

Sección VIII Salud & Acceso al Cuidado

Resumen Ejecutivo

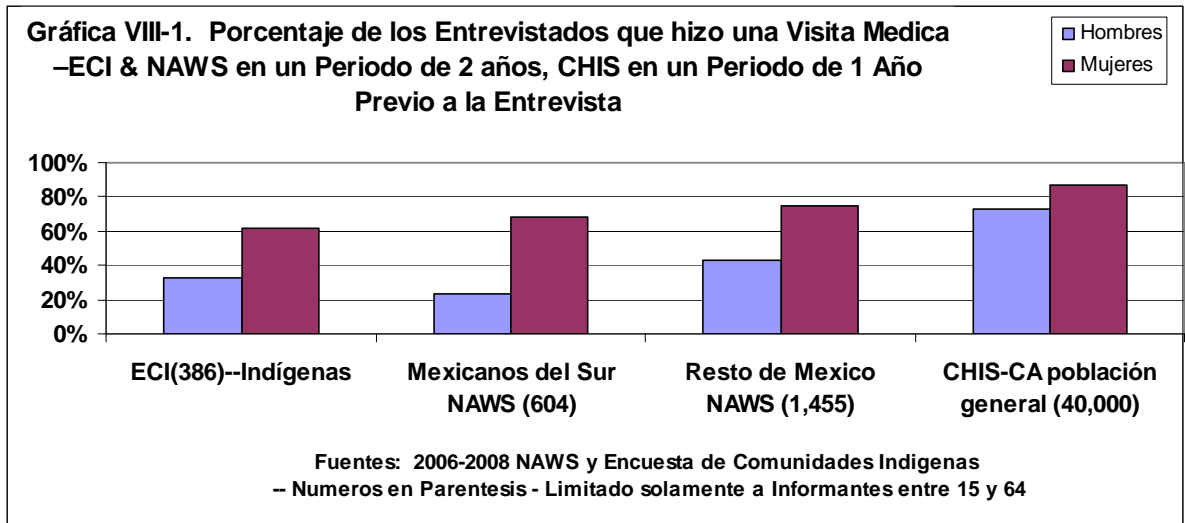
- En general los indígenas usan el cuidado de salud en tasas muy bajas; sin embargo, las mujeres acceden al cuidado en tasas más altas que los hombres.
- Factores que explican estas bajas tasa de acceso incluyen barreras sistemáticas como la falta de seguro, costos altos, problemas de transporte, largas esperas, y estado migratorio indocumentado, además de barreras culturales como el idioma y la falta de conocimiento de la cultura médica de los E.U.
- Los indígenas se oponen a la forma en la que la medicina moderna es ejercida. Ellos poseen una visión de mundo diferente en torno a la enfermedad, la salud y curación, que les lleva a evitar el cuidado (hasta que la condición es extrema), y también es un obstáculo para el cumplimiento.
- Cuando es posible buscan el cuidado en México, así como de curanderos tradicionales, quienes operan fuera del sistema médico formal en California.
- Las mujeres, quienes son las más propensas a buscar cuidado en California para servicios de parto, presentan un desafío nuevo y que consume mucho tiempo. Muchos proveedores carecen de la necesaria familiaridad con esta población para hacer los ajustes apropiados.
- Proveedores que se esfuerzan para ofrecer cuidado culturalmente apropiado luchan con la falta de intérpretes calificados, escaseces de personal y una falta de recursos en general.
- Las condiciones deficientes y de extremo hacinamiento en que viven los indígenas aumentan los riesgos de una pobre nutrición, enfermedades infecciosas, desarrollo infantil tardío, y violencia doméstica.
- Las mujeres y hombres ambos sufren de depresión: en las mujeres se puede relacionar al aislamiento cultural posterior al parto; entre los hombres sin acompañantes se puede vincular a la soledad que resulta de la separación de sus familias.
- El estatus inferior de las mujeres indígenas, combinado con el culturalmente aceptado matrimonio y procreación a temprana edad, y bajos niveles de educación, ponen en peligro la salud de las mujeres y las ubica en alto riesgo de abuso físico.

VIII. Descripción General: Bajo Acceso al Cuidado

Trabajadores agrícolas indígenas acceden al cuidado médico a tasas muy por debajo de la población en general, y hasta más bajas que otros trabajadores agrícolas de origen mexicano. En esta sección examinamos estas tasas, para hombres y mujeres, y ponderamos las razones que explican esta extremadamente baja tasa de acceso.

Como se indica en el Cuadro VIII-1 abajo, existen crudas disparidades de género en el acceso al cuidado médico. En todas las cuatro comparaciones las mujeres acuden al doctor más que los hombres. La disparidad entre hombres y mujeres es todavía más

pronunciada para trabajadores agrícolas (usando tanto la NAWS como la ECI) que para la población en general (CHIS).¹ En las dos mediciones de la población indígena, la ECI y Sureños Mexicanos en la NAWS, las mujeres acuden al doctor a una tasa que es doble o más que la de los hombres. Si comparamos a los trabajadores agrícolas con la población general, las disparidades de los hombres serían mucho mayores que de las mujeres. En la población general, el 73% de los hombres hacen una visita médica, mientras que las tres tasas de trabajadores agrícolas masculinos varían de un 24% al 43%. La variación para mujeres es mucho menos. En la población general, el 86% de las mujeres acuden a una visita médica. Para mujeres que son trabajadoras agrícolas, la tasa varía del 62% al 75%.



Dejando a un lado a la población general, el Cuadro VIII-1 también demuestra crudas disparidades dentro de la población de trabajadores agrícolas. A saber, existen diferencias entre los indígenas y otros trabajadores agrícolas (mestizos), especialmente en el caso de los hombres. La comparación en la NAWS indica que el 24% de los hombres indígenas (Mexicanos Sureños) acuden al doctor, mientras que el 43% de los hombres mestizos (el resto de México) acuden. Para las mujeres indígenas y mestizas las tasas son más cercanas: 68% para las mujeres indígenas (Mexicanas Sureñas) y 75% para las mujeres mestizas (Resto de México).

VIII-2 Factores que explican el bajo acceso

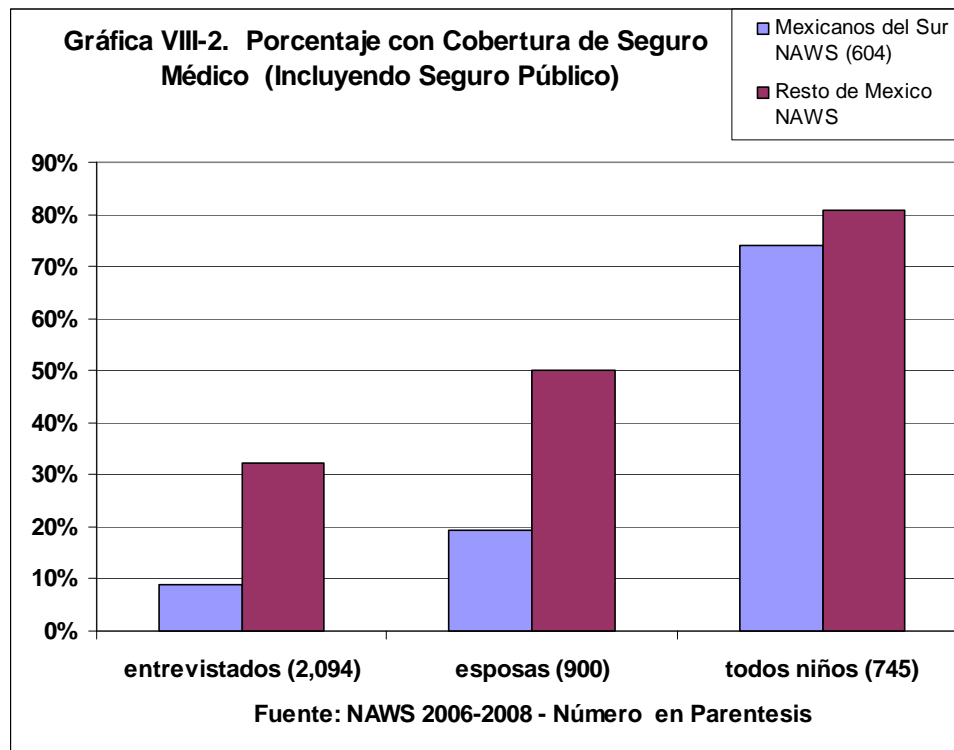
¿Qué explica esta disparidad de acceso al cuidado entre indígenas, mestizos y la población en general? Citamos primero las barreras sistémicas al acceso y luego las

¹ Usamos tres Fuentes: nuestra Encuesta de Comunidades Indígenas (ECI), la Encuesta Nacional de Trabajadores Agrícolas (NAWS) del Departamento de Trabajo de E.U., y la Encuesta de Entrevistas de Salud Californiana (CHIS). Nuestras tasas se refieren a porcentajes de individuos que visitaron un proveedor médico una o más veces. CHIS solicita la información correspondiente al año anterior y NAWS los dos años anteriores. En consecuencia, si se solicitara la información correspondiente a un periodo de un año, las tasas para los trabajadores agrícolas serían más bajas de lo que se reporta aquí. Ver la Sección IV para la explicación del uso del término Sureños Mexicanos como sustituto de indígena.

culturales. La razón más frecuentemente citada es el alto costo del cuidado y la falta de seguro médico.

VIII-2.1 Falta de seguro

Como se puede observar en el Cuadro VIII-2 abajo, la tasa de cobertura de seguro para adultos indígenas es increíblemente baja. Solo el 9% de los sureños mexicanos entrevistados estaban cubiertos, 19% de sus esposas y 74% de sus hijos que generalmente eran nacidos en los E.U. Estas tasas para sureños adultos son más bajas que para trabajadores adultos del resto de México pero casi iguales para los niños. Los niños indígenas (como los niños mestizos), la mayoría de los cuales es nacida aquí y están por debajo del indicador de pobreza, califican para cuidado de salud público.



VIII-2.2 Otros factores que afectan el bajo acceso

Mientras que asequibilidad y falta de seguro son ciertamente factores importantes, están lejos de ser los únicos. En cientos de entrevistas durante el transcurso de más de dos años, nuestro equipo de investigación repetidamente encontró a una población *en contra* de la medicina como es ejercida en este país, renuente a buscar cuidado excepto como última opción, desconfiada de los proveedores que encontraba, y frecuentemente confundida o enojada por el trato que sí recibían.

Argumentamos que cualquier esfuerzo para mejorar el acceso al cuidado de salud para los indígenas, además de atender asuntos de asequibilidad, debe también entender las razones subyacentes de la desconfianza y evitación que encontramos, y buscar maneras innovadoras y creativas para satisfacer las necesidades de cuidado de salud de esta población difícil de alcanzar. La discusión que prosigue es un intento de iniciar este proceso.

Por ahora, nos volteamos a lo que aprendimos escuchando a los informantes indígenas, así como a los trabajadores de divulgación y proveedores de salud, acerca de los factores que explican las tasas bajas de cuidado médico entre indígenas. Estas incluyen dificultades sistémicas como la falta de residencia legal, problemas de transporte, largas esperas y maltrato en las clínicas, y barreras culturales-lingüísticas que incluyen temor a operaciones cesáreas, y una preferencia al tratamiento médico en México.

VIII-2.3 Transporte

Como se indica en la Sección VI-1, solamente alrededor del cincuenta por ciento de los hogares indígenas poseen autos o camiones, y entre recién llegados hasta el ochenta por ciento puede estar sin su propio transporte. Las mujeres, quienes son las más propensas a buscar cuidado médico, pueden quedar aisladas sin un medio para llegar al centro de cuidado médico. La proximidad a servicios de cuidado de salud varía mucho por regiones y aquellos que se encuentran a una distancia que permite caminar a la clínica son la minoría afortunada. En el Valle Central, donde los asentamientos están dispersos y las distancias son considerables, el tener un auto frecuentemente determina si uno obtiene cuidado médico. El único transporte disponible en algunas áreas aisladas son los caros servicios de taxi/auto “independiente”.²

Una situación particularmente difícil existe para los pizcadores de tomate y fresa, quienes viven en albergues improvisados en los cañones del norte del condado en San Diego, en una proximidad cercana a las vecindades suburbanas de lujo. Estos residentes del cañón sufren de una doble y no tan rara desventaja: no tienen papeles legales ni vehículos, aparte de las bicicletas. Como describió la situación un entrevistado: “Tienen que aguantar víboras, la migra y los ladrones... si se enferman, se aguantan ó se van a Tijuana. No hay gente legal y nadie tiene vehículos aparte de bicicletas. A veces compran en la farmacia.”³

Aun cuando pueda existir el transporte público, aprender a usarlo puede convertirse en un obstáculo insuperable para mujeres indígenas que tienen poca educación formal, no hablan español y están luchando para lidiar con el shock de transición de una aldea pequeña y remota en el sur de México a una América urbana del siglo 21 que es intensa y confusa. Nuestro estudio ha identificado a un número de redes más nuevas cuyos miembros llegaron a los E.U. sin experiencia previa de viajar y trabajar fuera de su tierra de origen en México. De continuar esta tendencia, habrá crecientes números de indígenas que llegan sin las habilidades básicas de afrontamiento. Un activista de Santa María,

² En el caso de un paciente de Huron en necesidad de ir a una clínica en Fresno, el costo era de \$60.

³ Entrevista realizada por Rick Mines, Diciembre, 2008.

California describió a una mujer mixteca que ella conocía que estaba aterrorizada de usar el autobús, e indicó que “muchas de estas mujeres vienen directamente de sus aldeas y no pueden aprender de un día para otro como funcionar en una sociedad moderna. Aquellos que han migrado a alguna parte de México tienen mayor capacidad de manejar la transición a los E.U.”⁴

VIII-2.4 Largas esperas, horarios inconvenientes y trato humillante

Hasta para los pocos con seguro médico por medio del empleador o por ser elegible para algún tipo de asistencia pública, la demora entre el hacer la cita y llegar a ver al proveedor es una experiencia desesperante. “Puede llevar de 2-3 meses y para entonces estás muerto”, se quejó un ex-trabajador agrícola mixteco de 69 años en Santa María. Para él, era mejor ir a México, pagar de su bolsillo y que le vieran de inmediato.

El salir del trabajo y gastar ese tiempo en la sala de espera es otro desincentivo. Literalmente, el tiempo es dinero y las horas gastadas lejos de los campos y en clínicas le impone cargas financieras a estos trabajadores que perciben bajos salarios. Solo unas cuantas clínicas tienen horarios vespertinos.

El trato recibido de parte de recepcionistas groseras es otra queja frecuente. Mientras hay muchos hombres indígenas que se pueden hacer entender en español, el simple hecho de tener un hispano-parlante a la mano no es garantía de buen servicio. Es más, empleados mestizos frecuentemente perpetúan la discriminación que es tan común en México. Un activista comunitario en la parte norte de la costa está convencido que las personas indígenas son seleccionadas para recibir peor servicio. “Somos menos importantes para ellos y por eso nos tienen esperando por 2-3 horas.” En otras partes de California, informantes indígenas reportaron de manera independiente tener que aguantar largas esperas y trato condescendiente de los empleados de clínicas. Un hombre en San Diego que habla mixteco recordó un encuentro que tuvo en una clínica comunitaria local donde le pidieron que llevara a su hija para que le tomaran rayos X. Una recepcionista que pretendía no hablar español les hizo esperar varias horas. Cuando finalmente él se enojó, ella repentinamente comenzó a hablar en perfecto español.

En Fresno, una destacada madre de cuatro niños y que habla varios dialectos del Mixteco, y que ha trabajado varios años como intérprete en clínicas locales, describió como “no hay respeto para el paciente; les señalan, les hacen caras y les gritan.”

Datos de la Encuesta de Comunidades Indígenas demuestran que en aquellas comunidades con una presencia más larga en los Estados Unidos, las personas son más propensas a buscar ayuda del sistema de salud. Sin embargo, los números dicen poco sobre la calidad del cuidado o la satisfacción del paciente. El siguiente es un relato

⁴ En la Sección II anotamos que ahora los indígenas en las redes que estudiamos con mayor frecuencia vienen directamente a los Estados Unidos en vez de vivir un tiempo en la frontera.

contado a uno de nuestros investigadores por un hombre de 48 años proveniente de San Miguel Cuevas, sobre un terrible episodio en Fresno:

El señor estuvo en el hospital por dos o tres días y los doctores le dijeron que estaba enfermo de ‘cáncer’ o ‘SIDA.’ El señor se asustó bastante. El problema es que vomitaba sangre. No dejaron que pasara la visita porque según, la enfermedad era muy contagiosa. Mientras estuvo en el hospital, una enfermera entró y le aventó una bolsa (el sin saber), se quedó asustado por la reacción de la enfermera. Al abrir la bolsa, se dio cuenta que era comida. Se sintió más triste porque lo estaban tratando como un triste perro. Después de dos días le dieron la noticia que no tenía nada, que a la mejor, le había hecho daño la comida. El señor dice que tardó tiempo para salir del trauma por la manera que le dieron la noticia. Nunca pudo ver la cara a la enfermera. Solo alcanzó a ver el pelo. Era una rubia.⁵

El ser tratado con respeto y dignidad es, por supuesto, algo valorado por todo mundo, pero no más que por las comunidades indígenas donde se hace hincapié en los buenos modales, la formalidad y la cortesía. Comentarios irresponsables fácilmente pueden causar una profunda ofensa o hasta trauma. Mujeres mixtecas en Ventura reportan sentirse humilladas por los intérpretes de una clínica, quienes expresaron que eran “buenas para producir bebés pero no para cuidarlos,” y que se enfermaban porque sus casas eran unos “cochineros”. Brindarles respeto a los pacientes cuesta nada pero les rinde una considerable buena voluntad, mientras que el fallar en hacerlo ahuyenta a los pacientes. Es más, la información pasa de boca en boca, llevando a que la gente evite a cierta clínica o proveedor. Un hombre triqui de 48 años que ha trabajado por años pizcando lechuga y brócoli en el Valle de Salinas es un caso típico de muchos hombres que no le ven sentido en siquiera intentar buscar cuidado de salud cuando, como él dice, “Nos tratan peor que a perros.” A la inversa, un proveedor que establece comunicación con sus pacientes se gana una reputación por dar buen cuidado y la información se transmite rápidamente. Hasta los hombres que evitan acudir a recibir cuidado viajan considerables distancias para que les vea alguien que ellos consideran es confiable, aunque solo sea como última opción. Tal es el caso de “La Doctora”, como se refieren a la asistente médica en una pequeña clínica rural en el oeste del Condado de Sonoma. Esta mujer, que no habla su idioma y que admite solo dominar rudimentariamente el español, no obstante es muy apreciada por hombres mixtecos y zapotecos que trabajan en los viñedos y las lecherías de la Costa Norte.

El mal trato tampoco se limita al personal de recepción. En la región del Valle Central una trabajadora comunitaria dedicada a la abogacía expresó una profunda frustración por la actitud de las agencias en su área, donde los indígenas son tratados como personas de “bajo estatus social”. Comparó a “sacar dientes” el lograr que administradores de clínicas y proveedores de servicios sociales hagan uso de los intérpretes indígenas ya disponibles en el área, y lamentó la resistencia general a proveer servicios culturalmente competentes.

VIII-2.5 Barreras lingüístico-culturales

⁵ Información obtenida por la investigadora Anna García.

La habilidad de comunicarse es crucial en el encuentro médico-paciente. Uno de los primeros pasos del médico al cuidar por el paciente es obtener un historial correcto. Un profesional de la medicina pone gran énfasis en este paso, y utiliza sus poderes auditivos, juntos con el examen físico y, si se requiere, pruebas para llegar a un diagnóstico y una decisión sobre el tratamiento. La incapacidad del paciente y el doctor de entenderse el uno al otro erige una barrera desde el inicio, incrementando el riesgo de un mal diagnóstico, tratamiento inadecuado y la insubordinación del paciente. Para un médico con formación occidental, el desafío de tratar un paciente indígena va más allá de simples barreras de traducción. Elizabeth Gómez es una intérprete médica capacitada que trabaja en la Clínica Oxnard. La Señorita Gómez, quien es trilingüe en inglés, español y en su nativo mixteco, explica que frecuentemente no hay palabras en mixteco para las numerosas condiciones médicas como asma, tuberculosis, anemia y diabetes. Ella también debe improvisar el idioma para explicar a los padres el porqué sus hijos necesitan ser vacunados, porque pueden estar en alto riesgo de envenenamiento de plomo, o que les deben hacer prueba para la anemia.⁶ En cuanto a la salud femenina, frecuentemente no hay términos en mixteco para ciertas partes corporales, particularmente aquellas relacionadas al sistema reproductivo. Hasta es difícil explicar un procedimiento como el examen cervical, o un concepto como la contracepción. La Señorita Gómez dice que se requiere de un tiempo considerable y tacto para hacer que una mujer se sienta cómoda y se establezca confianza. Los problemas son los mismos en México. Ella no conoce de cuidado médico culturalmente sensitivo para los indígenas en México, ni de algún esfuerzo allá para educar o informar a los pacientes sobre el tratamiento que les han recetado. Indica que no se ha desarrollado un vocabulario en su país de origen que sirva de puente entre los enfoques biomédicos y tradicionales para sanar.

VIII-2.6 Miedo a las cesáreas

Durante nuestra investigación, un ejemplo ilustrativo de la falta de comunicación surgió en torno al tema de las cesáreas. De manera repetida, mujeres indígenas que entrevistamos expresaron su preocupación por tener partos por la vía cesárea. Al principio, nos preguntábamos si las mujeres indígenas estaban siendo sometidas a este procedimiento a una tasa más alta que otros grupos. Aunque no podíamos contestar esta pregunta de manera cuantitativa,⁷ el indagar más arrojó luz sobre un tema donde la pobre comunicación a lo largo del vacío lingüístico-cultural ha creado una arena plagada de malentendidos. De hecho, algunos activistas indígenas creen que se trata de todavía otra conspiración en contra de los indígenas: al realizar cesáreas a mujeres indígenas

⁶ La alarma sobre el envenenamiento por plomo entre los niños mestizos e indígenas ha ido creciendo en años recientes. Fuentes de contaminación incluyen la exposición a pintura de plomo en viviendas subestándares así como remedios tradicionales, alimentos y dulces importados de México. Para un relato sobre la investigación en un brote de envenenamiento por plomo entre niños oaxaqueños y mujeres embarazadas viviendo en la Costa Central, ver Handley et al., Mayo, 2007., pp. 900-906. Para un relato de cómo alimentos contaminados con plomo provenientes de Oaxaca son transportados de manera inadvertida a California, ver Handley y Grieshop, 2007, pp. 1205-1206.

<http://ije.oxfordjournals.org/cgi/content/full/36/6/1205>

⁷ Datos administrativos no son recopilados sobre los indígenas como grupo distinto.

indefensas, los hospitales, en su opinión, podían extraer dineros adicionales del gobierno, puesto que ellos tenían la creencia que el pago por cesáreas sería más alto que por partos vaginales.⁸

El indagar el tema no fue un asunto fácil, dado la reticencia para discutir asuntos reproductivos, especialmente en la presencia de un intérprete masculino, y la reluctancia a quejarse o parecer ser ingratos por recibir cuidado gratuito. Finalmente, uno de nuestros intérpretes mixtecos, después de establecer suficiente confianza, reportó que mujeres estaban muy molestas, que sentían que las estaban forzando en contra de su voluntad a tener cesáreas, y que creen que les están asignando doctores incompetentes que no saben realizar partos y por eso recurren a hacer cesáreas. Él concluyó la letanía de quejas con una pregunta y una petición: “Quieren saber ¿por qué siempre les dicen que tienen que tener una cesárea? Interessantemente, fue la esposa del intérprete quien salió adelante para arrojar luz sobre el tema.

La esposa del intérprete, a quien llamaremos Francisca, ha trabajado como intérprete mixteco por más de cinco años en una clínica local. Francisca explicó que hay varias razones por las cuales mujeres indígenas necesitarían una cesárea. Primero, porque solo vienen a la clínica al final del embarazo. Puesto que no están acostumbradas al cuidado prenatal en Oaxaca, “solamente esperan hasta que es tiempo de que el niño nazca.” De acuerdo a las regulaciones clínicas, esto automáticamente las pone en una categoría de alto riesgo, aumentando las probabilidades para una cesárea. Francisca considera que esta es un área importante que requiere atención: deberían haber programas de divulgación para mujeres indígenas embarazadas explicándoles la importancia de visitas prenatales. Esta clase de esfuerzos de divulgación para campesinos agrícolas sí existen en su área, pero solo son realizados en español y, por lo mismo, fracasan en alcanzar las muchas mujeres mixtecas que no entienden español.⁹

Una mujer también puede tener una cesárea por la aparentemente obvia razón de que ya ha tenido una previamente. Cuando Francisca es llamada para interpretar, es capaz de explicar que hay un riesgo de complicación, incluyendo la posibilidad de que puntadas previas puedan reventarse, un dato que las mujeres no habían entendido. Hay educadores en la clínica que supuestamente deben de explicar esto, pero cuando están ocupadas posiblemente no tengan el tiempo o recuerden llevar a Francisca a interpretar. También ella sospecha que los doctores no se dan cuenta que las mujeres mixtecas que están atendiendo simplemente no entienden lo que les está pasando. A pesar de los años que lleva trabajando en la clínica, a Francisca no le queda claro como está organizada la instalación ni tienen la confianza para acercarse a alguna autoridad para expresar sus inquietudes.

⁸ Desde la perspectiva de la medicina tradicional, una partera zapoteca informó a trabajadores comunitarios que cuando los doctores practican las cesáreas, no solamente cortan la piel y las capas de musculo y grasa, sino también las capas de energía que nuestro cuerpo tiene, por lo que después de eso, las mujeres necesitan buscar tratamiento de curanderos tradicionales para que les ayuden a sanar y recuperarse. (Comunicación personal con Nayamín Martínez, Diciembre, 2009).

⁹ Una enfermera de salud familiar en el Condado de Ventura, quien atiende a muchos pacientes mixtecos, ha recopilado datos de su propia práctica demostrando que cuidado culturalmente apropiado sí conduce a fechas de ingreso más tempranas para mujeres mixtecas embarazadas.

El relato de Francisca también estimuló la discusión sobre un asunto relacionado que le venía molestando a su esposo: él sabía de dos mujeres mixtecas quienes se habían alejado de la clínica y dado a luz en casa. Ahora se encontraban sin la posibilidad de obtener certificados de nacimiento o documentación para sus infantes. Él ofreció esto como otro ejemplo de lo que pasa cuando chicas mixtecas llegan sin saber nada de cómo se hacen las cosas en este país, y anhelaba que existiera un programa para educar a chicas y mujeres indígenas sobre el embarazo y parto.

Casi trescientas millas de distancia, un pasante de medicina trabajando en la sala de urgencias de un hospital de condado presentó una perspectiva médica, confirmando y ampliando en mucho de lo que Francisca nos contó. Este doctor ha hecho esfuerzos considerables para aprender sobre la población indígena de Oaxaca, con la intención de proveer cuidado en una manera culturalmente sensitiva. Pero el comunicarse con pacientes indígenas en el contexto de un hospital, aun con intérprete a la mano, presenta al médico bien intencionado enormes desafíos. El contó sobre mujeres mixtecas que han estado pizcando fresas en la Costa Central como migrante que sigan las cosechas, con poco o nada de cuidado prenatal, y que llegan a la sala de urgencias del hospital listas para dar a luz:

Pueden ser de alto riesgo pero es difícil explicarles que posiblemente necesiten una cesárea; son muy renuentes a tener cesáreas. Con frecuencia existe la percepción que si el doctor no sirve que a ellas les harán una cesárea. No hay un buen entendimiento de cesáreas y lo ven como: ‘lo peor que puede pasar.’

Por ley, a los hospitales les es requerido proveer cuidado en un idioma que el paciente puede entender, pero cuando surgen situaciones fuera de los horarios normales, y el intérprete del lugar no está disponible, pueden acudir a un servicio telefónico de interpretación. Esto por lo menos pone al hospital en cumplimiento legal, explico el pasante, pero rara vez es satisfactorio. Cuando una mujer está en parto necesitan realizar inspecciones vaginales de manera regular, dadas las complicaciones que pueden y suelen surgir, sin embargo las mujeres son “muy temerosas de proveedores masculinos y no entienden los procedimientos y es difícil explicárselos.”

Aun fuera de la intensidad de la Sala de Urgencias, el idioma pueda crear una barrera al cuidado apropiado. Una mujer mixteca que trabaja de interprete en Fresno explico sus inquietudes: “Yo no creo que recetan la medicina adecuada para lo que tenemos porque no entienden los que les decimos.” Uno de nuestros informantes mixtecos del área de Watsonville, y que es activista en su comunidad, informó que la gente se queja de que los doctores no les dan mucha información. El mismo informante también se preguntaba el grado en que los indígenas mismos cargan con parte de la responsabilidad. De experiencia personal, él sabía que doctores y enfermeras trataban de explicar las cosas, tales como el tomar la medicina recetada. Él continuo especulando que un rasgo cultural puede estar jugando un papel aquí, señalando que los indígenas, en lugar de admitir que no entienden, o que soliciten que les aclaren las cosas, simplemente responder “sí” a todas las preguntas, para evitar un “no” grosero. Y por lo tanto los doctores simplemente asumían que ellos entendían.

El residente en el hospital de condado concurre que la mayoría de sus colegas no tienen una conexión efectiva con la población indígena, y mientras él cree que sus colegas genuinamente se esfuerzan por proveer un buen y culturalmente sensible cuidado, simplemente no saben cómo hacerlo: Por ejemplo, “Ellos creen que las mujeres mixtecas son muy estoicas y que no quieren medicamentos para el dolor porque no hacen valer su voz. Es un patrón en el que caen,” dice “el,” “y ellos simplemente asumen toda clase de cosas.”

Muchos médicos simplemente le dejan a los pacientes el traer a un amigo, un familiar o hasta un niño para interpretar. Frecuentemente puede ser un familiar masculino y, de nuevo, con una sensibilidad extrema en torno al cuerpo femenino, esto eleva barreras a la comunicación y cuidado efectivo.

La barrera lingüístico-cultural, aunque desalentador, no es insuperable. En la sucursal de las Clínicas del Camino Real ubicada en el centro de Oxnard, emplean un proceso de interpretación por “relevos”: una empleada es una mujer que habla español-mixteco y que interpreta entre el paciente y un asistente de salud bilingüe en español-inglés, quien en turno interpreta para el proveedor de salud que es un monolingüe en inglés. Atender a un paciente que solo habla el mixteco sí lleva más tiempo, pero una enfermera obstétrico-ginecóloga, quien solo habla inglés, ha encontrado que el esfuerzo extra vale la pena. Ella reporta que sus pacientes mixtecos son atentos, acatadores, y regresan a citas de seguimiento de manera puntual.

VIII-2.7 Buscando tratamiento médico en México

Muchos de los indígenas que entrevistamos optan por las molestias y gastos de buscar cuidado en México. Las razones que dan son múltiples: porque los costos son una fracción de aquellos en California, no tienen que lidiar con un confuso papeleo, pueden pagar de su bolsillo para recibir trato inmediato, y la medicina es practicada más a su manera. Quienes viven en la mitad sureña del estado reportan haber viajado para recibir tratamiento médico y dental en Tijuana, así como para comprar medicamentos. Lo mismo era cierto hasta para personas viviendo a una distancia mayor. Personas en el Valle Central, en las regiones de Fresno-Madera, Tulare y Bakersfield todas reportaron haber ido a Tijuana para recibir atención médica y medicamentos, y así lo hicieron personas viviendo en la Costa Central en las regiones de Ventura, Santa María, Salinas y Watsonville. Aunque la proximidad a la frontera y el tener residencia legal en los E.U. obviamente facilita esta búsqueda de cuidado trans-fronteriza, hasta aquellos sin documentos reportaron arriesgar el viaje para obtener tratamiento médico que ellos consideraban económicamente accesible y efectivo.

Un trabajador agrícola triqui que vive en una casa para hombres en Greenfield lo manifestó de esta manera: “Cuando se ponen gravemente enfermos, se van a México y después cruzan la frontera a la brava para regresar. Pocos usan los servicios médicos de aquí.”

En otra parte de la Costa Central un trabajador comunitario que está familiarizado con el sistema de E.U. y tiene seguro médico por medio de su trabajo reportó que hasta él prefiere ir a México para ser atendido:

Aquí, te dan una cita que está muy lejana y es cara; aun si tienes seguro es más barato y rápido allá. Y para cuidado dental, me quieren cobrar \$5,000 por algo de trabajo dental aquí, y mi seguro no lo cubrirá, mientras que en México te cobrarán 2,000 pesos (cerca de \$160) para cambiarte una muela.

Para algunos, el obtener cuidado en México se ha convertido en una manera de suplementar la cobertura de seguro estadounidense, pagando de su bolsillo en Tijuana cuando su cobertura de Medicare es insuficiente. Otros a quienes no les es posible viajar a México confían a sus amistades o familiares que les compren medicinas, incluyendo inyecciones, para que se puedan auto-medicar.

VIII-2.8 Cuidado de salud pública para los indígenas en México

Mientras que la discusión arriba resalta lo atractivo de buscar cuidado médico en México para quienes están dispuesto y tienen capacidad de pagar de sus propios bolsillos, no debe de concluirse que el cuidado de salud para la población indígena en México es superior. Lejos de ello. El sistema de salud gubernamental de México tiene serios déficits cuando se trata de atender las necesidades de los pueblos indígenas en todos los niveles: institucional, cultural e interpersonal. Por lo tanto, no es de sorprender que la misma aversión a acceder al cuidado de salud en California también exista para usar el servicio de cuidado de salud del gobierno mexicano. Nuestros investigadores encontraron en repetidas ocasiones que el cuidado de salud pública para los indígenas en México era inferior al encontrado en California. Los entrevistados reportaban grandes dificultades para obtener citas, extremadamente largas esperas y trato degradante por proveedores en México que menospreciaban a personas que no hablan bien el español.

En Tijuana, con su considerable población indígena, no hay servicio de interpretación en los hospitales y clínicas, contrario a California donde algunos servicios si existen. Quienes no hablan español deben llevar con ellos un amigo o familiar para entender lo que recepcionistas, enfermeras y doctores dicen. Esfuerzos anteriores para proveer intérpretes indígenas han sido esporádicos y sin fondos suficientes, con intérpretes que han renunciado a los puestos cuando no les han pagado.¹⁰

Si bien el gobierno mexicano ha establecido clínicas en áreas de alta pobreza, acceder al cuidado puede ser una experiencia que consume mucho tiempo y es frustrante. En la Colonia Cañon Buena Vista un asentamiento de trabajadores agrícolas justo al sur de Ensenada en Baja California, la gente describe que se forman en línea en la puerta de la clínica a las 4:00 a.m. para conseguir una ficha de cita a las 8:00 a.m. cuando abre la clínica. Cuando hay más personas que fichas, los desafortunados tienen que intentarlo de

¹⁰ Matilda Laura Velasco Ortiz, profesora, Departamento de Estudios Culturales, Colegio de la Frontera Norte (COLEF), Tijuana. Comunicación personal, 11 de mayo, 2008.

nuevo otro día. Quienes cuentan con transporte y pueden pagarlo, buscan doctores privados en pueblos cercanos.

Tampoco son mejores los servicios médicos para los indígenas en sus regiones de origen. Nuestro equipo de investigación visitó la remota aldea de Jicayán de Tovar, una aldea de aproximadamente 1,000 en el oriente de Guerrero. Nos dimos cuenta que el gobierno recientemente había construido una clínica en la aldea; sin embargo, la clínica no tenía ni medicina, ni insumos ni personal. Anteriormente, un doctor pasaba ocasionalmente a la aldea, pero ya habían pasado seis meses sin que se supiera de él. Gente que necesita atención urgente manejan tres o cuatro horas por maltrechos caminos de terracería en esta región montañosa para obtener atención médica. Un hombre describe lo que pasó a su nuera cuando necesito de una operación. Él logró llevarla al pueblo a un doctor que le cobro 2,500 dólares por la cirugía y posteriormente le exigía 50 dólares mensuales por visitas de seguimiento. El hombre tuvo que pedir prestado el dinero y ahora vive con sus familiares en California para saldar la deuda.

Algunas de las aldeas menos remotas que visitamos sí tenían clínicas con un doctor en residencia. Sin embargo, la desconfianza en el enfoque biomédico y la incapacidad de comunicarse mantenía alejada a la gente. Una aldea oaxaqueña de poco menos de mil tenía una clínica limpia y bien mantenida con un doctor que estaba disponible de lunes a viernes. El doctor solo hablaba español mientras que casi las dos terceras partes de la población local hablaban solo mixteco. La clínica tenía una enfermera (de un pueblo cercano) que podía interpretar, pero a pesar de su presencia los aldeanos preferían a sus curanderos y parteras tradicionales. Ni tampoco las mujeres embarazadas venían para recibir cuidado prenatal, a pesar de los esfuerzos de acercarse a ellos.¹¹ Durante el transcurso del año previo, este doctor registró quince natalicios en la aldea, de los cuales doce ocurrieron en casa. Solo en situaciones extremas, cuando todo lo demás falla y la situación es grave, van las mujeres a la clínica o al hospital en el pueblo cercano.

Una preferencia similar para partos caseros fue reportada por un doctor asignado a una comunidad de unos 5,700 donde 90% de las mujeres dan a luz en casa con parteras locales. El doctor en esta área expresó una frustración profunda sobre esta costumbre: hay una alta tasa de natalidad en su área, muchas complicaciones de embarazo y mujeres locales mueren cada año durante el parto.¹²

¹¹ Esto no quiere decir que no recibían cuidado prenatal de las parteras tradicionales.

¹² Datos confiables de tasas de mortalidad maternal (TMM) en Oaxaca son difíciles de obtener. De acuerdo a algunas fuentes, una mujer indígena es diez veces más propensa a morir en parto en México que una mujer en los Estados Unidos. Algunas estimaciones de TMM):

México (200-2007):	62
Indígenas en México (2003):	124+
Estados Unidos (2005):	13

Ver: United Nations Commission on Human Rights: Indigenous Issues (2003), p. 16: "The risk of dying in childbirth is more than twice as high for an indigenous woman as for a non-indigenous woman."

De acuerdo a UNICEF, la TMM para México (2000-2007) era 62.

http://www.unicef.org/infobycountry/mexico_statistics.html). En los Estado Unidos, cuya TMM es considerada alta comparada con otras naciones industrializadas, la TMM en 2005 era 13 (ver: <http://www.medicalnewstoday.com/articles/80743.php>)

En un hospital en el occidente de Oaxaca, donde el 80% de los pacientes son de habla mixteca, el director médico lamentaba no tener a nadie de su personal que hablara el idioma local. Ni tampoco tenía el hospital una cocina para preparar alimentos para los pacientes. En vez de esto, los pacientes dependían de sus familiares para las comidas, o el personal del hospital salía en busca de donaciones alimenticias de parte de comerciantes locales para alimentar a los pacientes. El director del hospital repetía el frecuentemente escuchado comentario que los pacientes solo llegan como último recurso. Primero usan remedios caseros, van a las farmacias o voltean hacia curanderos tradicionales. Cuando llegan al hospital suele ser con la enfermedad o embarazo en etapa avanzada y es difícil ayudarles, especialmente dada la barrera del idioma. Además, hay largas esperas, hasta de tres meses, para ver un especialista. Hasta los doctores mexicanos bien intencionados encuentran que es difícil proveer cuidado de largo plazo o preventivo cuando la mayoría de los pacientes solo llegan cuando están muy enfermos y luego no regresan para visitas de seguimiento.

Las observaciones de un médico capacitado en E.U. que visitó Oaxaca recientemente hacían eco de nuestros hallazgos. Él vio considerable desconfianza entre pacientes indígenas y médicos, notando que los médicos usualmente están en asignaciones de corto plazo y no hablan el idioma local.¹³

En la ciudad de Oaxaca, donde el daba seguimiento a un pediatra, no había interpretes y en su lugar se dependía de familiares para interpretación del idioma indígena al español. Notó que en México, a diferencia de los E.U., no hay ley que requiera que el cuidado esté disponible en el idioma de una persona. No obstante, hay algunos esfuerzos innovadores en curso para mejorar la calidad del cuidado en algunas comunidades indígenas. Él visitó un programa de estos que es financiado por el gobierno en San Juan Ñumi, en las afueras de la ciudad de Tlaxiaco en el occidente de Oaxaca. Ahí, un yerbero de la ciudad, “un médico tradicional”, era acompañado por un doctor de estilo occidental y juntos estaban teniendo éxito en proveer un cuidado más efectivo.

Este enfoque de doble-sistema es, desafortunadamente, la excepción. Como hizo notar Leoncio Vázquez, un activista indígena en Fresno, “Los encuentros con el sistema médico en México no son muy positivos y por ello ya están predispuestos a evitar las instalaciones médicas modernas.”¹⁴

VIII-2.9 Estatus de indocumentado

Nuestros investigadores no preguntaron sobre el estatus migratorio de una persona. No obstante, quedaba claro que nuestros entrevistados estaban claramente conscientes del sentimiento anti-inmigrante en los Estados Unidos. Algunos creían que no calificaban para recibir cuidado en este país y otros expresaron miedo de acercarse a cualquier

¹³ Muchos de los “doctores” en las aldeas rurales son practicantes con experiencia clínica limitada.

¹⁴ Leoncio Vázquez, Director Interino, FIOB, Fresno, hablando durante la teleconferencia “Indigenous Peer to Peer Conference Call” facilitada por Adam Sharma, Farmworker Health Services, Inc., Oakland, CA, 26 de Junio, 2008. Para más información, ver www.farmworkerhealth.org

instalación médica, so pena de ponerles en riesgo de deportación. Un trabajador comunitario en la Costa Norte que ayuda a hombres a tener acceso a tratamiento médico explicó que el simple hecho de registrarlos para ver un trabajador de salud enciende alarmas porque temen que el papeleo puede ser pasado a otros y ser usado para deportarlos.

Para quienes no hablan inglés ni español, el aislamiento y paranoia pueden ser extremos, especialmente durante una emergencia cuando son incapaces de entender lo que ocurre. Un trabajador agrícola describió su experiencia en la mañana del 11 de septiembre del 2001. Poco después de que él y sus compañeros empezaron a pizar fresas, el líder de la cuadrilla les llamó, les dijo que el país estaba en guerra y los mandó a casa, advirtiéndoles que se quedaran adentro. El trabajador agrícola recordó como circulaban los rumores, incluyendo uno que México había atacado a los Estados Unidos y que sus vidas estaban en peligro. Pasó los siguientes dos días escondido en su casa, aterrorizado y sin poder saber que estaba pasando ya que no entendía las noticias en las estaciones de radio o televisión en español.

VIII-3 Perspectivas Indígenas: enfermedad, salud y curación

VIII.3.1 Una visión del mundo diferente

El sistema de creencias de una persona indígena y su entendimiento de su relación con la naturaleza, la sociedad, el mundo espiritual y el cosmos, todos juegan papeles importantes en la forma de ver la enfermedad, la salud y la curación. Un rasgo clave de esta visión del mundo es la importancia de mantener equilibrio entre distintas fuerzas presentes en el mundo. La dualidad entre “caliente” y “frío” (conceptos que no necesariamente se refieren a la temperatura) es una de las relaciones que más frecuentemente se dicen que necesitan estar en balance. Una discusión detallada sobre este tema está fuera del enfoque de este estudio, sin embargo una breve discusión puede arrojar luz sobre las importantes diferencias entre los enfoques indígenas y biomédicos occidentales en torno a asuntos de salud, y ayudarnos a entender porque pacientes indígenas suelen evitar tratamiento médico que consideran ofensivo y por que el incumplimiento se vuelve con frecuencia en tema a considerar. Los siguientes fragmentos son tomados del reciente estudio sobre las comunidades indígenas de México por Federico Navarrete Linares, un reconocido erudito mexicano que se especializa en estudios mesoamericanos.¹⁵

Aunque cada pueblo indígena tiene una cosmovisión particular, relacionada con su lengua, su historia y su medio natural, las cosmovisiones indígenas comparten muchos elementos esenciales. Por ejemplo, casi todos los pueblos consideran que los seres de este mundo tienen elementos, o fuerzas, calientes y fríos. Los elementos calientes se asocian con el sol, el cielo, los varones, el orden, la luz, la vida; los fríos

¹⁵ Navarrete Linares, 2008, pp. 78-85. Para su descripción de la relación entre la visión del mundo indígena y la salud, Navarrete cita al estudio de Alfredo López Austin *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas*, UNAM-Instituto de Investigaciones Antropológicas, 1980.

con la luna, la tierra, las mujeres, el desorden, la oscuridad y la muerte. Aunque los elementos calientes son considerados superiores a los fríos, esto no significa que aquéllos sean buenos y éstos malos, pues ambos son igualmente necesarios para la vida. La fertilidad de las plantas, por ejemplo, depende del calor del sol, pero también de las fuerzas frías de la muerte y de la tierra. Si bien los varones tienen más elementos calientes, también necesitan elementos fríos para estar sanos; las mujeres requieren a su vez elementos calientes. Igualmente, existen enfermedades calientes que aumentan excesivamente el calor del cuerpo hasta causarle daño y enfermedades frías que lo enfrían demasiado. Lo importante, según las cosmovisiones indígenas, es el equilibrio entre estas fuerzas para mantener la salud del cuerpo humano, para mantener la tranquilidad en la sociedad y también más allá, para que las plantas crezcan y la vida pueda continuar.

Para las cosmovisiones indígenas la naturaleza no está realmente separada de la sociedad. Esto significa que lo que sucede en un ámbito tiene consecuencias en el otro: un conflicto social puede tener consecuencias en el resto del cosmos; cazar a un animal salvaje sin el permiso del dueño del monte puede provocar un daño a las personas; hacer uso de las aguas de un manantial sin dar ofrendas y regalos a su dios puede provocar que aquél se seque.

Para las comunidades su territorio es inseparable de su identidad y de su supervivencia; no es visto como un simple recurso que pueda ser explotado y utilizado.

Navarrete continúa describiendo como las prácticas de curación indígenas dependen de un conocimiento íntimo del medio ambiente y de plantas y animales locales. El curandero hace uso de su conocimiento de las propiedades farmacéuticas de las plantas, y también del conocer los atributos calientes o fríos. Por ejemplo, plantas que son clasificadas como calientes son usadas para tratar enfermedades que son causadas por un exceso de elementos fríos. En la visión del mundo indígena la salud es una condición que se logra al balancear elementos calientes y fríos en el cuerpo, así como al balancear las varias almas que cada persona carga dentro con las fuerzas externas que interactúan con estas almas. Como Navarrete lo describe:

Existen enfermedades, como el “susto”, producidas cuando una de las almas deja el cuerpo de una persona a resultas precisamente de un espanto. Cuando un enfermo de este mal acude con un médico moderno, de nada sirve que éste diga que su enfermedad no existe o que la idea del susto es falsa desde la perspectiva de la ciencia médica, pues la persona se encuentra realmente enferma y puede llegar a morir a resultas de su mal.¹⁶

Un concepto tal como susto puede parecer completamente ajeno a un practicante de biomedicina. Sin embargo, si se percibe como un desorden de estrés pos-traumático (PTSD por sus siglas en inglés) se puede empezar a construir un puente entre la visión

¹⁶ Navarrete Linares, 2008, p. 83.

indígena del mundo y la moderna. Tal y como el PTSD tiene un componente significativamente psicológico y cultural, lo mismo ocurre con el susto, y su tratamiento efectivo requiere de la intervención de un practicante calificado.

A esa luz, los médicos indígenas son muy importantes en las comunidades, pues comparten la cosmovisión de los pacientes y pueden encontrar los remedios adecuados a muchos de sus males, utilizando plantas medicinales, rezos, pases mágicos y formas de adivinación que les permiten averiguar, por ejemplo, dónde está el alma perdida del enfermo por susto y regresarla a su cuerpo.¹⁷

Cuando una mujer mixteca que trabaja como intérprete médica en Fresno fue cuestionada acerca del concepto caliente-frío de la causación de enfermedad, explicó: “Cuando está caliente debes evitar alimentos ‘fríos’ como el arroz. Cuando está caliente debes evitar alimentos como el mango.” Al cuestionarle si el personal médico del hospital local estaba enterado de esta clase de cosas, la intérprete mixteca contestó que ellos simplemente no discutían esto con el doctor.¹⁸

VIII-3.2 El uso de curanderos tradicionales en California

A través de California existe una red de curanderos tradicionales mexicanos que practican sus artes de curación discretamente y bajo el radar de las instituciones oficiales. Pueden ser yerberos (herbolarios), sobadores (especialistas en masaje), hueseros (manipuladores similares a los quiroprácticos), curanderos (curanderos espirituales), o alguna combinación entre ellos. En el Valle de San Joaquín, en San Diego, a lo largo de la costa en el Condado de Ventura, Santa María, el Valle de Salinas, y la Costa Norte, la gente hablaba de conocer a los curanderos tradicionales y de buscarlos para una variedad de enfermedades. Los tratamientos son familiares y no amenazantes, baratos y usualmente los resultados son positivos. Una familia que entrevistamos en Watsonville deseaba llevar un niño enfermo a México, pero como el viaje no era posible, mejor manejaron tres horas hasta Santa María para buscar los servicios de una curandera tradicional y reportaron que el niño se recuperó. Un trabajador agrícola viviendo en una pacífica calle suburbana en un pueblo agrícola en la Costa Central describió a uno de sus vecinos como un sobador que veía un flujo constante de gente entrando a su casa, desde las siete de la mañana hasta las siete de la noche. Este sobador, al igual que otros curanderos indígenas de los que nos enteramos, cobra de acuerdo a una tarifa variable: cinco, diez o quince dólares, según lo que la gente pueda pagar.¹⁹

¹⁷ Navarrete Linares, 2008.

¹⁸ Para una discusión popular pero perceptiva y altamente legible sobre condiciones mexicanas etno-específicas, como el susto, empacho, mal de ojo, y otras, ver Ávila y Parker, 1999. Ávila es una enfermera siquiátrica cuya propia experiencia con curandería mexicana le permite traspasar el vacío entre el enfoque biomédico occidental y sistemas tradicionales de conocimiento. Otra fuente importante es la disertación de la Dra. Bonnie Bade para la Universidad de California en Riverside titulada: “Sweatbaths, Sacrifice, and Surgery: The Practice of Transnational Health Care by Mixtec Families in California.”

¹⁹ Para un relato periodístico, incluyendo un video corto, de una curandera oaxaqueña trabajando en Madera, California, ver: Sack, 2008.

Pero a pesar de los muchos curanderos tradicionales que sirven a la comunidad indígena en California, los entrevistados sienten que hay una escasez de esta clase de cuidado. Numerosos individuos que entrevistamos expresaron frustración al no tener acceso a un curandero tradicional o a plantas medicinales familiares. También faltaba acceso a un baño de vapor. Además del valor terapéutico del calor y de las hierbas medicinales, los baños de vapor juegan un papel importante en el re-establecimiento de la conexión a la tierra, una conexión considerada esencial para la salud. Las mujeres en particular extrañan tener acceso a baños de vapor después del parto, como se discute abajo.

VIII-3.3 Cuidado perinatal

Mujeres indígenas, y las activistas que trabajan con ellas, reportan un disgusto, una desconfianza y un profundo temor de la manera en que el embarazo y el parto son manejados en el contexto biomédico. Dado que el cuidado perinatal es actualmente el encuentro más frecuente entre lo indígena y el sistema médico moderno, las actitudes que encontramos ofrecen información valiosa en torno a creencias y costumbre. Si bien el cuidado ginecológico y obstétrico que las mujeres indígenas reciben en California es probable que produzca tasas mucho más altas de supervivencia de madre e hijo comparado con México, las mujeres generalmente no expresan aprecio por el cuidado recibido, destacando una arena de colisión cultural.

Como fue anotado previamente, mujeres indígenas evitan el cuidado prenatal y solo arriban a la clínica u hospital cuando están listas para dar a luz. Ciertamente el cuidado prenatal del sistema biomédico no es algo a lo que están acostumbradas en México, pero todavía así las mujeres dan una serie de otras razones para evitarlo en California. Activistas y practicantes con sensibilidad cultural que trabajan con mujeres indígenas han compartido lo siguiente:

- “No van a recibir cuidado prenatal para no perder un día de trabajo. Ir a la clínica implica perder todo un día. Tienen que arreglar el cuidado de niños para los más jóvenes, caminar a la parada del camión, tomar el camión para ir al centro, esperar la cita, y luego regresar. Algunas comunidades tienen muy mal servicio de autobús. Muchas mujeres trabajan hasta unos días antes de que nazca el bebé, algunas hasta el día que dan a luz.”
- “Hemos encontrado que casi todas las mujeres se vuelven anémicas durante el embarazo. No toman vitaminas porque dicen que causaran que el bebé crezca mucho y resulte en que les hagan una cesárea.”
- Las mujeres embarazadas tienen inquietudes que no son atendidas por la medicina occidental: están muy preocupadas de cómo sus nervios y coraje afectarán al bebé; hasta jovencitas de segunda generación tienen estas creencias a pesar de crecer en los E.U.²⁰

²⁰ Estas condiciones etno-específicas, revelan una inquietud de que emociones Fuertes y un estrés aumentado puede tener consecuencias negativas para el feto, y por lo tanto el deseo de mantener equilibrio emocional durante el embarazo. Mientras que los practicantes biomédicos pueden interpretar la evitación de cuidado prenatal como una falta de entender la importancia del cuidado materno durante el embarazo, las preocupaciones sobre los efectos de los nervios y el coraje revelan que las mujeres indígenas están en

- Las mujeres buscan a algún sobador para remediar el estrés y la incomodidad física relacionados al embarazo; es de bajo costo, conveniente y reconfortante.
- El contraste entre las perspectivas indígenas y médicas al parto es como “el cielo y la tierra”, de acuerdo a una trabajadora comunitaria mixteca en Fresno. Ella explica que las mujeres indígenas tradicionalmente consideran esta etapa como una ocasión de felicidad; las prácticas de pre y post-parto incluyen té de hierbas y masajes – “Pero aquí todo se trata de maquinas. Claro que van a estar alarmadas!” Se inicia durante el cuidado prenatal con el requisito de exámenes de sangre y el ultrasonido. Y durante el parto: “Tradicionalmente, solo se consumen algunos alimentos, y nada frío como los trozos de hielo debe de ser comido. Pero cuando las mujeres piden un trago de agua, les ofrecen trozos de hielo.” Y luego, después del parto, “¡Quieren que te bañes! Hasta quieren que te bajes de la cama y camines tu sola al baño.”
- Después del parto, las mujeres mixtecas en sus comunidades de origen pasan por un régimen cuidadosamente prescrito de baños de vapor, bajo la supervisión de otras mujeres experimentadas, e incluyen el uso de hierbas medicinales, todo con el fin de ayudar en la recuperación y a re-establecer el equilibrio corporal. La falta de acceso a los baños de vapor en este lado de la frontera puede contribuir a un profundo sentir de aislamiento de la mujer y a depresión después del parto.²¹

VIII-3.4 Hacer frente a la enfermedad

Dado la falta de seguro médico, el alto costo de cuidado, las muchas barreras al acceso, la preferencia por el auto-medicarse y el tratamiento tradicional, las personas tiende a buscar cuidado biomédico solo como una última opción. Los siguientes son los pasos que las personas siguen al enfrentarse a la enfermedad, como ha sido descrito por nuestros investigadores:

- 1) Empezar con un té tradicional o remedio casero cuando se sientan los primeros síntomas. Quienes no están familiarizados con el remedio apropiado buscarán consejos de familiares y vecinos. Si esto no funciona, y nadie está disponible, buscarán consejos de algún empleado en una botánica – una tienda que vende hierbas y remedios tradicionales.
- 2) En seguida, las personas buscarán medicinas mexicanas que conocen o que han usado en el pasado. Estas pueden estar disponibles en alguna tienda mexicana o en algún mercado de pulgas (al aire libre). Las personas solicitan la medicina por nombre o describen sus síntomas y solicitan al vendedor alguna recomendación.

intonía con la conexión entre su propia salud y la de el bebé, pero ellas expresan su inquietud desde su propia visión del mundo.

²¹ Las entrevistadas lamentaron la incapacidad de tener baños de vapor, ya fuera porque vivían en apartamentos o temían que sus vecinos se quejarían y las autoridades intervendrían si intentaban construir la necesaria fogata en el jardín trasero de su casa. Si captamos reportes de personas que fueron capaces de establecer algún baño de vapor en su propiedad, incluyendo a un curandero tradicional en el Valle Central que vive en las afueras del pueblo y mantiene un bajo perfil. Para un relato de primera mano sobre una experiencia en un baño de vapor, ver “Alive and Well: Generating Alternatives to Biomedical Health Care by Mixtec Migrant Families in California”, por Bonnie Bade en Fox y Rivera-Salgado, 2004.

- Los propietarios de tiendas y los vendedores en los mercados de pulgas se convierten en sus farmacéuticos de facto.
- 3) Si estos intentos fallan en proporcionar remedio, el siguiente paso es visitar la farmacia estilo occidental y comprar medicamentos sin receta que son recomendados por algún amigo, vecino, pariente, o algo que la persona ha usado previamente.
 - 4) Si un curandero tradicional está disponible, la persona puede buscar tratamiento a cambio de una bajo cobro.
 - 5) Finalmente, después de que todas las vías han sido agotadas y la condición ha empeorado, van a la clínica o a la sala de urgencias.

Como señaló una trabajadora comunitaria del Valle Central: ir al doctor en una etapa temprana seguramente requerirá una serie de exámenes que los trabajadores agrícolas indígenas ven como una cara pérdida de tiempo. Quienes han ido a ver doctores en México prefieren exámenes que no implican “un montón de maquinas” y en vez de eso llevan a un diagnóstico rápido y a una receta. Como las recetas suelen ser antibióticos, algunos de plano prefieren saltar la visita al doctor y proceder directamente a auto-meducarse. Los antibióticos se pueden adquirir en los mercados de pulgas o de alguien que los compró en Tijuana. Las inyecciones son valoradas como una forma rápida de obtener resultados y muchas personas tienen la capacidad de inyectarse ellos mismo o conocen de alguien que sabe hacerlo.

VIII-4 Perspectivas de Proveedores

VIII-4.1 Un fenómeno reciente

La presencia de números significantes de pacientes indígenas mexicanos agarró al sistema de cuidado de salud de sorpresa y mal preparados. Antes de la mitad de la década de los 90, pocos proveedores distinguían a pacientes indígenas del resto de los inmigrantes mexicanos, o tenían algún conocimiento previo o capacitación sobre cómo hacer llegar cuidado culturalmente apropiado. Una enfermera bilingüe de salud familiar en una clínica comunitaria de Oxnard reporta que solo se enteró de este grupo distinto alrededor de 1998, cuando empezó a ver pacientes que hablaban poco o nada de español. Diez años después la mitad de sus pacientes son mixtecos, y ella y sus colegas han empezado a ver otros grupos indígenas, incluyendo zapotecos, triquis y amuzgos.

VIII-4.2 Falta de comunicación proveedor-paciente

Aun con la presencia de un intérprete disponible para ayudar, los proveedores que tratan directamente con los pacientes indígenas describen la dificultad de interactuar con personas con muy bajos niveles de educación, con contacto limitado a la medicina y tecnología occidental, y que tienen nociones completamente distintas de enfermedad, sus causas y tratamiento. Más aun, los desafíos van más allá del idioma, la terminología y las visiones del mundo. Las mujeres, que conforman la mayoría de los pacientes indígenas, tienen conocimiento limitado de sus propios cuerpos y sistemas reproductivos, no cuentan con vocabulario para muchas partes internas del cuerpo, son extremadamente

reticentes para discutir asuntos de sexualidad y reproducción, y están temerosas de ser tocadas por un proveedor masculino.

VIII-4.3 Reticencia para hablar

Los proveedores han notado que los pacientes indígenas probablemente no se auto-identifiquen como indígenas cuando no entienden el español. Los proveedores encuentran frustrante el tener pacientes indígenas que aseguran entender cuando de hecho no lo hacen. Esta tendencia a no admitir ser indígenas y permanecer “invisibles” ha sido atribuida a la discriminación que han vivido en México y en los E.U. a manos de los mestizos.²²

VIII-4.4 Falta de material educativo adecuado

Activistas y trabajadores comunitarios lamentan la falta de materiales sobre educación sanitaria adecuados para una población que apenas se puede considerar alfabetizada. De particular importancia son los materiales contraceptivos, los riesgos de embarazo entre adolescentes, información sobre cuidado prenatal, y educación sobre seguridad infantil, dadas las dramáticas diferencias entre las condiciones en aldeas remotas y aquellas en un Estados Unidos moderno y urbano. La mayoría de los panfletos producidos por las agencias están destinados a lectores con un nivel escolar de 8avo grado, pero las organizaciones que sirven a los indígenas reportan que las mujeres, quienes representan la mayoría de sus clientes, abandonaron la escuela después del 4to o 5to grado, y muchas no saben leer o escribir en ningún idioma. Los panfletos, hasta los que incluyen dibujos y fotos, no han resultado efectivos, solo ha funcionado la comunicación cara a cara, la cual consume mucho tiempo. Algunos grupos creen que programas informativos en video (sobre asuntos de salud y crianza de niños) pueden ser efectivos y pueden ser presentados como DVDs en las salas de espera. Sin embargo, el costo de esta clase de esfuerzo ha representado una restricción.

VIII-4.5 Restricciones de tiempo, personal y presupuesto

El cuidado de los pacientes indígenas presenta varios desafíos desde la perspectiva de los proveedores, principalmente entre ellos la presión que pone a los ya extendidos recursos. Un administrador de clínica notó que mientras una cita con un paciente de habla española lleva aproximadamente 25 minutos, ver a un paciente indígena pueda llevar de 30-45 minutos. “Se requiere mucha atención personalizada, es un proceso lento que consume tiempo,” dijo, indicando el tiempo extra de personal que se requiere para lidiar con tramites de papeleo. El personal hasta tiene que tomar tiempo para explicar cómo usar el transporte público para que los pacientes regresen a citas de seguimiento. El administrador describió como esto puede causar que el personal se retrase y alargue los

²² La Encuesta de Comunidades Indígenas encontró que entre los entrevistados que describían un encuentro médico para atender alguna condición seria, el 55 por ciento dijeron que habían tenido problemas para entender lo que se decía. (71 de 128)

tiempos de espera de pacientes. Si bien una solución sería aumentar el personal y los servicios de interpretación, hay una escasez de practicantes de medicina familiar en los E.U, y una falta de intérpretes calificados. Adicionalmente, estas demandas ocurren al mismo tiempo que las clínicas enfrentan severos recortes presupuestales.

VIII-4.6 La contratación de intérpretes

Mientras que varios administradores de clínicas han expresado un deseo de contratar más intérpretes indígenas, ellos describen los obstáculos que han enfrentado cuando los candidatos no tenían documentos migratorios o números de seguro social. En una región, un administrador se acercó al consulado mexicano, pero encontró que era de poca ayuda, ya que no contaba con recursos de idioma indígena ni conexiones con la comunidad inmigrante indígena en su área. Administradores que han solicitado la ayuda y orientación de organizaciones indígenas para contratar intérpretes describen la frustración sobre lo que parece ser un conflicto de agendas, con un favoritismo para quienes están asociados con las organizaciones indígenas apareciendo cuando hay una posibilidad de empleo. Un administrador de salud comparó el trabajar con líderes indígenas al desafío de trabajar con la población de refugiados Hmong, y habló del arduo y desgastante esfuerzo para construir puentes de entendimiento y confianza entre la división cultural.

VIII-4.7 Asuntos Legales

Proveedores han descrito el dilema al que se enfrentan cuando encuentran prácticas culturales que son ilegales en los Estados Unidos. En la Sección VIII-5.5 abajo describimos los problemas legales que pueden surgir con madres adolescentes menores de edad, particularmente cuando el padre es unos cuantos años mayor y puede ser considerado en transgresión de leyes en contra de la violación de menores. Nuestra investigación no recopiló información sistemática sobre poligamia, pero un proveedor reportó haber visto varios casos.

VIII-4.8 Dominio Masculino

Un número de proveedores expresaron frustración sobre como los hombres indígenas insisten en estar presente durante la visita médica de una mujer, sirviendo de intérprete y asumiendo control sobre la comunicación proveedor-paciente y la toma de decisiones. El estatus inferior de la mujer en México persiste cuando vienen a los Estados Unidos. En muchos de los grupos indígenas que encontramos, se espera que las mujeres sean sumisas ante los hombres y que no hablen por si mismas. La ausencia de poder de las mujeres, combinada con el aislamiento lingüístico y una educación mínima, les impide asumir control de sus propios cuerpos y puede mantenerlas atrapadas en relaciones abusivas. Mientras que a proveedores perceptivos les gustaría realizar exámenes para indagar si ha habido violencia domestica, están renuentes a hacerlo ante la ausencia de servicios de intervención culturalmente apropiados. (Ver Sección VIII.5.6 abajo para una discusión adicional sobre violencia domestica.)

VIII-4.9 Construyendo puentes

Proveedores que sirven a los indígenas concuerdan en la necesidad de establecer relaciones con las comunidades indígenas con el fin de mejorar la comunicación y ofrecer cuidado de calidad. Sin embargo, desarrollar esas relaciones puede ser difícil y desgastante, aun para proveedores que los ven con simpatía. Con carencias de personal y recortes presupuestales, los proveedores de cuidado primario están sobre extendido con pesadas cargas de pacientes y carecen del tiempo para establecer contacto y conocer las comunidades indígenas en sus áreas. No obstante, hay unas cuantas iniciativas prometedoras para rebasar la división cultural en formas innovadoras.

VIII-5 Preocupaciones y necesidades de salud

Esta discusión se deriva de las entrevistas con informantes claves, incluyendo proveedores, activistas comunitarios, miembros de las comunidades indígenas, así como de las observaciones de campo de nuestro equipo de investigación. Como tal, representa los puntos de vista de individuos familiarizados con los trabajadores agrícolas en California. No tenemos datos sobre la frecuencia de las condiciones de salud en cuestión, enfermedades específicas ni resultados. No se mantienen datos para grupos lingüísticos minoritarios mexicanos por parte de los departamentos de salud de los condados. Como resultado, no teníamos información administrativa a nuestra disposición para proveer evidencia cuantitativa de las desventajas que los indígenas encuentran en California en relación a otros inmigrantes mexicanos.

VIII-5.1 Hacinamiento extremo

En la Sección VII-4 describimos la extraordinariamente alta tasa de hacinamiento entre trabajadores agrícolas indígenas. Aquí ofrecemos relatos de primera mano de condiciones de vivienda encontrados por nuestro equipo de investigación al realizar entrevistas. Luego continuamos describiendo algunas de las implicaciones sanitarias de estas condiciones, según los proveedores que entrevistamos.

Como se demuestra en el Cuadro VII-5, las regiones de Watsonville y Salinas presentan las tasas más altas de hacinamiento:

En Watsonville (Pájaro y Lomas) y Salinas empezamos entrevistando familias que viven en cocheras o cuartos pequeños sin una cocina, sin un baño, sin calefacción y sin un solo foco para iluminar. Estas familias tenían que pedir permiso para usar el baño y la cocina, y solo conforme a un itinerario fijo.

Quedamos impresionados por la falta de posesiones materiales entre las familias de San Martín Peras. Conocimos familias que nos ofrecieron la única silla de

plástico que poseían. En esa casa el entrevistador tuvo que realizar la entrevista sentado en una canasta de ropa y el intérprete se sentó en una cubeta de plástico. La familia se sentó en el suelo. En otra ocasión, tuvimos que hacer la entrevista de pie porque no tenían una silla, ni mesa, ni una cama para sentarse.

En la aglomerada región de Ventura observamos lo siguiente:

En Santa Paula y en Fillmore, en casi todos los departamentos donde hicimos las entrevistas encontramos varias familias o varios hombres solteros viviendo en el mismo departamento. Las familias rentan un cuarto y los hombres solteros rentan espacio en el piso de la sala.

Cuando Marbella fue inicialmente entrevistada solamente anotó que su familia y dos primos estaban en esa vivienda. Cuando regresamos esperando entrevistar a los primos, nos encontramos a otra pareja y sus hijos mudándose a la casa. También nos enteramos que los dos primos vivían en la cochera.

En Santa María encontramos las siguientes condiciones extremas:

Entrevistamos a una mujer anoche que vivía en una casa suburbana de la década de los 30 y aparentemente ordinaria, con una cochera por separado en la parte trasera. Nos informó que aparte de ella y sus dos jóvenes hijas había otras 38 personas viviendo en ese domicilio. Había 19 niños, 16 hombres solteros (10 viviendo en la cochera), además de 6 mujeres y solo un baño. Los hombres se bañan en la parte trasera de la casa usando una manguera. La mujer nos dijo que está buscando otro lugar y que espera mudarse pronto.

Y en la región de Bakersfield:

Al estar en Taft entrevisté a una mujer y noté que había cucarachas corriendo en el piso y en la pared detrás de ella. Nadie las mencionó, ni se presentaron quejas de su presencia en el departamento. Hay tres parejas viviendo en el departamento. Dos parejas duermen en la sala del segundo piso y la tercera pareja en la sala. El departamento es bastante nuevo y parece tener aparatos y grifos en buen estado. El baño está en mal estado y necesita reparaciones.

Nos percatamos que había miedo de que descubriéramos que tantos hay viviendo en una casa, departamento, cuarto o cochera porque las personas temen que de enterarse, alguien puede venir a echarlos, i.e. el dueño, el gerente, la autoridad de la ciudad o de otra parte. Nos fue posible hablar con el dueño de algunos departamentos, quien nos dijo que ha encontrado hasta 15 personas viviendo en un solo departamento, pero que “por seguridad y por su propio bien” ha establecido una regla de 10 personas máximo por departamento.

Las personas ofrecieron una variedad de razones para aguantar tales condiciones de hacinamiento, incluyendo el alto costo de la renta y el deseo de ahorrar y enviar la más grande cantidad de dinero posible a sus familias en México. Los proveedores, por su parte, expresaron gran preocupación sobre las implicaciones sanitarias de las pobres condiciones de vivienda, incluyendo:

- 1) *Exposición al plomo*: están viendo contaminación en niños de 4-5 años de edad que viven en cocheras.²³
- 2) *Enfermedades infecciosas*: una enfermera de salud familiar en Ventura reporta que RSV (Infección por el Virus Sincitial Respiratorio) es una seria infección bronquial entre niños pequeños. Se extiende por la comunidad cada invierno y se agrava por las condiciones de vivir aglomerados. Un pediatra local calcula que el Condado de Ventura tiene varios cientos de casos cada año que son lo suficientemente serios para requerir atención médica, incluyendo algunas 50 hospitalizaciones. De estos casos, algunos de los niños enferman tanto que deben ser transferidos a la unidad de cuidado pediátrico intensivo en Santa Bárbara donde son intubados. La enfermera señala que la RSV afecta comunidades pobres y hacinadas de manera desproporcionada. La describe como una enfermedad de contacto cercano, parecida a la tuberculosis, y teme que algún día la TB se extienda de manera similar por la comunidad.
- 3) *Riesgo epidemiológico*: la misma proveedora señaló que esta es una población que no está vacunada; si alguien tiene sarampión, una enfermedad muy seria en los adultos, se puede extender a toda la población.
- 4) *Pobre nutrición*: de noviembre a enero²⁴ no hay trabajo y las personas se encuentran bajo considerable presión para pagar la renta y, por ello, hacen recorte en alimentos; un trabajador comunitario reportó haber visto familias que solo comían huevos y frijoles. Otros observadores han indicado que un alto consumo de comida chatarra, dulces y refrescos.
- 5) *Preparación y almacenamiento de alimentos*: bajo condiciones de hacinamiento es difícil tener acceso a la cocina, lo cual limita la posibilidad de preparar alimentos sanos; el espacio para almacenar alimentos es restringido cuando varias familias comparten un refrigerador.

²³ Ver nota de pie 129 para otras fuentes sospechosas de contaminación de plomo.

²⁴ En la ECI, este periodo de tiempo fue identificado por una mayoría de informantes en respuesta a una pregunta directa sobre el periodo cuando no hay trabajo.

- 6) *Dependencia en alimentos procesados no saludables*: alimentos empaquetados y altamente procesados son más convenientes para almacenar y consumir en situaciones de alto hacinamiento; asimismo son una fuente barata de calorías y son preferidos por los niños que están acostumbrados a ver los anuncios en la televisión.
- 7) *Saneamiento*: los sistemas de plomería no están diseñados para soportar un gran número de personas compartiendo las mismas instalaciones. Un doctor describió haber visto muchos problemas de la piel entre niños, atribuyéndolo a una pobre higiene.
- 8) *Desarrollo infantil retrasado*: varios proveedores, todos trabajando de manera independiente y en distintas instalaciones, reportaron haber visto grandes cantidades de niños indígenas con retrasos de habla y un desarrollo general retrasado, aun cuando no hay otros problemas médicos presentes. Lo atribuyen a una falta de estimulación infantil. Especulan que en situaciones de hacinamiento y viviendas en mal estado los niños no son puestos en el suelo y padecen de una falta de “tiempo de estar recostados sobre su barriguita.” Debido a la falta de espacio, los niños no se pueden beneficiar de la importante etapa de gateo en el desarrollo y, sin estímulo físico-muscular, no logran desarrollar tono muscular. De igual manera, si ambos padres trabajan, los bebés suelen ser dejados con mujeres mayores de edad con muchos niños que cuidar, la nutrición es pobre y a los infantes los mantienen en estado de restricción por largos periodos de tiempo.
- 9) *Separación familiar*: El hacinamiento ha llevado a que vecinos y otros llamen a los Servicios de Protección a Menores; esto resulta en encuentros que son espantosos y confusos para los padres indígenas, quienes están en riesgo de perder la custodia de sus hijos. El personal de la agencia, carente de intérpretes y recursos para tratar a la población indígena, también encuentra que estas situaciones son extremadamente frustrantes y difíciles de resolver de manera humanitaria.
- 10) *Violencia doméstica (VD)*: proveedores en muchas de las regiones creen que la VD es exacerbada por tener múltiples familias en una sola vivienda.

VIII-5.2 Aislamiento y depresión entre mujeres

Proveedores de primera línea, incluyendo enfermeras, trabajadores comunitarios y activistas, reportan que la depresión post-parto es una seria condición entre mujeres indígenas. Como lo describió una intérprete mixteca en la Costa Central:

Las mujeres lloran por sí solas; no quieren dar pecho a sus niños, o no quieren estar con sus parejas; solo quieren retraerse. Creo que se debe a que están lejos de sus pueblos, están solas y no saben manejar. No siempre están cerca de algún parque, el esposo está fuera y no hay transporte.

Otra proveedora señaló que la ausencia de baños de vapor tradicionales y rituales comunales de apoyo contribuyen al aislamiento lingüístico y cultural de las mujeres, ocurriendo al mismo tiempo que ellas ya están emocionalmente vulnerables. Muchas de las madres también son bastante jóvenes (ver sección VIII-5.5 sobre embarazos entre adolescentes abajo).

Un administrador de una clínica en la Costa Central reconoció que la depresión es un enorme problema y que en el 2007 empezaron a revisar a mujeres embarazadas. Han ofrecido servicios de consejería sobre salud mental, usando intérpretes como intermediarios, y él calcula que lograron prevenir cuando menos diez suicidios el año anterior.

Una enfermera de salud familiar en Ventura coincidió en que la depresión post-parto es un serio problema que merece más atención. En su práctica intentan abordar el tema en sus clases de Bebé Sano donde grupos de ocho madres se reúnen con dos trabajadoras comunitarias. Ellas consideran que el formato de grupo es una estrategia culturalmente apropiada con mujeres indígenas, en vez de intentar terapia individual de salud mental.

En el Valle Central, una activista comunitaria también coincidió en que la depresión post-parto es un problema, pero señaló que las agencias de servicios de salud en la región no hacen el esfuerzo de identificar o abordar el problema.

VIII-5.3 Problemas de salud mental entre los hombres

Dado que los hombres indígenas rara vez se acercan a las clínicas para solicitar ayuda, han sido los trabajadores comunitarios quienes han notado el problema de depresión entre estos hombres que están solos y lejos de casa. Un síndrome enfermizo puede generarse entre hombres viviendo solos, ya sea en campamentos, en departamentos hacinados, en cocheras o cobertizos. Extrañan a sus familias, tienen dietas no saludables, hay falta de recreación y ejercicio, y muchos se vuelcan al alcohol y al uso de drogas. Un trabajador comunitario mixteco en San Diego reportó ver problemas de salud mental entre los hombres viviendo en los cañones. Describió a los hombres como profundamente tristes y agobiados por sentimientos de inferioridad e impotencia.

Este sentido de desesperación hizo eco en un trabajador comunitario al otro extremo del estado, en la Costa Norte. Él observa que los hombres indígenas recién llegados tienen dificultades en adaptarse, son explotados fácilmente, y cuando no logran alcanzar las metas que se habían puesto al llegar aquí, el estrés combinado con las pocas noticias sobre las familias lleva a la depresión. Empiezan a juntarse y a tomar con amigos, y su descenso al alcoholismo inicia.

Los activistas reportan que el consumo de alcohol está causando muchos problemas para la comunidad indígena. Señalan que el consumo de alcohol es culturalmente permitido, especialmente en fiestas, donde el consumo excesivo es común. Sin embargo, también hay un consumo considerable durante la semana, pero el consumo de cerveza en realidad no es considerado como una forma de “tomar alcohol” Trabajadores comunitarios

señalan que conducir al estar intoxicado es un serio problema que resulta en arresto por conducir bajo la influencia (DUI por sus siglas en inglés), en accidentes viales y en lesiones graves. Uno de nuestros intérpretes nos informó que los hombres mixtecos en su área no ven nada mal en conducir estando intoxicados, aun con mujeres y niños en el vehículo. Él y otros activistas creen que hay una urgente necesidad de educación y trabajo comunitario al respecto, especialmente dado que los hombres están acostumbrados a tomar y conducir en México donde no es reprobado.

Otra condición que aflige a los trabajadores agrícolas indígenas puede ser el PTSD (por sus siglas en inglés), o Desorden de Estrés Post-Traumático. Un trabajador comunitario mestizo quien tiene contacto diario con hombres zapotecos en busca de trabajo, describe casos de hombres severamente traumatizados que todavía sufre por la violencia y el abuso que vivieron al cruzar la frontera. Les afecta la vida cotidiana y el trabajador comunitario cree que necesitan urgentemente con quien platicar sobre ello. Sin embargo, no hay intérpretes zapotecos en el área.

VIII-5.4 VIH/SIDA

Aun cuando nuestro estudio no recopiló información sobre estas condiciones, entrevistas con proveedores y trabajadores comunitarios revelaron que hay un temor y una desinformación considerable acerca de esta enfermedad, al igual que una fuerte resistencia a usar condones.

Trabajadores comunitarios en el Valle Central describen el caso de hombres indígenas quienes creían que el contacto con pesticidas es lo que causaba el VIH/SIDA. Otros creían que se podían proteger untando limón en su pene después de tener relaciones sexuales. Y hombres que habían contraído alguna enfermedad venérea reportaron el haberse lavado los penes con cloro. Hasta aquellos que fueron diagnosticados con VIH describieron el haber usado cloro en sus penes.

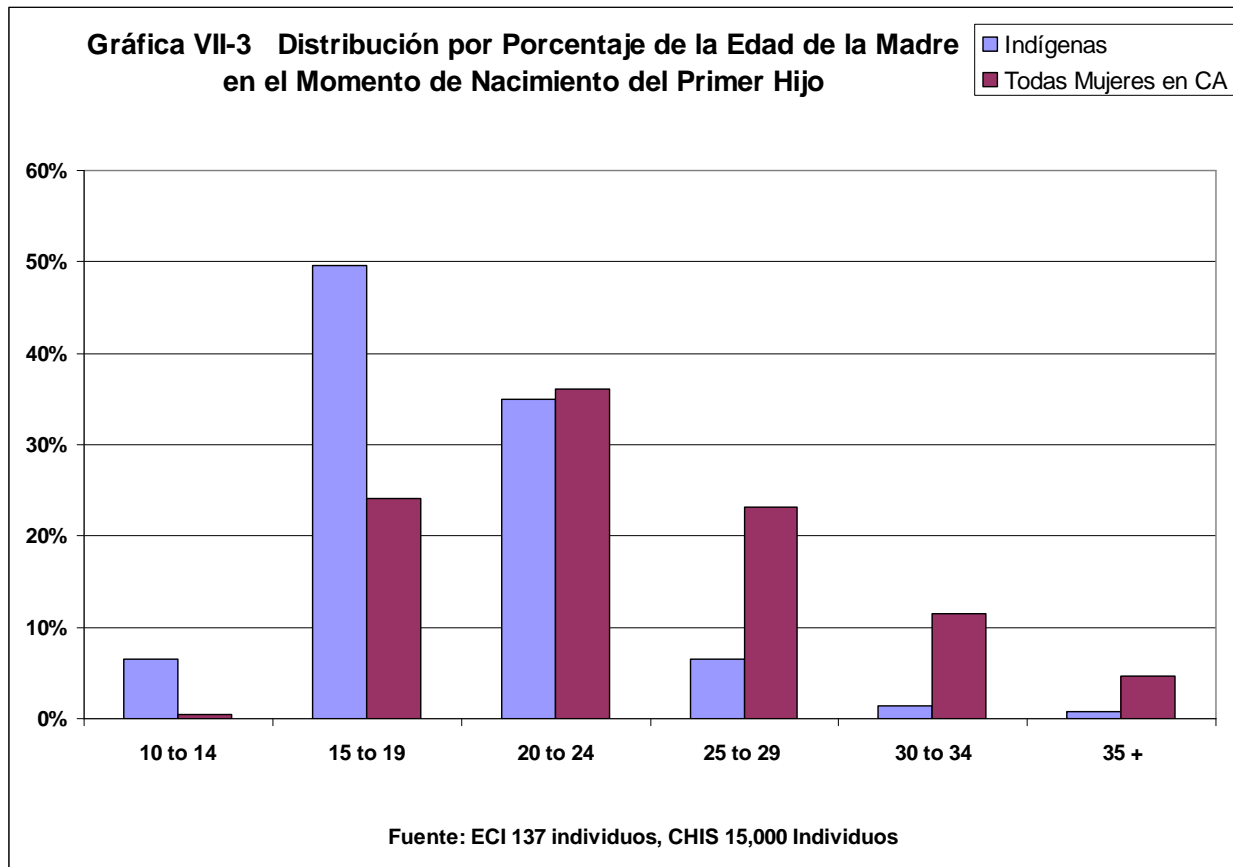
Los esfuerzos para promover un comportamiento de protección han resultado frustrantes, señalan los trabajadores comunitarios: “Tenemos dificultad en persuadir a nuestros clientes a usar condones, aun cuando se los damos. Los hombre no quieren usarlos, y ya.”

VIII-5.5 El fenómeno de embarazo entre adolescentes

Todos los proveedores que entrevistamos comentaron sobre la temprana edad en la que se dan los embarazos entre esta población. Esta observación es respaldada al comparar los porcentajes presentados en el Cuadro VIII-3.²⁵ Un examen rápido demuestra que la edad media para el nacimiento del primer hijo para todas las madres californianas es en el rango de edad de 20-24, mientras que para las mujeres indígenas es entre el rango de 15 a 19 años de edad. De hecho, para todo California, menos de una cuarta parte (24%) de las

²⁵ Esta grafica demuestra, primero: la edad de las 137 madres en la Encuesta de Comunidades Indígenas (ECI), por diferentes grupos de edad, y segundo: la edad de todas las madres californianas por diferentes grupos de edad, de acuerdo a los datos de CHIS. El tamaño de la muestra en el CHIS para estas mujeres es de aproximadamente 15,000. Para detalles ver: <http://www.chis.ucla.edu/methodology.html>

madres tenían 19 años o menos al nacer el primer hijo, mientras que para las madres indígenas, más de la mitad (56%) tenían 19 años o menos.



Esta temprana edad para el matrimonio y la crianza de niños es considerada culturalmente aceptable dentro de las comunidades indígenas, y los doctores mexicanos sirviendo en los pueblos oaxaqueños reportan que no es tan descomunal que las jovencitas tengan su primer hijo a los catorce años de edad. Expertos en la salud femenina, sin embargo, advierten que dar a luz a tan temprana edad puede resultar en nacimientos prematuros y pesos bajos al nacer, poniendo en riesgo la salud de las jóvenes madres, y aumentando sus riesgos de malnutrición, alta presión y anemia. No obstante, las chicas suelen continuar con un segundo hijo cuando todavía siguen siendo muy jóvenes, aumentando los riesgos de salud para ellas y sus hijos.

Lo que es culturalmente aceptable en el contexto de su lugar de origen puede poner a los indígenas en una ruta de colisión con las normas, instituciones y leyes de los Estados Unidos. En los E.U. hay asuntos legales serios relacionados a ser una madre adolescente menor de edad, especialmente si el padre es unos cuantos años mayor y la chica está en los Estados Unidos sin la presencia cercana de sus padres. Una proveedora ha aprendido que en algunas comunidades indígenas se considera que una chica de 13 está lista para salir al mundo, y que chicas de 13 y 14 están cruzando la frontera, sin un padre o familiar

cercano, para buscar trabajo.²⁶ Esta proveedora continuó describiendo lo que puede suceder cuando una de estas jóvenes menores de edad y sin acompañante es embarazada por un hombre, aunque él solo tenga unos cuantos años más que ella. Contó sobre un hospital donde las enfermeras consideran su responsabilidad el llamar a Servicios Protectores a Menores (Child Protective Services). Esto solo ha agravado el problema: el padre es arrestado y encarcelado, mientras la joven termina asustada y sola en un extraño país, con un bebé recién nacido, sin poder hablar inglés ni español, y sin la capacidad de mantenerse.

Trabajadoras de salud describen una profunda e incumplida necesidad de tener educación sobre sexualidad, los riesgos de embarazos entre adolescentes, la prevención de natalidad y leyes de los E.U. Sin embargo, los esfuerzos de divulgación para educar a la comunidad sobre estos asuntos han encontrado una resistencia cultural profundamente arraigada. Una trabajadora comunitaria, ya sensibilizada en torno a la resistencia de padres latinos a discutir la sexualidad con sus hijos adolescentes, reportó el no haber concretado ningún logro con los grupos indígenas para quienes el tema de la sexualidad es simplemente un tema tabú, y el tener hijos a una edad temprana es una norma aceptada.

VIII-5.6 Violencia doméstica

Trabajadoras comunitarias y proveedores de salud consideran que este es un serio problema que es difícil abordar y que no ha sido atendido. Es un problema cuyas raíces yacen profundamente dentro de las comunidades indígenas y la sociedad mexicana, donde las mujeres tienen pocos derechos y donde la violencia contra las mujeres es aceptada como “una cruz que las mujeres deben cargar”.

Activistas que trabajan en México reportan que mientras la violencia familiar está siendo gradualmente atendida en las áreas urbanas, sigue siendo alta en comunidades indígenas donde, de acuerdo a un cálculo, afecta a entre 30 y 40 por ciento de las mujeres adultas.²⁷ Aun cuando no tenemos datos sobre su existencia en California, no hay duda que esta práctica ha cruzado la frontera, y que perdura dentro de los hogares indígenas y causa considerable dolor y sufrimiento.

De las principales barreras para tratar el tema en California está la falta de una estrategia culturalmente apropiada. Trabajadoras de salud encuentran múltiples casos de mujeres que son víctimas de abuso por parte de sus compañeros, pero encuentran que las mujeres no están dispuestas a presentar cargos en contra de sus abusadores por temor a encontrarse en un predicamento todavía peor cuando sean condenadas al ostracismo por la familia y comunidad.

²⁶ Un periódico regional mexicano, Imagen de Zacatecas, reportó un creciente número de menores no acompañados cruzando la frontera a Estados Unidos, señalando que en el 2008 más de 19,000 de estos menores y jóvenes fueron deportados a México. En la lista Oaxaca y Guerrero aparecieron como los principales estados de origen. 25 de agosto de 2009. <http://www.imagenzac.com.mx/migrantes/daran-apoyo-a-ninos-migrantes-deportados>

²⁷ Ver el Fondo de Prevención de Violencia Familiar: http://endabuse.org/section/programs/global_prevention/project_context

Una trabajadora comunitaria describió el caso de una mujer indígena en la Costa Central: era excepcional porque buscó ayuda de una organización comunitaria y acordó ir a un albergue para escapar de su abusador. Sin embargo, una vez que se cumplió el plazo de estar en el albergue y que tenía que salir, su comunidad entera la rechazó.

En consecuencia, mujeres indígenas que no hablan inglés, y que suelen hablar solo un español limitado, se quedan sin más alternativa que permanecer prisioneras del abuso. Una proveedora de servicios en el Valle Central describió a las mujeres víctimas que encuentran como incapaces de ir a la policía ni de abandonar a sus esposos, porque simplemente no tienen a dónde ir.

Algunos proveedores de salud han hablado de examinar a sus pacientes para ver si son víctimas de violencia doméstica. Sin embargo, ante la ausencia de programas y servicios culturalmente apropiados, no le ven mucho caso. En la Costa Central, un grupo ha organizado reuniones informales para tratar múltiples temas, incluyendo el asalto sexual y la violencia doméstica. La activista que encabeza el grupo reporta que mientras que las reuniones tienen buena asistencia, hay muchos en la comunidad indígena que no quieren saber nada de la organización por temor a que sus mujeres se hagan “altivas”. En la actualidad, proveedores y activistas que desean ayudar a las mujeres indígenas se encuentran restringidas por la falta de servicios de consejería apropiados, la falta de vivienda segura para quienes desean escapar de sus abusadores, y la inercia de una comunidad que no lo quiere considerar como un problema.