidades básicas	76
Capacidades de mediación	84
Capacidades político-ideológicas	91
La Escuela de Parteras Profesionales en Tlapa de Comonfort, Guerrero. Breve reconstrucción del proceso de incidencia	93
Conclusiones	99
Referencias bibliográficas	102
II. Rredes para la incidencia y visibilizando agendas de mujeres indígenas desde la Coalición por la Salud de las Mujeres	105
Introducción	105
Los actores	107

Metodología.....	112
Resultados	114
Construyendo el trabajo en redes para incidir en salud: la Coalición por la Salud de las Mujeres	114
El funcionamiento de la Coalición por la Salud de las Mujeres	119
Ganar aliados internos para incidir en políticas públicas: visibilizando la agenda en salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas al interior de la Coalición	130
Kinal Antzetik y la incorporación de las agendas indígenas a la Coalición	132
La asignación de presupuestos para contratación de intérpretes indígenas y parteras profesionales: una experiencia de incidencia en políticas públicas.....	141
Lecciones aprendidas	148
Referencias bibliográficas	153

**III. La trayectoria del Centro de Capacitación en Ecología
y Salud para Campesinos (CCESC), su trabajo con población
indígena en Chiapas y su relación con la política pública en
salud durante el período 1984-2006**

Introducción	156
Metodología	160
Contexto estatal	163
Resultados	166
Primera etapa. El inicio del CCESC vinculado al refugio guatemalteco	166
Segunda etapa. El CCESC en una década zapatista	180
Tercera etapa. Asesoría en salud de la mujer en un contexto de apertura	186
Lecciones aprendidas	195
Referencias bibliográficas	199

**IV. Las Casas de la Mujer Indígena como una buena
práctica de incidencia desde la voz de las actoras:**

el caso de la Cami Nāáxwiin	203
Introducción	203

Planteamiento del problema	204
El contexto	207
El marco del análisis	226
La metodología.....	232
Los resultados	232
Situación del proyecto al interior de la organización	232
El tratamiento de los temas y la especialización del equipo responsable de la Cami	236
La incidencia y el logro de la legitimación local	241
Las Casas de la Mujer Indígena como marco de incidencia colectiva.....	244
Lecciones aprendidas	261
Recomendaciones como modelo para armar para las dependencias públicas	265
Referencias bibliográficas	267

V. Kalli Luz Marina y la defensa de los derechos de las mujeres

nahuas de la Sierra de Zongolica, Veracruz	270
Introducción	270
Contexto	278
Metodología	290
Resultados y análisis	293
El surgimiento de Kalli Luz Marina y sus redes de apoyo	294
Las promotoras de Kalli Luz Marina	312
Los obstáculos que han enfrentado las promotoras y Kalli Luz Marina en el espacio público	317
Lecciones aprendidas	319
Referencias bibliográficas	326

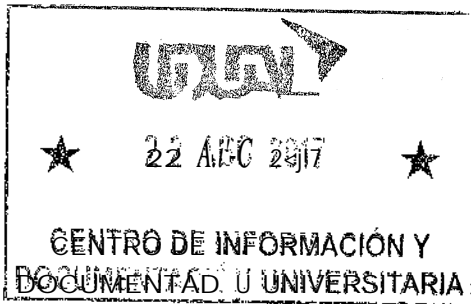
Conclusiones: entre el activismo y la intervención

La doble faz de la incidencia: influencia e intervención	331
Incidencia como influencia en la política pública	331
Incidencia como intervención	332
Relaciones entre influencia e intervención	334
Equidad en salud para las mujeres indígenas	335
Demandas ciudadanas y perspectiva de derechos	335

Demandas específicas para mayor equidad de salud de mujeres indígenas	338
Dotación adecuada de servicios y recursos	339
Reducción de barreras culturales de acceso	342
Reconocimiento a las prácticas tradicionales	343
Atención y trato respetuoso	344
Factores asociados a la influencia en la política pública	345
Capacidades políticas	349
Formas de articulación	351
Estructura de oportunidades políticas	351
Ajuste de expectativas	353
Referencias bibliográficas	354
Glosario de abreviaturas	359
Índice de cuadros	363
Índice de figuras	364
Índice de tablas	364

Introducción

Clara Juárez Ramírez
Felipe José Hevia de la Jara
Ana Eugenia López Ricoy
Laura Georgina Freyermuth Joffre



El punto de partida

El libro que aquí se presenta, es resultado de la investigación desarrollada durante 2012-2014 por Alternativas y Capacidades, A. C. (en adelante A y C), con el apoyo financiero del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo de Canadá (IDRC). El proyecto general y este libro en particular pretenden articular dos temáticas: la incidencia de las organizaciones de la sociedad civil (en adelante OSC) y el sistema mexicano de salud en torno a un problema: la atención a la salud de las mujeres indígenas en México, enmarcado en la discusión actual sobre la salud como derecho universal a principios del siglo XXI y teniendo como hipótesis de trabajo que las OSC inciden/influyen positivamente como puente en el sistema mexicano de salud al facilitar el acceso a la atención médica institucionalizada y al realizar acciones que favorecen la salud de mujeres indígenas.

El título pretende mostrar el dilema que enfrentan internamente las OSC respecto a seguir por el camino del activismo o buscar la arti-

culación con las instituciones gubernamentales. En esta investigación nos referimos únicamente a las OSC que trabajan en el área de la salud y aquellas que como parte de su agenda de trabajo decidieron vincularse formalmente¹ con el Estado.

El sector gubernamental de la salud ha sido poco intervenido desde la sociedad civil; la salud, como derecho social y reclamo legítimo de la ciudadanía por participar en las decisiones que la afectan, en nuestro país es un área de participación reciente. En cambio, lo que ha existido es un tipo de participación 'a modo' de los servicios de salud y una lucha a contracorriente de diversas OSC que desde la década de los sesenta han trabajado en el tema desde sus trincheras. Sin embargo, lo que hace diferente la coyuntura actual es el reconocimiento público desde el Estado² de la importancia de incluir a la sociedad civil en las acciones gubernamentales para mejorar la gobernanza en salud,³ lo cual, si bien es una tendencia conceptual que proviene desde la década de los setenta, no se puede llevar a la práctica si no existen las bases institucionales necesarias para generar esa articulación ni una sociedad organizada pugnando porque se le escuche. En México recientemente han surgido mecanismos que facilitan esos vínculos con la creación de programas de fondos públicos para desarrollar acciones a favor de

¹ Por "formal" nos referimos, por ejemplo, a firmar convenios con el sector gubernamental, concursar por fondos públicos para realizar acciones en favor de la salud o atención a la enfermedad, promover la etiquetación de recursos desde la Cámara de Diputados, establecer convenios con las instancias estatales o municipales, como las establecidas para el adelanto de las mujeres y contra la violencia de género, entre otras.

² Cuando nos referimos al Estado, lo hacemos para señalar al conjunto de instituciones gubernamentales que organizan la vida social del país, a partir de un marco de derechos civiles organizados en torno a leyes que rige la Constitución Política Mexicana (Tapia, Campillo, Cruikshank, Morales, 2011).

³ La gobernanza es un concepto que refiere las nuevas formas de gobernar de manera democrática, en la que la participación social es fundamental. Una forma y estructura de gobierno apegada a derecho y ejecutada con transparencia, y que examina el papel que los actores no gubernamentales desempeñan en la producción de las políticas públicas (Olvera, 2003, p. 20).

la salud,⁴ así como de instituciones para la rendición de cuentas⁵ y el ejercicio transparente de los recursos públicos⁶ (Isunza, 2006; Ackerman, 2006). Sin duda, para esta apertura, como lo apuntan varios autores, influyó la ‘transición democrática’ de 2000, momento en el que culminó el movimiento social por la democracia (Reygadas, 1998), cuya mayor evidencia fue el cambio de partido político que tradicionalmente había gobernado el país (Fernández, 2003; Dagnino, Olvera, Panfichi, 2006; Isunza, Olvera, 2006; De los Reyes O. 2011).

Por otro lado, conocemos la crítica que se hace a los organismos multilaterales de desarrollo y aquellas agencias donantes internacionales⁷ que utilizan la participación social y se apropian de un discurso democrático sin el objetivo real de abonar a la construcción de ese terreno, sino más bien colaborar en la gobernabilidad⁸ de los países (Dagnino, Olvera, Panfichi, 2006). No obstante, consideramos que

⁴ Nos referimos, por ejemplo, al Programa de Coinversión Social creado en 2000 cuyo objetivo es promover y fortalecer la participación de las OSC en el desarrollo social en beneficio de personas en situación de pobreza y vulnerabilidad que anualmente emite alrededor de 12 convocatorias y al Programa de Fortalecimiento para la Transversalidad de la Perspectiva de Género creado en 2010 (Herrera, C. y cols. 2010, “Análisis de investigaciones y acciones para atender la violencia hacia las mujeres 2006-2008”, en *Inmujeres, género y desarrollo, investigación para la igualdad sustantiva de las mujeres*, México).

⁵ En el campo de la salud está la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed), creada por decreto en 1996, que en 2014 recibió 17 042 quejas por mala prestación de servicio de salud.

⁶ En 2003 se aprobó la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, creándose el IFAI, y en 2010 la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares; por lo que se crea el INAI: Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales. Con la creación de esta ley todas las dependencias y entidades del gobierno federal tienen por obligación responder a solicitudes de información, que operativamente se hacen mediante el sistema en línea Infomex: www.infomex.mx. Información disponible en <http://inicio.ifai.org.mx/SitePages/ifai.aspx>.

⁷ Birn (2014) acuñó el concepto *filantrópicapitalismo*, para llamar la atención sobre la participación negativa a escala global que han tenido las grandes fundaciones filantrópicas, como la Rockefeller Foundation, y su influencia en la agenda mundial de la salud.

⁸ El concepto de gobernabilidad tiene múltiples definiciones; aquí lo utilizamos al referirnos a la capacidad de ejercicio de gobierno (Olvera, 2003).

las posibilidades que se han abierto a la participación de las OSC en el área de la salud representan una oportunidad para la incidencia, no sólo por lo que nos corresponde como ciudadanos a nivel local, sino por el contexto de discusión internacional que ha surgido a partir del movimiento de la "salud global" (Birn, 2014), el cual es consecuencia de la multiplicidad de actores (gubernamentales y no) que en las últimas décadas han influido en la agenda de salud de los países. Al respecto, en la discusión actual sobre la salud-enfermedad, el debate sobre hacia dónde encaminar las acciones del sistema de salud y a qué dar prioridad tiene claro que el punto de partida es la equidad, los derechos humanos y la no discriminación por condición étnica; sin embargo, también sabemos que si no existe un terreno fértil, esas acciones no tendrán frutos. Las malas condiciones de salud de la población indígena, así como los determinantes sociales que las promueven, aún cuando se han documentado amplia e históricamente, su atención es uno de los grandes retos que enfrenta el sistema de salud. No obstante, los cambios que se requieren para mejorar sus condiciones de vida deben venir de una política pública que involucre a todas las instituciones, creando las bases para que la población indígena se construya⁹ como ciudadana, conozca sus derechos y los ejerza, pues de lo contrario la equidad en salud, al igual que muchos otros conceptos, quedará como un discurso más.

Si bien actualmente en nuestro país no tenemos el mejor escenario para la acción cívica y reconocemos las dificultades cotidianas que se crean en el vínculo con las instituciones gubernamentales, pues sabemos que la salud no depende solamente de la participación ciudadana, sino fundamentalmente de la organización del Estado y la distribución financiera de recursos, sí consideramos que existen canales institucionales que deben aprovecharse para tender puentes entre las OSC y el sector gubernamental de la salud que permitan mantener el

⁹ Nos referimos a que el significado de "derecho" no debe ser un discurso. En nuestra perspectiva, una persona es ciudadano/a cuando se apropia de ese discurso y se realizan las acciones de la vida diaria, sabiendo que existe un marco jurídico que la protege. En el campo de la salud, a nivel individual, esto significa demandar el acceso a los servicios médicos y esperar una atención digna, sin discriminación por condición étnica.

diálogo sobre cómo abonar ese campo que tradicionalmente ha sido vedado a la inclusión ciudadana.

Por ello, el origen de este proyecto se remonta a la experiencia que A y C generó al impartir diversos talleres de incidencia a organizaciones civiles, en los cuales identificó un escenario novedoso, que posteriormente se convirtió en el estudio que aquí se reporta: la práctica de las OSC en el terreno de la salud y particularmente las que trabajan por la salud de las mujeres indígenas, labor significativa en la esfera pública local, pero poco reconocida en el ámbito gubernamental de la salud. En esos talleres fue evidente que, a pesar del interés y la importancia de las acciones de las OSC en la mejora de la salud de las mujeres indígenas, no todas buscaban cambios sociales mediante un proceso de incidencia política, ya fuera en el ámbito municipal, estatal o en las políticas públicas de nivel federal, no sólo porque en sus agendas no representaba un objetivo, sino porque el proceso de influir en la toma de decisiones gubernamentales con frecuencia ha implicado confrontaciones con el Estado. Además, eran pocas las OSC que contaban con el poder para generar acuerdos políticos con las instituciones gubernamentales que lograran modificar normatividades, leyes o políticas nacionales. En general, la mayoría de las OSC realizaban labores con poca influencia en estos niveles, pero tenían gran impacto a escala local y con la 'base', es decir, con los grupos de ciudadanos que participaban en actividades de interés comunitario, desde los referentes cotidianos y que no necesariamente debían estar representados por otras organizaciones fuera de su localidad.¹⁰

¹⁰ Con el término "base" nos referimos a grupos de personas que se unen para realizar acciones de beneficio común; por ejemplo, mejoras a los servicios públicos, como recolección de basura y material reciclable, alcantarillado, compras en común, discusiones grupales y toma de decisiones sobre algún beneficio o problema en la colonia, el barrio, etcétera. Otro ejemplo son las comunidades eclesiales de base, que organizadas en torno a la Iglesia católica, además se reúnen para lograr beneficios comunes. Para una discusión en detalle sobre este tema consúltese: Troudi, H., Harnecker, M., Bonilla, L.: "Herramientas para la participación", disponible en <http://www.rebellion.org/docs/95167.pdf>; así como Harnecker, M., "Diseñando con los vecinos", disponible en <http://www.rebellion.org/docs/97072.pdf>.

Ante este panorama se generó un proyecto de investigación cuyo objetivo general fue identificar, describir y analizar, mediante la descripción de cinco estudios de caso, el nivel de incidencia que algunas organizaciones de la sociedad civil en México, han tenido para que la elaboración de políticas públicas en salud sean más equitativas para las mujeres indígenas.

Para cumplir dicho propósito, se generaron las siguientes preguntas de investigación: ¿Qué factores han influido en la falta de atención a la salud-enfermedad de mujeres indígenas? ¿Cómo ocurre la interacción de las organizaciones civiles con las instituciones del Estado? ¿Qué características tienen los actores (OSC-gobierno) y cómo es su interacción con la base/población? ¿Una estrecha interacción entre gobierno y OSC resulta en mayor equidad en salud para mujeres indígenas?

Frente a estas interrogantes, el equipo de investigación formuló los siguientes supuestos:

- . Para que exista gobernanza en salud es necesaria la participación de las OSC.
- . Las OSC pueden articular las demandas sociales de las mujeres indígenas y ser interlocutoras ante las instituciones estatales.
- . La incidencia de las OSC en los niveles de gobierno locales y estatales se traduce en acciones más cercanas a las poblaciones beneficiarias que en el nivel federal. Sin embargo, ésta suele estar poco institucionalizada y sólo algunas veces sobrevive a cambios de administración.

Los resultados de la investigación, el análisis de cada caso y un análisis general de los hallazgos son el material que constituye este libro. Por ello, si bien está orientado a un público académico, creemos que resulta de interés para un público más amplio: diversas OSC, administradores de los sistemas de salud, activistas civiles y personas interesadas en comprender las dinámicas de la compleja relación entre

el gobierno y ciudadanía en un área tan importante como la salud de las mujeres indígenas.

A continuación desarrollamos las dimensiones analíticas en que se encuadra esta obra: en primer lugar, las carencias y déficit más agudos en relación con la salud de las mujeres indígenas; en segundo término, la sociedad civil, incidencia, sistemas y determinantes de la salud, así como una propuesta para el análisis que relaciona los elementos aquí analizados.

Salud de las mujeres indígenas

En México se ha producido gran cantidad de evidencia sobre la salud de las mujeres indígenas y en general de la población originaria. En esta sección recuperamos solamente una pequeña parte de ella, está organizada en dos apartados: a) condiciones de vida/salud y atención médica a la población indígena, y b) breve antecedente sobre las políticas de atención a la salud y programas destinados a la población indígena.

a) Condiciones de vida/salud y la atención médica a la población indígena

Las mujeres indígenas han sido a lo largo de la historia y lo son en la actualidad, un grupo particularmente discriminado en términos de acceso, cobertura y calidad de la atención en los servicios públicos de salud, no sólo por ser la población más pobre y con menos necesidades básicas satisfechas en el país (Inegi, 2015, Coneval, 2014; Juárez-Ramírez, et al., 2014), sino también porque concentran las tasas más elevadas de mortalidad materna y mortalidad infantil (SSA, 2012; Leyva-Flores, Infante-Xibille, Gutiérrez, Quintino-Pérez, 2013; Walker, De María, Campero, González, Suárez, Romero, 2011); menor cobertura de seguridad social en salud (SSA, 2012); altas tasas de violencia intrafamiliar (Valdéz, Ensademi, 2008; Inmujeres, 2006), y peores condiciones de salud en el caso de mujeres adultas mayores (Pelcastre, Ruelas, Reyes, Meneses, Amaya, 2011), situación de desigualdad crí-

tica que ha denunciado la antropología médica, la medicina social y la epidemiología crítica y sociocultural. A partir de la producción académica en esas áreas de estudio se reconoce la importancia del campo cultural en la comprensión de las dificultades para la utilización de los servicios de salud, las cuales se derivan de otras formas de entender y atender la enfermedad, pues del lado del sistema de salud no se organiza una respuesta institucional adecuada a las necesidades de esas poblaciones (Freyermuth, 2010; Sesía, 2011; Duarte, 2004; Almaguer y Mas, 2009; Pelcastre, 2008).

De acuerdo con el Censo Nacional de Población y Vivienda 2010, se calcula que en México seis de cada 100 habitantes mayores de cinco años del total de la población mexicana (112 337 000), hablan una lengua indígena, lo cual representa 6.5% respecto al total de la población del país (Inegi, 2015); existen 89 lenguas, y de éstas, las más habladas son náhuatl, maya, mixteco y zapoteco. Los estados que concentran el mayor número de población hablante de lengua indígena en orden decreciente son Oaxaca, Yucatán, Chiapas y Quintana Roo. La esperanza de vida de este sector es de cuatro años menor al promedio nacional, según el Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género (CEAMEG, 2008). En 2008 se calculaban 2.7 millones de indígenas en pobreza extrema (39.2%), siendo 10.5% el porcentaje nacional (Inegi, 2015).

Datos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval, 2012) muestran que la población indígena sigue viviendo en localidades de menos de 2 500 habitantes y es la que presenta mayores niveles de pobreza, menores índices de bienestar económico y mayores carencias sociales. En los últimos diez años disminuyó el rezago educativo en la población indígena joven (12 a 29 años); sin embargo, y pese a ello, las mujeres siguen siendo quienes tienen menor acceso a la educación (Coneval, 2014).

Según datos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de la SSA, en 2012 (SSA, 2012) la principal demanda de consulta médica era del grupo de las enfermedades clasificadas como "otras en-

fermedades¹¹ (29.7%) seguidas de las transmisibles (20.6%) y de las crónico-degenerativas (12.3%). Al analizar los datos de morbilidad (aunque no están desagregados por género) destaca que la población indígena a nivel nacional padece más enfermedades de tipo respiratorio (62.9%) e infecciosas intestinales (10.9);¹² mueren más por enfermedades del corazón seguidas de tumores malignos y diabetes mellitus. Las tasas de mortalidad materna y mortalidad infantil son más altas entre estos grupos poblacionales, en comparación con los grupos de población no indígena. Estas mujeres tienen tres veces más probabilidades de morir durante el parto que las mujeres que viven en zonas urbanas (Leyva-Flores, Infante-Xibille, Gutiérrez, Quintimó-Pérez, 2013). Oaxaca es el estado con mayor población de indígenas discapacitados¹³ con limitación en la actividad (tasa de 45.5)(SSA, 2012).

Respecto a la atención médica, de acuerdo con cálculos propios elaborados con datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut, 2012), del total de encuestados, 64.06% de la población indígena está afiliada al Seguro Popular, mientras que 24.93% declaró no contar con ningún tipo de afiliación (cuadro 1). Estos datos significan que la fuente principal de atención a la salud-enfermedad proviene del Seguro Popular y que existe un alto porcentaje de esa población que no tiene ningún tipo de servicio médico.

¹¹ La fuente de información no aclara qué tipo de enfermedades se incluyen.

¹² De un total de 45 080 477 casos a escala nacional.

¹³ De un total de 205 590 municipios a escala nacional.

Cuadro 1. ¿Dónde se atiende la población hablante de lengua indígena?

M ¹ Afiliación	Sí habla ²			No habla ²		
	Frecuencia*	%	95%IC	Frecuencia*	%	95%IC
Ninguna	1609.7	24.93	[22.5,27.5]	25795.6	25.21	[24.5,25.9]
IMSS	449.1	6.96	[5.9,8.2]	32973.8	32.22	[31.3,33.2]
ISSSTE	194.1	3.01	[2.4,3.7]	6093.6	5.95	[5.6,6.3]
PEMEX	11.5	0.18	[0.1,0.5]	446.5	0.44	[0.3,0.6]
Defensa/Marina	15.7	0.24	[0.1,0.4]	360.6	0.35	[0.3,0.5]
Seguro Popular	4136	64.06	[61.1,66.9]	35344.6	34.54	[33.6,35.5]
Privado	7.8	0.12	[0.0,0.3]	485.2	0.47	[0.4,0.6]
Otro	29.5	0.46	[0.2,0.9]	664	0.65	[0.5,0.8]
NS/NR	3.1	0.05	[0.0,0.1]	167.5	0.16	[0.1,0.2]
Total	6456.4	100		102331.3	100	

Afiliación	TOTAL		
	Frecuencia*	%	95%IC
Ninguna	27405.3	25.19	[24.5,25.9]
IMSS	33422.9	30.72	[29.8,31.7]
ISSSTE	6287.7	5.78	[5.4,6.2]
PEMEX	458.9	0.42	[0.3,0.6]
Defensa/Marina	376.3	0.35	[0.3,0.5]
Seguro Popular	39480.5	36.29	[35.4,37.2]
Privado	493	0.45	[0.4,0.6]
Otro	693.5	0.64	[0.5,0.8]
NS/NR	170.6	0.16	[0.1,0.2]
Total	108787.8	100	

¹Frecuencia en miles de población de cinco años y más.

² Condición de hablante o no de lengua indígena.

fuente: Cálculos propios, base de datos integrantes de hogares Ensanut 2012.

Si evaluamos la condición de atención a la salud por condición de monolingüismo y por afiliación al Seguro Popular o Nueva Generación,¹⁴ según datos del censo de 2010,¹⁵ 59.5% de la población que habla una lengua indígena no está afiliada al Seguro Popular. Esto significa que más de la mitad del total de población indígena censada en 2010 no tiene servicio médico y que debe resolver sus necesidades de atención a la enfermedad en el ámbito privado con las correspondientes consecuencias en el gasto familiar (Inegi, 2010).

Cuadro 2. Población de tres años y más según afiliación al Seguro Popular o Seguro para una Nueva Generación por condición de monolingüismo

	Total	Con afiliación al Seguro Popular o Nueva Generación	Sin afiliación al Seguro Popular o Nueva Generación	No especifica
Total	104,781,265	24,154,943	80,215,303	411,019
Habla lengua indígena	6,913,362	2,773,288	4,111,887	28,187
Porcentaje	100%	40.1%	59.5%	0.4%
No habla lengua indígena	97,250,211	21,284,928	75,741,232	224,051
Porcentaje	100%	21.9%	77.9%	2%
No especificado	617,692	96,727	362,184	158,781

Fuente: Inegi. Censo de Población y Vivienda 2010. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_vce#4/WIDXQueryDatos.asp?proy=cpw10_pfnas.

¹⁴A partir de 2014 se llama Seguro Médico Siglo XXI y es la parte de la cobertura del Seguro Popular que se ofrece a los menores de cinco años. Respetamos el nombre original porque corresponde al censo de 2010, cuando todavía se denominaba Nueva Generación.

¹⁵ Este es un dato más cercano a la realidad, pues la muestra de Ensanut 2012 es pequeña en comparación con el censo nacional.

Respecto a la infraestructura para la atención, en los 12 estados del país¹⁶ que concentran los municipios con más de 70% de población indígena, existen 1 473 unidades de primer nivel y 47 hospitales de segundo nivel.¹⁷ En cuanto a los recursos humanos disponibles para otorgar la atención médica, Oaxaca es la entidad con más personal de salud (620) entre médicos generales (363), pasantes de medicina (133), pasantes de odontología (36), residentes (2) y especialistas (86). Sin embargo, si el análisis se centra en el número de médicos por cada 1 000 habitantes, los estados con más de 70% de población indígena con más médicos son Durango (1.59), Puebla (1.31) y San Luis Potosí (1.23), y los que menos tienen, Chiapas (0.29), Quintana Roo (0.40) y Oaxaca (0.49).¹⁸ Por otro lado, las mujeres (65.7%) de entre 30 y 39 años utilizaban más los servicios de salud en comparación con los hombres (34.3%), y acudían más a las unidades de consulta externa, de primer nivel de atención (89.7%), que a las de hospitalización (10.3%)(SSA, 2012: 129).

En la última medición de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en 2012 se evidencia el rezago que persiste en el acceso de la población indígena a los recursos institucionales de atención médica: utilizan menos los recursos de atención ambulatorios y hospitalaria para atender el parto, y se realizan menos pruebas diagnósticas, como el papanicolau, en comparación con las mujeres no indígenas.

Sesia (2011) reporta que la muerte materna en zonas indígenas de Oaxaca se debe frecuentemente a hemorragias y eclampsia, dos causas de fácil atención en las unidades médicas si cuentan con suficiente

¹⁶ Campeche, Chiapas, Durango, Guerrero, Hidalgo, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí, Veracruz y Yucatán.

¹⁷ Para los municipios con más de 70% de población indígena a cada unidad médica le corresponden 3 445 habitantes de acuerdo con datos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de la SSA, 2012.

¹⁸ La recomendación de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) es de 3.2 médicos por cada 1 000 habitantes. Información disponible en: www.oecd.org/health/healthdata.

infraestructura y personal capacitado. Un estudio que evaluó el desempeño de parteras profesionales y enfermeras obstetras reportó que éstas son proveedoras de servicios obstétricos de igual o mejor calidad que los que brindan médicos generales; sin embargo, su experiencia se subutiliza a pesar de que su labor en la atención a mujeres embarazadas sería de gran ayuda para reducir la mortalidad materna (Walker, De María, Campero, González, Suárez, Romero, 2011).

Respecto a los servicios de saneamiento básico, recurso indispensable para la salud, se calcula que más de la mitad de la población indígena vive en ambientes rurales sin acceso a drenaje (80%) (Juárez-Ramírez, et al., 2014).

La encuesta de salud y derechos de las mujeres indígenas registró que 25.5% del total de las encuestadas sufrió algún tipo de violencia de pareja (en una muestra de 295 194 mujeres) y el 17% vivió con violencia alguno de sus embarazos. Estas mujeres refirieron la falta de apoyo médico en su acercamiento a los servicios de salud cuando buscaron atender lesiones derivadas de esa problemática (Valdéz, Ensademi, 2008; Inmujeres, 2006).

Los datos sobre la salud mental de las mujeres rurales-indígenas vinculan su doble posición de desventaja social relacionada con el género y el contexto de pobreza en el que viven. Las demandas y expectativas de estas mujeres relacionadas con roles de género, subordinación hacia los hombres, excesiva carga de trabajo, baja educación, altas tasas de fecundidad, consumo de alcohol de la pareja, migración masculina y ser cuidadoras de otros son problemáticas que se vinculan con depresión, angustia, sentimientos de culpa, violencia reprimida y trastornos psicossomáticos. La salud mental en México es un campo que no se atiende lo suficiente, y en las zonas rurales el problema concentra tanto la situación que viven las personas como la falta de canales institucionales para atenderlo: no se atiende “ni por los investigadores ni por los servicios de salud” (Salgado de Snyder, 2002: 160; Lara y Salgado, 1994).

Los trabajos con población indígena anciana muestran que sus condiciones de salud son particularmente preocupantes debido a que “naturalizan sus enfermedades” al considerar que son producto de su condición de vejez, al tiempo que el personal de salud no se observa sensibilizado hacia la calidad de vida de este sector de la población y carecen, además, de modelos de atención adecuados para ayudarlos en esa etapa de su vida (Pelcastre, Ruelas, Reyes, Menceses, Amaya, 2011).

Respecto al funcionamiento de las unidades médicas en zonas indígenas, desde diferentes escenarios se ha documentado la situación que se vive en algunas localidades; por ejemplo, Leal (2013) encontró en el estado de Guerrero unidades de atención que no funcionan adecuadamente, otras permanecían cerradas desde hacía varios años, lo cual obligaba a las mujeres a acudir a poblados cercanos para atenderse sus partos. Por otro lado, resultados de la evaluación de la Cruzada por la Calidad de la Atención que exploró una muestra de centros de salud rurales y urbanos en ocho estados del país, reportó desabasto de medicamentos y largos tiempos de espera para recibir atención médica. En los grupos focales realizados en zonas rurales-indígenas se encontró que las mujeres no sabían en qué consistía el cambio del servicio de atención médica (Seguro Popular) respecto al que tenían antes (Nigenda y cols., 2008).

Los problemas también relacionados con el campo de estudio de la calidad de la atención evidencian el vínculo entre la condición de pobreza de la población indígena y la imposibilidad de seguir el tratamiento médico: no se practican estudios de laboratorio clínico y se dificulta comprar medicamentos cuando no los proporcionan las unidades médicas. Estas situaciones son con frecuencia las causantes de que se desarrollen complicaciones médicas; el caso de la diabetes es un ejemplo (Lerin y Juárez, 2014).

b) Breve antecedente sobre la política de atención a la salud y los programas destinados a la población indígena

Para entender la lógica de las políticas públicas seguimos la definición que las considera acciones gubernamentales intencionales y causales orientadas a buscar un objetivo de interés y beneficio público que en su conjunto (Tapia, Campillo, Cruikshank, Morales, 2011; Canto, 2012). Desde una concepción más amplia son un “conjunto de acciones secuenciales y estructuradas orientadas a resolver problemas de interés o beneficio público; su intencionalidad o causalidad ha sido definida por la interlocución entre gobierno y sectores de la ciudadanía, las acciones ha sido decididas por autoridades públicas legítimas; son ejecutadas por actores gubernamentales o por éstos en asociación con actores sociales (económicos, civiles), y dan origen o forman un patrón de comportamiento del gobierno y de la sociedad” (Aguilar, 1997: 18).

En el campo de la salud, según Carpenter, las políticas públicas presentan características que las hacen diferentes a otras áreas temáticas. En éstas, el vínculo entre salud y dignidad humana es evidente y debiera ser recuperado como un valor social relevante. Es un ámbito regido por el Estado vinculado con las instituciones científicas y médicas, pero también con las compañías transnacionales que elaboran alimentos y con los grandes laboratorios internacionales que desarrollan medicamentos y tecnología médica. Esta relación le imprime un sello diferente a otras políticas públicas, pues es un área en la que está en juego no solamente son la procuración de la salud y la atención a enfermedades, sino que también es un terreno donde se mueven intereses financieros globales (Carpenter, 2012).

El antecedente histórico de las políticas públicas para la población indígena data de 1936, año en que se creó el Departamento de Asuntos Indígenas, con la meta de realizar acciones para incorporar a la población indígena a la vida nacional exaltando los símbolos nacionales y valores identitarios. De esa época deriva la etapa llamada *indigenista*, caracterizada por diversos esfuerzos institucionales para aculturar a esa población. En el campo de la salud significó difundir

la práctica médica por todo el país para que la población indígena la aceptara, de manera que se atendiera conforme al paradigma de la biomedicina y olvidara sus prácticas ancestrales de sanación (Pozas, De Pozas, 2006; Aguirre, 1992, 1994).

A partir de esa fecha han existido varias iniciativas para atender las particularidades de la atención a la salud de la población indígena. Destacan así el Congreso de Medicina Rural en San Luis Potosí en 1938, relevante porque promovió la incorporación de las materias de Antropología aplicada a los problemas indígenas de México al Plan de estudios de la Escuela de Medicina Rural del Instituto Politécnico Nacional inaugurado ese mismo año. En 1940 se realizó en México el primer Congreso Indigenista Interamericano, del cual destaca el señalamiento de la necesidad de elaborar materiales educativos en lenguas indígenas y textos elementales para la educación y difusión de la ciencia, aspectos retomados en esa época por la Secretaría de Educación Pública (SEP) (Aguirre, 1994: 7; Pozas, De Pozas, 2006).

En 1948 se creó el Instituto Nacional Indigenista (INI), durante 55 años promovió el desarrollo social de las poblaciones originarias. El programa del INI para las regiones indígenas fue innovador en su tiempo: buscaba articular apoyos en las áreas de salud, educación, agricultura, comunicación y economía; su experiencia en el seguimiento al tema sanitario se presentó en 1955 en la reunión de la OMS celebrada en México, en la cual se destacó la importancia del trabajo con población originaria mediante la perspectiva de la aproximación intercultural (Jardón, 2004; CDI, 2015).

En 1958 el hospital rural de Cuetzalan, Puebla, fue sede del primer intento institucional de mezclar la medicina occidental con la indígena. Duarte (2004) ha documentado la trayectoria de ese hospital hasta nuestros días, la diversidad de dependencias a las que ha estado adscrito y las políticas públicas para la atención a la población indígena a las cuales ha tenido que responder; entre ellas el INI, al que perteneció de 1978 a 1990. A partir de ese año el hospital se integró a los llamados *hospitales mixtos* y en la actualidad forma parte de los

hospitales integrales con medicina tradicional que existen al menos en Guerrero, Veracruz y Puebla y dependen de los respectivos servicios estatales de salud (Duarte, 2004).

En la década de los setenta sobresale la creación, en 1979, de la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Coplamar) que contemplaba la atención a la salud de grupos marginados mediante el fortalecimiento de infraestructura médica, lo cual significó la creación de hospitales y clínicas de campo en zonas rurales como una respuesta del gobierno mexicano a la promulgación de la Declaración de Alma Ata, en 1978, por la cual los países miembros de la OMS se comprometieron a realizar acciones para alcanzar la “salud para todos en el año 2000”. El programa operó a partir de la estrategia de Atención Primaria a la Salud (APS), que buscaba ampliar la cobertura, mejorar el acceso a la atención a la salud y contribuir a la descentralización (Jardón, 2004; OMS, 1978). El planteamiento de la APS señalaba que los programas de salud debían garantizar el acceso a los servicios estableciendo prioridades; entre ellas, atender a la población de zonas rurales y grupos marginados; “universalidad, entendida como: toda la población debe tener acceso a los servicios, equidad (igualdad de oportunidad para acceder a los servicios de salud en todos los niveles) y continuidad (los servicios no deben ser esporádicos)” (Kroeger y Luna, 1992: 9). En la década de los ochenta se implementaron los Sistemas Locales de Salud (Silos), estrategia fomentada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), para dar continuidad a los principios de la APS y favorecer la descentralización de los servicios médicos (OPS, 1993).

Al mismo tiempo, las OSC realizaron múltiples proyectos con población indígena en el ámbito de la salud; uno de los ejemplos más representativos es la experiencia de David Werner. En esa década los proyectos de educación y promoción a la salud tuvieron auge en México, culminando con la institucionalización de experiencias de educación en salud propositivas y críticas, representadas en la Conferencia Internacional de Promoción a la Salud en Ottawa, Canadá, en 1986 (OMS, 1986).

En 1989 Coplamar se transformó en IMSS-Solidaridad, en 1994 en el Programa Nacional de Educación, Salud y Alimentación (Progres) y en 2004 en Oportunidades. Éste, que representa una de las acciones nacionales de mayor envergadura en tiempos recientes, inició en áreas rurales de pobreza extrema y actualmente se calcula que atiende a 5 millones de familias, no todas familias indígenas, ya que a partir de 2001 se expandió a zonas urbanas marginadas. Este programa obliga a la familia beneficiada a revisar periódicamente su salud para prevenir enfermedades o complicaciones derivadas de un diagnóstico tardío. Las evaluaciones se han hecho demuestran que el control a la salud ha servido medianamente en términos de detección de enfermedades; sin embargo, la calidad de la atención, la falta de infraestructura en las unidades de primer nivel y en laboratorios, de recursos humanos y de programas de salud adecuados culturalmente, son obstáculos que impiden el cabal desarrollo de las actividades del personal de salud, en especial las preventivas (Jardón, 2004).

En el sexenio 2001-2006 se crearon *hospitales interculturales*, operados por personal de salud capacitado en el enfoque intercultural para incidir en las barreras que en el trabajo se presentan con la población indígena, y son una iniciativa de atención a la salud promovida que incluye recursos de homeopatía, herbolaria y demás tratamientos provenientes de la medicina indígena y alternativa con el fin de favorecer la adherencia a los tratamientos. Los hospitales interculturales siguen los lineamientos propuestos por la política de *interculturalidad* en salud de la SSA (Almaguer y Mas, 2009); sin embargo, en este caso, no queda claro si se trata de hospitales rurales reforzados con recursos humanos capacitados o se construyeron nuevos, ya que no contamos con una evaluación específica que señale cómo y cuál ha sido el impacto de la implementación de estas políticas, ni con fuentes confiables que señalen la organización del mismo y el efecto en la calidad de la atención cuando se trabaja con ambos modelos de atención.

En 2007 se implementaron las *Caravanas de la salud*, otra estrategia que pretende beneficiar a grupos vulnerables mediante el equipamiento de unidades médicas rodantes que literalmente acercan la

atención médica a las localidades rurales más alejadas. La unidad está integrada por un equipo de salud que incorpora atención dental, está dotada de medicamentos y tienen la facultad de referir casos a otros centros más equipados cuando se requiere (SSA, 2015).

Una alternativa de atención a la salud que se ha documentado como exitosa son las casas de la salud de la mujer indígena (Peleastre, 2008), un proyecto en el que participan sectores tanto institucionales como organizaciones OSC. Las casas buscan ser un recurso para la atención a la salud de las mujeres favoreciendo la referencia de casos a instancias legales que atienden problemas relacionados con la salud (por ejemplo violencia intrafamiliar). Es destacable que esta estrategia ha promovido el interés de las OSC y de grupos locales informales que promueven la participación en las casas para apoyar el trabajo que desarrollan (Amaya, 2012). En 2008 se documentó la existencia de cinco casas en cuatro estados del país: Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Puebla.

El programa Oportunidades, el más representativo de la política social del gobierno federal desapareció como programa y sus líneas de acción se incluyeron en el programa de inclusión social Prospera. El *Diario Oficial de la Federación* del 5 de septiembre de 2014 menciona: “el objeto de Prospera es articular y coordinar la oferta institucional de programas y acciones de política social, incluyendo aquellas relacionadas con el fomento productivo, generación de ingresos, bienestar económico, inclusión financiera y laboral, educación, alimentación y salud, dirigida a la población que se encuentre en situación de pobreza extrema, bajo esquemas de corresponsabilidad”. El programa mantiene los apoyos que brindaba Oportunidades; en salud se incrementa el número del “paquete básico de salud” que se otorga mediante la afiliación al Seguro Popular: de 13 intervenciones que recibían ahora serán 27. En cuanto a beneficios específicos para las mujeres, la estrategia novedosa es la creación de la “banca de desarrollo” para 6 millones de mujeres, que se beneficiarán de servicios como préstamos, cuentas de ahorro y seguros de vida (*Diario Oficial*, 2014: 4; Sedesol, 2015).

Sociedad civil y organizaciones de la sociedad civil

En México es posible identificar al menos dos corrientes teóricas al hablar de “sociedad civil”: una que sigue la tradición anglosajona e identifica a las OSC como “tercer sector” (Butcher y Serna, 2009), y otra que es parte de la sociología crítica y considera a la sociedad civil como una expresión compleja de la acción colectiva conformada por asociaciones y movimientos sociales (Olvera, 2003). El enfoque teórico del tercer sector (*Nonprofit Sector*) predomina en Estados Unidos con el ánimo de marcar la diferencia entre el mercado y el Estado. Sin embargo, para la realidad de nuestro país este enfoque es muy estrecho, ya que deja fuera a múltiples organizaciones no formales, así como a organizaciones sociales, campesinas e indígenas, que muchas veces se organizan con una lógica no económica y de beneficio para la comunidad, además de que relega a los movimientos sociales de todo tipo. En este sentido, el concepto de tercer sector posee una función empírica y de análisis en sociedades homogéneas donde las organizaciones civiles juegan un papel predominante de prestadores de servicios educativos, de salud y culturales.

En el segundo enfoque la sociedad civil se integra por redes sociales y solidarias, así como por el conjunto de instituciones que definen y defienden los derechos individuales, políticos y sociales de los ciudadanos, además de que propician su libre asociación, la posibilidad de defenderse de la acción estratégica del poder y del mercado, y la viabilidad de la intervención ciudadana en la operación misma del sistema. Por otra parte, estaría el conjunto de movimientos sociales que plantean nuevos principios, valores y demandas sociales, al tiempo que vigilan la aplicación efectiva de los derechos ya otorgados (Olvera, 2003). Con este enfoque pueden rescatarse tres elementos que caracterizan o definen a la sociedad civil: centralidad de los procesos asociativos (encuentra su concreción por medio de diferentes procesos de asociación de los actores sociales), heterogeneidad y pretensiones de autonomía y autocontención (García *et al.*, 2009; Canto, 2004).

Otras organizaciones se centran en *hacer que el gobierno haga*; es decir, su actividad se dirige a influir en los procesos políticos y en las instituciones estatales. Con frecuencia estos grupos suelen tener agendas mixtas con el fin de intervenir directamente en cuestiones de desarrollo social, por una parte, y simultáneamente buscar un cambio en las acciones y procesos políticos más amplios que no dependen en forma directa de su acción, sino de la de otros actores gubernamentales. Estos esfuerzos para intervenir en procesos políticos institucionales se denomina *public advocacy* (o incidencia en política pública), a diferencia del *people-centred advocacy*, que más bien busca cambios de comportamientos en la comunidad y entre el público (Ling *et al.*, 2010); sin embargo, la distinción entre las funciones esencialmente operativas y las de incidencia no siempre es clara y tiene que ver con las actividades de las OSC que implican diversos tipos de relación con los actores gubernamentales.

Así, siguiendo a Olvera (2003), el término de OSC se utiliza en México para referirnos a múltiples formas de 'asociacionismo civil'. En este sentido, las OSC son agrupaciones de diversa índole y distintas temáticas, caracterizadas por ser indeterminadas, heterogéneas y con múltiples intereses; es decir, no son un actor unificado. El término incluye a las organizaciones de la sociedad civil, agrupaciones de base, de tipo religioso o no y con o sin fines de lucro. Otros autores las denominan "tercer sector" y "organizaciones sin fines de lucro".¹⁹ En esta investigación utilizamos el término OSC para referirnos a toda esa diversidad de alianzas civiles que tienen como objetivo "contribuir a la resolución de problemas de la sociedad y a llenar los vacíos de atención a las necesidades de la población dejados por la acción del Estado" (Olvera, 2003: 23-31).

La sociedad civil mexicana se puede leer según los espacios de su autonomía o dependencia en relación con el Estado. Cabe señalar

¹⁹ Para abundar sobre este tema véase: Gustavo Verduzco (2003), *Organizaciones no lucrativas: visión de su trayectoria en México*, El Colegio de México-Cemefi, México.

que estas asociaciones diversas y heterogéneas, con relativa autonomía frente al poder estatal, del mercado y autolimitadas, no agotan las variedades de actores sociales, pues sociedad y sociedad civil no son sinónimos (Hevia, 2009). Así, el ámbito de la salud, como otros campos de política, se caracteriza por la coexistencia más o menos marcada de dos grandes paradigmas: uno mayoritario ligado al asistencialismo, altruismo y al denominado tercer sector, y otro que se basa en los derechos humanos y la incidencia política. Dentro de esta diversidad es posible identificar organizaciones que se interesan explícitamente por incidir en la esfera pública, desde una perspectiva de derechos, y que pueden definirse como “organizaciones políticas de la sociedad civil” (Leiras, 2007: 22).

Para el caso mexicano, el proceso de democratización que llevó a la alternancia del Poder Ejecutivo coincidió con el proceso de emergencia y reconocimiento de las organizaciones civiles como nuevos actores democráticos y, por tanto, con acceso a la voz en los procesos públicos (Isunza Vera, 2001; Olvera, 2003).²⁰ Sin embargo, frente a las altas expectativas iniciales con el tiempo se fue creando un contexto muy complejo para la incidencia: los déficit democráticos de la fallida transición (Aziz y Alonso, 2009), las dificultades propias de la organización civil en México (Hevia, 2012) y el creciente deterioro en los niveles de bienestar y seguridad de la población (Coneval, 2014; Escalante, 2011), que se sumaron al ya de por sí efecto limitado que se ha medido respecto a la influencia de la acción colectiva en el espacio público (Burstein y Linton, 2002). Esto se tradujo en un escenario con una estructura de oportunidades políticas (Tarrow, 1997) muy limitada para la incidencia y con pocos actores (*stakeholder*) que decidieran las políticas, incluyendo las relacionadas con la salud.

²⁰ Junto con los procesos de democratización, Leiras identifica otros elementos que explican el (re)surgimiento de la dimensión política de la sociedad civil: regulación estatal de actividades económicas, extensión de las funciones administrativas del Estado y escala territorial de los procesos políticos y económicos (Leiras, 2007: 25-36).

Incidencia

Estas organizaciones políticas de la sociedad civil buscan de manera explícita incidir, esto es, establecer vínculos cooperativos con las instituciones gubernamentales, concretar acciones comunes enfocadas en el desarrollo del país (Tapia, Campillo, Cruikshank, Morales, 2011), en el entendido de que las OSC necesitan a las instituciones gubernamentales como *aliadas*, ya que el establecimiento de políticas públicas es facultad exclusiva del Estado y en el tema de la salud es el responsable de elaborar los programas gubernamentales para atender las demandas sanitarias, que incluyan la diversidad poblacional de México. Según el diccionario de la Real Academia Española, *incidir* se define como causar un efecto de una cosa en otra, repercutir. En este sentido, la incidencia en políticas públicas, tal como la analizamos para esta investigación, tiene al menos tres características:

- 1) busca afectar el curso de acción, en este caso, de una política pública;
- 2) apela a problemas públicos (no privados);
- 3) interpela como interlocutores a actores gubernamentales.

De ahí que la incidencia tradicionalmente se asocie a *influencia*.

La dimensión tradicional de incidencia desarrollada en la literatura se ha centrado en la influencia de las OSC a partir del *ciclo de la política pública*.²¹ Con este paradigma la *incidencia* se define como

²¹ Este enfoque proviene de los modelos secuenciales de análisis de políticas públicas propuestos por Lasswell (1953), Jones (1970) y Anderson (1975). De manera particular, el modelo propuesto por Anderson delinea las siguientes etapas de las políticas públicas: agenda, formulación, adopción, implementación y evaluación (Estévez, 2008: 11). Para esta investigación se ha considerado el marco conceptual simplificado que integra en el ciclo las siguientes etapas: formulación, implementación y evaluación, que utiliza A y C en sus distintas actividades de formación con OSC para influir en las políticas públicas. Resulta relevante mencionar que este modelo simplificado es una construcción teórica que permite analizar e identificar los distintos momentos de las políticas públicas; sin embargo, las etapas propuestas no son necesariamente secuenciales, pues en la práctica se superponen o incluso se repiten (Tapia, Campillo, Cruikshank, Morales, 2010: 13-14).

“intervenciones en las que las OSC tienen algún impacto relevante sobre la política en cuestión (...), intervenciones que cambian el contenido o alteran el curso de la política pública en algún sentido” (Leiras, 2007: 45-59), o como aquellas “actividades confrontativas y cooperativas que implican interactuar con el gobierno y otras instituciones públicas (...), persuadir a las autoridades para orientar las decisiones, acciones y recursos dirigidos a atender un problema público” (Tapia, Campillo, Cruickshank, Morales, 2010: 13-14).

En este sentido, y de acuerdo con los casos de OSC que se documentan en este libro, la incidencia tiene una doble faz: como *influencia* y como *intervención*. En la primera, incidir se entiende como una acción con un impacto relevante en las políticas públicas, cuyo objetivo es cambiar contenidos, alterar decisiones o acciones dirigidas a resolver un problema público. Desde esta acepción, las OSC buscan influir en las políticas públicas y aportar desde su experiencia hacia aquellos ámbitos que pueden mejorar las acciones institucionales. En la segunda faz, las OSC realizan prácticas de intervención como experiencias vitales en el ámbito local, las cuales se definen como el conjunto de acciones implementadas que ayudan a resolver necesidades vitales, pero que no necesariamente trascienden la escala comunitaria/local, aunque sí logran dejar un legado institucional (como se leerá en los casos que aquí se documentan). Ambos esfuerzos son complementarios y afectan el curso de acción de una política orientada a resolver un problema público y, por tanto, tienen efectos institucionales.

Sistemas de salud y determinantes sociales

Respecto al tema de salud, en la actualidad se reconoce que la *salud* tiene que ver con todo lo que ocurre a nuestro alrededor. En una definición que incluye el reconocimiento de los determinantes sociales (en adelante DSS) como promotores/obstáculos del bienestar, la salud es lo que posibilita la capacidad de agencia de las personas. Desde esta óptica se reconoce que en la sociedad existen fuerzas sobre las cuales

no tenemos posibilidad de incidir a nivel individual y, sin embargo, en gran medida determinan nuestros estilos de vida. Desde esta óptica corresponde al gobierno realizar acciones para proporcionar a los ciudadanos un punto de partida igual para todos y brindar las posibilidades de un desarrollo pleno. Vista así, la *salud* se define como “la fuente de riqueza de la vida cotidiana”.²² Para conseguirla deben existir condiciones que la promuevan, como tener “paz, educación, vivienda, alimentación, ingresos, un ecosistema estable, justicia social y equidad”. En este sentido, el Estado como ente rector debe dictar políticas públicas que la favorezcan la “salud en todas las políticas” (OMS, 2010),²³ armonizar con todas las instituciones gubernamentales las acciones necesarias que abonen en este ámbito. Desde esta perspectiva, las acciones gubernamentales no deben circunscribirse a la organización de la respuesta institucional para atender enfermedades, sino a realizar labores preventivas, construir entornos saludables, velar por el medio ambiente, revisar la legislación en el área de la salud, considerar la diversidad poblacional en sus acciones, entre muchos otros temas que, vistos desde la óptica de la complejidad sistémica (Tan, Wen, Awad, 2005), se deben tener en cuenta para comprender que el tema de la salud se relaciona con múltiples niveles y que cada uno tiene su propia dinámica de relaciones.

En el llamado internacional de la OMS en Ottawa, Canadá, en 1986, se reconoció que la acción del Estado no es suficiente para lograr estos cambios. Por ello se motivó al sector sanitario a desempeñar esta labor incorporando a la ciudadanía, organizada o no en OSC, y al sector privado que trabaja en ámbitos relacionados con la salud. En esta declaración, *la equidad en salud* por primera vez se menciona vin-

²² OMS (1986), “Carta de Ottawa para la promoción de la salud”, Ottawa, Canadá.

²³ En todas las políticas la salud es una propuesta de la OMS que propone la articulación de todos los sectores para lograr una gobernanza compartida, y buscar el bienestar, la equidad, la sostenibilidad y mejorar los resultados en salud, propuesta que se conoce como “Declaración de Adelaida”. Para más información véase: “Declaración de Adelaida sobre la salud en todas las políticas, hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar” (2010), Gobierno de Australia-OMS, Adelaida.

culada a la promoción de la salud como el vehículo para conseguirla, en un contexto participativo e incluyente de todos los actores sociales: “La promoción de la salud se centra en alcanzar la equidad sanitaria. Su acción se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y a asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial” (OMS, 1986: 2).

Por ello, se pide reorientar los servicios sanitarios, en el entendido de que: “La responsabilidad de la promoción de la salud por parte de los servicios sanitarios la comparten los individuos, los grupos comunitarios, los profesionales de la salud, las instituciones, los servicios sanitarios y los gobiernos” (OMS, 1986: 3).

Este marco reconoce las desigualdades sociales en salud, como lo planteó posteriormente Whitehead, en el contexto de los determinantes sociales de la salud (Tarlov, 1996; Wilkinson, Marmot, 2003). Sin embargo, el reconocimiento de la pobreza y de otros factores sociales y medioambientales como causas de la enfermedad son argumentos que venían desarrollándose desde la década de los treinta del siglo pasado, ante las limitaciones del modelo biomédico para explicar los riesgos de enfermar y morir. Como ya lo mencionamos, esos argumentos fueron articulados mediante varias disciplinas académicas²⁴ (Aguirre, 1955; Sen, 1973; Lalonde, 1974; Breilh, 1977; Laurell, 1978; Menéndez, 1978; Vega, Solar, Irwin, 2005).

En la propuesta actual se entiende que las *desigualdades* en salud son “...las diferencias sistemáticas, evitables e importantes” (Whitehead, 1991: 4). Desde este marco se reconoce que las causas de las desigualdades están en “...las estructuras sociales subyacentes y en el impacto que las instituciones políticas, económicas y legales tienen en los diferentes grupos poblacionales” (Daponte, Bolívar, García, 2008: 12).

²⁴ Como la antropología médica, la medicina social y la epidemiología crítica y sociocultural.

La *equidad* en salud es, entonces, un concepto que permite enfocar las acciones en aquellas temáticas o gradientes sociales en los que se necesita intervenir para tender hacia la igualdad. Por ello la equidad se define como “la *ausencia* de diferencias injustas y evitables en el estado de salud de individuos, poblaciones o grupos que tienen distintas características socioeconómicas, demográficas o geográficas” (Vega, Solar, Irwin, 2005: 9). “...La equidad en salud implica que, idealmente, todos deben tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud y, de modo más pragmático, que nadie debe estar desfavorecido para lograrlo, en la medida en que ello pueda evitarse” (Whitehead, 1991: 7). Con este concepto, cuando hablamos de *inequidades*, entendemos que se alude a una dimensión moral y ética, diferencias que son innecesarias, evitables, arbitrarias e injustas. “...Para calificar una situación como inequitativa es necesario examinar la causa que la ha creado y juzgarla como injusta en el contexto de lo que sucede en el resto de la sociedad...” (Whitehead, 1991: 4). En este sentido, una política pública en salud que busque ser equitativa (tender hacia la igualdad) debe identificar qué situaciones relacionadas con la salud son inevitables y cuáles son evitables e injustas²⁵ para promover acciones que disminuyan la brecha de la desigualdad.

Siguiendo a Vega, Solar, Irwin (2005), el concepto de inequidades en salud se ha utilizado con una aplicación política para pedir a los gobiernos alcanzar la meta de equidad desde una perspectiva de

²⁵ El grupo de trabajo sobre inequidades en salud de la OMS, identifica siete factores determinantes en las diferencias en salud que ayudan a diferenciar las situaciones inevitables de las evitables: “... i) variación natural, biológica; ii) comportamiento elegido libremente que daña a la salud; iii) ventaja de un grupo sobre otro al adoptar primero medidas que protegen su salud, hasta que el otro tiene los medios necesarios para lograr el mismo nivel; iv) comportamientos que dañan la salud cuando no hay posibilidad para elegir otro estilo de vida; v) exposición a condiciones no saludables, estrés en el trabajo y en la vida diaria; vi) acceso inadecuado a servicios elementales de salud y a otros servicios públicos; vii) movilidad social relacionada con la salud que incluye la tendencia de personas enfermas a descender en la escala social...” Las diferencias en salud de las categorías 1, 2 y 3 no se identifican como inequidades; de la 4 a la 7 pueden evitarse y, por tanto, son injustas (Whitehead, 1991: 4-5).

derechos humanos y justicia social (Vega, Solar, Irwin, 2005: 9). En este punto donde la perspectiva de los DSS se vincula con la búsqueda de equidad en salud, derechos humanos y democracia.

Thede (2006) argumenta que los derechos humanos son un estándar básico que el poder debe respetar, pues los ciudadanos son las personas que reconoce el Estado y que entran a las reglas del juego; los demás, los excluidos, representan la fuerza que debe luchar porque esos derechos les sean reconocidos (en nuestro caso el derecho a la salud). En ese sentido, señala la autora, son quienes representan el “motor del cambio democrático”, la fuerza que trata de “re-negociar el ámbito de aplicación del consenso social mediante el reconocimiento de sus propios derechos”. Desde este punto de vista, la ciudadanía es el resultado de esas movilizaciones sociales (Thede, 2006: 23-24).

Los DSS se definen como “...las condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas” (Vega, Solar, Irwin, 2005: 9), tienen relación con la salud en el entendido que “...la distribución desigual del poder, de bienes y de servicios... las injusticias sociales... la falta de acceso a los servicios de salud... las imposibilidades de tener una vida próspera...” promueven el desarrollo de ciertos tipos de enfermedades y “...son la causa de la mayoría de las desigualdades sanitarias...” (OMS, 2009: 1). Esto significa que las enfermedades no se distribuyen de manera azarosa entre la población, sino que son producto del entorno, consecuencia de los determinantes estructurales y de las condiciones de vida. A partir de estas definiciones, la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS propuso un modelo de desarrollo mundial que parte de la necesidad de considerar la equidad en salud como elemento esencial del crecimiento económico de cada nación, pues como ya hemos dicho, la salud es un elemento fundamental para el desarrollo de las naciones y, en ese sentido, es un bien público. En consecuencia, la política social debe priorizar la mejora de las condiciones de vida de los sectores más empobrecidos, como las poblaciones indígenas, considerando que sin un desarrollo más equitativo los países no alcanzarán un crecimiento homogéneo. Con esta mirada se busca entender la enfermedad en forma más holística para dirigir los

esfuerzos hacia la disminución de las causas originales, como la pobreza y las malas condiciones de vida en las que se desarrollan la mayoría de la población.³⁶

La (figura 1) muestra los componentes propuestos para estudiar los DSS; estos son:

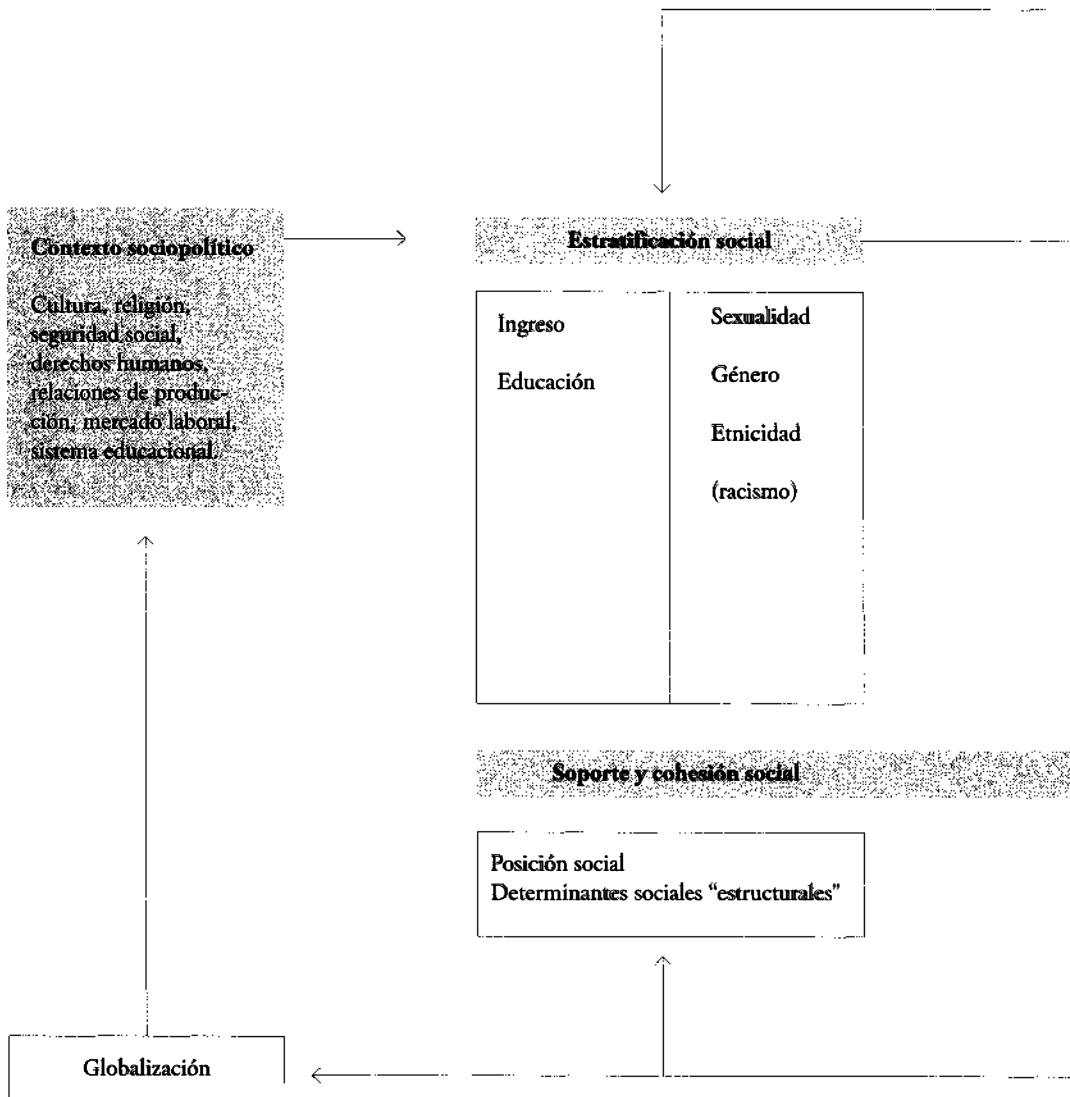
- a) contexto sociopolítico,
- b) determinantes estructurales y
- c) determinantes intermedios.

Los dos primeros están relacionados, pues se refieren a las políticas macroeconómicas del país ligadas a las políticas internacionales; a las políticas sociales, como pensiones y prestaciones para adquisición de vivienda; a las políticas públicas, como las de educación y salud; la cultura y los valores sociales. Esto, a su vez, condiciona la posición económica, la clase social, el género y la pertenencia étnica, y mediante los ingresos, el nivel educativo y la educación. En los determinantes intermedios se tienen las condiciones materiales de vida relacionadas con la disponibilidad de alimentos, el ámbito laboral, los estilos de vida; factores psicológicos de la persona, carga genética y conductas. Estos niveles determinan el capital social y cultural de las personas, y las condiciones materiales de vida y el nivel de cohesión social. Otro nivel intermedio es el sistema de salud. Actuar en estos tres niveles tiene impacto en la equidad en salud y el bienestar de las personas.³⁷

³⁶ En México, en 2014, la Dirección de Promoción de la Salud de la SSA capacitó a los líderes estatales de promoción de la salud en el tema de DSS. Se enfatizó en la elaboración de programas y acciones de salud enfocadas a promover la equidad en salud en los estados. A partir de entonces se creó una red virtual de DSS en la que los líderes estatales presentan las acciones que se desarrollan y comentan las dificultades para realizar su labor. Esta es una acción positiva en favor de una mayor comprensión del tema y su marco de aplicación. Sin embargo, habrá que evaluar en cierto tiempo qué logró este recurso humano en su respectivo estado y qué obstáculos/facilidades enfrentan para desarrollar sus iniciativas.

³⁷ Esta es una descripción libre de la figura 1, un esquema muy común para ilustrar los componentes de los DSS y la forma de incidir en ellos para buscar equidad en salud. Véase: OMS, 2008.

Figura 1. Marco explicativo de los determinantes sociales de la salud



Consecuencias Diferenciales

Programas Asistencia Social:
reducción y/o mantención
del estado social

Enfermos y
discapacitados

Sistema
de salud

Exposición y vulnerabilidad diferencial

A través del ciclo de vida:
desarrollo temprano del niño

- . Condiciones de vida
- . Condiciones de trabajo
- . Disponibilidad alimentaria
- . Barreras para adoptar estilos de vida saludables

Nivel:
selección geográfica,
barrios marginales

Acceso a
servicios
personales
y no
personales

Impacto
en salud

Exposición específica
Determinantes sociales "intermedios"

Fuente: citado en Vega, Solar, Irwin (2005), "Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción", en: Jadue, Marín, *Determinantes sociales de la salud en Chile, en la perspectiva de la equidad*.

Desde esta perspectiva de los DSS, los principios de acción a favor de la equidad en salud son

- a) mejorar las condiciones de vida cotidianas;
- b) luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos;
- c) medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones.

Para ello se propone la participación de todos los grupos sociales, incluidas las OSC, el sector empresarial, los organismos internacionales y las agrupaciones locales (Wilkinson y Marmot, 2003; OMS, 2009).

A partir de estas iniciativas, la Comisión de los DSS de la OMS propuso un modelo de desarrollo mundial que parte de la necesidad de considerar la equidad en salud como elemento esencial del crecimiento económico de cada nación. En consecuencia, la política social debe priorizar la mejora de las condiciones de vida de los sectores más empobrecidos, como las poblaciones indígenas, considerando que sin un desarrollo más equitativo los países no alcanzarán un crecimiento homogéneo. Con esta mirada se busca entender la enfermedad en forma más holística para dirigir los esfuerzos hacia *las causas de las causas*, como la pobreza y las malas condiciones de vida en las que se desarrolla la mayoría de la población.

Para la investigación que aquí reportamos nos adherimos a este marco de los DSS ligado a la búsqueda de equidad en salud, considerando que sintetiza las propuestas anteriores y da oportunidad a las OSC para retomarlo como eje transversal que articule la acción ciudadana mediante la propuesta actual de vincular a todos los sectores sociales para tener una gobernanza compartida. Las OSC que aquí documentamos desarrollan diversas acciones en el ámbito local (municipal, estatal) en cuanto al acceso a bienes y servicios²⁸ que promueven

²⁸ En un interesante artículo sobre la equidad y las reformas de salud en México se analiza la relación entre este concepto y el de "imparcialidad" (fairness) para señalar que la equidad se relaciona con: trato digno, entre iguales. Véase la discusión en: Gómez-Dantés, O., J. Gómez-Jáuregui, C. Inclán C. (2004). "La equidad y la imparcialidad en la reforma del sistema mexicano de salud", Salud Pública de México, vol. 46(5): 399-416.

la salud y la atención a la enfermedad. Desde nuestra perspectiva, con estas acciones contribuyen a la equidad en salud.

Poniendo los términos en relación: incidencia de OSC en sistemas de salud

Para lograr los objetivos de la investigación, un primer paso fue la creación de un marco conceptual flexible que permitiera entender la relación entre las OSC, las acciones de incidencia, los sistemas de salud y los efectos de esas acciones en términos de equidad en salud. En ese sentido, el reto principal durante el estudio no sólo fue comprender los rasgos que caracterizan a los actores (gobierno/organizaciones de la sociedad civil), sino además el proceso mismo de interacción entre ellos y los factores condicionantes externos. Con el fin de realizar un análisis que permitiera considerar la diversidad de actores, sus modalidades de interacción y el contexto en que éstas se dan, se diseñó un esquema conceptual que permitió describir cada caso delimitando la caracterización de los actores (sistema de salud/sociedad civil), el tipo de interacción entre ellos y los resultados en diversos componentes que se identificaron como relevantes para la equidad. Los aspectos que en esta integración demandaron una reflexión cuidadosa fueron la complejidad del sistema de salud y su rectoría, así como la capacidad de respuesta a las demandas de la sociedad civil considerando los aspectos de interculturalidad.

Cuadro 3. Ecuación principal: resumen de temáticas del marco conceptual

"A" Características OSO	Incidencia en políticas públicas ←→	"B" Sistema de salud	"X"	"Y"
Antecedentes	Tipo de relación Estado-sociedad civil	Atribuciones normativas	Construcción de ciudadanía	Salud/ bienestar
Tipo de relación intrasociedad civil	Condiciones de incidencia efectiva	Rectoría vs. ejecución	Equidad de género	
Relación con la sociedad política	Estrategias	Permeabilidad		
Recursos y capacidades	Grado de institucionalización			
Visión de género e interculturalidad				
Tipo de actividad				

Fuente: Elaboración propia.

Los componentes de la ecuación se describen a continuación.

A. Las organizaciones de la sociedad civil analizadas en este estudio representan organizaciones civiles en diferentes regiones del país, cuya composición guarda estrecha relación con los factores que las originaron, con sus recursos culturales y con las condiciones sociales y económicas en las que viven; sus características específicas son diferentes, así como sus grados de maduración y conciencia en relación con su capacidad de gestión para alcanzar mayores condiciones de equidad social. El factor común de las organizaciones civiles analizadas es la presencia de programas de atención a la salud de mujeres indígenas. Un aspecto que el estudio se propuso rescatar es la diversidad de mecanismos de estas organizaciones para interactuar con otros sectores de la sociedad civil y con el propio Estado.

B. El sistema de salud si bien corresponde a un conjunto de partes que tienden a mantenerse en equilibrio, el sistema de salud mexicano está compuesto por una diversidad de actores/instituciones dife-

rentes, lo cual hace que en alguna medida sus comportamientos estén determinados por contextos locales diferentes. En efecto, el sistema de salud que se analiza en este estudio está conformado por diferentes sistemas de salud con características diversas y su fragmentación no sólo se debe a la diversidad de actores, sino también a la influencia de factores externos. Por ello, la propia regulación del sector salud, a cargo de la SSA, presenta limitaciones y ésta no ejerce a plenitud su rol regulador. Este hecho configura un espacio de interacción entre entidades de gobierno y sociedad civil profundamente desiguales.

C. Incidencia en políticas públicas: en el estudio se utiliza el término “incidencia en política pública” para identificar condiciones en las que en política pública se generan cambios como resultado de la acción de las organizaciones civiles. El análisis cuida la identificación del perfil de las organizaciones y de sus actores, el de las instituciones de gobierno, así como el contexto en el que emergen las demandas y el proceso de interacción que finalmente deriva en alguna modalidad de incidencia.

Finalmente la idea es que estos procesos de incidencia de las OSC sobre los sistemas de salud tienen resultados, tanto en términos de equidad como en términos de construcción de ciudadanía y empoderamiento de las mujeres. Medir estos impactos, pero sobre todo analizar las relaciones de incidencia, fue el objeto empírico de análisis de las investigaciones que componen este libro.

Estrategia metodológica

Para responder las preguntas de investigación se optó por analizar casos específicos de OSC que incidieran positivamente hacia una mayor equidad para la salud de mujeres indígenas. De ahí que el primer paso metodológico fue la selección de casos y se definieron como caso las OSC que habían trabajado para influir en algún nivel de toma de decisiones gubernamentales en el ámbito de la salud, como la etiquetación de presupuestos, la obtención de fondos de programas federales

de salud, la atención institucional mediada por las OSC, entre otras, que afectan a mujeres indígenas. Se buscó así evitar la reducción de la investigación a mera descripción o compilación de artículos aislados y rescatar la especificidad de cada OSC alrededor de las preguntas generales del estudio. Asimismo se articularon aspectos conceptuales y metodológicos comunes, para que el estudio de casos tuviera un mismo punto de partida.

Al inicio del estudio se consideró la posibilidad de seleccionar casos reconocidos por sus acciones exitosas de incidencia; sin embargo, la idea se descartó por las dificultades en el acceso a la información y porque también se estimó relevante documentar casos de experiencias no exitosas para conocer qué retos enfrentan las OSC en su búsqueda de vinculación con el sector institucional de la salud. Otros criterios fueron seleccionar casos representativos de los diversos espacios temáticos en los que las OSC han trabajado en relación con la salud de mujeres indígenas, así como la representatividad geográfica, y la capacidad y escala de incidencia (local, estatal o nacional).

Así, el proceso de selección de casos, requirió un largo proceso de consultas con el Comité Asesor, el cual fue organizado a partir de la invitación a diferentes personas con perfil académico, a integrantes de las OSC, del ámbito de la política en salud y del terreno legislativo con la finalidad de que fungieran como un grupo consultor de las diversas temáticas que trató la investigación, así como para garantizar la transparencia de los procesos seguidos. También se realizaron indagaciones bibliográficas: se destinaron varias sesiones con el Comité Asesor para analizar la información compilada, precisar los criterios y discutir la relevancia de los casos de acuerdo con la evidencia encontrada. Desde el inicio de las sesiones de discusión hasta tener los equipos que documentarían los casos transcurrieron alrededor de seis meses.

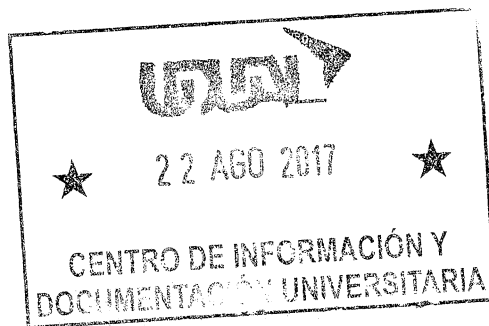
La red de contactos de A y C y del Comité Asesor permitió convocar a líderes de diversas organizaciones civiles que coincidían con los criterios definidos por el equipo de trabajo para documentar los casos. Los equipos de investigación fueron una combinación de personas in-

volucradas directamente en los procesos de incidencia que se iban a documentar, así como académicos y practicantes con experiencia en los temas del proyecto.

Para poner en común los objetivos del estudio y formar los equipos de trabajo se realizó un taller de sensibilización y consulta a líderes de OSC que trabajan con población indígena sobre los objetivos y planteamiento del estudio. Este momento fue fundamental para precisar los objetivos del trabajo y replantear, en conjunto, las preguntas y los elementos centrales que debían tener los estudios de caso, de manera que dialogaran los unos con los otros. Además, se llevaron a cabo talleres destinados a profundizar en aspectos conceptuales y metodológicos con el fin de construir un punto de partida común entre los documentadores de casos y miembros del Comité Asesor.

Con estas consideraciones se eligieron los siguientes temas:

- . Profesionalización de la práctica de la partería
- . Etiquetación de presupuestos para la atención a la salud de la mujer indígena
- . Promotores de salud y la búsqueda de la participación social comunitaria
- . Casas de la Mujer Indígena
- . Violencia de género



Cuadro 4. Casos, temas y OSC elegidas

Caso	Área geográfica	Tema	Escala / A: de Incidencia
Escuela de partería CASA	San Miguel de Allende, Guanajuato y Tlaxpa, Guerrero	Escuelas de partería	Estatad
Kinal Antzetik y Coalición por la Salud de las Mujeres	Distrito Federal y Guerrero	Etiquetación de presupuestos en salud para la mujer indígena	Nacional y estatal
Centro de Capacitación en Ecología y Salud para Campesinos (CCESC)	Nueva Poza Rica, Veracruz	Promotores de salud: salud comunitaria	Local ²⁹ y estatal
Casa de la Mujer Indígena, Nááxwíin	Matías Romero, Oaxaca	Casa de la Mujer Indígena ³⁰	Local y estatal
Kali Luz Marina	Rafael Delgado, Veracruz	Violencia de género	Local

²⁹ No se habla de incidencia municipal porque son varios los municipios de trabajo.

³⁰ Este último no fue temático; sin embargo, esta organización se identificó como referente central para el tema de salud de las mujeres indígenas y OSC en México.

Figura 2. Representatividad geográfica de los casos



Una vez seleccionados los casos, se conformaron equipos de investigación para cada uno. Así se conformó el equipo de trabajo invitando a quienes serían los documentadores de los casos. Durante todo el proceso el equipo de documentadores tuvo retroalimentación con un Comité Asesor externo. El proyecto se benefició de su experiencia al compartir y discutir con los documentadores tanto las preguntas

de investigación como las temáticas que serían relevantes al abordar los estudios de caso. El inicio de la investigación quedó marcado por la organización de un seminario en el que participaron funcionarios, académicos e integrantes de OSC, quienes presentaron problemáticas nacionales relacionadas con los temas del proyecto. Al mismo tiempo se realizó un taller con quienes documentarían los casos para poner en común tanto los objetivos del proyecto como posibles técnicas de recolección de datos. Este espacio fue el primero de varios en los que se harían reflexiones conjuntas acerca de la investigación, aunque este momento particular fue fundamental para aclarar objetivos del trabajo y replantear los elementos centrales de los estudios de caso.

A partir de ese momento se crearon cinco equipos de trabajo y cada uno desarrolló una propuesta para documentar su caso. Dado que se trataba de diferentes experiencias de OSC, cada equipo de documentadores debió plantear una estrategia metodológica diferente con base en las necesidades que requería la situación. Los equipos estuvieron acompañados del Comité Asesor durante diversas reuniones presenciales y virtuales. A lo largo de 2013 se reportaron los avances en la revisión documental, el trabajo de campo y la redacción del primer borrador de resultados de cada caso. Para retroalimentar los primeros borradores de los resultados de la sistematización se hizo una lectura cruzada de los casos entre los mismos documentadores y asesores, y se contó además con la participación de lectores externos. Con los comentarios se elaboró una segunda y tercera versiones de resultados considerando aportaciones de beneficiarias y miembros de las OSC sistematizadas. La última etapa del proyecto se dedicó a la redacción y revisión de los capítulos que conforman este texto.

El diseño del estudio contempló la utilización de diversas técnicas de investigación, ya que las particularidades de cada caso así lo requirieron; no obstante se privilegió la utilización de fuentes primarias. Algunas de las técnicas empleadas se describen a continuación.

- **Revisión de fuentes secundarias:** se identificaron diversas fuentes de información, desde artículos periodísticos, informes y do-

cumentos internos de las organizaciones.

- . **Entrevistas individuales:** esta técnica implicó la identificación y el acercamiento a actores clave, que fueron miembros de las organizaciones estudiadas, de los grupos de base y funcionarios en distintos cargos.
- . **Entrevistas grupales:** con esta técnica se recuperó una visión colectiva del proceso de la organización.
- . **Talleres de análisis y discusión:** durante el desarrollo de la investigación se realizaron seis talleres entre los grupos de documentadores para presentar avances y contrastar los resultados con los de otros. En esta labor se recurrió a tablas comparativas de aspectos como equidad, funciones y objetivos del sistema de salud, cambios institucionales y cambios comunitarios observados. En algunas de las reuniones se invitó a comentaristas externos de diversas instituciones académicas y otras OSC; en la última participaron miembros de las OSC sistematizadas, en un ejercicio de devolución de la información.

La mayoría de las entrevistas formales se grabaron y transcribieron, pero también se realizaron entrevistas informales cuyos datos quedaron registrados en la bitácora de actividades. De los talleres de análisis se realizaron grabaciones, minutas y registros fotográficos. Para el análisis de la información se utilizaron tanto técnicas manuales como *software* especializado (Atlas Ti, versión 6) para el manejo de datos cualitativos.

El estudio tuvo cuidado en seguir protocolos de ética de la investigación de la declaración de Helsinki,³¹ que señala la responsabilidad de los investigadores de respetar a los participantes del estudio en todo momento y asegurarse de que estén enterados, mediante el consentimiento informado, de sus derechos a abandonar la investigación en cualquier momento. Por ello cada caso planteó la manera más adecuada de obtener el consentimiento de los/las informantes, que en su mayoría se obtuvo de manera verbal.

³¹ Información disponible en <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>.

Organización del libro

El libro está integrado por seis capítulos, además de esta introducción. En el primer capítulo se presenta el caso de la Escuela de Parteras Profesionales CASA, donde se muestra cómo esa organización ubicada en San Miguel de Allende, Guanajuato, generó un modelo de atención a la salud indígena en Guerrero; logró que las parteras fueran contratadas con fondos públicos en reconocimiento a su labor, y amplió significativamente el campo de las parteras en México contribuyendo así a disminuir la mortalidad materna. Este caso muestra la importancia de desarrollar una estructura clara de organización, así como la relevancia de las acciones de cabildeo y movilización de recursos para la consecución de sus objetivos.

El segundo capítulo describe el caso de Kinal, organización que entre sus objetivos explícitos está hacer visible e incorporar a la agenda pública los asuntos referidos a la salud sexual y reproductiva de mujeres indígenas, e igualmente busca incidir en políticas públicas de salud sexual y reproductiva a nivel estatal. El caso de Kinal representa un ejemplo de unión de diez OSC que trabajan en salud sexual y reproductiva, y forman parte de la Coalición por la Salud de las Mujeres. En este trabajo se evidencian las estrategias que las OSC siguen para mostrar cómo se reproducen las desigualdades relacionadas con el género y la pertenencia étnica. La trayectoria de la organización se ubica en la línea de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres al incorporar la perspectiva de género y de derechos humanos y sociales, forjando especial interés en el derecho a la salud. Kinal se ha vinculado con diversos órganos de gobierno para promover la igualdad de género y ha realizado trabajo de incidencia en el Poder Legislativo mediante el diseño y realización de diversas propuestas para definir el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF). También ha logrado obtener mayores presupuestos asignados a la atención de salud sexual y reproductiva de mujeres indígenas, y convertirse en un mecanismo para promover la transparencia. De igual manera, mediante estrategias de cabildeo, ganaron aliados internos que posibilitan la incidencia en políticas públicas, y lograron reducir las barreras culturales en el

acceso de las mujeres al sector salud con la contratación de mujeres intérpretes, reconociendo el trabajo de las parteras y fomentando el buen trato en el proceso de atención médica.

El tercer capítulo describe el caso del Centro de Capacitación en Ecología y Salud para los Campesinos (CCESC), asociación con larga trayectoria en el trabajo con población en Chiapas que busca obtener mejores condiciones de salud; su labor está dirigida a comunidades indígenas con especial atención a mujeres, niños y niñas de esa entidad. Las situaciones sociales, políticas y culturales de Chiapas hicieron que el CCESC desarrollara su tarea en esa zona de México e impulsara un sistema de educación popular entre la comunidad mediante herramientas de participación y autogestión que conllevaran una mejora de las condiciones de salud del pueblo indígena. Del mismo modo ha llevado a cabo diversas acciones, como la capacitación de promotores, la defensa de los derechos de salud y vacunación, desempeñando siempre un papel de intermediario neutral para proveer una mayor atención sanitaria. Estos ejemplos son un claro reflejo de metodología participativa y empoderamiento de la población indígena y han sido modelo de referencia para otros programas de gobierno en diferentes estados. El CCESC ha logrado apoyos y alianzas con el sector gubernamental con lo que ha podido incidir en políticas públicas de salud en Chiapas. Un ejemplo fue el Programa “Vida Mejor” en el que participó con el sector salud de la entidad, planteando acciones integrales de salud, educación y vivienda. La labor de esta OSC muestra la incidencia en políticas públicas de salud en diferentes niveles.

El cuarto capítulo examina la Casa de la Mujer Indígena (CAMI), Centro para los Derechos de la Mujer *Nááxwíin*, que es una muestra del trabajo de un colectivo en beneficio de las mujeres indígenas para alcanzar un mejor sistema de salud y una vida libre de violencia de género. Esta OSC ha conseguido impulsar espacios para las mujeres indígenas buscando su participación en acciones que les conciernen. La labor de *Nááxwíin* también es denunciar los casos de exclusión y discriminación que han sufrido mujeres indígenas en su encuentro con el sistema de salud. Esta CAMI es motivo de reflexión respecto

a cómo una OSC integrada por mujeres indígenas y mestizas puede favorecer su calidad de vida estableciendo diálogos abiertos entre la OSC y los representantes institucionales del Estado. De esta manera ha luchado para que las dependencias de salud adquieran una perspectiva y un modelo de trabajo integral en atención a la población indígena. Así, en un momento fue posible incluir a mujeres indígenas en el diseño local de atención institucional a la salud, incorporar la perspectiva de género y de interculturalidad, y trabajar con instituciones aliadas que identificaron a mujeres en situación de riesgo para su oportuna atención.

El capítulo cinco se dedica a la asociación Kalli Luz Marina, A. C., organización que trabaja por los derechos de las mujeres indígenas de la sierra de Zongolica, en el municipio de Rafael Delgado, estado de Veracruz. Kalli busca tener una sociedad justa y equitativa con mayor participación social. En algunas regiones de Veracruz la población indígena enfrenta problemas de acceso a los servicios de salud y se registran altos índices de mortalidad materna como consecuencia de condiciones de pobreza, exclusión social y violencia de género. Por ello Kalli dirige sus actividades a mujeres y niñas indígenas de la región mediante el desarrollo de estrategias de prevención en el ámbito de la salud reproductiva y los derechos humanos, y entre sus prioridades están el fomento de procesos de empoderamiento y el establecimiento de grupos de base organizados para otorgar apoyo a esa población. Dado que Kalli también atiende el tema de violencia de género, a su centro acuden mujeres víctimas de violencia, a quienes otorga apoyo integral y acompañamiento para denunciar al agresor/a, y brinda atención psicológica y asesoría jurídica en el idioma local. Para ello se ha capacitado a mujeres indígenas que apoyan a otras en esos procesos legales y así promover la ayuda mutua. Kalli ha contribuido a atender la violencia de género, asumiendo un problema que debiera ser del ámbito estatal. El esfuerzo en la búsqueda de la igualdad de género hace de este grupo un agente fundamental en la procuración de derechos sociales.

Finalmente se presentan conclusiones generales realizando un esfuerzo de análisis comparado entre estos casos, donde la discusión se ordena en torno a tres grandes hallazgos: la doble faz de la incidencia, las demandas específicas sobre equidad en salud que reivindican las OSC analizadas y los factores asociados a la incidencia de las mismas, entre las que destacan las capacidades políticas, las formas de articulación y la estructura de oportunidades políticas.

Para finalizar sólo nos queda agradecer a las organizaciones civiles que nos abrieron sus puertas, a las colegas que documentaron y analizaron los casos que le dan sustento a este libro, a las integrantes de A y C, al Comité Asesor y a todos quienes contribuyeron a la realización de este libro.

Referencias bibliográficas

AGUIRRE, G.

1992 *El proceso de la aculturación y el desarrollo sociocultural en México*. [1953] INHUV-FCE, México.

1994 *Programas de salud en la situación intercultural*. [1955], tomo V, obra antropológica, FCE, México.

AGUILAR, R.

1997 "Apuntes para una historia de las organizaciones de la sociedad civil en México", en *Sociedad civil, análisis y debates*. México. Foro de apoyo mutuo. Fundación Demos-Instituto de Análisis y Propuestas Sociales, vol. II, núm. 1, pp. 9-32.

AMAYA, C., B. PELCASTRE, M. MÁRQUEZ Y C. JUÁREZ

2012 "Género y trabajo exportador: el caso de las trabajadoras de las casas de salud de mujeres indígenas de Guerrero y Oaxaca", en *Clénica & Saúde Coletiva*, 17(3), pp. 3689-3696.

AZIZ, A., ALONSO, J.

2009 *México: a una democracia a nivel mundial*. CIHS S.S. Miguel Ángel Portuñal, México.

BIRN, A. E.

2014 *Philanthrocapitalism, past and present: The Rockefeller Foundation, the Gates Foundation, and the setting(s) of the international/global health agenda*, disponible en: http://www.hypothesisjournal.com/wp-content/uploads/2014/11/HJ229%E2%80%9494FIN_Nov1_2014.pdf

BURSTEIN, P., A. LINTON

2002 "The Impact of Political Parties, Interest Groups and Social Movement Organizations on Public Policy: Some Recent Evidence and Theoretical Concerns", en *Social Forces*, 81(2), pp. 381-408.

CARPENTER, D.

2012 "Is Health Politics Different?", en *Annual Review of Political Science* 15, núm. 1, pp. 287-311.

CENTRO DE ESTUDIOS PARA EL ADELANTO DE LAS MUJERES Y LA EQUIDAD DE GÉNERO (CEAMEG)

2008 *La mujer indígena en zonas rurales*, México, Cámara de Diputados LX Legislatura.

CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL (CONEVAL)

2014 *La pobreza en la población indígena de México*, Coneval, México.

2006 Ojeda, AA, Pañich AA, "Para una democracia disputada por la construcción democrática en América Latina", en *La disputa por la construcción democrática en América Latina*, FCE, México.

DAPONTE, A., J. BOLÍVAR Y MÍA. GARCÍA

2008 *Las desigualdades sociales en salud*, Escuela Andaluza de Salud Pública, España.

DUARTE, M. B. ET AL.

2004 "Políticas nacionales de salud y decisiones locales en México: el caso del Hospital Mixto de Cuetzalan, Puebla", en *Salud Pública México*, 46 (5), pp. 388-398.

ELTRÖUDL, H., M. HARNECKERYL. BÓNILLA

2005 *Herramientas para la participación*, disponible en <http://www.rebelion.org/docs/15385.pdf>.

FERNÁNDEZ, J.

2003 *El despertar de la sociedad civil, una perspectiva histórica*, Océano, México.

FERNÁNDEZ, F.

2004 *Salud e interculturalidad en América Latina, perspectivas antropológicas*, Abya Yala editorial, Ecuador.

FREYERMUTH, G.

2003 "Matrimonio y violencia doméstica y redes de apoyo: Elementos constitutivos de riesgo durante la maternidad", en *Las mujeres de humo. Morir en Chenalhó*, CIESAS-Porrúa, México, pp. 219-261.

2010 *Desiguales en la vida, desiguales para morir. La mortalidad materna en Chiapas: un análisis desde la inequidad*, Informe sobre Desarrollo Humano en Chiapas, FWUN.

1990 Garza, A. M., Ico, M., *Atención del parto y del recién nacido en parteras indígenas de la región de Los Altos de Chiapas*, Oaxaca, Cuadernos de AMO (1).

1993 *Méxicos audiovisuales y métodos de la etnohistoria: un encuentro difícil en los Altos de Chiapas*, CIESAS, México.

GONZÁLEZ, L. M., G. NIGENDA, M. C. GONZÁLEZ Y M. REICH

2011 "Separación de funciones en el sistema de protección social en salud, México 2009: avances y retos", *Salud Pública de México*, vol. 53, suplemento 4.

GUTIÉRREZ, J. P.

2013 "Cobertura universal de salud en México: las brechas que persisten" en *Salud Pública de México*, vol. 55(2), pp. 153-154.

HEVIA, E.

2011 *Poder y ciudadanía en el combate a la pobreza: el caso del programa Progreso Oportunidades*, de México, Peter Lang Pub, Bélgica.

2012 "Más allá de organizaciones civiles. Algunos problemas para caracterizar el fenómeno asociativo en México", en V. Espinoza y A. Monsiváis (eds.), *El deterioro de la democracia: consideraciones sobre el régimen político, lo público y la ciudadanía en México*, Colef, México, pp. 369-396

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA (INEGI)

2010 *Censo de Población y Vivienda 2010*, disponible en http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?proy=cpv10_pp3mas.

2013 Información disponible en <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/habitantes.asp?tema=F>.

INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES (INMUJERES)

2006 *Las mujeres indígenas de México: su bienestar, demografía y salud*. México.

ISUNZAWERA, E.

2001 *Las transformaciones de la política: una revisión de la literatura sobre el proceso de democratización en México contemporáneo, (1968-1993)*, CIESAS, Miguel Ángel Porrúa, México.

2006 "Para analizar los procesos de democratización: interfaces socioestatales, proyectos políticos y rendición de cuentas", en E. Isunza y E. Olvera (coords.), *Democratización, rendición de cuentas y sociedad civil*, CIESAS-Porrúa-Universidad Veracruzana, México.

JARDÓN, ANA MARÍA VICTORIA

2004 *500 años de salud indígena*. Porrúa, México.

JUÁREZ, CLARA

1998 *Participación social y salud de las comunidades indígenas de México*, CIESAS, México.

2014 Márquez-Serrano, M., Salgado de Snyder N, Pelcastre-Villafuerte, BE, Ruelas-González, M. G., Reyes-Morales, H., "La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes", en *Revista Panamericana de Salud Pública*, 35(4), pp. 284-90.

KRÖEGER, A., Y R. LUNA

1992 *Atención primaria de la salud. Principios y métodos*, Paltex, México.

LEAL, G.

2013 ¿Protección social en salud? Ni "seguro", ni "popular", en *Estudios Políticos* (México), núm. 28, enero/abril.

LEIRAS, M.

2007 "La incidencia de las organizaciones de la sociedad civil en las políticas públicas. Definiciones, explicaciones y evaluaciones de la literatura especializada local e internacional", en C. Acuña y A. Vacchieri (comps.), *La incidencia política de la sociedad civil*, Siglo XXI Editores, Buenos Aires.

LEYVA-FLORES, R., C. INFANTE-XIBILLE, J. P. GUTIÉRREZ-REYES Y E. QUINTINO-PÉREZ

2013 "Inequidad persistente en salud y acceso a los servicios para los pueblos indígenas de México, 2006-2012", en *Salud Pública de México*, núm. 55 suplemento 2, pp. S123-S128.

MARMOF, M.

2005 "Social Determinants of Health Inequalities", en *Lancet* 365, (número 9464) (marzo 19), pp. 1099-1104.

MENÉNDEZ, E.

1978 "El modelo médico y la salud de los trabajadores", en Basaglia E, *La salud de los trabajadores*, Nueva Imagen, México, pp. 11-53.

1981 *Poder, estigmatización y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*, Ediciones de la Casa Chata-CIESAS, México.

1983 *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*, CIESAS-Cuadernos de la Casa Chata, México.

1990 *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, CIESAS-Cuadernos de la Casa Chata, núm. 179, México.

1994 "La enfermedad y la curación, qué es el tambidim tradicional en *Atenciones*, 4(7), pp. 71-83.

1998 "Saber local y toma de decisiones", en A. Haro y B. de Keijzer (coords.), *Participación comunitaria en salud: evaluación de experiencias y tareas para el futuro*, El Colegio de Sonora-Produssepe -OPS, México, pp. 65-87.

2003 "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas", en *Ciencia & Saúde Coletiva*, 8(1), pp. 185-207.

NIGENDA, G.

2008 ----- et al., *Evaluación de la cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud. 2006-2007*, INSP-SSA, México.

2010 ----- et al., *Evaluación de procesos administrativos del sistema de protección social en salud 2009*, SSA-INSP, México.

2013 Juárez, C., Ruiz, J. A., Herrera, C., "Participación social y calidad de los servicios de salud: la experiencia del aval ciudadano en México", en *Revista de Saúde Pública* 47(1), pp. 44-51.

OLVERA, A. (ed.)

1999 *La sociedad civil: de la teoría a la realidad. México*, El Colegio de México, México.

2003 *Sociedad civil, esfera pública y democratización en América Latina: México*, FCE-Universidad Veracruzana, México.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

1978 *Declaración de Alma-Ata. Atención primaria de salud*, Ginebra, Suiza

1979 *Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000*, Ginebra, Suiza.

1986 *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*, Ottawa, Canadá.

2000. *Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*, clasificación NLM: WA 540.1, OMS, Ginebra, Suiza.

2007 *Civil Society Report*. Commission on Social Determinants of Health-WHO.

2008 *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria ac-*

tuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión de la OMS sobre determinantes sociales de la salud, Buenos Aires.

- 2010 *Declaración de Adelaida sobre la salud en todas las políticas, hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar*, gobierno de Australia-OMS.
- 2013 *Informe sobre la salud en el mundo 2013. Investigaciones para una cobertura sanitaria universal*, disponible en www.who.int.
- (s/f) *Civil Society Initiative, Strategic Alliances: The Role of Civil Society in Health*, World Health Organization. Discussion Paper núm. 1, disponible en http://www.who.int/civilsociety/documents/en/alliances_en.pdf.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD-ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OPS-OMS)

- 1993 *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. La participación social en el desarrollo de la salud*, Washington, D. C.
- 1997 *Hacia el abordaje integral de la salud. Pautas para la investigación con pueblos indígenas*, Washington, D. C.
- 1998 *Incorporación del enfoque intercultural de la salud en la formación y desarrollo de recursos humanos*, Washington, D. C.
- 2008 *Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas*, Washington, D. C.
- 2010 *Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas*, Washington, D. C.

PELCASTRE, B.

- 2008 M. Márquez, M. Ruiz, S. Meneses, C. Amaya y Y. Gómez, *La experiencia de la casa de la mujer indígena: sistematización y evaluación del proceso*, resumen ejecutivo, Comacyt-INSP, México
- 2011 M. G. Ruelas, H. Reyes, S. Meneses y A. Amaya, *Modelo de atención a la salud para adultos mayores en zonas indígenas*, INSP, México.

POZAS, R., I. DE POZAS

- 2006 ([1971]), *Los indígenas en la sociedad en México, Siglo XXI*, México.

REYGADAS, R.

- 1998 *Abriendo veredas. Iniciativas públicas y sociales de las redes de organizaciones civiles*, Convergencia de Organismos Civiles por la Democracia, México.

SALGADO DE SNYDER, V. N.

- 2002 "Salud mental de las mujeres rurales: problemas, necesidades y alternativas", en M. A. Lara y V. N. Salgado de Snyder (comps.), *Cállese, son sus nervios tómesse un tecito*, Pax, México.
- 2014 G. Guerra, "Un primer análisis de la investigación en México sobre los determinantes sociales de la salud: 2005-2012", en *Salud Pública de México*, vol. 56(4), pp. 393-401.

SECRETARÍA DE SALUD (SSA)

- 2005 *Sistema de protección social en salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos*, SSA, México.
- 2009 DGED. *Unidades de primer nivel de atención en los Servicios Estatales de Salud. Evaluación 2008*, México.
- 2011 DGED. *Observatorio del desempeño ambulatorio 2010. Sesenta propuestas para el fortalecimiento de la atención primaria a la salud en los servicios estatales de salud*, INSP, México.
- 2012 *Perfil epidemiológico de los municipios indígenas de México*, SSA, Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, México, pp.129.
- 2015 *Programa unidades móviles*, disponible en <http://www.dgplades.salud.gob.mx/Contenidos/Programas/UnidadesMedicasMoviles.html>. Consultado el 22 de junio de 2015.
- 2015 *Programa Sectorial de Salud*, disponible en <http://www.sps.gob.mx/programa-sectorial-2013-2018.html> Ocho.
- 2015a *Dirección General de Medicina Tradicional*, disponible en <http://www.dgplades.salud.gob.mx/Contenidos/Productos/MedicinaTradicional.html>.

SESIA, P.

- 2011 "El papel de la desigualdad social en la muerte de mujeres indígenas oaxaqueñas durante la maternidad. Aportes desde una epidemiología social y una antropología médica crítica", en J. A. Maro, *Epidemiología sociocultural, un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*, El Lugar editorial, Buenos Aires.

TAN, J., H. WEN Y N. AWAD

- 2005 *Health Care and Services delivery Systems as Complex Adaptive Systems, en Communications of the ACM*, mayo, vol. 48, núm. 5.

TAPIA, M., B. CAMPILLO, S. CRUICKSHANK, Y G. MORALES

- 2010 *Manual de incidencia en políticas públicas*, Alternativas y Capacidades, A.C., México.

TARLOW, A.

1996. "Social Determinants of Health: the Sociobiological Translación", en D. Blane, E. Brunner y R. Wilkinson (eds.), *Health and social organization*, Londres, Routledge, pp. 71-93.

TARROW, S. G.

- 1997 *El poder en movimiento: los movimientos sociales, la acción colectiva y la política*, Alianza, Madrid.

THEDE, N.

- 2006 "Derechos humanos, nuevas democracias y rendición de cuentas", en E. Isunza y E. Olvera (coords.), *Democratización, rendición de cuentas y sociedad civil*, CIESAS-Porrúa-Universidad Veracruzana, México, pp. 23 y 24.

VALDEZ, R.

2008 *Encuesta de salud y derechos de las mujeres indígenas (Ensaedemi)*, Instituto Nacional de Salud Pública, México.

VEGA, J., O. SOLAR Y A. IRWIN

2005 "Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción", en L. Jadue y E. Marín (eds.), *Determinantes sociales de la salud en Chile, en la perspectiva de la equidad*, Santiago, Chile.

WALKER, D., L. DE MARIA, L. CAMPERO, D. GONZÁLEZ, L. SUÁREZ Y M. ROMERO

2011 *El uso y rol de promotoras comunitarias par la atención prenatal y obstétrica en México: parteras profesionales técnicas y enfermeras obstetras. Evidencias y áreas de oportunidad*, INSP, México.

WHITEHEAD, M.

1991 *The concepts and principles of equity and health*. Health Promotion International, vol 6(3), pp. 217-28.

WILKINSON, R. Y M. MARMOT

2003 *Social determinants of health: the solid facts*, World Health Organization, Copenhagen, Dinamarca.

I Análisis de caso de la Escuela de Parteras Profesionales del Centro de Adolescentes de San Miguel de Allende (CASA)

Natalia Flores Garrido
Liliana Vianey Vargas Vásquez

Introducción

Entendemos la salud como un estado³² en el que se cristalizan diversos procesos sociales: desde aquellos derivados del discurso (que definen qué es la salud y quiénes son los legítimos responsables de procurarla entre la población) hasta los que se refieren a la organización material y concreta de recursos —escasos la mayoría de las veces— destinados a alcanzarla.

³² Adoptamos aquí la definición de salud que propone la Organización Mundial de la Salud, la cual plantea que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades. La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York el 19 de junio al 22 de julio de 1946.

Esto significa que el estado de salud de una persona o población es resultado de ciertas formas de organización y relaciones sociales e institucionales. Por ello, al identificar grupos que persistentemente muestran menores niveles de salud, podemos hablar de la concreción de formas de desigualdad social. Las relaciones de poder jerárquicas que estructuran el sistema socioeconómico dan como resultado que los grupos excluidos enfrenten, entre otras situaciones, un panorama más desfavorable que el resto de la ciudadanía en sus procesos de salud-enfermedad, así como su atención. Este es el caso de las mujeres y de los grupos indígenas que como consecuencia estructural sufren enfermedades derivadas de la pobreza (Amoroz, 2011; Juárez- Ramírez *et al.*, 2014).

Cuando abordamos esta población partimos de dos aspectos que conjuntamos en este artículo: su pertenencia étnica y de género, pues las posiciones y condiciones de las mujeres indígenas en los procesos de atención a su salud-enfermedad reflejan un trato desigual de manera sistemática e histórica, cuyo fundamento está en la discriminación étnica, de género y clase de manera particular en los servicios de salud reproductiva sobre los que reflexionaremos en este artículo.

La mortalidad materna es uno de los principales indicadores de esas desigualdades, ya que en la mayoría de los casos este fenómeno podría evitarse si las mujeres indígenas contaran con el seguimiento adecuado a su embarazo y la atención oportuna en el momento del parto.

Según datos de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), por cada muerte materna a escala nacional, ocurren tres entre las habitantes de comunidades marginadas, que es donde además reside en mayor porcentaje población indígena. En 2010 la CDI reportó la urgencia de atender la problemática de los municipios más marginados del país, predominantemente indígenas, en los cuales el riesgo de mortalidad materna era tres veces más alto que en el resto del país y hasta nueve veces mayor en los municipios con alto y muy alto índice de marginación y aislamiento geográfico-social

frente a los municipios mejor comunicados.³³ Para 2014, el Observatorio de Mortalidad Materna en México publicó la numeraba de 2012, en la cual indica que a nivel nacional fallecieron 960 mujeres, siendo 11.9% hablantes de una lengua indígena. Estos indicadores se tornan más graves cuando se desglosan los datos por entidad federativa, ya que en estados como Nayarit, Chiapas, Guerrero, Chihuahua y Oaxaca es superior a 30%.

Esta realidad representa un reto en la continua tensión que constituye conciliar el crecimiento económico con el desarrollo social desde la diversidad y la redistribución que implica. Por ello, las estadísticas e indicadores mencionados reflejan una debilidad en la conciliación de ambos intereses y subrayan la necesidad de una participación del Estado distinta a la que hasta este momento ha tenido, de manera que pueda asegurarse el cumplimiento de los derechos de todas las ciudadanas.

Cuando se reflexiona sobre el Estado y la forma en que opera a partir de políticas, programas y normatividades gubernamentales, no podemos soslayar que estas formas de actuación estatal se dan mediante complejos procesos de interacción social, en los que no solo interviene la voluntad del Estado, como si fuera un ente monolítico y unidireccional, sino que a menudo son resultado de la superposición de diversas fuerzas (económicas, políticas, sociales y culturales), así como de un contexto nacional en constante diálogo con procesos internacionales (e incluso supranacionales si consideramos fenómenos como la globalización).

De esta forma, el Estado mismo es algo heterogéneo en el que conviven diversas tendencias y posturas que, al menos en regímenes democráticos como el mexicano, se enfrentan en una lucha por el posicionamiento, el reconocimiento y la atención de ciertos temas y horizontes sociales posibles. Tal es la agenda de las mujeres indígenas, particularmente en la necesaria y urgente reducción del número de

³³ Para mayor información consúltese el folleto en http://www.cdi.gob.mx/embarazo/mortalidad_materna_indigena_prevenicion_cdi_pnud.pdf.

muerres maternas, así como en la reorientación de programas gubernamentales capaces de atender a la población indígena con las particularidades culturales necesarias.³⁴

Así, al reflexionar sobre la salud y la equidad no sólo es necesario analizar lo que desde el Estado se realiza u omite, sino que también debemos ver mediante qué procesos se construyen las realidades actuales. Al mismo tiempo esto abre el espacio para preguntarnos si, en efecto, esas realidades, que por el momento nos indignan, podrían ser de otra forma y, de ser así, cómo lograr la transformación hacia una sociedad más justa y menos desigual.

Es así como llegamos al actor que completa la tríada analítica sobre la que deseamos reflexionar en las páginas siguientes: mujeres indígenas-Estado-organizaciones de la sociedad civil. Hasta este momento hemos argumentado que las mujeres indígenas viven una situación de desigualdad en temas de salud; hemos dicho también que el Estado es responsable de esta situación y que, por tanto, le correspondería transformar esta realidad. Ante esta situación, a continuación analizaremos cómo la sociedad civil organizada puede intervenir como agente de mediación para que, al incidir sobre las políticas públicas, modifique la situación de desigualdad descrita o, al menos, señale insistentemente los vacíos que se observan para lograr la tan anhelada igualdad.

Aunque no existe consenso sobre la definición del concepto sociedad civil, en este documento nos referimos a aquellas organizaciones que cumplen dos requisitos principales:

³⁴ Para la agenda de mujeres indígenas en México revisar los siguientes documentos: Agenda Política de las Mujeres Indígenas de México en: http://www.uindp.org.mx/HMI/1/pdij/AGENIVA_FAMILITICA_yweb_.pdf; Pronunciamiento de Mujeres Indígenas en el Encuentro Nacional Feminista, México, 2010, Zacatecas; Declaración del Iztacfluatí; VI Encuentro Continental de Mujeres Indígenas de las Américas, Hueyapan, Tetela del Volcán, Morelos, México, 2011. Nota de prensa: "La agenda inconclusa para las mujeres indígenas mexicanas", en <http://biblioteca.colson.edu.mx:8082/repositorio-digital/jsptii/>.

- a) no están vinculadas directamente al Estado, es decir, su surgimiento y desarrollo tienen una dinámica relativamente autónoma;
- b) no se rigen exclusivamente por las leyes del mercado, es decir, su objetivo principal no se orienta al beneficio económico.

Contexto y antecedentes

El tema de la partería (tradicional o profesional) ha sido ampliamente analizado por la literatura especializada a partir de dos posturas principales: por un lado, la que se ha abocado a indagar cómo potenciar esta práctica para mejorar indicadores de salud materna y, por otro, la que ha puesto en el centro la interacción entre salud, identidad y partería, visibilizando los significados culturales y la autoridad comunitaria de las parteras tradicionales.

Así, en el primer caso, desde la segunda mitad del siglo XX se presentan importantes avances enfocados en la participación de las parteras indígenas en los sistemas de salud. Autores como Sargent y Rubel, 1976; Gardezy, 1969 y Gordon, 1965 analizaron en qué forma las parteras podían integrarse al sistema de salud aprovechando su comunicación con comunidades marginales en países como Pakistán, India y México. Pese a la divergencia de las zonas de análisis, estas investigaciones concluyeron en los beneficios demográficos que traería incorporar a estas nuevas actoras a los sistemas de salud. Inclusive, diversos documentos presentados en los años setenta y ochenta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), destacan la incorporación formal de las parteras tradicionales y profesionales en los sistemas de salud en América Latina con el objetivo de cumplir con los requerimientos de la demanda (Maglacas y Simons, 1986).

Más recientemente, autores como Liljestrand y Path Manahatan (2004) analizaron el caso de Sri Lanka y Malasia, naciones con economías emergentes que han reducido en forma considerable sus tasas de mortalidad materna. Cuando estos autores investigaron a fondo la estrategia de esos países concluyen que la partería profesional ha sido

una práctica fundamental para impulsar este proceso, y recomiendan que naciones con características económicas similares sigan el ejemplo de las regiones asiáticas consideradas.

En el mismo tenor, y para el caso mexicano, en 2011 el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) dio a conocer la investigación “Parteras profesionales técnicas y enfermeras obstetras: una opción para la atención obstétrica en México” (Romero, 2011) artículo que hace referencia específica a la escuela de partería profesional CASA y concluye que las habilidades que se desarrollan, como parte del plan de estudios, son congruentes con los lineamientos de la OMS respecto a la atención del parto y que, por eso, son un recurso valioso para impulsar la salud materna.

En cuanto al reconocimiento de la identidad cultural de las parteras y su papel como líderes comunitarias, otras investigaciones destacan la importancia de esta figura, así como las contradicciones y tensiones a las que se enfrenta en el sistema de salud gubernamental u ortodoxo. Dentro de esta línea están las aportaciones de Sesia, 1996; Benoit, 1994, y Foley, 2005, entre otras.

Desde una perspectiva histórica, aunque no ajena al debate citado, Floyd (2001), publicó el artículo “La partera profesional: articular la identidad y el espacio cultural para un nuevo tipo de partería en México”, donde documenta la aparición de un nuevo tipo de partera en México: la partera profesional. Estas nuevas actrices, de diversos orígenes socioculturales, al principio se acercaron a las parteras profesionales estadounidenses en el modelo de partería fuera del hospital y hoy han adoptado este modelo situado en México. En el artículo de Floyd se identifican dos etapas fundamentales en el desarrollo de la profesionalización de la partería en México:

• Décadas de 1970 y 1980: mujeres profesionistas mexicanas y extranjeras de clase media y de zona urbana que, con base en sus propias experiencias de trabajo en partos fuera de los hospitales —atendidas por parteras—, comenzaron a buscar opciones frente a los malos tratos que las mujeres parturientas reciben en los hospitales de México;

algunas de ellas encontraron respuestas formales de formación sobre la partería en la comunidad estadounidense, canadiense y europea.

• Década de 1980: parteras tradicionales y enfermeras con prácticas de partería habrían de coincidir con las mujeres estadounidenses para abordar temas al respecto, y los primeros temas de derechos sexuales y reproductivos. Las mujeres formadas en temas de partería en la zona anglosajona se convirtieron en las primeras maestras de las parteras tradicionales, con miras a profesionalizar y humanizar la atención del parto y dotar a quienes ejercían la partería tradicional de mejores herramientas para la atención de partos con complicaciones.

Aunque el recuento ha sido breve, en el cuerpo de investigaciones sobre partería identificamos una tensión básica que permea la discusión sobre este tema: aquella que se encuentra entre el uso instrumental de las parteras, sus saberes y profesionalización, y su aceptación como actores con un fuerte componente intercultural reflejado en la partería tradicional.

¿Hasta dónde el reconocimiento oficial o la incorporación de la partería implican una aceptación de las diferencias culturales entre la población y el personal de salud? ¿En qué forma pueden conciliarse o no la partería profesional y la tradicional? Puesto que esta relación no es automática, es importante visibilizar de qué manera el Estado o las OSC que han impulsado la partería profesional (como CASA) han avanzado sobre la salud intercultural o se han concentrado únicamente en incrementar la cobertura de la atención especializada al parto.

Si bien la investigación que se presenta a continuación no se ubica estrictamente en ninguna de estas dos posturas (puesto que nuestro objetivo ha sido observar el proceso de incidencia de la Escuela de Parteras Profesionales CASA de San Miguel de Allende en la política pública y ver de manera muy general la apertura de la primera escuela pública de partería en el estado de Guerrero), sí creemos pertinente esta discusión para entender los alcances de la partería en la construcción de una sociedad más equitativa.

CASA, actor relevante en la partería profesional en México

La descripción anterior nos da un panorama general cuando se analiza la historia de la Escuela de Parteras Profesionales CASA. En 1981 la organización tenía como objetivo difundir temas de salud sexual y planificación familiar entre adolescentes de comunidades marginadas en San Miguel de Allende. Los fundadores de este proyecto fueron Nadine Goodman, mujer de origen estadounidense que residía en Guanajuato, y su esposo Alejandro González. Ambos decidieron iniciar esta tarea de acción social con pláticas de orientación y salud sexual en su propio hogar. Durante varios años este fue el propósito principal de CASA, cuyo principal eje de acción fue la promoción de la educación sexual, el acceso a la planificación familiar y los servicios de salud reproductiva en San Miguel de Allende; trabajaron también con problemáticas como el aumento de casos de embarazo en adolescentes, la violencia sexual y doméstica, así como la mortalidad y morbilidad materna.³⁵

La escuela de partería de CASA surgió hasta 1996, año en que se inició el diseño del primer plan de estudios de la Escuela de Parteras Profesionales. Este redireccionamiento en las actividades de la OSC lo propició su interacción con las demandas de las mujeres de San Miguel de Allende. Antonia Córdova fue una de las figuras clave para que CASA adoptara la demanda de profesionalizar la partería.

Antonia, una partera comunitaria que tomó todos los cursos de la organización, con el tiempo solicitó a Nadine formación especializada en temas de partería. Nadine fue receptiva a esta solicitud y puso a Antonia en contacto con Patricia Key, partera profesional de origen estadounidense que residía en Tepoztlán, México. Se organizaron así cursos de capacitación impartidos por Key a un grupo de mujeres, en su mayoría parteras tradicionales de Guanajuato, y más tarde CASA decidió poner en marcha el proyecto de una escuela de parteras profesionales. El primer plan de estudios lo diseñó un equipo conformado

³⁵ Extraída de <http://www.casa.org.mx/historia-de-casa/>.

por una matrona chilena, una estadounidense y algunos profesionistas, como médicos, ginecólogos y pedagogos (López, 2013).

Observamos así que cuando esto sucedía en la segunda mitad de la década de 1990, el proceso de CASA coincide con los cortes históricos que señala Davis-Floyd. En este sentido podemos enfatizar que el liderazgo en el tema lo asumieron de manera primordial mujeres extranjeras de clase media o media alta interesadas en difundir un modelo de parto humanizado.³⁶ En un inicio, su interacción con las parteras tradicionales o empíricas fue una relación de maestras-alumnas, lo que ayuda a entender que el modelo seguido en esta escuela de parteras profesionales se basa principalmente en las propuestas de partería profesional desarrolladas en Estados Unidos.³⁷

Durante varios años esta profesionalización encontró cerradas las puertas del sistema de salud gubernamental. La partería en México, aunque ancestral (y ahora profesionalizada), no era reconocida por las autoridades, de manera que las primeras egresadas de CASA sólo podían ejercer los saberes adquiridos en el hospital de la organización, o bien, atendiendo partos en forma particular.

Sin embargo, esta situación se transformó en 2011, año en el que el sistema de salud mexicano reconoció la figura de partera y con ello

³⁶ Según la Organización Mundial de la Salud, un modelo de parto humanizado implica que cada mujer tiene el derecho de tomar decisiones informadas para ser la protagonista durante el parto: decidir en qué posición parir, por quién estar acompañada, su desreconocimiento como una enferma y su reconocimiento como ser activo frente al evento de parir.

³⁷ Es importante enfatizar que aunque la partería profesional en México sigue un modelo adaptado de otros países, no implica que en los cursos no se retomen elementos de partería tradicional. Un ejemplo es la materia de práctica comunitaria, en la que las estudiantes deben vivir cierto tiempo con una partera tradicional, lo que propicia el intercambio de saberes entre ambas. También es cierto que el plan de estudios aborda principalmente áreas médicas y biológicas en materias como biología, psicología, fundamentos de la partería, anatomía, fisiología, farmacología, ginecología, obstetricia, enfermería; las áreas sociales se abordan en socioantropología, práctica comunitaria de la partería y salud pública, entre otras.

se abrió la oportunidad de que parteras con cédula profesional pudieran ser contratadas en hospitales públicos. CASA impulsó esa reforma, ya que fue su propio equipo el que redactó la propuesta de cambio en la normatividad que presentó el senador Ernesto Saro, presidente de la Comisión de Salud del Senado en 2010. El 24 de febrero del 2011 la Secretaría de Salud (SSA) notificó la creación y registro del puesto de partera técnica con el código MO2117.

En términos generales, en el siguiente esquema cronológico se presenta la historia de CASA.

Tabla 1. Cronología de la trayectoria de CASA

<p>1981-1983 Inicios</p>	<p>Un equipo conformado por profesionistas, una estadounidense varios mexicanos, inician trabajos de formación e información sobre salud sexual y reproductiva, y planificación familiar, teniendo como grupo objetivo a adolescentes y población en situación de marginación urbana o rural. Surge el programa de promotores comunitarios.</p>
<p>1984 Conformación jurídica</p>	<p>CASA se conforma como asociación civil.</p>
<p>1985-1990 Generación de nuevos programas, aparición de nuevas actrices</p>	<p>Se llevan a cabo los primeros intercambios de información con parteras tradicionales del Bajío mexicano. Se implementa el programa de guardería para hijos/as de adolescentes.</p>
<p>1990-1995 Incurción de CASA en el tema de partería profesional</p>	<p>Entre 1991 y 1995 se construye el primer hospital de maternidad en el país para ser administrado por parteras y médicos profesionales. El objetivo fue hacer de éste un espacio de formación y enseñanza para alumnas de partería profesional. En el primer contrato para atender el hospital se incluye un par de parteras tradicionales. Inicia el Programa de Educación de Salud Sexual y Abogacía a Nivel Estatal, cuyo propósito es promover la educación sexual y reproductiva a maestros, padres y estudiantes del sistema escolar de Guanajuato.</p>

<p>1996-2000 Establecimiento de la primera Escuela de Partería Profesional.</p>	<p>En 1996 se concreta el primer plan de estudios. En 1997 CASA inicia la formación de la primera generación de parteras profesionales en México y empiezan las gestiones para que la partería profesional sea incorporada a la SEP. El mismo año se obtiene la incorporación y el reconocimiento con validez oficial de los estudios de educación técnica terminal en la especialidad de partera profesional con alumnado femenino. En 1999 la Secretaría de Salud de San Luis Potosí autoriza y CASA firma un convenio para que las alumnas egresadas de la Escuela de Parteras Profesionales realicen su servicio social en terrenos prácticos en las comunidades de esa entidad junto a las parteras tradicionales. En 2000 se abre el Centro Social CASA Santa Julia, que integra un campus de partería, biblioteca pública y guardería. En este complejo se alojan las estudiantes y mediante las becas que CASA otorga son beneficiadas con un alimento diario. En ese año egresa la primera generación de parteras profesionales.</p>
<p>2001-2005 Etapa de reconocimiento y consolidación</p>	<p>En 2001 la primera generación de parteras profesionales recibe de la SEP su cédula profesional. El sistema de salud gubernamental mediante el programa IMSS Oportunidades abre sus puertas al servicio social de parteras profesionales en las 22 entidades en las que la institución tiene hospitales. En 2004 la Secretaría de Salud de San Luis Potosí contrata a cuatro egresadas de CASA para trabajar en sus hospitales públicos.</p>
<p>2001-2014 Etapa de reconocimiento y réplica</p>	<p>En 2006 el Comité Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud aprueba un dictamen favorable para la apertura de campos clínicos a escala nacional para el servicio social de egresadas de CASA. En 2009 las alumnas de CASA realizan prácticas por primera vez en San Miguel de Allende, en el Hospital General Felipe G. Dobarganes. CASA logra en 210 el dictamen de acreditación en Capacidad, Calidad y Seguridad para la Atención Médica en el Catálogo Universal de Servicios de Salud otorgado por la Secretaría de Salud. En 2011 se impulsa y aprueba una iniciativa de ley para incorporar a la partera profesional en el sistema nacional de salud. Se crea así el puesto de partera técnica en el sistema de salud gubernamental.</p>

Fuente: Elaboración propia

Esta cronología ofrece un panorama más amplio sobre cómo CASA, a partir de los recursos disponibles, ha logrado posicionar las demandas de las parteras profesionales ante diversas entidades estatales, nacionales e internacionales, recursos que bien pueden ser de tipo administrativo, legal, académico, político, de difusión periodística y de gestoría social. Es importante señalar también que el reconocimiento de la figura de partera profesional como personal de salud estuvo enmarcado en un contexto histórico en el que las demandas por la igualdad de género —y entre éstas las relativas a la salud de las mujeres— habían ganado peso internacional mediante diversas conferencias y convenciones mundiales que comprometían a los Estados parte a desarrollar una serie de acciones y medidas para garantizar, entre otros aspectos, el acceso de las mujeres a servicios de salud y a la planificación familiar.³⁸

³⁸ Temas sobre la salud de las mujeres en México y en el mundo que se plantearon a escala internacional primordialmente en la Primera Conferencia Mundial de la Mujer realizada en México en 1975. Ese mismo año la Asamblea General de las Naciones Unidas lo declaró el Año Internacional de la Mujer, haciendo visible las situaciones de desigualdad de las mujeres frente a los varones.

En la conferencia se recomendaron acciones y medidas que los gobiernos debían cumplir para lograr la igualdad y la eliminación de la discriminación, la plena participación de las mujeres en el desarrollo y una mayor contribución de éstas a la paz mundial. Entre los planes y metas de acción se incluía garantizar a las mujeres el acceso a los servicios de salud y planificación familiar.

En 1979 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés), que incorporaba la importancia social de la maternidad y señalaba que el papel de la mujer en la procreación no debe ser causa de discriminación. En el artículo 14 se especifica que los Estados parte —México entre ellos— tendrán en cuenta los problemas específicos a los que hace frente la mujer rural; el numeral 2 del mismo artículo, inciso b), declara que para eliminar la discriminación de la mujer rural se asegurará el derecho a obtener acceso a servicios adecuados de atención médica, inclusive de información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia³⁹. Esta convención es uno de los primeros andamiajes legales en favor de las mujeres que, por su importancia, debe tenerse en cuenta a cabalidad al elaborar planes y programas nacionales. El agregado fundamental en la convención es el tema relacionado con la función procreadora de la mujer, al establecer que cada una tiene derecho a la libre y responsable toma de decisiones sobre el número de hijos y el intervalo entre los mismos, así como al acceso a información, educación y participación.

De esa manera, la Escuela de Parteras Profesionales estuvo en medio de la discusión de los problemas y demandas locales, y la ubicación del tema de la salud materna infantil en las agendas internacionales por el gobierno y las OSC, lo que políticamente constituyó para ellas la apertura a una participación acorde con los diálogos y compromisos del Estado mexicano en el exterior.

Finalmente, otro referente internacional indispensable para entender esta ventana de oportunidad abierta por el contexto histórico a la incorporación de la partería profesional en el sistema de salud son los Objetivos del Milenio.³⁹

En la Segunda Conferencia Mundial realizada en Copenhague, en 1980, se revisaron las metas planteadas cinco años atrás y se vislumbraban los logros de la apertura de la igualdad jurídica, mas no la sustantiva entre mujeres y varones. En esa segunda reunión la salud fue uno de los tres ejes especiales de análisis y se observó que una de las discrepancias entre los derechos jurídicos de las mujeres y el ejercicio real de los mismos era la falta de atención a sus necesidades particulares en la planificación familiar.

Después de la tercera conferencia en Nairobi se realizó la cuarta en Beijing, donde se hizo un reconocimiento explícito y se reafirmó el derecho de las mujeres a controlar todos los aspectos de su salud, en particular su propia fecundidad como fundamental para potenciar su papel, garantizar la igualdad de acceso y la igualdad de trato de hombres y mujeres en la educación y la atención de la salud, así como promover la salud sexual y reproductiva de la mujer. En esta conferencia participaron por vez primera mujeres indígenas, quienes lograron colocar algunos puntos en la agenda internacional. Entre éstos el compromiso de los Estados a intensificar los esfuerzos para garantizar el disfrute en condiciones de igualdad de los derechos humanos y libertades fundamentales de las mujeres y niñas que enfrentan múltiples barreras para lograr su potenciación y su adelanto por factores como raza, edad, idioma, origen étnico, cultura, religión o discapacidad, o por pertenecer a la población indígena.

³⁹ El propósito de los Objetivos del Milenio (ODM) es erradicar la pobreza extrema y el hambre; lograr la enseñanza primaria universal; promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer; reducir la mortalidad infantil y materna, mejorar la salud reproductiva, intensificar la lucha contra el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades, garantizar la sostenibilidad del medio ambiente, y crear una alianza mundial para el desarrollo. Este acuerdo fue firmado en 2000 por los jefes de Estado y de gobierno de 189 naciones, quienes se comprometieron a cumplir con el contenido de la Declaración del Milenio.

De ahí que la apertura de la escuela de partería también comienza a colocar las demandas y problemas mencionados con una especificidad: la partería como opción de lucha contra la mortalidad materna infantil, sobre todo en la población marginada y adolescente. Aunque este aspecto ya lo consideraba la misión de CASA⁴⁰ (definida años antes), tomaba especial relevancia en el momento descrito. De igual forma, esta reorientación de la agenda internacional en los temas de salud de las mujeres permitía crear enclaves estratégicos para la promoción de la partería profesional orientada específicamente a los sectores menos favorecidos de la sociedad, demanda que no estaba presente de manera explícita en la misión de la Escuela de Parteras Profesionales (sino más bien dirigida a promover el proceso natural del nacimiento como opción para todas las mujeres, independientemente de su pertenencia étnica o de clase).⁴¹

Metodología

En una primera etapa nos dedicamos a la revisión bibliográfica y búsqueda en internet de elementos contextuales que nos permitieran avanzar en la comprensión de esta OSC. Después, durante junio de 2013, realizamos trabajo de campo en San Miguel de Allende, y de observación en el hospital de CASA (conocimos las instalaciones, las diversas formas de parir que pueden elegir las pacientes, el consultorio de parteras, la escuela de partería), así como pláticas informales con las estudiantes de partería y cinco entrevistas semiestructuradas con algunas de ellas.

También entrevistamos a Nadine Goodman, fundadora y asesora de CASA; a Maribel García Hernández, coordinadora académica y ad-

⁴⁰ En su sitio web, CASA menciona que su misión es contribuir con calidad y calidez a elevar las condiciones de vida de la población más vulnerable mediante acciones en salud, educación y cultura para promover el desarrollo sustentable y el respeto a los derechos humanos con una perspectiva de género.

⁴¹ La misión de la Escuela de Parteras Profesionales CASA, retomada de su sitio web, es proporcionar acceso a la mujer al modelo de cuidado de parteras que apoya y protege el proceso natural de nacimiento, que es más adecuado para la mayoría de las mujeres durante el embarazo y el alumbramiento.

ministrativa; a personal médico adscrito al hospital en que las alumnas realizan sus prácticas profesionales y a parte del personal de voluntarios/as de CASA. 0 - j

Estas actividades se complementaron con el trabajo de archivo, gracias a que se nos dio la facilidad de consultar gran variedad de documentos administrativos de la escuela. i

Es necesario señalar que el trabajo de campo se realizó únicamente con el equipo de CASA, pues la limitación en los recursos disponibles para la investigación impidió acercarnos a otro tipo de actores, como los interlocutores de CASA dentro del sector salud o las redes de CASA en otros estados, como Guerrero y San Luis Potosí. Por ello, lo que se presenta en los acápites siguientes es información obtenida y sólo con uno de los actores del proceso de incidencia, lo cual, al mismo tiempo, representa un área de oportunidad para continuar analizando esta experiencia en futuras investigaciones.

Decisiones teórico-metodológicas

Durante nuestra estancia en CASA observamos que esta organización civil ha incidido en diversas medidas gubernamentales relacionadas con la partería, desde luchar por el reconocimiento de la escuela y por el derecho de sus alumnas a realizar servicio social en los diversos hospitales del país, hasta la creación del puesto de partera profesional dentro del sistema de salud (2011) facilitando un horizonte laboral para sus egresadas. La información de incidencia de esta OSC era abundante y encaminada hacia procesos que, aunque evidentemente relacionados, presentan sus propios ritmos y matices.

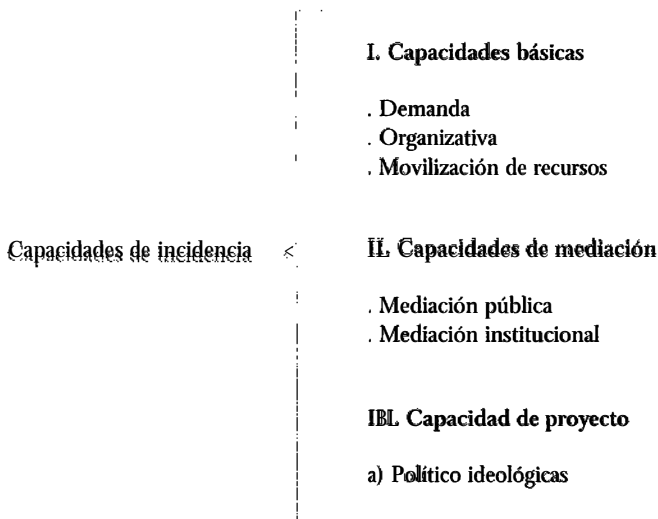
Ante tal diversidad de información tomamos la decisión metodológica de documentar sólo un proceso de incidencia. Elegimos entonces el caso de la Escuela de Parteras Profesionales de San Miguel de Allende y la manera en que su equipo ha acompañado la creación de la primera escuela pública de partería en el estado de Guerrero como resultado de un intenso proceso de interacción. Nos parece que el he-

cho de que ese estado haya tomado bajo su responsabilidad la creación de una escuela pública de parteras profesionales fue sin duda un gran logro en el posicionamiento del tema en el sistema de salud, y creemos también que este proceso permite ver ciertas características y formas de operar de la OSC de nuestro interés. Así, partimos del presente y del hecho de que ya está en operación una escuela de parteras profesionales en Tlapa de Comonfort (llamada Escuela de Partería Profesional) para desde ahí reconstruir el camino andado.

Sin duda la historia se escribe todos los días, al igual que nuestra identidad, habilidades y marcas de vida. Creemos que lo mismo sucede con el desarrollo de las OSC, y que es en el propio acontecer de las batallas cotidianas que se forman y fortalecen sus capacidades y demandas. Así, no dudamos de que el proceso de apertura de la escuela de Guerrero permitió que CASA adquiriera y fortaleciera ciertas habilidades de incidencia. Sin embargo, dada la historia particular de la organización y sus antecedentes, así como las restricciones de esta investigación, tomamos la segunda decisión metodológica: considerar un conjunto de características de incidencia que supondremos en CASA en forma previa, concentrándonos en el análisis de cómo éstas se reflejaron en el proceso específico de la escuela de Guerrero.

La tercera decisión metodológica era entonces decidir qué características nos interesaba visibilizar, pues en el proceso incidieron tantas habilidades que en no pocas ocasiones la realidad se nos presentó como una maraña de actores, capacidades y decisiones. En una nueva búsqueda bibliográfica sobre procesos de incidencia encontramos el esquema propuesto por Moreira Gómez (2011), autora que analizó la incidencia de OSC en varios países de América Latina en torno al tema del derecho a la comunicación. Pese a la divergencia de los temas, consideramos pertinente su análisis con nuestra búsqueda en tanto se concentra en los procesos más que en los resultados. Por ello adaptamos su esquema de capacidades y así pudimos, poco a poco, identificar el color de ciertos hilos que permitieron hacer más manejable nuestra información. Nuestros hilos o dimensiones son los siguientes.

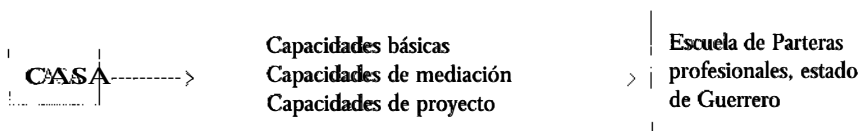
Figura 3. Capacidades de incidencia analizadas en la interacción CASA-Escuela Pública de Parteras Profesionales den Guerrero



Fuente: Elaboración propia

En los siguientes apartados describiremos brevemente cómo se presentan estas características en CASA para después mencionar la forma en que se pusieron en juego para la apertura de la Escuela de Parteras Profesionales en el estado de Guerrero. La siguiente figura ilustra el esquema teórico-descriptivo.

Figura 4. Proceso de incidencia CASA



Fuente: Elaboración propia

Resultados; capacidades de incidencia

Capacidades básicas

Este grupo de capacidades no se refieren específicamente a características que entren en juego al momento de la interacción destinada a incidir, sino que son el mínimo requerido para que una OSC asegure su supervivencia y fortalecimiento en un primer momento, para después plantearse el objetivo de incidir, es decir, instrumentar acciones que tengan consecuencias directas en las políticas que decide e implementa el gobierno (Tapia *et al.*, s/f).

a) Capacidad de crear demanda

Esta capacidad se refiere a la forma en que una OSC se articula en torno a un tema específico y trabaja para posicionarlo o resolverlo cuando éste es un problema concreto (soluciones ante hechos que afectan directamente a la comunidad, como la falta de alumbrado público o agua). En el caso del Centro de Adolescentes de San Miguel de Allende rastrear su historia nos permite observar la manera en que sus demandas se han diversificado, aunque siempre en torno a la rama mayor que es la salud sexual y reproductiva. De los nueve programas⁴² de CASA, el que mayor fuerza e impacto nacional ha tenido es la escuela y el hospital de parteras. En este sentido identificamos una reorientación de la demanda original de la organización para difundir temas de salud sexual entre adolescentes a insertar a las parteras profesionales en el sistema de salud gubernamental.

⁴² Promotores de Salud Comunitaria (PSC), programa iniciado en 1991; Centro de Desarrollo Infantil (CDI, que inicia su servicio en 1985; Programa de Promotores en las Escuelas (Pessane), fundado en 1992, y que trabaja directamente en escuelas; Teatro Educativo sobre Temas de Interés Social (Teatro), empieza a dar servicio en 1996; Hospital de Maternidad y Familiar, que ayuda a mujeres y a sus familias desde 1994; Escuela de Partería Profesional, que abre en 1996; Radiodifusión y Educación en Derechos Sexuales y Salud (Redess), que a partir de 2005 difunde los spots "Prevención de violencia doméstica"; la prevención de la violencia ha sido siempre parte del trabajo de CASA; Biblioteca y programas de fomento a la lectura; CASA estableció su primera biblioteca en 1990.

Como se describió en párrafos anteriores, la formación de parteras surgió de la relación entre Nadine Goodman (fundadora de CASA) y Antonia Córdova, quien entonces era partera tradicional en Guanajuato y deseaba avanzar en su capacitación sobre temas de salud sexual y reproductiva. Al fundarse la escuela de parteras en 1996, el hecho se ligó con la demanda que había enarbolado la institución: promover la salud reproductiva en comunidades marginadas. Esta línea se presenta en forma paralela a la demanda inicial de CASA de difundir información sobre salud sexual entre población vulnerable o que viviera en condiciones de pobreza y tuviera, por tanto, acceso restringido a métodos de planificación familiar e información al respecto.

El público al que se desea atender es el mismo (población vulnerable o en situación de marginación), aunque con la partería se sostiene la demanda de evitar la mortalidad materna que, como se sabe, es indicador de injusticia social, pues la mayoría de esas muertes pueden evitarse si se cuenta con acceso pleno, oportuno y resolutivo a la atención de las urgencias obstétricas.

Así, podemos presentar la demanda de formar personal capacitado de salud (parteras) para atender a población vulnerable (pobre o marginada) promoviendo con ello la salud reproductiva, específicamente mediante la reducción de las tasas de mortalidad materna. >

Sin embargo, y aunque esta es la demanda más característica de la Escuela de Parteras Profesionales, hay otro elemento que la directora de CASA tiene muy claro, según expresó en entrevista el 15 de junio de 2013: no se trata únicamente de capacitar personas para atender una necesidad del país, sino, al mismo tiempo, crear posibilidades de trabajo remunerado para mujeres que también provienen de comunidades marginadas.

Así, las integrantes de CASA enarbolan dos demandas principales en torno al tema de partería; la primera ya se ha mencionado, mientras que la segunda es que las parteras tengan acceso a un salario digno y a un reconocimiento a su trabajo profesionalizado y oficializado en las

políticas de salud. A ello se orientó, entre 1995-2011, gran parte del trabajo de CASA, pues se debieron remover obstáculos para propiciar una respuesta gubernamental que finalmente cristalizó en el reconocimiento de las parteras profesionales como parte del sistema de salud y, por tanto, pueden ocupar una plaza dentro de éste. Esto es importante en tanto las alumnas son seleccionadas privilegiando un perfil de mujeres jóvenes provenientes de comunidades rurales, indígenas o de alta marginación urbana en México.

Este hecho también representa una de las principales divergencias de CASA con otras escuelas de partería en México que no ofrecen reconocimiento oficial a sus egresadas, y por eso mismo con ellas, por ejemplo, no se han formado con ellas redes alrededor del tema de parto humanizado,⁴³ pues aunque este es el modelo que se enseña tanto en CASA como en otras instituciones que ofrecen capacitación en partería en nuestro país, la demanda principal de la institución que analizamos no es el parto humanizado o la interculturalidad en el sistema de salud, sino, de manera principal, reducir la muerte materna y crear oportunidades laborales para mujeres de población vulnerable.⁴⁴

De lo hasta aquí expuesto concluimos en forma preliminar que CASA tiene una fuerte capacidad de articularse en torno a demandas concretas que, además, han resultado oportunas dentro del contexto político del país. La exigencia de estos dos ejes principales ha permanecido y ello representa una ventaja relativa al no dispersar esfuerzos en otras demandas que, aunque no menos urgentes,⁴⁵ la OSC analizada ha decidido no abanderar por el momento.

⁴³ Antes bien, pertenece a redes internacionales, como la Alianza de Parteras de Norte América (MANA), de las que algunas parteras profesionales forman parte; la primera reunión de la MANA-México se realizó en Oaxtepec, y la segunda, en 2000, en San Luis Potosí.

⁴⁴ Para elegir a sus alumnas, por ejemplo, CASA realiza un estudio socioeconómico y da prioridad a mujeres provenientes de comunidades indígenas de México y otros países, así como de contextos de pobreza o marginación.

⁴⁵ Entre estas demandas no abanderadas con la misma fuerza identificamos en especial la institucionalización de la interculturalidad en el sistema de salud gubernamental y la equidad de género. Aunque ambas tienen relación con la partería, no es

b) Capacidad de movilización de recursos

Esta capacidad básica se refiere, como su nombre lo indica, a la habilidad de la OSC de recibir los recursos necesarios para su supervivencia y sostenibilidad. CASA ha desarrollado una gran experiencia en términos de presentación de proyectos, aunado a los resultados positivos de la organización en la promoción de la salud sexual y reproductiva, propiciando que año con año la escuela de parteras reciba financiamiento de fundaciones privadas y, en los últimos años, también del gobierno federal.

En el trabajo de campo constatamos la infraestructura con que cuenta CASA: la posada de nacimientos es un lugar amplio y equipado en donde las estudiantes realizan sus prácticas y pueden laborar una vez egresadas.

La escuela se encuentra en instalaciones cercanas a la posada de nacimientos; se trata de un espacio grande en donde operan los nueve programas de la organización y cuenta con un comedor para las alumnas y dormitorios para la mitad de ellas, mientras que la otra mitad se hospeda en una casa rentada por la organización subvencionada por los ingresos que CASA adquiere por sus servicios y renta de espacios. En entrevista con los promotores de salud, éstos refirieron que al menos 60 personas trabajaban en CASA como asalariados/as.

Como ya se mencionó, de todos los programas, la Escuela de Parteras Profesionales es quizás el más sobresaliente y el que posee más recursos. Todas las alumnas que ingresan, sin excepción, cuentan con una beca completa que incluye matrícula, hospedaje, libros de texto, materiales y una comida diaria.

tan directa como pareciera. Así, por ejemplo, pese a que la Secretaría de Salud ha contratado parteras, el hecho no se ha traducido en acciones del modelo de parto humanizado, como que ellas puedan atender partos en posiciones distintas en hospitales públicos, ni en capacitación sobre interculturalidad a los médicos con quienes las parteras interactúan (de aquí que se deriven diversas tensiones entre el personal de salud, como pudimos comprobar en el trabajo de campo). En cuanto a la equidad de género, si bien la reducción de las tasas de mortalidad materna beneficia a las mujeres, ello no se traduce en otro tipo de transformaciones de las relaciones de género marcadas por la desigualdad en la distribución del poder.

Tanto la posada de nacimientos como la escuela y sede de CASA son propiedad de la organización. Esta infraestructura, al igual que las becas, se han obtenido mediante donativos de diversas instituciones como el Instituto Carso de Salud, Johnson and Johnson, Kellogg Foundation, MacArthur Foundation, Clayton Foundation, Amistad Canadá, Atkinson Foundation, Moriah Foundation y Empower Foundation, entre otras.

Desde 2011 la Escuela de Parteras Profesionales CASA también cuenta con apoyo del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, cuya aportación se destina principalmente a las becas de las alumnas. Como se observa, sin embargo, esta movilización de recursos desde el sector gubernamental es muy reciente y ha llegado en un momento de relativa consolidación de la escuela. Al mismo tiempo, puesto que el recurso se asigna año con año, no hay ninguna garantía de que permanezca en tanto que no es un recurso etiquetado ni se encuentra asentado en ninguna normatividad. De hecho, durante nuestra estancia en San Miguel de Allende, una de las principales preocupaciones del equipo académico de CASA era que aún no se firmaba el convenio de ese año y la convocatoria para el 2013 estaba por lanzarse; el futuro de las becas para esa generación era tan incierto que en entrevista, Maribel García Hernández mencionaba la posibilidad de incluso no abrir convocatoria (aunque ello implicara perder una generación) hasta que el recurso federal estuviera asegurado.

Así, podemos afirmar que CASA cuenta ya con cierto *expertise* para recibir financiamiento de organizaciones internacionales, aunque un reto emergente para esta OSC es asegurar que el Estado mexicano se sume con recursos económicos estables a la formación de parteras profesionales.

Esta situación de inestabilidad respecto al apoyo gubernamental lleva también a reflexionar en torno a la importancia de que el financiamiento estatal se *institucionalice*; es decir, asegure su continuidad y con ello la sostenibilidad de la OSC mediante normatividades y estrategias, como los presupuestos públicos etiquetados. Por ello en futuras

investigaciones es fundamental exponer cómo diversas organizaciones de la sociedad civil plantean o utilizan este tipo de herramientas.

c) Capacidad de organización

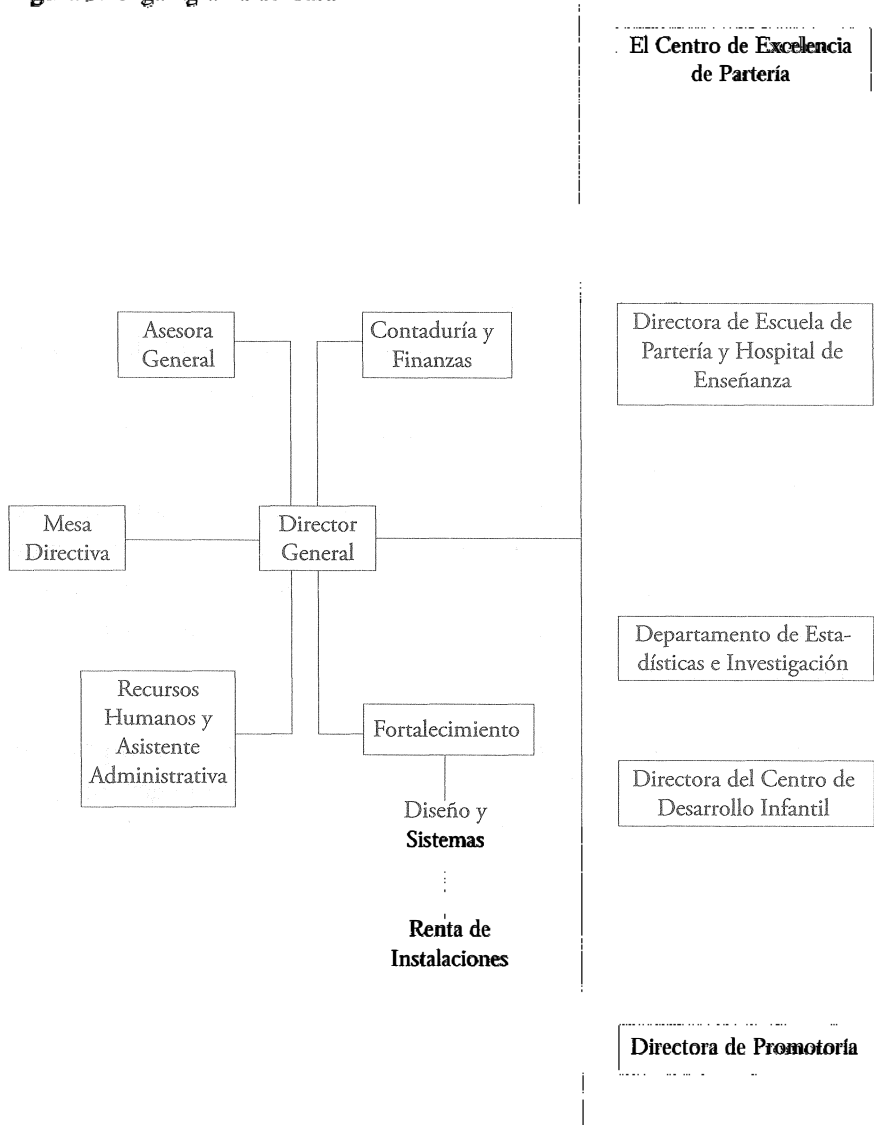
Esta es una de las demandas básicas para la supervivencia de toda OSC. Dadas las dimensiones de CASA, hemos detectado una organización jerárquica con tareas claramente diferenciadas, como se observa en la Figura 5.

CASA funciona como un conglomerado con actividades muy diversas, por lo que cada área se especializa en sus temas y desarrolla en forma más o menos autónoma proyectos encaminados al objetivo de cada programa. Durante nuestra estancia visitamos a varios promotores para conocer su trabajo y resultados. Fue interesante observar cómo cada parte del equipo propone y desarrolla acciones concretas dentro de sus líneas de acción, lo cual, sin duda, permite resultados positivos, que al contemplarse como una sola organización se potencie su impacto y relevancia social.

En términos de incidencia en política pública esto es importante porque hay un puesto claramente definido (el de asesora general) para dedicar todo su esfuerzo a establecer contactos políticos mediante reuniones, visitas, llamadas y presentaciones en eventos. En el momento de nuestra investigación Nadine Goodman desempeñaba esa labor. Como fundadora de CASA, Nadine conoce con detalle el proceso de la organización, lo que se suma a su capacidad de establecer contactos dentro y fuera del país, y a que ha desarrollado un liderazgo que le permite posicionarse como una de las principales voces en el tema de partería profesional en México.

Evidentemente, en un proceso con las magnitudes de liderar la primera escuela pública de partería profesional en el país, la organización fue un factor muy relevante para no descuidar el trabajo de CASA y echar a andar en forma simultánea la escuela de Tlapa de Comonfort, en Guerrero. Puesto que la iniciativa de esta escuela surgió de CASA, fue su equipo el que encabezó el proyecto hasta que la escuela

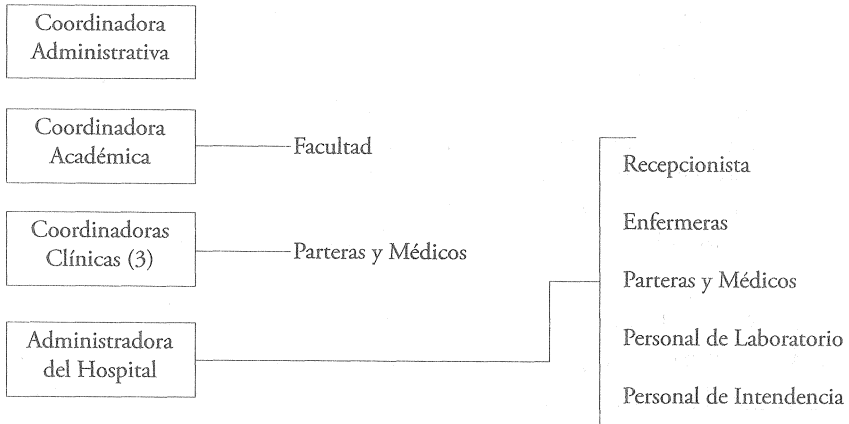
Figura 5. Organigrama de Casa



fue inaugurada con el compromiso además, de apoyar la consolidación de la institución durante su primera generación.

ii La estrategia de dividir tareas y que sólo una persona se encargue de establecer y dar seguimiento al contacto con las autoridades gubernamentales

Directora ----- Asistente ----- Asesora General



Coordinadora ----- Asistente

Maestras ----- Asistentes

Personal de Cocina

Promotores de Salud Comunitaria

Educación Sexual y Abogacía en Escuelas de Guanajuato

Prevención de Violencia

Radio

Teatro Educativo

Biblioteca ----- Fomento a la Lectura Rural

VIH/SIDA LGBT

mentales hasta el momento ha dado buenos resultados, aunque conlleva cierto riesgo en tanto que el liderazgo público reside principalmente en Nadine, lo que podría en algún momento fragilizar las demandas de la organización. Al respecto, en entrevista con ella expresó lo siguiente:

— ¿No te preocupa lo que pasaría con la partería si algún día decides retirarte?

—Sí me preocupa mucho, pero preocuparte es como sentirte culpable. Igual no me gusta que la gente hable mal de mí, que tú eres protagonista, que tú has estado... Lo que siempre digo es que al final de cuentas tienes que estar en paz contigo (...). Tengo treinta y tres años con esto, a lo mejor me muero mañana en un ratito, tal vez lo que sea, pero igual has tenido impacto (...). Sí me preocupa, pero yo creo que, no sé, tienes que analizar las ventajas y desventajas, tomar tus decisiones. Tú ahorita me dices y a lo mejor sí, CASA no sobreviviría sin mí y tal vez ni la partería, pero por otro lado nunca sabes. (Goodman Nadine, 2013, entrevistada por Lilita Vianey Vargas el 15 de junio en San Miguel de Allende, Guanajuato).

De esta manera vemos que las capacidades básicas de CASA (demandas, recursos y organización) son fuertes y eso le ha permitido interactuar de manera propositiva con el Estado. Puesto que CASA se ha posicionado como actor estratégico en el tema de la partería profesional en México, su modelo es el que adopta y replica el gobierno. Creemos que, dadas sus capacidades básicas, la organización ha fungido como mediadora entre la demanda social —creada tanto por la agenda internacional de desarrollo como por ciertos grupos de la sociedad civil— de abatir las tasas de mortalidad materna y la acción gubernamental de desplegar acciones para ello.

Capacidades de mediación

a) Capacidad de mediación institucional

Esta es la capacidad que hemos buscado enfatizar en los acápites previos: ¿en qué forma la OSC ha logrado establecer diálogos o alianzas con los actores del Estado? Dado que a ello hemos dedicado buena parte de lo hasta aquí expuesto, en este apartado seremos breves y descriptivos.

CASA ha requerido la participación gubernamental para su propia supervivencia; quizás no en el ámbito de los recursos materiales, pero sí en que sin el reconocimiento oficial de las instancias correspondientes no tendría una escuela que otorgara cédulas profesionales a sus egresadas con el título técnico de partera ni que al egresar las alumnas tuvieran campos de trabajo oficiales.

En sí, CASA no ha desplegado una estrategia como tal, plenamente articulada y diseñada para la incidencia institucional. En entrevista, Nadine Goodman expresaba que ellas iniciaron con un propósito y que, para cumplirlo, no había otro camino que acercarse al Estado y tratar de incidir para remover los obstáculos que impedían cumplir con las dos demandas mencionadas. El camino fue largo y se requirieron modificaciones a diversas normatividades, y para ello fue necesaria la intervención de varios actores. La estrategia de CASA que identificamos fue el cabildeo: insistir todo el tiempo en establecer contacto con un funcionariado para presentar el proyecto y conseguir su apoyo.

Además de las ventanas políticas abiertas por el particular contexto socio-histórico actual,⁴⁶ para CASA han sido fundamentales dos aspectos:

- a) conseguir resultados específicos y positivos de su trabajo y legitimarse con sus acciones;
- b) documentar éstos y atraer los reflectores internacionales sobre su labor para presentarlos como respaldo ante las autoridades mexicanas.⁴⁷

⁴⁶ Con estas ventanas nos referimos a las oportunidades que se han propiciado para las demandas de CASA tras el compromiso de los Objetivos del Milenio, así como por la ratificación de México de tratados internacionales en torno a la equidad de género y el empoderamiento de las mujeres.

⁴⁷ Así, dentro del currículum institucional de CASA, en el apartado de reconocimientos se incluyen datos como los siguientes:

- 1996. En febrero la revista *Time* publica un artículo sobre CASA.
- 1999. En la inauguración de las nuevas instalaciones de CASA, entre los invitados estaban el representante del presidente Ernesto Zedillo, miembros del Congreso del estado, funcionarios de las secretarías de Salud y Educación, embajadores, el alcalde local, así como la diputada federal Martina Lucía Micher Camarera y el doctor Manuel Urbina, subsecretario de Salud en representación del secretario de Salud federal.
- 1999. En la primera plana del periódico *The Wall Street Journal* se publica un artículo sobre la escuela de parteras de CASA.
- 2001. El Banco Nacional de México y el Gobierno del Estado de Guanajuato otorgan al Centro de Desarrollo Infantil de CASA un premio económico por ser uno de los mejores ocho programas presentados en un concurso para la infancia.
- 2006. La organización Population Connection, antes Zero Population Growth, otorga el premio de Liderazgo a CASA, como institución líder que relaciona el aseguramiento del ejercicio de los derechos reproductivos y sexuales de la mujer, y la

Los reconocimientos internacionales a CASA sin duda han permitido que esta organización pueda contarlos dentro del capital social con que se ha acercado a negociar con autoridades del país. También ha sido fundamental el papel que han jugado las redes y los contactos internacionales, sobre todo en la organización de los planes de estudio, la integración de las parteras a la Alianza de Parteras Anglosajonas, las negociaciones con instancias internacionales y el uso constante de reflectoras nacionales e internacionales.⁴⁸

Los principales logros que hemos identificado en términos de mediación institucional se concentran en la tabla 2, divididos según se

conservación del medio ambiente y la estabilización del crecimiento de la población. Entre otros ganadores de este premio están Ted Turner y Jane Fonda. La recepción se llevó a cabo en Nueva York y entre los invitados de honor estaban la directora médica de IMSS-Oportunidades, doctora Celia Escandón; la directora del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), Thoraya Ahmed Obaid, y la subsecretaría general de las Naciones Unidas.

- 2006. Un equipo de parteras profesionales de CASA es invitado a presentar su modelo replicable de partería a dieciséis países participantes en una conferencia auspiciada por la OMS, UNFPA, y la Confederación Internacional de Parteras en Tunis, Tunesia.

- 2007. La Universidad Ben-Guiron de Israel realiza una evaluación externa al Centro de Desarrollo Infantil de CASA, y califica como excelente la dedicación y desempeño de las maestras, tanto con los niños como en su trabajo, y expresa su beneplácito por la interacción social entre los niños.

- 2007. Nadine Goodman, asesora de CASA, es invitada a ser miembro de la Clinton Global Initiative para presentar el modelo innovador de partería para la atención de la salud materna e infantil en su reunión anual en Nueva York. De los 1 300 invitados sólo veinticinco representaban organizaciones no gubernamentales de diferentes naciones. CASA se compromete a desarrollar un plan de cinco años para la réplica de su modelo en otras partes de México y de Guatemala.

- 2008. En la reunión anual del Foro Global de Filantropía se expone el modelo de partería de CASA como parte de un panel sobre sistemas de atención a la salud.

- 2008. En la reunión anual de la Iniciativa Global de Clinton en Nueva York se presenta un video del trabajo de las egresadas de la Escuela de Parteras de CASA, así como la introducción a la sesión plenaria sobre estrategias innovadores en áreas rurales.
⁴⁸ Un ejemplo es cuando la Secretaría de Salud sugirió cerrar CASA. Como reacción, la organización logró reunir firmas de apoyo a partir de movilizaciones y presentar 200 cartas de apoyo de donadores y financiadores, lo que, al parecer, fue un contrapeso suficiente.

trate de logros institucionales en obtención de recursos, o transformación de normatividades o establecimiento de alianzas con base en las dimensiones de la institucionalización que esboza Zarembeg, 2014.

Tabla 2 Principales logros de mediación institucional de CASA

<p>Transformación de normatividades REGLAS</p>	<p>1996: La Secretaría de Educación de Guanajuato otorga validez oficial a los estudios de educación técnica terminal de partera profesional.</p> <p>2000: Convenio con la Secretaría de Salud de SLP para realizar el servicio social.</p> <p>2001: Las alumnas de la primera generación reciben de la SEP su cédula profesional.</p> <p>2003: IMSS-Oportunidades abre sus puertas para el servicio social.</p> <p>2004: La Secretaría de Salud SLP contrata a egresadas de CASA.</p> <p>2010: Propuesta para reformar los artículos 61, 64 y 79 de la Ley General de Salud.</p>
<p>Obtención de recursos RECURSOS</p>	<p>2011: La Secretaría de Hacienda y Crédito Público autoriza la creación y registro del puesto de partera asistencial, lo cual posibilita que los servicios de salud de cualquier estado estén en condiciones de contratar los servicios de esas profesionales.</p> <p>1998: Se aprueban fondos del estado para la construcción de la escuela.</p> <p>2003: Convenio con la Secretaría de Salud de Guanajuato para recibir anticonceptivos y realizar pruebas de Papanicolaou.</p> <p>2011 y 2012: Convenio con el Centro Nacional de Salud Reproductiva y Equidad de Género para otorgar becas a las estudiantes</p>
<p>Establecimiento de alianzas REDES</p>	<p>1994: Inauguración; presencia de funcionarios, embajadores y diputados.</p> <p>1999: La Secretaría de Salud de SLP autoriza la realización de prácticas en sus comunidades (después se amplió a Puebla, Veracruz, Chiapas, Oaxaca).</p>

**Establecimiento
de alianzas
REDES**

1999: En la inauguración de las nuevas instalaciones de CASA entre los invitados distinguidos se encontraban el representante del presidente Ernesto Zedillo, miembros del Congreso del estado, funcionarios de las secretarías de Salud y Educación, embajadores y el alcalde local, así como la diputada federal Martha Lucía Micher Camarena y el doctor Manuel Urbina, subsecretario de Salud en representación del secretario de Salud federal.

1999: El Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (Conasida) elige el programa de CASA para incluirlo en la publicación *La respuesta mexicana al sida, mejores prácticas*.

1999: La Biblioteca de CASA firma convenio con el Instituto de Educación Permanente del Estado de Guanajuato para la creación del Centro del Saber. El programa de Promotores sostiene un convenio con el Instituto de Ecología de Guanajuato.

2010: El Hospital de CASA se convierte en el único hospital privado en el estado de Guanajuato acreditado por la Secretaría de Salud y designado como parte del sistema público de salud. Hoy día personas de bajos recursos económicos que cuentan con el Seguro Popular tienen acceso gratuito a los servicios de partería del Hospital de CASA.

Fuente: Elaboración; propia

b) Capacidad de mediación en el espacio público

Además de la mediación con instituciones gubernamentales, las OSC a menudo establecen redes con otros actores para posicionar un tema o demanda en el debate público. Con esta capacidad de mediación nos referimos a la habilidad para colocar un tema como parte del debate, y generar una discusión y una reacción en torno a éste.

El tema de la partería profesional en México es reciente, y por ello se puede considerar una profesión emergente. La actuación de CASA en torno al tema no obedece de principio a una demanda colectiva que las beneficiarias (mujeres embarazadas o jóvenes interesadas en ser parteras profesionales) hayan exigido. Antes bien, el proceso de formación de círculos especializados en el tema de la partería profesional surge desde otros intereses.

. Mujeres profesionistas del sector salud extranjeras y nacionales de clase media que buscaban servicios de atención dignos para las mujeres parturientas como respuesta a los maltratos frecuentes en los hospitales públicos de México.

. Parteras tradicionales con formación previa en higiene, salud sexual y reproductiva que demandaban de manera aislada mayor formación y capacitación.

La Escuela de Parteras Profesionales de CASA surge entonces con el propósito de ofrecer un modelo de atención al parto distinto al que se realiza en hospitales públicos del país, así como con el objetivo de que ese modelo alternativo de parto pudiera instrumentarse en comunidades marginadas. Estas dos demandas no siempre convergen: las parteras profesionales que estudian en CASA pueden trabajar como parte del sector salud en comunidades marginadas, o bien, hacerlo de manera independiente atendiendo a mujeres de clase media en su domicilio con un modelo de parto humanizado: después de todo, es el mercado el que define esos nichos. Para CASA lo importante es que, incluso cuando las parteras profesionales decidieran ejercer sus saberes entre sectores privilegiados de la ciudadanía mexicana, se estarían transformando positivamente sus condiciones de vida, ya que las parteras profesionales, como hemos mencionado, provienen de sectores socialmente marginados; la partería profesional sería para ellas, entonces, una forma de movilidad social.

Por otra parte, CASA no ha incorporado en su discurso las demandas de manera sistemática, planteadas desde otros sectores sociales, como la interculturalidad en los modelos de salud gubernamentales o la disminución de la violencia obstétrica. Por ello se requiere un análisis más profundo para identificar si el proyecto de CASA; se podría calificar como alternativo y crítico al sistema gubernamental actual. Por ahora no podemos afirmarlo, vemos más bien una mancuerna entre los reclamos de la OSC y las necesidades tanto de la población como de las metas gubernamentales referidas a mejorar indicadores de salud materna: un ejercicio afortunado de sinergia entre la OSC y los compromisos gubernamentales ante las demandas de la agenda internacional de desarrollo.

Sin embargo, la receptividad de los funcionarios no ha sido total: se ha aceptado a las parteras profesionales dentro del sistema gubernamental de salud, pero permanece sin cuestionamiento el modelo de atención al parto que posiciona a las mujeres como sujetas pasivas, dependientes de los escasos recursos con que se pueden atender. Esta situación resulta en perjuicio de las mujeres, pero también de las parteras profesionales, a quienes no se autoriza ejercer su conocimiento en los hospitales en que laboran.

Durante nuestra estancia en San Miguel de Allende entrevistamos a un médico ginecólogo del hospital en el que las alumnas de CASA realizan sus prácticas profesionales.⁴⁹ Aunque está en contacto continuo con las estudiantes, su actitud sobre el tema de partería profesional era un tanto despectiva. Mencionaba, por ejemplo, que cuando está como encargado no permite que las alumnas atiendan partos a menos que los médicos internos y residentes estén dispuestos a 'cederlos'. Esto obedece a un sistema jerárquico en el que se privilegia la formación de los médicos y se posiciona a las parteras en un lugar subordinado, como ayudantes, asistentes o quienes realizan actividades intrascendentes para el personal.⁵⁰

Más allá de la tensión que se refleja en la entrevista, nos interesa señalar que el hecho de que el sistema de salud gubernamental haya aceptado la contratación de parteras, no implica *per se* un cuestionamiento a sus fundamentos y a la manera en que se concibe una actividad como el parto.

La pertinencia cultural en la atención del parto se estaría logrando en las comunidades en las que no hay médicos y las egresadas de CASA realizan su labor de acuerdo con el modelo aprendido en su

⁴⁹ Información más detallada, como el nombre del médico y del hospital, se omite a petición del entrevistado.

⁵⁰ Así, por ejemplo, el médico entrevistado narró que un día las alumnas llegaron a dar masaje a las mujeres embarazadas: "por supuesto, a ellas les encanta que las consientan", nos dijo, "pero nosotros los médicos no estamos para eso".

formación. Sin embargo, otro parece ser el escenario para las parteras profesionales que trabajan en hospitales con médicos como sus superiores. En las entrevistas con las alumnas escuchamos experiencias que han vivido con gran angustia derivadas de la tensión entre el modelo de parto humanizado con el que están comprometidas y el modelo de atención médica que priva en los hospitales.

De ahí que consideramos urgente investigar con mayor detalle este aspecto en futuros ejercicios: ¿Cómo se está conformando la identidad laboral de las parteras profesionales en México? Por obvias razones, la interrogante no se responde en este artículo, pero lo señalamos como una de las tareas pendientes de los interesados en profundizar el análisis de la partería profesional en este país.

Capacidades político-ideológicas

Finalmente, con esta capacidad nos referimos a las habilidades de las unidades de análisis de proyectar y conectar sus banderas con universos más amplios que sus reivindicaciones y estructuras propias. Algo de esto se menciona en el acápite precedente, en el que señalamos la existencia de conexiones débiles con otros movimientos sociales en el país enfocados en la salud de las mujeres. Por movimiento social, en esta investigación se entiende que es un actor *político colectivo*, cuyos principales elementos son una relativa estabilidad organizativa; una comunidad de objetivos, ideas e intereses de sus miembros; una línea de acción coordinada y organizada, y finalmente la voluntad de intervenir en la política incidiendo en la gestión de un conflicto social (Martí, 1990).

Es momento de preguntarnos, entonces, qué horizontes sociales persigue CASA y en qué forma éstos se relacionan con demandas de equidad o justicia social. Así, recordemos que en el tema de la partería en México se identifican cuatro líneas de trabajo distintas.

L. Parteras que cuentan con cédula profesional y, por tanto, pueden acceder a plazas dentro del sistema de salud gubernamental como

- parteras técnicas.
- 2. Parteras tradicionales que son capacitadas en atención al parto por otros grupos que integran, además, el tema de los derechos de los pueblos indígenas y de las mujeres (interculturalidad).
- 3. Parteras tradicionales que son parte del catálogo del sistema de salud, a quienes se les otorgan pequeñas dotaciones de herramientas para atender el desarrollo de los embarazos, pero no pueden atender partos. El objetivo es que canalicen al mayor número de mujeres a los hospitales y centros de salud.
- 4. Parteras tradicionales que trabajan de manera independiente.

De entre estas cuatro posibilidades de trabajo, las escuelas de CASA y Guerrero se ubican en la profesionalización, lo cual es compatible con la institucionalidad del sistema de salud porque sus reglas y convenios de actuación tanto desde el ejercicio de la partería como a partir del reconocimiento de la figura de la partera en el sistema de salud nacional.

Sin embargo, no significa que no hayan conectado esta práctica con un horizonte político más amplio. Éste lo encontramos principalmente en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Como antes se explicó, con este término se hace referencia al acuerdo celebrado entre países miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) para alcanzar metas de desarrollo humano en 2015. Como se mencionó en el apartado “Contexto y antecedentes”, el tema de la salud de las mujeres ha ganado peso en el contexto internacional desde la década de 1970. Para el año en que se fijaron los ODM este debate ya había ganado peso en diversos encuentros supranacionales desde una perspectiva demográfica y de género.

Para CASA lo anterior ha significado una ventana de oportunidades muy importante, pues con su trayectoria, experiencia, negociación, persistencia, presencia y *expertise* como proveedores alternativos de salud, ha presentado su modelo como una opción y respuesta del Estado a los problemas que afectan a las mujeres en torno a su salud sexual, reproductiva y materna. No es casual, por ello, que para im-

pulsar escuelas públicas de parteras profesionales en la primera reunión de CASA se hayan elegido los estados con mayor rezago en salud reproductiva. Puesto que cumplir los ODM es una meta social que el Estado mexicano ha asumido, es entendible que en ese sentido se hayan movilizado esfuerzos, favoreciendo así el posicionamiento de las parteras profesionales dentro del sistema gubernamental de salud.

Las demandas de CASA han sido compatibles con la visión de sociedad y de desarrollo humano contenida en los ODM, por lo que podemos sugerir una identificación de esta organización con ese paradigma social.

Sin embargo, de nuevo cabe mencionar que los ODM, aunque importantes en términos de equidad, se concentran principalmente en una redistribución de recursos y metas básicas para disminuir el rezago social. La problematización más profunda sobre construcciones sexogénicas o sobre interculturalidad no se ha incorporado en tales metas de desarrollo, por lo que sólo se ha avanzado en una de las dimensiones de la equidad.

La propuesta política de CASA, al converger con esta postura, ha encontrado ciertas oportunidades en su favor. En términos generales, el desempeño de la organización en torno a un proyecto político más amplio puede considerarse incipiente; se abre así para esta OSC la gran oportunidad de formar redes más amplias que continúen la lucha por una sociedad distinta en la que las mujeres puedan parir sin riesgo, pero también conservar su identidad culturales en un marco de respeto y autonomía. i

La Escuela de Parteras Profesionales en Tlapa de Comominté, Guerrero. Breve reconstrucción del proceso de incidencia

En la sección precedente se describieron en forma breve las capacidades de incidencia que identificamos en CASA siguiendo el modelo de Moreira (2011). En este último apartado se describe el proceso especí-

fico de apertura de la primera escuela pública de partería profesional, en donde se pusieron en juego las capacidades mencionadas, puesto que CASA fue el actor que impulsó (desde el inicio hasta su concreción) la creación de la escuela de Guerrero. Veamos cómo lo consiguió.

En 2008 se citó a representantes de Guerrero y de otras entidades (elegidos entre los que presentaban las más altas tasas de mortalidad materna del país) en las instalaciones de CASA para presentar el proyecto de partería profesional, el modelo de enseñanza y algunos de los resultados positivos que se habían obtenido con la incorporación de parteras profesionales al sistema de salud gubernamental en estados como San Luis Potosí.

Posteriormente, en 2009 y 2010 se fortaleció la relación con Guerrero al enviar a cuarenta alumnas e integrantes del equipo docente de CASA a trabajar con la Secretaría de Salud de Guerrero y con las parteras tradicionales de la zona la montaña. Se estrecharon así los lazos entre ambos actores y se mostraron las habilidades de las estudiantes de partería profesional.

En 2010 Nadine Goodman se reunió con el anterior secretario de Salud de Guerrero, Antonio Jaimes Herrera, para explorar la posibilidad de establecer una escuela de partería profesional que, sin embargo, no se logró en ese sexenio, por lo que el proyecto (que no avanzó más allá de esas pláticas) quedó suspendido.

En esta situación vemos reflejado uno de los principales obstáculos al momento de que las OSC se plantean incidir en política pública: los cambios de autoridades gubernamentales pueden significar, en no pocas ocasiones, una interrupción en la labor de convencimiento que hasta entonces se haya logrado. Esto nos lleva nuevamente a reflexionar sobre la necesidad de buscar mecanismos más sólidos de incidencia. Si bien la estrategia de cabildeo se ha revelado como un factor útil en los procesos de incidencia (como lo muestran todos los capítulos de este libro), es necesario considerar que la rotación de autoridades suele ser desalentadora en tanto que el trabajo previo de las OSC queda en

alguna forma perdido y hay que empezar de nuevo con quienes las sustituyan.

En este tenor, en 2011 CASA, por medio de Nadine, buscó acercarse a las nuevas autoridades guerrerenses. En octubre de 2011 se invitó a Ángel Heladio Ramírez (entonces nuevo gobernador del estado) y a su esposa, Laura Herrera, a una reunión en CASA para seguir nuevamente la estrategia de mostrar el modelo docente y la conveniencia de contar con parteras formadas profesionalmente dentro del sistema de salud.

En noviembre de 2011 también se escribió al doctor Lázaro Mazón Alonso, secretario de Salud de Guerrero, para reiniciar las conversaciones en torno a la posibilidad de abrir la escuela de parteras.

De la comunicación con ambos personajes nos interesa enfatizar una característica esencial: se presentó una propuesta concreta de incidencia (que CASA ya había empezado a trabajar) y se les pidió resolver si deseaban abrir su escuela de partería antes de cierta fecha.

Por su parte, CASA ofreció lo siguiente.

“CASA tiene la oportunidad de ofrecer talleres sobre partería profesional a personal de la Secretaría de Salud de cualquiera de las treinta y dos entidades en lo que resta del año en curso (2011) y principios de 2012. Los talleres consisten en dos partes: la primera se da en un día y se puede dar en la Secretaría del estado que pida el taller, y la segunda es de un día y medio y se tiene que llevar a cabo en las instalaciones de CASA en San Miguel de Allende (...) después de visitarnos y conocer más sobre partería profesional, esperamos que ustedes tengan más interés en lanzar su propia escuela de partería profesional técnica. Específicamente le ofrecemos que un grupo del equipo de CASA les visitará en su estado de una a dos veces durante los meses de enero, febrero y marzo de 2012 para evaluar en conjunto los elementos con los que cuentan y puedan favorecer el establecimiento de una escuela de partería, evitando de esta manera los obstáculos que se puedan presentar en este proceso...” (Correspondencia de Nadine Goodman con Ángel Heladio Ramírez y Lázaro Mazón, en archivo de CASA),

Esto lo podemos relacionar con dos capacidades fundamentales para la incidencia en este proceso particular: la organización y la movilización de recursos. La primera fue importante en tanto que se pudo contar con un equipo de CASA, dedicado en forma casi exclusiva, a impulsar la creación de la escuela en Guerrero sin por ello interrumpir el trabajo de la propia organización en San Miguel de Allende. En este sentido consideramos que el organigrama descrito y la clara definición de funciones y responsable de cada programa es fundamental para que una OSC se involucre en acciones de incidencia que requieren una intensidad en tiempo y energía.

Esto mismo lo reconoció Nadine en la entrevista, al afirmar que: “No somos muchos (en CASA) y me desespera, pero por otra parte con muy poquitos puedes hacer tanto... yo puedo estar hablando con ustedes porque está el administrador en el hospital, porque está arreglado el caldero, porque están las parteras y las estudiantes....” Entrevista de Lilita Vianey Vargas a Nadine Goodman H 13 de junio de 2013 en San Miguel de Allende, Guanajuato).

Por otra parte, podemos señalar que sin la movilización de recursos de CASA quizá no se hubiera logrado instaurar la escuela de Guerrero. Estos recursos se generaron principalmente por su *expertise* en el tema de la partería, la exportación de su modelo de enseñanza-aprendizaje íntegro (CASA transfirió a la escuela de Guerrero el plan de estudios completo), la asesoría constante, e incluso los recursos económicos que le permitieron ser la primera donante de la escuela profesional guerrerense.

Es decir, el personal de CASA no sólo no obtuvo ningún pago o aportación por sus servicios de asesoría académica, sino que se comprometió a pagar el sueldo de una de las directoras de la escuela de Tlapa durante los primeros tres años (hasta finalizar la formación de la primera generación).

Así, en la presentación del proyecto se menciona:

“Este proyecto es relevante tanto para el gobierno de Guerrero como para la asociación civil CASA porque ambos se comprometen y enfatizan lo indispensable de la educación para lograr individuos, familias y comunidades capaces de asumir la responsabilidad de su propia salud.

El trabajo de ambas está basado en una perspectiva de salud pública y hay un reconocimiento de la complejidad para poder abatir la mortalidad materna infantil. Durante el transcurso de tres años escolares (hasta la graduación de la primera generación) el equipo de CASA transferirá su conocimiento y proveerá asistencia técnica a la coalición intersectorial local responsable de la apertura y puesta en marcha de la escuela, del establecimiento de la bolsa de trabajo en el sector público y la campaña educativa.

También se compromete a brindar asesoría en recaudación de fondos, y funcionaría como donante brindando un donativo por los primeros tres años escolares consecutivos, designado al sueldo de una de las directoras de la escuela, quien será una partera profesional.”

En resumen, ambos —CASA y el Gobierno de Guerrero— comparten el compromiso de hacer real el acceso a atención de calidad en salud y calidez para todos. Vale la pena entonces enfatizar que, una vez consolidada, CASA se ha convertido en una especie de proveedora de recursos para replicar su modelo de partería profesional.

En este sentido, esto implica no únicamente la difusión de un modelo pedagógico, sino también de las demandas generadas por CASA. Así, éstas se colocaron también en la escuela de partería de Guerrero. La primera demanda, dar atención al parto de mujeres en comunidades vulnerables, fue definitiva para atraer la atención de las autoridades de ese estado, pues como hemos mencionado presentaba uno de los peores escenarios a escala nacional en el tema de salud materno infantil.

La segunda demanda, encaminada a la creación de puestos de trabajo remunerados para mujeres jóvenes de comunidades pobres o marginadas, también se colocó en la escuela guerrerense, ya que ésta ha adoptado el mismo criterio de selección de alumnas; es decir, dar

prioridad a las postulantes de acuerdo con su nivel socioeconómico y, en la medida de lo posible, admitir preferentemente a descendientes de parteras tradicionales, pues supondría un mayor compromiso con la comunidad.⁵¹

Es importante revisar algunas de las estrategias que en este proceso de incidencia articularon tanto la movilización de recursos como las demandas principales de CASA. Así, por ejemplo, una vez en marcha el proceso de creación de la escuela de Guerrero, personal del equipo de teatro de CASA se trasladó a ese estado para promover entre las jóvenes de comunidades cercanas a Tlapa el interés por convertirse en parteras:

“El plan de trabajo con ustedes es presentar la obra y hacer publicidad y buscar postulantes en Tlapa y en las comunidades de la montaña de lunes a jueves. El equipo de teatro está capacitado para dar información sobre partería, y van a tener 100 copias de la solicitud, o sea, la idea es la presentación de la obra, luego una plática con la gente sobre la escuela que ustedes van a abrir en agosto, y allí mismo que jóvenes interesadas van llenando la solicitud con ayuda de nosotros y ustedes. Los invitados a la obra es el público en general, pero hay que tener en la audiencia muchas jóvenes de 18 años” (Correspondencia entre Nadine Goodman y Johnny de la Cruz, subdirector de Investigación y Educación Médica de la Secretaría de Salud del estado de Guerrero, en archivo de CASA).

Finalmente, respecto a la mediación institucional, la escuela de partería se logró abrir no sólo con el apoyo del gobierno del estado de Guerrero y de CASA, sino también con el de otros actores que se sumaron con donaciones o facilitaciones de escala variable. Entre éstos destaca la Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol), que mediante

⁵¹ En este sentido es indispensable contar con una investigación de la trayectoria laboral de las egresadas de las escuelas de partería profesional en México (tanto de CASA como de la escuela pública del estado de Guerrero): ¿Dónde trabajan principalmente, en el sector gubernamental o de manera independiente?, ¿Qué obstáculos han enfrentado?, ¿Han logrado insertarse en posiciones de toma de decisiones dentro del sector salud?, etcétera. El tema merece un análisis específico que queda fuera de esta investigación, pues nuestro objeto de estudio es la incidencia de OSC más que las parteras profesionales en México.

un convenio con la escuela de parteras profesionales proporcionó los espacios en los que vive la primera generación de alumnas, así como la CDI, que también a partir de un convenio facilitó el salón de clases de esta primera generación. c

Vemos entonces que el saber y las amplias capacidades de incidencia de CASA se desplegaron liderando desde el principio hasta el final este proceso (considerando como el final la apertura de la escuela de Guerrero), removiendo obstáculos y proporcionando apoyo constante a funcionarios guerrerenses. Puesto que CASA se ha consolidado como el referente en partería profesional en México, queda pendiente para futuras investigaciones reflexionar hasta dónde esta organización está dispuesta a ampliar sus demandas, y dialogar con otros actores interesados en posicionar el tema de la partería profesional en el país.

Conclusiones

En este capítulo se han descrito algunas capacidades de incidencia presentes en CASA que han permitido que lidere el tema de la partería profesional en México. En la etapa de consolidación en la que se encuentra la organización, se ha planteado como nuevo reto el replicar el modelo de partería profesional en las diversas entidades de la República, dando con ello cumplimiento a sus demandas: la atención a la salud materna de comunidades vulnerables y la creación de oportunidades de trabajo para las parteras, quienes preferentemente deben ser jóvenes de comunidades también marginadas. o

El primer logro en el propósito de réplica del modelo de partería profesional fue el establecimiento en 2011 de la primera escuela pública de parteras en el estado de Guerrero. De manera breve hemos señalado que para ser una realidad se requirió un intenso proceso de acompañamiento del personal de CASA a las autoridades guerrerenses;

En este sentido, y con fines analíticos, podemos pensar que la historia de la OSC ha avanzado en términos lineales: en un primer

momento **CASA** concentró sus esfuerzos en su organización, establecimiento y la apertura de oportunidades de trabajo para sus egresadas, y en un segundo momento, a promover su plan de estudios y estrategia pedagógica como modelo a seguir por las autoridades mexicanas interesadas en mejorar los indicadores de salud materna en cada entidad.

Es necesario señalar también que no se trató de que las autoridades de Guerrero acudieran a **CASA**, sino que fue la propia organización la que buscó el diálogo para hacer una propuesta concreta de los recursos que estaba dispuesta a ofrecer al gobierno guerrerense: su conocimiento y *expertise* acumulada en el tema de partería profesional, un equipo de asesoras que acompañara todo el proceso de apertura de la escuela, el plan de estudios íntegro, el apoyo del equipo de voluntarios para la selección de estudiantes, y el pago del sueldo de la coordinadora académica (egresada de **CASA**) durante los primeros tres años de operación de la escuela de Tlapa.

Creemos que sumar al Estado para abrir más escuelas de partería en México daría como resultado una mejor atención en el parto de mujeres indígenas y de comunidades marginadas, pues la idea de **CASA** y de las autoridades mexicanas es que las parteras profesionales se incorporen al personal de salud de esos lugares. Sin embargo, para saber si esto es una realidad, es necesario continuar investigando la trayectoria de las egresadas de **CASA** y próximamente de la escuela de Tlapa de Comonfort.

Al mismo tiempo, con la consolidación de **CASA** como líder en el modelo de partería profesional mexicano, identificamos nuevos retos a los que deberá hacer frente en el mediano y largo plazos. Entre éstos, indagar la aceptación dentro del sistema de salud de las parteras profesionales como tales y sobre la identidad laboral de estas profesionistas; apuntalar un posicionamiento cada vez mayor del modelo de parto humanizado⁵² dentro del sistema de salud gubernamental (Quintero,

⁵² Nos referimos a la atención integral del parto con un sentido humanístico en el cual se respeta la libre elección de cómo parir y nacer, considerando las esferas bio-

2010), y abrir el diálogo con otros actores y organizaciones interesados en el tema de la partería en México y de la interculturalidad. Este sería un escenario benéfico para la OSC, en tanto que permitiría que el tema de la partería profesional funcionara como una palanca desde la cual impulsar cambios mayores y más democráticos en el sistema de salud al superar el riesgo de que la formación de parteras se haga con fines meramente instrumentales.

Por último podemos apuntar que, el vacío político en relación con las políticas interculturales al interior de la OSC —demandas particulares de la agenda de mujeres indígenas en México— podría significar una debilidad de su proceso o, en su caso, una posibilidad para conjuntar esfuerzos a fin de mitigar las desigualdades sociales de la población indígena mediante la búsqueda de nuevos mecanismos sólidos que no solo busquen la generación de nuevos actores al interior del sistema de salud, sino, ante todo, una posible inauguración de análisis sobre la condición, posición y autoridad de los saberes y prácticas de estas actoras que pretenden atender a la población indígena en el interior de un sistema estatal.

lógica, espiritual y emocional en un ambiente de seguridad e intimidad, acorde con la realidad cultural de cada persona y sustentando la atención en la medicina basada en evidencias científicas actuales.

Referencias bibliográficas

PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD)
2012 *Agenda Política de las Mujeres Indígenas en México* [en línea], disponible en http://www.undp.org.mx/IMG/pdf/AGENDA_POLITICA_web_.pdf.

AMOROZ SOLAEGUI, I.

2011 "El derecho a la salud en comunidades indígenas del estado de Chiapas", en *Revista Pueblos y Fronteras digital*, pp. 8-37.

BIBLIOTECA GERARDO CORNEJO MURRIETA DE EL COLEGIO DE SONORA, [en línea] disponible en 2015

<http://biblioteca.colson.edu.mx:8082/repositorio-digital/jspui/>

CENTRO PARA ADOLESCENTES DE SAN MIGUEL DE ALLENDE (CASA)

2015 Sitio Oficial de CASA [en línea], disponible en <http://www.casa.org.mx/historia-de-casa/>

COMISIÓN NACIONAL PARA EL DESARROLLO DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS (GDI)

2010 *La mortalidad materna indígena y su prevención*, [en línea] disponible en http://www.cdi.gob.mx/embarazo/mortalidad_materna_indigena_prevenccion_cdi_pnud.pdf.

CRAGIN, LESLIE et al.

2007 "Educating Skilled Birth Attendants in México: Do the Curricula Meet International Confederation of Midwives Standards?", en *Reproductive Health Matters*, 15(30), pp. 50-60, [en línea], disponible en www.ubmjournal.org.uk.

DAVIS-FLOYD, ROBBIE

2001 "La partera profesional: articular la identidad y el espacio cultural para un nuevo tipo de partería en México", en S. C. Robbie Davis-Floyd (ed.), *Medical Anthropology* pp. 3-4.

DILYS WALTER, L. S.

2011 *Parteras profesionales técnicas y enfermeras obstetras: una opción para la atención obstétrica en México*, Instituto Nacional de Salud Pública-Instituto Nacional de las Mujeres, México

LEE ELEN, FLORENCE Y JAY H. GLASSER

1974 "Role of Lay Midwifery in Maternity Care in a Large Metropolitan Area" en *Public Health Reports*, vol. 89, núm. 6, noviembre diciembre, pp. 537-544, Estados Unidos, Association of Schools of Public Health.

FOLEY, LARA

2005 "Midwives, Marginality, and Public Identity", en *Symbolic Interaction*, vol. 28, núm. 2, Estados Unidos, Wiley on behalf of the Society for the Study of Symbolic Interaction, pp. 183-203.

GOODMAN, NADINE

2013 Liliana Vianey Vargas [entrevista a Nadine Goodman], 15 de junio de 2013, San Miguel de Allende, Guanajuato.

JUÁREZ, MÁRQUEZ, SALGADO, PELCASTRE, RUELAS, Y REYES

2014 "La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes", *Revista Panamericana de Salud Pública*, 35 (4), pp. 284-290

LILJESTRAND, JERKER Y PATHMANATHAN INDRA REVIEWED

2004 "Reducing Maternal Mortality: Can We Derive Policy Guidance from Developing Country Experiences? Critical Elements in Reducing Maternal Mortality", en *Journal of Public Health Policy*, vol. 25, núm. 3/4, pp. 299-314, Estados Unidos, Palgrave Macmillan.

MAGLACAS, MANGAY A. Y SIMONS JOHN

1986 "The Potential of the Traditional Birth Attendant", Organización Mundial de la Salud, Ginebra, publicación, núm. 95

QUINTERO, MIGUEL FÉLIX ÁNGEL

2010 *Proyecto piloto de atención humanizada del parto con enfoque de interculturalidad*, Servicios de Salud de Oaxaca, marzo de 2010.

MARTÍ I. PUIG, SALVADOR

1990 *Los movimientos sociales*, disponible en <http://campus.usal.es/~dpublico/area-cp/materiales/Losmovimientosociales.pdf>.

MOREIRA GÓMES, G.

2011 *Las hormigas de Macondo: contra hegemonía y políticas de comunicación comunitaria en Argentina, Brasil y Venezuela*, tesis para doctorado, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, México.

DEPARTAMENTO DE SALUD, EDUCACIÓN Y BIENESTAR DE ESTADOS UNIDOS

2015 *Public Health Reports (1896-1970)*, vol. 30, núm. 36, septiembre 3 de 1915, Nueva York, pp. 2686-2691.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU)

2015 *Podemos erradicar la pobreza, objetivos de desarrollo del milenio y más allá del 2015*, disponible en <http://www.un.org/es/millenniumgoals/>.

OBSERVATORIO DE MORTALIDAD MATERNA EN MÉXICO

2013 *Indicadores objetivo de desarrollo del milenio 5: avances en México, Observatorio de Mortalidad Materna en México*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social 2015, disponible en <http://www.omm.org.mx/omm/images/stories/Documentos%20grandes/INDICADORES%202013%20OIPS.pdf>.

RADOSH, POLLY F.

1986 "Midwives in the United States: Past and Present", en *Population Research and Policy Review*, vol. 5, núm. 2, Estados Unidos, Springer in cooperation with the Southern Demographic Association, pp. 129-146.

ROMERO, MINERVA

2011 *Parteras profesionales técnicas y enfermeras obstetras: ¿una opción para la atención obstétrica en México?*, México, Instituto Nacional de Salud Pública-Instituto Nacional de las Mujeres.

SADGOPAL, MIRA

2009 "Can Maternity Services Open up to the Indigenous Traditions of Midwifery?", en *Economic and Political Weekly*, vol. 44, núm. 16, abril 18-24, pp. 52-59, India, Economic and Political Weekly.

SESLA, PAOLAM.

1996 "Women Come Here on Their Own When They Need to", en *Prenatal Care, Authoritative Knowledge, and Maternal Health in Oaxaca en Medical Anthropology Quarterly*, nueva serie, vol. 10, núm 2, The Social Production of Authoritative Knowledge in Pregnancy and Childbirth, junio de 1996, Wiley on behalf of the American Anthropological Association Stable, pp. 121-140.

ZAREMBERG, GISELA

2014 *El género en las políticas públicas: redes, reglas y recursos*, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, México.

II. Redes para la incidencia. Visibilizando agendas de mujeres indígenas desde la Coalición por la Salud de las Mujeres

Lina Rosa Berrío Palomo
Adriana Patricia Lozano Daza

Introducción

El presente capítulo tiene como objetivo **compartir la experiencia de visibilización de las agendas en salud sexual y reproductiva de mujeres indígenas**, así como las acciones de incidencia para incorporar algunas de estas demandas en las políticas públicas en salud sexual y reproductiva a escala federal. Específicamente se retoma la experiencia de la asociación civil *K'injal Antzetik* Distrito Federal, A. C. para impulsar esta agenda de mujeres indígenas en el interior de una coalición de diez organizaciones de la sociedad civil especializadas en salud sexual y reproductiva denominada Coalición por la Salud de las Mujeres. De esta manera, el texto busca mostrar estos dos niveles de incidencia: el de Kinal para contribuir a incorporar la agenda indígena en la Coalición y el de esta última para incidir en materia de políticas públicas en salud sexual y reproductiva.

La experiencia aquí documentada se inscribe en un área de disputa por la construcción de espacios efectivos de participación social e incidencia de la sociedad civil en la definición de políticas públicas en salud sexual y reproductiva a escala federal. Igualmente permite evidenciar qué estrategias utilizan las organizaciones para visibilizar la manera en que se reproducen las desigualdades asociadas a la condición de género y etnia en el sistema de salud mexicano con la intención de incidir en la modificación de dichas situaciones.

En ese sentido, el caso posibilita el análisis de algunas estrategias concretas para lograr que las demandas de las mujeres indígenas las retomen otras organizaciones, varias de ellas feministas, que de principio no tenían mucha cercanía a las realidades, problemáticas y demandas de las mujeres indígenas en materia de salud. Por otra parte, es relevante la experiencia misma de la Coalición y su funcionamiento como un espacio de redes que se organizan y articulan para incidir en relación con presupuestos y posteriormente en políticas públicas, para comprender algunas de las relaciones en México entre el Estado y la sociedad civil, e igualmente las posibilidades y límites de ésta para coincidir y modificar el rumbo de las acciones en salud.

El capítulo se divide en tres apartados: en el primero se presenta la Coalición por la Salud de las Mujeres, sus características, funcionamiento y accionar en la perspectiva de mostrar una experiencia de trabajo articulado en redes. El segundo muestra la ruta que sigue Kinal Antzetik Distrito Federal, A. C. para incorporar la agenda de mujeres indígenas en materia de salud sexual y reproductiva al interior de la Coalición. El tercer apartado da cuenta de una experiencia específica de incidencia, como es la asignación en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF, 2013) para la contratación de intérpretes indígenas en los servicios de salud materna en hospitales indígenas. Finalmente se incorporan algunas reflexiones y lecciones aprendidas.

Los actores

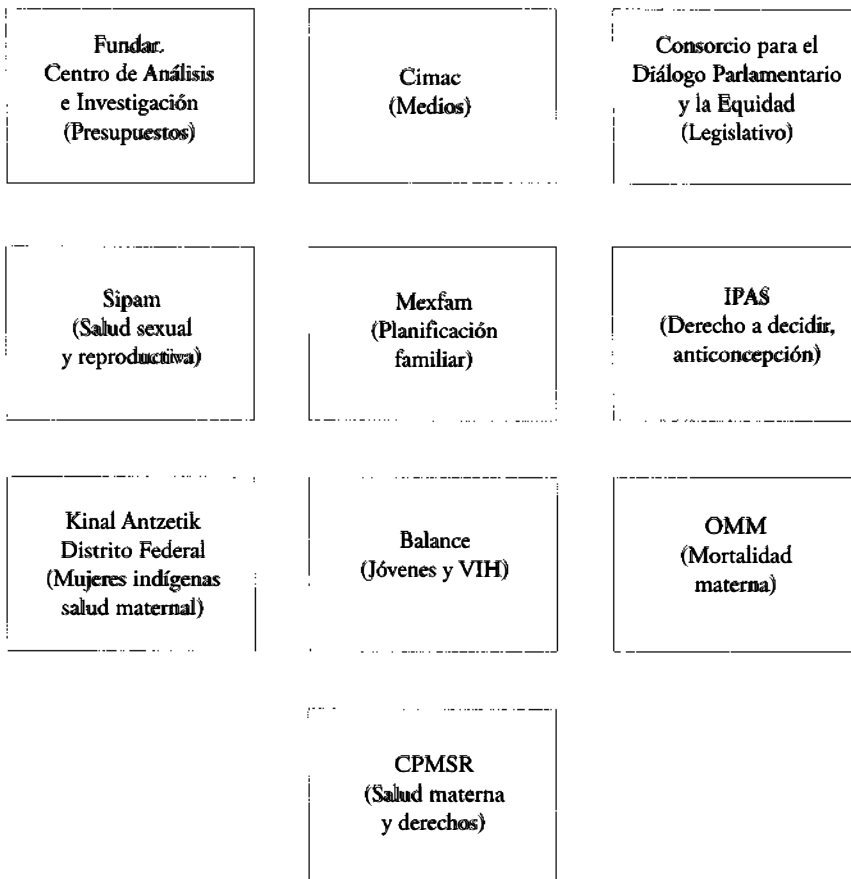
La Coalición por la Salud de las Mujeres es una red de organizaciones de la sociedad civil que desde su creación en 2007 se propuso como un espacio de articulación entre organizaciones con trayectoria en la temática de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres desde una perspectiva de género y derechos, en particular el derecho a la salud.

El objetivo de la Coalición por la Salud de las Mujeres es fortalecer la política pública en salud sexual y reproductiva mediante la asignación de recursos en el presupuesto de egresos de la Federación, la incidencia para incorporar dicha agenda en las políticas públicas en salud y el monitoreo del funcionamiento de algunos programas y servicios en salud sexual y reproductiva a cargo de la Secretaría de Salud federal, particularmente el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva y más recientemente el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida (Censida) (Coalición por la Salud de las Mujeres, 2013: 1).

La Coalición en la actualidad es un espacio integrado por diez organizaciones: Fundar. Centro de Análisis e Investigación, A. C.; Consorcio para el Diálogo Parlamentario y la Equidad, A. C.; Salud Integral para la Mujer, A. C. (Sipam); Comunicación e Información de la Mujer (Cimac); IPAS México, A. C.; Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A. C. (Mexfam); Comité Promotor por una Maternidad Segura en México (CPMSM); Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMM); Kinal Antzetik Distrito Federal, A. C., y Balance A. C.⁵³

⁵³ En un principio estuvieron otras tres organizaciones: Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), Católicas por el Derecho a Decidir, y Equidad de Género, Ciudadanía y Trabajo, que en 209 decidieron retirarse.

Figura 6. Organizaciones que conforman la Coalición por la Salud de la Mujer y sus principales temas de trabajo.



Fuente: Elaboración propia

Los principales temas que aborda la Coalición se ubican en el ámbito de la salud y los derechos sexuales y reproductivos; acceso a anticonceptivos, salud materna; virus de inmunodeficiencia humana (VIH); salud sexual y reproductiva de jóvenes, adolescentes y mujeres indígenas; políticas públicas y presupuestos en salud; derecho a decidir y aborto, y políticas de población, entre otros. Desde el inicio su

accionar está definido por el interés de incidir en las políticas públicas en salud sexual y reproductiva, particularmente en relación con los poderes Legislativo y el Ejecutivo federal responsables de esta materia.

El interlocutor directo de la red al interior de la Secretaría de Salud federal ha sido el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR), el cual tiene a su cargo el diseño y rectoría de los Programas de Acción Específicos en Salud Sexual y Reproductiva.⁵⁴ Algunas organizaciones de la Coalición realizan adicionalmente monitoreos e implementación de programas, prestación de servicios o contraloría social en las entidades federativas. El trabajo de incidencia ha tenido como foco actores del orden nacional en los poderes Ejecutivo y el Legislativo dado que buena parte de su accionar se ha orientado a la promoción de los presupuestos etiquetados en el anexo de igualdad de género.

Desde 2008 la Coalición inició un proceso de vinculación con la Comisión de Equidad de Género⁵⁵ de la Cámara de Diputados para impulsar presupuestos asignados a diferentes dependencias gubernamentales con el objetivo de promover la igualdad de género, y desde entonces se da seguimiento anual a la ejecución de esos presupuestos en salud sexual y reproductiva.⁵⁶ Este capítulo presenta de manera sucinta el trabajo de la Coalición en ese sentido y las formas de funcionamiento que le han permitido ser eficaz en el logro de sus objetivos de incidencia.

⁵⁴ Programa de Acción Específico “Arranque Parejo en la Vida” para salud materna; Programa de Acción Específico en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes; Programa de Acción Específico Planificación Familiar y Anticoncepción, y Programa de Acción Específico Prevención y Atención a la Violencia Familiar y de Género, entre otros.

⁵⁵ Hoy Igualdad de Género.

⁵⁶ Un análisis de esta experiencia y de los resultados de etiquetación presupuestal en el anexo 10 durante 2010 se puede consultar en Cinta y Cisneros (2012).

El otro actor al que nos referimos es Kinal Antzetik Distrito Federal, A. C.⁵⁷, cuyo nombre en tzeltal es “Tierra de mujeres”, organización de la sociedad civil conformada por mujeres indígenas y mestizas con más de diez años de experiencia en el trabajo comunitario, particularmente en temas relacionados con la salud sexual y reproductiva, derechos de las mujeres y de los pueblos indígenas, fortalecimiento a procesos organizativos, así como impulso a la comercialización de artesanías. Aborda, también, elementos relativos al desarrollo personal y fortalecimiento de liderazgos de mujeres indígenas. Desde 2000 Kinal incursiona en los temas de formación de promotoras comunitarias en salud sexual y reproductiva. Más tarde, a partir de 2001 buena parte de sus esfuerzos se centra en contribuir a la reducción de la mortalidad materna, la calidad de la atención, incluyendo una mayor pertinencia cultural de los servicios, así como la promoción de la salud materna en regiones indígenas, especialmente en los estados de Guerrero, Oaxaca y Chiapas.

Kinal es parte de la Coalición por la Salud de las Mujeres desde sus inicios, aportando a la misma tres elementos centrales: el primero se refiere al grupo poblacional, pues al interior de la Coalición es la única organización que explícitamente tiene como eje el trabajo con pueblos indígenas, y de esta manera se trae a dicha red la especificidad

⁵⁷ En 1995 se funda en Chiapas Kinal Antsetik, A. C., asociada al trabajo con mujeres artesanas de los Altos de Chiapas y en comunidades zapatistas donde se acompañó de manera vigorosa la reflexión sobre las demandas de las mujeres y su participación en el movimiento zapatista (Lovera y Palomo, 1997). A partir de 1998 una de las fundadoras se desplaza al DF e inicia un trabajo en otras regiones del país, especialmente en el acompañamiento e impulso de procesos organizativos nacionales de mujeres indígenas como la Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas (Conami) y el fortalecimiento de liderazgos de promotoras en derechos sexuales y reproductivos. En 2005 este nuevo equipo se conforma legalmente constituyéndose como Kinal Antzetik Distrito Federal, A. C. Actualmente existen las dos organizaciones, una en Chiapas y otra en el Distrito Federal; ambas continúan trabajando con mujeres indígenas desde ejes temáticos diferentes, pero asumen su origen común y mantienen buenas relaciones de comunicación, colaboración y reconocimiento mutuo.

de la situación de salud sexual y reproductiva (SSyR) de las mujeres indígenas, así como las brechas en los indicadores de salud y derechos, asociadas a la condición de pertenencia étnica. El segundo elemento es la experiencia en el trabajo comunitario de base con organizaciones de mujeres indígenas y, por tanto, la capacidad de conocer y monitorear el funcionamiento de los servicios de salud en la escala local. El tercer elemento es su abordaje temático respectó a la salud materna, el cual comparte con otras organizaciones al interior de la misma, como el Comité Promotor por una Maternidad Segura en México y el Observatorio de Mortalidad Materna y constituye uno de los principales ejes que trata la Coalición.

Al mismo tiempo mantiene estrecha vinculación con diversas organizaciones indígenas locales,⁵⁸ nacionales e internacionales, como la Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas, el Enlace Continental de Mujeres Indígenas, la Red de Casas de la Mujer Indígena y la Red de Promotoras Indígenas en Salud Sexual y Reproductiva, lo cual le ha permitido participar de manera cercana e impulsar los procesos de construcción de agendas de mujeres indígenas, específicamente en los temas de salud. Esta doble pertenencia a organizaciones civiles feministas o vinculadas a la lucha por los derechos sexuales y reproductivos, como es la Coalición, al mismo tiempo que la cercanía y acompaña-

⁵⁸ Desde 1997 Kinal participa en el proceso de construcción de la Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas y la inclusión de una agenda de género en las organizaciones indígenas nacionales mixtas (CNI y ANIPA). En los estados de Guerrero y Chiapas se acompañan procesos de formación de redes de parteras y promotoras comunitarias indígenas en salud sexual y reproductiva desde 2002. A partir de 2008 inicia un proceso de asesoría y acompañamiento a la CDI para la puesta en marcha del Modelo de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva y la Prevención de la Violencia de Género del cual se deriva la apertura de catorce nuevas Casas de la Mujer Indígena entre 2008 y 2012. En 2011 inicia un proceso nacional de formación de promotoras comunitarias indígenas en salud sexual y reproductiva con mujeres y hombres de más de quince estados del país. De 2011 a 2013 han pasado por dicha escuela cerca de noventa personas, mayoritariamente mujeres, de dieciséis pueblos indígenas, cada uno perteneciente a organizaciones de base que desarrollan trabajos de SSyR.

miento a organizaciones de mujeres indígenas, contribuyen a generar un papel de bisagra que permite comprender cómo se producen estas articulaciones de agenda y se retoma la de mujeres indígenas en un ámbito de incidencia en políticas públicas en salud sexual y reproductiva como el que desarrolla la red estudiada.

Dado que el objetivo de esta obra es mostrar las posibilidades de incidencia de las organizaciones de la sociedad civil en materia de salud, se presenta la experiencia de etiquetación presupuestal para salud materna en zonas indígenas en el ejercicio de egresos de la Federación 2013, particularmente en el programa presupuestal U007 (Salud materna y perinatal). Este ejemplo nos permite analizar cómo las demandas indígenas se incorporan en la Coalición, pero también la forma en que este colectivo logra hacer modificaciones concretas a nivel presupuestal, desarrollando así una clara acción de incidencia que interpela y modifica de alguna manera la política pública. Todo ello enmarcado en la reflexión sobre qué significa para la sociedad civil incidir en salud y hasta dónde la agenda de las mujeres indígenas ha logrado ser retomada en las definiciones de políticas públicas.

Metodología

Para los fines de esta investigación se partió de una perspectiva cualitativa. En cuanto a las herramientas metodológicas, se empleó el análisis del discurso público de la Coalición y entrevistas en profundidad con representantes de las organizaciones que la conforman.

Al discurso de la Coalición se hizo una aproximación a partir de sus textos, pronunciamientos, propuestas, documentos técnicos, relatorías de planeación y minutas de reuniones, entre otros, lo que permite dar cuenta del modo en que dicha red se representa, coloca en la agenda temas y propuestas de su interés, las cuales se modifican o fortalecen con el tiempo, el tipo de propuestas que realiza, así como su autorrepresentación. Se trata de un discurso que debe comprenderse como un instrumento para transmitir determinadas formas de

pensamiento colectivo que en su análisis demanda la identificación del “contenido realmente significativo” (Martínez *et al.* 2006: 147), y los aspectos centrales de la coyuntura.

Para este análisis se realizó una revisión documental que consideró el periodo de 2007 a abril de 2013, e incluye publicaciones de la Coalición, boletines de prensa, insumos de ruedas de prensa, hojas informativas, declaraciones públicas en medios de comunicación, re-latorías de reuniones de balance y planeación, cuestionarios, presentaciones en espacios de incidencia y cabildeo, así como documentos de Kinal, entre otros. Se seleccionaron 47 insumos, se agrupó la información y se identificaron como ejes de utilidad para el análisis la incidencia en políticas públicas (diecinueve documentos), el proceso interno de la Coalición (dieciséis documentos) y el posicionamiento público (doce documentos).

La segunda acción incorporada en el diseño metodológico partió de la recuperación de las voces de las protagonistas directas mediante entrevistas semiestructuradas con integrantes de la organización y la Coalición, buscando reconstruir una historia crítica de la red y de la manera en que se ha incorporado la agenda en salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas. Se realizaron trece entrevistas audio-grabadas: cuatro al equipo de coordinación de Kinal Antzetik y nueve a representantes de cada una de las organizaciones de la Coalición. Las entrevistadas fueron, en su mayoría, mujeres y sólo un varón que fungía como responsable de salud de Kinal al momento de la entrevista. La escolaridad corresponde a educación superior y, en algunos casos, posgrado; sus edades oscilan entre los 30 y 55 años. El criterio de selección fue su participación continua en el espacio de la Coalición en representación de sus respectivas organizaciones, y en todos los casos con varios años de pertenecer a las mismas. A cada participante se le informó de los objetivos y fines del proyecto, y luego cada uno manifestó verbalmente su consentimiento.

Se utilizó una guía semiestructurada de preguntas que contempló como ejes temáticos el origen y caracterización de la Coalición; el

proceso de incorporación de las demandas en salud de las mujeres indígenas y el papel de Kinal en el tema; los logros, estrategias y espacios de incidencia en políticas públicas, así como los retos de la Coalición en relación con el tema indígena. Una vez transcritas las entrevistas se realizó la codificación abierta de los textos con las herramientas del paquete informático Atlas Ti versión 5.0.

Resultados

Construyendo el trabajo en redes para incidir en salud: la Coalición por la Salud de las Mujeres

Como se señaló, el objetivo explícito de la Coalición es incidir en la política pública en salud sexual y reproductiva a partir del seguimiento presupuestal y el monitoreo a programas de salud. Adicionalmente algunas organizaciones realizan prestación de servicios, capacitación y contraloría social. De esta manera se plantean procesos de transparencia y rendición de cuentas que apuntan a las tres funciones del sistema de salud: diseño y rectoría, financiamiento y prestación de servicios (Dantes Gomes et al., 2011). Para lograrlo se requiere una importante combinación de factores de orden interno y externo de la propia Coalición, las cuales se desarrollan a continuación en tanto que permiten ilustrar algunas condiciones de posibilidad de incidencia vinculadas a la articulación en redes.

En el ámbito interno lo que define la existencia de una coalición, alianza o trabajo en redes es un objetivo común: el interés de lograr un resultado o modificar una situación dada, lo cual no tendría la misma fuerza si cada organización trabajara de manera independiente. El primer interés de la Coalición se relacionó con la necesidad de incidir en la formulación, seguimiento y evaluación de las políticas públicas en salud sexual y reproductiva de las mujeres en un contexto de cambio político sexenal con la llegada de Felipe Calderón al gobierno federal en 2006. El panorama adverso a la agenda de salud sexual y reproductiva, y en general a la agenda progresista de derechos, motivó la idea de la articulación:

Estábamos discutiendo entre las organizaciones cómo rescatar la salud de las mujeres...cómo ser un grupo de organizaciones independientes, pero articuladas para incidir en la política pública en salud reproductiva (Delgado, 2013).

Cuando comienza la Coalición justo es cuando comienza la administración de Calderón. No estaban los programas de acción específicos, entonces eso crea una dinámica de presionar la creación de los programas específicos, más que especificidades temáticas lo que define al comienzo de la Coalición es pugnar porque exista un Programa Nacional de Salud que tenga enfoque de derecho, que reconozca los derechos sexuales y reproductivos y que esta política pública cuente con presupuesto, ese es el eje de creación de la Coalición (Díaz Echeverría, 2013).

La definición sobre el seguimiento presupuestal no fue inmediata. Fundar, Centro de Análisis e Investigación, una de las organizaciones de la Coalición, tenía experiencia en relación con presupuestos, transparencia y acceso a la información, y desde entonces se delineó como punto de confluencia dar seguimiento al “presupuesto público en los poderes Legislativo y Ejecutivo a escala federal y local”.⁵⁹ Sin embargo, el aspecto presupuestal no era en principio un tema del manejo de todas las organizaciones pertenecientes a la Coalición:

“El tema de presupuesto era totalmente lejano para nosotras y todas las organizaciones; era un saber muy específico [de una o dos]... Respecto al tema del presupuesto realmente ha sido una ganancia de estos cinco años, pues no era un saber colectivo” (Yllescas, 2013).

En este tránsito las organizaciones identificaron que conocer los mecanismos (federales y estatales) de asignación presupuestal para la salud de las mujeres era una necesidad, y que un objetivo de su accionar se basaría en:

⁵⁹ Coalición por la Salud de las Mujeres. Díptico disponible en <http://www.fundar.org.mx/clases/wp-content/uploads/pdf/dipticocoalicion.pdf>. Consultado el 25 de abril de 2012).

“Evidenciar desigualdades en la asignación de presupuesto, y cómo la estructura del presupuesto afecta de manera importante en este caso derechos sexuales y reproductivos, y la posibilidad de acceder a servicios de salud sexual y reproductiva” (Díaz, 2013).

En 2008 la Coalición definió al Poder Legislativo como actor central para la dinámica de la Coalición y se iniciaron los acercamientos a la Comisión de Equidad de Género de la Cámara de Diputados presidida entonces por la perredista Maricela Contreras. Ese fue el primer año en que se aprobaron los presupuestos etiquetados orientados a desarrollar acciones para promover la igualdad de género y marcó un parteaguas en la relación entre el Legislativo y la sociedad civil, así como en el tipo de acciones específicas que las instituciones deben desarrollar para promover la igualdad de género. Igualmente, la etiquetación se constituyó en un mecanismo central para promover la transparencia, la rendición de cuentas y posicionar la demanda de “la etiquetación presupuestal con perspectiva de género, primero con el anexo nueve (9) y luego el anexo nueve A (9a), luego el diez (10)”.⁶⁰

En esta relación con la Cámara, las organizaciones promueven el papel vigilante del Legislativo respecto al Ejecutivo al impulsar puntos de acuerdo, comparecencias, iniciativas de leyes y acuerdos que fortalezcan la rendición de cuentas en relación con los programas de salud sexual y reproductiva, así como la ejecución presupuestal.

En el ámbito interno es necesario señalar también que una efectiva dosis de coordinación, trabajo en equipo y confianza son fundamentales, así como la claridad en los intereses y objetivos conjuntos. En la Coalición esta definición se produjo de manera muy temprana, pues a partir del segundo año de su formación, y anualmente de manera sistemática, realiza una sesión de planeación y análisis del momento político en la que se establecen las principales líneas de acción a desarrollar. En las entrevistas realizadas a sus integrantes todas coincidie-

⁶⁰ El anexo de Igualdad de Género ha recibido diversas numeraciones. En 2008 se denominó anexo 9; al siguiente año, anexo 9a; en 2011, anexo 10, y en 2014, anexo 12.

ron en destacar la importancia de esos espacios de planeación anual como una actividad central para definir acciones, rumbos políticos, estrategias y actividades principales a partir de un análisis de la coyuntura y los actores relevantes en cada momento.

Es en ese espacio, donde el Legislativo se estableció como el ámbito central de incidencia, y a partir de 2010, se adicionó explícitamente el Ejecutivo federal como prioritario. Si bien la vinculación con la Secretaría de Salud federal (SSA) había sido permanente; en las sesiones anuales de planeación se definió enfatizar la mirada en el tema presupuestal y posteriormente en el diseño de la política pública en salud sexual y reproductiva que durante 2012 y 2013 fueron de una gran relevancia para la Coalición, dado el contexto de cambio político que significaba la llegada de una nueva gestión federal.

Cada año las organizaciones integrantes de la red participan en un proceso de diseño y elaboración de propuestas orientadas a definir el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF), en particular los anexos de Igualdad de Género a cargo de la respectiva Comisión, pero en los que involucran otros actores con los cuales se relaciona la Coalición, como las comisiones de Salud, Presupuestos y Asuntos Indígenas, entre otros. Ello implica elaborar documentos técnicos de análisis y propuestas respecto a programas presupuestales específicos, dar seguimiento a la ejecución presupuestal de lo asignado cada año en el PEF, proveer de insumos técnicos a las comisiones en la Cámara de Diputados para dar seguimiento a estos presupuestos, promover llamados a comparecencia al Ejecutivo federal al respecto, proponer mecanismos de transparencia y rendición de cuentas, participar en los espacios de seguimiento interinstitucional a los anexos, en los cuales se admite la presencia de la sociedad civil, así como generar evidencias documentadas respecto al uso de tales recursos.

Este trabajo de acompañamiento e incidencia con el Poder Legislativo ha logrado un incremento significativo de los presupuestos asignados a salud sexual y reproductiva⁶¹, en particular al Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, que en 2012 duplicó

el presupuesto asignado a salud materna mediante el anexo de igualdad de género. Por ese mismo mecanismo se destinaron recursos específicos para el programa de salud sexual y reproductiva de jóvenes y adolescentes, sin el cual las entidades federativas no hubiesen contado con recursos para desarrollar las acciones establecidas en su programa de acción específico. En igual sentido se observan incrementos presupuestales en el tema de VIH. Mediante estos anexos de igualdad también fue posible la asignación de recursos específicos para la creación del Programa de Acciones para la Igualdad de Género en Población Indígena (PAIGPI),⁶¹ lo que permitió el desarrollo de acciones muy importantes orientadas a promover la salud sexual y reproductiva, así como prevenir la violencia de género hacia las mujeres indígenas.

Durante 2013 el recién llegado gobierno federal se dedicó a construir el nuevo marco de planeación sexenal. Por ello buena parte de los esfuerzos institucionales de la Coalición por la Salud de las Mujeres se orientaron a incorporar en el diseño de la política pública en materia de género, salud y población sus principales propuestas buscando garantizar que en el marco global derivado del Plan Nacional de Desarrollo y los Programas Sectoriales emanados del mismo (en particular Salud, Igualdad de Género y Población), explícitamente se incluyera una perspectiva de derechos, igualdad de género e interculturalidad. En tal sentido se elaboró un documento que incluía propuestas en torno a diez temas (Coalición, 2013), dos de ellos directamente relacionados con la agenda de las mujeres indígenas.⁶² Estas propuestas, y otras dirigidas a los Programas de Acción Específica (PAE), la Coali-

⁶¹ Para un análisis detallado de los procesos de etiquetación presupuestal para igualdad de género y el papel de la sociedad civil, véase Márquez (2013).

⁶² A cargo de la Dirección de Fortalecimiento de Capacidades de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI).

⁶³ El documento “Todos los derechos para todas y todos. Diagnóstico y retos pendientes rumbo a la construcción del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018” lo elaboró la Coalición como síntesis de propuestas y retos para la salud de las mujeres distribuidos en diez documentos temáticos. Dos de ellos: “Derechos humanos, género e interculturalidad en el marco de la salud sexual y reproductiva” y “La salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas” abordan específicamente los temas relacionados con la agenda indígena.

ción las presentó a la sociedad civil en diversos foros de consulta para la construcción de dichos programas.

El funcionamiento de la Coalición por la Salud de las Mujeres

La Coalición funciona con una estructura de redes mediante la cual las organizaciones se aglutinan en torno a intereses compartidos y a un plan de trabajo definido anualmente, que se actualizan en función de las coyunturas y momentos políticos en el curso del año. Cada organización tiene designada una o varias personas que participan en este espacio dando seguimiento a las acciones comunes, pero cuya función no se remite en forma exclusiva al trabajo de la Coalición en tanto que no existe una estructura de coordinación, secretariado técnico o enlace dedicado a dar seguimiento o impulso a la misma. Quienes participan en la Coalición desempeñan sus propias tareas y responsabilidades en las respectivas organizaciones de las que provienen y adicionalmente dan seguimiento al programa de trabajo de la red.

En el mismo sentido no existe un financiamiento exclusivo para las actividades de la Coalición; se opera con los recursos propios de cada organización, los cuales incluyen saberes técnicos, relaciones y contactos, experiencia en determinados temas, recursos económicos para actividades puntuales, instalaciones físicas para reuniones que se van rotando, otros equipos de las organizaciones que se colocan al servicio de las tareas⁶⁴ y conocimiento temático o geográfico, entre otras.

La coordinación de acciones se realiza a partir de reuniones presenciales periódicas, por lo general mensuales, pero que varían en función de las necesidades marcadas por la coyuntura o el momento político en el que es necesario intensificar las acciones.⁶⁵ Otro elemento

⁶⁴ Esta situación es en especial notoria en la realización de acciones con medios de comunicación y se cuenta con el apoyo de las áreas de comunicación de las organizaciones que las poseen o que tienen experiencia en ese ámbito de trabajo.

⁶⁵ Particularmente de octubre a diciembre cuando tiene lugar la negociación presupuestal en la Cámara de Diputados, o en momentos de definiciones centrales desde

central para mantener mecanismos de comunicación, información y oportuna toma de decisiones es el uso de plataformas de comunicación virtual grupal (*google groups*), herramienta con la que todas las organizaciones comparten información relevante, coordinan acciones, construyen documentos y toman decisiones cotidianas. La intensidad de este flujo de comunicación es elevada, pues diariamente se reciben y responden mensajes, lo cual implica una dinámica muy ágil, pero también requiere el acceso y dominio de tecnologías básicas de comunicación mediante Internet.

La definición de esta estructura de funcionamiento lo han discutido sus integrantes en varias reuniones de planeación y se ratifica la idea de mantenerla de este modo al considerar que la ausencia de recursos específicos para la red en sí misma y la operación a partir de los aportes de cada organización son elementos que han posibilitado la generación de confianza, trabajo en equipo, reconocimiento mutuo, resolución de conflictos y una estructura reticular que hasta el momento responde adecuadamente a los intereses y necesidades de la Coalición. Ese carácter voluntario y poco burocratizado, sustentado en el reconocimiento de la importancia del trabajo colectivo cuando se pretende hacer incidencia, es uno de los elementos que más destacaron las integrantes de la Coalición al explicar las razones de su pertenencia.

En ese sentido es clave comprender que una coalición se da en la acción, va más allá del intercambio de información y experiencias para dar paso al desarrollo de acciones conjuntas. Las coaliciones de manera similar a las redes “son formas de organización con modelos de comunicación e intercambio voluntario, recíproco y horizontal” (Keck y Sikkink, 2000: 26), aunque no tienen el mismo alcance que los movimientos en cuanto a vincular al conjunto de la base social en las definiciones y compartir una ideología y cultura política, cuentan

el Ejecutivo, como el primer semestre de 2013 cuando se concentraron esfuerzos importantes en incidir en la construcción del Plan Nacional de Desarrollo y los programas sectoriales relacionados con los temas de la Coalición, particularmente los de salud, igualdad de género y población.

con gran capacidad de respuesta en momentos coyunturales y de retroalimentación permanente:

La coalición produce documentos, análisis propios de las organizaciones que denuncian o se oponen al poder público, presenta a diputados y diputadas la evidencia de lo que se encuentra para buscar modificaciones, leyes, políticas, es un trabajo muy de incidencia y de producción de evidencia técnica para la incidencia. Discutimos, planteamos temas, conferencias de prensa en momentos específicos, aquí tenemos varias voceras, las reuniones con tomadores de decisiones, directivos del ejecutivo del CNEGySR y Censida y con el Legislativo, particularmente con la Comisión de Igualdad de Género, elaboración de propuestas técnicas para el presupuesto y participación en foros, eventos (Juárez, 2013).

Un aspecto clave para la permanencia de la Coalición es la construcción de confianzas, así como el funcionamiento de las vocerías y liderazgos: cada una de las organizaciones ha aportado de manera bastante complementaria y creo que lo rico de la Coalición ha sido esta capacidad de integrarnos, de no pisotearnos diciendo mi tema es el más importante, yo soy la mejor, sino de ir aprendiendo juntas y aportando juntas las experiencias de cada organización... más allá de las relaciones personales, creo que la dinámica de la Coalición ha permitido... esta integración, de temas, de experiencia y de compartir este conocimiento (Shiavonne y Loggia, 2013).

Otro elemento igualmente relevante se refiere a la valoración mutua del trabajo de las organizaciones, el reconocimiento a la trayectoria y praxis de cada una, así como la disposición de aprender y escuchar la voz de las otras. “Se retoma de la Coalición ese ejercicio de trabajo en red que nos enriquece como unidad, como organización, pero también como red” (Shiavonne y Loggia, 2013).

En 2009 se definió focalizar acciones en una entidad federativa como Guerrero dado que allí trabajaban o tenían vínculos varias organizaciones que integraban la Coalición, existía un movimiento importante de mujeres indígenas y los indicadores de salud sexual y reproductiva, entre ellos los de mortalidad materna, eran realmente

graves. Así se llevó a cabo el “Foro nacional por los derechos sexuales y reproductivos y la vida de las mujeres de Guerrero”, efectuado con una clara articulación con las organizaciones locales de Guerrero, la mayoría de ellas conformadas por mujeres indígenas.

De cara al foro se construyó una agenda específica en salud sexual y reproductiva para ese estado, dando especial énfasis en asumir la interculturalidad como eje transversal para la calidad, la cobertura y el acceso a servicios. Se planteó una demanda, emanada de las organizaciones, para incorporar traductoras, intérpretes y capacitar al personal de salud para promover un mayor reconocimiento de las parteras tradicionales y promotores de salud.

En 2009 la Coalición identificó la necesidad de hacer seguimiento y promover la etiquetación de los recursos del Seguro Popular, así como los asignados a salud materna en los estados. Se manifestó la importancia de la relación con el Centro Nacional de Equidad de Género para el seguimiento de los temas clave de trabajo de la Coalición, y para la exigencia de etiquetación de recursos del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) en un marco de transparencia.

En el marco de este análisis presupuestario, dentro de la Coalición se fueron hilando a lo largo de estos años propuestas de interés común respecto a contar con recursos etiquetados para salud materna, salud sexual y reproductiva; por ejemplo, se demandó la asignación de presupuesto para la atención en salud materna, las emergencias obstétricas, el fortalecimiento de programas de anticoncepción y el abasto de pruebas de VIH para mujeres, entre otras, y se prestó especial interés a estos temas con población adolescente, jóvenes y mujeres indígenas. En este último caso se introdujeron demandas orientadas a la calidad de la atención y a su pertinencia cultural, lo que incluía el respeto a los actores y saberes tradicionales, así como la necesidad de recursos para la atención en zonas indígenas.

De este modo los presupuestos etiquetados de género han sido

institucionalizados en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF), cuyo seguimiento está a cargo de la Comisión de Igualdad de Género y se constituye en elemento central para impulsar acciones específicas en dependencias que de otra manera no contarían con recursos etiquetados, sujetos a rendición de cuentas y en teoría irreductibles orientados a reducir las brechas de desigualdad asociadas al género.⁶⁶ Los presupuestos asignados en 2012 y 2013 para los programas presupuestarios en salud sexual y reproductiva: U007 P016 y P017 se detallan a continuación.

Tabla 3. Presupuestos asignados en 2012 y 2013 para los programas presupuestarios en salud sexual y reproductiva

	2012 Presupuesto aprobado en el PEF (millones de pesos)	2012 Porcentaje de la asignación en salud	2013 Presupuesto aprobado en el PEF (millones de pesos)	2013 Porcentaje de la asignación en salud
Ramo 12-Salud	112 737.33	100.00	121 856.57	100.00
Sistema de Protección Social en Salud	75 974.03	67.39	77 830.03	63.87
Otros gastos	35 310.33	31.32	42 051.16	34.51
U007 Reducción de la mortalidad materna	255.34	0.23 /	500.00	0.41
P016 Preven- ción y atención del VIH/sida y otras ITS	127.63	0.17	229.44	0.20
P017 Aten- ción a la Salud Reproductiva e Igualdad de Gé- nero en Salud	1 069.99	0.95	1,245.93	1.02

Fuente: Daniela Díaz. Elaboración a partir de datos de SHCP; Cuenta de la Hacienda Pública Federal, 2012, PEF, 2013, aprobado (www.shcp.gob.mx).

⁶⁶ Para una ampliación de esta experiencia consúltese el trabajo de Cinta y Cisneros (2012).

Como se observa, el mayor porcentaje de recurso destinado a la salud está asignado al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) que concentra más de 60% de los recursos. Por su parte, el programa U007, reducción de la mortalidad materna, si bien se duplica de 2012 a 2013, equivale a 0.4% del total de presupuesto en salud.

Adicionalmente, desde 2009 la Coalición se involucró en la promoción de puntos de acuerdo relacionados con el seguimiento y monitoreo de programas operados por la Secretaría de Salud (Arranque Parejo en la Vida, Planificación Familiar y Anticoncepción, Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes, VIH-sida, Violencia familiar y de Género).

Asimismo, la Coalición abre otros escenarios para la incidencia; es el caso de la relación con instancias del Ejecutivo federal como el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNE-GySR), y otras dependencias de la Secretaría de Salud, de manera que como lo plantean varias de las entrevistadas:

La Coalición participa en diferentes etapas del ciclo político-administrativo conjuntando evidencia que le demuestre al servidor público dónde están los puntos álgidos de su política (Yllescas, 2013); señalando en donde están los vacíos, dónde es necesario fortalecer y también desde el seguimiento y el monitoreo desde la perspectiva de contraloría social a cómo se están implementando estos programas (Díaz, Celestino, Juárez y Loggia, 2013).

De 2010 a 2012 la Coalición fortalece su capacidad técnica de seguimiento presupuestal, realiza un ejercicio más sistemático de elaboración y cabildeo de propuestas en torno al presupuesto, mantiene la publicación de documentos propositivos y fortalece la vinculación con el Ejecutivo federal, así como el seguimiento a programas y servicios. Como se mencionó 2013 estuvo marcado por la coyuntura de cambio en el gobierno federal y un fuerte ejercicio de incidencia centrado, esta vez, en el diseño de la política pública.

A pesar de ello, ese año se caracterizó por notables retrocesos en materia de mecanismos de transparencia, rendición de cuentas, así como en el presupuesto asignado a población rural e indígena y la desaparición en el Anexo 12 de programas presupuestarios directamente orientados a promover la igualdad de género en población indígena, como el Programa de Acciones para la Igualdad de Género en Población Indígena (PAIGPI).⁶⁷ Esas modificaciones se acordaron entre la Secretaría de Hacienda y Crédito Público con la GDI en la propuesta de presupuesto enviada a la Cámara. Pese al cabildeo de varias organizaciones indígenas y de la propia Coalición en el Legislativo federal, la nueva mayoría del partido oficial en el poder aprobó estas importantes reducciones.

En referencia al ejercicio de la contrataría se han realizado discusiones al interior de la misma Coalición, pues si bien se parte del papel angular que ha de jugar la ciudadanía “en la vigilancia a la política pública y los funcionarios que la ejercen” (Sesia y Freyermuth, 2013:16), también se reconoce que es un escenario complejo, con sus propias reglas de juego y con dificultades para que la participación social impacte en conjunto el diseño, definición, implementación y evaluación de la política pública, constituyéndose así en una “arena de lucha política” (Granados y Tetelboin, 2008: 8), en donde se expresan relaciones de poder entre los diferentes actores —hegemónicos o no— y “cuyas expectativas, prioridades y conflictos pautan la dinámica de las transformaciones a su interior...” (Belmartino, 1992: 150).

⁶⁷ A cargo de la Dirección de Fortalecimiento de Capacidades de los Pueblos Indígenas de la Comisión para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI). El programa se aprobó en 2012 a partir de la experiencia previa de construcción de Casas de la Mujer Indígena y varias convocatorias desarrolladas por esta dependencia con recursos etiquetados en el anexo de igualdad de género desde 2008. En 2012 se convierte en programa presupuestario (S032) con reglas de operación y recursos que deberían ser irreductibles. Sin embargo, en 2014, como resultado del cambio de administración sexenal, desaparece como programa en el PEF y es integrado en un programa presupuestario de derechos de los pueblos indígenas, pese a los notables resultados obtenidos por el mismo y la exigencia de las organizaciones de mujeres indígenas para su permanencia.

En concordancia con estas reflexiones se reconocen los avances de la Coalición en el trabajo de interlocución como parte de la sociedad civil, tanto en el escenario legislativo como con ciertas dependencias del Ejecutivo. Igualmente se identifican algunos logros vinculados a la participación en las discusiones en materia de etiquetación,⁶⁸ creación de programas presupuestarios para la atención de la salud sexual y reproductiva y la igualdad de género en salud (Cinta y Cisneros, 2012: 33), así como el incremento de presupuestos para la salud sexual y reproductiva. Pese a ello, son logros que no es posible atribuir exclusivamente al trabajo de la Coalición ni pueden concebirse como permanentes, pues dependen de dinámicas políticas que escapan o muchas veces adversas a los propósitos mismos de la Coalición. “Ninguna de estas conquistas es perenne” (Delgado, Esperanza 2013) manifiesta una de las coaligadas al respecto, señalando así la conciencia respecto a su accionar.

De acuerdo con lo anterior es importante mencionar que las apuestas por la incidencia en la salud sexual y reproductiva de las mujeres implican una alta escala de cualificación por parte de las organizaciones y claridad respecto a sus objetivos y límites, pues no sólo se requiere el reconocimiento como actor(es) en ese campo. Es fundamental el conocimiento o capacidad técnica y una vigilancia permanente mediante mecanismos de monitoreo a la situación de salud en los diferentes niveles (nacional, estatal y local) durante periodos prolongados.

En el caso de la Coalición se identifican como logros contar con una visibilidad política y mediática como actores de la sociedad civil en

⁶⁸ En 2007, a partir del Pacto Nacional por el cual las Comisiones Unidas de Equidad y Género del H. Congreso de la Unión incorporan la perspectiva de género en las políticas públicas con la etiquetación de recursos (Coalición, 2008); y en 2008 con la conformación de una mesa interinstitucional de presupuestos hacia la igualdad de género compuesta por la Comisión de Equidad y Género, el Instituto Nacional de las Mujeres, las secretarías de Hacienda y Crédito Público y la Función Pública, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval), el Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género (CEAMEG) y la Coalición por la Salud de las Mujeres (Díaz y Romero, 2008).

temas de salud de las mujeres. Desde su inicio en 2007 comenzó un trabajo de posicionamiento temático (Coalición, 2007) y una estrategia de cobertura en medios que ha sido muy efectiva. A este respecto, una de las entrevistadas menciona su participación colectiva en relación con la discusión del Plan Nacional de Desarrollo (Coalición, 2013):

Estuvimos haciendo estrategias de medios... hubo toda una parte también conceptual de articular un documento técnico, es decir, paralelamente al proceso que hicimos de lobby, de participar como expertas en cada una de las mesas sectoriales, hubo un proceso de trabajo en equipo para armar un documento técnico, en cada uno de los temas desde lo que fue educación, lo que fue aborto, salud materna, adolescentes, mujeres y VIH, es decir, tuvimos la capacidad de generar un documento... muy bien hecho, muy articulado (Juárez, 2013).

Ahora bien, la estrategia de incidencia implica un ejercicio consciente, sistemático e intencionado de visibilización de la agenda y posicionamiento como actor político relevante en un tema. Tener un trabajo consolidado como grupo de organizaciones permite responder de manera considerablemente rápida y eficaz. La Coalición produce documentos, análisis propios de las organizaciones que se ponen a disposición pública, a diputados y diputadas mostrando la evidencia de lo que se encuentra para buscar modificaciones en leyes y políticas; es un trabajo de producción de evidencia técnica para la incidencia (Juárez, 2013).

Del mismo modo que se producen documentos de tipo analítico, técnico y de propuestas para tomadores de decisiones, es importante generar opinión pública y concitar el interés de los medios. En este aspecto ha sido central la presencia de una agencia especializada de noticias, Cimac, A. C., para generar una estrategia de comunicación que incluye dos conferencias de prensa anuales, una columna mensual de opinión, foros virtuales temáticos para periodistas, y la disponibilidad de entablar vínculos y generar opinión frente a la coyuntura.⁶⁹

⁶⁹ Al respecto consúltese la página de la Coalición <http://fundar.org.mx/clases/>; el blog de la misma <http://coalicionporlusaluddelasmujeres.blogspot.mx/> y su página de Facebook <https://www.facebook.com/coalicionporlusaluddelasmujeres>.

Uno de los aprendizajes de esta experiencia es el posicionamiento del tema, la importancia de establecer claramente la demanda y visibilizarlo en la agenda política como un problema público y de relevancia (Tapia *et al.*, 2011: 26). Una adecuada y permanente relación con los medios de comunicación puede constituirse en factor decisivo para la incidencia.

Por otra parte, en la experiencia de la Coalición observamos varios elementos que nos permiten plantearlo como un caso exitoso en materia de incidencia, entendida esta como influencia en la política pública (Juárez, 2013).⁷⁰ Cinco son los factores que según Tapia *et al.* (2011:39) determinan la inclusión de una agenda de gobierno.

En la experiencia de la Coalición el primero se refiere a la capacidad de incorporar un problema público en la agenda gubernamental; el segundo es la capacidad de aprovechar un momento coyuntural, en este caso, el cambio de gobierno federal en 2007 y 2013; la apertura a la etiquetación presupuestal con enfoque de género por parte del Legislativo, Inmujeres, la Secretaría de Hacienda y las instituciones involucradas; el tercer elemento es la capacidad de identificar a qué autoridad del gobierno federal, en este caso la Secretaría de Salud, y particularmente el Centro Nacional de Equidad de Género, Censida, el Consejo Nacional de Población, etcétera, le corresponde dar respuesta y atenderlo, pues ello ha permitido centrar esfuerzos en el seguimiento a dichas instancias y no dispersar energías; el cuarto es generar en la opinión pública la percepción de que es un problema relevante que merece la atención del gobierno. En el caso de la Coalición, una forma muy efectiva de hacerlo ha sido mediante la generación de evidencias cuantitativas y cualitativas, datos, informes, monitoreos, entre otros, que argumenten la importancia y el impacto social del problema. Fi-

⁷⁰ En la introducción de este libro los autores presentan una rica discusión respecto a cómo pensar la incidencia a partir de las discusiones del equipo de documentadores. Se decidió plantear dos acepciones de la misma: como influencia y como intervención. El caso de la Coalición se ubica claramente como una de influencia en la política pública.

nalmente, la cobertura en medios que, como señalamos, es significativa para los objetivos de incidencia.

Pese a que uno de los ámbitos donde la Coalición ha sido más efectiva es el presupuestal debido a su seguimiento permanente e incidencia respecto a los presupuestos etiquetados en el anexo de Igualdad de Género, observamos los límites de la asignación presupuestal para salud sexual y reproductiva en el contexto mexicano donde el Sistema de Protección Social en Salud, más conocido como Seguro Popular, concentra más de 60% de los recursos asignados al ramo 12 Salud y el porcentaje destinado al fortalecimiento de las acciones en salud sexual y reproductiva mediante el anexo 12 de Igualdad de Género no alcanza 2% del total del presupuesto en salud a escala federal durante 2012-2015 (Díaz, 2015).

Aunque la Coalición ha incidido en dicha etiquetación de recursos, es difícil para la sociedad civil garantizar un seguimiento a la manera en que esos presupuestos se ejecutan en las entidades federativas, en parte por la propia capacidad de cobertura de éstas, pero también por los elevados niveles de opacidad en los estados y la ausencia de mecanismos claros de transparencia y rendición de cuentas. Así lo señalan algunas de sus integrantes:

“Hacer un monitoreo más puntual en los resultados de dicha etiquetación, eso no lo tenemos, sabemos que se necesita más presupuesto y demás, sabemos que se ha avanzado, pero no tenemos información detallada de cómo se usa, cuáles han sido los resultados...”⁷¹

Aunque se ha promovido la realización de varios estudios de caso que contribuyen a la generación de evidencias sobre los problemas de salud de las mujeres y la efectividad de la política pública, se demandan metodologías y recursos de sistematización. Tal y como lo enuncian las entrevistadas es una discusión actual sobre “cómo medir los

⁷¹ E4. Integrante de IPAS, A. C.

impactos” (Schiavone y Loggia, 2013) de las políticas y cómo realizar el monitoreo al ciclo de los recursos en los diferentes estados, pues “está muy bien que se etiqueten los presupuestos, pero tú no puedes etiquetar presupuestos y no darle seguimiento” (Yllescas, 2013).

Ganar aliados internos para incidir en políticas públicas: visibilizando la agenda en salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas al interior de la Coalición

Se ha presentado hasta ahora un análisis del trabajo de la Coalición y los elementos que posibilitan la acción en redes de las organizaciones de la sociedad civil, así como los lineamientos concretos de su accionar. A continuación se analiza la incorporación de algunos elementos de la agenda de mujeres indígenas en el discurso de la Coalición, posibilitado en parte por la presencia de organizaciones que trabajan con mujeres indígenas, como Kinal Antzetik Distrito Federal, A. C. Esta experiencia de incorporación del tema indígena en un espacio como la Coalición es de utilidad para aquellas personas y organizaciones cuyo interés se relaciona con la incidencia en políticas públicas desde espacios de alianza donde, como es de esperar, se expresan diversas formas de ver la salud y la voz de actores.

A fin de reflexionar sobre cómo la agenda de las mujeres indígenas la ha retomado Kinal y cabildeado mediante la Coalición, vale la pena acercarnos en principio a las principales demandas en materia de salud sexual y reproductiva enunciadas explícitamente en agendas públicas presentadas por seis redes⁷² de mujeres y jóvenes indígenas desde 2011 hasta 2013 (Berrío, 2013).

⁷² Se incluyen los documentos de agenda pública de la Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas (2011), la Red Nacional de Casas de la Mujer Indígena (2012), las agendas elaboradas por integrantes de la Escuela de Formación Promotoras Comunitarias Indígenas en Salud Sexual y Reproductiva “Nellys Palomo” (2011-2013), la de la Red de Jóvenes Indígenas y Afrodescendientes de Guerrero (2013), la elaborada en Chiapas por la Red de Jóvenes Indígenas (2013) y la propuesta por la Red de Jóvenes de Oaxaca (2013). Estas tres últimas con financiamiento de la Fundación MacArthur y el acompañamiento técnico de Gimtrap, A. C.

En esas agendas se identifican varios ejes comunes que a continuación resumimos.

a) En relación con la reducción de barreras culturales de acceso:

- . Traductoras e intérpretes indígenas en los espacios públicos en materia de salud y procuración de justicia promoviendo y reglamentando la interpretación en los servicios de salud.
- . Reconocimiento, fortalecimiento y compensación económica al trabajo de las parteras tradicionales en la atención de las mujeres indígenas.

b) En relación con los servicios de salud:

- . Atención universal y gratuita, un sistema de salud con una visión pluricultural.
- . Modelos de atención integral en los servicios de salud sexual y reproductiva desde un enfoque intercultural y de género, y mejoramiento del acceso de las y los jóvenes a métodos anticonceptivos y a pruebas diagnósticas de VIH.
- . Respeto y buen trato a las mujeres indígenas en los servicios de salud, sin discriminación tanto en clínicas como hospitales.
- . Vigilancia y sanción a prestadores/as de salud pública que violen los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres indígenas.
- . Disponibilidad de materiales, infraestructura, equipos y personal capacitado para promover el parto humanizado.
- . Difusión de campañas informativas de métodos anticonceptivos e infecciones de transmisión sexual en radio, televisión, murales, radios comunitarias con enfoque de género e intercultural en diferentes lenguas.
- . Sensibilización y capacitación del personal educativo, de salud, de instancias de la mujer, de atención a pueblos indígenas y de justicia que prestan servicios en zonas indígenas, incluyendo las perspectivas de interculturalidad, género y derechos sexuales y reproductivos.

c) **En relación con políticas públicas y presupuestos en salud sexual y reproductiva:**

- . Continuidad transexenal a los programas orientados a la salud sexual y reproductiva de mujeres indígenas.
- . Alineación entre los tres niveles de gobierno para garantizar los derechos de las mujeres indígenas, especialmente SSyR.
- . Monitoreo y evaluaciones externas a programas y políticas gubernamentales sobre SSyR de mujeres indígenas. Inclusión de los pueblos indígenas en las políticas públicas con enfoque de interculturalidad y género dentro del Plan Nacional de Desarrollo.
- . Diseño e implementación de un modelo de educación sexual con enfoques de género e interculturalidad.
- . Respeto a los derechos sexuales y reproductivos.

¿Cuáles de esas demandas ha posicionad KinalAntzetik, Distrito Federal al interior de la Coalición? ¿Cuáles han concretado o incorporado en el actual sistema de salud? ¿Cuál es el escenario en favor o en contra para incorporarlas como políticas públicas? ¿De qué manera se traduce en lenguaje técnico para tomadores de decisiones las demandas expresadas por los pueblos indígenas, especialmente las mujeres, en materia de salud y derechos?

Estas son algunas de las reflexiones que abordamos en el siguiente apartado sobre el proceso de Kinal Antzetik, Distrito Federal y las estrategias para visibilizar estas demandas al interior de la Coalición con miras a su inclusión entre los temas prioritarios para la incidencia de esta red.

KinalAntzetik y la incorporación de las agendas indígenas a la Coalición

Desde el origen de la Coalición, Kinal impulsó temas relacionados con salud sexual y reproductiva de mujeres indígenas. El hecho se comprende por su experiencia previa en proyectos de prevención de

la mortalidad materna, así como en la formación de promotoras indígenas en salud sexual y reproductiva. Como parte de sus objetivos, en la Coalición estaba la visibilización de lo que allí sucedía, “la especificidad de las condiciones de salud sexual y reproductiva en el caso de mujeres indígenas y la necesidad de hacer abordajes diferenciados” (Yllescas, 2013).

Una de las dificultades para lograrlo era cómo articular las necesidades y demandas propias de los pueblos indígenas con los discursos y formas organizativas propias del movimiento amplio de mujeres del cual es parte la Coalición. Se planteaba claramente la especificidad que requería el trabajo en temas de sexualidad y reproducción en contextos indígenas, donde el discurso de los derechos sexuales y reproductivos, tal como lo ha construido el movimiento feminista y consignado en los marcos normativos internacionales que lo garantizan, muchas veces chocaba con la manera de vivir y pensar esos temas desde las miradas indígenas.

A partir del trabajo comunitario de promoción de la salud materna desarrollado en zonas indígenas desde 2001, Kinal identificaba que la salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas tenía su propio sello y dinámica, por lo cual se requería en primer lugar reconocer los actores y saberes de los pueblos indígenas en la atención y promoción de la salud.

Ello implicaba un replanteamiento respecto al sujeto tradicional encargado de proveer la salud, desde la perspectiva biomédica, para incorporar a curadores y terapeutas tradicionales, como parteras, curanderos, hueseros, sobadores, etcétera. Igualmente dota de un contenido específico a lo que tradicionalmente se ha concebido como “participación social en salud”, de tal suerte que los actores comunitarios no sólo son pensados como centrales en el proceso salud-enfermedad-atención (Menéndez, 2000), sino que además se deben consultar y participar activamente en la construcción de las estrategias públicas de atención a la salud. Así lo recuerda una de las integrantes de Kinal:

Con Nellys⁷³ recuerdo que el tema de la partería, el tema del trabajo con las parteras, el trabajo de formación de recursos humanos comunitarios y el tema de la revalorización de los recursos en salud que hay. Es decir, que era un tema muy interesante porque cuando planteábamos el tema de recursos en salud, los interlocutores son los gobiernos, los que tienen los recursos, los directores de hospitales, los médicos. Entonces me parece que la contribución que hizo Kinal fue empezar a visualizar el aporte social que hacen las parteras y el trabajo de resistencia que implica que las mujeres por sus propias condiciones hayan desarrollado esas habilidades, las hayan mantenido y estén realmente aportándole salud y sanación a las mujeres indígenas (Yllescas, 2013).

En la Coalición, producto de la cercanía con otras organizaciones vinculadas a temas o poblaciones similares, hubo eco en identificar la prioridad de trabajar la problemática de las mujeres indígenas y Kinal promovió internamente la construcción de un marco argumentativo en relación con la situación de las mujeres indígenas, evidenciando que en esta población se reportan mayores razones de morbilidad materna y peores indicadores de salud sexual y reproductiva en comparación con otras (Berrío, 2007).

El abordaje de la problemática y las demandas de las mujeres indígenas no ha sido un proceso lineal ni sencillo, pues implica comprender cómo la cuestión indígena se articula de manera prioritaria con otros temas de la política de salud sexual y reproductiva. La participación en la Coalición ha exigido a Kinal un mayor sustento y cualificación técnica de su discurso, e igualmente un proceso de alianzas locales y regionales para contar con insumos que permitan impulsar las propuestas de las mujeres indígenas desde un espacio colectivo de incidencia que ha de apropiarlas y defenderlas como suyas. De este modo se identificaron diversos momentos y transformaciones en el tipo de participación de esta organización en la Coalición.

⁷³ En referencia a Nellys Palomo Sánchez, fundadora de Kinal Antzetik, D.F. y promotora de diversas formas organizativas de mujeres indígenas en México que se remontan a inicios de los años noventa.

Primer momento (2007-2008). El papel de esta organización era de tipo más político que específicamente frente a una temática particular, y con la representación de Nellys Palomo se contribuía a “dar rumbo” a la Coalición. Se visibilizaba el mundo indígena y sus realidades en salud sexual y reproductiva, pero no aparecían propuestas específicas. Era el momento de la enunciación, de visibilizar la problemática. No se poseían conocimientos ni habilidades en materia de presupuesto, pero ya se traían experiencias de vinculación e incidencia con el Legislativo y la SSA, particularmente a partir del foro sobre mortalidad materna “¿Y las mujeres qué?”, realizado en mayo de 2005 en San Luis Acatlán, Guerrero, conjuntamente con la Comisión de Equidad de Género y varias organizaciones sociales e indígenas de Guerrero y el Distrito Federal.

Segundo momento (2008-2009). Se da énfasis en el tema de salud materna en zonas indígenas; se visibiliza otro tipo de actores en salud no biomédicos (parteras, médicos tradicionales, curanderos, promotoras), se impulsan acciones locales y se elaboran documentos específicos, la mayoría centrados en el tema de la salud materna.

Tercer momento (2010-2013). Se introducen discusiones sobre las brechas de desigualdad en salud asociadas a la condición de pertenencia étnica, elaborando propuestas más concretas respecto a la aceptabilidad cultural de los servicios, así como la adopción de medidas para avanzar en la prestación de servicios con pertinencia cultural (Foro, 2010a). En este marco se aprovechan los espacios para posicionar propuestas, como la adecuación cultural de unidades de salud en municipios mayoritariamente indígenas, la inclusión de traductoras e intérpretes que acompañaran el proceso de atención del embarazo, parto y puerperio de las mujeres indígenas, y el reconocimiento de las y los parteras/os tradicionales.

Las organizaciones de la Coalición entrevistadas reconocen que al iniciar el trabajo en red, el tema indígena en general no les era del todo cercano o no lograban identificar cómo incorporarlo, si bien ubicaban

su importancia por las desigualdades en salud expresadas. Algunos de los elementos que a juicio de las entrevistadas permitieron acercar el tema a otras organizaciones fueron vincular de manera transversal a los temas propios de la Coalición el modo en que éstos se vivenciaban en zonas indígenas; es decir, al hablar de anticonceptivos, mortalidad materna, derechos sexuales y reproductivos, incluían siempre la situación de las mujeres indígenas respecto a cada uno de ellos (Delgado, 2013). La segunda estrategia fue acercar, de diversas maneras, a las integrantes de la Coalición a la realidad del mundo indígena, mediante testimonios, foros en las regiones, proyectos conjuntos, etcétera. De igual manera, la elaboración de documentos con información específica y la denuncia de casos de discriminación en voz de mujeres indígenas. Muchos de estos testimonios dan cuenta de cómo las promotoras vivencian en lo cotidiano su labor de promoción de la salud. Una de estas voces ha sido la de Apolonia Plácido Valerio, líder NaSaavi, coordinadora de la Casa de la Mujer Indígena (CAMI) en San Luis Acatlán, Guerrero:

En mi comunidad trabajan parteros y parteras; ellas llevan mujeres embarazadas al hospital, pero falta hacer el diagnóstico; los hombres no dejan a las mujeres a ir al hospital porque dicen que “lo hacen feo” o por miedo a que les pongan dispositivo. A una muchacha le pusieron uno, ella lo quiso retirar pero los hospitales no quisieron porque dicen que eso cuesta.

Vi cómo hay discriminación: a una mujer le dijeron que siguiera caminando y por hacerlo perdió a su bebido; otra mujer perdió la vida durante la cuarentena: le dio preeclampsia, volvió al hospital y no fue atendida. Hace una semana fue a la CAMI una mujer con cinco hijos, es madre soltera sin segundo... la llevé al Centro de Salud y entonces sí le hicieron caso, pero si van solas no les hacen caso” (Díaz Celestino, Juárez y Loggia, 2013).

Una de las integrantes de la Coalición menciona así el papel que se ha jugado desde esta organización para visibilizar la agenda indígena:

Kinal ha sido como la bandera clarísima que ha logrado impulsar el tema y ponerlo como un tema transversal... el tema lo han impulsado de una manera cada vez más profesionalizada, a mi juicio... que incorpora desde el tema de la visión de presupuestos; el

tema de *propuestas concretas operativas*; el tema de la *profesionalización de los recursos humanos*; el tema en general de la *interculturalidad* ha desarrollado mucho el tema de *salud materna, parto humanizado* y el rol de las *parteras tradicionales y profesionales* (Shiavone y Loggia, 2013).

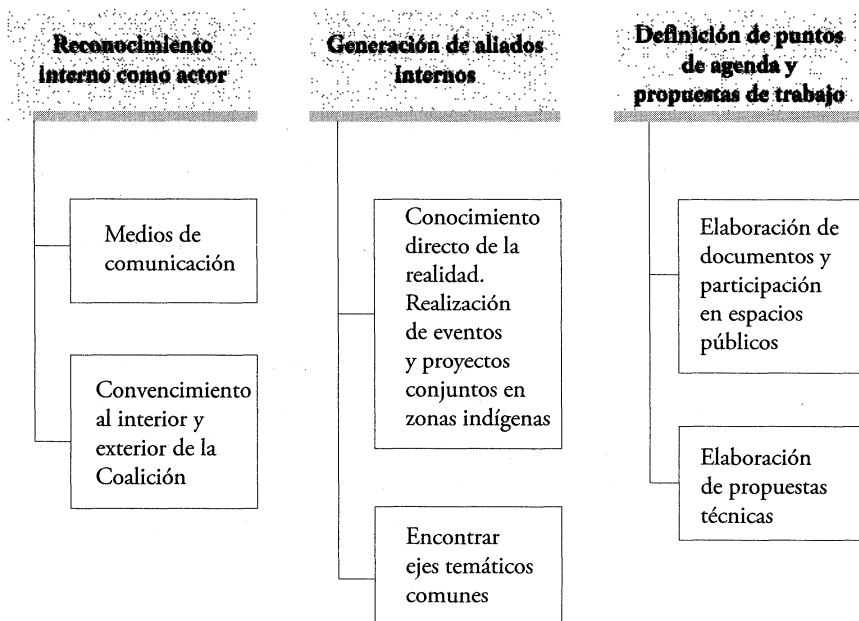
Por supuesto, un elemento central que ha ayudado es la presencia de otras personas y organizaciones dentro de la Coalición con experiencia en el mundo indígena, particularmente el Comité Promotor por una Maternidad Segura (CPMS) y el Observatorio de Mortalidad Materna (OMM).

La tercera estrategia fue adecuar las *propuestas y demandas* al lenguaje requerido por los *tomadores de decisiones* y utilizado por la Coalición para hacer *propuestas*. La cuarta se relaciona con una *ampliación de sus capacidades y temas de trabajo*, a fin de *incursionar en la comprensión de los asuntos presupuestales* y hacer *propuestas* en ese sentido.

Se identifican entonces diversas maneras en que Kinal ha logrado visibilizar sus *propuestas* al interior y exterior de la Coalición; por ejemplo, en los espacios académicos, políticos y en medios de comunicación. En este último el papel de CIMAC ha sido determinante para la difusión de los *problemas locales* en la atención de la salud de las *mujeres indígenas*.⁷⁴ El siguiente esquema muestra algunas estrategias que Kinal ha utilizado para visibilizar y cabildear algunos puntos de la agenda en salud sexual y reproductiva de las *mujeres indígenas* con la Coalición y a través de ésta, con la Federación.

⁷⁴ Varios testimonios de violencia institucional y obstétrica, así como las demandas de las promotoras y parteras las ha documentado CIMAC; por ejemplo, <http://bit.ly/2delamortalidadmaterna.cimac.org.mx/node/500>.

Figura 7. Estrategias desarrolladas para la incidencia al interior de la red de Organizaciones.



Fuente: elaboración propia.

Por otro lado, Kinal ha invitado a la Coalición a participar periódicamente en espacios como la Escuela de Promoción Comunitaria Indígena Nellys Palomo Sánchez, desarrollada como un espacio de formación con mujeres indígenas, entre cuyos ejes temáticos está la gestión y la incidencia política. Generar estos espacios y la vinculación directa con los procesos en estados como Guerrero ha permitido comprender mejor las demandas y fortalecer planteamientos como el de interculturalidad.

Uno de los elementos que reseña la literatura sobre incidencia política de la sociedad civil se refiere a la capacidad de movilización y alianzas, utilizar su capital organizativo y aprovechar las oportunidades políticas (Leiras, 2007). Esto es aplicable en relación con el Estado, pero también al interior de la sociedad civil. En este sentido es importante mencionar que si bien la incorporación de demandas indígenas

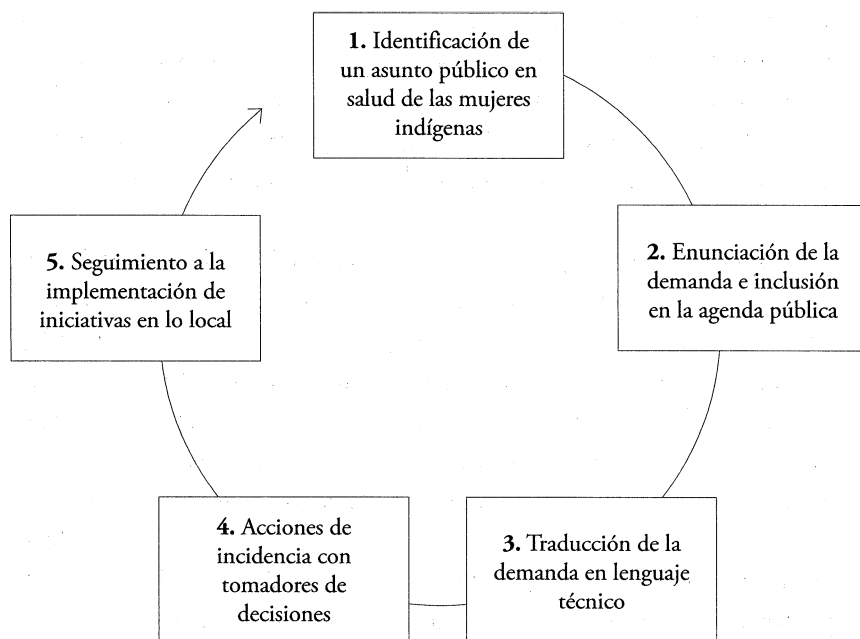
se han canalizado y sistematizado dentro de la Coalición principalmente por Kinal Distrito Federal, son fruto del trabajo con organizaciones en el nivel local, así como del vínculo y alianzas con otras organizaciones de mujeres indígenas (redes de parteras en Chiapas, comités estatales por una maternidad segura, Kinal Guerrero, Coordinadora Guerrerense de Mujeres Indígenas, Enlace Continental de Mujeres Indígenas, Alianza de Mujeres Indígenas de Centroamérica y México, OMM, CPMS-M, Casas de la Mujer Indígena, entre otras).

De igual manera importante en una acción de incidencia colectiva es la sensación de mutua ganancia por parte de los actores que participan en la alianza; es decir, la certeza de que sus acciones y su posibilidad de influencia se potencian sustancialmente al articularse.⁷⁵ La Coalición le ha posibilitado a cada una de las organizaciones que la conforman una mayor visibilidad de sus propuestas, acceso a espacios institucionales de toma de decisiones, cualificación de sus capacidades técnicas y de incidencia, principalmente con el Legislativo y el Ejecutivo. Sin este desarrollo de capacidades y recursos no sería posible el aprovechamiento de pequeños resquicios de participación social que abre el Estado.

La figura 3 esquematiza el camino de incidencia interna que Kinal ha desarrollado para visibilizar las demandas y propuestas de las mujeres indígenas al interior de la Coalición (lo cual sería el primer nivel de incidencia) y posteriormente lograr, desde esta red de organizaciones, cambios en el nivel federal tanto en el Ejecutivo como en el Legislativo, que corresponde al segundo nivel de incidencia desarrollado desde el colectivo que representa la Coalición.

⁷⁵ En el caso de la Coalición así ha sido reseñado por sus integrantes y particularmente para Kinal ha significado la posibilidad de establecer un abanico de alianzas bilaterales que se concretan en acciones de seguimiento y monitoreo a los servicios de salud en la escala local. Es el caso de las alianzas con Fundar A.C. en el seguimiento a recursos y con Balance, A. C. en el monitoreo de la oferta de pruebas de VIH a mujeres embarazadas en la Costa Chica de Guerrero, además de las ya mencionadas con Cimac, y otras en el área de capacitación como IPAS. También, se han consolidado las relaciones con el OMM y el CPMSM además del impulso conjunto a propuestas concretas en el tema de interculturalidad.

Figura 8. Ciclo de acciones desarrollado por Kinal Antzetik Distrito Federal, A. C. para incorporar la agenda de mujeres indígenas en salud sexual y reproductiva dentro de la Coalición



Fuente: elaboración propia.

Concluimos este apartado señalando algunos aprendizajes relacionados con el trabajo de incidencia en redes, el cual es el eje conductor de este capítulo. En primer lugar es clara la existencia de dos tipos de incidencia: una al interior de la red de organizaciones para posicionar un tema específico y otra la que se hace respecto al poder o a las instituciones de manera colectiva. Entre más organizaciones trabajen y posicionen un tema, más posibilidades hay de que éste lo asuma la red. Por otra parte, la apropiación de propuestas por parte del colectivo implica la necesidad de su traducción a un lenguaje técnico que interpele a los tomadores de decisiones a partir de propuestas concretas, específicas y elaboradas en clave de política pública, legislación o presupuesto. El riesgo sin duda, es la traición en la traducción, es decir

que en la elaboración de propuestas técnicas muy específicas se pierda el sentido más profundo de las demandas y agendas de las mujeres.

Después de abordar estos aspectos, en el siguiente apartado veremos lo que significa pasar al segundo nivel de incidencia, es decir, que se realiza con las instituciones del poder público con base en una experiencia concreta de incidencia para el mejoramiento de las condiciones de atención a las mujeres indígenas: la asignación de recursos para contratación de intérpretes indígenas en hospitales de Guerrero.

La asignación de presupuestos para contratación de intérpretes indígenas y parteras profesionales: una experiencia de incidencia en políticas públicas

Existe un marco normativo nacional e internacional que reconoce los derechos colectivos de los pueblos indígenas; entre ellos, el derecho a la salud y a la preservación de sus saberes y prácticas tradicionales, así como su participación en la definición de las políticas y servicios de salud que reciben, de tal suerte que éstos garanticen su pertinencia cultural según las características y necesidades específicas de los pueblos indígenas. Esta normatividad se encuentra principalmente establecida en la Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas adoptada por la Asamblea General en 2007, y a escala nacional, en el artículo 2 inciso III de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. A pesar de ello y de los avances que en materia de salud intercultural han logrado países del área andina con fuerte presencia indígena, como Perú, Ecuador, Bolivia y Venezuela (Sesia, 2013), y las experiencias de adecuación intercultural de los servicios de salud en zonas indígenas de Chile y Guatemala, en México prevalece una gran dificultad para modificar el sistema de salud, que mantiene una perspectiva monocultural y biomédica, característica del modelo médico hegemónico (Menéndez, 1996) que reproduce desigualdades y exclusiones en salud (OPS, 2003).

Una de las demandas más reiteradas de las organizaciones de mujeres indígenas es el reconocimiento de las parteras tradicionales y la incorporación de intérpretes, traductoras indígenas o facilitadoras interculturales (Lerín, 2004), que se ha presentado de manera insistente en todas las reuniones técnicas de promoción de la salud materna convocadas anualmente por el Comité Promotor por una Maternidad Segura en México desde 2008,⁷⁶ y la firma de acuerdos respecto a la incorporación de este personal en los servicios de salud de Guerrero durante las reuniones de 2010 a 2012. Sin embargo, desde la Secretaría de Salud de Guerrero (Sesaeg) no ha habido cumplimiento en torno a esta demanda argumentando restricciones de tipo administrativo para la contratación de personal fuera de los códigos establecidos en la normatividad institucional y del Seguro Popular. Mediante este sistema de financiamiento en los últimos años se ha ampliado la plantilla de personal médico y de enfermería, entre otros, adscrita a las unidades de salud mediante contratos temporales de prestación de servicios.

Esta presión de las organizaciones para la contratación de intérpretes indígenas en los hospitales de segundo nivel del estado de Guerrero, con mayor presencia indígena,⁷⁷ se basa en una perspectiva de exigibilidad del derecho a la salud y demanda la pertinencia cultural de los servicios establecida en la normatividad nacional e internacional, el mejoramiento de la calidad de los servicios ofertados a mujeres

⁷⁶ Espacios anuales de reunión entre tomadores de decisiones institucionales en salud sexual y reproductiva a escala federal y estatal, con las organizaciones de la sociedad civil y academia que forman parte de los comités estatales de promoción de una maternidad segura en Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Veracruz. Derivado de las mismas al término de cada reunión se ha firmado una serie de compromisos por estado para el mejoramiento de los servicios de salud materna.

⁷⁷ Hospital General de Tlapa, Hospital Amigo de la Madre y el Niño Indígena en Tlapa, ambos pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria 4, Montaña; Hospital Regional de Ometepec en la Jurisdicción Sanitaria 06 Costa Chica; Hospital Amigo de la Madre y el Niño Guerrerense de Chilpancingo y Hospital General de Chilapa en la Jurisdicción Sanitaria 3, Centro; Hospital General de Acapulco en la Jurisdicción Sanitaria 7, Acapulco. Posteriormente se amplió la propuesta a hospitales básicos comunitarios como el de San Luis Acatlán, Xochistlahuaca y Ayuda, ubicados en regiones con amplia presencia indígena y elevada demanda de atención en salud materna.

indígenas, la eliminación de las barreras culturales de acceso, que han sido ampliamente documentadas por diversos especialistas en el tema (Freyermuth, 2003; Lerín, 2004; Campos, 2006, Sesia, 2013; Oyarce et al., 2010; SSA, 2008; Berrío, 2010 y 2013).

Entre las argumentaciones de las organizaciones también se señalaba la necesidad de fortalecer la capacidad de información y decisión de las mujeres indígenas respecto al tipo de procedimientos e intervenciones que se les realizarían, en un marco de reconocimiento a sus derechos como mujeres y usuarias de los servicios de salud. La Sesaeg solicitó un documento técnico que justificara la propuesta, mismo que las organizaciones entregaron una semana después de la firma de acuerdos en la Reunión Técnica de Acapulco en 2010, pero no fue implementado.

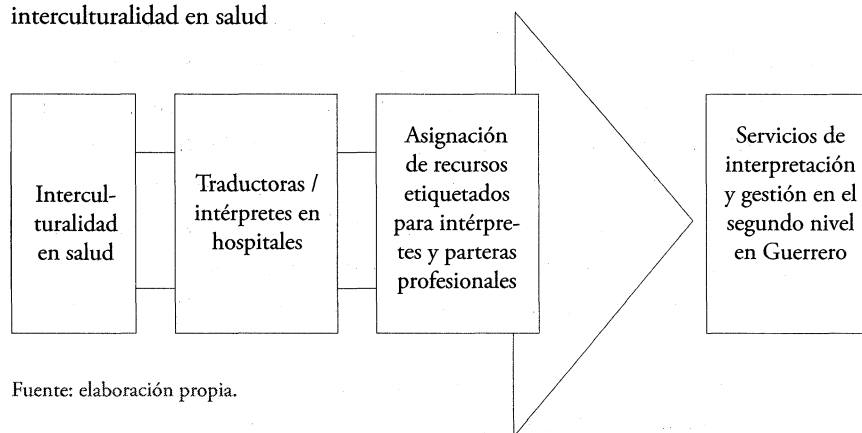
Frente a las resistencias y dificultades para su contratación desde la Sesaeg, la Secretaría de la Mujer de Guerrero (Semujer) puso en marcha desde 2011 un programa piloto de contratación de intérpretes indígenas, inicialmente en siete hospitales de segundo nivel y posteriormente en diez durante 2012. Este proceso se realizó con recursos propios de la Semujer en consulta con organizaciones de mujeres indígenas de las diferentes regiones pertenecientes al Comité Promotor por una Maternidad Segura y la Salud de las Mujeres Guerrerenses (CPMSMG).

De esta manera mujeres indígenas se incorporaron como traductoras a los hospitales de Ometepec, Tlapa, Chilapa y Chilpancingo con el acompañamiento y respaldo de la Semujer. Pese a las resistencias y desconfianzas institucionales expresadas inicialmente por el personal de salud de estos hospitales, su impacto en la calidad de los servicios ofrecidos a las mujeres indígenas y en las posibilidades de comunicación con ellas por parte de los prestadores de salud ha sido reconocida por el personal directivo de esos hospitales, las intérpretes, la Semujer y las usuarias.⁷⁸

⁷⁸ Un monitoreo de campo realizado por Fundar Centro de Análisis e Investigación, A. C. y Kinal Antzetik Distrito Federal, A. C. en 2012 mediante entrevistas con intérpretes, usuarias y personal de salud, mostró la importancia de esta figura en la atención a las mujeres indígenas (no sólo gestantes) en los hospitales donde estaban asignadas.

A partir de esta experiencia piloto en las jurisdicciones con mayor presencia indígena se elaboró la propuesta de incorporación de facilitadoras interculturales que realizaran labores de traducción, interpretación y acompañamiento en los servicios de salud materna de los principales hospitales de segundo nivel ubicados en zonas con elevada población indígena de Chiapas, Guerrero y Oaxaca. La propuesta incluía el modo de operar, recuperando los aprendizajes del piloto en Guerrero, así como un presupuesto aproximado para su puesta en marcha durante 2013, garantizando la etiquetación presupuestal para el programa U007 (Reducción de la mortalidad materna) incluido en los presupuestos etiquetados en el anexo 12 destinado a fortalecer acciones de igualdad de género.

Figura 9. Ruta para la gestión de una de las demandas indígenas en materia de interculturalidad en salud



Fuente: elaboración propia.

La propuesta del Centro Nacional de Equidad de Género para el programa presupuestario U007 era de 250 millones de pesos (seis menos que el asignado en el presupuesto del año previo). La Cámara de Diputados, específicamente la Comisión de Igualdad de Género, duplicó esa cantidad asignando en el PEF 2013 la mayor cantidad de recursos para salud materna en la historia de los presupuestos etiquetados. Sin embargo, ese monto se establece de manera global y es el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva el que tiene la facultad de distribuirlos internamente en las diversas entidades federativas y acciones a su cargo, de manera que la ejecución de la propuesta para contratación de intérpretes debía definirla y ejecutarla el

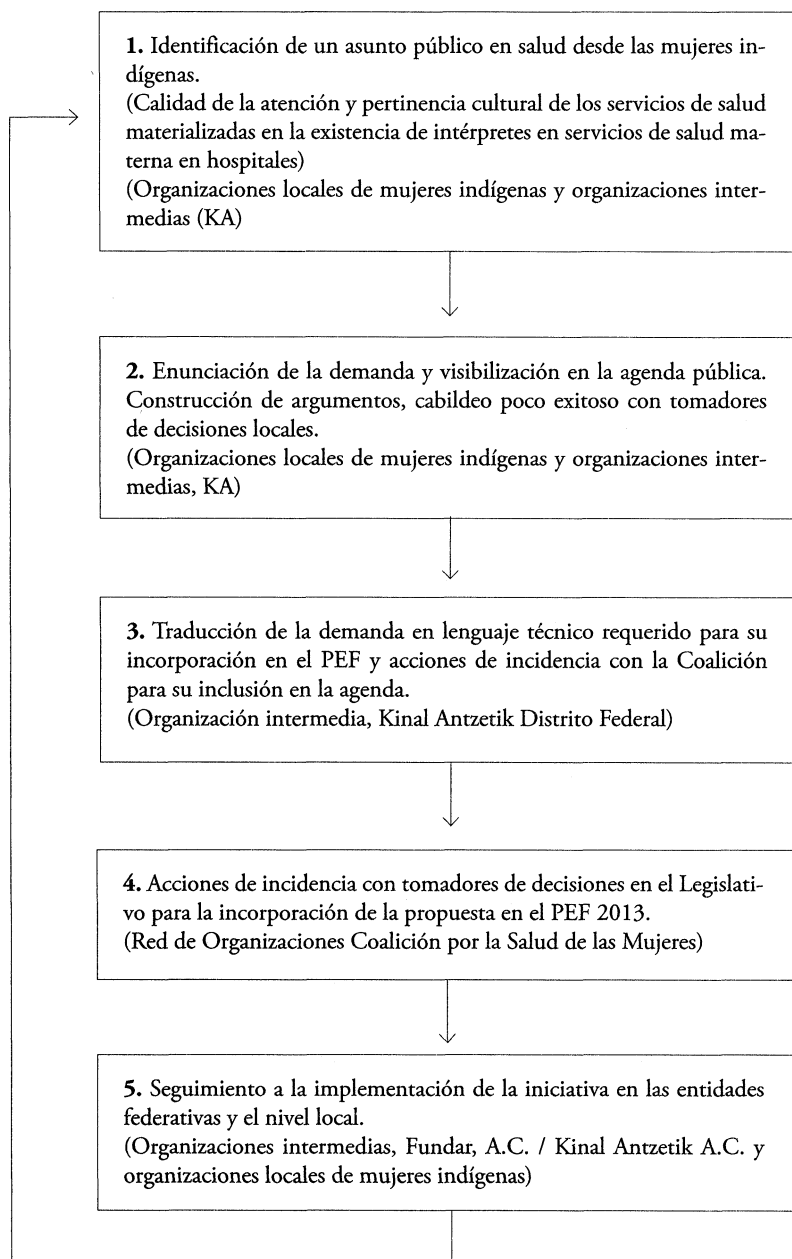
CNEGySR en coordinación con las entidades federativas en las cuales se decidiera implementar, lo cual es un reto por la descentralización del sistema de salud en México, pues cada entidad define con cierto nivel de autonomía las acciones a priorizar y la distribución de recursos.

Este proceso de asignación de mayor presupuesto y el compromiso del CNEGySR de incluir en ese monto los recursos para intérpretes y parteras profesionales constituyó un logro concreto en materia de incidencia en políticas públicas. A partir de la presión de la sociedad civil desde el nivel local y la elaboración de propuestas técnicas para su implementación desde una organización intermedia, como Kinal Antzetik Distrito Federal, en el marco de las propuestas globales realizadas como Coalición se asignaron recursos para la incorporación de personal no médico con la finalidad de fortalecer la pertinencia cultural de los servicios de salud materna en zonas indígenas de estas tres entidades federativas (Guerrero, Oaxaca y Chiapas) mediante los Acuerdos para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados (AFASPE). En el caso de Guerrero, el monto asignado para el programa Arranque Parejo en la Vida (APV) en 2013 fue de 51 millones de pesos y para la contratación de siete intérpretes de 780 mil pesos.⁷⁹

De esta manera podríamos decir que se crea un círculo virtuoso donde un asunto de interés público para las mujeres indígenas, como es el acceso a interpretación lingüística durante la atención en los hospitales, se convierte en punto de agenda y se incorpora en las acciones a escala nacional para retornar posteriormente a lo local en lo que se esperaría fueran formas de prestación de servicios de mayor aceptabilidad por parte de las usuarias. Ello estaría remitiendo a formas de participación social en salud que contribuirían al fortalecimiento de lo público y a la construcción de ciudadanía para la modificación de aspectos del sistema de salud.

⁷⁹ Secretaría de Salud. Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones en Salud Pública de las Entidades Federativas. Reporte de Ramo 12 (Presupuestos) por entidad federativa, programa, fuente de financiamiento e insumo/servicio. Ejercicio 2013. Guerrero. APV. Información obtenida mediante recurso de revisión ante el IFAI.

Figura 10. Ciclo para la incorporación de presupuestos para contratación de intérpretes indígenas en los servicios de salud materna, 2013



Fuente: elaboración propia.

Ahora bien, la asignación presupuestal no constituye el fin último de la incidencia ni se traduce automáticamente en un mejoramiento de los servicios de salud sexual y reproductiva ofertados a mujeres indígenas. Este presupuesto asignado en el Anexo 12 debió recorrer aún un largo camino para transferirse a las entidades federativas e implementarse de acuerdo con lo previsto durante su diseño. Una vez que el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF 2013) fue aprobado por la Cámara se inició un proceso para que de ese monto global asignado a salud materna efectivamente se destinaran recursos específicos para la contratación de intérpretes y se establecieran como parte de las acciones y metas a desarrollar por los estados, lo que se concretó en la firma de los denominados Acuerdos para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados (AFASPES), mediante los cuales se distribuye parte del recurso asignado por la Cámara, estableciendo acciones, metas e indicadores que las entidades federativas deberán desarrollar.

La propuesta inicial de Kinal Antzetik Distrito Federal a la Cámara de Diputados, mediante la Coalición, era de cinco millones de pesos, e incluía los estados de Oaxaca, Guerrero y Chiapas. Finalmente, el CNEGySR asignó una cantidad menor, para Guerrero fueron \$780.000 ya señalados. Sin embargo, esta información no era pública ni se entregó a las organizaciones que lo solicitaron mediante el recurso de acceso a la información. Fue necesario presentar un recurso de revisión que permitiera acceder al documento donde se desglosa la distribución de los 500 millones de pesos por entidad federativa y líneas de acción. Ello muestra las dificultades concretas para el seguimiento de las políticas públicas, la ausencia de mecanismos de transparencia y rendición de cuentas por parte del Estado y la opacidad con que operan los programas.

En ese sentido, uno de los aprendizajes de cara al análisis de la incidencia en políticas públicas desde la sociedad civil, particularmente en materia de salud de las mujeres indígenas, son las complejidades de cada momento del ciclo de la política pública. La Coalición ha desarrollado un importante trabajo de incidencia para el diseño

de políticas y la asignación presupuestal, así como el seguimiento de presupuestos federales en salud sexual y reproductiva, en especial los realizados por Fundar. Sin embargo, la propia Coalición encuentra límites concretos al dar seguimiento y monitorear la implementación de estas propuestas, pues implica una presencia local que no se posee y una estrategia específica con recursos asignados (humanos, de tiempo y financieros) para la contraloría social.

Por su parte, las organizaciones que a escala local están más próximas a la prestación de servicios, tienen una mirada de mayor cercanía a las necesidades y el funcionamiento de los servicios de salud, pero encuentran fuertes limitaciones para que sus propuestas tengan eco y las tomadores de decisiones en salud las incorporen en el diseño institucional, especialmente en el ámbito estatal y federal.

Lecciones aprendidas

En este capítulo se desarrollan tres apartados que contribuyen a pensar la relación entre la sociedad civil, particularmente las redes de organizaciones como la Coalición y la posibilidad de hacer incidencia recuperando la agenda de mujeres indígenas en salud sexual y reproductiva. La primera parte del capítulo mostró la experiencia de creación, objetivos, funcionamiento interno y alcances del trabajo de la Coalición por la Salud de las Mujeres. Este caso proporciona pistas respecto a ciertos elementos que facilitan la construcción de alianzas para la ampliación de la influencia o para una incidencia más efectiva en la perspectiva de modificar algunos aspectos de la política pública incluyendo presupuestos.

Un elemento central para la existencia de este tipo de redes es la clara definición de un asunto público a modificar; en este caso presupuestos, programas y normas en salud sexual y reproductiva en el ámbito federal. Para lograrlo se requiere la construcción de una agenda mínima de trabajo alrededor de la cual se generen los acuerdos. En la Coalición los ejercicios de planeación anual han sido centrales como

espacios de definición periódicos de las estrategias y prioridades, igualmente la identificación del mapa político cada año, los actores aliados con quienes se puede impulsar dicho asunto, así como sus distintos niveles de participación e incidencia. Siguiendo a Tapia (2011) podemos señalar que la Coalición ha logrado incluir varios temas en la agenda de gobierno a partir de la capacidad de aprovechar momentos coyunturales, identificar el interlocutor o interlocutores a los que es necesario interpellar, colocarlo en la agenda pública como un asunto colectivo y relevante desde la perspectiva de derechos, además de los aspectos de salud específicamente. Finalmente retomar el papel central de una efectiva y sostenida estrategia de medios de comunicación.

A nivel interno es importante resaltar aspectos del orden organizativo que posibilitan el trabajo en redes, entre ellos la identificación de los beneficios que implica la actuación colectiva organizada respecto al trabajo individual, pues ello facilita a cada organización que su propia agenda tome mayor fuerza cuando se impulsa desde un espacio de esta naturaleza. De este modo, entre las integrantes se identifica una alta valoración del espacio en redes, asignando tiempos y esfuerzos para su sostenimiento, sumando saberes técnicos especializados de cada organización, y aprovechando su red previa de relaciones o vínculos, de tal suerte que el ámbito de influencia de dicha red se amplía respecto al alcance que tendría cada organización de manera individual.

La segunda parte del capítulo dialoga con la pregunta central que guía esta obra en cuanto a la posibilidad de hacer incidencia en salud sexual y reproductiva desde las mujeres indígenas. Al recuperar algunos puntos centrales de su agenda en salud sexual y reproductiva, el texto mostró la manera en que algunas de estas demandas las ha impulsado y posicionado Kinal Antzetik Distrito Federal al interior de la Coalición, desarrollando lo que hemos denominado el primer nivel de incidencia, es decir, el que se realiza al interior de la red para que la agenda indígena sea reconocida e incluida como parte de la agenda colectiva de la Coalición. Sin este trabajo interno, al que en el texto nos referimos como el ejercicio de “ganar aliadas internas para la incidencia”, hubiese sido más difícil avanzar en el segundo nivel de

incidencia alusivo a los cambios en políticas públicas reseñados en la tercera parte del capítulo.

Una de las lecciones que se recuperan en este ejercicio se refiere a la necesidad de incrementar la cualificación, especialización, generación de evidencias, argumentación del discurso y capacidad propositiva de las organizaciones que intentan promover su agenda. Para Kinal, el posicionamiento de estas agendas de mujeres indígenas ha significado una serie de modificaciones en su rol, así como en el tipo de documentos producidos, incorporando un lenguaje más técnico que interpele a tomadores de decisiones. El riesgo de estos ejercicios sin duda es la posible suplantación, así como el alejamiento de las organizaciones de base o de la realidad de las mujeres indígenas en el nivel local.

La tercera parte del capítulo abordó una experiencia concreta de incidencia con el nivel federal, recuperando una demanda concreta y añeja de las organizaciones indígenas como los servicios de interpretación en el sector salud, la cual se cabildea a través de Kinal en la Coalición y posteriormente desde la Coalición en el Legislativo federal, para garantizar una asignación presupuestal específica para dicha iniciativa.

Este apartado nos muestra cómo la demanda de las mujeres indígenas se traduce en una propuesta técnica específica planteada en el momento preciso con los actores indicados para garantizar su inclusión en el Presupuesto de Egresos de la Federación en 2013. Sin embargo, el texto evidencia también que la asignación no garantiza automáticamente implementación, seguimiento ni transparencia, pues hay un margen de decisión respecto a los recursos y acciones en salud donde no participa la sociedad civil y queda bajo la discreción del CNEGySR y las secretarías de salud a nivel estatal.

De este modo, pese a la potencialidad de redes como la Coalición, los avances en la inclusión de agendas y los mecanismos de seguimiento a los recursos y programas de salud sexual y reproductiva, es indispensable mencionar una serie de obstáculos que impiden al-

canzar metas más estratégicas y de fondo; en este caso, la garantía del derecho a la salud para las mujeres. Un reto es verificar la efectividad de las acciones de incidencia, entre ellas, tanto las de tipo presupuestal como las relacionadas con los programas de salud en un contexto de profunda fragmentación y descentralización como el mexicano. Preocupación, pues aún hacen falta insumos y conocimiento sistematizado respecto a las realidades locales tan complejas a nivel nacional, y reto porque la práctica evidencia que son las voces y realidades locales las que nutren las agendas y demandas.

Sin dejar de reconocer los innegables logros de la Coalición, un análisis crítico como el que plantea este libro, no puede obviar una reflexión sobre los límites y dificultades de la incidencia y la participación de la sociedad civil en México a partir de este caso. La experiencia de la Coalición por la Salud de las Mujeres muestra lo difícil que es dar seguimiento a la política pública en el esquema de fragmentación y descentralización que caracteriza al sistema de salud mexicano. Esto se observa en los retos que presenta hacer seguimiento de los presupuestos etiquetados para los programas de salud sexual y reproductiva en el nivel subnacional (entidades federativas y jurisdicciones sanitarias), e igualmente las enormes dificultades para articular los niveles de acción y realizar contraloría social en políticas públicas, presupuestos, programas y servicios en las diferentes escalas de acción territorial (federal, estatal y local), pues las organizaciones del orden nacional, como la mayoría de las vinculadas a la Coalición, tienen problemas para identificar el resultado de sus propuestas o logros en el espacio local. Del mismo modo, las organizaciones locales, con una mayor posibilidad de detectar problemas y vigilar servicios, encuentran grandes obstáculos para lograr que sus visiones y propuestas sean incluidas en las definiciones gubernamentales en salud establecidas en las entidades federativas o la federación. Ello es aún más complejo en un país como México con un sistema de salud caracterizado por debilidades sustanciales en la coordinación entre el primer y el segundo nivel de atención. También es importante reconocer dinámicas políticas que distan de un esquema ideal o sosegado en la planeación, diseño, ejecución y evaluación de las políticas públicas; entre éstas, los intereses políticos

particulares; los conocimientos y desconocimientos de los funcionarios públicos, los límites de los tiempos y formatos de participación social en el momento de toma de decisiones y la escisión o distancia entre las definiciones formales y el ejercicio práctico de las mismas en escalas regionales y locales.

Finalmente señalar los grandes retos para la efectiva incorporación de la agenda de mujeres indígenas en el diseño de los programas de salud sexual y reproductiva, en la asignación de recursos específicos y en la conducción de estrategias en salud que reconozcan la diversidad cultural de nuestro país y las profundas brechas de desigualdad de las cuales las condiciones de salud son sólo una expresión. Este caso constituye un ejemplo alentador, pero somos conscientes de los enormes retos para que la palabra, la voz, el pensamiento y las acciones de los pueblos indígenas tengan un lugar de dignidad en el diseño de la política pública en salud en México, así como para garantizar su efectivo reconocimiento como sujetos de derechos, no como ciudadanos de segunda clase.

Referencias bibliográficas

BELMARTINO, SUSANA

1992 “Políticas de salud, ¿formulación de una teoría o construcción de un problema por investigar?”, en C. Eibenschutz (comp.), *Estado y políticas sociales en América Latina*, FIOCRUZ-UAM-Xochimilco, México,

BERRÍO, P. LINA

2007 “Las mujeres indígenas y la maternidad”, en Coalición por la Salud de las Mujeres (coord.), *Salud sexual y reproductiva de las mujeres, retos legislativos*, Cimac, México.

2010 “Pluralismo médico y estrategias para el cuidado de la salud materna en la Costa Chica de Guerrero”, en S. Peña y B. Parra, *La medicina social en México III. Entre la tradición y la emergencia*, Alames-Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.

2013 *Entre la normatividad comunitaria e institucional. Prácticas de atención a la salud materna entre mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero*, tesis para Doctorado en Ciencias Antropológicas, Universidad Autónoma Metropolitana, México.

2014 “Construyendo y enunciando los derechos. Agendas políticas en materia de salud sexual y reproductiva y prevención a la violencia de género”, informe de trabajo.

CAMPOS, ROBERTO

2006 “Procesos de legalización e interculturalidad en las medicinas indígenas de México y Bolivia (1996-2006)”, en J. G. Fernández, *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*, AbyaYala, Ecuador.

CINTA, DULCE MARÍA Y ANGÉLICA IVONNE CISNEROS

2012 Informe final al proyecto “Evaluación de la metodología para la integración del Programa Atención a la Salud Reproductiva y la Igualdad de Género en Salud, así como su ejercicio presupuestal y la participación social de las mujeres en su construcción y seguimiento” (convenio 148440), Inmujeres-Conacyt, México.

COALICIÓN POR LA SALUD DE LAS MUJERES

2007 *Salud sexual y reproductiva de las mujeres, retos legislativos*, Cimac, México.

2008 *Propuestas y observaciones al proyecto de presupuesto 2008*, documento presentado a legisladores(as) de la Comisión de Presupuesto y Cuenta Pública, México.

2012 Díptico disponible en <http://www.fundar.org.mx/clases/wp-content/uploads/pdf/dipticocoalicion.pdf> Consultado el 25-04-2012.

2013 *Todos los derechos para todos y todas: diagnóstico y retos pendientes rumbo a la construcción del PND, 2013-2018*, México.

2013 *Planeación anual*, documento interno de trabajo, México.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

2015 Artículo 2 inciso III, disponible en <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/9/3.htm?s>.

DANTES, GÓMEZ OCTAVIO

2011 “Sistema de salud de México”, en *Salud Pública*, vol. 53(2), México.

DELGADO, ESPERANZA, integrante de Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (Mexfam)

2013 Entrevistada por Lina Rosa Berrío, 15 de julio, Ciudad de México.

DÍAZ ECHEVERRÍA, DANIELA, integrante de Fundar-Centro de Análisis e Investigación, A.C.

2013 Entrevistada por Lina Rosa Berrío, 16 de julio, Ciudad de México

DÍAZ ECHEVERRÍA, DANIELA, Celestino Ortega Cirenia, Juárez, Martha, Loggia Silva, Rodríguez Gabriela, Godínez Lourdes, Rosa Berrío Lina

2013 Entrevistados por un consultor externo, 25 de julio, Ciudad de México

DÍAZ, D. YA. ROMERO

2008 *Propuestas al proyecto de presupuesto de 2009 dirigido a legisladores y legisladoras de la LX Legislatura*, México.

FREYERMUTH, GRACIELA

2003 *Las mujeres de humo. Morir en Chenalhó. Género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*, CIESAS-Miguel Ángel Porrúa-Instituto Nacional de las Mujeres-Comité Promotor por una Maternidad Segura en Chiapas, México.

FREYERMUTH, GRACIELA Y SESIA PAOLA

2013 “La rendición de cuentas y la contraloría social: debates y experiencias en salud materna y reproductiva en México”, en Freyermuth, G. y P. Sesia, *Monitoreos, diagnósticos y evaluaciones en salud materna y reproductiva: nuevas experiencias de contraloría social*, CIESAS, México.

JUÁREZ, MARTHA, INTEGRANTE DE CONSORCIO

2013 Entrevistada por Lina Rosa Berrío, 9 de julio, Ciudad de México

GRANADOS, J. A. Y C. TETELBOIN

2008 *Módulo III: Práctica médica y política sanitaria*, tesis de maestría en Medicina Social, UAM-Xochimilco, México.

KECK, MARGARET Y KATHRYN SIKKINK

2000 *Activistas sin fronteras*, Siglo XXI Editores, México.

LERÍN, SERGIO

2004. “Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta”, entrevista en *Desacatos*, México, pp. 15-16.

MÁRQUEZ M., ALICIA

2014 "Construcción democrática de políticas entre sociedad civil y legislativo: los presupuestos públicos sensibles al género y la salud sexual y reproductiva", en René Millán (coord.), *Vida pública en México: ¿didáctica para la democracia?*, Instituto de Investigaciones Sociales UNAM, México.

MARTÍNEZ, GRISELDA Y RAFAEL MONTESINOS

2006 "La reconstrucción del discurso político: una propuesta metodológica", en V. Alarcón, *Metodologías para el análisis político. Enfoques, procesos e instituciones*, Plaza y Valdés-UAM-Iztapalapa, México.

MENÉNDEZ, EDUARDO

2000 "Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado", en *Cuadernos Médicos Sociales*, núm. 73.

OYARCE, ANA MARÍA, BRUNO RIBOTTA Y MALVA PEDRERO

2007 *Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina. Una relectura desde el enfoque de derechos*, CEPAL-UNFPA-Organización Panamericana de la Salud, Santiago de Chile.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU)

2007 Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, A/RES/61/295, disponible en <http://access-dds-myum.org/docs/UNDOC/GEN/N06/512/10/PDF/N0651210.pdf?OpenElement>.

SECRETARÍA DE SALUD (SSA)

2008 *Interculturalidad en salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud*, SSA, México.

SHIAVON, RAFAELA Y LOGGIA SILVIA, Comité Promotor por una Maternidad Segura en México

2013 Entrevistadas por Lina Rosa Berrio y Adriana Lozano, 12 de julio, Ciudad de México.

SESIA, PAOLA

2009 "Muerte materna y desigualdad social", en G. Freyemuth y P. Sesia (coords.), *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*, CIE-SAS-Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, México.

2013 *Adecuación intercultural de los servicios de salud materna en América Latina: lecciones aprendidas y retos pendientes* (memoria), Comité Promotor por una Maternidad segura en México-Family Care International, México.

TAPIA, M., B. CAMPILLO, S. CRUICKSHANK, Y G. MORALES

2010 *Manual de incidencia en políticas públicas*, Alternativas y Capacidades, A.C., México.

YLLESCAS, H., PATRICIA LORENA

2013 Entrevistada por Adriana Lozano, 28 de junio, Ciudad de México.

III. La trayectoria del Centro de Capacitación en Ecología y Salud para Campesinos (CCESC), su trabajo con población indígena en Chiapas y su relación con la política pública en salud durante el período 1984-2006.

Aracelly María Pereira Patrón
Ana Eugenia López Ricoy

Introducción

El objetivo este capítulo es documentar y analizar la trayectoria del Centro de Capacitación en Ecología y Salud para Campesinos (CCESC) y así determinar si su trabajo incidió en el mejoramiento o la implementación de políticas públicas en salud para la población indígena en Chiapas, especialmente respecto a las mujeres. Nos interesó, por tanto, detectar cómo y en qué momento el trabajo de esa organización pudo influir en la creación, ejecución o modificación de políticas públicas en salud.

Nuestro propósito fue identificar las estrategias, las experiencias, los retos y los aprendizajes que esta organización de la sociedad civil (OSC) confrontó e implementó desde 1984 hasta 2006. El CCESC

continúa laborando hasta la fecha⁸⁰, pero a pesar de sus esfuerzos no ha logrado intervenir en el diseño de políticas públicas, lo que fue posible cuando su trabajo se enmarcó por ciertas coyunturas en el contexto social, económico y político en Chiapas. Asimismo, hoy la organización enfrenta un proceso de reestructuración, dado que ha permanecido vigente por décadas, lo cual dificulta la obtención de recursos para la realización de sus proyectos. Sin embargo, se espera que su trayectoria y aprendizajes sirvan ejemplo a otras organizaciones que mantienen fines similares.

El CCESC lleva alrededor de treinta años trabajando para mejorar las condiciones de salud y vulnerabilidad de la población indígena del estado de Chiapas, y sus proyectos van dirigidos a la población en general de las localidades, aunque sus principales propósitos se han enfocado a atender las necesidades en salud de los niños, las niñas y las mujeres indígenas.

De 1984 a 2006 el trabajo del CCESC se enfoca especialmente al entorno indígena rural campesino en la zona fronteriza y en la selva. La región fronteriza colinda con la zona de la selva Lacandona y ambas a su vez forman parte de la franja fronteriza entre México y Guatemala.⁸¹ La región fronteriza tiene una extensión de 12 970.6 km²; el

⁸⁰ En la actualidad, el CCESC se denomina Centro de Capacitación y Educación en Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CCEDESC) y ejecuta varios proyectos en los municipios de Chiapas; por ejemplo, su labor en Tenejapa es detectar y contrarrestar la desnutrición infantil; en Las Margaritas realiza un estudio generacional, histórico y médico cuyo propósito es identificar si los niños y niñas que vivieron el contexto del refugio guatemalteco son más propensos a enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes.

⁸¹ Desde 1882, en la selva Lacandona inició la explotación de maderas, como la caoba y el cedro; de 1930 a 1980 campesinos sin tierras de otras regiones de Chiapas se establecieron ahí (De Vos, 2003). “Los nuevos pobladores eran, en su gran mayoría, indígenas que habían abandonado sus pueblos en Los Altos por la falta de tierra cultivable o habían salido de las haciendas ganaderas y cafetaleras de la Franca Finquera por ya no encontrar cabida allí o por no aguantar más las duras condiciones laborales” (De Vos, 2003: 21). De esta manera, el territorio de la selva Lacandona estaba en disputa, tanto por empresarios explotadores de la madera como por nuevos colonos; existía también el problema del reparto agrario y el de los títulos de propiedad.

municipio de Las Margaritas es el más grande de la región, pues su territorio representa 44.7% (Rivera *et al.*, 2011).⁸²

Desde sus primeros años el CCESC incursionó en el municipio de Las Margaritas; en 1985 estableció en Nuevo Poza Rica la Clínica de Referencia Intermedia (URI), una de las primeras contribuciones del CCESC a la comunidad indígena y refugiada de la zona, y se inició la formación y capacitación de promotores y promotoras de salud comunitarias. En 1989, en la misma localidad se instaló la primera Casa de Salud de la Mujer, cuyo objeto era prevenir la desnutrición infantil y las complicaciones de una inadecuada salud reproductiva en las mujeres. En consecuencia, se sentaron las bases de las Consultas Colectivas, cuya metodología se sistematizó y validó entre 1997 y 1999 con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (Arana, en prensa).

Desde su inicio la organización trabajó de cerca con actores locales que brindaban atención en el ámbito de la salud en las localidades, en particular con las promotoras de salud, las parteras y los líderes comunitarios. Para aplicar sus proyectos el CCESC, en sus primeros veinte años de trayectoria, obtuvo financiamiento de agencias internacionales, como la Ayuda Popular Noruega (APN), el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Fondo de Naciones Unidas para la Población (UNFPA). Además, mantuvo un vínculo importante con agencias e instituciones nacionales, entre ellas el Instituto Nacional de Nutrición “Salvador Zubirán” (INNSZ).

El trabajo del CCESC se desarrolló en áreas de Chiapas que, por sus características históricas particulares, presentaban situaciones sociales y políticas complicadas o conflictivas. La labor del CCESC estuvo activa cuando en ambas zonas, fronteriza y de la selva, se pre-

⁸² El municipio de La Trinitaria, el segundo más extenso, ocupa 14.39% del total del territorio (Rivera *et al.*, 2011).

sentaron coyunturas políticas, económicas y sociales importantes entre 1984 y 2006. Nos referimos primero a la llegada de los refugiados guatemaltecos, luego al levantamiento del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN) y finalmente a la alternancia política en los niveles federal y estatal. A continuación explicamos brevemente esas coyunturas.

En 1981, la llegada de miles de refugiados guatemaltecos a la zona fronteriza de Chiapas generó necesidades, conflictos y expectativas que el Estado mexicano debió resolver para garantizar la seguridad tanto de los nuevos pobladores como de los habitantes de antaño. Este acontecimiento puso a México en el foco de “atención regional e internacional” (Cruz Burguete, 2000: 555), así como de “numerosas organizaciones no gubernamentales y gobiernos” (Aguayo y O’Doherty, 1989: 267) preocupados por la seguridad y el destino de los miles de refugiados del vecino país.

El 1 de enero de 1994 en Chiapas se levantó en armas el EZLN cuyas demandas estaban directamente relacionadas con la reivindicación de sus derechos humanos, en especial los referidos al ámbito político, económico y cultural. Este suceso “transformó drásticamente la situación sociopolítica en la entidad y generó, a su vez, el desplazamiento forzado de miles de personas en distintas regiones del estado” (Arana y Del Regio, 2012: 17). Chiapas, entonces, volvió a ser el centro de atención regional, nacional e internacional. Con esta guerra se “abrió un nuevo expediente para la vida nacional, y el sureste mexicano ha reafirmado su importancia política por ser una región fronteriza” (Cruz Burguete, 2000: 555).

En concordancia con esas coyunturas hemos distinguido tres etapas para analizar la trayectoria del CCESC, pues su trabajo estuvo a la par de las situaciones de emergencia y los conflictos del lugar. La primera etapa, de 1984 a 1994, la hemos catalogado “Del refugio”; la segunda, de 1994 a 2000, el “Zapatismo”, y la tercera, de 2000 a 2006, “De la articulación”. El caso del CCESC es particularmente complejo debido a la extensión del periodo delimitado y porque, en

este sentido, no fue en una, sino en varias políticas públicas de salud y discursos gubernamentales en los que se encontró influencia. En la siguiente tabla presentamos las principales aportaciones del CCESC a lo largo de su trayectoria.

Cuadro 5. Cronología del (CCESC)

Etapa del Refugio	
1984	Se desarrolla el programa "Atención Integral para Zonas de Emergencia".
1985	Se establece en Nueva Poza Rica la clínica Unidad de Referencia Intermedia (URI).
1986	Se inicia la publicación del boletín <i>Pensamiento y Salud</i> .
1989	Se establece la primera Casa de Salud de la Mujer.
Etapa del Zapatismo	
1994	Inicia el proyecto Desarrollo de un Sistema Local de Salud, Alimentación y Protección del Medio Ambiente en una Región de Pobreza Extrema, hecho que coincide con la insurgencia zapatista.
1994	Participa en la Coordinación de Organismos no Gubernamentales por la Paz (Compaz).
1996	Se crea la Defensoría del Derecho a la Salud (DDS).
Etapa de la Articulación	
2000	Colabora con el gobierno de Chiapas para el diseño y desarrollo del programa Vida Mejor para las mujeres, las niñas y los niños de Chiapas.

Fuente: Elaboración de Ana López

Metodología

Para la recopilación y recolección de información usamos herramientas de la investigación social cualitativa. Los datos provienen básicamente de tres recursos: revisión documental, entrevistas a informantes clave y entrevista grupal. La exploración documental abarcó la literatura que nos ayudó a entender el contexto económico, social y político del estado de Chiapas durante el periodo delimitado (Aguayo y O'Dogherty, 1989; Arana y Del Regio, 2012; Cruz Burguete, 2000; De Vos, 2003; Freyermuth y Godfrey, 2006; Rivera *et al.*, 2011). También revisamos algunos números del boletín *Pensamiento y Salud* producido por el CCESC, así como artículos y publicaciones que hacían referencia al

trabajo del CCESC en el estado de Chiapas (Amoroz, 2011; Reygadas y Zarco, 2005; Sánchez, Arana y Ely, 2006). La literatura que consultamos se relaciona entre sí debido a que se refiere a la situación contextual y política de Chiapas.

Para encontrar a nuestros informantes usamos el muestreo de bola de nieve, es decir, entrevistamos a una persona cuya función era clave en la organización, y ésta nos recomendó platicar con sus compañeros; así tuvimos la oportunidad de dialogar con varios actores clave en la trayectoria del CCESC (integrantes y ex integrantes). Por otro lado, a pesar de nuestros esfuerzos, fue imposible entrevistar a funcionarios del gobierno para contrastar la información obtenida, un punto débil en la investigación que creemos se subsana con los datos del contexto chiapaneco.

Las entrevistas fueron de tipo semiestructuradas, y para ello se elaboró un cuestionario con preguntas generadoras relacionadas con la trayectoria del CCESC y su incidencia en elaboración, implementación o influencia en las políticas públicas con respecto a la salud de la población indígena de Chiapas. Profundizamos en los aspectos que nos parecían claves y nodales para la investigación. Algunas entrevistas las realizamos de manera presencial y otras, por vía electrónica. Por otro lado, la temática general que guió la entrevista grupal fue el surgimiento del CCESC en el contexto del refugio guatemalteco, así como el trabajo de la organización con los y las promotoras de salud en la zona fronteriza. En el cuadro 2 se muestra el tipo de técnica, el instrumento utilizado y el tipo de informante en relación con la organización.

Tabla 4. Tipo de técnica, instrumento utilizado y tipo de informe

Tipo de técnica	Instrumento utilizado	Tipo de informante (relación con el CCESC)
Entrevista individual	Cuestionario con preguntas generadoras	Director, dos miembros actuales (mujeres) y cuatro ex integrantes (tres varones y una mujer).
Entrevista grupal	Preguntas generadoras, línea del tiempo	Director, un miembro actual (varón) y seis ex promotores de salud (varones).

Fuente: Elaboración de Aracelly Pereira

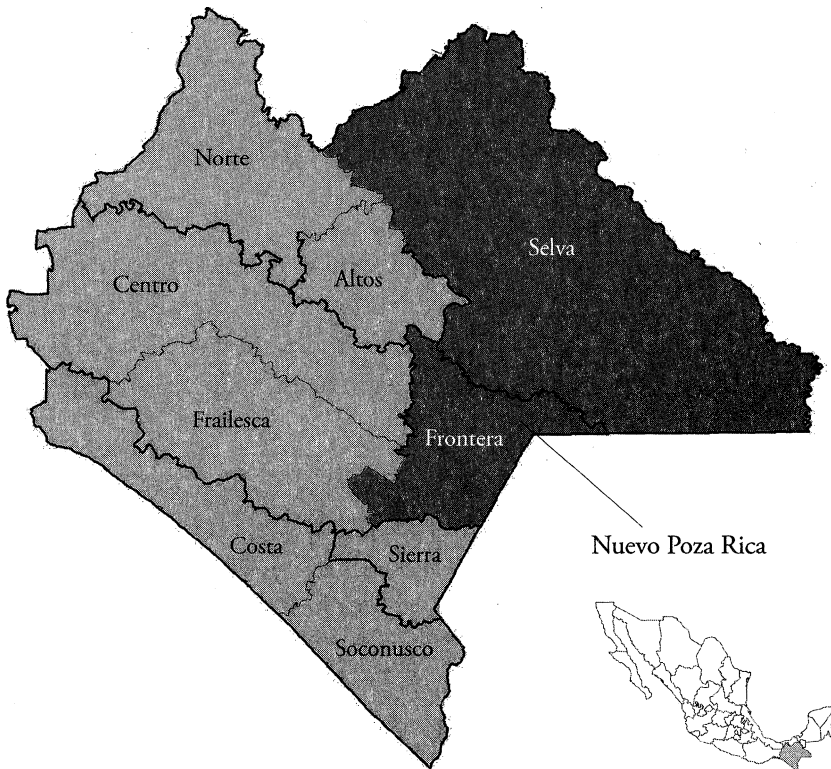
El 90% de las entrevistas individuales y la entrevista grupal se grabaron en audio, previo consentimiento de nuestros informantes. No creímos necesaria la elaboración de un protocolo formal para que firmasen pero, por cuestiones de confidencialidad, en el documento omitimos sus nombres. Una vez elaboradas las entrevistas procedimos a seleccionar las de mayor contenido informativo para complementar la revisión histórica del trabajo del CCESC; transcribimos las entrevistas seleccionadas, las codificamos y las sistematizamos en forma manual.

Durante el proceso de elaboración del capítulo mantuvimos comunicación constante con nuestros informantes con el objetivo de que brindaran sugerencias, comentarios y críticas al trabajo de sistematización y presentación de la información. Además llevamos a cabo una reunión donde expusimos los resultados de la investigación, que se celebró el martes 25 de marzo de 2014 en San Cristóbal de las Casas, Chiapas, en el marco del Cuarto Congreso Nacional de Ciencias Sociales. El propósito de dicha asamblea fue difundir los resultados del estudio entre los miembros vigentes de la Organización destacando y reconociendo su importante labor social a lo largo de su trayectoria, así como sus esfuerzos y logros para mejorar las condiciones de salud de la población indígena de Chiapas a partir de la implementación de políticas públicas realizadas de manera horizontal.

Contexto estatal

El estado de Chiapas se localiza al sur de la República Mexicana, entre los paralelos 14 y 17, y los meridianos 90 y 94; su territorio se ubica entre las planicies de Tabasco al norte y el océano Pacífico al sur. Al este limita con los ríos Usumacinta y Suchiate, y la cordillera de Montes Cuchumatanes, y al oeste, con los estados de Veracruz y Oaxaca. (Zebadúa, 2010; mapa 1) Chiapas está conformado por 118 municipios y su capital es Tuxtla Gutiérrez; la extensión de la entidad es de 73 311 km², por lo que representa 3.7% del territorio nacional (Inegi, 2010).

Figura 11. Regiones de Chiapas y localización de zona de trabajo del CCESC



Fuente: Elaboración de Ana López.

Según Rivera, García, Lisbona y Sánchez (2011), Chiapas se divide en nueve regiones administrativas: I Centro, II Altos, III Fronteriza, IV Frailesca, V Norte, VI Selva, VII Sierra, VIII Soconusco y IX Istmo-Costa. El CCESC inició su trabajo en la región fronteriza conformada por los municipios de Comitán de Domínguez, Chicomuselo, Frontera Comalapa, La Independencia, Las Margaritas, Soconusco, La Trinitaria y Tzimol.⁸³

De acuerdo con el Censo General de Población y Vivienda 2010, la población total de Chiapas era de 4 796 580 habitantes y 51% de éstos eran mujeres, cantidad que representa 4.3% con respecto al total del país. Según la distribución de la población, 49% residía en áreas urbanas y 51% en rurales; en comparación con los porcentajes nacionales de 78% y 22%, respectivamente. En cuanto a la escolaridad, el grado promedio en Chiapas fue 6.7 comparado con 8.6 del promedio nacional. Con respecto a la población de cinco años o más que hablaba una lengua indígena, 27 de cada 100 personas presentaban esta condición; a escala nacional seis de cada 100 personas hablaban una lengua indígena (Inegi, 2010). En este sentido, Chiapas es uno de los estados con mayor número de población indígena del país (Sánchez, Arana y Ely, 2006).

Chiapas, en comparación con las demás entidades de la República Mexicana, tiene más localidades con grado de marginación muy alto. En total, son 4 024 localidades que representan 17.9% del total con ese grado de marginación en el país. De esa manera, en Chiapas

⁸³ Según Rivera, García, Lisbona y Sánchez (2011), los primeros habitantes de la región Fronteriza eran tojolabales y la lengua original el tojolabal. El poblamiento contemporáneo de la región muestra una pluralidad étnica producto de procesos complejos de colonización que tuvieron lugar en la segunda mitad del siglo XX. En la actualidad, en la región existen siete grupos diferenciados hablantes de lenguas indígenas: tojolabal, kanjobal, tzotzil, tzeltal, mame, chol y zoque. El bilingüismo (español y lengua indígena) se presenta en 80% de la población total de la región. Desde 1930 el contexto de esta zona ha sido predominantemente intercultural debido a los movimientos migratorios.

aproximadamente 530 mil personas viven en localidades con grado de marginación muy alto; este número representa 22.9% con respecto al total de la población nacional con ese grado de marginación (Conapo, 2010).⁸⁴

En cuanto a la inserción de la población en actividades económicas, casi la mitad trabaja en el sector agrícola y más de la mitad sobrevive con menos de un salario mínimo (Zebadúa, 2010). Durante 2009 las remuneraciones que en promedio recibía al año cada trabajador en Chiapas eran de \$65 435 frente al promedio nacional de \$99 114.⁸⁵ Sin embargo, Chiapas aporta al país cerca de 6.5% del petróleo, 23% del gas natural y 8% de la electricidad (Zebadúa, 2010).

A pesar de que Chiapas es un estado rico en recursos naturales, culturales y sociales “tiene el mayor nivel de pobreza y la menor cantidad de recursos para la salud del país” (Sánchez, Arana y Ely, 2006). Esta es una de las contradicciones más grandes de la entidad, pues mientras más recursos “posee” la población local, menos soberanía tiene para decidir sobre el uso de los mismos. En 2011 Chiapas contaba con 1 364 unidades médicas públicas en las que atendían 5 893 médicos y con 72 unidades médicas particulares que contaban con 168 médicos.⁸⁶ Asimismo, 80% de la población carece de seguridad social y 62.3% no cuenta con las condiciones sanitarias adecuadas para vivir (Sánchez, Arana y Ely, 2006).

⁸⁴ La situación de marginación pone de manifiesto las diferencias abismales entre diversos grupos poblacionales, así como las desigualdades en la calidad de vida y en el nivel de bienestar de miles de mexicanos. Estas disparidades derivan propiamente de un problema estructural de la sociedad. En este sentido, “el índice de marginación cumple con el cometido de brindar información que aporta insumos directos a los tomadores de decisiones en materia de política social” (Conapo, 2010: 14).

⁸⁵ Disponible en

<http://cuéntame.inegi.org.mx/monografias/información/chis/economía/ue.aspx?tema=me&e=07>. Consultado el 1 de mayo de 2014.

⁸⁶ Disponible en

<http://cuéntame.inegi.org.mx/monografias/información/chis/economía/infraestructura.aspx?tema=me&e=07>. Consultado el 1 de mayo de 2014.

De todas las carencias en derechos, el de la salud de las mujeres indígenas es particularmente ignorado, pues las barreras culturales, sociales, económicas y territoriales impiden el acceso a los servicios básicos. Chiapas es uno de los estados con las cifras de mortalidad materna más altas con 60 muertes registradas en 2011 (OMM, 2011). Esta realidad indica que en la región existe una inadecuada organización y funcionamiento de los servicios de salud, y constituye un indicador de las condiciones de marginación de la mujer dado que el Estado mexicano debería procurar el derecho a la salud de toda la población mexicana (Sánchez, Arana y Ely, 2006). Por ejemplo, en el caso del cáncer cérvico-uterino se puede afirmar que son las mujeres indígenas, las de escasos recursos o las que viven en zonas rurales, quienes sufren los estragos más crueles de ese padecimiento. Ello se debe, en buena medida, a que las condiciones socioeconómicas en las que viven estas mujeres las ponen en una situación de inequidad y de mayor perjuicio. (SSA, 2008).

En este contexto de desigualdad social y política surgió el CCESC. A pesar de sus esfuerzos, y el de otras organizaciones de la sociedad civil, la situación de Chiapas no se ha modificado de manera significativa. En el siguiente apartado veremos que a inicios de 1980 la zona fronteriza de Chiapas recibió una enorme población en situación de refugio, hecho que evidenció aún más las carencias gubernamentales para proteger el derecho a la salud de las mujeres indígenas y la necesidad de la propia sociedad de autoorganizarse para proveer niveles mínimos de atención sanitaria.

Resultados

Primera etapa.

El inicio del CCESC vinculado al refugio guatemalteco

El contexto político del refugio guatemalteco

El trabajo del CCESC se enmarca en un contexto regional chiapaneco

con características y coyunturas específicas. Con el paso de los años el escenario nacional y estatal se ha modificado, lo cual implica cambios en el tipo y la forma de trabajo de las organizaciones de la sociedad civil, así como su vinculación con los actores estatales y locales.

Chiapas siempre ha estado marcado por su cercanía con Centroamérica y comparte con los países vecinos características culturales e históricas importantes. Por ello, los movimientos políticos de las naciones vecinas representan tanto una oportunidad para crear lazos de solidaridad entre grupos contestatarios de ambos países como una amenaza de inestabilidad social y política para los gobiernos chiapaneco y mexicano.

Los procesos revolucionarios en Centroamérica, que comenzaron en las décadas de 1970 y 1980 enmarcaron la Guerra Fría, presagiaban un “efecto dominó” en toda América Latina. Fueron tres los países que vivieron procesos de insurgencia que desencadenaron en revoluciones y conflictos civiles relevantes: Nicaragua, El Salvador y Guatemala.⁸⁷ Estos tres procesos, tras años de conflicto, terminaron por establecer regímenes democráticos con alternancia política. No obstante, destaca una escasa modificación en las condiciones de vida y trabajo de las mayorías (Skidmore y Smith, 2001).

⁸⁷ En este contexto surgió el Grupo Contadora, “creado en 1983 para hacer frente a la situación explosiva que reinaba en América Central y responder de manera ejemplar a una triple preocupación, a saber: poner fin a los sufrimientos de los pueblos de América Central a causa de los conflictos militares de sus países, defender el derecho de cada uno de ellos a la independencia y contribuir a la solución de una crisis cuyas repercusiones implicaban graves riesgos para la paz en el mundo. Los ministros de relaciones exteriores de Colombia, México, Panamá y Venezuela se reunieron en la isla de Contadora, donde decidieron aunar sus esfuerzos y firmaron el Acta de Contadora para la Paz y la Cooperación en Centroamérica. Este plan recibió el respaldo del Consejo de Seguridad de la Asamblea General de las Naciones Unidas y de numerosos organismos regionales e internacionales. En 1985 se crearon grupos de apoyo en Lima, Argentina, Brasil, Perú y Uruguay en torno a los consejeros del Grupo de Contadora que a partir de entonces se reunieron conjuntamente”. Disponible en línea en

http://portal.unesco.org/culture/es/expphp?url_id=9374&url_do=do_topic&url_section=201.html. Consultado el 1 de mayo de 2014.

El conflicto civil más largo y relevante para México fue el de Guatemala, que se extendió desde 1960 hasta 1996 como una reacción al golpe de Estado organizado desde Estados Unidos en contra del presidente Jacobo Arbenz, en el que miles de indígenas y campesinos comenzaron a movilizarse en protesta provocando 200 000 muertes (*Ibid.*) Este conflicto fue significativo para la historia del CCESC, pues la persecución militar hacia ciertas comunidades de campesinos e indígenas y la situación de conflicto generalizado motivó que, a partir de 1981, miles de guatemaltecos fueran desplazados hacia Chiapas. Posteriormente, a partir de 1984, el gobierno mexicano impulsó una política para la reubicación de los refugiados guatemaltecos a los estados de Campeche y Quintana Roo.

El refugio guatemalteco

Los refugiados se establecieron a lo largo de la frontera en cuatro distintas áreas: la costa de Tapachula, el municipio de Frontera Comalapa y las selvas de Las Margaritas y Ocosingo, con mayores concentraciones en la selva Lacandona. Estos asentamientos estaban compuestos por indígenas que pertenecían a diversas etnias mayas, principalmente kanjobales, mames, chujes, jacaltecos, quichés, kakchiqueles, choles y kekchis, mayormente monolingües y analfabetas (Gomar, 1988a en Freyermuth y Godfrey, 2006: 24).

Según Freyermuth y Godfrey (2006) en 1984 el número de refugiados en México eran de 46 000, aunque las fuentes extraoficiales reportaban más de 90 000. De la población refugiada 65% eran infantes, 20% mujeres y 15% varones adultos. El porcentaje de población refugiada en ese momento sugería que se buscaba seguridad, por lo que se descarta que el motivo de la migración fuera la necesidad económica.

Al establecerse en territorio mexicano los guatemaltecos presentaban condiciones graves de salud: sufrían una serie de síntomas de una combinación de enfermedades, como tuberculosis, desnutrición, paludismo y parasitosis intestinal, al grado de afirmarse que los “refu-

giados eran muertos vivientes” (Integrante del CCESC, 2013 entrevistado por Ana López el 9 de mayo de 2013 en el Distrito Federal). En este sentido:

La insalubridad en los asentamientos recién formados era generalizada, con ciertas particularidades de acuerdo con el tamaño de éstos. En los campamentos de la selva con gran densidad de población [...] se presentaron escasez de agua potable, formas inadecuadas de eliminación de excretas y estancamiento de aguas (Región Pastoral, 1982, citado en Freyermuth y Godfrey, 2006:27).

No obstante, los refugiados guatemaltecos contaban con sus propios recursos en salud: curanderos y promotores de salud. La labor de los curanderos era insuficiente debido a la gravedad y frecuencia de las enfermedades entre la población. Los promotores de salud, por su parte, se habían formado en Guatemala a partir del entrenamiento de la Iglesia católica o protestante, organizaciones no gubernamentales y médicos independientes (Freyermuth y Godfrey, 2006). “Estos trabajadores de la salud desempeñaron una función clave en el suministro de atención médica básica a su arribo a Chiapas” (Freyermuth y Godfrey, 2006: 27). Los promotores no sólo tuvieron un papel central para la provisión comunitaria de salud, sino que también fungieron como interlocutores entre el gobierno mexicano y las ONG.

Desarrollo de movimientos de salud popular en Chiapas

Los procesos relacionados con la población refugiada dieron lugar a la creación de diversas organizaciones cuya preocupación central fue la salud de los habitantes de las zonas rurales e indígenas. Así, en el contexto nacional se comenzaron a gestar grupos en torno a la salud popular. Por un lado, en 1974 se realizó el Primer Congreso Indígena “Fray Bartolomé de las Casas” organizado por la diócesis de San Cristóbal siendo obispo Samuel Ruiz García.⁸⁸

⁸⁸ Obispo de la sede católica de San Cristóbal de las Casas desde 1960 hasta el 2000.

El congreso se celebró en San Cristóbal de las Casas, Chiapas y contó con la asistencia de más de mil personas provenientes de todas las regiones y municipios del estado y de una diversidad de otras entidades. Las temáticas abordadas fueron las referidas a la tierra, el comercio, la educación y la salud; se buscó la generación de un diálogo mediante el cual compartieran sus experiencias y así alcanzar acuerdos sobre esos temas mencionados (Kovic Christine, 2001, entrevistado por Ana López el 9 de mayo de 2013 en el Distrito Federal).

Con respecto a la problemática de salud se concluyó que los servicios de salud estaban ausentes en la mayoría de las comunidades indígenas, y que si se encontraban, ofrecían un servicio de baja calidad sin una perspectiva que respetara la cultura y las costumbres de los usuarios. También se hizo explícito que los médicos poseían una formación culturalmente distante en relación con las poblaciones indígenas a las cuales dirigían su trabajo y ello contribuía a prácticas discriminatorias de su parte. En este sentido, en la Declaración Tzotzil de Salud elaborada durante el congreso se denunció:

Los médicos están concentrados en las ciudades y nunca salen al campo, ignoran la lengua tzotzil, no conocen nuestras costumbres y sienten gran desprecio por el indígena. En los centros de salud nos tratan mal, no hay comunicación posible con el doctor y así aunque sea muy buen médico no nos pueden curar. Por eso no les tenemos confianza. [...] Ni los médicos ni las enfermeras se preparan para tratar con nosotros. Si nos enfermamos somos de segunda categoría. Además la medicina es muy cara, es un negocio. [...] Se nos vende medicina mala y ya pasada que es ineficaz. Por eso nosotros no confiamos en medicina de los doctores.⁸⁹

A raíz de ese Primer Congreso Indígena se identificó la necesidad de personal y servicios de salud comprometidos con las necesidades de los pueblos indígenas. En consecuencia comenzaron los esfuerzos para la formación de promotores comunitarios de salud que extendieran sus servicios a las comunidades sin acceso a un médico o servicios sanitarios.

⁸⁹ Disponible en <http://culturaysalud.blogspot.mx/2006/08/declaracin-tzotzil.html>. Consultado el 27 de noviembre de 2013.

Por otro lado, como parte de su programa en la carrera de medicina, el Instituto Politécnico Nacional (IPN) desarrolló una propuesta de medicina comunitaria urbana en una colonia popular del Distrito Federal. Como corolario de esta experiencia, el IPN encontró conexiones para que los médicos en formación realizaran su servicio social en zonas predominantemente rurales. Fue así como en Chiapas se estableció el vínculo con el Hospital General de Comitán “María Ignacia Gandulfo”, logrando los primeros esfuerzos para el desarrollo de programas de medicina comunitaria en Las Margaritas, Chiapas.

Los actores gubernamentales en salud para refugiados

Según Freyermuth y Godfrey (2006), inicialmente los campamentos de refugiados tenían poca presencia de instituciones estatales, y fueron campesinos mexicanos los primeros en ofrecer su asistencia y, poco después, la diócesis de San Cristóbal. Sin embargo, uno de los principales actores gubernamentales en tener presencia en la provisión de servicios de salud fue el Hospital General de Comitán seguido de la Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados (Comar),⁹⁰ que reorientó algunos servicios existentes, y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).⁹¹ Además, para responder adecuadamente a las necesidades de salud de la población refugiada, el IMSS-Coplamar (programa del IMSS para atender a los no afiliados) designó un equipo móvil de 80 personas para dar atención médica básica y vacunación a los habitantes de la selva. Al principio se coordinó tanto con el Hospital General de Comitán como con el IMSS para la atención a la salud y “terminó por ofrecer sus propios servicios de salud, con diez médicos y cinco técnicos sanitarios” (Freyermuth y Godfrey, 2006: 33).

⁹⁰ En 1985 la Comar tenía 165 empleados, de los cuales 140 trabajaban con refugiados guatemaltecos.

⁹¹ Antes de la llegada de los refugiados, el IMSS tenía la mayor presencia en el estado de Chiapas, donde atendía a 85% de la población en sus Unidades Médicas Rurales (UMR). Estas se encontraban sobre todo cerca de los ejidos, a una mayor distancia de la zona en la que se asentó la mayoría de los refugiados (Freyermuth y Godfrey, 2006).

Por su localización, el Hospital General de Comitán fue uno de los actores fundamentales en proveer atención a los refugiados. De acuerdo con Freyermuth y Godfrey (2006) en 1982 el hospital, de segundo nivel de atención y dependiente de la Secretaría de Salud, contaba con veintisiete enfermeras y entre quince y veinte médicos (algunos pasantes que realizaban su servicio social), y dado que mantenía relaciones estrechas con los campesinos y las ONG que trabajaban por la misma causa, se convirtió en una instancia mediante la cual se canalizaban recursos nacionales e internacionales para ayudar a la población refugiada. Tuvo, además, un papel importante en la provisión de salud en las comunidades indígenas de refugiados a partir de la coordinación de los “Planes de la Selva y Tojolabal” ⁹² (Entrevista de Ana López el 9 de mayo de 2013).

Finalmente, el INNSZ, parte de la estructura de la Secretaría de Salud a escala federal, tuvo presencia en la región mediante la División de Nutrición de la Comunidad para apoyar a los refugiados guatemaltecos (Freyermuth y Godfrey, 2006). El trabajo del INNSZ lo coordinó principalmente el director e investigador del CCESC, cuyo equipo colaboró estrechamente con el Hospital General de Comitán en el programa de atención básica denominado “Atención Integral para Zonas de Emergencia”.

La presencia de los refugiados implicó un reto importante para el sistema de salud, sobre todo en términos de cobertura, atención y utilización de servicios. La estrategia que las instituciones oficiales de salud del Estado mexicano llevaron a cabo para responder a las alarmantes condiciones de salud y nutrición de los refugiados fue la extensión de programas ya establecidos que pusieron a disposición de esa población atención médica básica en las áreas rurales y servicios hospitalarios básicos en algunas localidades (Freyermuth y Godfrey, 2006).

⁹² La finalidad de esos proyectos fue la formación de promotores cuyas funciones serían detectar enfermedades, canalizar a los enfermos a un médico o al hospital e impartir pláticas informativas con respecto a los problemas de salud que afectaban a su comunidad. Estos promotores fueron capacitados por los médicos del hospital.

Sin embargo, es necesario destacar que en todos los casos la estrategia para la atención implicó contar con personal médico móvil que cubriera la zona. Además, se trabajó estrechamente con los promotores de salud guatemaltecos de las propias comunidades de refugiados. De esta manera se dio una estrecha colaboración entre los sistemas formal e informal de salud como única posibilidad de hacer frente a los retos sanitarios en el contexto del refugio y atender las necesidades primarias de la población, a la vez que se canalizaban (al Hospital de Comitán) los casos que requerían atención especializada.

Por otro lado, en julio de 1984 el gobierno mexicano inició la reubicación de refugiados guatemaltecos en los estados de Campeche y Quintana Roo para brindarles mayor seguridad y una oportunidad de lograr autosuficiencia económica (Aguayo y O'Dogherty, 1989: 267).⁹³ El Hospital General de Comitán, el INNSZ y la diócesis católica local desaprobaron abiertamente esa política de reubicación y, por ello, a partir de 1984 fueron excluidos de la toma de decisiones con respecto al destino de la población refugiada (Freyermuth y Godfrey, 2006). El CCESC trabajó cercanamente con los actores que se negaron a la reubicación de los refugiados guatemaltecos.

Historia del Centro de Capacitación en Ecología y Salud para Campesinos (CCESC)

El nombre histórico de la organización en estudio es CCESC, aunque se ha identificado con diferentes nombres oficiales dependiendo de la etapa en que se desarrolló. En 1996, el CCESC se constituyó

⁹³ “Los refugiados se convierten en un punto de atención nacional e internacional y reciben ayuda de emergencia del gobierno de México por conducto de la [...] Comar del ACNUR y de organizaciones no gubernamentales, locales e internacionales. Al principio su presencia es vista como temporal, y no se consideran seriamente soluciones durables. Esta percepción [...] empieza a modificarse en 1983, cuando es claro que los conflictos en Centroamérica y los refugiados son fenómenos de largo plazo. [...] El ataque al campamento de El Chupadero (31 de abril [sic] de 1984) acelera la puesta en práctica de una decisión tomada con anterioridad: los 43 000 guatemaltecos serían reubicados lejos de la línea fronteriza, en los estados vecinos de Campeche y Quintana Roo” (Aguayo y O'Dogherty, 1989: 267).

jurídicamente como asociación civil sin fines de lucro y se denominó Capacitación, Asesoría, Medio Ambiente y Defensa del Derecho a la Salud (CAMADDs). En ese mismo año se le agregó el componente de Defensoría del Derecho a la Salud con la finalidad de promover acciones en favor de las comunidades indígenas en el contexto del levantamiento zapatista. En la actualidad, su figura jurídica es Centro de Capacitación y Educación en Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CCEDESC).

Como se mencionó, en 1984 el CCEDESC comenzó sus trabajos ante la emergencia humanitaria causada por la llegada de refugiados guatemaltecos a la zona de la frontera y la selva. De ese modo contó con el apoyo del INNSZ y de la ACNUR y, en coordinación con el Hospital de Comitán, desarrolló su primer proyecto "Atención Integral para Zonas de Emergencia". Fue así que el CCEDESC asumió la responsabilidad de brindar atención primaria de salud a casi ocho mil refugiados y por ello implementó un programa para capacitar promotores comunitarios de salud.

En este sentido, el equipo de trabajo del CCEDESC tuvo por objeto enseñar a la población refugiada el no uso de biberones y fórmulas lácteas en infantes durante la etapa de lactancia. Así se establecieron esquemas de vigilancia alimentaria para elevar el nivel nutricional de la población en la zona con un marcado énfasis en los niños y las niñas; el CCEDESC consiguió el apoyo de fundaciones europeas (Pan para el Mundo y Ayuda Popular Noruega) para este fin. Los promotores de salud enseñaban "el camino de la salud" a las madres de niños y niñas con desnutrición con el propósito de establecer un esquema de vigilancia nutricional alimentaria y se utilizaron gráficas de crecimiento para que las madres pudieran empoderarse y dar el seguimiento nutricional de sus hijos.⁹⁴

⁹⁴ Como parte de esta vigilancia alimentaria se conformaron cocinas y comedores para brindar alimentos a los niños y niñas con desnutrición y a sus madres.

En 1984 el CCESC empezó a construir con la cooperación de 63 comunidades mexicanas y refugiadas guatemaltecas una clínica en la localidad de Nuevo Poza Rica, Las Margaritas, Chiapas, a la que denominó Unidad de Referencia Intermedia (URI). La clínica brindaría atención médica general, de urgencias y control en nutrición y salud reproductiva. En ella se estableció el primer laboratorio clínico y el primer servicio de transporte de urgencias de la región con el objetivo de trasladar enfermos de gravedad al Hospital General de Comitán. Desde su inicio, la URI operó un programa para la capacitación de parteras y promotores comunitarios de salud en las localidades que colaboraron con su edificación.

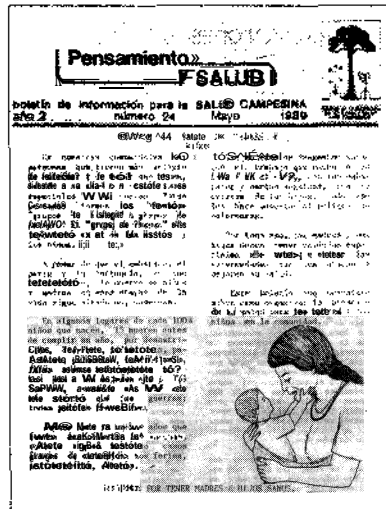
Antecedentes del trabajo con promotores de salud

Uno de los antecedentes del trabajo con promotores de salud lo constituye el taller de formación y capacitación para ellos realizado en un campamento ahora desaparecido (Rancho Texas) del municipio de Las Margaritas, Chiapas. Este curso fue organizado por integrantes de la diócesis católica, el Hospital General de Comitán, el Instituto Nacional Indigenista (INI) y el INNSZ, logrando reunir a unos 300 promotores de salud refugiados. La formación de promotores comunitarios de salud fue una estrategia de atención para los seis mil guatemaltecos que habitaban en territorio mexicano. Este encuentro fue un espacio donde se constató la presencia de una gran cantidad de promotores formados en Guatemala por la Asociación de Servicios Comunitarios de Salud (Asecsa). Se acordó, entonces, que la experiencia de esos promotores se podía recuperar y reforzar con capacitación, de tal manera serían los primeros en ofrecer un apoyo sistemático para atender las necesidades en salud de la población en los campamentos y en las comunidades de refugiados.

Como parte del esquema de formación de promotores, desde 1986 y hasta 1994, el CCESC publicó el boletín mensual *Pensamiento y Salud* dirigido a la comunidad en general: mujeres, parteras, padres de familia, maestros de educación primaria, promotores de salud y autoridades de las localidades en la región. En ese boletín, con lenguaje sencillo e imágenes, se abordaron temáticas sobre los principales

problemas de salud que afectaban a la comunidad con el propósito de identificarlos, prevenirlos y ejecutar las acciones requeridas para enfrentarlos.

Figura 12. Portada de un boletín de Pensamiento y Salud



La elaboración y el diseño del boletín fue responsabilidad del Comité de Salud que trabajaba en la clínica de Nuevo Poza Rica, el cual actualizaba los contenidos temáticos de acuerdo con el contexto en que estaban inmersos. A partir de 1991 el CCESC empezó a publicar, además del boletín, las hojas técnicas, cuyo objetivo fue brindar información sobre aspectos técnicos en salud para mejorar las condiciones de vida de la comunidad; el boletín y las hojas técnicas se publicaron alternadamente cada mes.

El propósito del boletín era resolver los problemas en salud de la comunidad mediante la formación y la capacitación de promotores de salud que se buscaba, así, apoyar la atención primaria de salud mediante la metodología de la educación popular. En este sentido:

La educación popular es una herramienta para educar a la comunidad, a partir de su realidad. Sus objetivos son la participación y autogestión para mejorar integralmente la salud del pueblo en sus comunidades (CCESC, 1991: 5).⁹⁵

El proceso de conocer e integrar las metodologías de educación popular en los proyectos de salud ocurrió en gran medida nutriéndose de la vinculación regional y nacional con otros grupos que trabajaban con este tipo de estrategias, como la Red Alforja de Educación Popular y la Red Nacional de Educación Popular en México (Produsep). Además, en Chiapas, los espacios creados por las redes nacionales propiciaron una articulación local en la Produsep, llamada Red de Grupos de Salud Popular.

Los promotores eran tanto refugiados guatemaltecos como mexicanos de las localidades. La prioridad de ese equipo fue mejorar las condiciones de salud en las comunidades y, sobre todo, combatir y erradicar la desnutrición infantil. El promotor realizaba actividades de atención primaria, y entre las más importantes destacamos la vigilancia nutricional y el crecimiento de los menores de cinco años; su trabajo también incluía detección oportuna de enfermedades, canalización al médico, primeros auxilios, vacunación, control de enfermos de paludismo y tuberculosis, desparasitación, control de embarazadas, educación para la salud, así como atención de emergencias.

Los promotores de salud recibían capacitación mensualmente. Cada reunión la coordinaba un asesor, generalmente médico, cuya tarea era organizar a los participantes para que pudieran leer, discutir, estudiar e intercambiar experiencias sobre las temáticas que abordara el boletín correspondiente al mes que transcurría.

Con la capacitación de promotores de salud se inició la formación de redes que tiempo después conformaron el Comité de Promotores

⁹⁵ Centro de Capacitación en Ecología y Salud para Campesinos (CCESC), en *Pensamiento y Salud*, núm. 41, junio.

de Salud. De esa manera empezaron a representar a una organización propia de la comunidad, con rendición de cuentas sobre las acciones que realizaban como colectividad. Otra evolución común del trabajo de los promotores fue la expansión de sus funciones pues pasaron de ser agentes que respondían inicialmente a asuntos de salud a atender problemas relacionados con las necesidades básicas de su comunidad, como el abasto de agua y el cuidado de la tierra.

Antecedentes del trabajo con mujeres

El CCESC siempre incluyó en sus proyectos a las mujeres indígenas y a lo largo de su trayectoria adaptó el enfoque de género, aunque inicialmente se temía que esa perspectiva provocara una respuesta negativa o controversial entre los hombres de la comunidad. En las pláticas de educación popular que los promotores impartían a la población adherida a la URI en Nuevo Poza Rica se trataron temas relacionados con salud reproductiva, nutrición de niños y niñas, así como de sus progenitoras (Núm. 1, ex integrante del CCESC, 9 de mayo de 2013, Distrito Federal, entrevista de Ana López). Además, en los boletines de *Pensamiento y Salud* se abordaron temáticas vinculadas a la salud de las mujeres, como embarazo y parto; leche materna; planificación familiar; mejoramiento de la salud de madres, niños y niñas; derecho a la salud; mujer y salud y situación de la mujer.

La muerte materna de la esposa de uno de los promotores de salud generó una serie de reflexiones que provocaron que el CCESC definiera su enfoque para con las mujeres. Este trágico suceso fue la evidencia cercana de que, si bien el trabajo con promotores lograba mejorar las condiciones de salud de las comunidades, “el impacto era muy pobre” cuando se trataba de la influencia hacia las mujeres (Núm. 2, integrante del CCESC, 17 de mayo de 2013, San Cristóbal de las Casas, entrevista de Ana López y Aracelly Pereira). Hacía falta otro tipo de intervención; era clara la necesidad de crear espacios adecuados para las mujeres administrados también por personas del mismo género, lo cual redundaría en una mejor atención. Además, era evidente que los problemas de salud materna debían atenderse y enfrentarse mediante una mayor articulación con las instancias gubernamentales

en salud. A partir de estas observaciones, el equipo del CCESC desarrollaría metodologías relevantes que le servirían para diseñar políticas en salud durante su fase de mayor articulación con el gobierno estatal. (Ver tercera etapa)

Incidencia en políticas públicas durante la primera etapa

Durante esta etapa, el CCESC mantuvo una relación de colaboración con algunas instituciones gubernamentales (en particular con el Hospital General de Comitán y el INN_SZ) para brindar atención a la población refugiada. Por una parte, esto implicó una relación de sustitución porque las funciones de atención primaria a la salud que el Estado debía realizar fueron implementadas por el propio CCESC. La capacidad estatal tanto del personal como de la infraestructura en salud fue limitada y no logró satisfacer las necesidades de salud en las zonas aisladas y mucho menos en los campamentos de refugiados.⁹⁶ Aunque hubo poca incidencia e influencia en el diseño de políticas públicas permanentes, la labor del CCESC permitió la intervención en la protección de la salud de la población en general, aunque con énfasis en los niños, las niñas y las mujeres. La relación más estrecha con actores gubernamentales fue con instancias que tenían poco poder de decisión política, es decir, con el INN_ZS, el Hospital General de Comitán, el ACNUR y la Comar.

El trabajo con promotores de salud demostró gran potencial para la organización comunitaria y logró ofrecer un trato más adecuado en términos de pertinencia cultural, ya que para hacerse cargo de la atención primaria a la salud se contaba con personas de la misma comunidad que la mayoría de las veces hablaba la misma lengua de quienes vivían en los campamentos. Se instauró, además, la capacitación comunitaria dirigida a la prevención de enfermedades, así como una defensa de la visión integral en la salud, todo ello relacionado con

⁹⁶ Se describe la relación de tipo sustitutiva, pues aunque el Estado no estuvo presente en estas localidades antes de que entrara el CCESC, el mandato de las autoridades sí fue proveer de servicios de salud a toda la población. En este sentido, la organización suple las carencias estatales, o bien, sustituye los servicios ausentes.

temáticas de sustento ambiental y recursos naturales. Este método de atención a la salud, formación y capacitación de promotores implicó que los problemas de salud fueran resueltos desde la comunidad por individuos cercanos a quienes buscaban la atención. Por otro lado, la URI funcionó como vínculo entre los casos derivados a un segundo o tercer nivel de atención. Estas acciones, más que generar incidencia en las políticas gubernamentales, ofrecieron una alternativa pública para atender los problemas de salud. No obstante, en esta etapa fue limitada la influencia en los círculos de toma de decisiones en la administración pública en salud.

Segunda etapa. El CCESC en una década zapatista

Un cambio en el escenario chiapaneco

Con el anuncio del levantamiento armado del EZLN el 1 de enero de 1994, el contexto estatal cambió por completo. Las demandas de los grupos insurgentes estaban ligadas a la reivindicación de los derechos de los pueblos indígenas y, aunque no era el componente central, la condición inaceptable de salud de los inconformes estaba entre los reclamos (Sánchez, Arana y Ely, 2006).

Este conflicto interno provocó una nueva situación de emergencia y precariedad en salud precisamente porque se generaron nuevos desplazamientos forzados y la respuesta estatal sufrió una polarización política. De 1994 a 1998 entre 50 000 y 84 000 personas debieron dejar sus lugares de origen por el conflicto armado; 99% de esta población era indígena. La simpatía y adherencia a los bandos en conflicto fue mixta: si bien al inicio la población desplazada estaba principalmente era afiliada al PRI, después de 1995 opositores al régimen o simpatizantes de los zapatistas se vieron forzados a migrar. (Arana y Del Regio, 2012) En los primeros años del conflicto, los municipios donde trabajaba el CCESC recibieron y expulsaron la mayor cantidad de desplazados en Ocosingo, Altamirano y Las Margaritas.

Esta experiencia de desplazados internos provocó la instalación de bases militares del Ejército mexicano con el argumento de atender

las necesidades de los afectados (Arana y Del Regio, 2012). Esta situación se exhibió en el Informe Alternativo de la Salud de la Tercera Asamblea Mundial de la Salud de los Pueblos:

Una vez que el Ejército se posicionó fuertemente en las regiones de conflicto cercanando a las localidades zapatistas, emprendió una estrategia de contrainsurgencia basada en la usurpación de las funciones de las instituciones públicas de salud y educación y en el control del gasto social en la región. Ante el rechazo de los zapatistas que se declararon en resistencia, los fondos públicos fueron dirigidos a la población dispuesta a aceptarlos, lo que ocasionó tensiones entre los habitantes de la región (Eibenschutz y Arana, 2005: 142).

Por otra parte, el gobierno federal manipuló sus programas para inducir el regreso de las comunidades indígenas a su lugar de origen y asegurar así el control (o destrucción) de los municipios zapatistas autónomos. Durante la administración de Ernesto Zedillo (1994-2000) se invirtieron \$3.5 billones de pesos en programas sociales. Uno de los más importantes fue el programa Progreso (después Oportunidades y en tiempos actuales, Prospera). Entre otros cometidos, esta política buscó solucionar los problemas de salud atendiendo en forma focalizada a grupos en estado de marginación y sin seguridad social. Durante estos años, Chiapas recibió una gran proporción (22%) de los fondos federales destinados a este programa cubriendo aproximadamente a la mitad de la población (Sánchez, Arana y Ely, 2006), en parte también porque el conflicto había hecho evidente el rezago social en que vivían.

En contraparte, como parte de la resistencia civil, los territorios zapatistas declararon el rechazo total a la interacción con las instituciones estatales, situación que, desde el plano discursivo, implicó un alejamiento categórico hacia del sistema oficial de salud. Por ello, estas poblaciones organizaron un Sistema de Salud Autónomo Zapatista, pero en la práctica aceptaban la canalización de pacientes en estado de gravedad a un segundo nivel de atención dentro del sistema público de salud, obtenían medicamentos y vacunas, y algunas situaciones de epidemia se enfrentaron en coordinación con el Sistema Nacional de Salud (Cuevas, 2007; Amoroz, 2011). En este contexto, el CCESC

jugó un papel diferente al que había desarrollado con anterioridad porque mantuvo un posicionamiento político definido y fue una de las organizaciones de la sociedad civil que reaccionaron a favor de la neutralidad médica durante esa coyuntura política.

El papel del CCESC ante el conflicto chiapaneco

A partir de 1994, el contexto político chiapaneco implicó nuevos retos para el trabajo del CCESC, ya que se dio una mayor diversificación de su trabajo. El escenario del conflicto se entendió como una segunda crisis humanitaria, y para responder a las nuevas necesidades se retomó la experiencia del trabajo con los refugiados guatemaltecos (Integrante del CCESC, 17 de mayo de 2013, San Cristóbal de las Casas, entrevista realizada por Ana López y Aracelly Pereira). Sin embargo, durante esos años la organización asumió responsabilidades más relevantes y significativas que la sola provisión de servicios y la capacitación de promotores.

En enero de 1994 el CCESC se unió a trece de las OSC más importantes de Chiapas para formar la Coordinación de Organismos no Gubernamentales por la Paz (Conpaz) con “el propósito explícito de actuar políticamente en el contexto abierto por la insurrección armada” (Castro Apreza, 2007: 74). Si bien Conpaz se adjudicó el objetivo amplio de velar por los derechos humanos en el contexto del zapatismo, también fue un espacio mediante el cual el CCESC (y otras OSC preocupadas por los temas de salud) pudo dar fuerza a sus demandas específicas frente al gobierno y a los organismos internacionales. Así, por ejemplo, Conpaz formó comisiones de trabajo, una de las cuales era la médica y se ocupó de exigir un programa de salud para las condiciones de emergencia. Trató, además, de reivindicar el derecho “a luchar por el reconocimiento del estatuto internacional de la neutralidad del trabajo médico en las zonas de guerra por parte del gobierno federal y su ejército, y por parte de los zapatistas” (Reygadas, 1998).

En consecuencia, el CCESC, en unión con otras organizaciones civiles de Conpaz redactó y promovió la “Declaración por la neutralidad de la atención para la salud durante el conflicto en Chiapas”. De

esta manera defendió la necesidad de ofrecer servicios de salud para la población civil de todos los signos políticos y protegió el trabajo de los médicos y promotores de salud en las regiones afectadas por el conflicto armado.⁹⁷

Incluso cuando Conpaz se disolvió en los años noventa, el CCESC dio seguimiento a esta demanda a partir de un estudio en colaboración con la organización internacional Physicians for Human Rights (Médicos por los Derechos Humanos) para visibilizar las consecuencias de la falta de neutralidad médica por parte de los servicios estatales de salud (civiles y militares) en las zonas de conflicto.⁹⁸ La siguiente es una de las conclusiones principales de un estudio que publicó esa organización.

Cuando mejor, los servicios de salud y otros, del gobierno, son subordinados y distorsionados por los esfuerzos contrainsurgentes de este mismo. Cuando peor, estos servicios son en sí componentes de la represión, manipulados de tal forma que se premia a los seguidores y penaliza y desmoraliza a los disidentes. En cualquier caso, los servicios de salud del gobierno en la zona son discriminatorios, fomentan la división política, y falla completamente sin afrontar las necesidades reales de la población en materia de salud (Violaciones de los derechos humanos: Ética y neutralidad médica en Chiapas, México, Physicians for Human Rights, diciembre de 1997. Cita tomada de *Global Exchange*, 1998).

La discriminación que el Estado ejercía entre la población afectada por el conflicto armado y la violación de los derechos a la sa-

⁹⁷ Disponible en <http://www.cccaracoldeltiempo.blogspot.mx/>. Consultado el 14 de enero de 2014.

⁹⁸ En la zona de conflicto se estudiaron 54 comunidades, comparando las condiciones sociales y de salud en aquellas que eran progobierno, las que eran zapatistas y las comunidades divididas. También se concluyó que las comunidades divididas, incluso cuando se tenía vasta oferta de servicios de salud, presentaban indicadores menores que las otras localidades. “Estos resultados tienen implicaciones profundas para la forma en la que entendemos los servicios de salud (pues) [...] no se trata únicamente de los recursos materiales disponibles, sino de las tensiones subyacentes de las circunstancias sociales, culturales o las políticas económicas más amplias” (McCall, 2010: 14).

lud también se denunció en el Informe Alternativo de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) elaborado en 1999 por organizaciones civiles nacionales. El informe, en un capítulo especial sobre Chiapas, describía la interferencia militar en los programas de salud y el uso discriminatorio de los recursos públicos. El contenido del documento originó que el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales recomendara al gobierno mexicano que “supervise y regule la función de las fuerzas militares y paramilitares, a fin de garantizar la aplicación de programas de desarrollo y asistencia social” (Alto Comisionado de las Naciones Unidas, 2004: 175) “entre los que se destacan los servicios médicos” (Observatorio Latinoamericano de Salud, 2005: 143).

A modo de ejemplo, un tema específico en el que el CCEESC tuvo un rol destacado fue la provisión de vacunas en las comunidades donde trabajó. En particular, su papel fue el de actor intermediario para facilitar el acceso a vacunas y su posterior aplicación por parte de los promotores de salud. En consecuencia, sus estudios buscaron los casos en los que al personal de salud se le prohibía vacunar a niños cuyos padres no apoyaban al PRI (Sánchez, Arana y Ely, 2006). Asimismo, los promotores buscaron reconstruir la confianza de la población en las instituciones médicas y lograron que en las localidades de su circunscripción aceptaran con mayor frecuencia el uso de vacunas.⁹⁹ Además establecieron un vínculo estrecho con las instancias de la Secretaría de Salud para el abastecimiento de vacunas (Núm. 4, ex integrante

⁹⁹ En este sentido, el tema de las vacunas fue incluido en los materiales de capacitación del CCEESC en términos muy sencillos: “En Chiapas, desde el inicio del conflicto armado, en enero de 1994, la vacunación se interrumpió casi por completo en muchas regiones. Al principio las instituciones de salud se retiraron; después, cuando quisieron regresar a trabajar, se encontraron con que las comunidades habían perdido confianza y en muchas de ellas ya no se les dejó trabajar. Además surgió la idea de que las vacunas no debían ser aceptadas por venir del gobierno. [...] Después de [...] explicaciones en muchas comunidades, las poblaciones que no querían vacunas decidieron aceptarlas, pero pidieron que fueran aplicadas por sus promotores de salud, por la Cruz Roja o por organizaciones no gubernamentales. Sin embargo, esta condición no fue aceptada por el gobierno” (McCall, 2010: 50-51).

del CCESC, 21 de mayo de 2013), vía electrónica, entrevista realizada por Ana López). Así, el papel del CCESC en esos años no sólo tomó un tinte de denuncia a las faltas y omisiones de las autoridades, sino que también fue un actor neutral que facilitó la atención no discriminatoria con respecto a la salud; un actor que buscó abrir canales de acceso para el abastecimiento de medicamentos a las comunidades que rompieron relaciones con el gobierno y dio el ejemplo en sus propias instancias de atención a la salud (en particular la URI en Nuevo Poza Rica), ya que siempre mantuvo el principio de neutralidad médica.

Incidencia en políticas públicas durante el zapatismo

Además de las recomendaciones de la ONU que instaban al gobierno a garantizar el derecho a la salud, a partir de la neutralidad médica, algunos resultados del trabajo de denuncia del CCESC se vislumbraron con los años al generar un cambio mayor en el entendimiento de las responsabilidades del gobierno en materia de salud y acerca de la carga política discriminatoria que podía generar la negación de servicios de salud. En la actualidad, la interferencia del ejército en las acciones de salud prácticamente ha desaparecido. Aunque es difícil aseverar que tanto contribuyó el CCESC en este hecho es posible afirmar que su labor abonó en las modificaciones debido a su papel como vigilante de las acciones del ejército en materia de salud.

En este periodo, el CCESC asumió una triple tarea. Por una parte como capacitador de promotores; por otra, como abogado por el derecho a la salud (por ello precisamente se crea la Defensoría por el Derecho a la Salud y se convierte en CCESC-DDS) y, por último, como intermediario neutral para canalizar insumos sanitarios y personas cuyo caso requería atención especializada. Aunque había una relación de demanda hacia las autoridades gubernamentales en salud de Chiapas, el trabajo de los promotores de salud (en campo) siguió desvinculado de esas instituciones. Cuando hubo necesidad de referir a un paciente por requerir atención inmediata lo enviaban al hospital privado (San Carlos) por medio del vínculo con el Hospital General de Comitán. En este sentido fueron trabajos paralelos que generaron pocos cambios en términos de lazos institucionales para resolver pro-

blemas de salud en el ámbito local. En todo caso, la relación que el CCESC estableció con las instituciones gubernamentales de salud fue de competencia por la oferta de servicios. En consecuencia, la Unidad de Referencia Intermedia perdía gradualmente su relevancia como principal promotor de servicios de atención primaria porque el Estado ya había establecido sus instituciones en las zonas que abarcaban la jurisdicción de esta organización de la sociedad civil.

Tercera etapa. Asesoría en salud de la mujer en un contexto de apertura¹⁰⁰

Escenario de transición y descentralización

Al iniciar el nuevo milenio el escenario político en Chiapas, y en términos de intervenciones gubernamentales en salud, fue diferente. Este periodo inició con una transición tanto en el gobierno federal, con la llegada de Vicente Fox y el Partido Acción Nacional (PAN) a la presidencia en 2000, como en el estatal debido la victoria de una coalición opositora que en 2001 llevó a Pablo Salazar Mendiguchía al puesto de gobernador de Chiapas. La relevancia de este suceso reside en que desde la época de la Revolución todos los gobernadores del estado habían salido de las filas del Partido Revolucionario Institucional (PRI). Con esta nueva etapa en la vida política chiapaneca, por los cambios en la clase política y la entrada de nuevos actores a los puestos de poder, se abrieron oportunidades en el rubro de la salud que antes habían permanecido cerradas. En particular, algunos analistas han interpretado este periodo como “una verdadera coyuntura favorable para que el proceso de descentralización pudiera tener efecto en las condiciones de salud de la población” (Nazar *et al.*, 2007: 4).

¹⁰⁰ Esta etapa se delimita de 2000 a 2006 y no se incluyen eventos posteriores porque la historia del CCESC, a partir de entonces, está marcada por etapas de inactividad y rupturas internas que no permiten analizar la actividad de la organización en términos de su trabajo con la salud de las mujeres indígenas y de incidencia en política pública. Por desgracia, esta es una limitante de la presente investigación, en particular para el análisis de las consecuencias de esa etapa.

En términos de las políticas públicas federales de salud, en los primeros años del gobierno del PAN se creó el Seguro Popular, cuyo objetivo fue ampliar la cobertura en salud para la población no derechohabiente de alguna institución gubernamental implicando una afiliación voluntaria al nuevo sistema. Las personas que se afiliaron al Seguro Popular fueron, en su mayoría, las del grupo poblacional que recibió los ingresos más bajos del Estado; en consecuencia, setenta mil familias de Chiapas se inscribieron al programa entre 2004 y 2006. No obstante, el programa sólo cubría una cantidad limitada de enfermedades y tratamientos (Sánchez, Arana y Ely, 2006).

Otro programa promovido desde la Secretaría de Salud, en particular para las mujeres embarazadas, fue Arranque Parejo en la Vida, que se inició en Chiapas a partir de 2002 en la región fronteriza y en San Cristóbal de las Casas (zona de los Altos). Esta política buscó detectar tempranamente los embarazos de riesgo, complementada por acciones de capacitación y provisión de infraestructura. Con este proyecto se pretendió dar atención a 60% de las embarazadas, y junto con Guerrero, recibió 18 millones de pesos en especie. Sin embargo, sólo se atendió a menos de 20% de las mujeres esperadas en el primer año (Freyermuth y De la Torre, 2009).

Más allá de las estrategias federales, la oportunidad de la coyuntura permitió un esfuerzo multisectorial coordinado desde el ámbito estatal. Un ejemplo fue el programa Embarazo Sano, Parto Exitoso y Sobrevivencia Infantil (ESPESI) diseñado en 2001 por el personal e investigadores del Instituto de Salud del Estado de Chiapas. Este proyecto “plantea una reorganización en la operación de los servicios de salud para hacer una búsqueda activa de mujeres embarazadas y su seguimiento bajo un expediente clínico-epidemiológico específico [...] para garantizar la atención médica y vigilancia durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido hasta completar cinco años de edad” (Nazar y otros, 2007: 48).

Por otra parte, el Programa Vida Mejor Para las Mujeres, las Niñas y los Niños (Vida Mejor) constituyó un esfuerzo de política pública

multisectorial. En Chiapas este programa “consistió en un paquete de servicios de atención primaria a la salud financiado con recursos estatales para municipios con muy alta marginación” (Orozco *et al.*, 2009: 107). La labor y la trayectoria del CCESC, en términos de metodologías de trabajo en salud con mujeres indígenas, fueron fundamentales en la creación, el diseño y la implementación de este proyecto.

El desarrollo de metodologías para la salud de la mujer indígena desde el CCESC

La idea del proyecto Casas de Salud de la Mujer empezó a gestarse durante el proyecto Atención Integral para Zonas de Emergencia durante los primeros años de trabajo del CCESC en la zona de Nuevo Poza Rica, Las Margaritas, Chiapas. Este último tenía como objetivo atender a niños y niñas que sufrían desnutrición en los campamentos de refugiados guatemaltecos. A partir de la vigilancia nutricional y del trabajo con los promotores de salud se empezaron a detectar niños y niñas que padecían desnutrición severa o de tercer grado. Esta población no lograba mejorar su estado de salud ni con la despensa denominada “alimentación complementaria” que el gobierno ofrecía como apoyo a los refugiados. Uno de los fines principales de este programa fue detectar la desnutrición moderada o de segundo grado en niños menores de dos años pues existía la preocupación de que por su condición eran más propensos a enfermar y morir a causa de alguna enfermedad infecciosa. Se creó, entonces, una estrategia para la recuperación de niños y niñas con desnutrición severa.

Una de las estrategias que el CCESC se implementó para contrarrestar o acabar con la desnutrición fue el traslado de los afectados (previo acuerdo con los padres de familia) al Hospital General de Comitán, donde se internaban en la sala denominada Centro de Recuperación de Niños Desnutridos y bajo la responsabilidad de una nutrióloga. Después de tres meses en el hospital los niños reportaban señales de recuperación en su peso, y aunque la desnutrición no desaparecía podían regresar a los campamentos de refugiados, y ahí los promotores de salud seguían vigilando su estado nutricional. Sin embargo, al cabo de varias semanas, los niños presentaban el mismo

grado de desnutrición que cuando se les había enviado por primera vez al hospital de Comitán.

Al analizar esta situación, el CCESC vio la necesidad de crear el proyecto Programa Emergente de Atención a Casos Severos de Desnutrición enfocado específicamente a los niños y las niñas con este problema. El CCESC contrató a un equipo multidisciplinario de mujeres trabajadoras de la salud (dos nutriólogas, una médica y dos enfermeras), cuyo objetivo fue dar seguimiento y atención especializada a la población infantil con desnutrición severa. La estrategia consistió en una visita domiciliaria por día para platicar con la madre sobre la salud del niño y su alimentación. Si el caso lo requería, las trabajadoras de la salud orientaban a la madre en la preparación de los alimentos. Para cada niño se elaboró una dieta adecuada con frutas y verduras de la región; en este sentido, las dietas fueron adecuadas culturalmente. Además, a la madre se le entregaba semanalmente una dotación de alimentos que complementaban su dieta.

El proyecto comenzó a dar buenos resultados: los niños empezaron a recuperarse y se generaron relaciones de confianza entre las madres y las trabajadoras de la salud. A partir de esta interacción, el equipo del CCESC fue descubriendo problemas de alcoholismo y violencia intrafamiliar. Las mujeres se veían tristes y presentaban problemas psicológicos y también de desnutrición. Para modificar esta situación el equipo de trabajo primero puso atención a la salud nutricional de estas mujeres mediante vitaminas y suplementos alimenticios, y luego buscó concientizarlas de su propio estado de salud, pues sólo acudían a la clínica para llevar a sus hijos cuando la situación era apremiante. Además no asistían porque el personal de salud era en su mayoría masculino, y había cierto grado de desconfianza o sentimientos de pudor, por lo que únicamente iban a consulta los días en que atendía una mujer promotora. Así, el equipo de salud del CCESC concluyó que el género constituía una barrera para acceder a los servicios, y como estrategia se amplió el enfoque del proyecto para atender tanto a niños y niñas como a madres de familia.

En consecuencia, el Programa Emergente de Atención a Casos Severos de Desnutrición se modificó para quedarse como Casas de Salud de la Mujer y en 1989 se construyó, en la parte superior de la URI, un espacio con ese nombre, en donde se brindó atención médica con un enfoque educativo. En total se construyeron en total cinco casas de salud en la región y los municipios que participaron en el proyecto fueron Las Margaritas, Las Trinitarias e Independencia; se procuró, además, que en esas casas siempre hubiera una encargada, en este caso, una enfermera o una auxiliar de salud capacitada (que se encargaba de la parte de atención y de educación) a quien apoyaba una promotora de la comunidad. Para las cinco casas había una médica que ofrecía capacitación a las responsables de las clínicas y resolvía los problemas que las enfermeras o las encargadas de no pudieran enfrentar debido a que rebasaban sus posibilidades.

El concepto con el que se promocionaron estas casas fue “Mujeres atendiendo mujeres”, y con este sentido se buscaba romper las barreras creadas en la atención intergeneracional. En estos espacios se buscaron relaciones empáticas, de confianza y comprensión, en donde las mujeres informaban a las responsables de la casa aspectos de su vida cotidiana, como la violencia por parte de sus cónyuges, de manera que se entendiera su dinámica de vida. Algunos de los temas sobre los que se trabajaba eran el derecho de las mujeres a decidir sobre el propio cuerpo (salud sexual y reproductiva, planificación familiar), nutrición con enfoque preventivo, así como realizar revisiones ginecológicas.

El ambiente que se generó fue propiciando que mujeres junto con sus parteras acudieron a los servicios médicos cuando tenían dudas sobre cómo atender a la mujer embarazada que constantemente hacía uso de sus servicios. Las pláticas educativas que daban la médica y la auxiliar de salud o promotora de salud de la comunidad solían ser ricas en el sentido de que todas aportaban y contaban sus experiencias y la relación de confianza entre ellas se hacía cada vez más fuerte; además, la forma de trabajo era horizontal, simbolizado en el círculo que se formaba dentro de las Casas para las consultas.

Esta experiencia, junto con el ejemplo de un caso particular en Brasil, derivó en lo que el CCESC denominó “consultas colectivas”.¹⁰¹ Como proyecto fue financiado por el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA)¹⁰², y para apoyarlo se logró un convenio con el Consejo Estatal de Población (Coespo) de Chiapas. Para implementar esta metodología participativa fue necesaria la capacitación de médicos y promotores y promotoras de salud para brindar la atención con un enfoque educativo.

Las consultas colectivas derivaban de un planteamiento teórico, conceptual y metodológico cuyo último fin era atender la salud de la mujer y de sus hijos. También se planteó la formación de grupos en los que el diálogo y el intercambio de experiencias eran fundamentales. Los participantes en las consultas colectivas eran mujeres embarazadas o con hijos menores de dos años. “Los grupos propuestos para la vigilancia nutricional en las consultas colectivas fueron cuatro: mujeres embarazadas, niños menores de seis meses, niños de siete a veinticuatro meses y niños con desnutrición grave o con algún problema de salud que limite su crecimiento” (CCESC, 1996: 21).

En las consultas colectivas la vigilancia nutricional se siguió de manera integral; se llevó el control de mujeres embarazadas para detectar y atender oportunamente los problemas que se pudieran presentar, como infecciones o riesgos. Las consultas incluían, además, el esquema de vacunación, información y orientación para la planificación familiar, así como seguimiento y apoyo para una lactancia adecuada. La metodología conjunta de las casas de salud y las consultas colectivas fueron innovaciones que el CCESC consideró centrales y que sintetizan los aprendizajes de su trabajo, de ahí el esfuerzo de documentarla:

¹⁰¹ En Brasil, el director de la organización vislumbró la semilla de lo que después serían las “consultas colectivas”, y por ello invitó a la coordinadora de la Casa de Salud de la Mujer a conocer esa experiencia, quien viajó a Brasil y observó cómo un médico reunía a mujeres, que asistían a la consulta y estuvieran amamantando, para que expusieran sus dudas, inquietudes y experiencias, y él les explicaba cómo mejorar su técnica; lo importante era que compartieran aprendizajes y experiencias.

¹⁰² Por sus siglas en inglés.

“Esta metodología se sistematizó y validó entre 1997 y 1999 con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas”.¹⁰³ Ante un escenario de mucho mayor acceso a las instancias rectoras de la política de salud estatal, el CCESC aprovechó para buscar su réplica en una escala mucho mayor.

El trabajo del CCESC en el nuevo milenio y el programa Vida Mejor

Con la llegada del nuevo gobierno y la apertura de espacios a una nueva élite política, en 2000 el director del CCESC tuvo la oportunidad de trabajar como asesor del secretario de Salud de Chiapas, Ángel René Estrada. Precisamente por esa cercanía, nunca antes posible, se abrieron nuevas posibilidades para que toda la trayectoria de trabajo y metodologías desarrolladas por el CCESC pudieran transmitirse en las esferas de toma de decisión en materia de salud. De igual manera, esa cercanía a las instituciones oficiales, mucho mayor que la que se había mantenido durante años con el INNSZ, implicaba un replanteamiento del papel adquirido como organización defensora del derecho a la salud.

El programa fue coordinado desde la Secretaría de Desarrollo Social de Chiapas, en conjunto con las secretarías de Salud y Educación, el Instituto de Recursos Naturales, la Comisión Nacional del Agua, el Instituto de la Mujer y el Instituto de Desarrollo Humano. En 2005 se focalizó la atención en 154 localidades de 63 municipios para cubrir una población de 103 mil 487 personas. Se buscaba que la intervención fuera “a la comunidad y no a los individuos” y uno de sus objetivos fue “crear un sentido de responsabilidad comunitaria en salud y disminuir la división en las comunidades” (Sánchez, Arana y Ely, 2006: 62) fomentando la participación. Asimismo se propuso mejorar las condiciones de vida de mujeres, niñas y niños mediante acciones integrales de salud, educación, agua, vivienda y promoción de la sustentabilidad alimenticia.

En gran medida, la metodología que se reprodujo en el sector salud fue la del CCESC (integrante del CCESC, entrevistado por Ana

¹⁰³ Disponible en <http://ccescacaracoldeltiempo.blogspot.mx/>. Consultado el 14 de enero de 2014.

López y Aracelly Pereira el 17 de mayo de 2013, San Cristóbal de las Casas), en particular en el trabajo con mujeres en las casas de la salud porque retomaron los cuadernillos de las consultas colectivas como base para replicarse en una escala mayor. Se capacitó al personal médico para llevar a cabo las consultas colectivas y se reprodujeron los cuadernillos elaborados por el CCESC. Además, para abatir las barreras financieras inmediatas para el acceso a los servicios médicos de urgencia, se crearon fondos comunitarios de 5 mil pesos para apoyar a las familias con una emergencia de salud, en particular las obstétricas (Díaz *et al.*, 2007).

Uno de los logros del programa en sus áreas de influencia fue reducir la desnutrición en 40% de niños menores de cinco años (Sánchez, Arana y Ely, 2006). Para las mujeres, la información acerca de sus derechos sexuales y reproductivos “ha significado un cambio inclusive en la capacidad de negociación con la pareja” (Nazar *et al.*, 2007: 50). Por otra parte, Vida Mejor contribuyó al fortalecimiento institucional del sector salud, pues ha fomentado la contratación de personal y el abastecimiento de medicamentos y equipo. Así, “para 2005 este programa contrató a 31 médicos generales, 154 técnicas de salud y 31 nutriólogas” (Díaz *et al.*, 2007: 23).

Sin embargo, el programa también enfrentó diversas dificultades. El principal obstáculo fue la competencia que se generó frente al programa federal Oportunidades (Díaz *et al.*, 2007; Sánchez, Arana y Ely, 2006), pues los incentivos que otorgaba solían generar mayor respuesta, a veces contraria a las actividades que buscaba fomentar Vida Mejor. En Oportunidades “las mujeres reciben apoyos monetarios individuales directos, a diferencia de Vida Mejor, en el que las familias deben poner de su trabajo y de su dinero para obtener el apoyo alimentario” (Díaz *et al.*, 2007: 24). Otro reto fue la dificultad de alcanzar una cobertura pertinente para resolver los problemas a escala estatal (Díaz *et al.*, 2007). Además, las metodologías basadas en la participación comunitaria y la construcción de confianza solían perder mucho en calidad cuando se capacitaba al personal médico en grandes cantidades (Núm. 4, ex integrante del CCESC, 21 de mayo de 2013, vía electrónica, entrevista realizada por Ana López).

Estas complicaciones son muestra de lo difícil que fue transferir directamente metodologías comprobadas en una escala comunitaria al buscar replicarlas mediante las instituciones gubernamentales en una escala mucho mayor. Aunque en este sentido el programa no fue ambicioso en querer generalizarlo a un programa de atención amplio en las comunidades rurales y buscar focalizarlo en localidades marginadas, aun así faltaban actores intermediarios que pudieran facilitar los procesos de construcción de lazos de confianza con los agentes comunitarios de salud y la adaptación de la metodología a las necesidades locales, que las políticas públicas suelen ignorar. Por otra parte, la competencia con el ímpetu social que generan los programas que cubren un ámbito nacional es apabullante por la diferencia en escalas de acción y presupuesto con los programas estatales (y focalizados). En este aspecto se puede abrir una reflexión sobre el papel de las organizaciones de la sociedad civil en su intervención mediante los programas gubernamentales, ya que, precisamente a escalas mayores, carecen de una visión local y microsociedad de los problemas comunitarios. Paradójicamente, los proyectos que se quedan en el ámbito local también presentan las limitantes de no impactar en una población más amplia, y tener poca visión global de los problemas sistémicos en salud.

Incidencia en políticas públicas durante la etapa de articulación

Este acercamiento inesperado con las instituciones estatales plantea varias preguntas en términos de la incidencia del trabajo del CCESC en las políticas de salud. Sin duda, es evidente que fue la época de mayor influencia directa en los planes y políticas de gobierno en torno a la salud. Sin embargo, la cercanía (casi imbricación) del CCESC con los agentes rectores de la política estatal en salud (a diferencia del INNSZ), hace que se ponga en duda la autonomía que se puede lograr. Por ello es importante preguntarse si este papel de asesoría directa es el óptimo para una OSC o cuáles son los sacrificios que implican entrar directamente a un puesto de gobierno para tratar de utilizar el conocimiento generado en el diseño de nuevas políticas públicas. A esto se suman las preguntas alrededor de la pertinencia de escalar el trabajo de una organización para replicarlo mediante el aparato estatal. Por último queda la duda precisamente de cómo definir este tipo de procesos

(transferir un proyecto comunitario a una política pública) junto a un marco más “ideal” de incidencia en políticas públicas que se hacen desde una posición de mayor autonomía a las instituciones estatales. Así, “después del 2000 algunos programas del gobierno de Chiapas han incorporado el concepto de derechos y el compromiso explícito de no discriminación o uso clientelar” (Eibenschütz y Arana, 2005: 143).

Por una parte, la mera adopción de este programa puede verse como un gran éxito, pero habría que mirar sus resultados en términos de permanencia institucional, así como de equidad en salud. Por otro lado, esta cercanía y casi camuflaje entre sociedad civil y política debe caracterizarse y entenderse mejor para identificar cuándo es algo que implica una relación virtuosa que ayuda a una mayor representación de los intereses ciudadanos en la esfera pública y cuándo esta afinidad puede estar en detrimento de los intereses de los “representados” (muchas veces involuntariamente).

Lecciones aprendidas

El estudio de la trayectoria de esta organización arroja luz sobre varios elementos del trabajo de las OSC y su relación con actores gubernamentales. En primer lugar, una de las intenciones de esta investigación, al ser una revisión histórica, es subrayar la importancia del contexto como un factor casi determinante en el trabajo de cualquier organización, tanto para definir las actividades como para moldear la relación con otros actores. Además, es sin duda primordial para delinear las formas de entender el trabajo y los discursos que se abanderan para justificar las acciones de una organización. La época histórica no sólo es relevante por las ideologías y valores que predominan en diversos ámbitos, sino también porque el trabajo previo, sus retos y limitaciones, así como las reflexiones y soluciones que se forjan, marcan el trabajo posterior. Esto es particularmente evidente con el cambio tanto de la misión y la visión como de las prioridades y las mismas actividades en el trabajo con mujeres, niños y niñas indígenas.

Al principio, el trabajo del CCESC estuvo enfocado a la población refugiada y a responder a las necesidades médicas, y por ello sus objetivos también se enmarcaron en términos biomédicos. Con el paso del tiempo, y en particular ante el conflicto zapatista, incorporaron otra perspectiva: la de los derechos humanos. Por ello la organización incluso cambió de nombre, añadiendo la parte de Defensoría del Derecho a la Salud. Para realizar los objetivos iniciales de mejorar las condiciones de salud de los niños (en particular de nutrición), la metodología y el enfoque de trabajo fueron evolucionando para fortalecer el elemento participativo, intercultural y con mayor énfasis en el trabajo con mujeres. Por ejemplo, los boletines integraban palabras en lengua indígena, además de que los mismos promotores hablaban y atendían en la lengua de la comunidad, lo cual hacía los servicios ofertados más pertinentes culturalmente que los institucionales. Sin embargo, esto no necesariamente se tradujo en demandas reivindicativas de la identidad indígena de la población atendida ni en un reclamo de equidad en salud intercultural.

En cuanto a la perspectiva de género sucedió algo similar. El trabajo con mujeres comenzó por ser secundario, pues inicialmente la población más importante eran los niños y las niñas; sin embargo, para obtener un mejor resultado en la nutrición infantil fue necesario un mayor acercamiento con las madres. Eventualmente se incorporó el objetivo de empoderar a las mujeres, y se generaron metodologías y espacios que buscaban atender sus necesidades particulares, de forma que comenzaron a cobrar centralidad en el trabajo del CCESC, desarrollando metodologías innovadoras, como la Casa de Salud de la Mujer y las consultas colectivas. Es posible que por los discursos predominantes en estos años, el trabajo nunca fuera definido con “perspectiva de género”. En este sentido, la trayectoria histórica del CCESC aportó en afinar un discurso inicialmente arraigado alrededor de la justicia campesina, más que indígena, y sin tomar en cuenta a las mujeres, mismo que a lo largo de su trayectoria se fue modificando para dar mayor lugar a un enfoque de salud más apegado a la interculturalidad y a las necesidades del género femenino.

Así, al pensar los resultados de su trabajo en términos de equidad, se puede decir que el CCESC fomentó el empoderamiento tanto de los promotores como de las mujeres de las comunidades en las que trabajaron. No obstante, sus objetivos principales siempre han estado vinculados en torno a las condiciones de salud que, aunque se entiende en forma amplia, no pone en el centro la construcción de ciudadanía de estos dos grupos, sino que es un resultado secundario de la búsqueda por mejorar las condiciones de salud en las comunidades.

En términos de incidencia en políticas públicas, la revisión histórica también da un panorama esclarecedor. El CCESC ejemplifica la posición ambivalente que puede lograr una OSC al estar estrechamente vinculada con ciertas fracciones del gobierno y, en ciertos momentos, no tener acceso a las esferas más importantes en la toma de decisiones en las políticas gubernamentales de salud. En este caso, el CCESC siempre tuvo apoyo de instituciones gubernamentales, como el INNSZ y el Hospital de Comitán, sin por ello influir en las iniciativas gubernamentales en salud durante las primeras dos etapas que determinamos. Estas fases también muestran cómo el contexto moldea la estrategia política de una organización, de la misma manera que este escenario cambiante impulsa cambios y aprendizajes para el trabajo del CCESC, por lo que en la etapa del zapatismo el camino para asegurar la neutralidad médica fue la denuncia y el monitoreo constante de las acciones del Ejército. En cambio, en la etapa de articulación, cuando los actores gubernamentales eran más cercanos, la forma de tener influencia fue mediante la colaboración directa. Sin embargo, para este acercamiento hay que preguntarse si la voz de la organización como contrapeso y vigilante de las acciones del gobierno no se diluyó, y debe evaluarse qué otros costos pudo tener este acercamiento para la organización. No obstante, esta capacidad de adaptación y aprendizaje con los cambios externos, sin duda reflejan una fortaleza que renueva la relevancia del trabajo de la organización a lo largo de las décadas.

El contraste histórico también permite ver el valor de una OSC en diversos escenarios y las distintas funciones que puede tener en relación con la salud (hasta cierto punto cuestionado el paradigma

del Estado paternalista como el único provisor de servicios), aunque las etapas del zapatismo y de articulación también muestran que la sociedad civil no siempre es eficiente cuando compite con las políticas gubernamentales de una escala mucho mayor. Una solución a esta relación en torno a la provisión de servicios es la transferencia de metodologías de las OSC y su transformación en políticas públicas, tal y como sucedió con Vida Mejor. No obstante, adoptar metodologías para llevarlas a cabo a escalas mucho más amplias implica sacrificar la especialización en la provisión de servicios, cuyo valor agregado son servicios implementados a la medida de las necesidades de cada comunidad. Una combinación de ambas posibilidades pudiera ser una solución. El sector gubernamental podría propiciar la articulación y el fortalecimiento del ejecutor local de la sociedad civil que contribuye a la solución de problemas públicos. Por otra parte, las OSC que trabajan en el ámbito local no deben dejar de lado el panorama macro, y buscar espacios para la incidencia en el diseño de las políticas gubernamentales para transmitir sobre todo su visión y las prioridades de los actores locales.

Por último, en términos de los sistemas de salud, el caso del CCESC y sus etapas también ayudan a entender qué actores son relevantes en el tema de la salud. Una de las situaciones que resaltan es que las instituciones que más afectan a la salud de la población en situaciones de emergencia no siempre son las que tienen el mandato de actuar para resguardar la salud. Para el caso del refugio, en gran medida la Comar fue actor relevante y fundamental para determinar la condición de salud de los refugiados guatemaltecos, pues determinó cuestiones en torno a la ubicación de los campamentos y al apoyo que se le daba a distintas instituciones presentes. De forma mucho más marcada, durante el zapatismo, el Ejército tuvo un peso fundamental en la salud de las comunidades afectadas. En este sentido, es importante reflexionar y recalcar las responsabilidades en salud de las instancias públicas, incluso cuando no es su labor principal. El término “neutralidad médica” puede servir para subrayar este deber, pero quizá sería útil hacer explícita la responsabilidad de toda instancia pública en las consecuencias en salud de sus acciones.

Referencias bibliográficas

AGUAYO, SERGIO Y LAURA O'DOGHERTY

1989 "Los refugiados guatemaltecos en Campeche y Quintana Roo", en Sergio Aguayo, Laura O'Dogherty, Hanne Christense *et. al.*, *Los refugiados guatemaltecos en Campeche y Quintana Roo: condiciones sociales y culturales*, Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social-El Colegio de México, México.

ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS

2004 *Contribución de la observación eficiente del Comité del Desarrollo Económico, Sociales y Culturales sobre países de América Latina y el Caribe (1989 - 2004)*, Santiago de Chile

AMOROZ SOLAEGUI, ILIANA

2011 "El derecho a la salud en comunidades indígenas del estado de Chiapas", en *Pueblos y fronteras*, v. 6, núm.11, junio-noviembre.

ARANA, MARCOS

En prensa, *Reseña de currículum institucional del Centro de Capacitación en Ecología y Salud para Campesinos (CCESC)*.

ARANA, MARCOS Y MARÍA TERESA DEL REGIO

2012 *Estudio sobre los desplazados por el conflicto armado en Chiapas*, Programa conjunto OPAS-1969, México.

COMISIÓN MEXICANA DE AYUDA A REFUGIADOS (COMAR)

1988a *Los refugiados guatemaltecos en México. Memoria de la Comar 1982-1988*, Comar, México.

CENTRO DE CAPACITACIÓN EN ECOLOGÍA Y SALUD PARA CAMPESINOS (CCESC)

----- *Pensamiento y Salud*, núm. 41, junio.

1996 "Prevención de la desnutrición", en *Pensamiento y Salud*, nueva época, núm. 3, junio.

CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL (CONEVAL)

2012 *Avances y retos de la política de desarrollo social en México*, México.

CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN (CONAPO)

2007 *Índice de marginación a nivel local 2005*, México.

2010 *Índice de marginación por localidad 2010*, México.

CRUZ BURGUETE, JORGE LUIS

2000 "Integración de los refugiados guatemaltecos en Campeche", en *Estudios Sociológicos*, vol. XVIII, núm. 3, septiembre-diciembre, pp. 555-580, El Colegio de México, México.

CUEVAS, J. H.

2007 "Salud y Autonomía: el caso de Chiapas", Health Systems Knowledge Network (IDRC-WHO).

DE VOS, JAN

2003 "Introducción", en Jan de Vos (comp.), *Viajes al desierto de la soledad. Un retrato hablado de la selva lacandona*, Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

DÍAZ ECHEVERRÍA, DANIELA et al.

2007 *Muerte materna y seguro popular*, Fundar, México.

FREYERMUTH ENCISO, GRACIELA Y NANCY GODFREY

2006 *Refugiados guatemaltecos en México. La vida en un continuo estado de emergencia*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Gobierno del Estado de Chiapas-Instituto Chiapaneco de Cultura-Secretaría de Educación Pública, México.

FREYERMUTH ENCISO, GRACIELA Y CECILIA DE LA TORRE HERNÁNDEZ

2009 "Inequidad étnica y tropiezos en los programas. Crónicas de la muerte materna en Chiapas", en Lerner, Susana y Szasz, Ivonne (coord.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, t. II, El Colegio de México-Afluentes, México, pp. 203-251.

GLOBAL EXCHANGE

1998 "A la ofensiva: intensificada ocupación militar a seis meses de la masacre de Acteal", en (<http://www.globalexchange.org/mexico/alaofensiva>), consultado el 10 de enero de 2014.

EIBENSCHUTZ, CATALINA Y MARCOS ARANA

2005 "La salud Zapoteca y la salud, agresión cultural, resistencia y poder indígena", en *Informe Alternativo de Salud en América Latina*, Centro de Estudios y Asesoría en Salud, III Asamblea Mundial de Salud de los Pueblos, Quito, pp. 138-146

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA (INEGI)

2010 *Censo General de Población y Vivienda, México*, en (http://www.inegi.org.mx/sistemas/consulta_resultados/iter2010.aspx?c=27329&s=est) consultado el 1 de febrero de 2012.

INTEGRANTE DEL CESC

2013 Entrevistada por Ana López el 9 de mayo de 2013, en el Distrito Federal.

KOVIC, CHRISTINE

2001 Entrevistada por Ana López el 9 de mayo de 2013, en el Distrito Federal

KOVIC, CHRISTINE

2011 “Para tener vida en abundancia: visiones de los derechos humanos en una comunidad católica indígena”, en Pedro Pitarch y Julián López García (editores), *Los derechos humanos en tierras mayas. Política, representaciones y moralidad*, Sociedad Española de Estudios Mayas, Madrid.

MCCALL, JULIA

2010 *Conflicting Rights: Using rights-based approaches in Chiapas, México*, tesis de Maestría en Conflicto, territorios e identidades, Radboud University Nijmegen, en (<http://gpm.uhoosting.nl/mr/2010/MIASG27/McCallJulia.pdf>) consultado el 10 de enero de 2014.

NAZAR, AUSTREBERTA *et al.*

2007 “Descentralización, alternancia política y género en la prevención de la muerte materna en Chiapas, México”, en *Revista Mujer Salud*, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe RSMLAC, pp. 43-53.

OBSERVATORIO DE LA MORTALIDAD MATERNA EN MÉXICO (OMM)

2011 *Numeralia 2011. Mortalidad materna en México*, pp. 1-3.

OBSERVATORIO LATINOAMERICANO DE LA SALUD

2005 *Informe alternativo sobre salud en América Latina*, julio, Centro de Estudios y Asesoría en Salud, Ecuador.

OROZCO NÚÑEZ, EMANUEL *et al.*

2009 “Participación social en salud: la experiencia del programa de salud materna. Arranque parejo en la vida”, en *Salud Pública de México*, vol. 51, núm. 2. México.

PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD) Y COMISIÓN NACIONAL PARA EL DESARROLLO DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS (CDI)

2010 *La mortalidad materna indígena y su prevención*, (folleto) México.

PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD)

2010 *Informe sobre desarrollo humano de los pueblos indígenas en México. El reto de la desigualdad de oportunidades*, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo-Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, México.

REGIÓN PASTORAL PACÍFICO SUR

1982 *Refugiados guatemaltecos en Chiapas, Comunicado de algunos obispos de la Región Pastoral Pacífico Sur, México.*

REYGADAS ROBLES GIL, RAFAEL

1998 *Abriendo veredas: iniciativas públicas y sociales de las redes de organizaciones civiles*, UAM-UNAM-UIA-Convergencia de Organismos Cíviles por la Democracia, México (http://vinculando.org/sociedadcivil/abriendo_veredas/) consultado el 6 de mayo de 2014.

REYGADAS ROBLES GIL, RAFAEL Y CARLOS ZARCO MERA

2005 *Derechos sociales. Experiencias de desarrollo local en México*. Capítulo 3: “Desarrollo de un sistema local de salud, alimentación y protección del medio ambiente en la región de pobreza extrema en el estado de Chiapas. Centro de Capacitación, Asesoría, Medio Ambiente y Defensa del Derecho a la Salud”, Consejo de Educación de Adultos de América Latina, Fundación Ford-Instituto Nacional de Desarrollo Social, México.

RIVERA FARFÁN, CAROLINA *et al.*

2011 *Diversidad religiosa y conflicto en Chiapas. Intereses, utopías y realidades*, Universidad Nacional Autónoma de México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

SÁNCHEZ PÉREZ, HÉCTOR JAVIER, MARCOS ARANA CEDEÑO Y ALICIA ELYYAMIN,

2006 *Pueblos excluidos, comunidades erosionadas. La situación del derecho a la salud en Chiapas, México*, Physicians for Human Rights (Sánchez et al., 2006), El Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR)-Centro de Capacitación en Ecología y Salud para Campesinos-Defensoría del Derecho a la Salud (CCESC-DDS), Estados Unidos de América.

SECRETARÍA DE SALUD (SSA)

2008 *Programa de acción específico 2007-2012. Cáncer cervicouterino, México*, (http://www.spps.gob.mx/images/stories/SPHS/Docs/proxy_prog/77_pdatatcc.pdf) consultado el 11 de enero de 2014.

SKIDMORE, THOMAS Y P. H. SMITH

2001 *Modern Latin America*, 5ª. ed., Oxford University Press.

ZEBADÚA, EMILIO

2010 *Chiapas, historia breve*, El Colegio de México-Fondo de Cultura Económica, México.

Página web del CCESC:

(<http://ccescacaroldeltiempo.blogspot.mx/>) consultado el 14 de enero de 2014.

**IV. Las Casas de la Mujer Indígena
como una buena práctica de incidencia
desde la voz de las actoras:
el caso de la Cami Nááxwiin**

Paloma Bonfil Sánchez
Roxana Aguilar Ramírez
Rubicelia Cayetano Pesado

Introducción

Este capítulo es una reflexión sobre las experiencias de incidencia de mujeres indígenas en las políticas públicas y acciones institucionales dirigidas a ellas, especialmente en salud reproductiva y violencia de género. El análisis toma como ejemplo la experiencia colectiva de las Casas de la Mujer Indígena (Cami), que se concreta en el Centro para los Derechos de la Mujer, Nááxwiin, A. C., de Matías Romero, Oaxaca, y se enfoca en el proceso de incidencia impulsado por el CDM Nááxwiin considerando el combate a la violencia de género desde la perspectiva de salud.

Los objetivos que nos propusimos en este análisis fueron:

- a) documentar un proceso de organización y autogestión de mujeres indígenas como estrategia para la incidencia en políticas públicas de salud sexual y reproductiva hacia esa población;
- b) determinar la importancia de los sistemas tradicionales de salud en la experiencia de incidencia del CDM Nāāxwiin, a partir de las estrategias impulsadas por esa organización, y
- c) analizar el proceso e impacto de la incidencia del CDM Nāāxwiin desde su posicionamiento político frente al sistema hegemónico de salud y las condiciones para el ejercicio de los derechos de las mujeres indígenas.

Partimos de que el CDM Nāāxwiin, como organización representativa de las Casas de la Mujer Indígena, al exigir el derecho a la salud y a una vida libre de violencia para las mujeres indígenas en la región, ha construido un discurso y una práctica política propios que denuncian la exclusión y discriminación ante el sistema dominante e institucionalizado de salud, representado por los Servicios Estatales de Salud (SESA) y sus ramificaciones institucionales, así como ante las instancias de procuración de justicia.

Planteamiento del problema

Esta investigación pretende ser una aportación al análisis intercultural sobre incidencia en políticas públicas de salud sexual y reproductiva dirigidas a población femenina indígena impulsadas por mujeres indígenas. El análisis se centra en la experiencia del Centro para los Derechos de la Mujer (CDM) Nāāxwiin, organización integrada por indígenas y mestizas que desde hace casi dos décadas trabaja en la región de Matías Romero, en el Istmo de Tehuantepec. La participación y el trabajo directo del CDM Nāāxwiin le han valido reconocimiento y posicionamiento como actor político en la interlocución entre las mujeres indígenas y las instituciones de los tres órdenes de gobierno, especialmente las que están presentes en la región, pero también en Oaxaca y de manera indirecta a escala nacional. En este contexto el

CDM Nāāxwiin asumió el proyecto de la Casa de la Mujer Indígena en 2003.¹⁰⁴

La identificación de las problemáticas de salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas desde el CDM Nāāxwiin parte de una visión integral y propia de derechos, vinculada a la violencia de género en población mixe y zoque del Istmo en Oaxaca. La ampliación de la demanda por servicios y atención con calidad, calidez y pertinencia cultural constituye un ámbito de relaciones interculturales por las tensiones, contradicciones y relaciones de subordinación que se expresan como discriminación y exclusión, y porque en ese contexto la diferencia cultural se ha construido como desigualdad. Ese es el entorno del proceso que aquí referimos.¹⁰⁵

Este capítulo presenta las estrategias del CDM Nāāxwiin para incidir en los marcos, programas, proyectos y acciones institucionales en el municipio de Matías Romero para que consideren en su diseño, implementación, seguimiento y evaluación, la diversidad cultural, la diferencia de género y la desigualdad social. El trabajo del CDM Nāāxwiin ha consistido en exigir que la intervención institucional opere con metodologías y enfoques culturalmente pertinentes; en generar información local confiable y actualizada y en impulsar espacios de incidencia, para que las mujeres indígenas accedan a los servicios y

¹⁰⁴ El Centro para los Derechos de la Mujer Nāāxwiin se constituyó en 2000 como organización civil y con ese esquema tres años después, en 2003, asumió la Cami como un proyecto de la organización.

¹⁰⁵ El concepto de interculturalidad se utiliza aquí desde la perspectiva de derechos enarbolada por organizaciones y representaciones indígenas que incluyen la diferencia cultural, la desigualdad social y la discriminación, de modo que un entorno intercultural sólo se concretará cuando entre los pueblos indígenas y las sociedades que los contienen existan condiciones de igualdad. Para este análisis es importante establecer que la demanda en políticas de salud tiene como objetivo final el logro de marcos interculturales, pero que la incidencia y los avances de las Cami en su conjunto y dentro de ellas, del CDM Nāāxwiin, se enmarcan en la incorporación de elementos que otorguen pertinencia cultural a los programas y acciones institucionales dirigidos a población indígena (Informe Mairin Iwanka Raya, Foro Internacional de Mujeres Indígenas, ONU, 2006).

el disfrute de la salud y ejerzan sus derechos reconocidos y hasta ahora, incumplidos.

Los alcances de la incidencia del CDM Nääxwiin reflejan las condiciones socioculturales en que se mueve la organización; las características de las integrantes del grupo y de la población con la que trabajan, y la problemática de salud reproductiva y violencia de género en esta región del istmo. Por ello, analizamos los espacios de incidencia local, municipal y estatal como reconocimiento de la viabilidad de experiencias replicables en las políticas públicas nacionales.

La capacidad de incidencia y transformación del CDM Nääxwiin, al igual que la de otras Casas de la Mujer Indígena en diversos puntos del país, responde al capital cultural de organizaciones de mujeres indígenas que utilizan los elementos de su identidad: lengua, pertenencia, manejo simbólico de la salud, bienestar y equilibrio, y los valores culturales para presentar ante las instituciones de salud y las autoridades locales, las demandas de las mujeres y las alternativas para responderlas. El CDM Nääxwiin cuenta con herramientas metodológicas, prácticas, conceptuales, culturales y políticas excepcionales en los contextos comunitarios y municipales y las instituciones que operan a nivel local, lo cual contribuye a legitimar sus demandas y a posicionarlas dentro y fuera de las comunidades como voz representativa femenina indígena.

La experiencia del CDM Nääxwiin demuestra que los procesos de empoderamiento y fortalecimiento colectivo de mujeres indígenas para participar en el ámbito público se gestan en tiempos largos, muy distintos a la temporalidad y racionalidad de la burocracia y las políticas públicas que además, exigen un considerable esfuerzo personal y colectivo para enfrentar la discriminación, el racismo y la exclusión, en contextos donde la opinión y participación de las mujeres indígenas no se acostumbra ni fomentan.

Las Casas de la Mujer Indígena, y el CDM Nääxwiin en particular, han logrado resultados que demuestran la importancia y los

profundos beneficios de apoyar iniciativas y procesos como los que impulsan estas organizaciones en sus entornos concretos. Entre estas iniciativas y procesos destacan la visibilización del problema de los derechos de las mujeres mixes, mixtecas y zoques del istmo de Tehuantepec, en particular en materia de salud; el registro sobre la disponibilidad y calidad de los servicios de salud; el registro e identificación de los obstáculos para el acceso de las mujeres indígenas a la oferta institucional de salud y otros servicios; la valoración de las prácticas culturales de atención a la salud en la confección de intervenciones institucionales efectivas, confiables y pertinentes para las mujeres indígenas, y la sensibilización de autoridades y personal institucional de salud, educación y procuración de justicia.¹⁰⁶

Esta reflexión analiza la capacidad de agencia de las mujeres indígenas, ejemplificadas en el caso del CDM Nāāxwiin, para valorar la importancia de incluir sus demandas y necesidades en las respuestas del Estado en materia de salud, y entender como aprendizaje el proceso que han recorrido para construir la necesidad, la estrategia y el derecho de ser incluidas. En ese marco consideraremos como incidencia todo hecho, acto o iniciativa, que haya modificado la actuación de las instituciones con presencia local a partir de una propuesta o demanda de las mujeres indígenas representadas por el CDM Nāāxwiin, mientras que tomamos como corolario la incidencia en políticas públicas, como las actividades que realiza el CDM Nāāxwiin junto con instituciones de gobierno para promover un cambio social.

El contexto

a. La región

El CDM Nāāxwiin es una organización localizada en el Istmo de Tehuantepec, región con alta densidad de población indígena mixteca, zapoteca y mixe, principalmente, que comparte con los demás pue-

¹⁰⁶ Estas iniciativas y procesos se han hecho mediante foros, pronunciamientos, entrevistas con funcionarios diversos, etcétera.

blos indígenas de la entidad condiciones de marginación y pobreza, así como procesos de resistencia social y cultural. En el istmo convergen diversas culturas y pueblos: chontal, mixe, zoque, zapoteca y huave, con predominancia de la población zapoteca.

El Istmo se extiende entre el límite estatal de Veracruz y el golfo de Tehuantepec como una región interétnica con cinco grupos indígenas originarios distribuidos en 48 municipios que reciben también colonos indígenas de Chiapas y de otras zonas de Oaxaca. En las últimas décadas esta afluencia ha aumentado debido al desarrollo de ciudades intermedias en el corredor desde Salina Cruz hasta Matías Romero, pasando por Juchitán y Tehuantepec.

Con una población cercana a los 80 mil habitantes, cuya mayoría se desenvuelve en zapoteco, las ciudades de Juchitán y Tehuantepec se han convertido en centros rectores sobre los cuales gravitan diversos grupos etnolingüísticos, formando una estructura dual entre un grupo etnolingüístico mayoritario y un conjunto de minorías étnicas que tienen un carácter periférico y subordinado. Aunque estas minorías suman 50 mil habitantes y constituyen por lo tanto cerca de 40% de la demografía regional, la población zapoteca ha jugado un papel determinante en la configuración étnica de la zona (CDI, 2008: 63).

En Oaxaca, 463 de 570 municipios viven en condiciones de alta y muy alta marginación con rezagos importantes en infraestructura y servicios básicos, acceso a la salud, la educación y las oportunidades de empleo e ingresos para la mayoría de la población. De ahí que en 2010 Oaxaca apareciera entre las entidades con menor índice de desarrollo humano (IDH), y junto con Veracruz, incluye ocho de los diez municipios con menor nivel de desarrollo a nivel nacional.¹⁰⁷ La región del istmo ocupa 21% del total de la superficie de la entidad y en cuatro

¹⁰⁷ De acuerdo con la nueva metodología para calcular el IDH se utilizan los cuartiles: cuatro grupos de igual tamaño, donde cada uno agrupa a 25% del total de los municipios. De esa forma, ahora se denominan municipios con muy alto, alto y bajo IDH (anteriormente estas categorías se definían mediante tres absolutos: 0-90, 0.80, 0.50) (PNUD, 2014).

municipios se concentra cerca de 40% de la población: Juchitán de Zaragoza, Tehuantepec, Matías Romero y Salina Cruz. La región del Istmo se distribuye en los distritos de Juchitán y Tehuantepec, donde se ubican los 41 municipios de la región (GDI, 2008: 65).

La población del Istmo es de 595 433 habitantes (Censo 2010), de los cuales 50.7% son indígenas, alrededor de 277 189 personas. Esta población está presente en prácticamente todos los municipios y es predominante en la mayoría, pero su distribución se concentra en las principales ciudades de la región (59% de la población indígena en la región habita en zonas urbanas); y poco menos de un tercio vive en pequeñas localidades que en alta proporción carecen de servicios básicos: 37% de las viviendas no tiene agua entubada, 63% no dispone de drenaje, 32% está sin electricidad y existe un déficit de 21 mil viviendas, así, entre 125 mil y 150 mil personas viven hacinadas, especialmente en los 18 municipios de la región que cuentan con más de 70% de población indígena, y concentran cerca de 80% de la población indígena en el istmo (CDI, 2008: 65).

La Cami Năăxwiin tiene influencia en los municipios de la región norte del Istmo: San Juan Guichicovi,¹⁰⁸ de donde son originarias la mayoría de las integrantes de la organización; Matías Romero, Santa María Petapa, Santo Domingo Petapa, Barrio de la Soledad, San Juan Mazatlán, Asunción Ixtaltepec y San Miguel Chimalapa. Se trata de una región pobre donde sólo el Barrio de la Soledad presenta nivel de marginación bajo, con una población de 120 014 personas, 40% de ellas indígenas mixes, mixtécas y zapotecos (Inegi, 2010).

El istmo es una de las regiones en Oaxaca con menores niveles de marginación social; sin embargo, la población indígena concentra las manifestaciones de la exclusión y la marginación. En el aspecto edu-

¹⁰⁸ Los municipios de San Juan Guichicovi, San Juan Mazatlán y San Miguel Chimalapa presentan un índice "muy alto" de marginación; el Barrio de la Soledad, un nivel "alto" y las cabeceras municipales de Asunción Ixtaltepec, Santa María Petapa y Matías Romero registran nivel "medio" (Catálogo de localidades indígenas, CDI, 2010).

cativo existe un alto porcentaje de población analfabeta, que es mayor en la población femenina, pues poco más de la tercera parte presenta este problema. De hecho el porcentaje de mujeres analfabetas es mayor 1.8 veces al de los hombres, y existe un mayor volumen de mujeres que no saben leer ni escribir en relación con los hombres en los municipios con mayor presencia de población indígena (70% y más) donde el porcentaje de mujeres y hombres analfabetas es de 36.2% y 20.2%, respectivamente. Esta brecha de género que a nivel regional es de 10 puntos porcentuales en detrimento de la población femenina, en algunos municipios alcanza hasta 18 puntos porcentuales, como en San Juan Guichicovi, San Blas Atempa y Santa María Xadani, donde el porcentaje de población masculina analfabeta es de 37.3%, 33.5% y 29%, mientras que el de mujeres llega al 59.3%, 54% y 54.6%, respectivamente (Inegi, 2010)

En el ámbito económico, laboral y de generación de ingresos, las condiciones de la población indígena en la región también son precarias. El empleo entre población indígena del istmo muestra mayor población inactiva, pues poco más de la mitad de las personas mayores de 12 años no está dentro de la población económicamente activa y esta cifra alcanza a 70.1% de las mujeres. La población indígena ocupada es mayoritariamente masculina (68.6%) y según el sector económico, difiere por sexo: 48 de cada 100 varones laboran en el sector primario, mientras que son 8 de cada 100 mujeres ocupadas en ese mismo sector. Las mujeres se ocupan sobre todo en el sector terciario (60 de cada 100). Por otro lado, pese a que gran parte de la población económicamente activa indígena se encuentra ocupada, 29.7% de los hombres y 20.2% de las mujeres no perciben ingresos constantes, y es muy alta la proporción que gana menos de un salario mínimo, más de la tercera parte de las mujeres y 16.6% de los varones (Inegi, 2010).

Así, la mayoría de población que no recibe ingresos se localiza en municipios de alta densidad de población indígena y se reduce en municipios con población indígena dispersa, mientras la desigualdad en el acceso a un salario digno es mucho mayor en municipios con mayor porcentaje de población de 12 años y más ocupada que no recibe in-

gresos y que, en su mayoría, tienen 70% o más de población indígena, como Santiago Ixcuintepéc (93.7%), Guevea de Humboldt (87.5%) y Santa María Chimalapa (86%) (GDI, 2008: 62-75).

b. Salud y violencia

Los bajos indicadores que se observan en las localidades y regiones indígenas del istmo aparecen también en el ámbito de la salud reproductiva, estrechamente relacionados con los índices de marginalidad, ya que 46% de los municipios en la región se encuentran en situación de alta marginación, considerada bajo el índice compuesto de salud, educación e ingresos; estos 19 municipios cuentan con alta densidad de población indígena.

Así, los municipios de Santa María Xadani, San Juan Guichicovi, San Blas Atempa y San Mateo del Mar tienen un precario nivel educativo con grados de analfabetismo entre 31.1% y 42.4% en población de 15 años y más; de inasistencia escolar entre 14.6% y 26.7%, y de rezago educativo entre 86.7% a 90.6% (CDI, 2008: 62-75).

En términos de ingresos, la situación más grave se presenta en Santiago Lachiguiri, Guevea de Humboldt, Santa María Chimalapa, San Juan Guichicovi y Santa María Guienagati, municipios considerados indígenas o con presencia indígena y donde más del 80% de la población no percibe ingresos o percibe menos de un salario mínimo. A estas desigualdades se suman las condiciones generales de vida: tipo y calidad de la vivienda; drenaje, grado de hacinamiento, acceso a servicios de agua y electricidad que en los municipios y localidades con mayor densidad de población indígena presentan mayores rezagos.

En materia de salud, la población no derechohabiente se concentra en 10 municipios con población indígena o predominantemente indígena con grados de marginación alto y muy alto: San Miguel Tenango, Santa María Jalapa del Marqués, Santiago Laollaga y Santa María Chimalapa, donde prácticamente el total de la población indígena (90%) no cuenta con servicios de salud, y donde entre 24 y 43 de cada 100 niños nacidos vivos fallecen en su primer año de vida. En

la región del istmo el promedio de hijos nacidos de la población de 12 a 49 años es más alto en los municipios indígenas o de presencia indígena, pese a los datos de disminución de la fecundidad indígena (GDI, 2008: 77-83).

Este rezago generalizado también se expresa en el ámbito de la salud reproductiva en aspectos como el acceso y utilización de métodos anticonceptivos entre mujeres indígenas de la región.

Cuadro 6. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos entre mujeres indígenas y no indígenas

	Total nacional		Indígenas		No indígenas	
	Conocen	Usan	Conocen	Usan	Conocen	Usan
Total	98.5	72.5	87.0	58.3	99.3	73.5
Tipo de localidad						
Urbana	99.5	75.1	96.4	67.0	99.6	75.4
Rural	95.0	63.7	79.4	51.3	97.9	66.1

Fuente: Encuesta Nacional sobre la Dinámica Demográfica 2009. Tomado de *Breve análisis de la situación de salud reproductiva de mujeres de habla indígena y no indígena*; Inmujeres.

El cuadro 1 muestra que la población femenina indígena tiene menor acceso que el promedio nacional entre mujeres en edad fértil que conocen métodos anticonceptivos y de mujeres en edad fértil que los usan, por zona de residencia y según pertenencia indígena.

La Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas (Ensa-demi 2008) buscó determinar las características y tipología de la violencia que contra mujeres indígenas ejercía su pareja y las consecuencias sobre la salud. Para ello se entrevistaron usuarias indígenas de los servicios públicos de salud de la Secretaría de Salud (SSA) y del Programa IMSS-Oportunidades en ocho regiones indígenas del país.¹⁰⁹

¹⁰⁹ Altos de Chiapas (Chiapas); Huasteca (San Luis Potosí); Mazahua-otomí (Que-rétaro de Arteaga); Chinanteca (Oaxaca); Cuicatlán, Mazateca, Tehucán y Zongolica (Veracruz); Costa y Sierra sur de Oaxaca (Oaxaca); Maya (Yucatán).

En la región istmo se cubrieron los municipios de Juchitán de Zaragoza, Ciudad Ixtepec, Unión Hidalgo y San Blas Atempa. De las mujeres entrevistadas (295 194) 3.97% eran del Istmo de Tehuantepec. Un hallazgo es que esta región refiere menor cobertura en servicios de salud en relación con Zongolica (89.19%), la Huasteca (88.98%) y la Costa y Sierra Sur (88.53%). Si bien los datos no son actuales, reflejan que dentro de la desigualdad de acceso a los servicios de salud que se registra en prácticamente toda la población indígena del país se presentan diferencias regionales.

Cuadro 7. Indicadores de salud y derechos reproductivos de las mujeres del Istmo de Tehuantepec, Oaxaca

Utilización de método de planificación familiar (MPF)	N	%
Sí	5 424	56.78
No	4 032	42.21
¿Tiene que pedirle permiso a su pareja para utilizar algún MPF?	N	%
Sí	4 224	44.22
No	5 232	54.77
No responde	0	1.01
No especificó	96	0.00
Mujer indígena con oclusión tubaria bilateral (OTB)	N	%
Sí	3 432	35.92
No	6 024	63.06
No responde	0	0
No especificó	96	1.01
¿Quién decidió la OTB?	N	%
Ella	672	19.58
Su marido	816	23.77
Su marido y ella	1 752	51.04
El doctor	96	2.79
Otro	0	0
No especificó	96	2.79

Fuente: Ensademi, 2008

A estas condiciones de rezago y desigualdad se suman prácticas discriminatorias que las mujeres reportan con frecuencia de parte de los propios prestadores de servicios a nivel local:

En casos en que yo fui como traductora me tocó ver que hay mucha discriminación hacia las mujeres, que no somos valoradas, que tal vez los médicos y los que trabajan en las instituciones piensan ellos que no merecemos una buena atención porque vamos con nuestra ropa humilde (...). A lo mejor eso les hace pensar como que no tenemos sentimientos, que no valemos; así nos hacen sentir. De esa manera yo percibí la discriminación hacia las mujeres indígenas por parte de las instituciones y entendí más la importancia de apoyarnos para ejercer nuestros derechos (Carmona, 2013).

Otros datos de SSR señalan la persistencia de grandes diferencias en los índices de fecundidad de las mujeres —no indígenas e indígenas— pues entre estas últimas son mucho más elevados que el promedio nacional (3.59 *versus* 1.78). Por su parte, la edad de inicio de la vida sexual también es mucho más temprana entre indígenas que entre no indígenas, al igual que las edades de la primera unión y el nacimiento del primer hijo (Ensademi, 2008).

La Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica 2006 (Enadid, 2006) registra diferencias significativas en la atención del parto entre mujeres indígenas y no indígenas; por ejemplo, en su último parto, 77% de las mujeres indígenas fueron atendidas por un médico, 3% por una enfermera y 14.9% por parteras, mientras que 91% de las mujeres no indígenas se atendieron con un médico. En estos registros no se da cuenta de otros problemas, como mortalidad materna, prevalencia de infecciones de transmisión sexual, acceso a servicios de salud ni calidad de los mismos, cuya situación ha sido analizada en estudios regionales y de caso que demuestran, una vez más, las condiciones de amplia desventaja y exclusión de las mujeres indígenas. Así, la Enadid 2009 registra, por ejemplo, el crecimiento en el número de madres solteras en localidades con menos de 15 000 habitantes, lo cual permite suponer que se trata de un fenómeno presente en localidades con 40% o más de indígenas (HLI), y de igual modo, la tendencia a un

promedio más elevado de hijos vivos e hijos sobrevivientes en mujeres entre los 15 y los 49 años que habitan en localidades con menos de 15 000 habitantes.

El otro ámbito de trabajo del CDM Nááxwiin es la atención a la violencia de género entre la población indígena femenina, y para orientar sus intervenciones y definir sus estrategias ha realizado ejercicios de diagnóstico sobre la situación de la problemática de la violencia de género en la región de Matías Romero y municipios circundantes.

En 2005 se levantó el primer diagnóstico en cinco comunidades sobre los efectos de la violencia en la salud, la vida y los derechos de las mujeres. Uno de los resultados más importantes del diagnóstico fue la identificación de la sintomatología de los efectos de la violencia en la salud de las mujeres: nerviosismo, dolor de cabeza, pérdida de apetito, insomnio, estrés, gastritis y colitis. En este repertorio de síntomas aparecieron también dolencias que se tratan y reconocen desde la medicina tradicional, como el latido o la vergüenza, que producen ansiedad y depresión en distintos grados. También se identificaron otros problemas como la sobrecarga de trabajo por abandono y/o migración, y la jefatura de familia sin apoyos ni redes. Este diagnóstico mostró también la naturalización de las relaciones abusivas sobre las mujeres y la consideración cultural de que se trata de una prerrogativa de los varones.

En un contexto en el que buena parte de estas enfermedades y padecimientos no estaban siendo atendidos por los servicios de salud, la Casa representaba para el equipo una oportunidad de construir un puente entre las instituciones y las mujeres indígenas, de tal manera que pudieran ser atendidas en los hospitales, en el Ministerio Público o en los juzgados. Para tal fin, el equipo contaba ya en esa época con gran experiencia y con distintas destrezas. Para continuar cumpliendo este papel de vínculo entre las mujeres y las instituciones, a principios de 2006 el equipo gestionó apoyo financiero de forma directa ante la propia Secretaría de Salud, a través del Programa Mujer y Salud (Promsa) con el que pudieron complementar los recursos otorgados por CDI (Carmona, 2013: 41-43).

El problema de la violencia de género en la región del istmo, como en muchas otras regiones indígenas, se complejiza y agudiza por otras condiciones de pobreza, precariedad y exclusión que enfrentan las mujeres y que hace que sus padecimientos se agudicen. La Ensa-
demi 2008 levantó una muestra sobre la situación de la salud y los derechos de las mujeres indígenas que establece los vínculos entre vio-
lencia, salud y acceso a los servicios; así como los efectos de los patrones culturales de discriminación de género y del racismo en la doble victimización de las mujeres víctimas de violencia de género. No es este el espacio para abordar a detalle la temática de la violencia, pero sí conviene subrayar su importancia para la salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas y en este caso particular, para el trabajo que se realiza desde el CDM Nääxwiin.

c. El Centro de Derechos de las Mujeres Nääxwiin

El CDM Nääxwiin¹¹⁰ es una asociación civil integrada por mujeres de la región Mixe baja del istmo oaxaqueño. El nombre tiene varios significados: “espacio donde todas y todos cabemos”, o bien, “ojo de la tierra y madre tierra”. Nääxwiin es una organización autónoma cuyo propósito es hacer visible la exclusión y discriminación contra mujeres indígenas e incidir en las instituciones y las autoridades comunitarias para que ellas puedan ejercer sus derechos como indígenas —mixes, zapotecas mixtecas y zoques— y como mujeres y ciudadanas.

El CDM Nääxwiin está compuesto por un equipo de veintidós integrantes (incluyendo las promotoras comunitarias). Dos de sus asociadas no son indígenas y el equipo en conjunto tiene grados de escolaridad que van desde primaria hasta maestría; todas se han profesionalizado mediante cursos, seminarios, foros y talleres, y varias cuentan con formación profesional en antropología, literatura, derecho, salud pública, psicología, enfermería y contaduría. La organización promueve el trabajo en equipo y la incorporación de jóvenes indígenas a las distintas tareas, incluyendo la coordinación y el liderazgo de proyectos. Buena parte de sus integrantes proviene de organiza-

¹¹⁰ En este texto nos referimos al grupo como Nääxwiin, CDM o CDM Nääxwiin.

ciones y movimientos sociales que surgieron en la zona desde fines de los setenta alrededor de demandas agrarias, sociales y políticas. En ese proceso se vio la necesidad de construir un espacio para mujeres, con recursos propios y trabajo por demandas, necesidades y derechos específicos femeninos. Así, al despuntar el nuevo milenio el CDM Nääxwiin se desprendió de la Ucizoni^{III} para conformar su propio proyecto (Cayetano, José Antonio, Cruz, Betancourt, entrevistadas en Oaxaca, 2012-2013).

d. La Casa de la Salud del CDM Nääxwiin

En este trabajo analizamos la experiencia de una Casa de la Mujer Indígena que ha recorrido el proceso completo de conformación e institucionalización de estos espacios en una relación próxima y compleja con la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI). La Cami de Nääxwiin es representativa de la complejidad para operar acciones institucionales con perspectiva de género y pertinencia cultural. Al mismo tiempo, el ejemplo que se lee en el proceso del CDM Nääxwiin para impulsar la Cami muestra las dificultades y los nichos de oportunidad para la incidencia de organizaciones de mujeres indígenas en temas de salud y violencia de género.

Elegimos el ejemplo de la Cami de Nääxwiin por considerar que su proceso refleja los avances y desafíos para la implementación de políticas públicas e intervenciones institucionales en salud reproductiva bajo un marco de derechos. Si bien la Cami de Nääxwiin se ha orientado primordialmente a la prevención y atención de la violencia de género, este tema forma parte de las políticas públicas de salud y la organización también tiene experiencia en acciones de salud.

El proyecto de Casas de la Mujer Indígena arrancó, en su fase piloto, en 2003, con la instalación de cinco Cami en Chiapas, Oaxaca, Guerrero y Puebla. El CDM Nääxwiin tenía tres años trabajando en Matías Romero, cuando se integró a este proceso. Esas cinco organizaciones se reconocen hasta ahora como las Cami pioneras.

^{III} Unión de Comunidades Indígenas de la Zona del Istmo.

En más de diez años de existencia del programa, el número de Cami pasó de 5 a 23 (2014), y de ser un proyecto piloto marginal, operado de manera excepcional entre la CDI y la Secretaría de Salud, a constituir un programa institucionalizado incluido en un programa con recursos fiscales anuales y reglas de operación autorizadas por la federación. Al mismo tiempo, las organizaciones de mujeres que asumieron las Cami, también recorrieron un proceso de consolidación, formación y especialización con diversos grados de autonomía, política y económica, frente a las instituciones con las que interactúan. Actualmente, las Cami operan de manera individual en sus regiones y con agendas compartidas mediante la Red Nacional de Casas de la Mujer Indígena.

La función más relevante de las Cami es ser intermediarias para ampliar la cobertura de los servicios de salud entre usuarias indígenas y para mejorar el acceso de las mujeres a la protección contra la violencia de género en regiones indígenas. Para cumplir esta labor, las organizaciones de mujeres indígenas que impulsan las Cami reciben un financiamiento por parte de la CDI, de acuerdo con su nivel de experiencia y a un plan de trabajo anual, que les permite realizar sus actividades. Las Cami existen por el rezago persistente en la atención institucional a la salud y la protección de la violencia de las mujeres de los pueblos indígenas en México y por el reconocimiento a la importancia de incorporar a las intervenciones institucionales de salud y violencia de género los enfoques de género e interculturalidad.

A lo largo de la existencia de las Cami se han ensayado diferentes aproximaciones institucionales dentro de la CDI para implementar el programa con un enfoque de género e interculturalidad. Junto con las reglas de operación y el presupuesto etiquetado para las Cami, el producto más acabado de esta institucionalización es un modelo de atención (“Modelo autogestivo”) que sustenta el funcionamiento de las Cami, sus actividades e impactos con procedimientos e indicadores establecidos.

En este marco, la CDI ha construido acciones dirigidas a mujeres indígenas adecuando sus abordajes para pasar del enfoque de Mujeres en el Desarrollo (MED) a la incorporación gradual de otros derechos y

necesidades hasta incluir procesos de empoderamiento, fortalecimiento de liderazgos e impulso a la participación de mujeres indígenas en diversos ámbitos. Esta estrategia ha resultado en que las Cami constituyan un espacio institucional sin precedentes (dentro y fuera de la CDI) con enfoque de derechos “que se funda en el ejercicio de derechos de satisfacción” (CDI, 2012).

En los últimos años, los resultados de las Cami fueron adquiriendo notoriedad entre organizaciones de mujeres indígenas y organismos internacionales próximos a ONU Mujeres¹¹² y se fueron fortaleciendo, tanto en procesos locales propios como institucionalmente, hasta constituir el primer componente del Programa de Acciones para la Igualdad de Género en Pueblos Indígenas (PAIGPI).¹¹³ La existencia de este programa implicó la institucionalización y continuidad del financiamiento a las Cami en todo el país y por tanto, cierta certeza para su operación.

El objetivo actual de las Cami es contribuir a la prevención y atención a la violencia contra las mujeres y salud sexual y reproductiva en zonas indígenas a través del apoyo a organizaciones de mujeres indígenas para la instalación de una Casa de la Mujer Indígena (Cami) y la operación de proyectos orientados a contribuir en la atención del problema de violencia contra las mujeres y/o promover la salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas con enfoque intercultural (DOF, 2013).

¹¹² Las Cami fueron reconocidas por la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, siglas en inglés) como una buena práctica de políticas públicas de combate a la violencia de género en mujeres indígenas (2011); el modelo autogestivo se propuso para ser replicado en Bolivia (2010) y se realizaron investigaciones sobre su proceso (INSP, CDI, por ejemplo). Los resultados presentados por la CDI ante la Comisión de Equidad de Género de la Cámara de Diputados (2011) le valieron al área responsable recursos fiscales de casi el doble de los montos previamente asignados (2012).

¹¹³ En 2014 el PAIGPI desapareció de la CDI y se fundió en un programa más amplio de “derechos”, cuyos efectos en la participación y el acceso directo de mujeres indígenas a los recursos del Estado aún no son previsibles.

Este es el sustrato de relación institucional con el que se desarrolla la experiencia de la Cami del CDM Nääxwiin que aquí presentamos. Según el “modelo autogestivo”.¹¹⁴ Nääxwiin está en fase de consolidación,¹¹⁵ es decir, cuenta con especialización temática reconocida, experiencia de intervención e incidencia y un equipo consolidado. Por ello puede solicitar hasta un millón de pesos anuales para acciones de fortalecimiento de la organización, la formación de redes regionales o comunitarias y para actividades de prevención y atención de violencia contra las mujeres y salud sexual y reproductiva. El presupuesto incluye recursos para difusión y sensibilización comunitaria y de la población indígena, capacitación, materiales de divulgación en derechos humanos de mujeres indígenas, violencia de género o salud sexual y reproductiva. Este apoyo también permite a la Cami de Nääxwiin contar con asesoría para el acompañamiento especializado y el fortalecimiento del grupo organizar o asistir a eventos y participar en reuniones de la Red Nacional de Cami (Reglas de operación CDI, 2013).

El programa Casas de la Mujer Indígena de la CDI ha sido una estrategia de respuesta a las condiciones de rezago y exclusión en que se encuentran las mujeres indígenas, como se ha registrado en diversos diagnósticos, documentos y estudios.¹¹⁶ Así, según el Censo de

¹¹⁴ El “modelo autogestivo” es un documento que se fue transformando para dar pauta al funcionamiento de las CAMI y los términos de su relación con la CDI. A medida que se consolidaba la experiencia de las casas pioneras, como la del CDM Nääxwiin, el modelo se adaptó para establecer las fases de las casas que se iban abriendo de acuerdo con la experiencia y consolidación organizativa de los equipos que las dirigían.

¹¹⁵ Reglas de operación 2014. *El modelo autogestivo* prevé cuatro fases en el proceso de las CAMI definidas a partir de su fortalecimiento en tres áreas: especialización temática, fortalecimiento organizativo y vinculación e incidencia. Las fases son instalación inicial, fortalecimiento y consolidación; esta última representa el estadio más avanzado de una organización responsable de una Casa de la Mujer. Los montos anuales se asignan de acuerdo con la fase en que se encuentre la CAMI, y van desde \$600 000.00 y \$750 000.00 hasta \$1 000 000.00. (Reglas de operación del PAIGPI, 2013)

¹¹⁶ Indicadores con perspectiva de género para los pueblos indígenas; Fecundidad y preferencias reproductivas en las mujeres indígenas mexicanas. Panorama actual con base en los resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica Demográfica 2006 y Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas son algunos documentos que muestran la desigualdad acrecentada y el rezago de este sector de la población (Ensamdi, 2008), Carmona, Gloria, *op. cit.*, 2013.

Población 2010, las mujeres indígenas presentan rezago en todos los ámbitos; en educación, su promedio de escolaridad es de 4.5 años, casi la mitad del nivel nacional registrado (8.5 años); respecto a la violencia de género, y según la Ensademi, 2008, levantada entre población indígena usuaria de los servicios de salud, 34% reportó haber sufrido violencia en la infancia, 26% humillaciones y 27% golpes, cifras similares al promedio nacional, mientras que la violencia en pareja en los doce meses previos al registro alcanzó a 25.55% de las encuestadas. Por su parte los datos de la Encuesta Nacional sobre Violencia hacia las Mujeres (Envim, 2006), por entidad federativa, muestran cifras mucho más elevadas entre población indígena.

Cuadro 8. Violencia hacia las mujeres desagregado por entidad federativa

Estados Unidos Mexicanos	33.3	
Yucatán	36.2	5
Michoacán	35.2	7
Veracruz	33.7	14
Hidalgo	31.2	20
Guerrero	27.8	25
Nuevo León	24.9	28

Fuente: Tomado del Diagnóstico base que sustenta la creación del Programa de Acciones para la Igualdad de Género en Población Indígena, DFCL, documento interno

Las Cami se concibieron originalmente para regiones de alta densidad de población indígena con problemas de acceso a los servicios institucionales de salud y atención a la violencia por razones de comunicación, escasez o inexistencia de infraestructura inadecuada y baja calidad de la atención, y tuvieron como ámbito “natural” de incidencia el trabajo con instituciones con presencia local para acercar a las usuarias indígenas a los servicios de salud y atención a la violencia de género. La selección de estas acciones se basó en los elevados niveles de rezago y exclusión; en la existencia de una demanda no atendida en violencia de género y salud que exigía servicios adecuados a las características culturales y las condiciones de las mujeres indígenas; en el marco legal y normativo que

pocas veces se hace efectivo para población indígena, y en que el trabajo de las Cami permitiría contar con metodologías y enfoques para la intervención en población indígena femenina orientados a la pertinencia cultural y hacia un marco de derechos. Estos principios buscaban mejorar desempeño institucional (de la CDI, del sector salud y del sector de justicia) y dar mayor viabilidad a sus respectivos objetivos y mandatos.

En el ámbito de la salud entre los temas de atención de las Cami se encuentran la salud materna e infantil en servicios institucionales y en prácticas tradicionales; la prevención del embarazo temprano entre adolescentes indígenas; el acceso y utilización de métodos de planificación familiar; el consentimiento informado en decisiones reproductivas y particularmente en la relación con los servicios de salud, así como la difusión de información sobre ITS y cáncer cérvico uterino y mamario como acciones de prevención. El énfasis del trabajo en salud de las Cami se orienta a procurar condiciones para que las indígenas accedan efectivamente a su derecho a la salud, y han impulsado la ampliación del acceso a los servicios institucionales de salud; campañas de prevención y detección oportuna en población indígena; mejoramiento en la calidad de los servicios; reconocimiento e integración de las prácticas propias de salud —con parteras tradicionales y promotoras de salud— y en general, la difusión del derecho a la salud de las mujeres indígenas con un enfoque de género e interculturalidad.

Al inicio de su operación, la Cami del CDM Nääxwiin impulsó también acciones de salud reproductiva:

Al principio cuando decíamos “brindar el servicio”, lo entendíamos como dar servicio aquí en la Casa. Así se inició y así sigue siendo porque es una necesidad, pero fuimos entendiendo que más bien teníamos que ser como un enlace para las instituciones. Al reconocer que las mujeres tienen derecho a esos servicios pero que en la realidad no se dan, entonces la Casa es un medio para canalizar estos casos a las instituciones responsables (Carmona, 2012).¹¹⁷

¹¹⁷ En el texto se habla de los servicios de atención a la violencia; sin embargo, a partir de los resultados de las entrevistas, la afirmación es válida para el acceso a servicios de salud.

Los mismos principios y enfoques que se aplicaron para la atención a la salud se plasmaron en las acciones contra la violencia de género en el ámbito principal de acción del CDM Nääxwiin: la difusión del derecho a vivir sin violencia; sensibilización de la población; acompañamiento, asesoría jurídica, traducción, documentación de casos y contención emocional como acciones de atención directa, y canalización de casos, acompañamiento de denuncias, seguimiento y registro de casos y, por último, funciones generales de contraloría social excepcionales en regiones indígenas.

El objetivo de las Cami, desde las pioneras hasta las que surgieron después, ha sido promover espacios autogestivos y sustentables de atención a la violencia de género y la salud sexual y reproductiva en zonas indígenas mediante la oferta de un servicio culturalmente adecuado a las necesidades de las mujeres indígenas, a partir del modelo desarrollado expreso.

En el (cuadro 9)¹¹⁸ se enlistan las actividades y enfoques de algunas Cami, y se muestra que la definición de estrategias de cada organización si bien parte de un modelo y objetivo comunes, se adapta a las coyunturas locales y a las capacidades y vocación de cada una.

Las integrantes del CDM Nääxwiin siempre han definido el trabajo a realizar. Si bien el (cuadro 9) no incluye a la Cami de Matías Romero, permite comprender el entorno general de incidencia de las CAMI en conjunto y por caso, así como las diferencias de las fases en que se encuentran.

¹¹⁸ Los datos se tomaron de un estudio realizado por la CDI. En este estudio, las consultoras consideraron como ejemplo las Casas de la Mujer más representativas de distintas condiciones y procesos, como se registra en el documento Diagnóstico base que sustenta la creación del Programa Acciones para la Igualdad de Género con Población Indígena.

Cuadro 9. Objetivos de las CAMI en distintos puntos del país

Casa	Objetivos
Ometepec, Guerrero	Diagnosticar situaciones de riesgo reproductivo; informar a las mujeres de sus derechos; orientar a las mujeres para realizar trámites de servicios públicos; hacer el seguimiento de casos atendidos por la casa; mostrar el trabajo de otras casas y regiones.
San Liliis de Acatlán, Guerrero	Atender a mujeres en situación de riesgo reproductivo y canalizarlas oportunamente a los servicios de salud; llevar estadísticas de las mujeres en riesgo que atiende la casa.
Huejutla, Hidalgo (aún no funciona oficialmente)	Canalizar a las mujeres a servicios públicos; capacitar parteras para prevención y promoción; ser un espacio de contención para las mujeres; ser ejemplo y referente organizativo para las mujeres.
Zongolica, Veracruz	Atender a mujeres en situación de violencia; canalizar y dar seguimiento a los casos de violencia; profesionalizar la atención de la casa.
Pátzcuaro, Michoacán	Acoger a las mujeres en situaciones de violencia; acompañarlas a los servicios públicos donde son canalizadas; realizar charlas de prevención de la violencia en las comunidades y en la casa.
Zitácuaro, Michoacán	Promover la prevención de enfermedades de transmisión sexual, mortalidad materna y embarazo adolescente mediante charlas, programas de radio y talleres; ser un puente entre las mujeres y las instituciones.
Sihó, Yucatán	Atender a mujeres en situaciones de violencia en forma integral, incorporando lo propio de la cultura maya; articularse con dependencias públicas para canalizar casos de violencia; desarrollar acciones de promoción de los derechos de las mujeres con niños y jóvenes desde la propia cultura; ser reconocidas por la comunidad como un espacio de acogida para mujeres indígenas.
Monterey, Nuevo León	Acercarse a las mujeres indígenas que trabajan como empleadas domésticas para orientarlas frente a casos de violencia y abuso; atender a mujeres que viven situaciones de violencia; realizar talleres de prevención.

Fuente: Tomado del Diagnóstico base que sustenta la creación del Programa Acciones para la Igualdad de Género en Población Indígena, DFCl, documento interno.

En el conjunto actual de Casas de la Mujer Indígena no todos los grupos responsables son organizaciones independientes y consolidadas; sin embargo, las organizaciones que iniciaron el proyecto, como el CDM Năăxwiin, cuentan con un reconocido proceso organizativo interno, y han desarrollado acciones que permiten fundamentar la pertinencia de un enfoque de género e interculturalidad en la provisión de servicios de salud y en la atención de la violencia de género en regiones

indígenas, la elaboración de diagnósticos regionales y locales desde la mirada de las mujeres indígenas; la formación y el intercambio constante de experiencias entre integrantes de las Cami; sensibilización a funcionarios directivos, administrativos y operativos sobre un trabajo intercultural con enfoque de derechos, y el registro de estos procesos como buena práctica institucional, entre otras acciones.

Las Cami han presentado ante la CDI y el sector salud principalmente, propuestas para adecuar los servicios de salud y atención a la violencia de modo que se amplíe el acceso para mujeres indígenas. La Cami del CDM Nääxwiin se ha destacado en su trabajo sobre violencia de género y en el apoyo a iniciativas en salud sexual y reproductiva, a partir de su gestión dentro de la Red de Casas de la Mujer Indígena.¹¹⁹

Dentro de los principales puntos presentados por organizaciones de mujeres indígenas, entre ellas el CDM Nääxwiin, ante la CDI, el sector salud y en foros y encuentros diversos en materia de salud, se encuentran: impulsar la toma colectiva de decisiones pues, “si están todas las personas y las visiones, no nos podemos equivocar tanto”; incluir aspectos de la medicina tradicional y las prácticas propias de sanación en los procesos formativos de las integrantes de las Cami; permitir la oferta de servicios —especialmente de parto— cuando no existe oferta institucional suficiente;¹²⁰ establecer mecanismos de colaboración claros y formales con diversas instituciones; impulsar la vinculación con organizaciones y actores diversos: policías comunitarias y municipales, organizaciones de mujeres, entidades educativas, delegados de comunidades, asambleas ejidales; impulsar la articulación de los tres órdenes

¹¹⁹ La Red de Casas de la Mujer Indígena inició en 2009 como una necesidad de incidencia y organización colectiva que permitiera a las Cami posicionar sus agendas dentro de la CDI y ante otras dependencias nacionales y estatales. En este proceso de organización nacional, la Cami de Nääxwiin ha jugado un papel destacado.

¹²⁰ Esta ha sido una demanda reiterada en las Cami ubicadas en las regiones culturalmente más tradicionales y que entre sus integrantes hay un número significativo de parteras tradicionales: Chalchihuitán, Chiapas; San Mateo del Mar, Oaxaca, y San Luis Acatlán y Acatepec, Guerrero, entre las principales).

de gobierno;¹²¹ promover que la CDI establezca estrategias federales, especialmente con el sector salud, para desarrollar acciones piloto, estudios de caso o celebrar convenios específicos.

Las Cami tienen de origen una relación directa con el gobierno federal mediante la CDI y desde su Red Nacional, han buscado incidir en acciones públicas de los distintos órdenes de gobierno en materia de salud y atención a la violencia que favorezcan a la población indígena femenina y reduzcan las brechas de desigualdad en que viven. En este contexto debe entenderse el trabajo y el impacto de incidencia del CDM Nääxwiin (CDI-DFCI, 2012).

El marco del análisis

Las tres investigadoras que nos incorporamos al proyecto buscamos desarrollar un análisis intercultural integrando al equipo de investigación a una especialista indígena mixe, fundadora de la Cami Nääxwiin, para incorporar una visión “desde adentro”, y un análisis comparativo sobre las estrategias y propuestas de política pública desde la crítica indígena a la acción institucional que no considera la diversidad cultural, y sobre las diferencias de contexto y respuesta en las estrategias de las Cami.

En este trabajo aplicamos un enfoque combinado de interculturalidad y derechos desde la ciudadanía que cuestiona y busca transformar una realidad a partir de una idea propia y culturalmente situada

¹²¹ Estas demandas se sistematizan aquí de manera general, pero aparecen en los manifiestos, agendas y documentos que las Cami han hecho públicos en diversos espacios y oportunidades: en sus encuentros anuales, en sus espacios de diálogo con la CDI, en eventos organizados a nivel municipal y en foros diversos en los que participan dentro de las entidades federativas. Por otro lado, la estrategia de articulación de los tres órdenes de gobierno para mejorar el acceso de las mujeres a los servicios de salud y a la atención de la violencia de género se ha visto como medida que permite sumar esfuerzos y recursos; llevar las necesidades locales ante las decisiones estatales y federales, y promover a nivel local el cumplimiento de los mandatos institucionales del sector salud y de procuración de justicia. En los mapeos de actores realizados por las distintas Cami se ha hecho el inventario de actores institucionales que interactúan con las Cami y que no son necesariamente los mismos en cada caso.

de derechos de las mujeres indígenas, tal y como se aplica en la práctica del CDM Nääxwiin. Así, consideramos las acciones del CDM Nääxwiin en el marco de las Cami como estrategia para hacer visibles la demanda de las mujeres indígenas por su derecho a través de la mejora y con pertinencia cultural.

Desde nuestra perspectiva, el enfoque intercultural remite a la obligación del Estado de garantizar los derechos individuales y colectivos, culturalmente diferenciados, de las personas y los pueblos indígenas a partir de acciones dirigidas a cerrar la brecha de desigualdad e implementación de derechos.¹²² En este sentido, asumimos que la existencia de condiciones para incorporar la interculturalidad en las intervenciones públicas se traduce en que los pueblos indígenas puedan ejercer plenamente sus derechos. Cuando no se consideran la participación, las prioridades y las propuestas de los actores directamente involucrados, la interculturalidad queda sólo en una aspiración (Galimberti, 2012).

Nuestro interés fue documentar los resultados del CDM Nääxwiin en aspectos como la generación de instrumentos de medición de avances en materia intercultural en las acciones de instituciones de salud y justicia con presencia local; en procesos de formación que consideren la diversidad cultural de la población que atiende el Estado; en la sensibilización y formación de tomadores de decisiones —personal institucional y prestadores de servicios— en temas de interculturalidad y derechos, especialmente en rubros de salud reproductiva y violencia de género; y en las estrategias de atención y provisión de servicios en salud sexual y reproductiva, así como atención a la violencia con pertinencia cultural.

¹²² Véanse, por ejemplo, los documentos electrónicos: Thisted, Sofía, et al. (2007), *Interculturalidad como perspectiva política, social y educativa*, 48 pp.; UNFPA (2010), *Promoting Equality, Recognizing Diversity. Case Stories in Intercultural Sexual and Reproductive Health among Indigenous Peoples*; PNUD (2013), *Atando cabos: género e interculturalidad, enfoques y estrategias para avanzar en el debate*.

Consideramos que estos aspectos muestran tanto nuevas formas de atención con participación indígena como resistencias institucionales que impactan negativamente en la acción pública en salud reproductiva y violencia de género. Con los instrumentos utilizados y los hallazgos de este trabajo documentamos la incidencia del CDM Nääxwiin en la focalización de sectores sociales específicos (mujeres indígenas); la ampliación de la cobertura institucional a población indígena femenina; la respuesta a las agendas indígenas; la incorporación de la identidad en la información que fundamenta la acción pública y la difusión de esta experiencia.

Asimismo quisimos documentar brevemente la rica historia del CDM Nääxwiin para mostrar el contexto de las Cami y su conformación como actor local y regional, que ha abierto el acceso a las mujeres indígenas a servicios de salud y al ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos con sus acciones de combate a la violencia de género.

Como el CDM prioriza su trabajo en la atención de la violencia más que en salud sexual y reproductiva, hemos retomado el problema de la violencia de género como factor que afecta la salud de las mujeres y como parte de las agendas institucionales en la materia. Este trabajo documenta el proceso de incidencia en políticas y acciones públicas de salud y de violencia del CDM Nääxwiin, destacando la negociación y colaboración que ha impulsado a escala local, comunitaria y municipal. “En Nääxwiin son las maestras de la incidencia. Me parece que lo que las compañeras de Nääxwiin han hecho con el modelo de las Cami a nivel nacional y local hay que replicarlo... pues es la única organización que aplica el tema de la interculturalidad en su relación con las instituciones en Oaxaca” (López, 2013).

El marco de interculturalidad que adoptamos se asocia a la construcción del derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas, dentro y a partir de los sistemas tradicionales de salud y por otro lado a las políticas públicas, especialmente las buenas prácticas de inclusión y pertinencia cultural.

Nuestro análisis parte de una definición de sistema tradicional de salud como proceso de salud/enfermedad/atención de los pueblos originarios que restaura y conserva el equilibrio humano; es decir, como un modelo de atención a la enfermedad y a la salud divergente del sistema hegemónico institucionalizado, que aborda la salud integralmente y que considera los padecimientos en su relación con el cuerpo y con el espíritu (véanse los trabajos de Freyemuth, Berrío y Sesia, entre otros). El sistema tradicional de salud cuenta con procedimientos, conocimientos y remedios diferenciados para la atención del embarazo y los cuidados que debe seguir una mujer, indígena o mestiza, pues los códigos culturales se reflejan en los sistemas de salud hegemónicos y en los tradicionales. Consideramos que esto es relevante, pues abordar las relaciones interculturales lleva a identificar condiciones de subordinación, así como los recursos e instrumentos de buen trato y respeto que se incluyen en el tratamiento tradicional de la salud.¹²³

Para documentar el posicionamiento del CDM Nāāxwiin como voz representativa de las necesidades, demandas y agendas femeninas indígenas y del trabajo de las Cami, consideramos la salud intercultural y la violencia de género con una perspectiva que complementa las definiciones jurídicas, legales e institucionales con las prácticas culturales indígenas, asumiendo en que el reducido acceso de las mujeres indígenas a los servicios de salud deriva de su insuficiencia e inadecuación; y de la resistencia a utilizarlos debido a la discriminación.

¹²³ “El buen trato incluye el cuidado durante el embarazo y la buena atención en la cuarentena, el ritual de nacimiento, la lectura de maíz, las rameadas, las enrolladas y la llamada de espanto. En la cultura mixe la relación con la Madre Tierra es muy grande, allí está todo: los niños, las mujeres, los hombres, el agua, los árboles, los animales, el viento. En agradecimiento y reconocimiento de que en ella estamos, en ella vivimos, así como nosotros comemos también ella tiene que comer y así como nosotros nos cuidamos así la tenemos que cuidar con todo lo que tiene. Por eso en las siembras se hacen rituales para que se dé bien la cosecha y para que las personas que van a trabajar allí salgan con bien de su casa y así regresen, también se pide para que no haya plagas. En los nacederos de agua también se hacen los rituales cada año en el mes de mayo y se convive. En mixe *yiz oy mīēmīak* es la buena plática, el buen consejo” CDM Nāāxwiin (2012), *Sistematización de los resultados de las entrevistas y talleres sobre 'buen trato'*, Proyecto PACMYC, p. 6.

Así, situamos la experiencia de las Cami en general y del CDM Nāāxwiin, en particular, en el contexto de una sociedad desigual, pluriétnica y multicultural donde existen prácticas de salud no reconocidas por los servicios institucionales y las políticas públicas, pese a que para las usuarias indígenas sean fundamentales. Como hemos referido, ubicamos el factor de incidencia del CDM Nāāxwiin en la demanda de servicios de salud¹²⁴ y atención de la violencia con mayor pertinencia cultural por parte de las mujeres indígenas en la región, ante lo cual el CDM desplegó distintas estrategias contra la discriminación, la exclusión y la falta de calidad y calidez en la atención.

La práctica de las Cami y el CDM Nāāxwiin se ha retomado del ámbito intercultural como elemento de derechos reconocido a escala internacional, que incluye el derecho a la salud: Declaración Universal de los Pueblos Indígenas de las Naciones Unidas y el Convenio 169 de la OIT, y nacional: Constitución y Ley General de Salud. Estos instrumentos reconocen el derecho de los pueblos indígenas a conservar sus prácticas de salud como recurso cultural y de desarrollo.

Al analizar la experiencia de incidencia del CDM Nāāxwiin revisamos su proceso de articulación y la respuesta institucional obtenida. Retomamos el concepto de *buenapráctica* para identificar si ha respondido a las necesidades detectadas en evaluaciones y diagnósticos, o si las instancias desarrollan estrategias innovadoras, forman al personal, si cuentan con personal indígena en sus acciones de salud reproductiva y violencia de género, o promueven participación social incluyente. Asimismo, intentamos analizar la disponibilidad de recursos para sistematizar los procesos y resultados de la intervención y si se propicia la réplica de estas experiencias. Estos elementos nos permitirían fundamentar la solidez de la incidencia del CDM Nāāxwiin en el ámbito local, municipal y estatal principalmente. Lo han sido sus propuestas

¹²⁴ Los servicios que originalmente prestó el CDM Nāāxwiin fueron la toma de papanicolau y se solicitó a la Secretaría de Salud de Oaxaca mediante un convenio de colaboración apoyo psicológico y certificados médicos para mujeres en situación de violencia.

para mejorar los servicios de salud y atención a la violencia de género para mujeres indígenas, mismas que identificamos como demandas interculturales y con perspectiva de derechos, en tanto hacen visibles —ante las instancias de salud y justicia, y ante las autoridades indígenas, municipales, estatales y federales— las necesidades específicas de las mujeres indígenas que no han sido atendidas. A escala nacional e internacional, las propuestas y demandas del CDM se fundamentan en los marcos de derechos asumidos por el Estado y en las agendas de mujeres indígenas.

Revisada en el contexto de las Cami, la experiencia de incidencia del CDM suscribe iniciativas y agendas femeninas indígenas de salud que, como en Bolivia, han promovido modificaciones legales e institucionales. Si bien la Cami Nääxwiin privilegia el trabajo por la prevención y atención de la violencia de género, su conformación en espacio de contrataría social sobre los servicios de salud y justicia para las mujeres indígenas en la región la ha acercado a estos ámbitos en su interacción con la población usuaria y con las autoridades e instituciones para promover buenas prácticas institucionales, en el sentido antes referido.

Las buenas prácticas en políticas públicas son sistemas de respuesta eficaz y eficiente, culturalmente pertinente e inclusiva a problemáticas detectadas y priorizadas en determinados contextos. Están orientadas por objetivos y procedimientos establecidos, o pautas replicables y adaptables a la normativa vigente y a entornos particulares.

En el análisis contextualizado sobre la agenda de las mujeres indígenas del CDM Nääxwiin hemos valorado inclusión de sus demandas en las respuestas en salud, así como el proceso que impulsaron para legitimar la demanda y el derecho a ser incluidas en la toma de decisiones. En ese marco, consideramos incidencia todo hecho, acto o iniciativa que haya modificado la actuación de las instituciones con presencia local, a partir de una del CDM Nääxwiinn, y como incidencia en políticas públicas, las actividades de diálogo y colaboración de la organización con diversas instituciones para promover un cambio social.

La metodología

Las autoras nos distribuimos las tareas en cuatro reuniones para diseñar el esquema y el programa de trabajo, revisar y sistematizar la bibliografía de referencia, programar y realizar el trabajo de campo y analizar sus resultados.

En la investigación hicimos un estudio documental —conceptual y metodológico— sobre género, interculturalidad e incidencia en políticas públicas; respecto al programa de las Casas de la Mujer Indígena, y sobre la trayectoria del CDM Nāāxwiin enmarcada en las agendas e incidencia de las mujeres indígenas en temas de salud reproductiva y atención a la violencia de género. Para levantar la información de campo, nuestro equipo se apoyó en una integrante del CDM, quien documentó la información sobre la organización y realizó el trabajo de campo; juntas levantamos un mapeo de actores que nos permitiera ubicar los espacios de intervención e incidencia de Nāāxwiin; diseñamos las entrevistas individuales y colectivas y su sistematización de modo que pudiéramos recoger la mirada “externa” sobre las acciones del CDM a escala local y regional.

Un elemento importante de este proceso fue la validación que el CDM Nāāxwiin hizo de la información y las perspectivas que aquí hemos venido analizando. Esto fue una condición de la organización que nos pareció importante atender, dado el carácter colaborativo del estudio, y muy útil a nuestro intento de “juntar las miradas”, presentar un proceso de incidencia femenina indígena en el Istmo.

Los resultados

Situación del proyecto al interior de la organización

El CDM Nāāxwiin trabaja en la región norte del istmo de Tehuantepec y en 2003 se incorporó a la experiencia piloto de las Casas de Salud de la Mujer Indígena. La Cami del CDM Nāāxwiin constituye uno de los programas de la organización y cuenta con tres fuentes de financiamiento: la CDI, la Fundación AJWS y el Instituto de la Mujer Oaxaqueña (IMO).

Como se ha señalado, el proyecto de la Cami en el CDM Nääxwiin abrió a sus integrantes un ámbito diferente de los derechos de las mujeres y la atención a la violencia de género, pues los derechos sexuales y reproductivos y a la salud ya se venían trabajando en las comunidades de la región.¹²⁵ Estas nuevas perspectivas remodelaron las estrategias del CDM Nääxwiin y los talleres y foros de discusión; la difusión radiofónica y la generación de información propia se incorporaron al quehacer de la organización, exigiendo la profesionalización gradual de sus integrantes, y llevando a su reestructuración paulatina al incorporar la Cami como un proyecto eje. Nääxwiin había iniciado sus actividades con la temática de la ciudadanía de las mujeres, la capacitación a grupos productivos: del POPMI, del fondo de mujeres, de mujeres de la Unión de Comunidades Indígenas de la Zona Norte del Istmo (UCIZONI), y el otorgamiento de créditos para actividades productivas.

Con el proyecto Cami el proceso organizativo interno en el CDM Nääxwiin se estructuró en dos ámbitos centrales de incidencia: el primero, vinculado a la atención integral de la violencia, que brinda apoyo emocional, asesoría jurídica, traducción y acompañamiento y canalización en denuncias de violencia familiar. El segundo, con un peso específico mucho menor en oferta de servicios, es el área de salud sexual y reproductiva, un programa separado en la estructura del CDM Nääxwiin del proyecto de la Cami, en el que la atención se concreta a la toma de muestras citológicas, la distribución de condones masculinos y el impulso de campañas de información entre población usuaria sobre los servicios del CDM Nääxwiin.¹²⁶ El trabajo en salud

¹²⁵ El CDM Nääxwiin había trabajado el tema de salud sexual y reproductiva desde la Comisión de la Mujer de la Unión de Comunidades Indígenas de la Zona Norte del Istmo (Ucizoni), en coordinación con el CDM Nääxwiin (a partir de la formación de promotores y promotoras comunitarios de UCI). El primer proyecto del CDM Nääxwiin fue sobre ciudadanía femenina, y si bien fue creado en 2000, en 2003 se desprendió de la Ucizoni y aceptó el proyecto de la Cami como CDM Nääxwiin. Ahí empieza la historia de la Cami, un proyecto necesario e importante para las indígenas en la región y Nääxwiin decide adoptarlo como uno de sus programas de prevención y atención a la violencia de género.

¹²⁶ Actualmente, el proyecto de las Cami en el CDM cuenta con financiamiento de fase de consolidación y con un presupuesto asegurado en las Reglas de Operación del

del CDM se desprende de sus actividades de prevención y atención de la violencia de género y de las estrategias basadas en el diagnóstico de la organización:

De acuerdo con los resultados obtenidos en el diagnóstico, se pudo establecer la relación que existe entre el hecho de que las mujeres sufran cualquier tipo de violencia y un conjunto de síntomas como nerviosismo, dolor de cabeza, pérdida de apetito, insomnio y cuadros de estrés, así como gastritis y colitis. Padecimientos a los que, con frecuencia, se suma una alimentación escasa y de mala calidad, sobre todo cuando el marido no trabaja o está ausente, lo que hace que las mujeres deban trabajar dobles o triples jornadas para asegurar la comida de su familia a costa de su salud. Otra causa importante de enfermedades, de acuerdo con el diagnóstico, está dada por relaciones sexuales forzadas que llevan a las mujeres a sentirse mal emocional y físicamente, llegando a presentar cuadros de depresión y angustia, así como infecciones vaginales o enfermedades de transmisión sexual, para los que se cuenta con un botiquín de remedios tradicionales que muchas veces no son atendidas, ya sea porque las mujeres no cuentan con los medios para buscar apoyo profesional o porque sus maridos no les permiten acudir a la consulta médica, o bien, debido a que cuando acuden a las instituciones no son bien atendidas y prefieren no regresar (Carmona, 2013, asesora talleres de sistematización, 2011).

Con esta estructura, el reconocimiento local a CDM Nääxwiin le ha valido erigirse en actor relevante en el seguimiento, la rendición de cuentas¹²⁷ y el diseño de intervenciones institucionales a escala local en

Programa de la CDI. Sin embargo, en sus inicios, los recursos se otorgaron una sola vez en dos años y fueron escasos, por lo que para la Cami Nääxwiin, que fue pionera, resultaba muy difícil mantener el proyecto, así que “tuvimos que ponernos las pilas para poderlo sostener: apenas en el 2012, Nääxwiin recibe el monto de un millón de pesos de la CDI. En la actualidad, contamos con otras fuentes y la aportación de CDI se reduce a 50% aproximado de nuestros ingresos anuales” (Nota de las autoras).

¹²⁷ Consideramos rendición de cuentas al hecho de que para su trabajo por los derechos de las mujeres indígenas en la región, el CDM Nääxwiin cuenta con peso y respeto públicos cuando públicamente ha señalado los vacíos y las fallas en la atención de la salud de las mujeres indígenas en el ámbito de su cobertura, tanto a partir de la observación empírica y cotidiana de la realidad local como con base en los estudios y proyectos del CDM. Esta condición de respeto y valoración locales han permitido que el CDM sea un referente en el diálogo con las instancias que actúan a escala local y sobre las cuales tiene capacidad de incidencia.

violencia de género y salud sexual y reproductiva, aun cuando éste último no sea su ámbito central de acción. Mediante la Cami, el CDM Nāāxwiin ha realizado acciones de concientización e información para las mujeres sobre salud, ciclo reproductivo, derechos e importancia de las campañas de salud; así como sobre los efectos de la violencia en la salud, abordados bajo los ejes de género e interculturalidad.

El CDM también ha promovido la atención directa a partir de la toma de muestras citológicas en una acción reconocida en la región por la campaña masiva de prevención y detección oportuna de cáncer cérvico-uterino que se lanzó en 1996, y por la participación del CDM en la modificación de la Norma Oficial Mexicana de cáncer cérvico-uterino, la canalización de casos y el acompañamiento de pacientes. Tanto los talleres de difusión como las acciones de atención directa realizados por la Cami Nāāxwiin han respondido a un contexto en el que, a la fecha, los servicios locales de salud responden de modo insuficiente e inadecuado a los padecimientos y demanda de las mujeres indígenas de la región. En ese marco, la Cami permite al CDM “fender puentes” entre los servicios de salud y justicia, y la población potencialmente usuaria de los mismos: clínicas y hospitales, DIF, ministerios públicos y juzgados.¹²⁸

El trabajo práctico del CDM Nāāxwiin desde la desde la Cami vincula sus actividades en las comunidades con las autoridades y los programas locales de salud y atención a la violencia de género. En ese campo se entablan los diálogos entre la organización y los actores institucionales y sociales de salud. Desde 2007 el CDM ha trabajado intervenciones de educación sexual dirigidas a adolescentes y jóvenes indígenas en las comunidades que atiende.

¹²⁸ A la fecha, en el CDM sólo se toman muestras de papanicolau a quien lo solicitan. Hace tiempo, el CDM Nāāxwiin logró que las instituciones de salud promovieran esta acción y hoy se realiza en las clínicas y hospitales de la zona. El CDM Nāāxwiin se ha concentrado en canalizar a mujeres a los servicios de salud más cercanos y, cuando es necesario, referirlas al hospital de Juchitán o a un servicio particular. El CDM Nāāxwiin planea dar inicio a un programa de salud sexual y reproductiva que contemple, entre otros aspectos, el tema de la calidad de los servicios de salud.

Las promotoras sacan las citas con las autoridades y se invita al resto de los actores, así como a los que participan por parte del CDM Nääxwiin: la presidenta, la coordinadora del proyecto Cami o de salud reproductiva y las responsables de la línea de incidencia y prevención. Se expone el trabajo del CDM Nääxwiin, se hace visible la problemática de las mujeres y entre todos se analiza la situación y se hacen propuestas que posteriormente son retomadas en nuestro plan de trabajo como CDM. Si el CDM Nääxwiin cuenta con una propuesta, inmediatamente se acuerda cómo y con quién se coordinará la acción, por ejemplo, los talleres, pláticas, etcétera. Después de un año o tres, se reanuda la vinculación para evaluar el trabajo. Los talleres son espacios de aprendizaje, reflexión y de ir creando conciencia del cuidado de la salud sexual y productiva, de la importancia de conocer los derechos de las mujeres y que estos derechos se respeten en la casa, la comunidad y fuera de ella. Sirven para reflexionar cómo se construye la masculinidad y cómo afecta a hombres y mujeres; sobre la importancia de ir creando una cultura del buen trato entre hombres y mujeres y sobre la convivencia en la comunidad. A veces también ha servido para hacer propuestas de cambios en lo personal y lo comunitario. Por ejemplo, había algunos hombres que veían mal que las mujeres hablaran de sus derechos y ahora reconocen que las mujeres también tienen derechos

Los resultados mostraron al equipo del CDM involucrado en la Cami la importancia de su trabajo, por lo que desde 2006 se han esforzado por diversificar sus fuentes de financiamiento para las acciones de salud. Así, en ese año obtuvieron el apoyo del Programa Mujer y Salud (Promsa) de la Secretaría de Salud de Oaxaca en un periodo en que el financiamiento de la CDI se había reducido (aunque volvió a fluir a partir de 2009). De esta manera, la búsqueda de financiamiento sirvió para consolidar la autonomía de la organización.

El tratamiento de los temas y la especialización del equipo responsable de la Cami

Las Cami surgieron en 2003 en la Dirección de Fortalecimiento de Capacidades Indígenas de la CDI. El equipo de esta área estaba compuesto, principalmente, por personas con trayectorias relacionadas al

trabajo con mujeres y perspectiva de género.¹²⁹ Esa cualidad permitió atraer y desarrollar el proyecto de las Cami, primero como proyecto piloto y luego como proyecto institucional que las multiplicó cuatro veces.

En el proyecto Cami desde el inicio se privilegió la formación, capacitación y construcción de conocimientos constantes, lo que ha contribuido al posicionamiento crítico y fundamentado de las Cami; a los aprendizajes personales y colectivos; a la apropiación de conceptos, derechos y propuestas; al desarrollo de una visión propia sobre salud y violencia, así como sobre el papel institucional en esos ámbitos, una práctica con identidad y perspectiva de derechos. En ese proceso, las integrantes del CDM Nääxwiin han señalado que esa experiencia también las ha llevado a legitimarse a escala local y regional, y consideran que eso ha sido posible por la capacitación recibida y la aplicación cotidiana del marco de derechos en las actividades de la organización. Lo anterior es muestra de que las capacidades representan un activo importante en la superación de la pobreza y la discriminación de las mujeres indígenas (Faúndez y Weinstein, 2005).

En el proceso de la Cami del CDM Nääxwiin, el acompañamiento y la asesoría han sido responsabilidad de dos integrantes de la misma organización: Dora Ávila y Martha Castañeda; esta última asesora de la organización en temas de salud sexual y reproductiva. Este apoyo ha resultado en el aumento de las habilidades y el fortalecimiento del equipo de la Cami, lo que les permitió saltarse el proceso de adaptación a una asesora externa.¹³⁰

¹²⁹ "...Cuando presenté la propuesta a Semillas en 2003, en ese comité estaba Paloma Bonfil, quien era directora de Fortalecimiento de Capacidades de la CDI, y tal vez le gustó el trabajo que realizábamos porque nos propuso entrar en un proyecto piloto. Aunque pusieron la condición de que no se podía agarrar el proyecto de Semillas junto con éste de la CDI, preferimos aceptar el de la CDI porque era muy importante, la idea de tener casas de la salud para mujeres indígenas" (Talleres de sistematización, 2011), en Carmona, Gloria *op. cit.*

¹³⁰ Si bien en un principio se estableció que todas las Cami tuvieran asesor/as externas, en el caso del CDM Nääxwiin, la asesora externa responsable en la primera etapa, al constatar la madurez de la organización y la presencia de asesoras internas, señaló que la organización no requería asesoría externa. La primera asesora fue

En tanto que la CDI no es una dependencia especializada en los temas de atención de las Cami ni dispone de personal o estructura para el acompañamiento local, la necesidad de formación y especialización de los equipos responsables de las Cami las han acercado a distintos espacios formativos en sus regiones, así como nacional e internacionalmente.¹³¹ Esto les ha permitido que a partir de sus acciones impulsen un enfoque de derechos, perspectiva de género e interculturalidad.

El equipo responsable del CDM Nääxwiin, en particular, se ha especializado para operar la Cami en temas de violencia de género, asesoría jurídica, tareas administrativas, medidas de seguridad personales y colectivas; resolver conflictos, sistemas indígenas de salud, elaboración de proyectos e indicadores, marco jurídico, manejo de tecnologías electrónicas, y seguimiento y evaluación. En el marco del proyecto general de las Cami, el CDM Nääxwiin se ha enfocado en responder a la particularidad de su contexto, construyendo un proceso de acompañamiento especializado,¹³² adaptable a diversos entornos y condiciones.

la doctora Paola Sesia del CIESAS-Oaxaca, quien posteriormente invitó al doctor Ignacio Bernal de la CDI-Oaxaca. En la práctica el acompañamiento se dificultó debido a la distancia y la difícil comunicación. Las asesorías se dieron entonces por teléfono o Internet “y como de por sí contábamos con el acompañamiento de Dora como asesora interna, al final ella terminaba asesorando; por eso solicitamos que ella fuera nuestra asesora en el proyecto de la Cami” (Nota de la autora R. Cayetano).

¹³¹ Es necesario especificar que los espacios formativos a los que en el ámbito internacional han accedido las Cami no han sido sólo de capacitación, sino también de intercambio de experiencias. Esto ha llevado a las integrantes del CDM Nääxwiin y de otras Cami a participar, por ejemplo, en el Foro Permanente de las Naciones Unidas para Asuntos Indígenas, donde expusieron el proyecto Cami y sus resultados. Constanza asistió a la reunión de la CEDAW (Nueva York, 2012) para presentar la experiencia de la Ruta de Atención; en 2011 Gabriela Cayetano y Cremilda Antonio participaron en Guatemala en un intercambio de experiencias de la Cami. Estela Vélez asistió al foro internacional “Fin de la violencia” en la Ciudad de México en 2012, invitada como ponente con el tema de interculturalidad. Estela inició su presentación en mixe y de inmediato la gente que sólo hablaba español pidió que se le tradujera; ella aprovechó para señalar que eso les sucede a las mujeres indígenas que no hablan español cuando buscan atención en las instancias de salud y de procuración de justicia. En ese entonces se promovía la creación de los Centros de Justicia para Mujeres en México (Comentario del equipo CDM Nääxwiin en la revisión del documento).

A lo largo de esta experiencia, el CDM ha incorporado nuevos sectores y temáticas de atención. En 2007 inició el trabajo con adolescentes y estudiantes de telesecundaria sobre embarazo adolescente, abandono de madres jóvenes por parte de sus parejas, violencia en la pareja y acceso limitado a la información sobre salud sexual y reproductiva. El trabajo con jóvenes ha sido una estrategia dirigida a contrarrestar problemáticas indirectamente asociadas a la salud y los derechos sexuales y reproductivos entre mujeres indígenas, como la pérdida de valores culturales o la falta de espacios para adolescentes y jóvenes.

Los resultados de la formación y el fortalecimiento de las Cami, en alianza con sus asesoras de la sociedad civil, han permitido visibilizar la condición y posición de las mujeres indígenas, y en particular, documentar el impacto de las políticas públicas aludidas en este sector: los aciertos, omisiones y hasta violaciones a derechos humanos que padecen. De ahí que las Cami ejerzan en ocasiones, como contraloría social y espacio de rendición de cuentas, funciones asociadas al reconocimiento de los derechos indígenas y a los derechos específicos de las mujeres.

En este contexto y trayectoria, el trabajo del CDM Nāāxwiin se ha beneficiado en materia de salud sexual y reproductiva, de las experiencias de otras Cami, en tanto integrante de una experiencia colecti-

¹³² Las integrantes del CDM Nāāxwiin se han formado temática, técnica y metodológicamente para desarrollar las actividades de la Cami, su trabajo está fundamentado en esta experiencia y consiste en un acompañamiento a las usuarias de sus servicios, e incluso a las instituciones de salud y justicia que las convocan. En el ámbito local y regional las responsables de la Cami del CDM pueden acompañar a mujeres que requieren levantar una denuncia, recibir asesoría jurídica, contar con traducción en la atención a problemas de violencia o salud reproductiva. Asimismo, están formadas para impartir talleres temáticos en violencia y salud reproductiva, difundir marcos legales de derechos y promover el acceso de las mujeres indígenas de la región a los servicios y protección de sus derechos. Por último, este acompañamiento es especializado porque también es intercultural y permite a las integrantes de la Cami del CDM hacer un acompañamiento culturalmente pertinente a quienes solicitan sus servicios y apoyo.

va que ha obtenido logros compartidos y en la que se han valorado las lecciones aprendidas por otras Cami. Este aprendizaje y construcción colectivos han fortalecido al CDM, y viceversa, su trayectoria ha servido de ejemplo a otras casas en distintas regiones del país. Al mismo tiempo, el proyecto Cami ha fortalecido a la organización y el CDM Nääxwiin tiene hoy competencias en el área de salud, gracias a los aportes que la Cami ha realizado en la materia. Esta relación mutuamente enriquecedora permitió el acercamiento de la Cami del CDM a la problemática de la violencia de género, abrió los espacios con que hoy cuenta en temas de salud y ha contribuido con las agendas de derechos a la salud, sexuales y reproductivos que impulsa la Red Nacional de Cami, de la que el CDM Nääxwiin es parte fundamental:

Cuando nosotras comenzamos a trabajar el tema de la violencia, no lo podíamos decir como tal si no lo abordábamos desde el tema de la salud de las mujeres. Anteriormente, la violencia hacia las mujeres no era reconocida como un problema, sino que se justificaba que la mujer era maltratada porque no obedecía al marido o por no cumplir las reglas de la sociedad, lo que tiene que ver el cómo nos van educando a hombres y mujeres. Entonces comenzamos abordar el tema impartiendo talleres de sensibilización para mujeres y hombres, hablando de cómo nuestra cultura respetaba a la mujer, sobre todo en la salud, la maternidad, y analizábamos cómo el maltrato en las mujeres tenía consecuencia en la salud de las mujeres. Poco a poco, las mujeres empezaron a reconocer que el maltrato que ellas vivían se llamaba violencia y que contaban con el apoyo y espacio que el CDM Nääxwiin había abierto para que fueran escuchadas, atendidas y apoyadas si decidían emprender alguna demanda. Además, con la difusión que ha hecho el CDM Nääxwiin a través de radio, foros, talleres, vinculación con las autoridades, etcétera, la demanda fue creciendo, lo cual nos obligó a profesionalizarnos en el tema y es así como el tema de la violencia ha absorbido nuestro trabajo, tiempo y equipo.

En lo que respecta a la medicina tradicional, nuestro trabajo sólo se reduce a recomendar a las usuarias algunas prácticas propias de la cultura y cuál se puede, porque Estela y una promotora hacen la limpia con albahaca y huevo, que ayuda a contrarrestar las malas vibras. También hay un botiquín con microdosis para cuando las mujeres llegan muy mal emocionalmente. Cuando realizamos talleres sobre salud sexual y reproductiva, analizamos algunas prácticas ancestrales e igual, si sabemos de algunas prác-

ticas, también las recomendamos en las mujeres que acuden a realizarse el papanicolaou (CDM- Nääxwiin, 2013).

Hoy, el CDM Nääxwiin cuenta con herramientas para impulsar aprendizajes colectivos y prácticas que intercalan los conocimientos y las herramientas adquiridos como proyecto Cami con los heredados de la cultura propia, lo cual le ha permitido llevar la palabra de las mujeres indígenas en los temas de las Casas de la Mujer, impulsar agendas de atención a la violencia de género y la salud reproductiva, desarrollar capacidades y aplicar habilidades en estos ámbitos en favor de las mujeres en su región de cobertura.

La incidencia y el logro de la legitimación local

Como se ha señalado, el CDM Nääxwiin constituye un referente de organización e incidencia en el Istmo y una experiencia consolidada de participación y liderazgo de mujeres indígenas de la Mixe Baja de Oaxaca. Como parte de su trabajo, la Cami del CDM atiende solicitudes de instituciones, centros académicos y organizaciones regionales¹³³ para impartir talleres y prestar acompañamiento, asesoría e intervenciones puntuales en apoyo a las mujeres de la región. Estas actividades y relaciones han facilitado el avance en sus objetivos de incidencia. Un ejemplo es el impulso a la transversalización de género en el ámbito municipal que se realizó en el ayuntamiento de San Juan Guichicovi y permitió posicionar la agenda de mujeres indígenas como estrategia de incidencia dentro de la política nacional de igualdad de mujeres y hombres, en el ámbito municipal.

Las mujeres de Boca del Monte propusieron a Zoila para que asumiera un cargo en el municipio porque siempre son hombres y maestros residentes de San Juan Guichicovi. Para el entonces candidato a la presidencia municipal era oportuno la propuesta porque conocía a Zoila por su participación en el pueblo, pero como parte del equipo del CDM Nääxwiin, por su trabajo en las comunidades de este municipio y para sumar más votos so-

¹³³ Entre estas instancias está, por ejemplo, el Instituto Nacional de Salud Pública, en Cuernavaca, Morelos.

bre todo de mujeres, porque en su campaña decía que a Zoila le designaría la dirección de equidad de género. Cuando él gana la presidencia municipal, cumple con su palabra, pero para Zoila no fue fácil trabajar, porque a veces le obstaculizaban el trabajo y poco a poco, fue sensibilizando al cabildo y ganando el reconocimiento por su trabajo y su experiencia en el tema de mujeres indígenas y de violencia de género.

¿Qué se logró en esta experiencia de participación directa de una de nuestras compañeras con apoyo del CDM Nääxwiin?

Logró sensibilizar a los regidores.

Logró que se armara un equipo de trabajo, aunque fuera bajo la dirección del DIF para atender los casos de violencia de género.

Capacitó a autoridades comunitarias sobre equidad de género, derechos de las mujeres y violencia de género

Hizo talleres con mujeres sobre derechos.

Sumó esfuerzos con Nääxwiin para impulsar algunas actividades (talleres, foros, conferencias de prensa, atención a mujeres en situación de violencia, etcétera).

Realizó un diagnóstico de la situación de las mujeres en este municipio.

Logró la construcción de una agenda municipal que coordinó con Nääxwiin y se nombró una comisión que ya no pudo prosperar porque terminó su periodo y la actual presidenta es muy machista, renuente a dar seguimiento a estas actividades y hasta la fecha no abre la instancia.

Siempre buscó el apoyo de Dora para elaborar proyectos y asesoría. Junto con Dora y Martha hicieron el diagnóstico municipal. Por su trabajo en el municipio recibió el premio del Instituto de la Mujer Oaxaqueña.

Fue nombrada a nivel nacional para representar a las instancias municipales como oradora en un evento en la Presidencia de la República por el “Día internacional por la no violencia”.

Participó en el Consejo Estatal con voz y voto; y se coordinaba con Nääxwiin para denunciar los casos de mala calidad de atención por parte de los servidores públicos de las instancias de procuración de justicia; y sobre todo, la discriminación que viven las mujeres indígenas cuando acuden ante estas instancias” (Cayetano, 2014).

Para las instituciones que atienden población indígena femenina contar con grupos locales de la sociedad civil con capacidad de convocatoria y propuestas representa un recurso central —aunque no siempre valorado— para promover intervenciones pertinentes que aprove-

chen la experiencia, el liderazgo y la incidencia de mujeres indígenas para ampliar el diálogo y la inclusión que éstas ya han abierto dirigidas a elevar la conciencia pública respecto a las desigualdades en que vive ese sector de la población, y a mejorar la respuesta del Estado a partir de políticas públicas incluyentes, pertinentes y focalizadas:

Consideramos que como gobierno no podemos trabajar de manera aislada, siempre tenemos que considerar que en estas estrategias hay mucha expertise de las organizaciones que realizan investigaciones y acciones con casos de mujeres, específicamente en situaciones donde no llegamos. Entonces, un grupo que hace incidencia es el que está preocupado y ocupado de la política pública en una institución y coadyuva para que estos asuntos se resuelvan en beneficio de las mujeres (Hernández, 2013).

En este trabajo hemos buscado ubicar la experiencia del CDM Nääxwiin, tanto dentro del conjunto de las Cami como en su contexto específico, y pudimos observar que el CDM Nääxwiin mantiene vínculos de colaboración y diálogo en seis planos principales en los que se despliega la capacidad de negociación, convocatoria e incidencia del CDM Nääxwiin:

- . Comunitario
- . Municipal
- . Estatal
- . Nacional
- . Internacional
- . De organizaciones civiles (indígenas y feministas)

Por un lado, la relación entre la CDI y las Casas de la Mujer Indígena desarrolló paulatinamente, a lo largo de diez años, mecanismos cada vez más adecuados para un diálogo horizontal, mientras el ejercicio autogestivo de las Cami permitió reconocer y abrir espacio a las iniciativas de cada una. Durante la etapa que cubre este análisis el proyecto general de las Cami llevó a la CDI a instituir mecanismos diferenciados e incluyentes, contruidos con las propias organizaciones y sus asesoras, para responder a los procesos diferenciados de organización, especialización temática y posicionamiento local por los que cada una iba transitando, lo cual dio pie a una experiencia de

incidencia sobre las definiciones institucionales dentro del programa Cami. En ese proceso, Nääxwiin, junto con las Cami de Cuetzalan y Ometepec, principalmente, jugó un papel especialmente importante como modelo de un proceso logrado de organización, especialización temática e incidencia.

En este estudio abordamos la experiencia particular del CDM Nääxwiin teniendo como marco y referencia permanente el proyecto de las Cami y la reciente constitución de la Red Nacional de Casas de la Mujer Indígena (Redcami), con su agenda en salud y derechos sexuales y reproductivos, así como de violencia de género con una perspectiva de interculturalidad y en un marco de derechos humanos.

Las Casas de la Mujer Indígena como marco de incidencia colectiva

Las Casas de la Mujer Indígena lograron una peculiar relación —cuasi horizontal— con la CDI¹³⁴ gracias al diálogo y la colaboración entre el Estado y organizaciones de la sociedad civil que se dieran hace poco más de una década. El diseño y surgimiento mismo del proyecto fue posible gracias a la articulación de dos dependencias (que después serían el Centro Nacional de Equidad de Género en Salud y la CDI) con los procesos organizativos y el fortalecimiento de liderazgos de las mujeres indígenas.

Esta característica de inclusión, focalización, participación y trabajo colaborativo constituyó una buena práctica de la acción pública,¹³⁵

¹³⁴ Cabe aclarar que esta relación de colaboración y respeto mutuos se dio especialmente entre las Cami y la coordinación del proyecto en las oficinas centrales de la CDI, y que fue mucho más difícil enfrentar la resistencia del personal en las delegaciones y los centros coordinadores. En el caso del CDM Nääxwiin, la delegación de Oaxaca y el centro coordinador de San Juan Guichicovi en distintos momentos del proceso se mostraron reacios, indiferentes y hasta contrarios, por lo que una de las funciones centrales de la coordinación del proyecto fue promover la institucionalización —y aceptación— de un modelo de trabajo que realmente considerara la participación, la propuesta y las condiciones de la Cami para definir los pasos a seguir. Sin duda, un punto de conflicto fue el financiamiento, pues la mayor parte del personal institucional consideraba desproporcionadamente altos los recursos otorgados.

¹³⁵ La demanda por acciones institucionales incluyentes y con enfoque de derechos ha sido una bandera constante de las organizaciones de la sociedad civil que

pues remite a una experiencia positiva, eficiente para cada Cami, que se guiaba por objetivos y procedimientos adaptados a la normativa institucional¹³⁶ del programa coordinado por la Dirección de Fortalecimiento de Capacidades Indígenas (DFCI) de la GDI, desde donde se apoyaron proyectos de equidad de género y derechos de las mujeres entre población indígena.

En este proceso la participación del CDM Nääxwiin se ha destacado especialmente y puede sintetizarse en que, siendo una de las Cami pioneras, inició sus acciones con un proyecto piloto y más adelante colaboró en el diseño del modelo autogestivo. Entre los logros de la Cami del CDM se encuentran haber recibido a equipos de otras Cami para compartir su experiencia; haber participado en la institucionalización del programa mediante encuentros, propuestas y revisión de las reglas de operación, así como haber participado en eventos internacionales para presentar su experiencia. La trayectoria del CDM Nääxwiin y su consolidación organizativa fueron, como se ha referido, una condición que le permitió participar en el proyecto de las Cami desde su fase piloto, mientras que su experiencia, perspectivas y aportaciones, junto con las de las otras cuatro Casas de la Mujer Indígena “pioneras”, dieron forma inicial al proyecto y sentaron las bases del *modelo autogestivo*.

Fue en ese contexto que la CDI a través de la DFCI estableció una relación de colaboración relativamente horizontal, y por lo mismo, inédita, con los equipos de las Cami pioneras para diseñar el modelo autogestivo a partir de sus observaciones y sugerencias en un ejercicio de diseño de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba.

impulsan los derechos de las mujeres. La iniciativa misma de las Cami surgió de una inquietud de lideresas indígenas que veían un vacío alarmante en la atención institucional a las problemáticas de violencia y salud reproductiva de las mujeres de sus pueblos.

¹³⁶ Creado a ocho años de operación de las CAMI, el PAIGPI representó la integración y potenciación de las experiencias institucionales de la CDI en materia de género, e incorporó una modalidad específica de atención a las Casas de la Mujer Indígena.

La organización y el posicionamiento de la Cami del CDM Nääxwiin refleja una historia cada vez más amplia de visibilización y participación de las mujeres indígenas a partir de sus liderazgos y organizaciones. Con más de diez años de operación de su Cami y otros diez como organización social, el CDM Nääxwiin representa una experiencia de crecimiento, tanto de las mujeres que lo integran como de las comunidades y los espacios sociales, políticos y culturales en los que incide.

La Cami del CDM es una experiencia exitosa en varios sentidos. Por un lado, al ser parte de una organización consolidada y reconocida a nivel regional ha podido incorporar a su agenda los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres indígenas, una temática hasta entonces nada atendida con perspectiva intercultural y de género por parte de los servicios de salud y procuración de justicia. En ese sentido, la experiencia de incidencia de la Cami del CDM implicó para la organización replantear su relación con las instituciones, empezando por la CDI y siguiendo con otras instancias de los distintos órdenes de gobierno,¹³⁷ para lograr que las políticas públicas en salud reproductiva dirigidas a mujeres indígenas que se implementan a nivel municipal incluyeran sus propuestas y demandas.

En lo anterior radica, a nuestro parecer, que el CDM Nääxwiin y su Casa de la Mujer Indígena se hayan convertido en un punto de referencia para las organizaciones de mujeres indígenas que impulsan el derecho a la salud incentivando la incidencia para transformar sus condiciones de exclusión.

¹³⁷ Al inicio del proceso de las Cami pioneras, las organizaciones que asumieron esta propuesta tenían ciertos conflictos internos al decidir trabajar “con el gobierno” y la relación entre el equipo de la CDI y las Cami fue, también en ese sentido, un proceso de aprendizaje mutuo que al CDM Nääxwiin le permitió desarrollar cada vez más habilidades para colaborar con procesos institucionales y aun como se ha dicho, impulsar a sus integrantes a desempeñar cargos públicos, a nivel municipal e incluso estatal.

Si bien la participación de la Cami del CDM, así como la de las casas que se fueron abriendo durante una década, era un efecto que buscaba el diseño mismo del programa, lo cierto es que la trayectoria, el arraigo y la legitimidad crecientes de los equipos responsables de las Cami en sus entornos locales y regionales alimentaron esta aislada e inusitada práctica institucional dentro de la GDI y generaron procesos acotados de inclusión y reconocimiento en la relación institucional con las organizaciones de mujeres indígenas involucradas en las Cami en sus regiones de cobertura e intervención.

Por otro lado, la experiencia de relación con una dependencia federal, la participación del equipo responsable de la Cami en el CDM en mecanismos de interlocución institucional a nivel estatal y su colaboración y diálogo directos con autoridades municipales y comunitarias otorgaron al equipo de la Cami del CDM habilidades para la intervención pública, la representación y la gestión que fortalecieron su capacidad de incidencia en sus temas de atención: violencia de género y salud sexual y reproductiva.

El ámbito comunitario

El CDM Năăxwiin desarrolla actividades comunitarias en municipios como San Juan Guichicovi y Matías Romero cuya población atiende de manera directa y mediante su red de promotoras comunitarias con actividades y funciones que siguen un proceso planeado de diseño, intervención y seguimiento. Los diagnósticos comunitarios permiten diseñar la intervención del proyecto. Al establecer acuerdos se levanta una minuta con autoridades diversas, personal médico o docente y promotoras, entre otros, en la que se asientan los términos de la colaboración. Un año después se evalúan los resultados y el cumplimiento de compromisos.

Entre las acciones a escala municipal que ha realizado la Cami del CDM se incluyen, por ejemplo, la solicitud de información sobre el bando municipal para determinar cómo incidir en las decisiones del cabildo de San Juan Guichicovi. Otras actividades impulsadas en el ámbito local-municipal han sido la realización de campañas por el

derecho a la salud de mujeres indígenas; la distribución de folletos informativos sobre los servicios de la Cami; la difusión de cápsulas radiofónicas de la organización en mixe y castellano sobre derechos indígenas, salud sexual y reproductiva, violencia de género, participación política y derechos ambientales, y la celebración de actos conmemorativos por el Día Internacional de la Mujer o el Día Internacional contra la Violencia Hacia las Mujeres.

Entre las acciones de salud de la Cami está la expedición de certificados médicos y atención psicológica en materia de salud sexual y reproductiva. En 2012 la Cami levantó cincuenta y tres muestras de papanicolau entre las que se detectaron once casos de infección de *gardnerella vaginalis*; ocho de candidiasis y cuatro del virus de papiloma humano (VPH). Los viernes y lunes de cada semana se tomaban las muestras con apoyo de personas capacitadas, a quienes las mujeres acuden a buscar los resultados “porque en los servicios de salud nunca nos los entregan”.

El CDM Nääxwiin también realiza levantamiento de registros con información comunitaria y municipal que contribuyan a reducir las brechas de desigualdad en salud y procuración de justicia, especialmente en el ámbito local y regional. En su interacción con las comunidades indígenas además presta servicios de prevención y canalización de casos de violencia, y de salud sexual y reproductiva al brindar apoyo emocional, asesoría jurídica, traducción, acompañamiento y canalización en denuncias de violencia familiar, toma de muestras citológicas y distribución de condones, así como el trabajo que impulsa en escuelas secundarias y bachilleratos de la región. Estas acciones son centrales en el trabajo que promueve la Cami del CDM para transformar las relaciones de discriminación y exclusión de las mujeres indígenas en su región de incidencia.

El trabajo comunitario de esta organización impulsa el empoderamiento y la construcción de ciudadanía de la población femenina de las localidades que atiende. Para ello ha formado dos grupos de promotoras—uno de adultas (doce personas) y otro de jóvenes (que al

concluir este trabajo estaba lo integraban dos personas) — defensoras de derechos de las mujeres y formadas en prevención de la violencia de género, así como en salud sexual y reproductiva. Las promotoras orientan, escuchan y canalizan hacia la Cami a mujeres en situación de riesgo.

Entre los resultados locales más destacados del CDM Nääxwiin está la incorporación del tema de violencia de género en la currícula escolar de secundaria y bachillerato que se realizó en acuerdo con el profesorado para contribuir a la operación de una instrucción de la Secretaría de Educación Pública. Este trabajo se realizó en planteles de telesecundaria y sólo recientemente en la escuela secundaria de Piedra Blanca. El municipio de San Juan Guichicovi retomó después el trabajo con adolescentes y padres de familia como parte de su programa del PTEO.¹³⁸ En otras comunidades, los profesores son quienes impulsan esta actividad con adolescentes de telesecundaria en la materia de formación cívica y ética. Los acuerdos para el trabajo escolar de la Cami del CDM se han establecido con los directores de las escuelas, los docentes del mismo plantel, los comités padres de familia y las autoridades comunitarias para coordinar las actividades y obtener respaldo para la intervención, pues algunos padres de familia no aceptan que se hable de sexualidad con sus hijos.

Para realizar estas actividades el CDM Nääxwiin acuerda con las autoridades comunitarias su intervención en las asambleas y su trabajo con grupos de mujeres (San Juan Guichicovi y Matías Romero). Al proceder así, reconoce los sistemas indígenas de autoridad y los espa-

¹³⁸ El Plan para la Transformación de la Educación de Oaxaca (PETEO) busca impartir una educación alternativa al modelo pedagógico tradicional, como contrapropuesta a la Alianza por la Calidad de la Educación (ACE) impulsada por el gobierno de Felipe Calderón y el SNTE desde 2008. El PETEO “está enraizado en el plan de estudios y programas de cada nivel educativo; no implica modificaciones a la currícula de la SEP, pero exige que los planes sean reformulados a partir del diagnóstico de cada colectivo pedagógico y comunitario a partir de un enfoque crítico. El PTEO planteaba transformar tres aspectos centrales en el aula: el lenguaje y el discurso, las actividades y prácticas, y las relaciones sociales.

cios comunitarios de decisión y logra concretar su enfoque de interculturalidad. Esta modalidad de trabajo representa una importante forma de incidencia, poco reconocida y documentada, de muy lento avance y profundas implicaciones, pues se dirige a legitimar y fortalecer los derechos de las mujeres indígenas en el interior de sus comunidades.

El ámbito municipal

En este ámbito microrregional el CDM Nääxwiin despliega actividades vinculadas al quehacer institucional municipal, como se refleja en la visibilidad de la organización en los actos y discusiones públicos, y en el hecho de que una integrante de la organización fuera nombrada responsable de la Instancia Municipal de la Mujer (IMM)¹³⁹ y después electa diputada local para el periodo 2014-2016.

Por un lado, el CDM Nääxwiin participa en los nichos abiertos, al menos formal y políticamente, para la atención de las mujeres y el impulso de sus derechos, como el Comité Interinstitucional de Prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar, instalado en Matías Romero; la Red Interinstitucional de Prevención de la Violencia Sexual y Familiar de la región del Istmo, que abarca cinco municipios, y el Comité de Seguimiento a la Agenda Municipal de San Juan Guichicovi.

Si bien algunas de estas iniciativas siguen en proceso de consolidación, como la Dirección de Equidad de Género que en San Juan Guichicovi aún no es instancia ni regiduría y sólo opera como dirección de equidad de género, la principal aportación de Zoila José Juan,

¹³⁹ Se trata de la IMM de San Juan Guichicovi. El PRD designó su candidato, pero como debía atender la cuota de género debió buscar una candidata. El dirigente local se acercó a Nääxwiin para que propusiera una candidata a la diputación por el distrito 24 de Matías Romero (que cubre siete municipios). “Nosotras lo pensamos mucho porque nuestro trabajo no lo mezclamos con la política de los partidos, y somos una organización sin fines de lucro; pero a la vez lo vimos como una oportunidad para las mujeres, sobre todo para ejercer su “derecho a la participación política. Fue entonces fue cuando propusimos a Zoila, porque ella de alguna manera ya estaba inmersa en ese ámbito. También vimos la oportunidad de hacer llegar nuestra propuesta como mujeres indígenas ante el congreso del estado” (Rubielia Cayetano).

integrante del CDM Nääxwiin, cuando ocupó el cargo en el ayuntamiento, fue elaborar un plan de trabajo para atender y prevenir la violencia de género; sensibilizar al presidente municipal y a su cabildo sobre equidad de género y derechos de las mujeres, y realizar un diagnóstico sobre estas problemáticas en el municipio para incorporarlas a la acción pública local, pues su bando municipal no las contemplaba.

Otra actividad de incidencia municipal del CDM Nääxwiin fue la participación de la organización y sus promotoras, junto con algunas autoridades locales, en la creación de la agenda municipal de las mujeres.

Por otro lado, algunas promotoras vinculadas al CDM Nääxwiin también fueron integrantes de la comisión de seguimiento a la agenda referida y participantes de un proceso que permitió que el 30 de noviembre de 2013 se creara oficialmente el Consejo de Prevención y Atención de la Violencia en el municipio de San Juan Guichicovi. Así, de entre los ocho o diez municipios que cubre el trabajo del CDM Nääxwiin, San Juan Guichicovi fue el primero en contar con un espacio de atención para las mujeres, en buena parte gracias al reconocimiento local de Zoila como mujer mixe con experiencia, y a su representación de las mujeres de la región que les evita ir hasta Matías Romero y, en caso necesario, lo hacen de manera coordinada con la Cami del CDM Nääxwiin.

Como parte del trabajo de incidencia y colaboración impulsado por el CDM Nääxwiin a escala municipal se han establecido asimismo procedimientos acordados con instancias locales para asuntos de gestión que permitan agilizar, por ejemplo, casos detenidos en el Ministerio Público ante la Subprocuraduría de Delitos contra la Mujer por Razon de Género, y se han impulsado estrategias de atención y provisión de servicios en salud sexual y reproductiva, como la toma de pruebas citológicas (papanicolau), que realizan las propias mujeres del CDM Nääxwiin capacitadas. Las muestras se envían a un laboratorio de Juchitán que la Cami ha gestionado para que se analicen a bajo costo. El equipo responsable de la Cami también ha impulsado la atención a la violencia con pertinencia cultural, con base en la experiencia del CDM

Nááxwiin, en acciones como la celebración del convenio con la Secretaría de Salud en Matías Romero para ofrecer atención psicológica y entregar certificados médicos a mujeres en situación de violencia.

Consideramos estas acciones como una forma de incidencia municipal en los servicios y prácticas de las instituciones de salud y justicia a las que la Cami solicita que modifiquen procedimientos, amplíen su cobertura y mejoren su calidad y calidez en la atención a partir de propuestas culturalmente pertinentes y de la demanda recogida entre usuarias indígenas.

Entre los convenios celebrados por el CDM Nááxwiin con instancias locales (hemos utilizado el término de *local* para referirnos tanto al ámbito municipal como comunitario) en 2007 se firmó el de la Norma 1990 de la Secretaría de Salud (hoy Norma 046-SSA), y otro con el municipio para instalar un módulo de atención a la violencia familiar en San Juan Guichicovi que han refrendado varias administraciones.

La Cami del CDM también ha establecido alianzas con el sector salud que se han concretado en acciones, como la colaboración con la psicóloga del Centro de Salud. Este módulo de atención emocional fue promovido por el Centro de Salud Urbano de Matías Romero, para responder a lo establecido en la Norma 190 de la SSA. Más adelante se convocó a otras instancias, entre ellas el DIF Municipal, el IMSS-Oportunidades y como sociedad civil, al CDM Nááxwiin A. C., a la firma de un convenio municipal para la atención de la violencia contra las mujeres. Este espacio se transformó después en el Comité Interinstitucional de atención a la violencia, al que paulatinamente se sumaron otros actores, como presidentas de los DIF de otros municipios (Santa María Petapa, El Barrio la Soledad, San Juan Guichicovi); el Regimiento Militar, el Ministerio Público, la UCIZONI y la cooperativa de la empresa Chuz Azul de Lagunas.¹⁴⁰

¹⁴⁰ De esta manera, la incidencia de estas acciones ha trascendido el ámbito municipal y ha logrado cobertura regional, pues en el municipio de Matías Romero hay diversas instituciones de justicia y salud que también atienden a población aledaña de municipios más pequeños.

Otros convenios a escala municipal en los que ha participado la Cami del CDM le han permitido impulsar procesos de sensibilización y formación para tomadores de decisiones, personal institucional de distintos niveles y prestadores externos de servicios en temas de interculturalidad y derechos aplicados a la salud reproductiva y la violencia de género; impulsar la contraloría social y la rendición de cuentas y transparencia con los ayuntamientos de Matías Romero y de San Juan Guichicovi, así como con autoridades comunitarias y escolares, y fuera del ámbito regional también con instancias estatales, como el Instituto de la Mujer Oaxaqueña y la Subprocuraduría de Delitos contra la Mujer en sus representaciones locales.¹⁴¹

Estos convenios han derivado en acuerdos para la atención a las mujeres del municipio y la región; por ejemplo, con la Fiscalía para la Atención de Delitos contra la Mujer de la Procuraduría General de la Justicia del Estado de Oaxaca, que convino en realizar un curso de sensibilización para servidores públicos del gobierno municipal y de procuración de justicia de la región del Istmo. Otro convenio derivó en el mantenimiento de canales de comunicación y colaboración con la Subprocuraduría de Delitos contra la Mujer por Razones de Género para agilizar asuntos de mujeres indígenas. Existe también un convenio de colaboración con el Centro de Justicia que empezará a operar en Matías Romero.

¹⁴¹ “Hemos firmado acuerdos y convenios a varios niveles: local con autoridades y personal docente; municipal, con presidentes municipales y DIF en municipios, como San Juan Guichicovi, en los trienios 2005-2008 y 2011-2013, para coordinar la atención de mujeres en situación de violencia. También se han realizado eventos para conmemorar el 8 de marzo el Día Internacional de las Mujeres y el 25 de noviembre el Día Internacional de la no Violencia. Así, cuando hay disposición se logran coordinar acciones y cuando no, no. Con el DIF de Matías Romero en el trienio 2003-2006 se hizo un convenio para coordinar la atención de casos de violencia. También nos hemos acercado a los ministerios públicos y juzgados, pero aunque se lograban hacer las minutas de acuerdos, al inicio no prosperaban por los cambios constantes del personal, pero poco a poco, se ha logrado que el trato sea diferente y que haya coordinación en algunos casos” (Rubicelia Cayetano).

Los ejemplos anteriores reflejan el reconocimiento local del CDM Nääxwiin como instancia que colabora con las instituciones en materia de atención y derechos de las mujeres indígenas para que las intervenciones se sustenten no sólo en enfoques interrelacionados de género e interculturalidad, sino también en las demandas prioritarias de las mujeres de distintos municipios de la región norte del Istmo.

El CDM Nääxwiin es un espacio de la sociedad civil donde se formulan propuestas y contenidos para las políticas públicas locales que, a diferencia de varias instancias municipales, cuenta con herramientas metodológicas, experiencia y vínculos para “bajar” recursos y apoyos institucionales, tanto de programas federales como estatales. Sin duda y en este contexto, la posición del CDM Nääxwiin es clave al contar con más elementos incluso que las instituciones locales para visibilizar y dar respuesta a las problemáticas de las mujeres indígenas en materia de salud sexual y reproductiva y violencia de género.

El apoyo que el CDM Nääxwiin presta a varias IMM en los distintos municipios que componen su cobertura es particularmente relevante, ya que éstas son el canal mediante el cual dependencias estatales —como el Instituto de la Mujer Oaxaqueña— operan sus políticas de equidad.

Otras instancias importantes de decisión a escala municipal en Oaxaca son los Consejos de Desarrollo Rural Sustentable, encargados de establecer las prioridades para la realización de obras de los ayuntamientos y de abrir espacios de participación a las IMM. Apoyar la gestión de estas instancias municipales es una acción estratégica para el avance de las mujeres y el ejercicio de sus derechos, especialmente en regiones indígenas, pese a la persistencia de retos importantes para que en estas estructuras se institucionalice la atención de las mujeres con perspectiva de derechos, así como para lograr que en las políticas públicas locales se reconozcan las problemáticas particulares de ese sector de la población.

Si por otro lado se considera, por ejemplo, que de las 260 IMM establecidas en Oaxaca “quizá sólo 100 tengan condiciones de conti-

nidad”, pueden aquilatarse las implicaciones del esfuerzo de capacitar, sensibilizar y formar a las responsables de estos espacios, quienes muchas veces rotan anualmente, así como para fortalecer su posición en los cabildos y los ayuntamientos pues todo ello debe reiniciarse constantemente. En este contexto, la presencia de una organización consolidada y especializada, como el CDM Nääxwiin, adquiere una importancia mucho mayor, pues se convierte en la posibilidad de impulsar acciones continuas con base en la colaboración entre las instituciones y la sociedad civil organizada,¹⁴² un propósito imposible de lograr si estos procesos quedaran librados únicamente a los recursos institucionales (humanos, financieros, políticos) disponibles.

En generación de políticas públicas me parece especialmente relevante el tema de la atención, pues las instituciones locales no tienen experiencia y usan esquemas muy cuadrados, mientras [que] las organizaciones como que están más cercanas a la gente y pueden desarrollar estrategias más viables... lo mismo en el monitoreo de la calidad de los servicios, donde la participación de las organizaciones de la sociedad civil es muy importante, pues si lo hacemos desde aquí [desde el IMO] se sienten observados y juzgados y ponen mucha resistencia, es complicado (López, 2013).

El ámbito estatal

El CDM Nääxwiin desarrolla la mayor parte de sus actividades a escala comunitaria y municipal; sin embargo, los resultados y su impacto en el impulso de los derechos de las mujeres indígenas de la región, así como en la construcción de una ciudadanía activa en la que basa su capacidad de incidencia, le han valido un reconocimiento que rebasa esos ámbitos locales. El CDM Nääxwiin colabora con el IMO a partir del Programa de Apoyo a las Instancias de Mujeres (PAIMEF); participa en comités estatales de prevención, atención y procuración de justicia y forma parte del Consejo Estatal de Prevención y Atención

¹⁴² En el municipio de San Juan Guichovi sólo en una ocasión se tuvo una regidora de educación. En 2014 había una regidora, algunas suplentes y, por primera vez, una presidenta municipal, esposa del líder político a quien él propuso, pues los puestos políticos se empezaron a manejar como prebendas familiares.

de Violencia de Género, dependiente del propio IMO. Asimismo, el CDM tiene un convenio con el IMO desde 2009, que se ha renovado por varios años, por el que el CDM Nāāxwiin reporta a esa dependencia datos locales y referencias de atención a la violencia de género que alimentan la base de datos a nivel estatal y nacional. Otro ámbito de participación es el Consejo Estatal de Prevención, Sanción y Erradicación de la Violencia de Género, donde ha presentado denuncias de malos tratos a mujeres por parte de instituciones como ministerios públicos y juzgados.

En materia de participación política, el CDM Nāāxwiin también es un espacio donde se han gestado liderazgos reconocidos, de modo que la participación se da tanto a nivel individual como colectivo, pues como organización colabora en acciones de gobierno local —ya referidas— y que demuestran la participación activa del CDM Nāāxwiin para incorporar en la agenda municipal, la agenda propia de las mujeres indígenas de la región, dirigiendo su demanda a los tomadores de decisiones en el ayuntamiento y la entidad. Estos dos elementos de la agenda de incidencia del CDM, de los que participa la Cami, componen un ejercicio de incidencia de abajo hacia arriba y de arriba hacia abajo, que vincula las políticas públicas de igualdad, salud y combate a la violencia de género y las agendas de mujeres indígenas en la concreción de acciones a escala local.

La coordinación con instancias gubernamentales no sólo se da entre el CDM Nāāxwiin y una dependencia en particular, sino que ocurre en el marco de procesos de convergencia interinstitucional mediante convenios para la atención de mujeres indígenas en situación de violencia especialmente.

Otra aportación de la organización al desarrollo de estos procesos de atención institucional a la población indígena con enfoque de género y pertinencia cultural en contextos específicos tiene que ver con las posibilidades institucionales de implementar con calidad y perspectiva intercultural servicios de salud y atención a la violencia mediante instrumentos desarrollados por organizaciones como el CDM

Näaxwiin para verificar y medir los avances en las intervenciones locales, así como el diseño de materiales, metodologías y herramientas de formación que incorporen la diversidad y características culturales de la población a la que se dirige la intervención del Estado.

Desde distintos espacios, el CDM Näaxwiin y la Cami han sido considerados como organización modelo, integrantes de un movimiento social indígena y de mujeres que en Oaxaca ha tenido impactos importantes en términos de incidencia, al abrirse en un gobierno de alternancia espacios de diálogo y colaboración entre organizaciones de la sociedad civil e instituciones estatales, particularmente el Instituto de la Mujer Oaxaqueña:

Anabel López, directora del IMO, señalaba:

“[...] las OSC en Oaxaca han logrado hacer incidencia en este gobierno y en el federal... en temas de salud no hemos entrado, pero en eso estamos. Este año [2013] abriremos una ruta con tres acciones concretas: una campaña a jóvenes en educación sexual y reproductiva, considerando la pertinencia cultural; vamos a desarrollar un piloto de escuela de formación de parteras con una OSC con mucha experiencia, que es otra acción de incidencia; y vamos a capacitar a médicos y médicas para la atención de urgencias obstétricas” (López, 2013).

En este contexto, si bien es cierto que los espacios formales de participación de las mujeres indígenas en la toma de decisiones a escala estatal aún son limitados, las experiencias y capacidad de interlocu-

¹⁴³ Entre los instrumentos de difusión y sensibilización creados por el CDM se cuentan: a) diseño y realización de talleres de títeres y un guión basado en el diagnóstico comunitario sobre cultura del buen trato (2012); hasta el momento, estas acciones han tenido un impacto positivo en la comunidad, por ser algo novedoso y estar acorde con la cultura local; b) elaboración de cápsulas radiofónicas que se difunden en las radios regional y comunitaria sobre derechos de las mujeres y acceso al servicio del CDM Näaxwiin, así como dos mantas ilustradas alusivas al mal trato y el buen trato. Estas herramientas, destinadas al trabajo local también se aplican en otros espacios y algunas instancias estatales las consideran como referencia.

ción desarrolladas por organizaciones como el CDM Nääxwiin han permitido hacer visible y legitimar la necesidad de una política estatal de género con pertinencia cultural, no sólo en acciones de salud, sino en las distintas esferas de la relación del Estado con la sociedad indígena en que se operan las intervenciones institucionales. Al buscar la recuperación de los recursos, la experiencia, los saberes y el conocimiento, no sólo ancestrales, sino actuales de los pueblos indígenas y en particular de las mujeres para el diseño e implementación de acciones institucionales, la experiencia del CDM Nääxwiin ha contribuido sustancialmente al sistematizar sus procesos, resultados y propuestas. Un aporte central de la Cami ha sido en materia de transversalidad del enfoque de género con perspectiva cultural no sólo a escala estatal, sino nacional.

Nääxwiin es una organización que incorpora el tema de la interculturalidad porque pide servicios de traducción en el PAIMEF, es la única organización que lo hace, y eso que tenemos apoyos en otros puntos... en Nääxwiin tienen una finura en identificar las problemáticas, acciones y soluciones concretas. Lo interesante es que a partir de esa práctica, es que ha logrado incidir en el quehacer de la CDI, por ejemplo, en el modelo de las Cami (López, 2013).¹⁴⁴

El ámbito nacional

Sin duda, la institución más próxima al quehacer de la Cami del CDM Nääxwiin a escala nacional es la CDI, con la que ha establecido una relación de colaboración sin perder su autonomía ni capacidad crítica y de disenso. Como parte de las cinco Cami “pioneras”, las integrantes de la Cami del CDM Nääxwiin y su asesora¹⁴⁵ participaron activamente en la construcción del modelo autogestivo que, con adaptaciones,

¹⁴⁴ Entrevista a Anabel López, titular del IMO. La cita en la que la titular del IMO menciona el programa PAIMEF, señala cómo el Programa ejecutado por el IMO ha beneficiado al CDM Nääxwiin. El procedimiento es que IMO presenta el proyecto a nivel federal y luego, a nivel estatal, canaliza los recursos hacia las organizaciones civiles que trabajan sobre violencia de género, entre ellas, Nääxwiin (Nota de las autoras).

¹⁴⁵ Aunque forman parte de la organización, las personas referidas como asesoras de la Cami son reconocidas en esa calidad frente a la CDI.

ha fundamentado la existencia de veintitrés organizaciones de mujeres indígenas que impulsan otras Cami en distintos puntos del país.

El CDM Nääxwiin y la Maseualsihuamej, otra organización de mujeres indígenas de la región nahua de Cuetzalan, Puebla, inspiraron el modelo autogestivo y la posibilidad de abrir e institucionalizar una experiencia de trabajo conjunto entre la sociedad civil organizada, representada por un colectivo de mujeres indígenas y sus asesoras — feministas— y una institución federal que apostó en su momento por apoyar un proceso propio de organización, atención e incidencia.

En el plano nacional, la incidencia del CDM Nääxwiin debe entenderse como parte del esfuerzo de visibilización y diálogo impulsado por las Cami mediante su red nacional, con cuya representación han participado en foros, instituciones y mecanismos de respuesta a las demandas de las mujeres indígenas. Sin embargo, la relación del CDM con instancias nacionales no se limita a la CDI, pues Nääxwiin ha establecido nexos tanto con las Cami que operan en diecisiete entidades del país, como con redes de organizaciones civiles feministas que trabajan con ellas.

La importancia de la incidencia del CDM Nääxwiin radica, a nuestro parecer, en su participación en la definición de las acciones del programa Cami dentro de la CDI, derivada, como se ha mencionado, de la trayectoria y los logros de la organización, así como de su participación activa en el desarrollo e implementación del modelo autogestivo. Otro punto central de este proceso de incidencia fue la integración de la Redcami, organización nacional única en su tipo, multicultural y especializada en los derechos de las mujeres indígenas a una vida sin violencia y a la salud sexual y reproductiva con capacidad de interlocución y colaboración con instancias federales en los ámbitos de su competencia.

El ámbito internacional

Si bien ya lo hemos mencionado, nos interesa subrayar la relevancia de la participación del CDM Nääxwiin con el proyecto de la Cami

en el espacio de visibilización y posicionamiento que representó la asistencia de una delegación de representantes a la sesión de la CEDAW en Nueva York, en 2012, no sólo por el reconocimiento que el programa de las Casas de la Mujer Indígena recibió como buena práctica institucional de género e interculturalidad, sino porque en ese marco fue posible distinguir las propuestas y los procesos impulsados por organizaciones de mujeres indígenas autónomas que reciben apoyos institucionales y aportan al diseño e implementación de iniciativas gubernamentales dirigidas a cerrar las brechas de desigualdad de ese sector de la población.

Los ecos de la intervención internacional de las delegadas de las Cami en el foro de la ONU contribuyeron al posicionamiento local del CDM Nāāxwiin y a su despliegue más allá del ámbito local y comunitario en el que ha creado su fuerza y su prestigio. Al mismo tiempo, esta participación reconocida a escala internacional permite a las organizaciones responsables de las Cami, como el CDM Nāāxwiin, entablar un diálogo en mejores condiciones de igualdad con dependencias federales, así como con organizaciones y movimientos sociales, al demostrar que estos procesos tienen propuestas válidas para la sociedad en general y para la función administrativa, técnica y operativa de las instituciones encargadas de la salud y procuración de justicia de las mujeres indígenas.

El ámbito de organizaciones de la sociedad civil

Hablar de incidencia entre pares de la sociedad civil no se acostumbra en las acepciones generales del término; sin embargo, nos pareció importante incorporar aquí una breve reflexión sobre la importancia de los vínculos que el CDM Nāāxwiin mantiene con otras organizaciones hermanas —indígenas y mixtas— con distintos intereses para la consolidación de su posicionamiento local y los impactos de sus propuestas, procedimientos y enseñanzas en la práctica social de otros actores que comparten los mismos escenarios que el CDM.

Por un lado, el CDM Nāāxwiin realiza acciones en coordinación con la Red de Promotoras y Asesoras Feministas Rurales (Redpar), con

Comaletzin y con redes diversas de mujeres indígenas, como la Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas (Conami), y la Alianza de Mujeres Indígenas de México y Centroamérica. En Oaxaca, el CDM forma parte de la Asamblea de Mujeres Indígenas de Oaxaca (AMIO), a la cual se articula para impulsar acciones de participación, incidencia y representación de las mujeres indígenas en la entidad; de capacitación de este sector en diferentes temas y de vinculación y colaboración para el impulso de iniciativas y agendas concretas: “Nuestro trabajo es constante y estratégico; mantener la relación con todas estas instancias nos da fuerza en nuestro trabajo y nos permite tener aliados ante cualquier situación en que se necesite” (Testimonio, Rubicelia Cayetano, integrante del CDM Nääxwiin).

Los vínculos con organizaciones civiles y políticas en los distintos ámbitos en que se despliegan las acciones e intervenciones del CDM Nääxwiin le ofrecen un margen de maniobra para determinar sus prioridades y estrategias y, especialmente, para salvaguardar y preservar la autonomía de decisiones que tanto defienden.

Lecciones aprendidas

A lo largo de este trabajo hemos buscado mostrar cómo se han conjugado los procesos y circunstancias que han permitido que una organización de mujeres indígenas, con las características del CDM Nääxwiin, haya podido, primero asumir y dar forma a un proyecto de impulso de los derechos a la salud reproductiva y la vida sin violencia de este sector de la población, como las Cami, y después desarrollar procesos técnicos, organizativos y políticos en la atención a la violencia de género como parte de las agendas de derechos humanos y salud reproductiva de las mujeres indígenas, que le han convertido en un referente en la región.

El CDM Nääxwiin es una organización legitimada socialmente, reconocida por la población, las usuarias indígenas, las autoridades comunitarias y de los municipios en los que trabaja; por instituciones

estatales y algunas dependencias federales; por organismos internacionales, y desde luego, por otras organizaciones indígenas y civiles dedicadas a la promoción de los derechos a la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Este reconocimiento de distintas esferas es uno de los factores clave que han convertido al CDM en interlocutor válido para la formulación de planes de gobierno local, agendas de las mujeres y desarrollo de mecanismos institucionales de atención, especialmente en materia de violencia de género, entre población indígena.

Para hablar de la capacidad de incidencia del CDM Nāāxwiin y su Cami como organización representativa de los esfuerzos y propuestas que hoy impulsan las mujeres indígenas, hemos tomado como ejemplo estas condiciones de legitimidad, participación y capacidad técnica y política desarrolladas dentro de la organización, a partir de las cuales también se ha consolidado y proyectado el liderazgo de sus integrantes indígenas en distintas esferas de construcción de ciudadanía. Por otro lado, para hablar de incidencia en materia de salud reproductiva y población indígena, hemos completado el cuadro descrito con el contexto de las Casas de la Mujer Indígena en tanto organizaciones dedicadas a generar las condiciones para que este sector de la población ejerza sus derechos: sea a la salud sexual y reproductiva, sea a una vida sin violencia. Esta vocación contribuye también a agendas institucionales estatales y federales como la del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR), que incorpora el combate a la violencia de género en el sector salud como ámbito de intervención en salud reproductiva.¹⁴⁶

Así, aun cuando la orientación eje de la Cami del CDM Nāāxwiin apunta al trabajo en violencia, su participación en procesos de salud, especialmente en las agendas de las Cami concretadas en el en-

¹⁴⁶ Así, el CNEGySR de la Secretaría de Salud, cuenta entre sus programas el de “Prevención y Atención a la Violencia”, cuyo objetivo es reducir la prevalencia y severidad de los daños a la salud causados por la violencia contra las mujeres, con particular énfasis entre aquéllas que se encuentran en situación de mayor riesgo o vulnerabilidad.

torno particular del CDM, permiten considerarla como ejemplo de incidencia en los programas, mecanismos y adecuaciones que deben incorporarse en las acciones del sector salud para atender a la población indígena con eficiencia, calidad, calidez y pertinencia cultural e ir cerrando la brecha de desigualdad en que se encuentra ese sector.

Quizá lo que más nos preocupa en la apretada síntesis que aquí hemos expuesto es mostrar que, en el caso de la Cami del CDM Nääxwiin, el proceso e interés por incidir en las decisiones públicas e institucionales de atención a la violencia contra las mujeres, sea a partir de la denuncia, la suplencia o la colaboración, se fundamenta en una perspectiva propia de derechos para las mujeres indígenas; en la aspiración a una calidad de vida mínima y al disfrute de los derechos que les han sido otorgados, dentro y fuera de sus comunidades de pertenencia y finalmente en una visión femenina del bienestar y la vida digna.

Si bien es cierto que para que un proceso de estas cualidades pueda mantenerse en el tiempo se requieren continuos apoyos institucionales, como los que se han canalizado al CDM Nääxwiin mediante el proyecto de las Cami, la precariedad de los resultados que el Estado ha obtenido a escala nacional en los últimos años e incluso décadas para cerrar las brechas de desigualdad y los indicadores de rezago en materia de salud sexual y reproductiva entre población indígena, subraya la urgencia de apoyar procesos como el que aquí hemos revisado que, por otro lado, permiten a las dependencias de salud (y en este caso también de atención a la violencia de género):

- a) Desarrollar mecanismos y diseños institucionales que incluyan a la población indígena femenina, tanto en cobertura como en problemáticas específicas.
- b) Incorporar al enfoque de género el factor de la interculturalidad para hacer más eficientes sus intervenciones en materia de salud en regiones indígenas.
- c) Contar con aliadas que puedan identificar casos de riesgo, canalizar pacientes y realizar acciones de prevención y detección

en localidades donde no hay presencia institucional permanente.

- d) Cumplir de manera más adecuada con los objetivos y metas de desarrollo y reducción de brechas de desigualdad que se han trazado en los planes sectoriales y locales, en seguimiento de los mandatos normativos y del marco legal que sustenta su actuación.

La participación de mujeres indígenas organizadas en el diseño, la implementación, el seguimiento y eventualmente la evaluación de las intervenciones del Estado en salud y combate a la violencia de género es la base del proceso de incidencia que aquí hemos reseñado y, a la vez, constituye una acción compleja que involucra, tanto elementos de la cultura propia para determinar lo que es “necesario”, “mejor” y “adecuado” para las mujeres indígenas representadas por el CDM Nääxwiin, y para las veintitrés Casas de la Mujer que impulsan los derechos y el acceso de la población femenina indígena en materia de salud como para hacer visibles la diferencia, la desigualdad y la diversidad de las mujeres indígenas como factores que afectan su salud, su acceso a los servicios y las posibilidades de ejercer sus derechos en este campo.

La aportación del proceso de incidencia de la Cami y del GDM Nääxwiin no sólo es en términos de una participación puntual pues, como se ha visto, existen planos diversos e interconectados en los que las integrantes de la organización y responsables de la Cami han presentado propuestas, probado modelos, atendido casos que escapan a la cobertura institucional, así como hecho visibles contextos y necesidades que no se incluyen necesariamente en la atención institucional a mujeres indígenas, pero sobre todo han demostrado la viabilidad de esquemas de atención con perspectiva de género e interculturalidad que, hoy por hoy, se quedan en los discursos institucionales y en la letra de sus mandatos.

De este modo, el ejercicio de incidencia de las mujeres indígenas que forman parte del CDM Nääxwiin, de la Cami de Matías Romero y de la Redcami, representa también un ejercicio de ciudadanía que

aproxima el quehacer del Estado a un sector de la población históricamente excluido, marginado e invisibilizado, el cual a partir de procesos como el que hemos abordado en esta oportunidad, demuestra su vitalidad, resistencia y vocación de futuro.

Recomendaciones como modelo para armar para las dependencias públicas

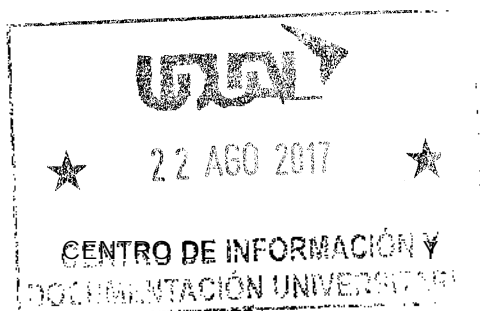
El análisis del proceso de incidencia del CDM y la Cami Nāāxwiin, en el marco del programa de las Casas de la Mujer Indígena, permite extraer lecciones útiles para la confección e implementación de acciones institucionales en el ámbito de la salud y el combate a la violencia de género como replicables para organizaciones civiles e indígenas con perspectiva de derechos. Para incorporar el enfoque de género e interculturalidad a las acciones e intervenciones en materia de salud reproductiva dirigidas a población femenina indígena, es importante considerar:

- . Levantar diagnósticos microlocales actualizados y con el concurso de mujeres indígenas que permitan determinar las prioridades y problemáticas particulares de cada contexto.
- . Incorporar los enfoques de género e interculturalidad representa un posicionamiento institucional que admite que su trabajo es una respuesta no sólo a la atención de la salud, sino también al reconocimiento de derechos consagrados en el marco legal, por lo que se requiere que el personal de todo nivel conozca, maneje y respete ese marco de referencia.

La colaboración con organizaciones de la sociedad civil y, en especial, organizaciones de mujeres indígenas formadas y con recursos técnicos en el ámbito de la salud es, al mismo tiempo, una herramienta y una estrategia para asegurar la ampliación de la cobertura institucional, la pertinencia cultural de sus acciones y la adecuación de sus procedimientos en la atención a un sector de la población culturalmente diferenciado y socialmente excluido.

El trabajo en colaboración con las organizaciones indígenas no debe entenderse como voluntariado (no debe ser un trabajo gratuito) ni como suplencia, sino como herramienta que permita hacer más eficaces las tareas de las dependencias públicas encargadas de atender a población indígena.

Para asegurar un proceso sostenible, que se traduzca realmente en cambios en la situación de salud de las mujeres indígenas y en las condiciones para que ejerzan ese derecho, es fundamental incorporar en las acciones institucionales una visión de proceso que rebase la perspectiva de programación por año fiscal, las metas anuales y los resultados inmediatos, pues se trata de intervenciones en contextos con condiciones estructurales de desigualdad y rezago que no van a transformarse con intervenciones puntuales, sino a partir de acciones que se arraiguen en los contextos locales y de recursos diversos que puedan ser apropiados por agentes locales, entre ellos el CDM Nääxwiin, como garantía de pertinencia.



Referencias bibliográficas

BONFIL SÁNCHEZ, PALOMA

- 1996 "La salud como práctica política en el mundo indígena femenino", en *Cuadernos agrarios, mujeres en el medio rural*, núm.1, junio, México, pp. 43-62.
- 1996-1997 "Las mujeres indígenas en su gestión ante el Estado: políticas públicas y respuestas gubernamentales a los procesos organizativos femeninos en entornos culturalmente diferenciados", Programa de Financiamiento a la Investigación-PIEM-El Colegio de México.
- 1999 "Presentación. Salud y pobreza" en Concepción López Silva, *Parteras y promotoras rurales de salud en la zona selva de Chiapas*, GIMTRAP-Cuadernos de Trabajo núm. 6, México, pp. 1-26.
- 2000 "Las organizaciones y demandas de las mujeres indígenas en los movimientos indios contemporáneos de México", en *Estado del desarrollo económico y social de los pueblos indígenas de México*, INL/NUD, México, pp. 371-373.
- 2004 "Lo público es ancho y ajeno. Obstáculos y desafíos para la construcción de una agenda para mujeres indígenas", en Rosalva Aída Hernández, Sarela Paz y María Teresa Sierra, *El Estado y los indígenas en tiempos del PAN: neoindigenismo, legalidad e identidad*, H. Cámara de Diputados, LIX Legislatura-CIESAS-Miguel Ángel Porrúa, México, pp.53-81.
- 2012 "Escenarios para la participación de la mujer indígena en el diseño de políticas públicas", en Margarita Dalton y Josefina Aranda (coords.), *Políticas públicas. Oportunidades y equidad de género*, CIESAS-UABJO-CDI, pp. 255-294.
- 2013 Entrevistas a Rubicelia Cayetano, Leticia José Antonio, Constanza Cruz Gutiérrez y Dora Ávila Betancourt, 2012-2013.
- 2013 Entrevista a Anabel López, directora del Instituto de la Mujer Oaxaqueña, abril de 2013.
- 2013 Entrevista a Iliana Araceli Hernández Gómez, titular de la Subprocuraduría de Derechos de las Mujeres, Oaxaca
- 2013 Entrevista a Anabel López, directora del Instituto de la Mujer Oaxaqueña.

CARMONA, GLORIA

- 2013 *Construyendo nuevas relaciones por una vida libre de violencia de género. El Centro para los Derechos de la Mujer Naaxwin de Marías Romero, Oaxaca*, Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas-Dirección de Fortalecimiento de Capacidades Indígenas-Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, 112 p.p (En prensa).

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL)

- 2005 *Salud materno-infantil de la población indígena y afrodescendiente de América Latina. Aportes para una relectura desde el derecho a la integridad cultural*, disponible en www.cepal.org/publicaciones/moneda/43399/1/CW3470Oct_2010.pdf.

COMISIÓN NACIONAL PARA EL DESARROLLO DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS (GDI)

- 2006 *Indicadores socioeconómicos y demográficos de los pueblos indígenas*, México, 168 pp., disponible en www.cdi.gob.mx/indica_genero/indicaciones_perspectiva_genero_2006.pdf.
- 2010 *Catálogo de localidades indígenas*, México, disponible en http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=2578:catalogo-de-localidades-indigenas-2010&catid=38:indicadores-y-estadisticas&Itemid=54.
- 2008 *Condiciones socioeconómicas y demográficas de la población indígena. Regiones sur, tomo I, Oaxaca*, pp. 63, disponible en http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com_docman&task=doc_details&Itemid=&gid=111.

COMISIÓN NACIONAL PARA EL DESARROLLO DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS (CDI)-DIRECCIÓN DE FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES INDÍGENAS (DFCI)

- 2012 *Diagnóstico base que sustenta la creación del Programa Acciones para la Igualdad de Género con Población Indígena*, documento interno.
- 2012 *Diagnóstico base que sustenta la creación del Programa Acciones para la Igualdad de Género con Población Indígena*, documento interno.

CASA DE LA MUJER INDÍGENA (CDM) NÁAXWIIN

- 2013 "Comentarios a investigación sobre incidencia", documento interno.

DEL CID LUCERO, VÍCTOR MANUEL (comp.)

- 2008 *Antecedentes, situación actual y perspectivas de la salud intercultural en América Latina*, disponible en www.pueblosindigenasipcn.net/.../80-salud-intercultural-en-latinoamerica.pdf.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA (INSP)

- 2008 *Encuesta de salud y derechos de las mujeres indígenas*, Ensademi, México, disponible en <http://www.insp.mx/produccion-editorial/publicaciones-anteriores-2010/657-encuesta-de-salud-y-derechos-de-las-mujeres-indigenas-ensademi-2008.html>.

GALIMBERTI, ALESSANDRA

- 2012 *Protocolo ODI desde el enfoque de la interculturalidad*, CIESAS-Pacífico Sur, julio 13.

FAÚNDEZ, ALEJANDRA Y MARISA WEINSTEIN

- 2011 *Estrategias en materia de violencia y salud sexual y reproductiva con mujeres indígenas mexicanas impulsadas por CDI* (informe de sistematización), CDI-Inclusión y Equidad (documento de trabajo), México.

FORO INTERNACIONAL DE LAS MUJERES INDÍGENAS ONU

- 2006 *Informe Mairin Iwanka Raya, Informe Complementario al Estudio sobre Violencia contra las Mujeres del Secretario General de las Naciones Unidas*, disponible en <http://www.fimi-iiwf.org/archivos/8162f56478b843333dc95a1f5f381ab1.pdf>

INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES (INMUJERES)

(s/f) *Fecundidad y preferencias reproductivas en las mujeres indígenas mexicanas. Panorama actual con base en los resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica Demográfica 2006*, disponible en http://sector.inmujeres.gob.mx/documentos_download/1011103.pdf.

2009 *Breve análisis de la situación de salud reproductiva de mujeres de Iztula indígena y no indígena*, Encuesta Nacional sobre la Dinámica Demográfica.

LAMAS MARTHA (comp.)

1996 "El concepto de género", Conway, Jill K., Susan Bourque, Susan C. y Joan W. Scotten *El género la construcción cultural de la diferencia sexual*, PUEG-UNAM-Miguel Ángel Porrúa, México.

MENÉNDEZ, EDUARDO

1988 *Modelo médico hegemónico y atención primaria. Segundas jornadas de atención primaria de la salud, 30 de abril al 7 de mayo*, Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires.

1994 "La enfermedad y la curación ¿qué es la medicina tradicional?", en *Alteridades*, pp. 71-83

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU)

2006 *Declaración Universal sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas*
http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_es.pdf

PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD)

2013 *Atando cabos: Igualdad de género e interculturalidad, enfoques y estrategias para avanzar en el debate*, 135 pp.

2014 *Índice de Desarrollo Humano Municipal en México: nueva metodología*.

TAPIA, MÓNICA, BEATRIZ CAMPILLO, SUSANA CRUICKSHANK Y GIOVANNA MORALES

2010 *Manual de incidencia en políticas públicas*, Alternativas y Capacidades, México.

QUISAGUANO MORA, PAULINA

2012 *Likunpa p'wasí g'ijja'fradoto. Mujeres indígenas y políticas públicas: prácticas empujadas en el parto*, FLACSO, Quito, Ecuador.

THISTED, SOFÍA

2007 *Interculturalidad como perspectiva política, social y educativa*, Dirección General de Cultura y Educación, Buenos Aires, 48 pp.

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (UNFPA)

2010 *Promoting Equality, Recognizing Diversity. Case Stories in Intercultural Sexual and Reproductive Health among Indigenous Peoples*, PDF.

V. Kalli Luz Marina y la defensa de los derechos de las mujeres nahuas de la Sierra de Zongolica, Veracruz.

Carolina Díaz Iñigo

Introducción

Kalli Luz Marina, una asociación civil (A. C.) que ha impulsado acciones para la igualdad de género y la defensa de los derechos humanos de las mujeres indígenas, se encuentra en el municipio de Rafael Delgado entre el Valle de Orizaba y la Sierra de Zongolica, en el estado de Veracruz. Desde 2007 se ha dedicado a ofrecer asesoría psicológica y representación legal a nivel del distrito judicial¹⁴⁷ a mujeres de la región, así como un acompañamiento en las instancias locales de impartición de justicia para las mujeres que optan por la conciliación y no por ejercer

¹⁴⁷ A Kalli Luz Marina llegan mujeres de dos distritos judiciales: XV distrito, integrado por los municipios de Orizaba, Acultzingo, Aquila, Atzacan, Camerino Z. Mendoza, San Andrés Tenejapa, Huilopan de Cuauhtémoc, Ixhuatlancillo, Ixtaczoquitlán, La Perla, Maltrata, Mariano Escobedo, Nogales, Rafael Delgado, Río Blanco, Soledad Atzompa y Tlilapan, y el XVI distrito, que incluye Zongolica, Atlahuilco, Astacinga, Los Reyes, Magdalena, Mixtla de Altamirano, Tehuipango, Tequila, Texhuacán, Tlaquilpa y Xoxocotla, aunque las mujeres que acuden a la asociación civil son principalmente de Rafael Delgado y de municipios colindantes en donde gran parte de la población es hablante de náhuatl.

una denuncia. Fundada y coordinada por religiosas Misioneras de la Inmaculada Concepción (MIC) cuenta con el trabajo de una abogada, una psicóloga, una trabajadora social y con cinco promotoras indígenas originarias del municipio; además, en el municipio de Magdalena, ya más adentrado en la Sierra de Zongolica, se ha abierto otro espacio en donde las mujeres también reciben asesoría psicológica y un día a la semana la abogada de planta de Kalli se traslada para ofrecer asesoría, acompañamiento y representación legal; también cuentan con 5 promotoras nahuas.

El espacio en Rafael Delgado se encuentra abierto de lunes a viernes de 9 de la mañana a 7 de la noche, aunque ante cualquier problemática las promotoras y religiosas que habitan en el municipio ofrecen los servicios.

Entre las actividades que Kalli realiza están la ejecución de talleres para la difusión de los derechos de las mujeres, para hombres sobre masculinidad y con adolescentes para cuestionar los roles de género que propician desigualdad y violencia. El trabajo de difusión se ha caracterizado por incluir prácticas innovadoras en las comunidades y poblados indígenas, como un disco (que se obsequia en los talleres) con historietas que narran mediante diversos sociodramas los derechos de las mujeres, así como los foros, encuentros, carteles y trípticos todos en náhuatl y español. Esta ha sido la manera como las mujeres de diversos municipios de la Sierra de Zongolica se han enterado de la existencia y labor de Kalli Luz Marina, aunque también la transmisión de “voz en voz” de las usuarias ha sido parte importante de esta difusión.

Kalli tiene la particularidad de contar con promotoras indígenas que facilitan el contacto, acercamiento y confianza con las mujeres de la región, pues al hablar náhuatl se supera la barrera de la lengua. De hecho, las promotoras muchas veces son las encargadas de impartir los talleres cuando en los municipios la mayoría de la población es monolingüe o habla poco español. Otra de las peculiaridades de la asociación es que brinda apoyo económico para transporte cuando las mujeres carecen de recursos para llegar a Kalli Luz Marina, lo que

sin duda facilita su traslado cuando están recibiendo asesoría jurídica, psicológica o siguen un proceso legal.

La canalización hacia diversas instituciones de salud, de justicia, de la familia (DIF) y con otras asociaciones civiles permite que las mujeres que no pueden ser atendidas en Kalli no queden sin recibir una respuesta. Por ejemplo, si una mujer está en peligro de muerte, puede ser canalizada a uno de los refugios con los que se tiene relación.¹⁴⁸ Debido a la construcción de diversas redes, Kalli cuenta con un soporte social que le permite atender diversos casos en los que estén involucradas las mujeres.

En su corta pero fructífera trayectoria Kalli ha logrado construir redes externas muy amplias y su crecimiento ha sido provechoso gracias a la coordinación y comunicación entre las colaboradoras. Los vínculos construidos a escala local van desde la relación con el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) de Rafael Delgado y Orizaba, la Jurisdicción Sanitaria Número 7,¹⁴⁹ la Universidad del Golfo de México, los centros de salud de Tlilapan, Rafael Delgado, Magdalena y San Andrés Tenejapan y el Colectivo Feminista

¹⁴⁸ El Colectivo Feminista *Cihuatlahuolli* ha realizado durante más de 15 años diversas actividades para la visibilización, sensibilización y en defensa de la violencia de género; su trabajo ha impactado, tanto a población urbana de Orizaba como a la de algunos municipios indígenas y rurales de la sierra de Zongolica: cuenta con un refugio para dar servicio a mujeres violentadas, que ha sido pionero en dar asilo a mujeres de la región. Este colectivo apoyó la construcción de *Kalli Luz Marina*, que desde 2007 también contribuye a la visibilización y sensibilización de la violencia de género. La labor de ambas ha permitido brindar a más mujeres orientación psicológica y legal en la zona. Gracias a esa relación, *Kalli Luz Marina* ha canalizado mujeres maltratadas al refugio del Colectivo Feminista *Cihuatlahuolli*. Otro espacio al que se pueden canalizar las mujeres es Sendero de Vida. Niños Abandonados y Mujeres Abatidas en Conflicto, una asociación civil con sede en la ciudad de Orizaba, y cuyo trabajo está dirigido a ofrecer refugio a niñas y niños maltratados, así como a mujeres en situación de vulnerabilidad y violencia.

¹⁴⁹ Mediante el Programa de Reeduación para Agresores de Violencia de Género y del taller de masculinidad que se imparte en varios municipios de la sierra de Zongolica incluyendo Rafael Delgado.

Cihuatlahualli, hasta con sectores de la Iglesia católica; en el ámbito regional con el Centro de Derechos Humanos Toaltepeyolo, la Casa de la Mujer Indígena (Cami) de Zongolica, el Centro de Servicios Municipales Heriberto Jara (Cesem), el Instituto Veracruzano de Mujeres (IVM), la radio de Zongolica (XEZON), y a escala nacional con la Red Nacional de Refugios, el Instituto Nacional de Mujeres (Inmujeres) y con la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CNDI).

Una de las fortalezas de Kalli es haberse formado con mujeres nahuas de la propia comunidad, quienes junto con algunas religiosas de la orden MIC, especialmente de María López, coordinadora de la asociación, fueron adquiriendo conocimientos sobre las problemáticas más profundas de Rafael Delgado, lo que propició las condiciones para crear este espacio. Las colaboradoras de Kalli Luz Marina se han mantenido firmes en su convicción por el trabajo con las mujeres indígenas y por la difusión de sus derechos, y aunque algunas han dejado de participar, también se han integrado nuevas participantes.

En México y en el estado de Veracruz la teología de la liberación tiene una trayectoria que data aproximadamente de la década 1960. Esta corriente del catolicismo se caracteriza por priorizar el trabajo con los sectores más pobres y vulnerables de la sociedad; tiene sus orígenes en el Concilio Vaticano II (1962-1965) que pretendía cuestionar a una Iglesia alejada del compromiso social. Un estudio realizado en el sur de Veracruz por Ángela Duarte Bastian (2011) muestra la importancia de esta teología y su relación con los movimientos sociales de América Latina y específicamente en esa entidad. Una de las formas en las que históricamente se ha manifestado esta corriente del catolicismo, es la creación de las Comunidades Eclesiales de Base (CEB), en las que el evangelio se interpreta enfatizando su dimensión política; es decir: "...estableciendo un vínculo estrecho entre la Biblia y la realidad" (Duarte, 2011: 51). En estas comunidades se trata de dimensionar la pobreza en términos históricos y estructurales y de trabajar por la justicia social.

Esta reflexión teológica que nace en Latinoamérica continúa tra-

bajando, aunque no necesariamente con el nombre de teología de la liberación ni con el título de Comunidades Eclesiales de Base. En la actualidad existen sacerdotas, religiosas y laicos que acompañan movimientos y organizaciones civiles que trabajan por la justicia y los derechos humanos, y han creado espacios para reflexionar acerca de problemáticas sociales y familiares. Es el caso de la Iglesia San Juan Bautista de Rafael Delgado, en donde se ha creado el Movimiento Familiar Cristiano (MFC), un espacio de reflexión para mujeres, hombres y jóvenes, en el que también participan religiosas MIC del municipio.

Pero ¿quiénes son las Misioneras de la Inmaculada Concepción? Un elemento importante a considerar en la formación y surgimiento de Kalli Luz Marina es su vínculo con un sector de la Iglesia católica comprometido con causas sociales y la defensa de los derechos humanos. Hace doce años, junto con otras religiosas, llegó al municipio de Rafael Delgado María López de la Rica, religiosa misionera, licenciada en Ciencias de la Educación por la Universidad Pontificia Bolivariana de Medellín, Colombia, y especialista en estudios de género y derechos humanos de las mujeres, como parte de la orden MIC, la cual opera en varias partes del mundo, como África, España, Argentina, Colombia, Paraguay, Venezuela, Italia y México.

Las MIC se basan en tres ejes de acción: la educación, la sanidad y la promoción. De esta última se desprenden tres tipos: promoción de la mujer, promoción campesina y promoción de la justicia y derechos humanos.¹⁵⁰ Su trabajo entregado y constante las lleva a transformar en “situaciones de vida” los lugares a donde llegan, como en el caso de Rafael Delegado, en donde han realizado un trabajo comprometido por la justicia para las mujeres:

“Implicarnos en acciones transformadoras, y bueno esto que estamos haciendo siento que sí es una acción transformadora, tratar de cambiar situaciones de muerte por situaciones de vida, situaciones de

¹⁵⁰ Página oficial de las MIC. Estilo de vida. <http://www.misionerasinmaculadaconcepcion.es/identidad/estilo-de-vida/index.html>.

violencia por situaciones de buen trato, situaciones de violación de derechos por situaciones de respeto a los derechos” (María López, coordinadora de Kalli Luz Marina, diciembre de 2012).

Luz Marina se llamaba una misionera MIC asesinada en el municipio de Cuajinicuilapa, Guerrero en 1987, por caciques que querían robar una niña, a quien Luz Marina defendió; fue asesinada: “por enfrentarse al machismo y al poder encarnado en unos hombres” (López, 2012). En honor a la misionera la asociación se denomina Kalli Luz Marina y cada 21 de marzo la orden la recuerda y reflexiona sobre la importancia de seguir trabajando por “el pueblo, por el don de la vida, que nadie tiene derecho a destruirla. La mujer campesina, para que sea valorada y respetada. Nuestra libertad. Somos personas, tenemos derecho a expresarnos”.¹⁵¹ La muerte de Luz Marina alienta a las misioneras a mantenerse en la esperanza de vivir una “vida nueva” en un mundo más fraterno y justo.

Además de las acciones que ha llevado a cabo el Movimiento Familiar Cristiano (MFC), cabe mencionar que Kalli Luz Marina realiza una labor más profunda con respecto a la perspectiva de género y al cuestionamiento de la desigualdad entre hombres y mujeres. Un ejemplo son los talleres sobre masculinidades que se han impartido en el municipio y otras comunidades de la Sierra de Zongolica.¹⁵² Uno de los objetivos del trabajo con hombres adultos es iniciar un proceso de concientización y sensibilización acerca de la violencia de género. En los talleres se discute acerca de la manera en que los hombres han sido socializados para reproducir prácticas y conductas violentas y de esta manera comprendan el proceso cultural y social mediante el que se fo-

¹⁵¹ Luz Marina Valencia y Lucía Peñacoba. Página oficial de las MIC. Luz Marina: <http://www.misionerasinmaculadaconcepcion.es/identidad/luz-marina/index.html>

¹⁵² De esta manera se emprendió una labor para sensibilizar y concientizar sobre la violencia de género a hombres de los municipios de Magdalena, Tonalixco y Rafael Delgado mediante talleres de cinco sesiones de dos horas y 30 minutos cada una con grupos de no más de 20 participantes; en total 60 hombres recibieron capacitación en 2012. Este proyecto fue financiado por la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI).

menta la idea de “ser hombre” caracterizada por la violencia. Algunos de los varones que participan en el MFC y que han asistido al taller comentan que las dinámicas practicadas les servirían para la labor que realizan en la iglesia.

Si bien con el trabajo que realiza el MFC se ha comenzado un proceso de sensibilización acerca de la violencia en contra de las mujeres, los temas de los talleres impartidos por Kalli Luz Marina se basan principalmente en la perspectiva de género, lo que enriquece el cuestionamiento de la desigualdad entre hombres y mujeres, y fortalece el desarrollo de la participación femenina. no sólo dentro de las familias, sino en la Iglesia y en el municipio de Rafael Delgado, objetivos que no podrán alcanzarse únicamente con la perspectiva de la justicia social, sino en correlación con la perspectiva de género.

Lo que hacemos es tratar de que los servicios en la iglesia se realicen de manera equitativa, y sobre todo, que la palabra de las mujeres sea tomada en cuenta con el mismo valor que la de los hombres, que se respeten sus derechos a participar en igualdad. Bueno, eso aquí en el municipio que el párroco es bastante dialogante, pero la verdad dentro de la Iglesia existe el machismo como en todas las instituciones y siempre se da mayor importancia al aporte de los varones, se dan los estereotipos de género. La cultura machista permea no sólo a la iglesia sino a todas las instituciones y no es fácil cambiarla, pero hacemos nuestro esfuerzo (María López, coordinadora de Kalli Luz Marina, octubre de 2015).

En el transcurso de los años, los talleres de Kalli Luz Marina han abordado diversos temas, como el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia, los derechos humanos de las mujeres, la salud sexual y reproductiva, los roles de género, la masculinidad, la participación y liderazgo femenino, entre otros. Por ejemplo, como parte del proyecto “Proceso de formación y capacitación en derechos humanos de las mujeres indígenas para el fortalecimiento de una cultura de buen trato y de igualdad entre géneros 2014” se impartieron talleres a mujeres de Rafael Delgado y Magdalena, principalmente. El objetivo general del proyecto fue promover el conocimiento y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres indígenas desde una perspectiva de

género e interculturalidad. Kalli consideró que para lograr ese objetivo era necesario que las participantes obtuvieran herramientas que les permitieran vincularse con los esfuerzos colectivos de educación y defensa de los derechos humanos y establecieran estrategias para desarrollar personal y colectivamente sus capacidades de liderazgo para la toma de decisiones. Finalmente se enfatizó el derecho a la salud sexual y reproductiva, el derecho a vivir relaciones justas y amorosas en la vida diaria y el derecho a la autonomía económica y a la organización.¹⁵³

A lo largo de estos años Kalli ha atendido todas las modalidades de violencia en contra de las mujeres: institucional, escolar, familiar, física, psicológica, económica y sexual. La prevalencia de violencia física, sexual y económica en Rafael Delgado es parte de las preocupaciones más apremiantes de las mujeres del municipio y de otros municipios de la Sierra de Zongolica, así como la violencia psicológica. En palabras de la trabajadora social de la asociación es un avance significativo el reconocimiento de ésta por parte de las mujeres indígenas, debido a que este tipo de violencia no era fácil de identificar. Uno de los elementos que ha propiciado este reconocimiento es el trabajo de Kalli Luz Marina con la población de la región:

“En el año 2011 atendimos 280 mujeres, el tipo de violencia que más se atendió fue la violencia psicológica y eso significa mucho porque antes las mujeres venían o sólo se acercaban porque sufrían violencia física, pero ahora se están acercando más porque dicen que viven violencia psicológica” (Trabajadora Social de Kalli Luz Marina, septiembre de 2012).

El trabajo de sensibilización con respecto a la violencia de género ha contribuido a que ésta deje de percibirse como natural, despojándola de la legitimidad que le daba justificación; por lo tanto deja de ser inevitable y se convierte en algo injusto que puede y debe ser cam-

¹⁵³ Kalli Luz Marina, A.C., 2014, Sistematización de la experiencia adquirida con el proyecto *Proceso de formación y capacitación en derechos humanos de las mujeres indígenas para el fortalecimiento de una cultura de buen trato y de igualdad entre géneros*.

biado. Esta es una de las razones por las que la violencia en contra de las mujeres, y especialmente la violencia psicológica, ha comenzado a ser más visibilizada en la región.

Contexto

La violencia en contra de las mujeres es un problema de salud a escala mundial y organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), así lo reconocen y subrayan que tiene consecuencias visibles en la salud de las mujeres, ya sean físicas, psicológicas o emocionales. La responsabilidad para la atención de la violencia de género en el sector salud es innegable, pues las víctimas de violencia en su hogar son usuarias frecuentes de los servicios de salud, aunque en su mayoría no informen al médico la causa de sus malestares (Riquer, 2009: 222).

El 20 de junio del 2013, la OMS afirmó que la violencia física o sexual es un problema de salud pública que afecta a más de un tercio de las mujeres en el mundo:

“[...] la OMS indica que el 35% de las mujeres experimentarán violencia y que la proveniente del esposo o la pareja íntima es la más común, abarcando el 30% de los casos. Explica que las víctimas son propensas a sufrir heridas graves o la muerte, depresión, se hacen adictas al alcohol, son contagiadas con enfermedades de transmisión sexual y tienen embarazos no deseados y abortos”.¹⁵⁴

Por desgracia para las mujeres indígenas la situación empeora debido a la marginalidad y vulnerabilidad de su situación. Algunos datos que muestran esta marginalidad se observan en el *Informe sobre desarrollo humano de los pueblos indígenas* (2010), el cual señala que

¹⁵⁴ Centro de Noticias ONU: <http://www.un.org/spanish/News/story.asp?NewsID=26760#.U364mdKSSyYh>.

la desigualdad entre las poblaciones indígenas y las no indígenas en México se manifiesta en cuestiones tan prioritarias como la posibilidad de sobrevivir, pues en el año 2000 la vida media de los indígenas del país equivalía a un riesgo medio de fallecer 14.9% mayor que para los no indígenas. Otra de las desigualdades se manifiesta en la mortalidad materna, pues el riesgo durante el embarazo, parto o puerperio se triplica en municipios mayoritariamente indígenas.¹⁵⁵ Además, según los Indicadores con Perspectiva de Género para los Pueblos Indígenas (2006), sólo 52.6% de la población indígena terminó la primaria, siendo las mujeres las que se encuentran en mayor desventaja, ya que 42.2% de ellas son analfabetas con respecto al 24.6% de los hombres. El analfabetismo¹⁵⁶ en las mujeres es uno de los elementos que contribuye a su marginalidad, al desconocimiento de sus derechos y a su capacidad para ejercerlos (Sieder y Sierra, 2011). Aunque existen diferencias de acuerdo con el contexto específico de las mujeres indígenas, éstas se encuentran entre los sectores más pobres y marginales de la población.

Otra de las manifestaciones de la desigualdad se relaciona con el servicio de salud, pues alrededor de 72% de la población indígena no es derechohabiente de alguna institución de salud (IMSS, ISSSTE, Pemex, Sedena, Semar, Seguro Popular).¹⁵⁷ La desnutrición es otro elemento que ratifica esta desigualdad, pues la prevalencia de desnutrición infantil en 2006 en México fue de 38% en la población indígena y de 12.5% en la no indígena.

¹⁵⁵ *Informe sobre Desarrollo Humano de los Pueblos Indígenas* (2010), Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

¹⁵⁶ Asimismo, en México, 27.3% de la población indígena de 15 años y más no sabe leer ni escribir. Entre la población indígena joven y adulta de 15 a 59 años, existe un rezago educativo importante, ya que 20.6% de esa población no tiene ningún año de educación básica y 26.8% cuenta sólo con algún año aprobado en primaria, pero sin concluirla. *Indicadores con Perspectiva de Género para los Pueblos Indígenas*, versión electrónica, 2006.

¹⁵⁷ CDI-PNUD, 2009, citado en *Informe sobre Desarrollo Humano de los Pueblos Indígenas*, 2010, p. 57).

Para el caso que aquí se presenta es importante señalar que el estado de Veracruz ocupa el cuarto lugar a escala nacional en analfabetismo,¹⁵⁸ además de ser una de las entidades con municipios que más reportan mortalidad materna.¹⁵⁹ La tasa de mortalidad materna en mujeres de 15 a 49 años de edad fue de 72 mujeres en 2012 (Observatorio de Mortalidad Materna, indicadores 2012). No es de extrañar, entonces, que esto se deba a que es una de las entidades con mayor porcentaje de población indígena en México.¹⁶⁰

Violencia de género en el estado de Veracruz

En el estado de Veracruz¹⁶¹ 646 376 mujeres han sido violentadas durante su relación de pareja, 27% han sufrido agresiones extremas y de éstas, 50% han requerido atención médica e incluso han debido operarse para superar los daños ocasionados por las agresiones. De esta manera, el estado supera el porcentaje nacional de mujeres casadas o unidas que han sufrido agresiones extremas.¹⁶² Además, según la Fundación Nacional de Mujeres por la Salud Comunitaria, A. C., en su informe sobre la violencia contra las mujeres en Zongolica, Veracruz (2011), en los últimos 10 años en el estado han desaparecido 5 231 niñas y mujeres.¹⁶³

¹⁵⁸ La población total en el estado de Veracruz es de 7 643 194, de la cual 3 695 194 son hombres y 3 947 515 son mujeres. La tasa de analfabetismo de la población de 15 años y más en Veracruz es de 11.4% (Inegi, 2010).

¹⁵⁹ *Indicaciones con Perspectiva de Género para los Pueblos Indígenas*, versión electrónica, 2006.

¹⁶⁰ Según el *Informe sobre Desarrollo Humano de los Pueblos Indígenas*, 2010, en el estado de Veracruz 13.6% de la población es indígena.

¹⁶¹ Según datos recabados entre octubre y noviembre en la *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares*, 2006.

¹⁶² *Panorama de la violencia contra las mujeres en Veracruz de Ignacio de la Llave*, 2006, p. 10. Además en Veracruz 35.1% de las mujeres de 15 años y más, casadas o unidas reportan al menos un tipo de violencia en el hogar, ya sea física, emocional o patrimonial, en Fundación Nacional de Mujeres por la Salud Comunitaria, A. C., 2011, *La violencia contra las mujeres en Zongolica, Veracruz*.

¹⁶³ Según el Colectivo de Investigación, Desarrollo y Educación entre Mujeres (CI-DEM), en el estado de Veracruz aumentaron 100% los feminicidios entre 2010 y 2012. Este alarmante incremento no se debe únicamente al crimen organizado, pues

En el diagnóstico “Hacia un frente común contra la violencia hacia las mujeres en la región de las altas montañas” (Veracruz) realizado por Cochitlehua, Centro Mexicano de Intercambios, A. C. (Cemiac) y el Colectivo Feminista Cihuatlahtolli, A. C. (2007), se reflexiona acerca de las instituciones, asociaciones y sectores de la sociedad civil a los que puede acudir cualquier mujer de la Sierra de Zongolica que enfrente violencia. En la parte institucional, el diagnóstico identifica diversas dependencias gubernamentales, como la Secretaría de Salud del estado y el IMSS Oportunidades, espacios que idealmente deberían servir para sensibilizar, visibilizar y atender la violencia de género, pues como se mencionó las mujeres víctimas de violencia en su hogar son usuarias frecuentes de los servicios de salud (Riquer, 2009).

No obstante que esas instituciones deben inculcar la atención a la violencia de género y ser capaces de cuestionar las relaciones patriarcales, en la práctica no es así, pues hay un desconocimiento generalizado entre el personal médico sobre los procedimientos para la identificación, atención y mecanismos de referencia en los casos de violencia hacia las mujeres, en especial en relación con la violencia por parte de la pareja (Riquer, 2009: 227).

Además, esas instituciones enfrentan problemas estructurales debido a la falta de “personal, la capacitación o los medios suficientes para poder intervenir de manera integrada en territorios demasiado extensos y con una amplia población” (Cemiac y Colectivo Feminista Cihuatlahtolli, 2007: 52). Al mismo tiempo, el personal médico desconoce la normatividad para brindar ayuda a las mujeres víctimas de violencia, y en muchos casos prevalecen las ideologías patriarcales

sólo 11% de estos crímenes tienen ese origen. “De acuerdo con el monitoreo de medios elaborado por el Observatorio de Género y Erradicación de la Violencia, en Veracruz a partir del día 29 de agosto de 2011... y hasta el 31 de diciembre del año 2012 se cometieron 113 asesinatos de niñas y mujeres en el estado (García y Ortega, 2012: 40). De estos cuerpos, 63% fue expuesto o arrojado a un lugar público, y de estas 113 mujeres asesinadas, 65% tenía una relación de parentesco o de confianza con el asesino (*Ibidem*).

que justifican la discriminación de las mujeres y fomentan su culpabilización. De esta manera en las instituciones de salud se continúa reproduciendo la violencia de género, y para las mujeres indígenas la situación se agudiza, pues además enfrentan la discriminación y racismo de parte de servidores públicos.

La Jurisdicción Sanitaria 7, de los Servicios de Salud de Veracruz (Sesver) es la encargada de atender parte de la región de la Sierra de Zongolica y Orizaba en centros de salud en zonas urbanas y rurales, los cuales deben seguir un protocolo para atender a mujeres violentadas. Según la Norma Oficial Mexicana de Salud (NOM-190-SSAI-1999, SSA 2003 y SSA 2006) en lo referente a la violencia familiar, sexual y contra las mujeres, indica que se deben evaluar y atender las lesiones de los usuarios, así como integrar un expediente mediante el llenado de un certificado de Aviso al Ministerio Público. “Si bien este certificado no sustituye a los exámenes realizados por la médico legista para recabar las evidencias médico-legales, sí puede convertirse en una importante prueba pericial” (Cemiac y Colectivo Feminista Cihuatlahuolli, 2007: 63). Con este documento se informa a la Agencia del Ministerio Público la situación de la mujer violentada, aunque el proceso es solamente informativo.

En la clínica de Rafael Delgado las mujeres no necesariamente reciben esa atención. En entrevista, una de las doctoras hizo referencia a la situación que ocurre en el municipio:

- ¿Hay muchos casos de violencia?
- Sí, muchos... Muchas no lo admiten. Hay principalmente violencia psicológica, física y económica...
- ¿Cuál es el procedimiento cuando llegan mujeres violentadas?
- Hay una hoja (Aviso al Ministerio Público), un certificado de lesiones, el médico que otorga la atención se lo da a la mujer, pero ahora no contamos con eso, no sé por qué no lo tenemos (Doctora Jazmín Guzmán, entrevista de Carolina Díaz, diciembre de 2012).

La Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas (Ensaemi 2008), primera encuesta nacional dedicada a medir la prevalen-

cia de la violencia familiar ejercida contra mujeres indígenas en ocho regiones del país,¹⁶⁴ señala que además de las innumerables consecuencias de la violencia de género, ésta representa un gasto para ellas: “Se estima en general que las usuarias de servicio de salud y sus hogares gastaron un total de 3 130 876 pesos para la atención de las lesiones ocasionadas por el maltrato de su pareja, siendo el gasto promedio por lesionada de 322 pesos” (Ensademi 2008: 93). Las mujeres de la región de la Sierra de Zongolica gastan en promedio un total de 205 pesos cuando sufren alguna lesión” (*Ibidem*, 91).

En la misma encuesta se menciona que el personal médico no brinda a las mujeres la información adecuada sobre a dónde acudir a recibir ayuda, y es común que en esas instituciones se les ignore. Además de la falta de canalización existen diversas problemáticas relacionadas con la infraestructura y atención en las instituciones de salud, sobre todo donde la mayoría de la población es indígena, como es el caso de la clínica de Rafael Delgado y de otras de la Sierra de Zongolica. Con frecuencia la atención que reciben las mujeres no es la adecuada, además de que no siempre entienden las indicaciones de los médicos, pues no toda la población habla español.

El siguiente relato muestra parte de la problemática en el municipio de Rafael Delgado y cómo Kalli Luz Marina ha hecho frente a la situación:

En ocasiones que han venido usuarias con lesiones, algunas veces cuando llegan con nosotras (Kalli Luz Marina) ya fueron a la clínica del municipio para que las revisen y solicitan un certificado médico para poder probar con qué tipo de lesiones llegaron, de ahí las acompañamos a denunciar si la usuaria así lo quiere, porque en la Agencia del Ministerio Público hay médico legista quien nuevamente las revisa y ese dictamen es el que es válido para la procuraduría y el que dan en la clínica sólo sirve como referencia. Aquí nos llegó una usuaria que fue muy golpeada por su expareja padre de sus hijos, como fue en fin de semana la llevaron directo

¹⁶⁴ Estas regiones son Altos de Chiapas, Costa y Sierra Sur, Zongolica, maya, mazahua, otomí, istmo, huasteca, chinanteca.

a casa de María (coordinadora de Kalli Luz Marina) y mandaron traer a una ambulancia para que la trasladaran al hospital regional de Río Blanco, ya estando ahí por el tipo de lesiones que llevaba la usuaria, las de trabajo social se encargan de dar parte al Ministerio Público y si la mujer quería denunciar ahí mismo le deben tomar su declaración. El médico, la psicóloga y trabajo social, la van a ver para certificar sus lesiones y que tan afectada está la usuaria.

Esto en teoría así es, lo realizan los del hospital así como los del Ministerio Público, pero se tardan mucho para los trámites y volvemos al desinterés y desorganización de estas dependencias, por lo que el trato de una mujer golpeada que llega a una clínica u hospital no tiene nada de preferente, ya que para estas instancias son una paciente más o una denuncia más.

La relación que tenemos con la clínica de Rafael Delgado creo que es cordial, incluso en ocasiones nos mandan a las usuarias, pero creo que sin mayor relevancia en su trato. El trato que le dan a una mujer golpeada no es preferencial, pues tiene que esperar su turno para que la atiendan y en ocasiones la victimizan nuevamente en estas dependencias. Yo que ando en estos asuntos me ha tocado ver el trato de mujeres víctimas de una violencia muy extrema, y no se diga de las víctimas de un ataque sexual, en ocasiones estas víctimas sienten que ellas son las responsables de lo que les pasó, por el trato que reciben del personal, no hay respecto a las usuarias por lo que no podemos hablar de una sensibilización en el sector salud desgraciadamente (Abogada de Kalli Luz Marina, entrevista de Carolina Díaz, diciembre 2012).

Existen grandes diferencias entre la Norma Oficial Mexicana de Salud y la implementación de ésta en las clínicas que atienden población indígena y mestiza. La discriminación y la falta de información que las mujeres experimentan en estos espacios limita en gran medida la posibilidad de acceder a una vida digna con respeto a sus derechos humanos, perjudicando su salud y la posibilidad de recibir herramientas que le permitan salir de una situación de violencia. De acuerdo con la norma, las instituciones y dependencias de salud:

“[...] tienen la obligación de prestar atención médica y psicológica, así como de canalizar de manera adecuada a las víctimas hacia los servicios legales y de procuración de justicia. Además, establece las bases para que el registro de información médica pueda ser utilizado como material probatorio en caso de emprender acción

penal, y prevé que las autoridades de las dependencias de salud den parte al Ministerio Público sobre los casos de violencia o de riesgo a la violencia que atiendan en cualquiera de sus servicios (Riquer, 2009: 22).

Por su parte, Amnistía Internacional establece que “[...] los profesionales médicos deben tratar la violencia doméstica y sexual como un asunto jurídico y de salud pública” (Amnistía Internacional, 2008: 33). Sin embargo, según su informe *La lucha de las mujeres por la seguridad y la justicia. Violencia familiar en México* hay profesionales de salud que no siguen esta norma y no informan a las mujeres de sus derechos ni dejan registro de sus casos.

Como menciona el relato anterior, otro espacio de atención médica para casos de violencia son las agencias del Ministerio Público, donde son los médicos legistas quienes se encargan de efectuar los exámenes médicos a las mujeres; sin embargo, con frecuencia esos servidores públicos carecen de la capacitación suficiente respecto a la violencia de género, lo que origina una revictimización de las usuarias.

Es importante mencionar que en 2013, Kalli Luz Marina creó una agenda ciudadana como resultado de un autodiagnóstico participativo en el que intervinieron 120 mujeres y 56 hombres de los distintos grupos y movimientos de la parroquia San Juan Bautista. En la agenda se incluyeron varias demandas; entre ellas la atención a la salud, pues ante la insuficiente infraestructura en el municipio consideraron necesario la creación de una Unidad Médica Familiar Integral que incluyera medicina tradicional y personal sanitario capacitado que trabajara con enfoque de género e interculturalidad. Esta agenda ciudadana es parte del esfuerzo de la asociación por influir en el la atención sanitaria de la población de Rafael Delgado y de plantear demandas frente a las autoridades municipales.

En la región de Zongolica 3 907 (17.59%) mujeres consideradas por la Ensademi 2008 reportaron vivir violencia no severa de su pareja actual; 2 381 (10.72%) declararon sufrir violencia severa de la pareja actual; 3 030 (13.58%) viven violencia psicológica no severa, y 2 332

(10.45%) padecen violencia psicológica severa. Cuando las mujeres indígenas de la Sierra de Zongolica acuden a las instancias de salud y de impartición de justicia y no se levantan las actas correspondientes ni se les brinda atención adecuada, se pone en riesgo su salud, su vida y se violan sus derechos. El (cuadro 10) muestra las razones por las que no se levantaron las actas correspondientes en casos de violencia.

Cuadro 10. Razones por las cuales las mujeres no denunciaron casos de violencia

Le negaron la atención	20.07%
Porque no tiene dinero para denuncias	19.70%
Citaron a la pareja y no se presentó	19.70%
Por falta de pruebas	20.80%
Otro	19.70%

Fuente: Ensademi 2008.

Según estos datos el alto número de mujeres a las que no se apoyó para levantar un acta por considerar falta de pruebas es un ejemplo de que la vida y la salud de las mismas se tiene que poner en peligro, en la lógica de los funcionarios, para recibir la ayuda y la atención necesarias.

El municipio de Rafael Delgado

La Sierra de Zongolica, en el estado de Veracruz, es una porción de la Sierra Madre Oriental formada por trece municipios.¹⁶⁵ La región cuenta en su mayoría con población indígena y guarda una configuración especial en la que es posible hablar de los nahuas de Zongolica. Esa configuración específica del espacio y una evidente unidad de patrones culturales, dialectales y de poblamiento justifican esta delimitación (Rodríguez, 2003: 21).

¹⁶⁵ Astacinga, Atlahuilco, Magdalena, Mixda, Rafael Delgado, Los Reyes, Soledad Atzompa, Tehuipango, Tequila, Texhuacan, Tlaquilpa, Xoxocotla, Zongolica.

El municipio de Rafael Delgado, con una superficie de 26.7 km cuadrados, colinda al norte con Ixtaczoquitlán y Orizaba; al sur con San Andrés Tenejapan, Tequila y Tlilapan; al este con Ixtaczoquitlán, y al oeste con Huilopan de Cuauhtémoc, Camerino Z. Mendoza y Soledad Atzompa. Se localiza a un costado de la carretera que conduce a los municipios de la sierra, entre los que destacan Tequila y Zongolica por ser los más importantes para la vida económica y social de la región, ya que desde la colonia han sido puntos estratégicos para la intermediación de productos y lugar de encuentro para diversos poblados de la sierra, razón por la que ahí opera un gran número de acaparadores y comerciantes mestizos (Rodríguez, 2003).

La ubicación de Rafael Delgado es singular, pues se encuentra en las faldas de la Sierra de Zongolica y no tan adentro en la misma; su cercanía con Orizaba es una de sus peculiaridades; sin embargo, aún conserva características que la diferencian de la urbe, como la alta conservación de la lengua náhuatl, sobre todo en las localidades de Rafael Delgado y en Tzoncolco pertenecientes al municipio. Jalapilla es, junto con Rafael Delgado, la de mayor población; ésta se encuentra aún más cercana a la ciudad, lo que ha propiciado su urbanización y la diferenciación económica y social con los “san juaneros” (de la localidad de Rafael Delgado), como algunos les llaman, cuya localidad está menos urbanizada y conserva en mayor proporción la lengua náhuatl y sus costumbres, como la mayordomía.

Según el Censo de Población y Vivienda 2010, el municipio de Rafael Delgado tiene de 20 245 habitantes; 9 978 son hombres y 10 267, mujeres. La población de tres años y más es de 18 936, y de éstos 50% es hablante de náhuatl. El municipio se compone de 16 localidades y presenta un índice de marginación alto,¹⁶⁶ pues la población en situación de pobreza es de 15 616, lo que equivale a 79.3% del total y sólo 4.8% no es pobre. El porcentaje de analfabetismo en el municipio asciende a 13.9%, ya que la población de 15 años y más analfabeta

¹⁶⁶ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval).

es de 1 829 (Inegi, 2010). Otro aspecto de la marginación en Rafael Delgado es que la población no derechohabiente a un servicio de salud asciende a 11 383 personas.

Cuadro 11. Población derechohabiente al servicio de la salud en el municipio de Rafael Delgado

Población derechohabiente a servicio de salud en Rafael Delgado	8,791
IMSS	3,005
ISSSTE	949
ISSSTE Estatal	9
Pemex, Sedena o Semar	5
Seguro Popular	4,675
Institución privada	150
Otra institución	60
No derecho habiente	11,383
No especificó	71

(Inegi, 2010)

Algunos elementos que ejemplifican la situación de las mujeres en el municipio son la violencia de género y el feminicidio. En una nota periodística del Periódico La Jornada Veracruz, una de las actuales promotoras de Kalli Luz Marina expresa esta situación: “Alberta de la Cruz, habitante de Rafael Delgado y voluntaria de dicho centro... expuso que en su municipio se habla ya de siete mujeres asesinadas por sus esposos, padres o hermanos, pero nadie dice nada, todos callan y las únicos (sic) que las ayudan son las religiosas” (Trujillo, 2009).

Según el *Diagnóstico participativo sobre la condición y situación de las mujeres* (2011) realizado por el Instituto Municipal de la Mujer de Rafael Delgado, el 61 % de las encuestadas afirman que es común la violencia hacia las mujeres en su colonia. 68% de ellas afirma conocer casos del marido que golpea a su cónyuge; 50.5% conocen casos sobre maltrato físico y verbal hacia los hijos; para 70.9 % es común que en los hogares se presenten insultos hacia las mujeres por parte de los

esposos, y 65% refiere casos en los que el marido ha abandonado su hogar y a su esposa.

En la Encuesta sobre la Violencia hacia la Mujer Indígena en Rafael Delgado, Veracruz (Enviomuji, 2012) realizada por Kalli Luz Marina, de una muestra de 279 encuestadas 100% señaló que en el municipio las mujeres experimentan al menos un tipo de violencia y 62% indicó más de un tipo; 38% de las mujeres opinó que la violencia física es la más recurrente, seguida de la violencia psicológica con 33%.

En la Procuraduría de la Defensa del Menor, la Familia y el Indígena del DIF de Rafael Delgado, en 2011 se atendieron 112 casos, todos por conflictos familiares.¹⁶⁷ De estos casos, 26 fueron denuncias realizadas por mujeres, y de ellas, 50% fueron por pensión alimenticia y 50% por violencia física del esposo.

El DIF es aún el espacio en donde se dirimen conflictos familiares y de pareja en Rafael Delgado; no obstante, la abogada de esta instancia ha construido una relación cercana con Kalli Luz Marina, e incluso ha canalizado a mujeres a esta asociación para presentar alguna denuncia o se les asesore. De igual manera, algunas mujeres que deciden acudir al DIF pueden ir acompañadas de una colaboradora de Kalli Luz Marina ya sea para iniciar una denuncia o una conciliación.

Con el trabajo de difusión y defensa de Kalli son más las mujeres que deciden iniciar un proceso legal cuando han sufrido violencia: “por lo regular las mujeres no están capacitadas para la denuncia, pero con el Kalli Luz Marina ya se están sintiendo valoradas” (procuradora del DIF de Rafael Delgado, noviembre de 2012). Sin embargo, de las mujeres que se animan a denunciar en la Procuraduría del Menor y de la Familia perteneciente al DIF de Rafael Delgado, 50% desiste, quizá porque la denuncia no es la única vertiente de cambio para las

¹⁶⁷ Clara Yuridia Rojas Torres, procuradora de la Defensa del Menor, la Familia y el Indígena del DIF de Rafael Delgado.

relaciones familiares y de género de las mujeres indígenas, pues no es ésta siempre una estrategia viable para ellas debido al costo social que genera y a los diversos obstáculos que enfrentan cuando deciden usar el derecho del Estado. No obstante, cuando las mujeres indígenas recurren a la denuncia, esperan que sus relaciones familiares y conyugales se transformen en alguna medida aunque no concluyan el proceso legal.

Una estrategia alterna a la denuncia se manifiesta cuando las mujeres acuden a Kalli para estar acompañadas en los espacios de impartición de justicia local, ya sea con los agentes municipales (en congregaciones) y subagentes (en rancherías), así como con síndicos (en las cabeceras municipales); es decir, las mujeres no sólo optan por la denuncia, sino que también solicitan el apoyo de Kalli para realizar conciliaciones o acuerdos para tratar de solucionar sus conflictos familiares y de pareja. En estos espacios la intervención de Kalli Luz Marina se torna importante, pues comúnmente en esos acuerdos prevalecen ideas y costumbres que legitiman la violencia en contra de la mujer y se refuerzan los roles de género establecidos. Por ello, si una mujer solicita la mediación de la asociación, ésta invoca los derechos de las mujeres y brinda su apoyo, lo que finalmente se traduce en presión para que las conciliaciones se resuelvan con mayor perspectiva de género.

Metodología

Este capítulo se estructuró a partir de la revisión documental del trabajo de dos colaboradoras¹⁶⁸ de Equifonía de Xalapa, A. C., quienes hicieron un seguimiento a Kalli Luz Marina con el fin de conocer su incidencia en políticas de salud para las mujeres.¹⁶⁹ Para ello se realizó una estancia en Kalli Luz Marina (agosto-diciembre de 2012) y

¹⁶⁸ Araceli González Saavedra y Karina Soto Zarasas.

¹⁶⁹ En el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, CIESAS-Golfo, con la tesis Género y justicia entre las mujeres nahuas del municipio de Rafael Delgado, Veracruz. Una mirada a través de la Asociación Civil Kalli Luz Marina.

un acompañamiento a mujeres nahuas de Rafael Delgado y la Sierra de Zongolica víctimas de violencia de género, quienes presentaron denuncias en las agencias del Ministerio Público o convenios en las cabeceras municipales. El método aplicado fue el etnográfico, privilegiando la observación participante.

Entre las actividades y técnicas de investigación de campo destacan la revisión de expedientes y la participación en eventos como talleres y pláticas de Kalli Luz Marina; la realización de entrevistas formales e informales a las promotoras nahuas, profesionistas (abogada, psicóloga, trabajadora social), religiosas de la asociación, y a mujeres que solicitaron asesoría, así como a autoridades y representantes de otras asociaciones civiles e instituciones de justicia de la región.

Las entrevistas con las colaboradoras, promotoras y usuarias de Kalli se grabaron con su consentimiento y otras solo se registraron mediante el diario de campo. Para el caso de las promotoras y usuarias de la asociación sus nombres se mantienen en el anonimato o han sido cambiados.¹⁷⁰

En el (cuadro 12) se detallan las entrevistas realizadas durante el proceso de investigación y algunos de los temas explorados.

Cuadro 12. Entrevistas y temas

ENTREVISTA	TEMAS
Minerva Teresa Alonso Rivera, psicóloga de Kalli Luz Marina	Violencia de género; trabajo que realiza la asociación; importancia de la familia en la reproducción de la violencia de género; el trabajo de asesoría psicológica y su impacto en usuarias; el trato que las mujeres de la región reciben de las instancias gubernamentales y autoridades locales.
Araceli Rodríguez Rosas, abogada de Kalli Luz Marina	El uso del derecho por parte de las mujeres de la Sierra de Zongolica y del municipio de Rafael Delgado; denuncias, conciliaciones y casos de mujeres que asisten a la asociación; el trato que las mujeres reciben de las instituciones gubernamentales y autoridades locales cuando viven violencia de género.

¹⁷⁰ A todas les agradezco profundamente su confianza, ya que sin su colaboración este trabajo no hubiese sido posible.

ENTREVISTA	TEMAS
Imelda Monserrat Zepahua Vázquez, trabajadora social de Kalli Luz Marina	La familia y su papel en la reproducción de la violencia de género; acceso a la justicia y salud para las mujeres indígenas de la región; redes creadas por Kalli Luz Marina; trato que las mujeres de la región reciben de las instancias gubernamentales y autoridades locales.
Promotoras de Kalli Luz Marina en sus dos sedes (municipio de Rafael Delgado y Magdalena)	Violencia de género en su historia personal; experiencias y cambios a partir de su participación en la asociación; retos y dificultades que han enfrentado; experiencia como promotoras de los derechos de las mujeres.
María López de la Rica, religiosa y coordinadora de Kalli Luz Marina	Trabajo que realiza la asociación; el acceso a la justicia y salud para mujeres de la región; historia de la formación de la asociación; situación de las mujeres de la región; compromiso de la orden MIC con la difusión de los derechos humanos, el trabajo por la justicia social y la equidad de género.
Gerardo Rodríguez Montero, psicólogo que imparte talleres de masculinidad en Kalli Luz Marina	Roles de género; talleres sobre masculinidad; trabajo doméstico; violencia familiar que han experimentado en la infancia los hombres de la región; papel de los hombres en la reproducción de la violencia de género.
Rodolfo Isidro Hernández, síndico del municipio de Rafael Delgado	Denuncia de las mujeres del municipio; conciliación; violencia familiar.
Luz del Carmen Limón, psicóloga del DIF de Rafael Delgado	Situación de las mujeres del municipio de Rafael Delgado; casos de mujeres que ha atendido; violencia de género; papel de la familia en la reproducción de la violencia de género.
Clara Yuridia Rojas Torres, procuradora del DIF de Rafael Delgado	Casos que ha atendido el DIF del municipio de Rafael Delgado; violencia de género y papel de la familia en su reproducción; denuncias presentadas por las mujeres.
Guadalupe Romero Cid, directora del Instituto de la Mujer en el municipio de Rafael Delgado	Trabajo que realiza el Inmujeres; situación de las mujeres del municipio de Rafael Delgado.
Edmundo Hernández Amador, sociólogo originario de Rafael Delgado	Familia, violencia y roles de género; situación de la población del municipio de Rafael Delgado.
María de la Luz Ramírez, intérprete de la agencia del Ministerio Público Especializada en Delitos contra la Libertad y la Seguridad Sexual y contra la Familia de Zongolica	Violencia de género; problemas y conflictos familiares de las mujeres de la Sierra de Zongolica; casos de denuncia.

ENTREVISTA	TEMAS
Usuarías de Kalli Luz Marina (entrevistas formales e informales, observación participante en asesorías legales y en sus procesos judiciales)	Casos de denuncia; trato que reciben de las instituciones gubernamentales; retos y obstáculos que enfrentaron para acceder a la justicia y a la salud; relaciones familiares y conyugales.
Entrevistas informales con mujeres del municipio de Rafael Delgado	Violencia de género; roles de género; trato que las mujeres indígenas reciben de las instituciones gubernamentales.
Jairo Guarneros Sosa, cofundador del colectivo Cihuatlahtolli	Violencia de género; acceso a la justicia y salud para las mujeres indígenas de la Sierra de Zongolica; papel de los refugios para mujeres en situación de violencia.

De esta manera fue posible conocer cómo Kalli interviene en la vida y salud de las mujeres:

- a) al canalizarlas a algún refugio,
- b) representarlas legalmente cuando su salud y vida corren peligro,
- c) asesorarlas psicológicamente para su salud emocional,
- d) enfrentar a los servidores públicos que con frecuencia violan sus derechos, y
- e) ser un espacio de Interlegalidad (Santos, 1999; Sierra, 2004; Chenaut, 2004)¹⁷¹ donde las mujeres indígenas están apropiándose del lenguaje de derechos humanos para transformar sus realidades familiares y relaciones de pareja.

Resultados y análisis

En 2003 llegaron a Rafael Delgado las Misioneras de la Inmaculada Concepción y comenzaron a trabajar con el sacerdote Andrés Vargas, quien desde 1999 hasta 2006 realizó labor social en la parroquia del municipio. A partir de esta labor conjunta la primera problemática atendida fue la de adicciones en jóvenes y hombres del municipio. La

¹⁷¹ Interlegalidad se refiere a la pluralidad de diversos referentes normativos, discursos legales, ordenamientos jurídicos y su actualización en situaciones concretas (Santos, 1999; Sierra, 2004).

violencia de género y la situación de la salud de las mujeres aún no era visible y solo con el paso del tiempo y el trabajo en Rafael Delgado fue que las religiosas se cuestionaron si su labor estaba orientada a la problemática más profunda de las familias y mujeres del municipio. Así lo recuerda María López de la Rica, religiosa de origen español y actual coordinadora de Kalli Luz Marina, quien desde hace 12 años vive y trabaja en Rafael Delgado:

En los primeros cuatro años trabajé con chavos banda. Había un equipo al que llamaban “comité antidrogas” y comencé a trabajar con ellos, pero veía que por más que tratábamos de hacer actividades con ellos como que no había mucho cambio. El trabajo con la juventud buscaba concientizar sobre las consecuencias del consumo de drogas y alcohol en la salud, en la vida familiar y en el ámbito social. Las actividades contemplaban talleres y pláticas sobre prevención con el apoyo de un psicólogo (quien ahora imparte talleres sobre masculinidad); sin embargo, la violencia entre los jóvenes y el consumo de alcohol y drogas siguió siendo un grave problema.

El surgimiento de Kalli Luz Marina y sus redes de apoyo

A partir de la relación que se estableció con el Centro de Servicios Municipales Heriberto Jara (Cesem)¹⁷² y el Colectivo Feminista Cihuatlahuolli,¹⁷³ asociaciones que han tenido una fuerte relación con Kalli Luz Marina, se decidió realizar un diagnóstico para conocer con mayor profundidad la situación de las familias de Rafael Delgado. Para

¹⁷² Organismo civil que busca “Trabajar para el análisis, defensa, promoción y fortalecimiento del ámbito municipal como espacio genuino para construir ciudadanía.”... “Organización autónoma cuyo objeto es promover que la gestión de las autoridades municipales sea más eficiente a partir de la participación ciudadana en aras de mejorar las condiciones de vida de la comunidad”: <http://guiaqesq.cencos.org/?p=128>.

¹⁷³ Asociación civil que trabaja en Orizaba y diversos municipios de la sierra de Zongolica en varias vertientes, como los talleres que incluyen temas de derechos humanos, derechos humanos de las mujeres, violencia de género, construcción de género, sexualidad y prevención de VIH, además del acompañamiento a mujeres en cuestiones legales y psicológicas. Asimismo el colectivo construyó un refugio para mujeres maltratadas ubicado en la ciudad de Orizaba (Entrevista a Jairo Guarnero Sosa, integrante y cofundador del Colectivo).

ello se contó con María López de la Rica y un grupo de mujeres que participaban en los grupos de la iglesia San Juan Bautista. La Iglesia de Rafael Delgado llevaba una trayectoria en el impulso de proyectos para mejorar la realidad social del pueblo; el interés del sacerdote Andrés por la teología de la liberación y las Comunidades Eclesiales de Base (CEB) había alimentado la orientación de la labor de la parroquia. Algunas de las actuales promotoras de Kalli Luz Marina pertenecieron a estos grupos, lo que marca un antecedente de la participación y organización de las promotoras indígenas en la asociación. Aunque en la actualidad el sacerdote Andrés ya no se encuentra en Rafael Delgado, la labor de la parroquia sigue siendo sólida y el actual sacerdote, Clemente Martínez, orienta algunos grupos, como el de Movimiento Familiar Cristiano (MFC), y apoya el trabajo de Kalli.

En el diagnóstico mencionado se pudo saber que ocho de cada diez mujeres vivían violencia. Así, esta actividad contribuyó a conocer la desafortunada situación de muchas mujeres y familias del Rafael Delgado. Dado que la intención de ese análisis era contribuir y planear una organización para la solución de esas problemáticas surgió la pregunta: “¿Por qué no hacemos un centro donde den atención a las mujeres que viven violencia?... Si la mujer tomaba la palabra se fortalecía y se empoderaba, quizás mejorarían las relaciones en la vida familiar y los adolescentes, los niños no tendrían que salir a la calle a buscar afecto en la banda” (María López, coordinadora de Kalli Luz Marina).

A partir del diagnóstico se solicitó a la Universidad del Golfo México (UGM), campus Orizaba que estudiantes de psicología ofrecieran su servicio social en Rafael Delgado. Fue entonces cuando esos alumnos, asesorados por sus profesores, comenzaron a brindar atención a las mujeres los sábados de nueve de la mañana a dos de la tarde.¹⁷⁴ La inauguración del espacio estuvo marcada por una gran asistencia de mujeres y por sus voces que demandaban un espacio:

¹⁷⁴ La mayoría de las mujeres que asistieron a esas asesorías provenían del municipio de Rafael Delgado y hablaban español.

Me acuerdo que el día que quisimos que fuera el padre a inaugurar y que se dieran cuenta de que íbamos a empezar, invitamos a las vecinas, invitamos a la cuadra de alrededor, la gente vio que había movimiento y llegaron como unas 100 mujeres. En la celebración el padre bendijo el lugar y dijo unas palabritas y escuchamos que una señora dijo: ¡Hasta que se dieron cuenta que las mujeres existimos! Y dijimos ¡wow!, cómo que si resonó esto” (María López, coordinadora de Kalli Luz Marina).

Posteriormente cuatro mujeres de Rafael Delgado, ahora promotoras, y María López fueron invitadas a la presentación de la recién creada Ley de General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en la ciudad de Xalapa. A partir de esa invitación se construyeron y fortalecieron las relaciones con diversas asociaciones civiles, como el Colectivo de Investigación, Desarrollo y Educación entre Mujeres (CIDEM),¹⁷⁵ el Centro de Servicios Municipalista Heriberto Jara (Cesem) y el Colectivo Feminista Cihuatlahualli; los dos últimos, piezas importantes que impulsaron y apoyaron la formación de Kalli Luz Marina.

Más adelante, con la asesoría del colectivo Feminista Cihuatlahualli, las promotoras y María López realizaron un proyecto para el Programa de Apoyo a las Instancias de Mujeres en las Entidades Federativas (PAIMEF).¹⁷⁶ A partir de esa relación con el PAIMEF y el recién creado Instituto Veracruzano de las Mujeres se contó contar con una psicóloga y una abogada de tiempo completo.

¹⁷⁵ Fundamos CIDEM, organización feminista sin fines de lucro, como una iniciativa de mujeres de la sociedad civil donde confluyen colectivamente procesos articulados de incidencia política, de investigación y monitoreo, de comunicación, de articulación y generación de alianzas, y de formación”: <http://www.cidem-ac.org/sitio/index.php?page=quienes-somos>.

¹⁷⁶ El Programa de Apoyo a las Instancias de Mujeres en las Entidades Federativas para Implementar y Ejecutar Programas de Prevención de la Violencia contra las Mujeres (PAIMEF), pionero en México y América Latina, fue aprobado en 2005 por la LIX Legislatura y lo opera desde 2006 el Instituto Nacional de Desarrollo Social (Indesol). Este órgano desconcentrado de la Sedesol promueve acciones para combatir la pobreza y la vulnerabilidad social de la población como la que origina la violencia contra las mujeres. Este grave problema social es una violación flagrante a los derechos humanos de las mujeres, arraigada en las relaciones desiguales de poder entre mujeres y hombres, que vulnera las estructuras de la sociedad y constituye un

El 21 de marzo del 2007 nace la asociación civil Kalli Luz Marina, en un contexto donde la violencia hacia las mujeres la consideraban grave las instituciones gubernamentales, las asociaciones civiles y la población de la región. A partir del caso de Ernestina Asencio, mujer nahua de 73 años violada tumultuariamente y asesinada por elementos del Ejército mexicano en el municipio de Soledad Atzompa, en 2007,¹⁷⁷ las labores encaminadas a mejorar la realidad de las mujeres de estas zonas se intensificaron, pues el descontento de los habitantes era evidente. Además, la creación de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia fue otro elemento que propició la formación de diversas instancias para darles atención. Con el tiempo y por estos acontecimientos cada vez más mujeres indígenas de la región de la Sierra de Zongolica se enteraron de la existencia de Kalli Luz Marina, mediante la difusión de cápsulas radiofónicas y *spots* que se transmitían en la radio de la región; los foros fueron otro elemento que permitió que cada vez más mujeres, asociaciones civiles e instituciones gubernamentales se enteraran de su existencia. Así, en el municipio de Magdalena se creó otro centro donde actualmente reciben y asesoran a más mujeres y cuentan con sus propias promotoras indígenas

Parte importante de la atención a la salud mental de las mujeres se realiza en la asesoría psicológica que ofrece la asociación. En ella las usuarias se expresan y reflexionan acerca de su vida y de lo que quieren mejorar en su entorno cotidiano. Conocer el contexto de las mujeres de la región es importante para entender la particularidad de la violencia que enfrentan y la situación de su salud emocional y física. Por ello la asesoría psicológica representa una pieza clave para enfrentar esa situación; entender el contexto familiar y cultural de estas mujeres

obstáculo para el desarrollo humano, así como para la vida democrática del país: http://www.indesol.gob.mx/es/web_indesol/Programa_de_Apoyo_a_las_Instancias_de_Mujeres.

¹⁷⁷ El entonces presidente de la República Felipe Calderón declaró que la mujer había muerto de una gastritis crónica, en un intento por no desprestigiar al ejército mexicano y su presencia fuera de los cuarteles en la ya bien conocida "guerra contra el narcotráfico".

permite a Kalli orientar sus acciones y éstas sean exitosas al conocer los factores familiares y culturales que contribuyen a la reproducción de la violencia de género; también son conscientes de las respuestas y acciones de las instituciones públicas en relación a la salud, la violencia hacia las mujeres y sus implicaciones en la vida de las mismas.

La psicóloga de Kalli Luz Marina que conocí durante el proceso de investigación,¹⁷⁸ se incorporó después de que el grupo de estudiantes de la UGM campus Orizaba, inició la asesoría psicológica. Teresa se incorpora a la asociación por el contacto que su esposo (también colaborador de Kalli) tenía con el anterior sacerdote de Rafael Delgado y con la religiosa María López. Si bien las mujeres que asisten a Kalli no necesariamente hablan español, las que reciben asesoría psicológica por lo general son bilingües; sin embargo, cuando una mujer monolingüe busca asesoría, las promotoras indígenas cumplen con el papel de intérpretes con el consentimiento de las usuarias y de un criterio de confidencialidad, ya sea en las consultas psicológicas, legales o en los talleres y diferentes actividades. La confidencialidad es un componente importante que permite fortalecer la confianza de las usuarias y el ejercicio pleno de la defensa y difusión de sus derechos, pues se respeta la integridad de las mismas.

Uno de los impedimentos para que las mujeres asistan a Kalli Luz Marina en busca de asesoría psicológica es la posible crítica y represión de sus familiares y pareja, al igual que el “chisme” que puede generarse en el entorno social, aunque con el tiempo son cada vez más las que deciden enfrentar las consecuencias sociales y familiares por decidir buscar ayuda.

Algunas mujeres piensan: yo no estoy loca para qué voy a ir, dice mi suegra, dice mi esposo, mi comadre que ahí van los locos... Aunque también ya van cambiando las cosas, ahorita ya llegan mujeres con la frente en alto y salen igual, salen sin pena, antes quizás en un inicio venían así como con pena, pero ahora su actitud es distinta de hecho ellas mismas me lo dicen: yo vengo aquí

¹⁷⁸ Actualmente cuentan con el trabajo de otra psicóloga.

porque me sirve, porque tengo un espacio donde me escuchan, además porque me ayuda a cambiar y verme diferente (Minerva Teresa Alonso Rivera, psicóloga de Kalli Luz Marina, entrevista de Carolina Díaz, octubre de 2012).

La asesoría psicológica busca que las usuarias expresen y conozcan sus necesidades emocionales y materiales, es decir, que las visibilicen, pero además que recuperen y aumenten su autoestima para tomar las decisiones que más favorezcan su vida cotidiana y su salud física y mental. El trabajo emocional se vincula con la difusión de los derechos y de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, lo que permite que las mujeres acepten que son importantes y fortalezcan el sentido de dignidad necesario para la transformación de su vida personal. Es en este proceso que van descubriendo que sus derechos en muchas ocasiones han sido y son vulnerados.

Un contexto social en donde las mujeres son socializadas para el servicio de los otros propicia que para ellas sea difícil identificar sus propias necesidades, y por ello este trabajo emocional es relevante para el desarrollo de capacidades que en un futuro les permita tomar decisiones que transformen su vida cotidiana. En la medida en que las mujeres expresan e identifican sus necesidades, entran en un proceso de autoconocimiento. Cuando las mujeres comienzan a escucharse van tomando conciencia de las decisiones que pueden favorecerlas:

Es parte de la cultura, el cuidar al hermanito a los papás y antes de que se casan las educan y las enseñan para que aprendan a cocinar, a barrer, a lavar, para cuando se casen. Y ya cuando se casan primero es el marido, cuidarlo y luego vienen los hijos y hasta lo último sí es que llegan a darse cuenta, hasta el último están ellas. Como que ahí se acaba la vida (Minerva Teresa Alonso Rivera, psicóloga de Kalli Luz Marina, entrevista de Carolina Díaz, octubre de 2012).

Si bien no todas las usuarias que llegan a Kalli a recibir asesoría psicológica son constantes y llevan a cabo todo el proceso emocional, hay algunas que cuando concluyen la terapia o en el proceso de la misma, comienzan a identificar sus derechos y buscan ejercerlos dentro de su en-

torno familiar y comunitario. La capacidad para transformar su entorno si bien no siempre ejemplifica el papel de las mujeres como agentes de cambio, actoras sociales y protagonistas de sus decisiones es necesario: “Que se den cuenta de que ellas pueden tomar decisiones y que pueden tomar las decisiones que ellas consideren más correctas o más convenientes a sus necesidades” (Minerva Teresa Alonso Rivera, psicóloga de Kalli Luz Marina, entrevista de Carolina Díaz, octubre de 2012).

El contexto familiar de las mujeres de la Sierra de Zongolica contribuye a determinadas jerarquías de género y a una desigual distribución del poder entre hombres y mujeres, situación que en muchos casos legitima y justifica la superioridad masculina frente a la femenina. Este escenario se vincula con las dificultades que las usuarias de Kalli Luz Marina enfrentan, pues las problemáticas que comúnmente las llevan a buscar asesoría psicológica son las que tienen que ver con la familia y la pareja. A continuación citamos algunos elementos característicos de los conflictos de las usuarias del servicio psicológico:

- La infidelidad masculina es una problemática que lleva a las mujeres a acudir a Kalli al sentirse devaluadas y menospreciadas, pues es frecuente que sus parejas las culpen de su infidelidad; además, los hombres comienzan no sólo a mostrar desinterés por ellas, sino que también desisten de responsabilizarse de sus hijos. La situación lleva a las mujeres a exigir la pensión alimenticia, y por tanto, buscar asesoría legal, debido a que comúnmente los hombres deciden abandonarlas si éstas no aceptan la infidelidad y el costo económico que implica.
- El abuso sexual en la infancia (generalmente cometido por el padre o algún familiar) es una experiencia que frecuentemente las usuarias que acuden a las asesorías psicológicas dicen haber vivido. La situación emocional de estas mujeres ha marcado su vida de adultas y sus relaciones de pareja.
- La violencia física y psicológica que experimentan las mujeres en la relación de pareja es otra de las principales causas de que busquen asesoría, ya que ponen en riesgo su salud física y mental y en un intento por solucionar su problemática acuden a la asociación.

El que las mujeres emprendan una denuncia es otra razón para recibir asesoría psicológica debido al arrepentimiento y culpa que pueden llegar a experimentar. Una usuaria me dijo, es que mi abuelita dice que las mujeres de antes aguantaban, que a mi nada más me pegó y ya fui con el síndico, que fui al palacio municipal y que yo no aguanto nada” (Minerva Teresa Alonso Rivera, psicóloga de Kalli Luz Marina, entrevista de Carolina Díaz, octubre de 2012).

A continuación un ejemplo del trabajo psicológico que realiza Kalli y que muestra de manera contundente la intervención eficaz para la salud y vida de una mujer de Rafael Delgado. Este caso es sólo una muestra del trabajo cotidiano de Kalli Luz Marina y de los resultados en la vida de sus usuarias.

Después de asistir a una plática en una escuela primaria de Rafael Delgado, impartida por la trabajadora social y la psicóloga de la asociación, se me acercó Lulú, una mujer de aproximadamente 30 años y madre de tres niños; entusiasta me contó sobre su experiencia con la asesoría psicológica. Actualmente afirma conocer cuáles son sus derechos además de darlos a conocer a otras mujeres; sin embargo, antes de recibir esta asesoría quiso suicidarse aventándose al río junto con sus hijos. “Nosotras tenemos derechos y nos ampara la ley”, me comenta apasionada, “yo le platico a las mujeres que les pega su marido, les doy consejos, les digo ¡ya mujer, despierta, todavía estás dormida!”.

Lulú aparentaba no haber experimentado en carne propia la violencia, pero su esposo frecuentemente la golpeaba y humillaba. Después del proceso en la asesoría psicológica se fortaleció y enfrentó a su pareja. En la actualidad si bien vive con él, ya no la golpea, pues Lulú logró un fortalecimiento emocional y un conocimiento de sus derechos como mujer:

Ahora lo que platico lo digo desde la cabeza y el corazón. Ahora ya me sé defender, si él me dice algo llamo a la patrulla, le digo que lo voy a demandar, ya no le tengo miedo, sé que tengo derechos, ya no me va a volver a poner una mano encima. [...] Ahora yo les digo a las muchachas que si su esposo no llega a la casa y se fue de borracho gastándose el dinero, les aconsejo

no servirles de comer, yo así le hice y sólo así entendió” (Lulú, noviembre de 2012).

Lulú es un claro ejemplo de que si bien una mujer no necesariamente rompe con su relación de pareja, sí puede llegar a cuestionarla y transformarla, aunque no de manera radical. El contexto es de suma importancia para observar las diversas acciones que emprenden las mujeres para resistir la violencia familiar, que no necesariamente incluyen la denuncia ante el derecho del Estado. La asociación ha jugado un papel importante en la vida de Lulú y en las estrategias para resistir y renegociar su relación de pareja: “...le dije que si no va a trabajar y se gasta el dinero que se olvide de que le voy a hacer de comer... que ni se le ocurra ponerme una mano encima porque lo denunció. Ahora me quiero, sé que soy valiosa”. El caso de Lulú mostró que si bien no todas las mujeres apuestan por renunciar a la vida que llevan con sus parejas, Kalli Luz Marina les brinda herramientas para que cambien y cuestionen los términos de su relación conyugal, el lugar que ocupan dentro de las jerarquías de género, su posición dentro de la familia e incluso en el municipio. Esta mujer fue capaz de invocar la ley en el interior de su hogar y en su relación conyugal “...la ley nos ampara a nosotras las mujeres” (Lulú).

También es importante mencionar que algunas mujeres que renunciaron a su relación de pareja y que Kalli Luz Marina y en ciertos casos el apoyo familiar, representaron un respaldo importante para hacerlo posible.

Con el financiamiento del Programa de Apoyo a las Instancias de Mujeres (PAIMEF) la asociación tiene la meta de atender de 250 a 300 usuarias por año; sólo para asesoría legal se reciben alrededor de 150 a 200 mujeres. Según la abogada,¹⁷⁹ se llevan a cabo en promedio 50 juicios al año: “aunado a que se van acumulando casos de años

¹⁷⁹ Araceli Rodríguez Rosas abogada de Kalli Luz Marina es licenciada en Derecho por la Universidad del Golfo de México, campus Orizaba y maestra en Derecho Civil y Familiar por el Centro de Ciencias Jurídicas de Puebla.

anteriores debido a que los procesos son largos y tediosos”. La asesoría legal incluye la representación, el seguimiento y si es el caso, la conclusión, así como la difusión de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

No hay que olvidar que si bien las mujeres que inician una denuncia no siempre concluyen el proceso legal, éste se inicia con la intención de transformar sus relaciones familiares y de pareja. Además, como ya se mencionó, las mujeres llevan a cabo diversas estrategias para resistir la violencia de género; una de ellas es la conciliación en las cabeceras municipales, en donde también pueden solicitar la intervención de Kalli Luz Marina e invocar sus derechos para que las conciliaciones se inclinen más a su favor.

El trabajo en conjunto permite que la abogada y la psicóloga de Kalli se canalicen casos mutuamente, dependiendo del caso o de la claridad de la usuaria acerca de qué busca, ya sea asesoría legal o psicológica. Por ejemplo, si una mujer solicita asesoría psicológica, pero menciona que el padre de sus hijos no se hace responsable de ellos o si la golpea, la psicóloga puede recomendarle una asesoría legal para ver si decide proceder legalmente o simplemente para que conozca sus derechos: “[...] lo que se busca es que la usuaria esté bien informada y con base en eso decida con más claridad qué quiere hacer” (Araceli Rodríguez Rosas, abogada de Kalli Luz Marina, entrevista de Carolina Díaz, agosto de 2012).

Debido a las consecuencias sociales y familiares de la denuncia para las mujeres de la región, la asesoría psicológica se vuelve necesaria para el acompañamiento integral de las mujeres que deciden acceder al derecho del Estado. Por ejemplo, cuando una usuaria asiste primero con la abogada, pero no está decidida a ejercer la denuncia, la abogada la canaliza con la psicóloga para que se convenza de tomar la mejor decisión o venza el miedo: “Si la señora duda en denunciar yo la mando con la psicóloga, ¿por qué?, porque todavía no está convencida de lo que quiere, porque tiene miedo, porque le da lástima el esposo o porque siente que lo quiere” (Araceli Rodríguez Rosas, abogada de Kalli

Luz Marina, entrevista de Carolina Díaz, agosto de 2012). Además, en la asesoría psicológica puede obtener herramientas que le permitan transformar su situación sin la necesidad de realizar una denuncia.

Aún más, si la mujer ya decidió presenta una denuncia, igual se canaliza a la psicóloga debido a que el proceso legal es largo y complejo, además de que las mujeres pueden ser nuevamente violentadas por las autoridades encargadas de impartir justicia por el hecho de ser mujeres indígenas o porque no se considera que su denuncia sea importante. Aunado a lo anterior, las mujeres generalmente enfrentan al agresor que, por lo general, es el esposo o pareja y a su familia, y por ello es común que experimenten un sentimiento de culpa al querer denunciar:

La presión que tienen las mujeres por la violencia y todavía el proceso y el abuso de la autoridad que van a enfrentar, es para ellas muy conflictivo emocionalmente, entonces las canalizo con la psicóloga para que las oriente, fortalezca y les ayude a entender a lo que se van a enfrentar, porque si no pasa que a la mitad del proceso ya no quieren nada. Por eso también les digo, yo les llevo su proceso legal, intenten ustedes asistir con la psicóloga, para que ustedes vean que no están haciendo mal, porque muchas veces se sienten culpables aunque sufran la violencia, se sienten aún más culpables porque lo denuncian (Araceli Rodríguez Rosas, abogada de Kalli Luz Marina, entrevista de Carolina Díaz, agosto de 2012).

Con todo, existe la posibilidad de que las mujeres reciban el apoyo de su familia cuando ejercen una denuncia, dado que en la actualidad es más factible que se cuestione la normalidad de la violencia hacia las mujeres; sin embargo, en el entorno familiar pueden aún prevalecer ciertos comportamientos que la justifican. Por ello la intervención de Kalli Luz Marina es vital para las mujeres, quienes en muchas ocasiones no cuentan con el apoyo familiar para salir de una situación violenta. El apoyo de la familia fortalece su decisión de denunciar como un intento de transformar más radicalmente sus relaciones. La asociación busca el fomento de redes de apoyo que permitan a las usuarias enfrentar su situación y en caso de no encontrar las redes comunitarias y familiares se les da la opción de recurrir a un refugio (Colectivo Cihuatlachtolli y Sendero Nueva Vida, A. C.). Por lo general, cuando las

mujeres optan por la denuncia es porque la violencia que experimentan ha aumentado gravemente y antes han acudido con las autoridades locales para realizar convenios que sus parejas no han respetados.

La asesoría legal de Kalli Luz Marina incluye trasladar a las usuarias a las agencias del Ministerio Público, acompañarlas a realizar denuncias, así como dar seguimiento al proceso legal. Al mismo tiempo las mujeres y la abogada se enfrentan a la violencia y discriminación de los servidores públicos: “Me ven llegar y dicen ¡Ya viene la abogada! ¡Ya viene a pedir, ya viene a exigir! por eso a veces nos retrasan mucho los procesos” (Araceli Rodríguez Rosas, abogada de Kalli Luz Marina, entrevista de Carolina Díaz, septiembre de 2012).

Un caso que ejemplifica esta situación y muestra la importancia de la intervención de Kalli en beneficio de una mujer frente a la violencia institucional es el de Nadia¹⁸⁰, de 19 años, quien fue abusada sexualmente cuando se dirigía a su casa después de asistir a clases a la Universidad Intercultural de Tequila (UVI). Nadia hizo del conocimiento de su padre el hecho, quien acudió al comandante de su comunidad. Las autoridades locales detuvieron al violador y lo pusieron a disposición de la Agencia del Ministerio Público Especializada en Delitos contra la Libertad y la Seguridad Sexual y contra la Familia (AMPE) de Zongolica; posteriormente se procedió a la denuncia. Sin embargo, la abogada encargada de la AMPE cuestionó fuertemente el testimonio de la joven y llegó a insinuar que ella pudo haber provocado la violación. No obstante, al realizar los exámenes pertinentes se dio a conocer que efectivamente Nadia había sufrido la agresión.

Cuando se procedió a la detención del agresor ya habían pasado alrededor de tres horas del incidente, por lo que al criminal le dio tiempo de asearse. “En el momento en que el médico legista lo examinó no “encontró” rastro del abuso: no pues es que el señor no tiene nada, lo tiene (el pene) así lisito, sin rasguños, eso fue lo que me di-

¹⁸⁰ Los nombres de estos casos se han cambiado.

jerón en la AMPE” (Araceli Rodríguez Rosas, abogada de Kalli Luz Marina, entrevista de Carolina Díaz, septiembre de 2012).

Al percatarse Kalli Luz Marina de que el proceso parecía marchar en contra de la víctima, la abogada se contactó con la anterior encargada de la Subprocuraduría Especializada en Investigación de Delitos de Violencia contra las Mujeres (Xalapa), a quien la asociación había conocido mediante el Colectivo de Investigación, Desarrollo y Educación entre Mujeres (CIDEM). Fue así que la procuradora se interesó en el caso y llamó a la AMPE de Zongolica para que tomaran en serio el testimonio de Nadia. “Entonces tuvimos la necesidad de hablar con la subprocuradora y ya a través de la subprocuradora se presiona y es como la jueza dice que no sale libre el violador” (Araceli Rodríguez Rosas, abogada de Kalli Luz Marina, entrevista de Carolina Díaz, septiembre de 2012).

El peligro que las mujeres indígenas enfrentan en los caminos que transitan es parte de la vulnerabilidad social que limita su autonomía y las violenta. El caso anterior es sólo un ejemplo de esta situación: además de ser violada si la mujer decide denunciar vuelve a ser violentada por las instituciones del Estado. En este caso, como en otros, el acompañamiento que Kalli Luz Marina y la red de solidaridad que ha construido significó una gran diferencia.

Otro caso es el de Marisol, mujer de unos 60 años, originaria de Tonalixco, Tlilapan, municipio que colinda con Rafael Delgado. Marisol llegó a Kalli Luz Marina acompañada de su hija Laura, también violentada por su pareja. Marisol estaba devastada por la violencia sexual y física de su esposo y Laura estaba decidida a terminar su relación de pareja ante el maltrato y las amenazas de muerte de su esposo; juntas decidieron presentarse en Kalli debido a la gravedad de su situación. Las colaboradoras de la asociación les ofrecieron ir al albergue Sendero de Vida, A. C., hecho que marcó una diferencia trascendental en su situación, pues su vida estaba en grave peligro.

El espacio donde la violencia sexual es más proclive a cometerse es el ámbito familiar y la vida en pareja. Para el caso de las mujeres indígenas, la Ensademi (2008) reporta que de las ocho regiones analizadas, las dos con mayor índice de violencia sexual son los Altos de Chiapas, con tres puntos porcentuales arriba de la prevalencia regional total y la región de la Sierra de Zongolica en segundo lugar (Ensademi, 2008: 77).

Este caso muestra cómo la intervención de Kalli en la vida de estas mujeres posibilitó que su salud y vida no continuaran en peligro. Marisol tenía graves lesiones producto de las constantes violaciones y a pesar de haber asistido a la clínica de su municipio, no fue sino hasta que llegó a Kalli que su vida se transformó radicalmente.

El caso de Pilar involucra con más claridad la violencia institucional en el ámbito de la salud. Esta mujer de 27 años, originaria de Temaxcalapa, municipio de Zongolica, denunció el maltrato del personal del Hospital Rural del Instituto Mexicano del Seguro Social de Zongolica, en especial del médico que la atendió: "...casi me muero, estuve en coma. A mi hijo se le hizo un chipote en la cabeza porque lo trataron mal" (Pilar, 2012). A Pilar le realizaron la maniobra de Kristeller en la que el médico empuja con sus puños o brazo el vientre de la mujer para acelerar la expulsión del niño; le hicieron además la episiotomía, que consiste en un corte vaginal para ampliar el canal por donde saldrá el bebé. Todos estos procedimientos la dejaron sumamente lastimada y en coma.

Además del maltrato físico sufrió discriminación por su condición de mujer indígena; por ello, cuando salió del coma y la dieron de alta decidió denunciar. "Nos tratan como animales, denuncio porque no quiero que siga pasándole a otras mujeres" (Pilar, 2012). La violencia obstétrica se ejerce sobre el cuerpo de la mujer embarazada y el de su hijo. Este tipo de violencia representa una vez más la ideología del patriarcado que se legitima mediante la práctica médica. La naturalización de la violencia en el parto, el sufrimiento de la madre y la violencia hacia su cuerpo no es más que un ejemplo de la severidad

con la que se trata y manipula el cuerpo de las mujeres, situación que se agrava cuando se trata de mujeres indígenas, quienes con frecuencia son aún más maltratadas y humilladas por su condición étnica.¹⁸¹

La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave considera la violencia obstétrica como:

[...] la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad; se consideran como tal, omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer; y cualesquiera otras que lesionen o sean susceptibles de dañar la dignidad, la integridad o libertad de las mujeres (Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz de Ignacio de la llave, 2011: 11).

La ruta de Pilar comenzó cuando salió del hospital y acudió a la Casa de la Mujer Indígena (Cami) en Zongolica, que nace a partir de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI). Esta organización tiene como propósito: “[...] prevenir y atender el fenómeno de violencia en contra del sector femenino asentado en zonas indígenas... y la operación de proyectos orientados a atender

¹⁸¹ La prensa mexicana ha documentado casos de mujeres indígenas a quienes se les ha negado el acceso a los servicios de salud, situación que se considera violencia obstétrica. Matías, Pedro, “Irma, la indígena mazateca que parió en el patio de un hospital”: <http://www.proceso.com.mx/?p=354510>.

esta problemática¹⁸³ (GDI, 2013). Las colaboradoras de la Cami se contactaron con Kalli Luz Marina y posteriormente se decidió representar y asesorar legalmente a Pilar. Hoy día se han desahogado todas las pruebas pertinentes; sin embargo, en la Agencia del Ministerio Público Especializada en Delitos contra la Libertad y la Seguridad Sexual y contra la Familia (AMPE) de Zongolica se consideró que no había violencia obstétrica, sino solo negligencia médica y remitieron el caso a otra agencia del Ministerio Público. Además, según la abogada del Kalli “casualmente se perdió el expediente, lo que ha impedido que la mujer de este caso acceda a la justicia debido a la negligencia y desinterés de las autoridades”.

María Teresa Sierra, Rachel Sieder (2011) y Aída Hernández (2004) han analizado el acceso a la justicia para las mujeres indígenas en América Latina y los obstáculos que enfrentan cuando intentan lograrlo debido a que llevan consigo la interseccionalidad de la raza, la etnia, la clase y el género, es decir, por ser mujeres, indígenas y pobres. Para las mujeres indígenas lograr el acceso a la justicia significa enfrentar el gasto económico, la distancia entre sus pueblos y el distrito judicial; el maltrato que reciben de las autoridades encargadas de impartir justicia (incluyen racismo, clasismo, machismo); un proceso legal largo y complejo; la falta de traductores y el monolingüismo de las mujeres; la deficiente asesoría y defensoría legal de las instituciones de justicia; las ideologías de género de las y los funcionarios, así como del derecho estatal que refuerzan la desigualdad entre hombres y mujeres; la lejanía de los términos y conceptos usados en el derecho del Estado; las consecuencias en las relaciones sociales y familiares de las mujeres que denuncian; la falta de protección eficiente por parte del Estado y sus instituciones (por ejemplo la falta de refugios). Estos elementos

¹⁸³ Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) Veracruz. Casa de la Mujer Indígena de Zongolica, espacio para la promoción de sus derechos e igualdad de género: http://www.cdi.gob.mx/limitex.php?option=com_content&view=article&id=2963:veracruz-casa-de-la-mujer-indigena-de-zongolica-espacio-para-la-promocion-de-sus-derechos-e-igualdad-de-genero&catid=96:delegaciones-2013.

contribuyen a que las mujeres indígenas hagan uso o no del derecho estatal, así como del tipo de experiencia que enfrentarán y que influirá en su decisión de continuar o suspender el proceso legal.

Ante este panorama, la búsqueda de alternativas más allá de la denuncia para acceder a la justicia por parte de las usuarias indígenas y de Kalli Luz Marina es importante, ya que así se están generando procesos que abren la posibilidad de acceder y ejercer los derechos humanos de las mujeres. De esta manera Kalli se ha convertido en un espacio para poner en práctica la interlegalidad (Santos, 1999; Sierra, 2004)¹⁸³ no sólo cuando se dan a conocer referentes nacionales como la Ley de General de Acceso para las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, y los referentes internacionales; sino también las normas y regulaciones locales.

En algunas localidades de los municipios de la Sierra de Zongolica y en Rafael Delgado existen jueces de comunidad que dependen del Poder Judicial del estado de Veracruz, agentes municipales (en congregaciones) y subagentes (en rancherías) que resuelven algunas riñas y conflictos menores; en las cabeceras municipales se encuentran los síndicos. A estos espacios locales de impartición de justicia se dirigen las mujeres para solucionar conflictos familiares y de pareja mediante la conciliación. En estos espacios, la intervención de Kalli Luz Marina es importante, ya que si una mujer solicita su mediación, la asociación invocará los derechos de las mujeres y les brindará apoyo, lo que finalmente se traducirá en una presión para que agentes y síndicos realicen mejor su trabajo, y las conciliaciones que solicitan las mujeres se resuelvan con mayor perspectiva de género.

De esta manera las usuarias de Kalli están apropiándose del lenguaje de derechos humanos para transformar sus realidades familiares y sus relaciones de pareja. Al aprender y obtener este tipo de herra-

¹⁸³ *Interlegalidad* se refiere a la pluralidad de diversos referentes normativos, discursos legales, ordenamientos jurídicos y su actualización en situaciones concretas (Santos, 1999, Sierra, 2004).

mientas adquieren la posibilidad de defenderse y negociar sus relaciones ya sea en contextos familiares o cuando acuden a los espacios locales de impartición de justicia.

Además, Kalli Luz Marina ha fungido como conciliador cuando las mujeres deciden llevar a sus esposos a la asociación para que los “regañen” y a ellas las orienten en relación con sus derechos. Esta situación se presenta cuando no han decidido ejercer una denuncia o han asistido al síndico o agente municipal sin obtener los resultados esperados. De esta manera se muestra que no sólo la asesoría legal y la denuncia son los aspectos que animan a asistir a Kalli Luz Marina, sino también la búsqueda de la conciliación (acuerdo) sobre todo entre cónyuges, siendo ésta una estrategia generada por las mujeres y la asociación para hacer frente y resistir la violencia de género y la falta de acceso a la justicia.

No hay que olvidar que parte del trabajo de Kalli se lleva a cabo en los talleres donde se difunden los derechos de las mujeres y se fomenta su organización no sólo para que se conviertan en promotoras de los derechos humanos, sino para que construyan un proyecto económico en común que les permita transformar su entorno cotidiano. A partir del proyecto “Proceso de formación y capacitación en derechos humanos de las mujeres indígenas para el fortalecimiento de una cultura de buen trato y de igualdad entre géneros 2014” se dio continuidad al trabajo realizado en 2013, con seis grupos de mujeres adultas y cuatro de mujeres adolescentes, en total, 211 mujeres capacitadas en los municipios de Rafael Delgado y Magdalena. Parte de la dinámica de estos talleres, que se realizaron en las distintas comunidades, incluyó la posibilidad de crear un proyecto en común para que las mujeres invirtieran en algún negocio y fueran capaces de imaginar la posibilidad de organizarse y sentar las bases para una futura organización. Si bien este tipo de temáticas se están comenzando a impartir, en el futuro con la continuidad del trabajo de Kalli se abre la posibilidad de que las mujeres de Rafael Delgado y Magdalena puedan construir un proyecto económico en común.

Como se observa, la generación de redes, el impulso de procesos organizativos y la interlegalidad son parte de la labor de Kalli para resistir las dificultades que las mujeres indígenas enfrentan cuando se trata de acceder a sus derechos.

Las promotoras de Kalli Luz Marina

Parte importante que distingue al Kalli Luz Marina es su base social y el trabajo que realiza junto con sus promotoras indígenas, pero ¿quiénes son las promotoras indígenas de Kalli Luz Marina?¹⁸⁴ Algunas de ellas pertenecieron, como se mencionó, a una cooperativa formada en la iglesia de San Juan Bautista en Rafael Delgado, y desde que participaron en el autodiagnóstico sobre la situación de las mujeres del municipio junto con María López y el CESEM, en su mayoría han permanecido y se han integrado nuevas participantes. En total en Rafael Delgado son cinco promotoras y cinco en Magdalena. Entre los trabajos que realizan está promover a partir de talleres los derechos de las mujeres indígenas; ser intérpretes para las mujeres que no hablan español; acompañar junto con la abogada a las mujeres a ejercer una denuncia o convenio; realizar visitas domiciliarias para contactar a mujeres que sufren violencia e invitarlas a que asistan a la asociación; incluso, como las mujeres de los municipios las conocen, las buscan en su domicilio por si necesitan ayuda:

Algunas mujeres nos tienen confianza y nos platican todo en náhuatl, a veces por el miedo que tienen no confían luego, luego ir con las profesionistas (psicóloga, abogada, trabajadora social), como que les da pena o les da miedo, pero nos tienen confianza y ya poco a poco nos cuentan y solicitan la atención con la psicóloga o la abogada, a veces también vamos a hacer visitas domiciliarias, cuando nos platican de alguna persona que tiene un problema muy grave vamos a su casa y les decimos lo que se les ofrece en el Kalli (Promotora de Kalli Luz Marina, entrevista de Carolina Díaz, diciembre de 2012).

¹⁸⁴ El nombre de las promotoras se mantiene en el anonimato por respeto a su confidencialidad.

La vida de las promotoras no ha estado lejos de la violencia de género, ya sea desde su infancia y/o en la vida en pareja:

La verdad antes de que yo entrara al Kalli sí me daba mucha tristeza al recordar toda mi infancia, porque nosotras en la familia éramos muy discriminadas por ser mujeres, éramos ocho niñas en la familia y mi papá no nos quería porque éramos niñas, él quería varones porque ellos le iban a ayudar a llevar la yunta, a surcar en el campo para sembrar, esa era su ansia de varones. Después tuve cuatro hermanos hombres y los prefería porque les compraba de todo y nosotras las mujeres discriminadas y maltratadas. Mi papá se enojaba porque mi mamá no tenía un hijo varón. Pensaba que los varones tienen más valor, así pensaban, yo pensaba que era cierto que siempre había una desigualdad, pero yo pensaba que era normal, como que así debía de ser, tenía esa idea. A mi mamá yo le decía que no debía dejar que la tratara así o que le gritara, porque cuando llegaba tomado mi papá a veces le gritaba y por cualquier cosa se enojaba, le decía que no estaba sabrosa su comida, así por cualquier cosa la regañaba y yo siempre le decía a mi mamá que porque se dejaba, pero mi mamá me regañaba porque me decía que era una mala hija, que no quería a mi papá (Promotora de Kalli Luz Marina, entrevista de Carolina Díaz, diciembre de 2012).

Durante su participación en Kalli las promotoras han experimentado grandes transformaciones en su vida personal, incluso una de ellas se separó definitivamente de su pareja. Parte de estas transformaciones tienen que ver con la negociación que las promotoras han llevado a cabo con sus parejas, hijas e hijos, para que puedan participar fuera del espacio privado. Algunos estudios sobre la participación de las mujeres indígenas en diversas organizaciones (Berrío, 2008, 2006; Duarte, 2011) han documentado los obstáculos que éstas deben enfrentar en sus relaciones de pareja cuando deciden participar en el espacio público, ya que si cuestionan el rol tradicional que las mantiene en el espacio familiar, la inconformidad de sus parejas y familias es común. Por ello, el primer logro para participar públicamente es la negociación en el espacio familiar.

Las parejas de las mujeres pueden considerar que cuando ellas participan se está cuestionando la autoridad masculina y el lugar de los hombres en la familia. Según Berrío (2008) una de las razones por las

que los hombres se oponen a la participación de sus esposas es el miedo a la pérdida de privilegios, pues si la mujer adquiere mayor autonomía se reducirá el poder que él sustenta al interior del hogar, pero no sólo en el hogar, sino que también en el contexto comunitario. En este proceso participativo las mujeres cuestionan diversas relaciones de poder, primero dentro de su familia y en su relación de pareja, y después en el ámbito comunitario o municipal como lo menciona la autora en su investigación sobre liderazgos femeninos en México y Colombia:

Si ellas empiezan a generar sus propios recursos y al mismo tiempo están haciendo reflexiones colectivas sobre su realidad, sus problemáticas, las situaciones de violencia que se viven en sus hogares, los derechos que tienen como mujeres y como indígenas, entre otros, se abre paso un cuestionamiento profundo a sus esposos, a sus hijos y a la propia comunidad en relación con ciertas prácticas sociales establecidas, que atentan contra su desarrollo y dignidad. En última instancia es un cuestionamiento frente a las relaciones de poder que han sido definidas como deseables en esos contextos (Berrío 2008: 203-204).

La continua reflexión de las promotoras en Kalli Luz Marina y la continua capacitación que reciben han repercutido en sus relaciones familiares, de pareja y a nivel municipal. El conocer que tienen derechos, que pueden ejercerlos y que no están solas para hacerlos valer, ha generado en ellas un sentimiento de valentía básico para emprender cualquier camino por la transformación y ha provocado cierta autonomía que les permite apropiarse de sus vidas y tomar decisiones que les beneficien en su vida personal.

He sido como muy exigente (con su pareja), hasta él me ha dicho, desde que entraste al Kalli, me has mandado mucho y yo le digo no te mando....Yo he aprendido a hablar mucho con mis hijos y con mi pareja. Es algo muy bonito que una va aprendiendo y que lo hacemos nuestro, lo que nos han enseñado es algo muy bueno, defendernos y conocer nuestros derechos, porque a veces por eso suceden cosas, porque como mujeres no nos han enseñado nuestros derechos o que hay una ley que te defienda como mujer, pero sí hay y nos la han enseñado, entonces pues yo ya aprendí. Si me maltrata ya sé, si me deja y tengo hijos hay una ley donde él tiene que estar dando dinero para que mantenga a sus hijos, ya

sabemos, ya sé que hay una ley, yo como mujer ya sé que hay una ley y derechos... Nosotras hemos aprendido muchas cosas aquí en el Kalli, yo he aprendido para mí, para mis hijas, para mis hijos, para mi esposo y para con la comunidad (Promotora de Kalli Luz Marina, entrevista de Carolina Díaz, diciembre de 2012).

Antes de integrarse a Kalli Luz Marina una de las promotoras fue usuaria al enfrentar graves problemas con su pareja, pues después de que éste le prendió fuego a su casa ella decidió dejarlo, pero sus cuñadas amenazaron con denunciarla por abandono de hogar, así que las religiosas y promotoras le brindaron su apoyo:

“No pueden denunciarla porque no está abandonando ningún hogar y las pruebas son que todo está destruido. Entonces no podían demandarme y yo me sentí más segura, además María (coordinadora del Kalli) fue a hablar con mi mamá para que me aceptara de nuevo en la casa”. Después de enfrentar estas situaciones es invitada a participar como promotora y con el tiempo adquirió cada vez más fortaleza hasta que un día decidió no volver con el padre de sus hijos. Esta mujer recuerda cómo Kalli le ha ayudado a transformar su vida:

Pues siempre me ha ayudado, sí bastante porque por ejemplo eso de que me iban a demandar por abandono de hogar, yo dije ¡hay Dios mío a la cárcel voy a ir a dar!, ahorita que ya sé, digo pues ¿cómo me van a demandar? si ni siquiera les iba a resultar [...] El Kalli me ha ayudado mucho a ser fuerte [...] Todo esto que he ido aprendiendo siento que sí lo estoy poniendo en práctica. Ahora yo voy y con ganas les explico a otras mujeres y luego ellas lloran porque dicen que no pueden salir, que no se puede, y yo les digo ¡sí se puede!, y con ganas yo las animó ¿Por qué? Porque yo lo viví, ahora yo sola mantengo a mis hijos (Promotora de Kalli Luz Marina, entrevista de Carolina Díaz, diciembre de 2012).

La valentía es un recurso necesario para que las mujeres transformen sus vidas. Otra de las promotoras señala que en Kalli Luz Marina ha aprendido a ser valiente para expresar sus necesidades y los conocimientos que ha adquirido a partir de su participación en este espacio:

Pues más que nada la valentía, tiene uno que ser valiente, eso nos hace falta a nosotras las mujeres indígenas, porque me he dado cuenta que así nos pasa, yo creo que por la cultura que nos inculcaron, por eso somos así, así nos enseñan a ser, calladas y conformistas más que nada...el miedo las vence, porque las tienen sometidas los hombres, el sometimiento, o el patriarcado que tienen los hombres, porque aunque quisieran las mujeres a veces no pueden por el miedo. Yo tenía miedo de hablar, principalmente en la iglesia cuando nos hacían preguntas y nos decían que hablaríamos, pero yo pensaba y si hablo y no está bien... y siempre esa era mi duda siempre, siempre...mejor me quedo callada pensaba, era muy callada, pero siento que eso ya lo he superado, es un logro y nunca me imaginé hablarle así al público, ahora sí me atrevo a hablarle a las personas. Siento que voy aprendiendo, aprendí los derechos de las mujeres, de la autoestima y de que tenemos que hablar en primera persona de nosotras mismas, qué nos gusta y qué no nos gusta. Antes había cosas que no me gustaban y las hacía, y decía que sí, y ahora puedo decir no a lo que no me gusta. Un día uno de mis hermanos me dijo oye pues ¿Qué te comiste? ya hablas, ya no te noto como antes (Promotora de Kalli Luz Marina, entrevista de Carolina Díaz, diciembre de 2012).

Si bien esta promotora contó con “la suerte”, como ella dice, de tener un esposo que no la violentó y que apoya y comprende su participación en la asociación, aun así ha llevado un proceso cognitivo por el cual ha cuestionado lo aprendido en la infancia y en su comunidad sobre el lugar que “debía de ocupar” como mujer. Además de recorrer un proceso emocional para sanar parte de la violencia que en la infancia y en la vida adulta experimentó.

Todos los obstáculos que en el espacio privado han enfrentado las mujeres que participan como promotoras en Kalli Luz Marina son parte de su aprendizaje personal como defensoras de los derechos de las mujeres indígenas. Este proceso las ha hecho cada día más conscientes de su papel como activistas: “Todo el equipo de Kalli Luz Marina tenemos que sentirnos defensoras de los derechos humanos de las mujeres” (María López, 2012). Así, junto con la capacitación y preparación recibidas han emprendido cambios personales que no han sido fáciles, pero que sin duda han valido la pena.

Los obstáculos que han enfrentado las promotoras y Kalli Luz Marina en el espacio público

Al inicio de su participación a las promotoras les preocupaba cuál sería la reacción de los hombres del municipio, incluso algunos de sus esposos se mostraron renuentes a que participaran: “no estábamos muy decididas porque sí nos daba miedo, y mi esposo me decía ¡no, esto es algo peligroso! Me decía que me iba a meter en líos”. No obstante el interés de ayudar a otras mujeres y tener un protagonismo en el pueblo fueron parte del impulso que logró que la mayoría permaneciera en esta labor. Con el caminar de esta organización, las promotoras se fueron topando con problemáticas relacionadas con la estructura de poder del municipio. María López ha debido enfrentar junto con las promotoras diversas problemáticas, desde notas periodísticas que intentaron difamar a la organización, los hombres enojados por la defensa que se les daba a sus esposas hasta problemas con personas poderosas dentro y fuera del municipio.

Entre las notas en torno a Kalli Luz Marina están las siguientes: Impiden varones que mujeres serranas aprendan sobre la igualdad de género. *La Jornada Veracruz* (Trujillo, 2009) / Denuncian a grupo de monjas de Rafael Delgado. *El Sol de Orizaba* (julio 2009) / Monjas toman represalias contra familias de Rafael Delgado. *Imágenes de Orizaba* (Narcizo Torres A., 20 de agosto, 2009) / Acusan a la organización Kalli Luz Marina de ir en contra de las tradiciones y fomentar el divorcio por defender, brindar apoyo y acompañamiento jurídico y psicológico a mujeres que viven situaciones de violencia: María López. calorpolitico.com. Alicia Aguilar Guevara. Xalapa, Ver. 12/08/2009.

Para enfrentar el desprestigio y el intento de algunos hombres de expulsar a las religiosas de Rafael Delgado se realizó una conferencia de prensa en la ciudad de Xalapa, en donde las promotoras y la coordinadora de Kalli Luz Marina junto con miembros del CESEM) y del Instituto Veracruzano de las Mujeres (IVMujeres), respaldaron el trabajo que la asociación realiza en la defensa de los derechos de las mujeres indígenas de la región. El intento de difamación mediante la prensa provocó que más mujeres de la Sierra de Zongolica y de la ciudad de

Orizaba se enteraron de la existencia de Kalli, por lo que partir de esos hechos aumentó el número de mujeres que asisten a la asociación.

El Encuentro de la Mujer Campesina

El 15 de octubre de 2012, fecha que se celebra el Día de la Mujer Campesina, en el municipio de Rafael Delgado se realizó un encuentro organizado por la asociación al que asistieron alrededor de 170 mujeres que recibieron talleres sobre fortalecimiento y desarrollo para el empoderamiento y la igualdad entre géneros como parte del proyecto “Igualdad entre géneros”, que Kalli impulsó con el apoyo de la GDI.

Sobre el evento, el 17 de octubre de 2012 el periódico La Jornada Veracruz publicó el artículo: “Mujeres nahuas de Zongolica requieren buenos servicios para equidad de género”, el cual señala que 174 mujeres de la Sierra de Zongolica se reunieron para conmemorar el Día Internacional de la Mujer Campesina.

En el encuentro, las asistentes presentaron un comunicado en el que emiten algunas quejas acerca de la atención sanitaria que reciben de parte del estado.

Conscientes del cuidado de la salud exigen que el sistema de atención a la salud sea garantizado, como mujeres debemos cuidar nuestro cuerpo, ir a consulta, atendernos cuando estamos enfermas y llevar a nuestras hijas e hijos, pero hay algunas dificultades económicas y de traslado para poder hacerlo. En las comunidades donde hay una casa de salud, como Magdalena y Tonalixco, los medicamentos y el personal son insuficientes para atender a toda la población. En otras comunidades, como Tzoncolco, no hay casa de salud y en Omiquila está la construcción, pero no contamos con médicos, enfermeras, medicina, materiales y equipamiento (Trujillo, 2012).

Como en muchos otros lugares con población indígena, el derecho a la salud para mujeres, hombres, niñas y niños está lejos de cumplirse en varios municipios de la Sierra de Zongolica. En relación con la atención a la violencia de género, las usuarias de estos servicios no siempre reciben el trato que establece la Norma Oficial Mexicana de Salud.

El encuentro de 2012 marca de manera importante el trabajo de Kalli, pues además de tocarse el tema de la violencia de género, se impulsó un trabajo político y de organización comunitaria con las asistentes. Las mujeres nahuas de Rafael Delgado, Magdalena y Tonaliusco manifestaron que para tener una vida libre de violencia y con respeto a sus derechos humanos necesitan educación de calidad, acceso a la salud, infraestructura, servicios y acceso a la justicia. También reconocieron que en sus pueblos y en las instituciones del estado hay desigualdad de género, pues las autoridades defienden a los hombres mientras que a ellas las culpan y criminalizan. Al mismo tiempo reclaman un trato digno y contar con intérpretes, lo que significa un cuestionamiento al racismo y discriminación de las instituciones gubernamentales: “[...] las mujeres expusieron la necesidad de que en las oficinas e instituciones de gobierno, en las clínicas, en las escuelas, haya personas que hablen el náhuatl, intérpretes y traductores que nos escuchen en nuestra propia lengua, nos expliquen y así ser tratadas adecuadamente” (Trujillo, 2012).

Con el diálogo y la toma del micrófono se está abriendo un espacio para la discusión y organización de las mujeres en la Sierra de Zongolica y el municipio Rafael Delgado. Como parte de los objetivos planteados por Kalli está la capacitación de diversas promotoras indígenas en diversos municipios de la sierra para que, en conjunto, se comuniquen y trabajen en la defensa y difusión de sus derechos. Esta acción contribuirá al fortalecimiento de la asociación que cada año realiza este evento que las reúne para que tomen la palabra y cada vez sean más las que se animen a expresarse y organizarse. Cada año se abre así la posibilidad de que la legitimidad de la violencia hacia las mujeres indígenas pierda presencia y en su lugar se fortalezcan las ideas, valores, prácticas, organizaciones, voces y leyes que dignifiquen a las mujeres nahuas de la región.

Lecciones aprendidas

Kalli Luz Marina ha realizado un arduo trabajo de representación, acompañamiento legal y psicológico en Rafael Delgado y en otros

municipios de la Sierra de Zongolica, así como una labor para la visibilización y sensibilización de la violencia de género mediante talleres. Este trabajo social permite abordar elementos de la vida cotidiana de las y los sujetos, lo que posibilita el cuestionamiento de ideas y creencias que legitiman la violencia. Se trata de un trabajo social de base que promueve se invoquen las leyes en favor de las mujeres y abre posibilidades para que éstas sean respetadas. Esta labor contribuye a la formación y desarrollo de mujeres conscientes de sus derechos para que se sepan merecedoras de los mismos y sean capaces de invocarlos y defenderlos en el ámbito familiar, en el espacio local de impartición de justicia y en las instituciones gubernamentales.

Kalli, que desde su origen enarboló los derechos de las mujeres indígenas, es un agente de presión para las instituciones y servidores públicos encargados de impartir justicia y procurar la salud de las mujeres. Su presencia en los juzgados y municipios, ejerce cierta influencia sobre ellos, lo que contribuye a que los servidores realicen mejor su trabajo. Gracias a las diversas relaciones que Kalli ha establecido, así como por la relevancia que ha adquirido, ha logrado un lugar en el imaginario de la región lo que desde luego ha llegado a oídos de servidores públicos.

Otra labor de la asociación es la de intérprete cultural, ya que toma el significado de los derechos humanos y los traduce para que las mujeres indígenas de la región los invoquen y conozcan. Un ejemplo son los folletos, discos e historietas en náhuatl¹⁸⁵ y español, que se elaboraron en colaboración con sus promotoras indígenas con la finalidad de que las mujeres se apropien de este lenguaje de derechos humanos, muchas veces externo y ajeno a su entorno social y cultural, y lo perciban más cercano a su realidad: “[...] para que las ideas sobre derechos humanos sean efectivas se necesita traducirlas a los lenguajes locales y situarlas en los contextos locales de poder y significado. Se

¹⁸⁵ Si bien no todas las mujeres que reciben los folletos leen el náhuatl, esta es una manera en que Kalli busca reivindicar la lengua materna de la mayoría de las mujeres de la región.

necesita, en otras palabras, reformularlas en lenguaje vernáculo” (Merry, 2010: 21). Este trabajo implica la traducción y contextualización sociocultural para que el lenguaje de derechos sea utilizado para la emancipación y no sólo el lenguaje de los derechos humanos sino también el de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia que presenta los tipos y modalidades de violencia hacia las mujeres que deben combatir en México.

Kalli ha impactado en el imaginario social y en algunas de las instituciones de justicia de la región al dotar de legitimidad las actividades en favor de la salud y equidad para las mujeres, lo cual significa un avance en la transformación de las ideologías de género que justifican la violencia tanto a nivel familiar como comunitario, pero también a nivel institucional, pues cuando esta asociación emprende la defensa de los derechos se está enfrentando a las instituciones del Estado que históricamente han violentado a las mujeres indígenas, lo que implica una conciencia y postura política en su defensa y en contra de las estructuras que las violentan.

Como se expuso, son diversos los obstáculos que las mujeres indígenas deben superar para optar por la denuncia, pero además, iniciado el proceso legal muchas no lo concluyen y en definitiva el uso del derecho no les garantiza el acceso a la justicia. El trabajo del Kalli Luz Marina influye en la transformación del tejido social, pues su trabajo no se centra exclusivamente en que las mujeres denuncien la violencia familiar o usen el derecho del Estado, sino que también apuestan por un trabajo de prevención y de transformación cultural. Por ello, uno de sus lemas es Nochipa masekintlakitta siwameh: Que la costumbre sea el respeto a las mujeres. Esta es la razón por la cual consideraron la necesidad de trabajar con hombres de la región mediante los talleres de masculinidades, espacio que surgió por el interés de una transformación más profunda de las relaciones entre los géneros.

Las promotoras indígenas y colaboradoras de Kalli Luz Marina han adquirido un prestigio y reconocimiento social que las impulsa a continuar trabajando por los derechos de las mujeres. Las transforma-

ciones personales y familiares que han experimentado son razones que contribuyen a que no desistan en su admirable labor.

La motivación para que Kalli siga adelante es el compromiso entre las promotoras, la organización, la coordinación y el compromiso con otras como mujeres. Son mujeres que saben lo que están haciendo: “[...] todas las mujeres que estamos en el Kalli de alguna manera hemos sufrido violencia de género y nos tiene que gustar mucho el trabajo que hacemos porque si no te gusta salir a comunidad, entender desde otra perspectiva los problemas de las mujeres indígenas, nos desesperaríamos y Kalli Luz Marina no funcionaría” (Imelda Monserrat Zepahua Vázquez, trabajadora social de Kalli Luz Marina).

El proceso de conseguir financiamiento para las asociaciones civiles es complicado, sobre todo cuando entre sus colaboradoras hay personas sin estudios reconocidos oficialmente, como es el caso de Kalli Luz Marina, que ha debido luchar para conseguir recursos para sus promotoras indígenas, al igual que sus profesionistas (psicóloga, abogada, trabajadora social y coordinadora), quienes también han enfrentado el proceso de procurar recursos para continuar la difusión de los derechos de las mujeres: “Antes el PAIMEF¹⁸⁶ no las reconocía (a las promotoras indígenas) y un año discutimos para lograr darles salario... seguimos insistiendo hasta que finalmente han entendido ellas, las del Instituto Veracruzano de Mujeres, el papel de las promotoras, y ahora llevan tres años de que hay salario para una promotora, pero como están varias, ese se reparte entre todas” (María López, coordinadora de Kalli Luz Marina).

El hecho de lograr financiamiento para las promotoras permite que su labor sea más valorada en el exterior. Kalli sabe de la impor-

¹⁸⁶ La remuneración que reciben las promotoras de Kalli Luz Marina se desprende del vínculo con el PAIMEF y es equiparable a la de las trabajadoras profesionistas de la asociación, pero se divide entre las cinco promotoras, ya que sólo trabajan un día a la semana y se rotan en el transcurso de la misma. Otro de los financiamientos es el que obtiene de GDI para apoyar los proyectos de difusión de los derechos de las mujeres y la creación de discos en náhuatl y español con contenido sobre derechos humanos.

rancia de recuperar la experiencia del trabajo de las promotoras, pues varias de las herramientas utilizadas por la organización para prevenir la violencia de género, tienen relación con el conocimiento del contexto particular de las mujeres de la Sierra de Zongolica. Las promotoras indígenas conocen esta situación y a través de esta experiencia vivencial, han construido una diversidad de conocimientos necesarios para entablar un puente de comunicación con las mujeres de la región.

El trabajo de estas mujeres y los diversos obstáculos que han enfrentado, son un ejemplo tangible sobre los diversos retos que una mujer nahua tiene que enfrentar a nivel personal, familiar, comunitario e institucional para transformar su realidad, acceder a la justicia y fortalecer su salud y autonomía. Por esta y otras razones todas las colaboradoras de Kalli Luz Marina, han luchado para que al exterior de la asociación se reconozca su importancia y la inigualable labor que realizan.

Asimismo, las promotoras son cada día más conscientes de que aun cuando no cuenten con estudios profesionales han recibido la capacitación y preparación pertinentes, además de contar con su propia experiencia y conocimiento sobre el contexto donde se desarrollan para seguir trabajando por las mujeres nahuas de la región. Esta realidad les permite reforzar sus propios procesos de autonomía tanto a nivel individual como en conjunto y contribuir a romper con la idea de que contar con estudios es la única fuente de obtención de saberes. Su experiencia y conocimiento son fundamentales para el caminar de Kalli Luz Marina.

La unión entre mujeres y su organización, Janet Townsend la denomina "poder con"; esto es, "la capacidad de lograr junto con los(as) demás lo que no sería posible conseguir solo(a)" (2002: 51). Esta unión y "poder con" permitirá que las mujeres caminen, crezcan juntas y creen redes de cooperación. Esto lo tiene muy claro Kalli y por ello una de sus finalidades es identificar en los talleres a mujeres con mayor autonomía para que después se conviertan en promotoras de derechos y se vinculen con la asociación para de esta manera buscar que, a pesar de la distancia, se encuentren conectadas.

Las estrategias de Kalli son parte de un enfoque que se orienta por la emancipación de las y los sujetos en situaciones de vulnerabilidad, lo que se desprende de la metodología de la educación popular y de la pedagogía del oprimido de Paulo Freire (1970), así como del enfoque de las Comunidades Eclesiales de Base para impulsar el desarrollo de seres capaces de ejercer sus derechos y promover la formación de redes para la transformación de sus realidades mediante la solidaridad y organización en conjunto.

La promotora comunitaria es un actor social como no los ha dicho la coordinadora. Desde el punto de la interculturalidad es como darle armas a la gente que vive en la comunidad, para que ellos mismos puedan resolver sus problemas, por ejemplo, si no está la abogada o no está la psicóloga, eso no implica que la promotora comunitaria no pueda hacer algo por las mujeres. He visto que las promotoras comunitarias son activas, son personas que se han ido formando y que van resolviendo casos... al fin y al cabo lo que se pretende es formar a personas capaces de enfrentar sus problemas. No queremos que dependan de nosotras, sino que sean autónomas y ese es un trabajo difícil porque tiene que haber permanencia. Las promotoras siempre están formándose, siempre, es difícil pero creo que eso está logrando Kalli, al menos con las promotoras comunitarias, que son diez.

Las promotoras son personas líderes que pueden proponer sin necesidad de esperar lo que diga la abogada. Ellas también son psicólogas empíricas. Yo creo que trabajar en Kalli y en zonas rurales hace que no te sientas como "profesionista", es decir, aquí entre nosotras por ejemplo no nos decimos abogada ó psicóloga, es eso de la educación popular, me acuerdo de una frase de Paulo Freire que decía: todos desconocemos algo y todos conocemos algo; tiene que ver mucho con la educación popular. Las promotoras y nosotras (profesionistas) nos complementamos, yo creo que por eso también ha funcionado Kalli, va creciendo y tiene para más, para mucho más" (Imelda Monserrat Zepahua Vázquez, trabajadora Social de Kalli Luz Marina, septiembre de 2012).

Parte de los retos que enfrenta Kalli Luz Marina es fortalecer el vínculo con el sector salud de la región, lo que sería una manera de que las mujeres nahuas que acuden a las clínicas sanitarias conocieran a la asociación. De igual manera, fortalecer ese vínculo contribuirá a que el personal de las clínicas sea más consiente acerca de la violencia de

género y del trato que las mujeres deben recibir. Un paso importante de Kalli al respecto fue la agenda ciudadana en la que consideró varias demandas, entre ellas la atención a la salud y el interés por la creación de una Unidad Médica Familiar Integral que incluya medicina tradicional y personal sanitario capacitado que trabaje con enfoque de género e interculturalidad. Como se mencionó, esta agenda ciudadana es parte del esfuerzo de la asociación por influir en el la atención sanitaria de la población de Rafael Delgado y plantear demandas frente a las autoridades municipales.

El crecimiento y fortalecimiento de las redes de promotoras y con las instancias de salud y de justicia local, así como el fomento de alternativas para acceder a la justicia más allá de la denuncia son retos que enfrentan Kalli y sus colaboradoras. Lo anterior les permitirá encarar con mayor profundidad la violencia de género y continuar caminando en la construcción de una vida más digna que incluya la salud y la justicia para las mujeres nahuas de la región de la Sierra de Zongolica.

Referencias bibliográficas

AMNISTÍA INTERNACIONAL

2008 *La distancia del deber: un viaje por la inseguridad y la injusticia. Violencia familiar en México*, Amnistía Internacional (EDAI), España.

ALONSO RIVERA, MINERVA TERESA

2012 Psicóloga del Kalli Luz Marina, entrevistada por Carolina Díaz, octubre.

BERRÍO, LINA

2008 Sembrando sueños, creando utopías: liderazgos femeninos indígenas en Colombia y México", en Rosalva Aída Hernández (ed.), *Etnografías e historias de resistencia. Mujeres indígenas, procesos organizativos y nuevas identidades políticas*, Publicaciones de la Casa Chata, México, pp. 181-216.

COMISIÓN NACIONAL PARA EL DESARROLLO DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS (CDI)

2006 *Indicadores con perspectiva de género para los pueblos indígenas*, disponible en http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com_content&task=view&id=244&Itemid=54, consultado en agosto de 2013.

CHENAUT, VICTORIA

2004 "Prácticas jurídicas e interlegalidad entre los totonacas en el Distrito Judicial de Papantla, Veracruz", en María Teresa Sierra (ed.), *Haciendo justicia. Interlegalidad, derecho y género en regiones indígenas*, CIESAS-Miguel Ángel Porrúa, México, pp. 237-297.

COCHITILEHUA CENTRO MEXICANO DE INTERCAMBIOS (CEMIAC) Y POR EL COLECTIVO FEMINISTA CIHUATLAHTOLLI

2007 *Hacia un frente común contra la violencia hacia las mujeres en la región de las altas montañas* (Veracruz), Ediciones Aguas Alegres, México.

CORDOURIER REAL, GABRIELA

2010 *Informe sobre Desarrollo Humano de los Pueblos Indígenas*.

DÍAZ, CAROLINA

2014 *Género y justicia entre las mujeres nahuas de Rafael Delgado, Veracruz. Una mirada a través de la Asociación Civil Kalli Luz Marina*, tesis para maestría en Antropología Social, CIESAS- Golfo, México.

DUARTE, ÁNGELA

2011 *Desde el sur organizado. Mujeres nahuas del sur de Veracruz. Construyendo política*, UAM-Xochimilco, México.

ENCUESTA NACIONAL SOBRE SALUD Y DERECHOS DE LAS MUJERES INDÍGENAS (ENSADEMI)

2008 *Encuesta Nacional de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas*, Instituto Nacional de Estadística y Censos, Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, México.

ENCUESTA NACIONAL SOBRE LA DINÁMICA DE LAS RELACIONES EN LOS HOGARES (ENDIREH)

2006 *Encuesta Nacional de la Dinámica de las Relaciones en los Hogares*, INEGI, México.

2006 *Encuesta Nacional de la Dinámica de las Relaciones en los Hogares Panorama de violencia contra las mujeres*. Venecruz de Ignacio de la Llave, INEGI, México.

ENCUESTA SOBRE LA VIOLENCIA HACIA LA MUJER INDÍGENA (ENVIOMUJI)

2012 *Encuestas sobre la Violencia hacia la Mujer Indígena en Puebla, Hidalgo, Veracruz*, Kalli Luz Marina, México.

GARCÍA, R. M. Y ORTEGA, P. G.

2011 *El delito del femicidio en el estado de Veracruz*, Colectivo de Investigación, Desarrollo y Educación entre Mujeres, México.

GONZÁLEZ, SOLEDAD

2011 “De la victimización a la agencia: denuncia de la violencia conyugal por mujeres en ocho regiones indígenas de México”, en Ana María Tepichin Valle (coord.), *Género en contextos de pobreza*, Colegio de México, México, pp. 203-231.

HERNÁNDEZ CASTILLO, AIDA H.

2004 “El derecho positivo y la costumbre jurídica: las mujeres indígenas de Chiapas y sus luchas por el acceso a la justicia”, en Torres Falcón (comp.), *Violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales*, El Colegio de México, México, pp. 379-414.

HERNÁNDEZ, ROSALVA

2008 *Etnografías e historias de resistencia. Mujeres indígenas, procesos organizativos y nuevas identidades políticas*, Publicaciones de la Casa Chata, México.

LEY DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA

2007 En <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAWMLV.pdf>, consultado en mayo de 2013.

LÓPEZ, MARÍA

2012 Coordinadora de Kalli Luz Marina, entrevistada por Carolina Díaz, octubre.

MATÍAS, PEDRO

2013 “Irma la indígena mazateca que parió en el patio de un hospital”, en Proceso.com.mx <http://www.proceso.com.mx/?p=354510>, consultado en noviembre de 2013.

MEIRY, SALLY

- 2009 *Gender Violence. A cultural perspective. Introductions to Engaged Anthropology*, Wiley-Blackwell, Estados Unidos de América.
- 2010 *Derechos Humanos y violencia de género. El derecho internacional en el mundo de la justicia local*, Universidad de los Andes, Siglo del Hombre Editores, Colombia.

OBSERVATORIO DE MORTALIDAD MATERNA (OMM)

- 2012 *Indicaciones*, en <http://www.omm.org.mx/omm/images/stories/Documentos%20grandes/Indicadores%202012%20octubre%2029.pdf>, consultado en febrero de 2015.

PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD)

- 2010 *Informe sobre Desarrollo Humano de los Pueblos Indígenas en México. El reto de la desigualdad de oportunidades*, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

RIQUER, FLORINDA

- 2009 *La ruta crítica que siguen las mujeres víctimas de violencia de género en su hogar. El caso de Veracruz*, Consejo Editorial PAIMEF-Gobierno del Estado- Instituto Veracruzano de las mujeres, México.

RODRÍGUEZ ROSAS, ARACELI

- 2012 Abogada de Kalli Luz Marina, entrevistada por Carolina Díaz, septiembre.

RODRÍGUEZ, MARÍA TERESA

- 2003 *Ritual identidad y procesos étnicos en la sierra de Zongolica, Veracruz*, CIESAS, México.

SANTOS, BOAVENTURA DE SOUSA

- 1999 *La globalización del derecho*, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

SIEDER, RACHEL Y MARÍA TERESA SIERRA

- 2011 *Acceso a la justicia para las mujeres indígenas en América Latina*, Michelsen Institute-CMI, Bergen.

SIERRA, MARÍA TERESA

- 2011 "Prácticas jurídicas e interlegalidad. Debates antropológicos en torno al derecho indígena y las políticas de reconocimiento", en Victoria Chenaut, Magdalena Gómez, Héctor Ortiz, María Teresa Sierra (coords.), *Justicia y diversidad en América Latina. Pueblos indígenas ante la globalización*, Publicaciones de la Casa Chata, México, pp. 385-406.
- 2004 "Interlegalidad, justicia y derechos en la Sierra Norte de Puebla", en María Teresa Sierra (ed.), *Haciendo Justicia*, CIESAS-Miguel Ángel Porrúa, México, pp. 115-186.

SISTEMA DE INFORMACIÓN MUNICIPAL DE RAFAEL DELGADO

2013 Cuadernillos municipales, en http://portal.veracruz.gob.mx/pls/portal/docs/page/GobVerSFP/sfpPortlet/sfpPortletsDifusion/CuadernillosMunicipales/2011_2013/rafaeldelgado.pdf, consultado en mayo de 2013.

TRUJILLO, NORMA

2012 “Impedimentos que mujeres serranas perciben sobre la igualdad de género”, en *La Jornada Veracruz*, en línea: http://www.jornadaaveracruz.com.mx/Noticia.aspx?ID=0908113_1193533_125&id_seccion=1, consultado en abril de 2013.

TOWNSEND, JANET

2002 “Contenido del empoderamiento: cómo entender el poder”, en Emma Zapata, Janet Townsend, Jo Rowlands, Pilar Alberti y Marta Mercado, *Las mujeres y el poder. Contra el patriarcado y la pobreza*, Plaza y Valdés Editores (especialidad género: mujer rural), México, pp. 35-66.

ZEPAHUA VÁZQUEZ, IMELDA MONSERRAT

2012 Trabajadora Social de Kili Luz Maima, en *existencia por Carolina Díaz*, septiembre.

Conclusiones: entre el activismo y la intervención

Clara Juárez Ramírez
Felipe José Hevia de la Jara
Ana Eugenia López Ricoy
Laura Georgina Freyre y Joffre



Trabajar con cinco estudios de caso seleccionados y criterios preestablecidos permite enriquecer los hallazgos individuales de cada uno con una aproximación comparativa que posibilita la identificación de las diferencias entre ellos, así como generar conocimiento con base en evidencia de mayor relevancia.

Los hallazgos principales del análisis integrado pueden agruparse en tres grandes discusiones: la doble faz de la incidencia; las consecuencias de la incidencia relacionadas con la equidad para las mujeres indígenas, y los factores que favorecen y dificultan la incidencia de organizaciones de mujeres indígenas y de la sociedad civil.

La doble faz de la incidencia: influencia e intervención¹⁸⁷

Tal como se adelantó en la introducción, el hallazgo más relevante de la investigación fue constatar la existencia de dos formas complementarias, pero analíticamente diferenciadas de incidencia: la influencia y la intervención. Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, incidir se define como causar un efecto una cosa en otra, repercutir. En este sentido, la incidencia en políticas públicas, tal como la analizamos en esta investigación, tiene al menos tres características:

- 1) busca afectar el curso de acción, en este caso, de una política pública;
- 2) apela a problemas públicos (no privados), y
- 3) interpela como interlocutores a actores gubernamentales, de ahí que la incidencia tradicionalmente se asocie a influencia.

Incidencia como influencia en la política pública

Como se revisa en la introducción, las organizaciones de la sociedad civil en México se caracterizan por su diversidad. Ser OSC no implica necesariamente que se deba realizar incidencia en políticas públicas, pero algunas sí deciden hacerlo como vía para conseguir sus objetivos sociales. La investigación documenta experiencias de incidencia por parte de organizaciones civiles en el campo de la salud hacia las mujeres, en especial las indígenas, que cumplen los requisitos analíticos definidos en el apartado de metodología para considerarlos casos con algún nivel de incidencia, en particular los casos de Kinal y Casa con más éxito, y con menor énfasis Nääxwin y el CCESC.

De los casos analizados, posiblemente Kinal sea el que de manera más nítida y deliberada pretende incidir en las políticas públicas desde la influencia en el proceso político de la toma de decisiones. Tal como muestran Berrío y Lozano (2014), su trabajo explícito de cabildeo y

¹⁸⁷ La idea de la doble faz se inspira en los trabajos de Adrián Gurza Lavalle (Gurza y Castello, 2010).

convencimiento al Poder Legislativo, pero también a los poderes ejecutivos federal y estatal mediante la estrategia de búsqueda de amplias alianzas que incluyen organizaciones civiles y parlamentarias, muestran la capacidad de influencia (limitada, pero existente) que poseen estas organizaciones.

De igual manera, organizaciones con un perfil menos político lograron acciones de influencia relevantes. En su análisis, Flores y Vargas en el caso de la Escuela de Partería Casa, organización orientada a la promoción y a la implementación de servicios sanitarios (con la gestión de un hospital), influyó para que el Estado mexicano reconociera a la partería como una profesión, obteniendo la certificación de la formación profesional de parteras, la creación del puesto de partera técnica y el diseño de una escuela gubernamental de partería tradicional en el estado de Guerrero para población indígena. Como veremos adelante, la estructura de oportunidades políticas y la capacidad de movilización de los capitales cultural y político muestran cuán importante son aún la construcción de relaciones personales y la voluntad política de las autoridades para promover estos cambios.

En este mismo sentido, Nääxwiin y CCESC, en niveles locales, municipales y regionales, muestran esta intencionalidad de influencia en los procesos de diseño, implementación y evaluación de políticas relacionadas con la salud de las mujeres indígenas.

Incidencia como intervención

A pesar de la relevancia de los casos analizados de incidencia como influencia en las políticas públicas, un hallazgo relevante de esta investigación fue documentar una segunda dimensión de la incidencia: aquella entendida como *intervención vital a escala local*.¹⁸⁸ En efecto,

¹⁸⁸ Según el diccionario, intervenir, en algunas de sus acepciones, se define como "tomar parte en un asunto", como "interceder o mediar por alguien", de ahí su relación semántica con la influencia y la incidencia.

cambiar el curso de acción, afectar el diseño o implementación de una política pública o persuadir a los actores estatales (de los poderes Legislativo, Ejecutivo o Judicial, y de los distintos órdenes de gobierno) de resolver un problema público —todas estas acciones que remiten a la noción de incidencia— se realiza también por medio de organizaciones civiles cuyas acciones intervienen para resolver necesidades vitales, pero que no necesariamente trascienden de la escala comunitaria/local, aunque sí logran dejar un legado institucional. Tal como muestra el caso de Nāāxwiin, y en menor medida los de Kalli, CCESC y Casa, la intervención de estas organizaciones en la resolución de problemas que resultan vitales (pues hay mujeres que incluso pueden morir de no mediar su intervención) cumplen con los requisitos analíticos de la incidencia:

- 1) apuntan a un problema público al buscar no sólo resolver el problema puntual, sino también modificar las causas que lo crearon;
- 2) buscan influir o persuadir las prácticas de los agentes gubernamentales y sus acciones (que encarnan políticas públicas), y
- 3) cambian el contenido de una política pública, específicamente en las fases de implementación y de evaluación.

Como es evidente, la intensidad de la afectación y la escala de intervención son diferentes entre las prácticas orientadas a la incidencia como influencia y las experiencias que conciben la incidencia como intervención vital. Sin embargo, ambos tipos de experiencia inciden, es decir, afectan el curso de acción de una política orientada a resolver un problema público, y su complementación potencia su incidencia. Como describen Berrío y Lozano, en el caso de la etiquetación de recursos para la salud materna, influir en el Poder Legislativo es necesario, pero no suficiente para cambiar en las comunidades locales el acceso a servicios de salud de calidad para mujeres indígenas.

Dentro de las actividades de incidencia como intervención sobresalen las acciones de promoción y capacitación de salud. Los ejemplos de CCESC y Casa en sus inicios en la década de 1980 muestran que la capacitación y la promoción de la salud, por medio de promotores

voluntarios comunitarios, ha sido la estrategia históricamente utilizada en las comunidades para enfrentar los problemas de cobertura sanitaria y promover condiciones más saludables. Estas funciones de promoción de la salud e intercambio de información se pueden realizar, como muestran Casa y CCESC, en sustitución o colaboración con los servicios de salud, y resultan una forma importante de incidencia como intervención.

Sin embargo, la promoción de la salud no agota la incidencia como intervención. Los casos de acompañamiento descritos en el caso de Kalli o la importancia central en las labores de mediación y atención de Nääxwiin muestran la enorme importancia de estas organizaciones para asegurar los derechos mínimos a la salud de las mujeres indígenas en comunidades locales.

Relaciones entre influencia e intervención

Las relaciones entre estas dimensiones analíticas no siempre son claras o fáciles. Por ejemplo, como muestran López y Pereira, en el caso de CCESC, el fortalecimiento de promotores de salud en la etapa de refugio (un claro ejemplo de incidencia como intervención) es valorado como un conjunto de acciones con poca influencia a nivel de las políticas sanitarias de ese entonces, interpellando más bien a actores gubernamentales con menor poder de decisión. Por otro lado, Flores y Vargas muestran cómo las escuelas de partería articulan acciones de influencia (formación y reconocimiento profesional, creación de puestos de trabajo) e intervención (talleres, gestión de un hospital, promoción y formación de parteras en territorios indígenas), donde justamente las intervenciones, sistematizadas y transformadas en conocimiento, son uno de los recursos más importantes para cabildear e influir en las políticas de salud.

En este sentido existe cierta dificultad para articular ambas dimensiones de la incidencia, pero cuando esto sucede, pueden existir diferencias importantes. En los casos de Kinal, Casa y Nääxwiin se

percibe como necesaria e importante una mayor articulación vertical entre organizaciones orientadas a la influencia, generalmente en niveles de intervención en una escala nacional, internacional o estatal, y organizaciones territoriales enfocadas en niveles locales y comunitarios. Esta articulación vertical es central para *desempacar al Estado* (Fox, 1996, 2005). De igual manera, sin articulación vertical, la evidencia disponible en esta obra muestra que hay menos posibilidades de influencia, como en el caso de Kalli, donde Díaz documenta las dificultades de articulación vertical, sumadas a problemas de sustentabilidad de la propia organización, lo cual en la práctica disminuye las posibilidades de incidir a partir de la influencia en la toma de decisiones de los poderes públicos.

Equidad en salud para las mujeres indígenas

Identificar analíticamente la doble faz de la incidencia permite comprender mejor las potencialidades y los límites de las organizaciones de mujeres y OSC en la búsqueda de mayor equidad en salud para las mujeres indígenas, pero no agota los hallazgos de la investigación.

Demandas ciudadanas y perspectiva de derechos

Tal como se expone en cada caso y se consignó en la introducción, los sistemas de salud en México, y más en zonas indígenas, se caracterizan por su desintegración, fragmentación, inequidad y poca capacidad de interlocución con actores no gubernamentales, lo que deriva en una serie de problemas generales de acceso, calidad y equidad en la atención que se agrava en zonas indígenas.

La evidencia generada por los casos analizados permite afirmar, como un segundo gran hallazgo de la investigación, que un denominador común de las organizaciones es una demanda explícita de mayor equidad e igualdad de los sistemas de salud con las mujeres indígenas. En efecto, a pesar de la diversidad geográfica y étnica de las organiza-

ciones analizadas, así como de sus enormes diferencias en términos de capacidades de organización, capital político, económico y simbólico, agendas particulares y tipo de incidencia que realizan, todas coinciden en demandar al Estado —incluyendo al Poder Legislativo, y a los ejecutivos estatales y federal— mayor equidad para el acceso a servicios de salud de calidad y garantizar el derecho a la salud de las mujeres indígenas históricamente vulnerado en México.

Como los casos muestran, las organizaciones de mujeres indígenas son más explícitas en estas demandas. Así, Nääxwiin, Kinal y Kalli articulan sus demandas en un marco de exigibilidad de los derechos humanos consagrados en la Constitución y en los marcos jurídicos mexicanos, tanto los relacionados con el acceso a la salud y la igualdad de género como a la autodeterminación de los pueblos. De igual manera, las organizaciones no formadas mayoritariamente por mujeres indígenas, como Casa y CCESC, son claras y contundentes al demandar una mayor equidad en salud para las mujeres indígenas.

En este sentido, las organizaciones analizadas se ubican dentro de un paradigma de derechos humanos que permite y promueve la doble faz de la incidencia, tanto en la entrega de servicios como en la influencia política. Esta distinción es importante para caracterizar mejor el tipo de organizaciones analizadas en el contexto de la sociedad civil mexicana. Como se verá en detalle en la tercera parte de este capítulo, en México es posible identificar dos corrientes teóricas al hablar de “sociedad civil”: una que sigue la tradición anglosajona e identifica a las OSC como “tercer sector” (Butcher y Serna, 2009) y otra que es parte de la sociología crítica y considera a la sociedad civil como una expresión compleja de la acción colectiva conformada por asociaciones y movimientos sociales (Olvera, 2003a).

La sociedad civil mexicana puede ser leída según los espacios de su autonomía o dependencia en relación con el Estado. Cabe señalar que estas asociaciones diversas, heterogéneas, con relativa autonomía frente al poder estatal y del mercado, y autolimitadas, no agotan las variedades de actores sociales, pues sociedad y sociedad civil no son

sinónimos (Hevia, 2009). Así, el ámbito de la salud, como otros campos de política, se caracteriza por la coexistencia más o menos marcada de dos grandes paradigmas: uno mayoritario ligado al asistencialismo, altruismo y al denominado tercer sector, y otro que se basa en el paradigma de los derechos humanos y la incidencia política, en su doble faz, como corresponde a los casos aquí analizados.

Dentro de las organizaciones que retoman este paradigma, y que como muestran algunas investigaciones se inscriben dentro del denominado proyecto político democrático (Dagnino, Olvera y Panfichi, 2006), es central comprender la selección de los interlocutores que construyen para la defensa y garantía de los derechos y para lograr mayor equidad en salud. En este sentido es claro que el principal actor interpelado en las demandas ciudadanas es el Estado mexicano en su conjunto, con especial énfasis en los poderes ejecutivos (federal y estatales) y en el Poder Legislativo. Cabe señalar que otros actores centrales del Estado mexicano, en especial el Poder Judicial, no aparece como un actor importante en las demandas de las organizaciones para mayor equidad de salud. De igual manera, actores no gubernamentales, ligados al mercado y a las empresas, tampoco aparecen como interlocutores significativos en las demandas de las organizaciones.

La selección del Ejecutivo como principal interlocutor (y más recientemente, el Poder Legislativo) responde, al menos, a dos elementos que se complementan. Por un lado, a pesar del avance del modelo neoliberal y la privatización de servicios, incluyendo los del campo de la salud (Homedes y Ugalde, 2002; Huber, 2003), el acceso a ésta en México sigue siendo abrumadoramente público, donde se atiende, con diversas modalidades gubernamentales, a 76% de los mexicanos (Inegi 2011).¹⁸⁹ Asimismo, del Poder Ejecutivo dependen los ministerios públicos, que son la instancia de acceso a la justicia con la cual

¹⁸⁹ Según el censo de 2010, las dependencias estatales (secretarías de salud) atienden a 34.2% de la población; el IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) atiende a 29.6%; el ISSSTE, a 5.9%; el IMSS-Oportunidades a 1.8%; Pemex, Defensa y Marina, a 1%, y el sector privado, a 24% (Inegi, 2011).

se involucran en forma más inmediata las organizaciones de los casos aquí abordados.

Esta situación de utilización de servicios públicos de salud, por otro lado, se intensifica por la herencia corporativa del Estado social autoritario (De la Garza, 1988), a partir de la cual se construyeron los dispositivos de representación entre la sociedad y el Estado no pluralistas que dotaban al presidente de poderes constitucionales y meta-constitucionales constituyéndolo en la punta de la pirámide del poder (Carpizo, 2002). Aunque debilitadas, las construcciones simbólicas que participan en las demandas y el predominio de relaciones particularistas en las relaciones sociedad-Estado (Hevia, 2014), interpelan a las autoridades gubernamentales como las principales responsables de cumplir y garantizar los derechos, incluyendo la salud y la autodeterminación de los pueblos indígenas.

Sin embargo, la ausencia de interlocución con el Poder Judicial, donde ninguna organización estudiada plantea la utilización de instrumentos de litigio estratégico para lograr incidencia, y con el mercado, donde las grandes corporaciones farmacéuticas internacionales y otros actores preponderantes parecieran no tener ningún vínculo con las inequidades de los sistemas de salud, se presentan como ausencias significativas en el análisis y permiten visualizar áreas de oportunidad importantes para que las organizaciones civiles puedan ejercer otras formas de presión e interlocución en la construcción de sus demandas, incluyendo la incidencia en políticas públicas para la regulación de las empresas ligadas al sector salud.

Demandas específicas para mayor equidad de salud de mujeres indígenas

En relación con los problemas específicos de acceso y equidad que afectan a las mujeres indígenas es posible identificar diversas demandas. Según Berrío, las agendas de las organizaciones de mujeres indígenas y OSC han trabajado en torno a cinco agendas: reducción de

barreras culturales de acceso; servicios de salud; políticas públicas en salud sexual y reproductiva, presupuestos y participación social (Berrío, 2013). Sobre esta base es posible identificar al menos cuatro áreas donde la incidencia (en su doble faz) de las organizaciones pretende alcanzar mayor equidad de salud:

- 1) dotación adecuada de servicios y recursos;
- 2) reducción de las barreras culturales de acceso;
- 3) reconocimiento de prácticas culturales, y
- 4) respeto y buen trato en la atención.

Dotación adecuada de servicios y recursos

Un primer problema específico en el que las organizaciones analizadas pretenden incidir es asegurar servicios de salud a nivel local, así como gestionar recursos humanos, técnicos y financieros para garantizar dichos servicios.

En este rubro, los casos muestran las debilidades y fragmentación de los servicios de salud de cara a las comunidades más excluidas de México, así como la búsqueda incesante e imaginativa de estas comunidades y organizaciones para procurarse servicios y recursos en una amplia gama que va desde la necesidad de provisión de los servicios sanitarios hasta la etiquetación de fondos presupuestales.

En esta dimensión, la doble faz de la incidencia se torna evidente. Por un lado, desde la influencia tenemos casos como los de la Coalición en que participa Kinal y CASA que presionan para que las autoridades políticas (el Poder Legislativo y los ejecutivos estatales) aseguren los recursos financieros y humanos necesarios para la dotación adecuada de servicios de salud reproductiva y contratación de parteras profesionales. Por otro lado, tenemos organizaciones que han dedicado buena parte de su vida institucional a proveer servicios y sustituir, en parte, la ausencia de los servicios estatales, que como apunta Bonfil, en el caso de las organizaciones indígenas ha sido una carga ineludible más que una vocación, que resultan de la pertenencia y el compromiso con el

derecho a la salud de las mujeres indígenas (Bonfil, 2014). El caso de CCESC es posiblemente el ejemplo más sistemático, pero Nääxwiin y Kalli describen cómo día con día las organizaciones de la sociedad civil deben resolver casos concretos de mujeres de sus comunidades para las que resulta imprescindible contar con el apoyo y la mediación de estas organizaciones: se trata, pues, de intervenciones vitales, constantes y casuísticas que, al mismo tiempo, consumen una parte importante de los recursos de las propias organizaciones y mujeres indígenas, y a la vez las dotan de una comprensión más profunda de los problemas públicos.

Esta demanda por dotación adecuada de servicios de salud en particular permite visibilizar de manera clara la heterogeneidad de las organizaciones de mujeres indígenas y de la sociedad civil, así como la diversidad de estrategias que desarrollan para avanzar en sus demandas. En este sentido, las capacidades de intermediación y acceso al capital político y económico de estas organizaciones influyen en sus posibilidades de entregar/exigir servicios suficientes. En los casos analizados, esta diversidad se torna evidente al comparar el caso de Casa, que ha logrado construir a lo largo de los años y con mucho esfuerzo una serie de activos incluyendo un hospital y una escuela de partería profesional, con Kinal, una organización recientemente creada que requiere invertir una parte importante de sus recursos institucionales para asegurar su subsistencia material mínima que le permita cumplir con su misión de acompañamiento y exigencia de los derechos de las mujeres indígenas. De igual manera, esta diversidad es temporal, pudiendo encontrar, tanto trayectorias de relativa larga duración, como CCESC con décadas de trabajo ininterrumpido, como organizaciones creadas hace poco tiempo que han logrado un posicionamiento significativo, como Nääxwiin. En todos los casos, es evidente la necesidad de garantizar la sustentabilidad de las organizaciones para continuar o ampliar el alcance de su labor. La incidencia en políticas públicas no necesariamente depende de contar con infraestructura material o capital económico, y en ese sentido el capital político sí se presenta como indispensable para su consecución por la visibilidad o potencialidad que brinda a las organizaciones en tanto actores que buscan la interlocución con el Estado.

La interlocución estatal aquí es difusa y amplia. En términos de influencia son diversas las agencias gubernamentales con las que las organizaciones buscan interlocución para interpelar sus demandas: del lado del Poder Ejecutivo, los interlocutores son más bien las autoridades políticas de las secretarías de Salud (federal y estatales) y las agencias especializadas. Casa, por ejemplo, busca explícitamente la interlocución con los secretarios/as de Salud estatales, e incluso con los gobernadores de las entidades federativas. Así logró la implementación de una escuela de partería en Guerrero y la contratación de parteras en San Luis Potosí. En ciertas etapas, CCESC tuvo comunicación directa con los responsables políticos de la Secretaría de Salud de Chiapas, y Kinal, al igual que la Coalición, interactúan de manera proactiva con el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud federal. No obstante, las organizaciones buscan contar con más interlocutores para asegurar recursos y accesos a los servicios de salud, así como aliados que les permitan presionar o hacerse visibles para lograr el cumplimiento de acuerdos que se pudieron establecer con alguna instancia gubernamental. Esto nos muestra la experiencia que las organizaciones van ganando en cuanto al conocimiento de las “ventanillas de incidencia”; es decir, a qué autoridad le compete determinada acción e incluso, cuál de esas instancias puede apoyar en contactar o abrir la puerta con otra. Es el caso de Nääxwiin y su estrecha relación con la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (GDI) o de la Coalición en que participa Kinal y su vínculo con la Comisión de Equidad de Género de la Cámara de Diputados.

En la interlocución en términos de intervención vital, la interacción también es extensa y múltiple, aunque más operativa que programática, pues más que la búsqueda de las estructuras intermedias de las secretarías de salud estatales, como las jurisdicciones sanitarias, se establecen relaciones con centros de salud y hospitales particulares integrados a las áreas de influencia de las organizaciones, como es claro en los casos de CCESC Kalli y Nääxwiin. También aquí hay interlocución intensa con otros actores gubernamentales para demandar más recursos y servicios: el gobierno municipal, las agencias del Ministerio Público, las universidades, etcétera.

Reducción de barreras culturales de acceso

En relación con las demandas dirigidas a la reducción de las barreras culturales de acceso existe un consenso generalizado en los casos estudiados; sin embargo, se aprecia una demanda más articulada para exigir la abolición de las barreras culturales por parte de las organizaciones de mujeres indígenas (Näáxwiin, Kalli, Kinal), en comparación con las que trabajan con ellas (CCESC, Casa) que se centran en la necesidad de contar con mediadores, traductores e intérpretes que permitan acceso cultural a los servicios de salud a las mujeres indígenas en sus propias lenguas.

Una de las acciones constantes más valoradas y reconocidas de las organizaciones de mujeres indígenas es la función de mediación, interpretación y traducción que cumplen cuando buscan acceder a servicios de salud en clínicas y hospitales. Tanto en situaciones cotidianas, como las que se describen de la Coalición por la Salud de las Mujeres y Näáxwiin, como en las demandas para etiquetar recursos que permitan pagar los servicios de traducción e interpretación a escala nacional por parte de la Coalición, las acciones se centran en la demanda específica de trascender las barreras lingüísticas que aumentan la desigualdad en el acceso y que afectan específicamente a la población femenina indígena.

Es decir, en esta dimensión una constante en las demandas y las acciones cotidianas de las organizaciones indígenas tiene que ver con la necesidad de contar con traductores e intérpretes reconocidos, así como la “incidencia como intervención” constante y significativa de las organizaciones para demandar y proveer servicios de traducción y acompañamiento a las usuarias indígenas. Las organizaciones, de manera más o menos explícita, realizan y exigen la incorporación de traductores e intérpretes que disminuyan estas barreras.

En términos de construcción de interlocutores, la relación con agentes gubernamentales es netamente operativa e intenta resolver problemas específicos, pero aquí se abre la posibilidad de influir de manera

coordinada con actores externos al sistema de salud, como el Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (Inali), la propia GDI y las diversas universidades interculturales que se han creado en las dos últimas décadas y que poseen las capacidades para formar y certificar traductores, mediadores e intérpretes en servicios públicos en lenguas nacionales. La existencia de una red de intérpretes certificados por Inali, que en ninguno de los casos analizados aparece, es un ejemplo de la posibilidad de construir interlocuciones que tendrían efectos directos en relación con las demandas de las organizaciones de mujeres y con mayor equidad en salud, ampliando la visión centrada de los traductores del ámbito de la justicia a la salud, e incorporando de manera integral la perspectiva de género en la formación de estos traductores e intérpretes, como lo propone la Red de Abogadas Indígenas (Bonfil, 2014).¹⁹⁰

Reconocimiento a las prácticas tradicionales

Uno de los casos más interesantes de esta investigación es la profesionalización de las parteras tradicionales que realiza Casa. El trabajo y la incidencia de una organización civil para promover y reconocer la práctica de las parteras tradicionales es, sin duda, uno de los mejores ejemplos de incidencia de la sociedad civil en las prácticas de salud de las mujeres indígenas. Sin embargo, como plantean de manera muy clara Flores y Vargas, este trabajo se realizó, sobre todo en un comienzo, sin acompañamiento de un discurso reivindicativo de la partería tradicional como una práctica étnica.

En los demás casos, la demanda sobre prácticas médicas propias de los grupos étnicos no es tan marcada ni en aquellas organizaciones de mujeres indígenas como Nääxwiin o Kinal; es decir, las demandas principales hacia el Estado respecto a equidad y mejoramiento de los sistemas de salud, sobre la eliminación de las barreras culturales de

¹⁹⁰ Hasta 2014 la mayoría de los intérpretes de Inali se centraban en la traducción y acompañamiento en el campo de la justicia, sobre todo en materia penal y en casos de litigio colectivo, sin integrar una perspectiva de género en su formación, afectando particularmente los casos relacionados con mujeres indígenas (Bonfil, 2014).

acceso, o incluso, en relación con el reconocimiento de mecanismos colectivos de toma de decisiones, como la asamblea comunitaria de Nääxwiin, son mucho más visibles en los casos documentados que las demandas en torno a la práctica o reconocimiento a prácticas curativas étnicas, a diferencia de lo que puede apreciarse en otros países, como Chile o Ecuador (Royder y Angeloni, 2007). Esto, a su vez, nos habla de la definición del problema público que hacen las organizaciones estudiadas, pues en ese momento se concentran en que se modifiquen las prácticas que permitan un acceso equitativo a los servicios de salud (ya sea mediante instancias mandatadas en este tema o de procuración de justicia).

En este sentido, la integración de organizaciones de mujeres indígenas con organizaciones civiles que trabajan con mujeres indígenas puede resultar interesante para promover estas agendas: el caso de la Escuela de Partería de Guerrero, impulsada por Casa, donde la variable indígena es explícitamente incrustada, o el caso de Kinal, el cual también exige respeto y reconocimiento a prácticas de partería tradicional.

En estos ejemplos la interpelación con el Estado también es concreta y focalizada en los servicios de salud. Los casos no muestran de manera explícita que otras agencias gubernamentales estén actuando al respecto (quizá, con excepción de la Secretaría de Educación Pública, para el caso de la expedición de validez oficial de los estudios de la Escuela de Partería), y no se vislumbra la presencia, por ejemplo, de la GDI o de la Comisión de Asuntos Indígenas de la Cámara de Diputados u otra instancia política no sanitaria.

Atención y trato respetuoso

Una última demanda más difusa, pero constante en todas las organizaciones, es la exigencia de un trato respetuoso como paso ineludible para alcanzar la equidad en salud. Ante la acumulación de desventajas por ser mujeres e indígenas y contar, por tanto, con una desproporcionada probabilidad de ser, por lo mismo, pobres y excluidas, las posibi-

lidades de las mujeres indígenas de recibir un trato digno y respetuoso en un entorno tan autoritario, como el contexto médico, se reducen considerablemente. Los casos de Kalli y Nääxwiin y los testimonios de numerosas mujeres indígenas en los foros académicos que acompañaron la realización de este proyecto coinciden en señalar el maltrato cotidiano hacia las mujeres por el personal de salud y de justicia, representado por los ministerios públicos. Puesto que ese maltrato puede poner en riesgo su vida, estos casos ilustran la vulneración de derechos humanos por omisión y por comisión.¹⁹¹

Al respecto, un área para futuras investigaciones tienen que ver con la importancia catalizadora de estos continuos casos de abuso que han influido en articular las demandas de las organizaciones con una perspectiva de derechos: los abusos son tan abundantes, cotidianos y de tal magnitud, que sólo queda apelar a la dignidad humana, independientemente del sexo, origen étnico o nacionalidad, para exigir una transformación de las condiciones de atención y trato en los servicios de salud y procuración de justicia. Posiblemente este enfoque podría dar pie a una propuesta para transformar la lógica del sistema de salud actual.

Factores asociados a la influencia en la política pública

La tercera dimensión de hallazgos se relaciona con la identificación de algunos factores asociados a la incidencia, en su doble faz, por parte de las organizaciones analizadas en un contexto cambiante, como es el campo de las relaciones sociedad-Estado en México.

En este sentido, si bien la sociedad civil ha ganado relevancia en términos de reconocimiento político (Reygadas, 1998; Isunza, 2001),

¹⁹¹ De ahí que Kinal, como organización que explícitamente coloca las demandas de las mujeres indígenas en las agendas políticas de la Coalición de Mujeres, también incluya este tema y demande, además, sanciones adecuadas y una efectiva rendición de cuentas ante los abusos de autoridad.

su comprensión y características particulares dependen del contexto político y social donde se desarrolla. Como antes se apuntó, en México después de la Revolución de 1910 se desplegó un Estado social-autoritario de fuerte carácter corporativista (De la Garza, 1988), con un modelo que comenzó a modificarse con el surgimiento de una pluralidad de actores que tomó fuerza a partir de diversos movimientos sociales a fines de la década de 1960 (Isunza, 2001). Estos actores colectivos fueron tomando forma en la literatura especializada, como el fortalecimiento de la “sociedad civil” en México.

Aunque esta manifestación de los actores de la sociedad civil corresponde al contexto específico histórico y político mexicano, los estudios internacionales de los procesos de desarrollo han identificado que la sociedad civil es un componente esencial para los cambios que se pueden generar en la elaboración e implementación de políticas públicas, al relacionarse con el Estado y al vincularse con el resto de la comunidad o sociedad. Es decir, en su expresión exitosa, la interacción entre actores de la sociedad civil y gubernamentales puede producir desarrollo social y estructuras políticas más democráticas que favorecen a los sectores vulnerables (Kanbur y Lustig, 2000). He ahí uno de los motivos que nos recuerdan la importancia de la incidencia en políticas públicas.

Una parte fundamental de la sociedad civil (aunque no la única) son las organizaciones civiles o las denominadas organizaciones de la sociedad civil (OSC), que componen una muy heterogénea red de colectivos, intereses, proyectos y experiencias (Olvera, 2003b). Dentro de esta diversidad es posible identificar organizaciones cuya labor es (mediante el trabajo voluntario o no) entregar un bien o servicio a la población más necesitada. Sin embargo, también es posible identificar organizaciones orientadas al desarrollo social que en México históricamente han tenido una relación compleja con las diversas partes del Estado (Canto, 2004). Estas OSC, por lo general, realizan acciones que el gobierno no quiere hacer, no hace lo suficiente, o no está facultado para hacer (Najam, 1999; Loewenson, 2003). A partir de ello las OSC pueden establecer diversos tipos de relación con los gobiernos: competitivas, sustitutivas o complementarias.

Un segundo tipo de organizaciones se centra en *hacer que el gobierno haga*; es decir, su actividad se dirige a influir en los procesos políticos y en las instituciones estatales. Con frecuencia, estos grupos suelen tener agendas mixtas con el fin de intervenir directamente en cuestiones de desarrollo social, por una parte, y simultáneamente buscar un cambio en las acciones y procesos políticos más amplios que no dependen en forma directa de su acción, sino de la de otros actores gubernamentales. Estos esfuerzos para intervenir en procesos políticos institucionales se denomina *public advocacy* (o incidencia en política pública), a diferencia del *people-centred advocacy*, que más bien busca cambios de comportamientos en la comunidad y entre el público (Ling *et al.*, 2010). Sin embargo, la distinción entre las funciones esencialmente operativas y las de incidencia no siempre es clara y tiene que ver con las actividades de las OSC que implican diversos tipos de relación con los actores gubernamentales.

Como se destaca en la introducción, las OSC no agotan los amplios espacios asociativos que forman parte de la sociedad civil en México. Más allá de las organizaciones civiles y su diversidad existe una enorme cantidad y variedad de formas asociativas que van formando el tejido social (Hevia, 2012), donde sobresalen, para el caso que nos ocupa, las propias formas organizativas de los pueblos y nacionalidades indígenas. Como cada caso confirma, los pueblos indígenas en México se han caracterizado por establecer una relación compleja y desigual con el Estado mexicano a lo largo de sus ciclos históricos (Bartra y Otero, 2008; Hernández, Paz y Sierra, 2004), marcada en las últimas décadas por la emergencia del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN) y las demandas por autonomía (Díaz, 2007).

Según Bartra y Otero:

El significado de “autonomía” para los pueblos indígenas fue más allá de la independencia organizacional y la autoadministración socio-económica para significar autodeterminación libre, esto es, autogobierno a nivel comunitario de acuerdo con sus propias normas, usos y costumbres. Segundo, las demandas de “autonomía” invocaron una historia de los pueblos autóctonos, cuyo

fundamento es el derecho que precede al Estado nacional actual (Bartra y Otero, 2008: 409).

Así, las últimas cuatro décadas de lucha indígena han girado en torno a las demandas por autodeterminación y han implicado la articulación de diversas organizaciones territoriales en varias regiones, así como articulaciones en confederaciones nacionales, como el Congreso Nacional de los Pueblos Indios, el Consejo Mexicano 500 años, la irrupción del EZLN y el Congreso Nacional Indígena, de 1996.¹⁹² En 2000, con la alternancia política, se instaló en el gobierno federal una visión neoindigenista, marcada por la fragmentación y el control de los procesos locales (más que la recomposición de los pueblos indígenas) y la visión general del Estado sobre los grupos indígenas como una categoría de “grupos vulnerables” (Bartra y Otero, 2008), que se mantiene en la actualidad sin mayores cambios. De hecho, como muestran los casos, las políticas de salud hacia este grupo de población han reproducido la visión de “vulnerabilidad”, limitando la participación de los pueblos indígenas y sus demandas por autonomía.

En este devenir, a mediados de la década de 1990 comienzan a aparecer con mayor visibilidad organizaciones de mujeres indígenas que han incursionado en diversas esferas (familia, comunidad, poderes locales, nacionales e internacionales) y han logrado desarrollar alianzas estratégicas con organizaciones feministas de la sociedad civil, muchas de ellas teniendo los derechos a la salud y reproductivos como agenda regular. Tal como Bonfil afirma “...las alianzas estratégicas entre organizaciones de mujeres y lideresas indígenas y organizaciones feministas (...) han promovido el desarrollo de liderazgos femeninos indígenas y la generación de procesos de autogestión y participación con enfoque de género y derechos” (Bonfil, 2013a: 17).

¹⁹² En la década los sesenta se crearon varias organizaciones en Oaxaca: Coalición Obrero Campesino Estudiantil del Istmo (COCEI) y el Comité de Organización y Consulta para la Unión de Pueblos de la Sierra Norte de Oaxaca (Codeco), pasando por la creación en 1975 del Consejo Nacional de los Pueblos Indios (CNPI), hasta la creación del Frente Nacional de Pueblos Indios (Frenapi) a inicios de la década de 1990, y la aparición del EZLN en 1994 en Chiapas (Bartra y Otero, 2008).

Sin embargo, las relaciones entre OSC y grupos indígenas, por lo general han sido poco abordados en la literatura, con algunas excepciones centradas específicamente en mujeres indígenas (Bonfil, 2013b; Espinosa, 2009). En términos generales, según Bartra y Otero (2008: 416), algunas organizaciones no gubernamentales y organizaciones civiles ligadas a la Iglesia se interesaron por los movimientos indígenas, pero también desde una visión de asistencialismo: "...los indígenas se transformaron en el paradigma de los grupos vulnerables y en objeto de asistencia" y se perdió su interés hasta la irrupción del EZLN. Del lado de la literatura sobre sociedad civil, la temática indígena es muy limitada, o inexistente. Por ejemplo, en tres compilaciones importantes para analizar a la sociedad civil mexicana no se encuentran capítulos destinados a los pueblos indígenas (Cadena, 2004; Olvera, 2003b; Puga y Luna, 2008). De ahí la necesidad de preguntarse por las relaciones que se establecen entre diversos tipos de organizaciones civiles y los pueblos y comunidades indígenas, en particular en la temática de la salud.

Capacidades políticas

El análisis comparado de casos en salud de mujeres indígenas sugiere elementos comunes, pero también muestra importantes diferencias para la incidencia en políticas públicas.

Dentro de los primeros se encuentran la presencia de articulaciones entre sociedad civil y sociedad política,¹⁹³ una intencionalidad política explícita, y el desarrollo de acciones de cabildeo (Bueno, 2003). Dentro de los segundos es posible identificar diversas estrategias de alianzas intrasociedad civil, así como el uso de diversos mecanismos de incidencia utilizados.

¹⁹³ Por sociedad política se entiende a lo largo del libro como sinónimo de Estado. Está compuesto por una organización social heterogénea que incluye diferentes grupos étnicos y está orientada a mantener la propiedad del propio territorio frente a otras sociedades políticas.

Así, un ejemplo claro de intencionalidad política se encuentra en CCESC, sobre todo al momento de la emergencia del Ejército Zapatista de Liberación Nacional. Tal como muestran López y Pereira, el CCESC organizó un posicionamiento político exigiendo la neutralidad del trabajo médico en zonas de conflicto en alianza con otras organizaciones civiles e internacionales. La Coalición para la Salud de las Mujeres es otro ejemplo claro de una intencionalidad política explícita de dialogar con los actores gubernamentales y partidarios.

Otro factor asociado a la influencia se relaciona con la posibilidad de las organizaciones de utilizar en su estrategia el cabildeo, esto es, “un proceso mediante el cual los grupos de interés o de presión ponen en conocimiento de los tomadores de decisiones políticas o de los diseñadores de políticas públicas sus puntos de vista con la intención de influir en sus resoluciones” (Gómez, 2008: 97). Si bien guarda evidentes relaciones con el concepto de *lobby*,¹⁹⁴ es posible establecer algunas diferencias conceptuales entre ellos. A diferencia del *lobby*, que se puede comprender como la acción que realizan diversos actores para defender intereses privados en la toma de decisiones y es posibilitado en parte por la capacidad económica de los actores que permite incrementar mecanismos de persuasión, el cabildeo se utiliza para posicionar temas de interés público a partir de un actor que conoce de cerca la realidad (podría ser afectado o trabajar con la población afectada) y utiliza medios de persuasión para que la política pública atienda el problema en toda su complejidad. En los casos analizados esto ocurre por la legitimidad de origen de las organizaciones, lo que facilita la posibilidad de entregar información poco conocida y estratégica a los tomadores de decisión y por las crecientes capacidades técnicas de las propias organizaciones para generar y sistematizar dicha información permitiendo ser un punto clave en la definición de una política pública. Así, los casos de Kinal y Casa muestran cómo la generación y

¹⁹⁴Según el DRAE, cabildear se define como “gestionar con actividad y maña para ganar voluntades en un cuerpo colegiado o corporación” y *lobby* como “grupo de personas influyentes organizado para presionar en favor de determinados intereses”. Para un análisis del caso mexicano, ver Gómez Valle, 2008; para un análisis del caso estadounidense, ver Cooper y Nownes, 2003.

análisis de la información producida en las propias organizaciones y una estructura organizacional destinada a hacer llegar dicha información a tomadores de decisión para persuadirlos en sus decisiones son comunes en los casos de incidencia mejor reconocidos.

Formas de articulación

Dentro de las diferencias es importante notar las formas de articulación al interior de la sociedad civil que estas organizaciones desarrollan y que, pese a ser diferentes, tienen resultados significativos como se revisó en las dimensiones anteriores en este mismo capítulo. Mientras Nāāxwiin, Kinal y la Coalición utilizan de manera explícita la articulación entre diversas organizaciones indígenas y civiles como un capital político que pueden movilizar, Flores y Vargas muestran, para el caso de Casa, que las alianzas más significativas son con organizaciones internacionales, incluyendo una importante cartera de donantes. En el proceso de decisión política para implementar una escuela de partería en Guerrero no fue determinante, como sugieren Flores y Vargas, establecer alianzas entre organizaciones de Tlapa y Casa, sino contar con la voluntad política del nuevo gobernador. Por otro lado, una organización más reciente como Kalli está en búsqueda de fortalecer estas alianzas que le permitan trascender problemas organizacionales comunes a las OSC en México (García *et al.*, 2010), y crear una red de organizaciones que le den mayor visibilidad y empoderamiento.

Estructura de oportunidades políticas

Otro elemento central para comprender las potencialidades y limitaciones de la incidencia se relaciona con la estructura de oportunidades políticas donde se llevan a cabo estas acciones (tanto las de influencia como las de intervención).

La estructura de oportunidades políticas depende de diversos factores, como la cohesión de la élite, los alineamientos electorales,

la disponibilidad de aliados, la distribución del poder entre ramas y niveles del gobierno, la estructura de representación de intereses y las estrategias predominantes para la resolución de conflictos, entre otros (Favela, 2002; Tarrow, 1997).

Así, los procesos de transición y alternancia política facilitan el acceso de nuevos actores a la toma de decisiones. Este fue el caso del CCESC, que cuando el cambio de gobierno a nivel federal y estatal representó un escenario donde las organizaciones pudieron entablar una relación más directa e institucional con la autoridad sanitaria estatal, pudo aprovechar esa coyuntura. En este sentido se confirma que el contexto político es fundamental para comprender las complejas relaciones entre la sociedad política y la sociedad civil. Paradójicamente, los cambios de administración gubernamental (que podrían representar una estructura de oportunidad política favorable a las demandas de las organizaciones por el debilitamiento de la élite) se muestran como un obstáculo para la incidencia. Esto pasó en la construcción de la escuela de partería en Guerrero por parte de Casa. De igual manera, para Nääxwiin, en Oaxaca, el cambio de administración ha representado una pérdida en términos de inversión para las organizaciones que perciben el trabajo de convencimiento y persuasión a los funcionarios como permanente, dada la alta rotación de los tomadores de decisión: con la nueva administración cambian los funcionarios y tienen que partir nuevamente de cero el proceso de convencimiento y acercamiento con los nuevos.

La disponibilidad de aliados es otra de las estrategias que las OSC mexicanas han activado para influir en las políticas públicas. La experiencia de Casa y su estrategia de construcción de aliados políticos e internacionales, al igual que la de la Coalición, logró movilizar su demanda de profesionalización de la partería tradicional hasta conseguir la creación del puesto de trabajo y de una escuela especializada. De igual manera, el caso de Kalli muestra cómo no contar con aliados clave reduce las capacidades de influencia política de una organización civil.

Ajuste de expectativas

Un último hallazgo, compartido con la literatura sobre incidencia (Leiras, 2007), se relaciona con la necesidad de ajustar las expectativas respecto a las posibilidades reales de incidencia (en su doble faz) que tienen las organizaciones civiles y comunitarias. Como es cada vez más evidente, las OSC no son ni los únicos ni los más importantes grupos organizados que pretenden influir en el espacio público: coexisten con una serie de actores de interés, muchos de los cuales pueden definirse como jugadores con veto (Tsebelis, 2006: 27), con procedimientos de elaboración e implementación de políticas públicas muy deficientes en términos de planeación y rendición de cuentas (Merino, López y Cejudo, 2010). En este contexto, esperar que organizaciones civiles y movimientos indígenas tengan amplias capacidades de influencia y se puedan modificar políticas generales no parece viable. De igual manera, asegurar que estos movimientos no tienen ninguna incidencia es desconocer parte de la historia reciente de cambios normativos e institucionales. La salida más viable es tener expectativas realistas, ajustadas a la evidencia disponible, pero que permitan la acción colectiva y el llamado a la acción.

Este ajuste es necesario para reconocer la importancia de la incidencia como intervención a nivel comunitario (rescatando sus límites y potencialidades), y no sólo mantener las expectativas en la “alta influencia política”. También serviría para fomentar las alianzas verticales intrasociedad civil y seguir generando conocimiento empírico que resulte útil para mejorar las condiciones de salud (en su más amplio sentido) de las mujeres indígenas.

Para finalizar es menester señalar la dificultad que se tuvo para dialogar y generar alianzas consistentes con el sistema de salud y los problemas para diseñar trabajo común. La distancia entre los tomadores de decisiones, los operadores de los programas específicos y las organizaciones civiles y grupos de mujeres sigue siendo enorme, y por ello se insiste en la necesidad de ajustar las expectativas y no simplificar las relaciones ni la doble faz de la incidencia que estos casos, a pesar de sus limitaciones, se muestran y analizan en este volumen.

Referencias bibliográficas

ANDREWS, KENNETH T. Y BOB EDWARDS

2004 "Advocacy Organizations in the U.S. Political Process", en *Annual Review of Sociology* 30 (1): pp. 479-506. doi:10.1146/annurev.soc.30.012703.110542.

AZIZ, ALBERTO Y JORGE ALONSO

2009 *México: una democracia en la senda de la CIESAS-Miguel Ángel Porrúa*, México.

BARTRA, ARMANDO Y GERARDO OTERO

2008 "Movimientos indígenas campesinos en México: la lucha por la tierra, la autonomía y la democracia", en *Recuperando la tierra: el resurgimiento de movimientos rurales en África, Asia y América Latina*, editado por Sam Moyo, Paris Yeros y Henry Bernstein, Colección Sur/Sur-Buenos Aires-CLACSO, pp. 401-28.

BERRÍO, LINA

2013 "Entre la normatividad comunitaria e institucional. Prácticas de atención a la salud materna entre mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero", tesis de doctorado en antropología, UAM-Iztapalapa, México.

BONFIL, PALOMA

2013a "El ejercicio de derechos y la participación de mujeres indígenas en la toma de decisiones como cambio cultural", en *Por un futuro de derechos. Alianzas estratégicas entre mujeres indígenas y la sociedad civil organizada*, editado por Paloma Bonfil, Gelic-Indesol, México, pp. 15-27.

2013b *Por un futuro de derechos. Alianzas estratégicas entre mujeres indígenas y la sociedad civil organizada*, Gelic-Indesol, México.

2014 Comunicación personal a los autores.

BUENO, GUSTAVO

2003 El tributo en la dialéctica: sociedad política / sociedad civil, *El Basilisco*, 2ª época, n° 33, 2003, páginas 3-24. Disponible en <http://www.filosofia.org/rev/bas/bas23301.htm>.

BURSTEIN, PAUL Y APRIL LINTON

2002 "The Impact of Political Parties, Interest Groups and Social Movement Organizations on Public Policy: Some Recent Evidence and Theoretical Concerns", *Social Forces* 81 (2), pp. 381-408.

BUTCHER, JACQUELINE Y MARÍA GUADALUPE SERNA

2009 *El tercer sector en México: perspectivas de investigación*, CEMEFL-Instituto Mora, México.

CADENA ROA, JORGE

2004 *Las organizaciones civiles mexicanas hoy*, UNAM-Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, México.

CANTO CHAC, MANUEL

2004 "La disputa teórica sobre las organizaciones civiles. Un asunto político-ideológico", en *Las organizaciones civiles mexicanas hoy*, editado por Jorge Cadena Roa, UNAM-Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, México, pp. 49-71.

CARPISO, JORGE

2002 *El presidencialismo mexicano*. Siglo XXI, México.

CONEVAL

2014 *Medición de la pobreza*, 2012. <http://www.coneval.gob.mx/Medicion/Paginas/Medici%cc%83n%20de%20Pobreza%202012/Pobreza-2012.aspx>.

COOPER, CHRISTOPHER A., Y ANTHONY J. NOWNES

2003 "Citizen Groups in Big City Politics". *State & Local Government Review* 35 (2), pp. 10211.

DAGNINO, EVELINA, ALBERTO OLVERA Y ALDO PANFICHI (eds.)

2006 *La disputa por la construcción democrática en América Latina*, Fondo de Cultura Económica-Universidad Veracruzana-CIESAS, México.

DE LA GARZA, ENRIQUE

1988 *Ascenso y crisis del Estado social autoritario: estado y acumulación del capital en México (1940-1976)*, El Colegio de México, México.

DÍAZ POLANCO, HÉCTOR

2007 *La rebelión zapatista y la autonomía*, Siglo XXI, México.

ESCALANTE, FERNANDO

2011 "Homicidios 2008-2009. La muerte tiene permiso", en *Nexus* núm. 397, pp. 36-49.

ESPINOSA DAMIÁN, GISELA

2009 *Cuatro vertientes del feminismo en México: diversidad de rutas y cruce de caminos*, UAM-X, México.

FAVELA GAVIA, MARGARITA

2002 "La estructura de oportunidades políticas de los movimientos sociales en sistemas políticos cerrados: examen del caso mexicano", en *Estudios sociológicos* XX(1), pp. 91-121.

FOX, JONATHAN

- 1996 "How does civil society thicken? The political construction of social capital in rural México", en *World development* 24 (6), pp. 1089-1103.
- 2005 "Empowerment and Institutional Change: Mapping Virtuous Circles of State-Society Interaction", en *Power, Rights and Poverty: Concepts and Connections*, editado por Ruth Alsop, World Bank-GB Department of International Development, Washington , D.C.

GARCÍA, SERGIO *et al.*

- 2010 *Leges et statuta de efimero a ocultas actividades de las Organizaciones de la Sociedad Civil. Análisis y recomendaciones*, Incide Social-ITAM-Alternativas y Capacidades, México.

GARCÍA, SERGIO

- 2009 *Donativos privados 2006. Una aproximación a la contribución ciudadana para las causas sociales*, Incide Social-ITAM, México.

GÓMEZ VALLE, JOSÉ DE JESÚS

- 2008 "El cabildeo al Poder Legislativo en México: origen y evolución", en *Espiral*, núm. 42, pp. 97-124.

GURZA LAVALLE, ADRIÁN Y GRAZIELA CASTELLO

- 2010 "Los agentes colectivos del control social. La doble faz de la accountability societal: Ciudad de México y Sao Paulo", en *La innovación democrática en América Latina: tramas y nudos de la representación, la participación y el control social*, editado por Ernesto Isunza Vera y Adrián Gurza Lavalle, CIESAS-Universidad Veracruzana, México, pp. 409-47.

HERNÁNDEZ, ROSALVA AÍDA, SARELA PAZ Y MARÍA TERESA SIERRA SIERRA (eds.)

- 2004 *El Estado y los indígenas en el tiempo de la PAN: reinventar el gobierno, legitimidad y ciudadanía*, CIESAS, México.

HÉVIA, FELIPE

- 2009 "Relaciones sociedad-Estado. Análisis interactivo para una antropología del Estado", en *Espiral* XV (45), pp. 43-70.
- 2012 "Más allá de organizaciones civiles. Algunos problemas para caracterizar el fenómeno asociativo en México", en *El deterioro de la democracia: consideraciones sobre el régimen político, lo público y la ciudadanía en México*, editado por Víctor Espinoza y Alejandro Monsiváis, COLEF, Tijuana, pp. 369-96.
- 2014 *Peticiones, protestas y participación. Patrones de relación sociedad-gobierno en la educación básica en Veracruz a inicios del siglo XXI*, CIESAS, México.

HOMEDES, NURIA Y ANTONIO UGALDE

2002 "Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica", en *Gaceta Sanitaria* 16 (1), pp. 54-62.

HUBER, EVELYNE

2003 *Models off Capitalism: Lessons for Latin America*. Penn State University Press.

INSTITUTO NACIONAL DE GEOGRAFÍA Y ESTADÍSTICA (INEGI)

2011 *Censos de Población y Vivienda, 2010. Base de información sociodemográfica y económica*, Veracruz de Ignacio de la Llave, Inegi, México.

ISUNZA VERA, ERNESTO

2001 *Las tramas del alba: una visión de las luchas por el reconocimiento en el México contemporáneo (1968-1993)*, CIESAS-Miguel Ángel Porrúa, México.

KANBUR, RAWI Y NORA LUSTIG

2000 *Why is Inequality Back on the Agenda?* Annual World Bank Conference on Development Economics, Washington, D.C., 1999.

LEIRAS, MARCELO

2007 "La incidencia de las organizaciones de la sociedad civil en las políticas públicas. Definiciones, explicaciones y evaluaciones de la literatura especializada local e internacional", en *La incidencia política de la sociedad civil*, editado por Carlos Acuña y Ariana Vacchieri, Siglo Veintiuno Editores Argentina, Buenos Aires, pp. 17-65.

LING, A. *et al.*

2010 *Literature Review on Active Participation and Human Rights Research and Advocacy*, IDS, Sussex.

LOEWENSON, RENE

2003 *Civil society contributions to pro-poor, health equity policies*, TARSC-Zimbabwe (<http://www.tarsc.org/WHOCESI/propoor>).

MERINO, MAURICIO, SERGIO LÓPEZ AYLLÓN, Y GUILLERMO CEJUDO (eds.)

2010 *La estructura de la rendición de cuentas en México*, UNAM-CIDE, México.

NAJAM, ADIL

1999 "Citizen Organizations as Policy Entrepreneurs", en *International Perspectives on Voluntary Action: Reshaping the Third Sector*, editado por David Lewis, Earshcan, Canadá, pp. 142-81.

OLVERA, ALBERTO

2003a *Sociedad civil, esfera pública y democratización en América Latina: México*, Fondo de Cultura Económica-Universidad Veracruzana, México.

2003b "Introducción", en *Sociedad civil, esfera pública y democratización en América Latina: México*, editado por Alberto Olvera, Fondo de Cultura Económica-Universidad Veracruzana, México, pp. 13-41.

PUGA, CRISTINA Y MATILDE LUNA (eds.)

2008 *Acción colectiva y organización: estudios sobre desempeño asociativo*, IIS-UNAM, México.

REYGADAS, RAFAEL

1998 *Abriendo veredas: iniciativas públicas y sociales de las redes de organizaciones civiles*, Convergencia de Organismos Civiles por la Democracia, México.

ROYDER, R. Y M. ANGELONI

2007 *Estándares e indicadores de calidad de atención con enfoque intercultural para centros de salud de primer nivel de atención*, Cooperazione Italiana, Sucre.

TAPIA, MÓNICA *et al.*

2010 *Manual de incidencia en políticas públicas*, Alternativas y Capacidades, México.

TARROW, SIDNEY G.

1997 *El poder en movimiento: los movimientos sociales, la acción colectiva y la política*, Alianza, Madrid.

TSEBELIS, GEORGE

2006 *Juegadores e ovorex: cómo funciona en las instituciones públicas*, Fondo de Cultura Económica, México.

Glosario de abreviaturas

AC - Asociación Cívil

Asecsa - Asociación de Servicios Comunitarios de Salud

ACNUR - Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados

AFASPE - Acuerdos para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados

AJWS - El Servicio Judío Americano Mundial (American Jewish World Service)

AL - América Latina

Alames - Asociación Latinoamericana de Medicina Social

Alames -Cebes - Asociación Latinoamericana de Medicina Social-Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

AMIO - Asamblea de Mujeres Indígenas de Oaxaca

AMPE - Agencia del Ministerio Público Especializada en Delitos contra la Libertad y la Seguridad Sexual y contra la Familia

APN - Ayuda Popular Noruega

CAMADDS - Capacitación, Asesoría, Medio Ambiente y Defensa del Derecho a la Salud

CAMI - Casas de la Mujer Indígena

CASA - Centro de los Adolescentes de San Miguel de Allende

CCEDESC - Centro de Capacitación y Educación en Derechos Económicos, Sociales y Culturales

CCESC - Centro de Capacitación en Ecología y Salud para Campesinos

CCESC-DDS - Centro de Capacitación en Ecología y Salud para Campesinos-Defensoría del Derecho a la Salud

CDI - Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas

CDM - Centro para los Derechos de la Mujer

CEDAW - Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (Convention to Eliminate All Forms of Discrimination Against Women)

Celade - Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía

CEPAL-OPS Comisión Económica para América Latina y el Caribe-Organización Panamericana de la Salud

Cesem - Centro de Servicios Municipales Heriberto Jara

CIDEM – Colectivo de Investigación, Desarrollo y Educación entre Mujeres

CIESAS – Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social

CIMAC – Comunicación e Información de la Mujer Asociación Cívil

CNEGSR – Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Coespo – Consejo Estatal de Población

Comar – Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados

Conami – Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas

Conapo – Consejo Nacional de Población

Conasida – El Consejo Nacional para la Prevención y Control de Sida

Coneval – Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

Conpaz – Coordinación de Organismos no Gubernamentales por la Paz

CPMSMG – Comité Promotor por una Maternidad Segura y la Salud de las Mujeres Guerrerenses

CPMSR – Comité por una Maternidad Segura en México

DDS – Defensoría del Derecho a la Salud

DESC – Derechos Económicos, Sociales y Culturales

DIF – Desarrollo Integral de la Familia

ECMIA – Enlace Continental de Mujeres Indígenas de las Américas

Enadid – Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica

Ensademi – Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas

Envim – Encuesta Nacional sobre Violencia hacia las Mujeres

ESPEI – Embarazo Sano, Parto Exitoso y Supervivencia Infantil

EZLN – Ejército Zapatista de Liberación Nacional

GIRE – Grupo de Información en Reproducción Elegida

IDRC – Centro Internacional de Cooperación para el Desarrollo de Canadá (International Development Research Centre)

ILE – Interrupción Legal del Embarazo

IMM – Instancias Municipales de la Mujer

IMO – Instituto de la Mujer Oaxaqueña

IMSS – Instituto Mexicano de Seguridad Social

IMSS-O – Instituto Mexicano de Seguridad Social-Oportunidades

ISSSTE – Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado

Inali – Instituto Nacional de Lenguas Indígenas
Inegi – Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
INI – Instituto Nacional Indigenista
Inmujeres – Instituto Nacional de Mujeres
INNSZ – Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán
IPN – Instituto Politécnico Nacional
ITS – Infecciones de Transmisión Sexual
IWM – Instituto Veracruzano de Mujeres
MED – Mujeres en el Desarrollo
Mexfam – Fundación Mexicana para la Planeación Familiar
MFC – Movimiento Familiar Cristiano
MIC – Misioneras de la Inmaculada Concepción
OMM – Observatorio de Mortalidad Materna en México
OMS – Organización Mundial de la Salud
ONG – Organización No Gubernamental
ONU – Organización de las Naciones Unidas
OSC – Organización de la Sociedad Civil
PAE – Programas de Acción Específica
PAIGPI – Programa de Acciones para la Igualdad de Género en Población Indígena
PAIMEF – Programa de Apoyo a las Instancias de Mujeres
PAN – Partido de Acción Nacional
PEF – Presupuesto de Egresos de la Federación
PEMEX – Petróleos Mexicanos
PESSANE – Programa de Educación de Salud Sexual y Abogacía a Nivel Estatal
PND – Plan Nacional de Desarrollo
PNUD – Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PRI – Partido Revolucionario Institucional
Prodessep – Promoción de Servicios de Salud y Educación Popular
Promsa – Programa Mujer y Salud
Prosesa – Programa Sectorial de Salud
Redcami – Red Nacional de Casas de la Mujer Indígena
Redess – Radiodifusión y Educación en Derechos Sexuales y De Salud
Redpar – Red de Promotoras y Asesoras Feministas Rurales
RNR – Red Nacional de Refugios

Sedeña – Secretaría de la Defensa Nacional
Sedesol – Secretaría de Desarrollo Social
Semar – Secretaría de Marina
Semujer – Secretaría de la Mujer de Guerrero
SEP – Secretaría de Educación Pública
Servindi – Servicios en Comunicación Intercultural
Sesa – Servicios Estatales de Salud
Sesaeg – Secretaría de Salud de Guerrero
Sesver – Servicios de Salud de Veracruz
SHCP – Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SIDA – Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida
SLP – San Luis Potosí
SMA – San Miguel de Allende
SS – Sistema de Salud
Ssa – Secretaría de Salud
SSyR – Salud Sexual y Reproductiva
UGM – Universidad del Golfo México
UNESCO – Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization)
UNFPA – Fondo de Población de las Naciones Unidas (United Nations Fund for Population Activities)
URI – Unidad de Referencia Intermedia
UVI – Universidad Intercultural de Tequila
VIH – Virus de la inmunodeficiencia humana
WHO – World Health Organization (Organización Mundial de la Salud)
XEZON – La Radio de Zongolica

Índice de cuadros

Cuadro 1. ¿Dónde se atiende la población hablante de lengua indígena?.....	118
Cuadro 2. Población de tres años y más según afiliación al Seguro Popular o Seguro para una Nueva Generación por condición de monolingüismo.....	19
Cuadro 3. Ecuación principal: resumen de temáticas del marco conceptual.....	42
Cuadro 4. Casos, temas y OSC elegidas.....	46
Cuadro 5. Cronología del (CCESC).....	161
Cuadro 6. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos entre mujeres indígenas y no indígenas.....	213
Cuadro 7. Indicadores de salud y derechos reproductivos de las mujeres del Istmo de Tehuantepec, Oaxaca.....	214
Cuadro 8. Violencia hacia las mujeres desagregado por entidad federativa.....	222
Cuadro 9. Objetivos de las CAMI en distintos puntos del país....	225
Cuadro 10. Razones por las cuales las mujeres no denunciaron casos de violencia.....	287
Cuadro 11. Población derechohabiente al servicio de salud en el municipio de Rafael Delgado.....	289
Cuadro 12. Entrevistas y temas.....	292

Índice de figuras

Figura 1. Marco explicativo de los determinantes sociales de la salud.....	38
Figura 2. Representatividad geográfica de los casos.....	47
Figura 3. Capacidades de incidencia analizadas en la interacción CASA-Escuela Pública de Parteras Profesionales en Guerrero.....	77
Figura 4. Proceso de incidencia CASA.....	77
Figura 5. Organigrama de CASA.....	83
Figura 6. Organizaciones que conforman la Coalición por la Salud de la Mujer y sus principales temas de trabajo.....	109
Figura 7. Estrategias desarrolladas para la incidencia al interior de la red de Organizaciones.....	139
Figura 8. Ciclo de acciones desarrollado por Kinal Antzetik Distrito Federal, A. C. para incorporar la agenda de mujeres indígenas en salud sexual y reproductiva dentro de la Coalición.....	141
Figura 9. Ruta para la gestión de una de las demandas indígenas en materia de interculturalidad en salud.....	145
Figura 10. Ciclo para la incorporación de presupuestos para contratación de intérpretes indígenas en los servicios de salud materna, 2013.....	147
Figura 11. Regiones de Chiapas y localización de zona de trabajo del CCESC.....	164
Figura 12. Portada de un boletín de Pensamiento y Salud.....	177

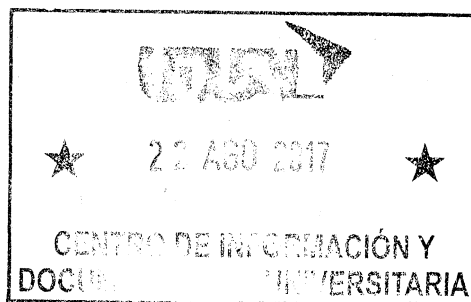
Índice de tablas

Tabla 1. Cronología de la trayectoria de CASA.....	70
Tabla 2. Principales logros de mediación institucional de CASSA.....	88
Tabla 3. Presupuestos asignados en 2012 y 2013 para los programas presupuestarios en salud sexual y reproductiva.....	124
Tabla 4. Tipo de técnica, instrumento utilizado y tipo de informante.....	163

Coordinadores

Clara Juárez Ramírez. (México 1968). Se doctoró en Antropología de la Medicina por la Universidad “Rovira i Virgili” (URV, Tarragona, España). Obtuvo el grado de Maestra en Antropología Social, especialidad en Antropología Médica, en el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS, México D.E). Cursó la Licenciatura en Psicología en la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM, Cuernavaca, Morelos). Es profesora-investigadora de tiempo completo en el Centro de Investigación en Sistemas de Salud-Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Autora y coautora de diversas publicaciones sobre los determinantes sociales de la salud. Pertenece al Sistema Nacional de Investigadores, nivel I. Correo electrónico: clara.juarez@insp.mx

Felipe José Hevia de la Jara. (México, 1975). Antropólogo por la Universidad de Chile y Doctor en antropología por el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS). Actualmente es profesor-investigador en CIESAS-Unidad Golfo. Realizó una estancia posdoctoral en el *Centro de Estudos da Metrópole/Centro Brasileiro de Análise e Planejamento* (CEM/CEBRAP), São Paulo, Brasil. Desde 2009 pertenece al Sistema Nacional de Investigadores, nivel I. Es autor de *Podery ciudadanía en el combate a la pobreza. El caso de Progreso/Oportunidades* (Bruselas: Peter Lang Pub., 2011), *¿Cómo medir la participación? Creación, validación y aplicación del cuestionario conductas de participación* (México: CIESAS, Indesol, 2011) y de más de 30 artículos y capítulos de libros. Correo electrónico: fhevia@ciesas.edu.mx



Ana Eugenia López Ricoy. (México 1986). Maestra en Estudios Regionales por el Instituto Mora (México D.F). Licenciada en Relaciones Internacionales por El Colegio de México (México D.F). Estancia de investigación en el *Institute of Development Studies* y en la *London School of Economics* (Londres, Inglaterra, 2012). Investigadora asociada del área de Incidencia en Políticas Públicas en Alternativas y Capacidades A.C. (2010-2012). Correo electrónico: ananita.lopez@gmail.com

Laura Georgina Freyermuth Joffre. Egresada de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) en Ciencia Política y Administración Pública. Traductora de Textos Especializados jurídico-políticos. Con formación en resolución pacífica de conflictos, desarrollo e implementación de talleres comunitarios, afrontamiento integral a la desaparición forzada, análisis de conflictividad social y criminalización de la protesta, en organizaciones y colectivos de la sociedad civil. Ha sido editora y colaboradora en revistas universitarias, tanto de política como de literatura, profesora adjunta en cultura política, asistente de investigación en la UNAM, voluntaria y colaboradora en OSCs. Estudió el Diplomado en Historia, Pensamiento y Problemas Actuales de América Latina en la UACM. Correo electrónico: l.freyer@gmail.com

Autoras capítulos

Natalia Flores Garrido. Es licenciada en economía por la Universidad Autónoma de Coahuila, y maestra en ciencias sociales por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) sede México. Ha participado en proyectos de investigación en instituciones como FLACSO, Inmujeres, el Colegio de México, Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir, entre otros. Es docente en varias entidades de la UNAM (FCPyS, Facultad de Economía, ENTS, FFyL) y actualmente se desempeña como Secretaria de Equidad en el Programa Universitario de Estudios de Género de la UNAM. Correo electrónico: na.floresga@gmail.com

Liliana Vianey Vargas. Antropóloga social, trabajos con mujeres indígenas, derecho de pueblos indígenas, derechos de las mujeres, política, antropología jurídica, trabajo sobre género. Es socia fundadora del grupo de Mujeres en Acción con Palabra y Pensamiento Ayuujk (MAPPA) y parte de la Alianza de Mujeres Indígenas de Centroamérica y México, maestrante en Antropología Social. Correo electrónico: lilianavianeyvargas@gmail.com

Lina Rosa Berrio Palomo. Comunicadora social, antropóloga, maestra en Estudios Latinoamericanos por la Universidad Nacional Autónoma de México y doctora en antropología social por la UAM-Iztapalapa con un trabajo sobre políticas públicas y prácticas de atención a la salud materna entre mujeres indígenas en la costa chica de Guerrero. Especialista en salud materna, género y pueblos indígenas. Integrante del Consejo directivo del Comité promotor por una maternidad segura en México. Integrante del grupo de monitoreo a políticas públicas del Observatorio de Mortalidad Materna; así como de la “Coalición por la Salud de las Mujeres”. Coordinadora de diversos proyectos en salud materna. Investigadora, ponente en diversos espacios internacionales. Correo electrónico: linaberrio@gmail.com

Adriana Patricia Lozano Daza. Enfermera comunitaria y Maestra en Medicina Social con experiencia en proyectos de promoción de la salud materna y de la salud sexual y reproductiva (SSR) con comunidades rurales y con mujeres indígenas, fue coordinadora del área de salud integral de las mujeres de la organización civil Kinal Antzetik Distrito Federal y actualmente se desempeña como consultora independiente en temas de promoción de la salud con sujetos indígenas y rurales. Candidata a Doctora en Desarrollo Rural por la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco (UAM-X) con la investigación sobre saberes y prácticas de promotores y promotoras indígenas comunitarias de salud en el Norte del Cauca, Colombia y en la Costa Chica de Guerrero, México, con interés en procesos de investigación en los campos de la salud indígena, salud rural, interculturalidad, derecho y promoción de la salud.

Aracelly María Pereira Patrón. Maestra en Antropología Social por Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Sureste. Licenciada en Antropología Social por la Facultad de Ciencias Antropológicas de la Universidad Autónoma de Yucatán, 2012, con la tesis *Una aproximación al estudio de las representaciones sociales. El caso de la diabetes mellitus tipo 2 en dos grupos de ayuda mutua (GAM) de Tizimín, Yucatán.* En 2012, participó en el proyecto “Catálogo de Comunidades Indígenas y Manifestaciones Culturales en 19 Entidades Federativas” promovido por la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas y el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Correo electrónico: aracellypereira@hotmail.com

Paloma Bonfil Sánchez. Historiadora, etnohistoriadora y socióloga rural, tiene un doctorado en Desarrollo Rural por la UAM-Xochimilco. Ha trabajado temas de derechos, desarrollo y políticas públicas alrededor de las problemáticas y realidades de las mujeres indígenas desde la academia, el sector público y la sociedad civil organizada. Integrante y socia fundadora de GIMTRAP A.C; cuenta con varios libros de su autoría, así como con artículos publicados en México y el extranjero. Actualmente, es consultora e investigadora independiente. Correo electrónico: amantina2007@gmail.com

Roxana Aguilar Ramírez. Licenciada en Antropología Social por la Escuela Nacional de Antropología e Historia, trabaja temas sobre Juventudes indígenas y Salud Sexual y Salud Reproductiva con un enfoque de género y feminismo. Ha sido becaria por el Centro de Estudios en Antropología, Género, Sexualidad y Etnicidad, (CEAGSE) Cooperación Española y Universidad de Vigo, España lo que le permitió desarrollar su tesis de licenciatura sobre *Representaciones sociales de la sexualidad con mujeres jóvenes nahuaas.* Ha desarrollado consultorías para Inmujeres, GDI, Ayuntamientos de la Montaña de Guerrero entre otras instituciones, por lo que desarrolló proyectos de acción-investigación sobre derechos humanos con enfoque de género e interculturalidad. También ha realizado investigaciones y materiales educativos sobre SSySR dirigidos a jóvenes y personal con toma de decisiones del ámbito público. Es integrante y fundadora de GÉLIC, A.C. Correo electrónico: roxanacaracolada@gmail.com

Rubicelia Cayetano Pesado. Nació en la comunidad Boca del Monte, municipio de San Juan Guichicovi, Oax., es mixe. Tiene estudios de auxiliar de enfermería, diplomados en la escuela de Formación de Dirigentas Campesinas e Indígenas con Comaletzin A.C. y el Colegio de la frontera Sur y un diplomado virtual “Construyendo saberes... educación de la sexualidad y migración” con AFLUENTES S.C. Desde 1996 ha participado en numerosos cursos y talleres para formarse como promotora de salud sexual y reproductiva entre otros. Su proceso formativo también lo ha desarrollado mediante participación en diversos proyectos de investigación y monitoreo, como son el Monitoreo de los Programas de Ampliación de Cobertura (PAC) y de Educación Inicial (PRODEI) en regiones indígenas de Oaxaca, Monitoreo del Programa de Educación, Salud y Alimentación en regiones indígenas de Oaxaca, Autodiagnóstico en salud reproductiva y violencia intrafamiliar en la región en la que trabajo en el 2003, evaluación de impacto de la formación de promotoras juveniles indígenas desarrollado por el CDM Nääxwiin. Correo electrónico rubycp_76@yahoo.com.mx

Carolina Díaz Iñigo. Licenciada en Antropología Social por la Universidad Autónoma Metropolitana UAM-Iztapalapa con la tesis *Violencia de Género, Autonomía y Empoderamiento en la comunidad Zapoteca, San Juan Guelavía Oaxaca.* Maestra en Antropología Social por el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social CIESAS- Golfo, con la tesis *Género y Justicia entre las mujeres nahuas del municipio de Rafael Delgado, Veracruz. Una mirada a través de la Asociación Civil Kalli Luz Marina.* Correo electrónico: carolina-live3@hotmail.com