

Artículo de Investigación

Contextualización de la Mujer Indígena y la Salud

Por:

Marta A. Acosta C. Magister en Administración de los Servicios de Enfermería. Candidata Doctoral en Enfermería con Énfasis en Salud Internacional, Profesora Agregado de Administración de los Servicios de Salud. Facultad de Enfermería, Centro Regional Universitario de Veraguas, Universidad de Panamá. Email: macosta9@hotmail.com

Diamantina C. Cleghorn Spencer. BNS; MPH; PhD; Tutora de este Estudio Post-Doctoral en Enfermería en Salud Internacional. Profesora Titular de Salud Pública, Facultad de Enfermería, Universidad de Panamá. Programa Doctoral de Enfermería con Énfasis en Salud Internacional. Email: diacleghorn@hotmail.com

Resumen

En la actualidad, con la realidad palpable de los grandes avances de la ciencia y el desarrollo permanente de la tecnología de la comunicación y la información, el ser humano se encuentra enfrentando a diario las urgentes modificaciones y las adaptaciones a su realidad de vida.

Estas actividades de adaptación, en algunos momentos son superadas, en otras, la persona sucumbe a su incierto destino que el medio en el que vive le pueda proporcionar.

Para los pueblos originarios de nuestra América, al igual que en Panamá, la realidad que se vive a diario, no dista de ser la misma situación de permanente adaptación, según los escasos recursos con los que se cuenta en las áreas más distantes de las regiones Rurales de toda Centro américa.

Vivir en un área rural representa grandes desafíos en cuanto a necesidades de salud se puedan presentar, pertenecer a la clase social de pobreza, (puede ser de extrema pobreza), representa un desafío de vida, de situaciones de problemas, y con las características anteriores se es indígena, y además mujer, representa una dificultad mayor en nuestros pueblos.

Palabras clave: Mujeres, Población Indígena, Salud, Medio Rural.

Contextualization of Indigenous Women and Health

Abstract

At present, with the palpable reality of the great advances of science and the permanent development of communication and information technology, the human being is facing daily the urgent modifications and adaptations to his reality of life. These adaptation activities, in some moments are overcome, in others, the person succumbs to his uncertain destiny that the environment in which he lives can provide.

For the native peoples of our America, and in particular in Panama, the daily reality is not the same as the situation of permanent adaptation, according to the scarce resources that are available in the most distant areas of the regions of all Central America.

Living in a rural area presents major challenges in terms of health needs that may arise, belong to the social class of poverty (it can be extremely poor), it represents a challenge of life, of situations of problems, and with the previous characteristics Is indigenous, and also a woman, represents a greater difficulty in our peoples.

Key words: Women, Indigenous Population, Health, Rural Areas.

Contextualização da Mulher Indígena e a Saúde

Resumo:

Hoje em dia, com a realidade palpável dos grandes avanços na ciência e o desenvolvimento permanente da comunicação e da tecnologia da informação, os seres humanos se encontram confrontando diariamente as urgentes modificações e as adaptações à sua realidade de vida. Essas atividades de adaptação em alguns momentos são superadas, em outros, a pessoa sucumbe ao destino incerto de que o meio em que ele vive proporciona-lhe provisão.

Para os povos nativos da nossa América, como no Panamá, a realidade que se experimenta diariamente não está longe de ser a mesma situação de adaptação permanente, segundo os recursos escassos que estão disponíveis nas regiões mais distantes das regiões rurais de toda a América Central.

Viver em uma área rural representa grandes desafios em termos das necessidades de saúde que podem surgir; pertencer à classe social de pobreza (pode ser de extrema pobreza), representa um desafio da vida, de situações de problemas e com as características anteriores, se é indígena, e também uma mulher, representam uma maior dificuldade em nossas cidades.

Palavras Chaves: Mulheres, População Indígena, Saúde, Zona Rural.

Introducción.

En avanzada de este siglo XXI, en donde parece que todo se tiene resuelto, la tecnología en constante vanguardia, y habiendo finalizado el periodo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio el 31 de diciembre de 2016, e iniciándose el periodo en que se cumplan los planteamientos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que deben alcanzarse en los próximos 15 años, es necesario plantear de qué manera es posible.

Justificación.

En relación a la responsabilidad adquirida con el cuidado de la salud, y, sobre todo, con las mujeres, y en particular con la mujer indígena de Centroamérica, es imperante la transferencia de cuidados de salud y de Enfermería en el cuidado de la salud de la mujer de manera integral y holística.

Metodología.

Se realiza búsquedas en las principales bases de datos disponibles en ciencias de la salud y de enfermería, al igual que The Cochrane Library, Medline, Lilacs y CUIDEN, Latindex, Scielo, Redalyc.

Se utilizó descriptores como: mujer indígena, salud indígena, pueblos originarios y salud, salud de la mujer, salud sexual y reproductiva. Se encontró cien (100) fuentes bibliográficas, de los cuales en una primera selección se escogió 17 fuentes, las cuales se identifican a continuación:

Discusión.

En el cuadro 1 se presentan las categorías de análisis de los documentos examinados. Se seleccionó 18 documentos para la presentación en este artículo, en el que se describe los siguientes aspectos:

Año: La búsqueda de los documentos fue en los últimos 10 años, del periodo comprendido desde el año 2008 al 2016, se incluyó un artículo del año de 1992, debido a al tipo de etnia particular que se describe.

Los documentos que se encontraron se caracterizan según la metodología utilizada, de la siguiente manera:

Cuantitativos: 7 documentos: 1 en al año 2016; Observacional descriptivo transversal, 1 en el 2015; transversal, 1 en 2013; Observacional de cohorte históricas, 1 en el 2012; Observacional retrospectivo transversal, 1 en el 2010; 1 en el año 2009; 1 documento de análisis de artículo de investigación.

Cualitativos: 10 documentos: 3 en los años 2009, 2012 y 2015; Documental, 1 en el año 2015; Exploratorio, 1 en el 2013; Etnografía, 2 en el año 2013; Grupos Focales, 1 en el 2012; Análisis Secundario de Entrevistas, 1 en el 2012; Texto narrativo, 1 en el año 1992.

Cuantitativo-Cualitativo: 1 en el año 2008.

País: Los países representados en esta búsqueda fue un total de 8. Distribuidos en Latinoamérica: Panamá, Colombia, Costa Rica, Chile, México. Suramérica: Brasil, Argentina, Chile, Paraguay, Bolivia, Ecuador y Perú. Mesoamérica, con participación de México, Guatemala, Panamá, Honduras y Nicaragua.

Metodología: Las metodologías utilizadas fue la revisión de artículos científicos. Estudios con paradigma cualitativo, cuantitativo y cuanti-cualitativo. (Observacional, descriptivos de cortes

transversales, cohortes históricas, documentales, etnografías, grupos focales, análisis secundarios de documentos cualitativos y cuantitativos, y texto narrativo.

Resultados: Entre los resultados obtenidos de los documentos se destaca que: Es necesario incidir en los cambios comportamentales con iniciativas de intervenciones educativas a la población en riesgo de contraer enfermedades, con [Atención Primaria Orientada a la Comunidad](#).

Las mujeres que acceden a los servicios de salud, cuentan con una doble dificultad y desventaja, lo cual radica en presentar dos factores vistas como adversos, ser mujer y ser indígena, debido a los prejuicios étnicos raciales, que han sido motivadas por las creencias religiosas de las mujeres. De aquí, que las épocas cruciales de la salud reproductiva como el embarazo, no mantienen un adecuado número de controles prenatales, con riesgo de su salud durante el embarazo, y la de su bebé en gestación.

En otras circunstancias, debido a la cultura dominante en su etnia, las mujeres indígenas tienen poca o nula influencia para las decisiones que inciden sobre su salud, sobre todo en la época del alumbramiento. En comunidades indígenas de Nicaragua y GunaYala (Panamá), los patrones matriarcales, inducen a que las mujeres mantienen autonomía en relación a su salud y decisión en dónde se atienden su situación de salud-enfermedad.

De igual manera, el acceso a los servicios de salud, está influido por la tenencia o no de seguro de salud. Las mujeres que presentan mayores dificultades, son las que son analfabetas o con educación primaria, nivel socioeconómico bajo, antecedente de lengua indígena y que viven en zonas rurales; siendo estas las que no acuden a sus controles de toma de citología cervical (cribado de cáncer de cérvix). A pesar de esta situación, las mujeres reclaman su espacio y solicitan que sus derechos sean escuchados, atendidos y resueltos.

La mayoría de los sistemas de salud de hoy en día, no reconocen la importancia de las parteras y no se toman en consideración los aspectos socioculturales de cada comunidad y país. De manera que las mujeres indígenas, en circunstancias actuales y de acuerdo a las situaciones de vida, manifiestan resistencia por ser atendidas por médicos.

Más bien, algunas etnias prefieren realizar prácticas de cuidados según sus creencias culturales, y es practicada por las mujeres. Prefieren realizar prácticas de cuidados que incidan en la salud durante el puerperio y cuidado del hijo, a través del secreto de las plantas.

En otros aspectos de la salud sexual, en relación a la menarquía, no se establece cambios en relación al resto de la población, de manera que se tiene que verificar los factores ambientales que inciden en la aparición de enfermedades crónicas.

En relación al trabajo y género, se identifica en un estudio que la mujer indígena mantiene diversos roles, con sentimientos de culpa por las responsabilidades fuera del hogar, de manera que se hace necesario el establecimiento de vínculos de apoyo humano y solidaridad entre ellas. El ambiente de trabajo puede afectar la salud de las mujeres indígenas, de manera que se hace necesario tomar las previsiones necesarias, para evitar problemas de la piel, de tipo respiratorios que inciden en la salud de las mujeres indígenas expuestas a plaguicidas

Cuadro. 1 Categorías de los documentos seleccionados. Año 1992 y Periodo de 2008 a 2016

Autor Año/País	Título del Estudio	Población	Metodología	Estrategias	Palabras Claves
G. Freitas y otros. 2016 Brasil	Prevalencia de diabetes mellitu y factores asociados en mujeres indígenas en el municipio de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil	385 Mujeres de 18 a 59 años residentes en las aldeas de Bororó y Jaguapiru	Cuantitativo. Se utilizó un cuestionario estandarizado. Análisis estadístico de test Kruskal Wallis, Mann Whitney y el modelo lineal generalizado	El 7% presentaron glicemia capilar casual alterada indicadora de diabetes mellitus. En el modelo lineal generalizado, permanecieron asociadas en el modelo final las variables edad ($p < 0,001$), presión arterial sistólica ($p = 0,002$) y etnia ($p = 0,022$). Este estudio demuestra la necesidad de cambios comportamentales, con ayuda de intervenciones educativas como estrategia de prevención y control de la diabetes mellitus.	Hiper glucemia, diabetes mellitus, salud de la mujer, población indígena
Vanesa Vázquez y otros. 2015 Argentina	Creencias religiosas y prácticas médicas frente al cuerpo de las mujeres indígenas del norte argentino	Revisión de la investigación titulada Accesibilidad de mujeres subalternas al servicio de salud sexual y reproductiva en las provincias del norte argentino (2011-2012)	Documental. Entrevista en profundidad	Las mujeres que acceden a los servicios de salud, cuentan con doble desventaja: ser mujer y ser indígena. La relación médico-paciente se encuentra con prejuicios étnicos-raciales con inclusión de creencias religiosas de las mujeres. Las mujeres no se encuentran sumisas y pasivas, apelan a estrategias que les permite luchar con obstáculos que hacen que no se cumpla a cabalidad este derecho, y el Estado no garantiza dicho derecho.	Religión, cuerpo, mujer indígena
Valentina Díaz y otros. 2015 Paraguay	Anemia y deficiencia de hierro en mujeres indígenas del Departamento de Presidente Hayes, Paraguay, 2010-2011	222 mujeres de 12 a 60 años de edad, de las etnias maká, nivaclé, sanapá, enxet y tobaqom.	Observacional descriptivo de corte transversal. Se determinó la concentración de la hemoglobina e índices hematimétricos: VCM, HCM y CHCM con un contador hematológico. El hierro sérico y transferrina se midió por método enzimático colorimétrico y la saturación de la transferrina por cálculo manual. Análisis de datos con programa estadístico Epi-info versión 3.5.3. (Atlanta, CDC). Se creó base de datos con planilla Excel	40% (88/222) de las mujeres se observó con hemoglobina por debajo de 12 g/dL. En los índices hematimétricos, presentaron valores inferiores al punto de corte, siendo el 33% para VCM, 22% HCM y el 16% para CHCM. Los resultados indican una deficiencia de hierro en diferentes fases, lo que induce a anemia, baja resistencia a infecciones, retraso en el desarrollo psicomotor y función cognoscitiva de los niños, bajo rendimiento académico, fatiga, entre otras patologías en una población vulnerable donde la mayoría de las mujeres estudiadas son de edad fértil.	Anemia, ferropenia, mujeres indígenas
Camilo Noreña y otros. 2015 Colombia	Inequidad en la utilización de servicios de salud reproductiva en Colombia en mujeres indígenas y afrodescendientes	Mujeres indígenas y afrodescendientes	Análisis de Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010 de Colombia	Los modelos de regresión presentan que las mujeres indígenas tienen menores probabilidades de un número adecuado de controles prenatales (OR=0,61), al igual que las afrodescendientes. En cuanto a la atención institucional del parto: indígenas (OR=0,33), afrodescendientes (OR=0,60). En relación a los controles posparto. Indígenas (0,80) y afrodescendientes (0,80). De acuerdo a lo anterior, existen inequidades en la utilización de los servicios de salud reproductiva en las mujeres de grupos étnicos de Colombia.	Desigualdad en la salud, servicios de salud, grupos étnicos, derechos reproductivos.

Fuente: Documentos científicos recabados de las diferentes fuentes, Año 1992 y Periodo de 2008 a 2016

Cuadro. 2 Categorías de los documentos seleccionados. Año 1992 y Periodo de 2008 a 2016

Autor Año/País	Título del Estudio	Población	Metodología	Resultados	Palabras Claves
Banco Interamericano de Desarrollo 2015 Mesoamérica México Guatemala Panamá Honduras Nicaragua	Asuntos de familia: estudio cualitativo sobre las redes sociales durante el embarazo y parto en Mesoamérica: Chiapas (México), Guatemala, Panamá, Honduras y Nicaragua	29 comunidades de cinco países de Mesoamérica: Chiapas (México), Guatemala, Panamá, Honduras y Nicaragua.	Cualitativo Se realizó 628 entrevistas semiestructuradas con mujeres, hombres, personal de salud, parteras y otros actores. Se aplicó la herramienta Net_Map o Mapa de Actores	Entre otros resultados, en relación a las mujeres en las áreas rurales e indígenas de Mesoamérica tienen poca o ninguna influencia sobre las decisiones que afectan a su propia salud. Los atributos personales como edad o nivel educativo son concluyentes de la autonomía de la mujer, al igual que las decisiones sobre su salud dependen de las características de su red social (o sea, quiénes y cuántas personas conforman la red). De igual manera las relaciones que crean dentro de la familia. Un ejemplo son las comunidades indígenas de Nicaragua y GunaYala (Panamá), los patrones de residencia son matrilocales, lo que induce que las mujeres tienen mayor autonomía en relación a su salud, deciden el lugar del parto. Los sistemas de salud no reconocen la importancia de las parteras. La información que ofrece las redes sociales de los servicios de salud influye en las decisiones de las personas. La atención integral de calidad técnica de los servicios de salud son eficaces si se toman en cuenta los aspectos socioculturales de cada comunidad y país.	Redes sociales, embarazo, parto
Leslie Barrionuevo y otros. Perú 2013	¿Cómo afecta el tipo de seguro de salud a la realización del Papanicolaou en Perú?	12,272 mujeres de 30 a 49 años de edad.	Cuantitativo. Estudio transversal que utiliza la información de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES)	El 62,7% de las mujeres sexualmente activas se habían realizado algún PAP en los últimos 5 años. Las mujeres con seguro público tenían 1,27 (intervalo de confianza de 95% [IC95%]: 1,24-1,31) y las que tenían seguro privado 1,52% (IC95%: 1,46-1,58) veces mayor probabilidad de haberse realizado un PAP que aquellas sin seguro. Esta asociación se explicaba por las variables de posición económica. Las mujeres que tenían la participación más baja eran las analfabetas o con educación primaria, de nivel socioeconómico bajo, con antecedente de lengua indígena y que vivían en las zonas rurales (siendo esta brecha mayor cuando además no tenían seguro de salud, llegando a ser hasta la tercera parte en relación con los grupos sociales más favorecidos. Las mujeres sin seguro supone una barrera para el acceso a cribado de cáncer de cérvix en Perú	Neoplasias del cuello uterino, frotis vaginal, seguro de salud, salud de la mujer, factores socioeconómicos, Perú.

Fuente: Documentos científicos recabados de las diferentes fuentes, Año 1992 y Periodo de 2008 a 2016

Cuadro. 3 Categorías de los documentos seleccionados. Año 1992 y Periodo de 2008 a 2016

Autor Año/País	Título del Estudio	Población	Metodología	Resultados	Palabras Claves
<p>María Oviedo y otros. 2013 Colombia</p>	<p>Comunidades Emberá y Wounaan del Departamento de Chocó: prácticas de cuidado durante el proceso de gestación</p>	<p>Mujeres indígenas gestantes, mujeres indígenas líderes en salud y hombres líderes y promotores de los pueblos Emberá y Wounaan del departamento de Chocó</p>	<p>Cualitativo de tipo exploratorio Se realizó 19 entrevistas en profundidad. Se utilizó el diseño metodológico de Taylor y Bogdan para el análisis de dichas entrevistas.</p>	<p>Las comunidades Emberá y Wounnan presentan situaciones durante la gestación donde participan la gestante, su pareja, su familia y la comunidad alrededor del cuidado de la madre y del bebé:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El papel de la pareja es importante en la toma de decisiones, el hombre decide sobre la atención de la medicina tradicional o medicina occidental. Y es necesario la presencia masculina para acudir a los servicios de salud. • Cuando la gestante necesite atención de salud, acuden a la medicina tradicional, atendidas por la partera, el tonguero y el jaibana para el bienestar espiritual. Manifiestan resistencia para ser atendidas por médico. • La partera al ser llamada atiende la gestación, en r y elación a la posición del bebé, lo acomoda y asiste el parto • Las gestantes realizan prácticas de protección a sus hijos como evitar el consumo de gran cantidad de agua. Prestan gran atención a los antojos para evitar complicaciones como el nacimiento prematuro y el aborto. Quienes satisfacen estos deseos son las parejas y familias. • Continúan realizando las actividades diarias: lavar la ropa, cocinar, aseo, cargar agua y leña, debido a que el bebé puede salir perezoso. En la gestación avanzada reciben ayuda de la familia para evitar el riesgo de aborto. 	<p>Comunidades indígenas, gestación, salud indígena, salud de los pueblos indígenas</p>
<p>Andrea Perdomo y otros. 2013 Colombia</p>	<p>Prácticas corporales acerca del cuidado de sí en la comunidad indígena Sikuni</p>	<p>No se describe en el estudio</p>	<p>Cualitativo Diarios de campo y la cartografía social. Estudio exploratorio de tipo etnográfico en tres fases: 1. Un momento descriptivo: Mirada desde afuera. 2. Un momento Hermenéutico: permite interpretación. 3. Un momento de construcción teórica 4. Se utilizó diarios de campo y la cartografía social.</p>	<p>Se encontraron siete prácticas del cuidado de sí: El cuidarse, el cuidado y el conocimiento forman parte de la ética del cuidado, lo cual es practicada por las mujeres.</p>	<p>Cuerpo humano, autocuidado, práctica profesional, fisioterapia</p>

Fuente: Documentos científicos recabados de las diferentes fuentes, Año 1992 y Periodo de 2008 a 2016

Cuadro. 4 Categorías de los documentos seleccionados. Año 1992 y Periodo de 2008 a 2016

Autor Año/País	Título del Estudio	Población	Metodología	Resultados	Palabras Claves
Brigite Prieto y otros. 2013 Colombia	Significados durante el puerperio: a partir de prácticas y creencias culturales	8 puérperas con parto normal 4 informantes generales entre profesionales de enfermería y familiares de las puérperas	Cualitativo de tipo Etnográfico. Se utilizó la entrevista abierta a profundidad, el diario de campo y la observación participante.	Emergieron cinco temas del estudio: el poder, secreto de las plantas, el peligro de la recaída, descubriendo el mundo de su hijo, el cuidado de sí misma, y alimentos protectores. En relación con el modelo del sol naciente, los factores de la estructura social que tuvieron mayor influencia corresponden a las creencias, valores culturales y estilos de vida, al igual que el factor social de parentesco. Se identifica el predominio del componente emic en el cuidado cultural durante el puerperio con relación al componente etic. L VIOLENCIA contra las mujeres indígenas se repite, con consecuencias para sus vidas en la sociedad, familia pareja, intimidad, en las calles, transporte público, en los espacios de formación, escuelas, ministerios, centros administrativos y juzgados. Las mujeres poseen conocimiento de esta realidad. La mayoría de las mujeres que acuden a las autoridades continúan siendo víctimas de violencia por la falta de aplicación de medidas legales, contribuyendo a minorar la confianza en estas autoridades. Es importante el apoyo a las organizaciones comunitarias de mujeres para el trabajo a favor de las mujeres.	Periodo postparto, cultura, atención de enfermería, enfermería, recién nacido
Coordinadora de Mujeres Indígenas Ngäbe-Buglé. 2012 Panamá	Diagnóstico sobre la situación de violencia contra mujeres indígenas. Comarca Ngäbe-Buglé	Mujeres indígenas en la Comunidad de OMA, Comarca Ngäbe-Buglé, de 14 a 16 años de edad. Actores Claves: (15) caciques, jefes inmediatos, corregidores, director de escuela	Conversaciones de grupos focales de mujeres. Observación participativa. Entrevistas en profundidad	L VIOLENCIA contra las mujeres indígenas se repite, con consecuencias para sus vidas en la sociedad, familia pareja, intimidad, en las calles, transporte público, en los espacios de formación, escuelas, ministerios, centros administrativos y juzgados. Las mujeres poseen conocimiento de esta realidad. La mayoría de las mujeres que acuden a las autoridades continúan siendo víctimas de violencia por la falta de aplicación de medidas legales, contribuyendo a minorar la confianza en estas autoridades. Es importante el apoyo a las organizaciones comunitarias de mujeres para el trabajo a favor de las mujeres.	Violencia, mujer indígena, maltrato
Ximena, Ossa y otros. 2012. Chile	Edad de menarquía y ascendencia indígena: Un estudio poblacional en Chile	8,624 adolescentes (8 y 16 años de edad) que asistían a escuelas públicas de la de la Región de la Araucanía (Centro-Sur de Chile)	Estudio observacional de cohortes históricas. Se determina en forma retrospectiva la edad de menarquía	Algunos estudios señalan que la edad de menarquía en Chile estaría estacionaria desde la década de los 1970-7946. Otra investigación realizada en la Región de La Araucanía muestra una tendencia secular hacia una menarquía más temprana en las últimas décadas sin diferenciación étnica. Por lo tanto, los resultados de esta investigación, deja abierta la posibilidad de que la edad de menarquía no se estabilice, en estas poblaciones que están en proceso de mejoramiento de condiciones de vida. De manera que, esta situación en conjunto con otros factores medioambientales como previos y posteriores a la menarquía, pueden influir en la aparición de enfermedades crónicas. Las mujeres presentan mayor sobrepeso y obesidad que los hombres. Las mujeres asumen que después de la maternidad, es "normal" ser obesa. La obesidad es considerada como herencia de los padres y no una enfermedad. No es deseable en ninguna etapa de la vida la pérdida de peso. Los resultados inducen a la promoción de un estilo de vida saludable para la disminución de sobrepeso y obesidad en la población de mujeres indígenas.	Menarquía, adolescentes de ascendencia indígena
Marcelina Cruz. 2012 México	Desigualdades de género en sobrepeso y obesidad entre indígenas Chontales de Tabasco, México	15 informantes mujeres y hombres indígenas chontales de Tabasco	Cualitativo. Entrevistas en profundidad	La obesidad es considerada como herencia de los padres y no una enfermedad. No es deseable en ninguna etapa de la vida la pérdida de peso. Los resultados inducen a la promoción de un estilo de vida saludable para la disminución de sobrepeso y obesidad en la población de mujeres indígenas.	Obesidad, desigualdad, género, población indígena, Chontales, Tabasco
Claudia Amaya y otros. 2012 México	Género y trabajo: experiencia de las prestadoras de las casas de salud de mujeres indígenas de Guerrero y Oaxaca	5 casas de salud de mujeres indígenas existentes en el territorio nacional. Informantes claves: coordinadoras y asesoras (internas y externas), personal operativo y recursos locales de atención a la salud, mujeres usuarias de los servicios de la Casa y otros informantes.	Cualitativo, basado en el análisis secundario de las entrevistas realizadas como parte del Proyecto denominado "Rescatando la experiencia como parte del proyecto "Rescatando la experiencia de la Casa de la Mujer Indígena: sistematización y evaluación del proceso	Se identificó un importante valor al trabajo y compromiso hacia la comunidad. La culpa aparece como producto de la tensión entre el trabajo fuera del hogar y las responsabilidades como madre y esposas. La posibilidad de ayudar a otras mujeres es fuente de gratificación, con sus mismas características y con el mismo problema, relacionadas con la violencia. El sentimiento de satisfacción se convierte en motivación que le permite sobreponerse a las adversidades en relación con el hogar y el trabajo. Establecen vínculos de apoyo humano y solidaridad. Alcanzan prestigio y reconocimiento como motivación que mejora su vida por la carencia que tiene la mujer indígena. Se cumplen los planteamientos de la Teoría de los múltiples roles	Mujeres indígenas, género, proceso de trabajo

Fuente: Documentos científicos recabados de las diferentes fuentes, Año 1992 y Periodo de 2008 a 2016

Cuadro. 5 Categorías de los documentos seleccionados. Año 1992 y Periodo de 2008 a 2016

Autor Año/País	Título del Estudio	Población	Metodología	Resultados	Palabras Claves
Rolando Alvarado 2010 Panamá	Células escamosas atípicas en mujeres indígenas, residentes en la Comarca Ngäbe-Buglé, República de Panamá. 2009-2010	Mujeres indígenas de la comarca Ngäbe-Buglé atendidas como parte del tamizaje para cáncer de cuello del programa de protección social "apoyo a la red de oportunidades", del Ministerio de Salud y organización no gubernamental. Del 01 de marzo de 2009 al 31 de marzo de 2010 6 878 citologías	Cuantitativo. Estudio observacional, retrospectivo y transversal	109 casos (1,58%) fueron diagnosticados como células escamosas atípicas indeterminadas. 24 casos (0,35%) son diagnosticados como células escamosas atípicas, sin descartar lesión intra epitelial escamosa de alto grado. Se requiere el uso de otras pruebas diagnósticas, como la determinación del virus papiloma humano para el diagnóstico de células escamosas atípicas.	Cuello del útero, citología, células escamosas atípicas, mujer, adulto
K. Fieten y otros. 2009 Costa Rica	La exposición a plaguicidas y la salud respiratoria de las mujeres indígenas en Costa Rica.	Mujeres expuestas (n = 69) trabajaban en las plantaciones de plátano. Mujeres no expuestas (n = 58) trabajaban en las plantaciones de plátanos orgánicos u otros lugares sin exposición a los pesticidas.	Cuantitativo Entrevistas a través de cuestionarios para estimar la exposición y la presencia de síntomas respiratorios. pruebas de espirometría se realizaron para obtener la capacidad vital forzada y volumen espiratorio forzado en 1 segundo	Entre los expuestos, la prevalencia de sibilancias fue del 20% y de la falta de aire fue del 36% frente al 9% y 26% respectivamente, para los no expuestos. Entre los no fumadores (n = 105), informó de la exposición a los insecticidas clorpirifos organofosforados (n = 25) y terbufos (n = 38) fueron fuertemente asociada con sibilancias (odd ratio = 6,7, 95% intervalo de confianza: 1,6, 28,0; odds ratio = 5,9, 95% intervalo de confianza: 1,4, 25,6, respectivamente). Ambos insecticidas, se encontró una asociación estadísticamente significativa exposición-efecto. Exposición órgano fosfato múltiple era común; 81% de las mujeres expuestas fueron expuestas a ambos clorpirifos y terbufos. No se encontró relación entre la exposición a los pesticidas y la función pulmonar ventilatoria.	Plaguicidas, Salud respiratoria, mujeres indígenas
María Castro M. 2009 Bolivia	Los determinantes socioculturales en la salud sexual y reproductiva de mujeres indígenas	8 comunidades de cuatro pueblos indígenas en Bolivia: Ese eja, Cavineño, Quechua y Aymara	Cualitativa. Entrevistas en profundidad, entrevistas grupales y registros de observación. I. Fase: elaboración de una base de datos II. Fase: desarrollo de la investigación en profundidad	Se establece referencias en relación a algunas determinantes socioculturales que influyen en la salud sexual y reproductiva, en donde se considera el idioma, la socialización de la sexualidad, las normas de parentesco, las organizaciones de base, la migración y trabajo, y la influencia de instituciones como la escuela, el cuartel y los agentes de salud, entre otros. Entre las consecuencias de los determinantes socio culturales se destacan los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Falta de acceso a información clara. • La migración, la escuela, la religión, contribuyen a la inequidad de género. • El 3% de las mujeres indígenas utilizan métodos anticonceptivos. • El 29% de las mujeres indígenas conoce el uso del condón como forma de protección. • Insistencia en el uso de métodos anticonceptivos naturales. • Consideran que el uso del condón es sólo para usarlo en relaciones sexuales casuales. 	Determinantes socioculturales, salud sexual y reproductiva, mujeres indígenas

Fuente: Documentos científicos recabados de las diferentes fuentes, Año 1992 y Periodo de 2008 a 2016

Cuadro. 6 Categorías de los documentos seleccionados. Año 1992 y Periodo de 2008 a 2016

Año/País	Título del Estudio	Población	Metodología	Resultados	Palabras Claves
Lilia Rodríguez 2008 Ecuador	Factores sociales y culturales determinantes en salud: la cultura como un fuerza para incidir en cambios en políticas de salud sexual y reproductiva	Usuaris de servicios de salud (mujeres indígenas de Otavalo) y personal de salud	Cuantitativo. Aplicación de una encuesta a usuarias de servicios y al personal de salud Cualitativo. Grupos focales, observación participante, entrevistas en profundidad	Se requiere un análisis que parta del reconocimiento de dos aproximaciones culturales a la salud: una visión occidental que mantiene los aspectos biológicos y técnicos, y una visión andina indígena que parte del principio “estar bien” “buen vivir”. Con los resultados obtenidos, se acordó un plan de trabajo para avanzar con la implementación de cambios en el hospital. Sensibilización al personal de salud del Hospital y de capacitación a parteras. Entre las actividades de capacitación al personal de salud, se incluyó al aprendizaje de Kichwa básico. Se motivó la organización de una sala de parto vertical en el hospital.	Factores sociales y culturales, determinantes en salud, cultura, políticas de salud sexual y reproductiva
Iván Meléndez Colombia (1992)	Aspectos culturales relacionados con la salud y el ciclo vital femenino Kuna	Fuente secundaria: Arenas, M. (1976). Encuesta de morbilidad realizada entre la comunidad indígena Cuna de Caimán Nuevo, Antioquia.	Cualitativo Texto narrativo	Desde el inicio del embarazo consumir carnes de animales grandes como de res, cerdo y pescados. Dieta rigurosa durante el embarazo, como pescados pequeños, carne de pollo, huevos, frutas, chucula y chicha. Se prohíbe tomar gaseosas y enlatados. Baños medicinales protegen a la madre y al bebé. Las bebidas y los baños medicinales se prolongan hasta el final del periodo de gestación. No se realiza el control prenatal. En atención al parto participan solamente las parteras o comadronas. El hombre médico tradicional debe estar preparado para cualquier complicación, y buscará plantas medicinales. Si el parto se complica más, acude al cantor de mu ikala para que invoque a los espíritus protectores de la matriz de la mujer y acelerar el parto. Se colocan hojas de bijao (urua) debajo de la madre en cuclillas para proteger al niño en la caída. El cordón umbilical se corta con tijeras limpias y se liga con hilaza (windup), después se espera que salga la placenta. El médico consigue bebidas que faciliten el descenso rápido y se entierra sahumada con semillas de cacao, envuelta en tela limpia y blanca. Luego la mujer descansa y guarda una dieta rigurosa: no consume sal, para evitar hemorragia posparto, ni carne de animales grandes hasta 12 días después del parto. Consume solamente cangrejos, camarones y langostinos. El hombre no realiza nada durante ocho días, para que no le dé lloradera al niño, cianosis, dificultad respiratoria o convulsiones. El médico tradicional le hace al niño tratamientos para fortalecer su vida, porque no tiene defensas adecuadas para cualquier enfermedad y ante los espíritus de la naturaleza.	Indígenas sudamericanas, atención prenatal, atención primaria en salud, medicina tradicional, medicina comunitaria

Fuente: Documentos científicos recabados de las diferentes fuentes, Año 1992 y Periodo de 2008 a 2016

Existen otras afectaciones a la salud, producto de los estilos de vida, como la obesidad debido a las dificultades que las mujeres indígenas presentan y confrontan para acceder a los servicios de salud oportunamente, en algunos estudios se refleja la necesidad de atención a la salud, como las anemias y deficiencia de hierro presentadas en las mujeres indígenas de la etnia Malká.

Discusión:

En general la salud de la mujer, debe representar para la humanidad como la primera prioridad a nivel mundial, por ser la dadora de vida, de manera que es preciso mencionar los aspectos presentados en los [Objetivos de Desarrollo Sostenibles, aprobados en la Agenda 2030, en septiembre de 2015 por la Asamblea General de las Naciones Unidas](#), con sus 193 Estados Miembros que la suscribieron.

De los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible establecidos, es meritorio mencionar algunos aspectos en relación a la mujer, y sobre todo a la mujer indígena, a pesar de que no se efectúa énfasis específicamente en las etnias originarias, y enfocan lo siguiente:

Objetivo 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas.

Metas... Se acentúan las siguientes:

- Poner fin todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y las niñas en todo el mundo.

Y a este respecto [Tubin, V. \(2015\)](#), manifiesta que “la denigración de las mujeres es parte del sistema patriarcal y racial, con prácticas particulares, que opera con impunidad, legitimidad” de manera que son formas de violencia que “...atentan contra la dignidad de maya, garífunas y xinkas”, a las que, continúa refiriendo, “se les niega el derecho a ser parte de su territorio, cosmovisión y visión política”.

- Garantizar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen.
- Empezar reformas que otorguen a las mujeres el derecho a los recursos económicos en condiciones de igualdad, así como el acceso a la propiedad y al control de las tierras y otros bienes, los servicios financieros, la herencia y los recursos naturales, de conformidad con las leyes nacionales.

En relación a estas dos últimas metas enunciadas, [Freyermuth \(2010\)](#), se refiere a las inequidades al acceso de los servicios de salud, a la que tienen derechos todas las personas, y manifiesta que “para Whitehead, el término inequidad tiene una dimensión ética...”, en donde estas inequidades, “...pueden estar fundadas en la desigualdad de oportunidades de

acceder a servicios médicos de calidad y culturalmente competentes...” Continúa exponiendo Whitehead en Freyermuth (2010), que se expone a riesgos para la salud por situaciones de vida particulares, como por ejemplo violencia de género, o prácticas y representaciones relacionadas con la maternidad que desmotivan a las mujeres al acceso a los servicios, privándose de atención médica, al igual que a discriminación genérica y/o étnica.

Con todo lo descrito anteriormente, en cuanto a la mujer indígena, se le deja desprovista de todos los derechos, incluyendo las tierras que pertenecen a sus ancestros, debido a que cada día se les expulsa de sus territorios, como lo señala el [Papa Francisco, en su Encíclica Laudato Si \(2015\)](#) (38) “...esos pulmones del planeta repletos de biodiversidad que son la Amazonia y la cuenca fluvial del Congo, o los grandes acuíferos y los glaciares...” “Los ecosistemas de las selvas tropicales tienen una biodiversidad con una enorme complejidad...” pero cuando esas selvas son quemadas o arrasadas para desarrollar cultivos, en pocos años se pierden innumerables especies, cuando no se convierten en áridos desiertos.

El Papa Francisco continúa diciendo: “...Existen propuestas de internacionalización de la Amazonia, que sólo sirven a los intereses económicos de las corporaciones transnacionales...” “...Nunca habíamos maltratado y lastimado a nuestra casa común como en los dos últimos años”. (53) [Boff \(2015\)](#), agrega que “...frente a esta ofensiva humana contra la madre Tierra que muchos científicos han denunciado como la inauguración de una nueva era geológica –el antropoceno...”, se destruyen hogares, y ecosistemas.

Finalmente, es un llamado a cuidar nuestra casa común y todos los seres vivos que nos rodean, sobre todo, los seres humanos, con equidad, justicia y sentido de humanización.

Las mujeres indígenas de nuestro país, no distan de esta realidad palpable, por ejemplo, [Vergés y Faronini \(1998\)](#), realizan una descripción detallada en su momento, acerca de las situaciones precarias que inciden en la salud y enfermedad de la mujer Ngäbe. Refieren que “...la salud para los/las Ngäbe es el producto de una relación armónica con el medio ambiente, con los seres humanos, con la naturaleza y con los dioses”. Por lo tanto, cuando esta armonía se fracciona, se produce la enfermedad, que se manifiesta en un individuo y afecta a toda su familia. Y en este caso, toda su naturaleza corporal y ecológica y ambiental ha sido adulterada, por lo que también, el equilibrio Salud-Enfermedad.

Limitaciones.

Una de las principales limitaciones en la realización de este trabajo de investigación fue la escasa bibliografía en relación al cuidado de la salud de la mujer indígena, desde la perspectiva de cuidado, en nuestro país.

Recomendaciones.

Para cada uno de los profesionales de enfermería, buscar elementos de educación continua en temas de cuidado de la salud de la mujer, de manera holística. Identificando patrones de vulnerabilidad en aquellas que acuden a nuestras instalaciones de salud en búsqueda de una atención de los servicios de salud.

Para los gerentes de los servicios de salud, buscar medios alternos de capacitación al personal de enfermería a su cargo, en temas relacionados al cuidado de la diversidad cultural en nuestro País. A las autoridades correspondientes al nivel superior de educación, preparar programas de estudios, en todos los niveles de preparación del profesional de enfermería en temas referentes al cuidado de Enfermería en la Diversidad Cultural. Panamá es un país de tránsito, un lugar de encuentro de culturas.

Referencias:

- Alvarado, R., Espinosa, C. y Otero, J. (2010).** Células Escamosas Atípicas en Mujeres Indígenas, Residentes en la Comarca Ngäbe Buglé, República de Panamá. 2009-2010. *Rev Méd Cient.*, 23, 3-11. Recuperado de: http://www.revistamedicocientifica.org/index.php/rmc/article/viewFile/230/pdf_15
- Amaya, C., Pelcastre, B., Márquez, M. y Juárez, C. (2012).** Género y Trabajo: Experiencia de las Prestadoras de las Casas de Salud de Mujeres Indígenas de Guerrero y Oaxaca. Instituto Nacional de Salud Pública, 17(3), 731-739. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a20.pdf>
- Barrionuevo, L., Palencia, L. y Borrell, C. (2013).** ¿Cómo Afecta el Tipo de Seguro de Salud a la Realización del Papanicolaou en Perú? *Rev. Panamá Salud Pública* 34(6), 393-400. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v34n6/v34n6a04.pdf>
- Boff, L. (2015).** La Carta Magna de la Ecología Integral: Grito de la Tierra / Grito de los Pobres. Recuperado de: <http://www.servicioskoinonia.org/boff/articulo.php?num=713>
- Castro, M. (s.f.).** Los determinantes socioculturales en la salud sexual y reproductiva de mujeres indígenas. Recuperado de: <http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/umbr/v1n18/v1n18a10.pdf>
- Cruz, M., Tuñón, E., Villaseñor, M., Álvarez, G. y Nigh, R. (2012).** Desigualdades de Género en Sobrepeso y Obesidad entre Indígenas Chontales de Tabasco. *Población y Salud en Mesoamérica*, 9(2), 1-22. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44623231003>
- Coordinadora de Mujeres Indígenas Ngäbe-Buglé. (2012).** Diagnóstico Sobre la Situación de Violencia Contra las Mujeres Indígenas. Recuperado de: <http://www.fimi-iiwf.org/archivos/e8ba92edb491d6f49d2544bebae2d98d.pdf>
- Díaz, V., Echagüe, G., Páez, M., Mendoza, L., Mongelós, P. y Jiménez, R. (2015).** Anemia y Deficiencia de Hierro en Mujeres Indígenas del Departamento de Presidente Hayes, Paraguay, 2010-2011. *Rev. Chil Salud Pública*, 19(3), 261-269. Recuperado de: <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/37637/39303>
- Fieten, K. B., Kromhout, H., Heederik, D., & Van Wendel de Joode, B. (2009).** Pesticide Exposure and Respiratory Health of Indigenous Women in Costa Rica. *American Journal of Epidemiology*, 169(12), 1500-1506. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19372212>
- Freitas, G., Souza, M. y Lima, (2016).** Prevalencia de Diabetes Mellitus y Factores Asociados en Mujeres Indígenas del Municipio de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 32(8), recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2016000805010&script=sci_abstract&tlng=es
- Freyermuth, G. (2010).** Desiguales en la Vida, Desiguales para Morir. La Mortalidad Materna en Chiapas: Un Análisis Desde la Inequidad. Informe Sobre Desarrollo Humano en Chiapas. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo Humano en Chiapas. Recuperado de: http://sureste.ciesas.edu.mx/Investigacion/Proyectos%20especiales/Proyectos/Graciela/MMChs_19dejulio_GFVFE_VF_conGraficas.pdf

Kolodin, S, Rodríguez, G. y Flores, K. (2015). Asuntos De Familia: Estudio Cualitativo Sobre las Redes Sociales Durante el Embarazo y Parto en Mesoamérica: Chiapas-México, Guatemala, Panamá, Honduras y Nicaragua. *Banco Interamericano de Desarrollo*. Recuperado de: <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/6954/Asuntos-de-familia-Estudio-cualitativo-sobre-las-redes-sociales-durante-el-embarazo-y-parto-en-mesoamerica-Chiapas-Mexico-Guatemala-Panama-Honduras-y-Nicaragua.pdf?sequence=1>

Meléndez, I. (1992). Aspectos Culturales Relacionados con la Salud y el Ciclo Vital Femenino Kuna. *Investigación y Educación en Enfermería*, 10(1), 131-151. Recuperado de: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/20626/17340>

Noreña, C., Leyva, R., Palacio, L. y Duarte, M. (2015). Inequidad en la Utilización de Servicios de Salud Reproductiva en Colombia en Mujeres Indígenas y Afrodescendientes. *Cad. Saúde Pública*, 31(12). Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001202635&lng=es&nrm=iso&tlng=en

Organización de las Naciones Unidas. (2016). Objetivos de Desarrollo Sostenible. Objetivo 5. Recuperado de: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/gender-equality/>

Organización de las Naciones Unidas. (2016). Agenda 2010 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: Una Oportunidad para América Latina y el Caribe. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Recuperado de: <http://www.sela.org/media/2262361/agenda-2030-y-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible.pdf>

Ossa, X., Bustos, P., Muñoz, S. y Amigo, H. (2012). Edad de Menarquia y Ascendencia Indígena. Un Estudio Poblacional en Chile. *RevMed Chile*, 1035-1042. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v140n8/art10.pdf>

Oviedo, M., Hernández, A. Mantilla, B., Arias, K. y Flórez, N. (2013). Comunidades Emberá y Wounaan del Departamento de Chocó: Prácticas de cuidado durante el proceso de gestación. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 32(2), 17-25. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v32n2/v32n2a03.pdf>

Prieto, B. y Ruiz, H. (2013). Significados Durante el Puerperio: A partir de Prácticas y Creencias Culturales. *Chía*, 13(1), 7-16. Recuperado de: http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2763/pdf_1

Rodríguez, L. (2008). Factores Sociales y Culturales Determinantes en Salud: La cultura Como Una Fuerza para Incidir en Cambio en Políticas de Salud Sexual y Reproductiva. *Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA, Ecuador*. Recuperado de: <http://www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/2.6.pdf>

Santo Padre Francisco. (2015). Carta Encíclica Laudato Sí. Sobre el cuidado de la casa común. Recuperado de: http://w2.vatican.va/content/francesco/es/encyclicals/documents/papa-francesco_20150524_enciclica-laudato-si.html

Tubin, V. (2015). Ser Mujer y Ser Maya. Ensayo. Recuperado de: <https://www.plazapublica.com.gt/content/ser-mujer-y-ser-maya>

Vásquez, V., Rugna, C. y Perazzolo, R. (2014). Creencias Religiosas y Prácticas Médicas Frente al Cuerpo de las Mujeres Indígenas del Norte Argentino. *Revista Sociedad y Religión*, 25(43), 47-69. Recuperado de: <http://www.scielo.org.ar/pdf/syr/v25n43/v25n43a03.pdf>

Vergés, C. y Farinoni, N. (1998). Mujer Ngäbe: Salud y Enfermedad. Instituto de la Mujer de la Universidad de Panamá, Organización Panamericana de la Salud. 1ra. Ed. 1-203. Recuperado de: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/28-Esp%20Mujer%20Ngobe.pdf>