



Atención de la salud y de la salud reproductiva de las Mujeres Indígenas en México

Julia Suárez y Carmen Herrera
Coordinadoras

AJDH

Proyecto: Discriminación por etnia y género en las Américas:
el caso de las mujeres indígenas

Coordinación y redacción:

Julia Suárez y Carmen Herrera
(Abogadas y Abogados para la Justicia y los Derechos Humanos)

Investigadoras comunitarias:

De Jaltepec de Candayoc: Eustolia Garrido, Margarita Cayetano, Soledad Félix, Carmen López y Beatriz Díaz

De Ocosingo, Chiapas: Sebastiana Gómez, Guadalupe Jiménez, Cecilia López, Carmen Hernández, Ana López y Lilia Pérez

Apoyo en investigación de precedentes internacionales:

Maryse Décarie-Daigneault (Clínica de Derecho Internacional de la Universidad de Quebec)

Servicio social:

Ofelia Flor Díaz (Instituto Superior Intercultural Ayuuk)

Traducción español-mixe-español en trabajo de campo:

Tonantzin Díaz

Asesoría:

Sofía Robles (Servicios del Pueblos Mixe)

Lectura para comentarios:

Dora Ávila, Sofía Robles, Marie Léger e Hildeberto Díaz.

Primera edición: 2013

ISBN: 978-607-00-6713-6

Derechos reservados 2013, Julia Marcela Suárez Cabrera y
Carmen Herrera, como parte de Abogadas y abogados para la
Justicia y los Derechos Humanos

Ámsterdam 124 interior 703, colonia Hipódromo Condesa,
delegación Cuauhtémoc, C.P. 06170, México Distrito Federal

Corrección de estilo: Ulises Martínez

Fotografía de portada: Carmen Herrera

Diseño y formación: Tania Gómez

Impreso y hecho en México

Este libro no puede ser reproducido o fotocopiado en su totalidad
sin permiso de las autoras. Puede ser fotocopiado parcialmente
siempre y cuando se cite la fuente.

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación fue elaborada con la participación de la comunidad de Jaltepec de Candayoc, Mixe, Oaxaca; la comunidad de Damasco, Ocosingo, Chiapas; la Coalición de Mujeres Unidas rumbo al Desarrollo y Servicios del Pueblo Mixe.

La investigación contó con el apoyo del Centro Internacional de Investigación para el Desarrollo de Canadá

La publicación fue realizada con el apoyo de Derechos y Democracia

ÍNDICE

| | Página |
|--|--------|
| Presentación | 9 |
| I. Introducción | 13 |
| II. Nota metodológica | 23 |
| III. El acceso a los servicios de atención a la salud en México | 33 |
| IV. Hallazgos | 39 |
| IV.1. El derecho a la atención de la salud de los pueblos y de las mujeres indígenas | 42 |
| IV.2. El derecho a la salud de los pueblos y de las mujeres indígenas en los servicios que ofrece el Estado | 100 |
| IV.3. El acceso a los servicios de atención de la salud en Damasco, Ocosingo, Chiapas (tzeltal), y en Jaltepec de Candayoc, Mixe, Oaxaca | 135 |
| V. Análisis de resultados a la luz del derecho a la salud y a la salud reproductiva de las mujeres indígenas | 145 |
| V.1. Coherencia de las políticas de salud con la cultura y cosmovisión de las mujeres y de los pueblos a los que pertenecen | 148 |

| | Página |
|---|--------|
| V.2. Disponibilidad de servicios, bienes e información que aseguren a las mujeres indígenas el acceso a la atención de su salud | 163 |
| V.3. Accesibilidad a los servicios de salud sin obstáculos | 169 |
| V.4. Aceptabilidad de los servicios que el sector público ofrece a los pueblos y a las mujeres indígenas | 181 |
| V.5. Calidad de los servicios que se ofrecen a las mujeres indígenas | 184 |
| V.6. Sensibilidad de género en los servicios de salud que se brindan a las mujeres indígenas | 195 |
| V.7. Armonización con los derechos colectivos de los pueblos indígenas | 201 |
| V.8. Transparencia, acceso a información y proceso de consentimiento informado en medios, lengua y lenguaje comprensibles | 211 |
| VI. Conclusiones | 215 |
| VII. Recomendaciones | 223 |
| VIII. Bibliografía | 229 |

PRESENTACIÓN

El presente estudio es una muestra representativa de la situación nacional, si bien se concentra en la revisión del diseño y operación del Sistema Nacional de Salud y de los sistemas estatales de salud de Oaxaca y Chiapas para determinar si garantizan o no a las mujeres indígenas el acceso a los servicios de atención tanto de su salud como de su salud reproductiva. Es relevante la amplia documentación sobre la realidad que en materia de salud viven las comunidades de Jaltepec de Candayoc, Oaxaca, y de Damasco, Chiapas, desde una perspectiva de género y en el contexto cultural indígena, en el marco del derecho de atención de la salud de las mujeres y pueblos indígenas a los que pertenecen.

Este estudio constituye a la vez un proceso que propicia el empoderamiento de las mujeres indígenas mediante la metodología de investigación/acción participativa, en la cual fue fundamental la presencia activa de investigadoras comunitarias mixtas de Jaltepec de Candayoc, Mixe, Oaxaca; de promotoras de salud tzeltales que son integrantes de la Coalición de Mujeres Unidas rumbo al Desarrollo (COMURD), con sede en Ocosingo, Chiapas; así como la interlocución, consulta y apoyo permanentes de la comunidad de Jaltepec de Candayoc, a través de sus autoridades tradicionales. Estamos así ante el testimonio de un proceso que muestra cómo puede operarse un proyecto respetando la organización social y política propia de los pueblos indígenas, factor ausente en la parte oficial, pues el diseño y aplicación de políticas públicas y las normatividades de los programas oficiales carecen de estas buenas prácticas y no aparece en ellas la noción de autonomía de los pueblos indígenas con reconocimiento formal. Basta con revisar las reglas de operación del Programa Oportunidades (DOF, 2009) para dar cuenta de la ausencia de intervención de las autoridades indígenas de pueblos y comunidades; lo más colectivo que encontramos es la unidad familiar. ¡Qué paradoja! Hace tres

décadas se logró desplazar el concepto de “población y de grupos indígenas” y hoy se regresa a ellos para tratar individualmente a mujeres y hombres indígenas como beneficiarios, antes que como pertenecientes a un pueblo indígena en la lógica de los derechos colectivos.

Es de destacar que en el presente trabajo se consignan evidencias de que los sistemas nacional y estatales de salud carecen de visión de género y no reflejan la mínima pertinencia cultural en materia indígena. En contraste, la investigación ofrece elementos sobre la cosmovisión holística indígena en materia de salud, que aparece más ligada a la noción de vivir bien que a la visión desagregada que prevalece en el medio oficial de salud, donde ni siquiera al cuerpo físico se le concibe de manera integral, mucho menos se considera el impacto de la situación colectiva de los pueblos en la tipología de las enfermedades. Obviamente, el derecho a la vida está implicado en el derecho a la salud y es más amplio que el derecho a la mera existencia física; tal derecho debe garantizar una vida digna, que permita el libre desarrollo de la personalidad, de la identidad cultural y, agregamos, también de la reconstitución de los pueblos indígenas. Llama la atención, por ejemplo, las evidencias que la investigación arroja sobre el impacto negativo de que se viole el derecho a la traducción en lengua indígena en los servicios de salud, más aún si se considera que es en las mujeres indígenas donde está más presente el monolingüismo.

El estudio nos muestra un fiel retrato de la discriminación y desigualdad atadas a la llamada pobreza multifuncional. Al respecto, especial comentario merece el Programa de Atención a la Salud para Pueblos Indígenas, el cual no tiene cobertura universal, pues está dirigido únicamente a las 101 comunidades con más alto grado de marginación, pese a que entre sus objetivos se encuentra lograr que las intervenciones de atención y promoción de la salud para los pueblos indígenas se realicen con enfoque intercultural, perspectiva de género y respeto a los derechos humanos en salud. En la lógica de reconocimiento a los saberes propios indígenas, es importante sin duda la valoración de la medicina tradicional; sin

embargo, tal valoración resulta restringida porque sólo se plantea como acción la promoción de la medicina tradicional, sin impactar al conjunto del sistema de salud.

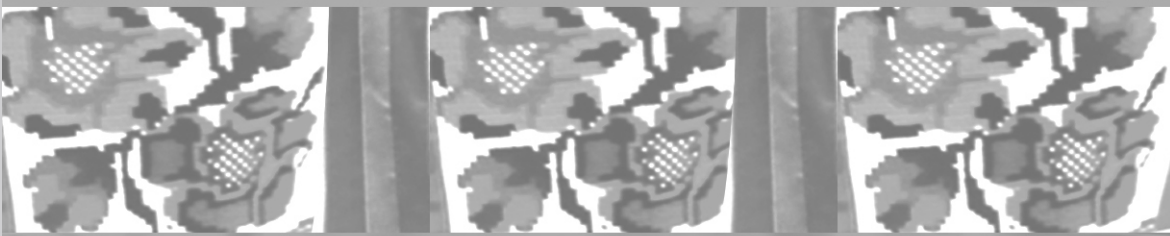
No importa el nombre, sea Jaltepec de Candayoc, Damasco, Mini Numa, Samachique o cualquier otro, toda comunidad indígena del país verá reflejado en este importante estudio un fiel retrato de la situación de las mujeres indígenas en cuanto a su derecho a la salud y a la salud reproductiva, donde todo el funcionamiento del sistema de salud camina en contravía de los derechos autonómicos y de género.

Este nuevo aporte se suma al realizado en 2010 sobre el Programa Oportunidades y las mujeres indígenas en México; sus conclusiones y recomendaciones deberían escucharse y reflejarse en la reorientación de políticas públicas oficiales, pues constituyen una contribución importante en el largo camino para que los derechos trasciendan el papel y sean justiciables con un ¡ya basta! de la triple discriminación hacia las mujeres indígenas.

Magdalena Gómez.



I. INTRODUCCIÓN





Los constantes obstáculos que enfrentan las mujeres indígenas para acceder a los servicios de salud y de salud reproductiva en México —reconocidos por instituciones gubernamentales e intergubernamentales, órganos de protección de derechos humanos, especialistas en el tema y por cifras oficiales (PNUD/CDI, 2011; Secretaría de Salud, 2010; CIDH, 2010:párr. 1)— constituyen evidencia irrefutable de las desventajas estructurales que enfrentan dichas mujeres en el disfrute del derecho a la salud. Al mismo tiempo, se convierten en un factor que les impide, en un plano de igualdad, el ejercicio de los demás derechos reconocidos como persona y como parte de un pueblo indígena.

Es sabido, y así lo han revelado estudios realizados al respecto (Castañeda, 2006), que los pueblos indígenas cuentan con maneras propias de entender la salud y la enfermedad, así como con métodos y medicinas tradicionales para atender los problemas de salud, que incluyen los

En el mundo indígena los problemas de salud primero se tratan de resolver a través de la medicina tradicional, la medicina doméstica o fármacos automedicados, y sólo en caso de no obtener resultados y de contar con recursos económicos para pagar consulta, traslados y medicamentos, acuden al centro de salud o a una consulta médica particular (Secretaría de Salud, 2010).

que afectan el cuerpo, la mente y el espíritu a causa de rupturas que ocurren en relación con el territorio, sus recursos naturales y la tierra, con el ambiente familiar y comunitario, con sus creencias y deidades, y, en general, con todo aquello que integra su vida en las dimensiones individual, comunitaria y cultural. Por ejemplo, las mujeres mixes que participaron

en este trabajo entienden la salud como *oy'ajtèn jootkuj'ajtèn*, expresión que les significa “estar bien, estar felices y contentas [...] no tener nada de problema, estar bien, tranquilo, si hay problema no hay salud [...] si hay problema hay tristeza, no hay felicidad. Entonces necesitamos medicinas, tratamientos para estar sanas”. Mientras que las mujeres tzeltales utilizan la expresión *lek' cuxlejaj*, que significa “estar bien”, alcance del significado de la salud que la medicina alópata aún no atiende, aunque comienza a entender.

Afortunadamente, como herencia de su tradición ancestral que han conservado y aplicado de manera constante, los pueblos indígenas tratan de resolver por sí mismos sus problemas de salud mediante la medicina tradicional que conocen y practican personas de la comunidad, así como con los remedios caseros que desarrollan, principalmente las mujeres, y que son transmitidos por las abuelas a las nuevas generaciones. Estudios realizados revelan que en el mundo indígena los problemas de salud primero se tratan de resolver a través de la medicina tradicional, la medicina doméstica o fármacos automedicados, y sólo en caso de no obtener resultados y de contar con recursos económicos para pagar consulta, traslados y medicamentos, acuden al centro

de salud o a una consulta médica particular (Secretaría de Salud, 2010).

Lo anterior, sin embargo, no libera al Estado de su obligación de garantizar a las mujeres y demás miembros de los pueblos indígenas a los que pertenecen el acceso efectivo a servicios de calidad y culturalmente adaptados, ya que como todas las personas tienen derecho a ello y es una demanda cuya atención constantemente reclaman a los gobiernos en turno.

Así ocurre en la región del municipio de Ocosingo, Chiapas, donde trabaja la Coalición de Mujeres Unidas rumbo al Desarrollo (COMURD),¹ y en la Comunidad de Jaltepec de Candayoc, Mixe, Oaxaca, donde se encontró gran cantidad de quejas ante las permanentes dificultades que enfrentaban especialmente las mujeres, para el acceso a servicios de atención de su salud y de su salud reproductiva.

Tal necesidad se constató en el curso de la investigación *El Programa Oportunidades y las mujeres indígenas en México*,² realizada durante el año 2010; uno de los tres componentes que integran el diseño institucional de ese programa es la salud —junto con la educación y la alimentación— y su necesidad de atención resultó frecuentemente aludida, tanto en la documentación oficial que contiene el diseño y operación del programa como en las constantes referencias que las personas de las comunidades participantes hicieron al respecto, puesto que entre los propósitos del programa se encuentra promover la salud preventiva mediante el involucramiento del Sector Salud, de manera tal que es sobre la infraestructura de los servicios de salud y de educación pública

¹ La COMURD es una organización de mujeres con sede en Ocosingo, Chiapas, que trabaja en favor de los derechos de las mujeres, en particular del derecho a la salud reproductiva. Está integrada por un número importante de mujeres tzeltales y actualmente se encarga de la Casa Comunitaria de la Mujer.

² Esta investigación fue realizada durante el año 2010, con la coordinación de Julia Suárez y Carmen Herrera de la organización Abogadas y Abogados para la Justicia y los Derechos Humanos y publicada en México, 2011 por la misma organización en coedición con Servicios del Pueblo Mixe y Ediciones Nostromo.

donde descansa la operación del propio programa, así como en el trabajo voluntario de promotoras y beneficiarias.

Dado que el proyecto “Discriminación por etnia y género en las Américas: el caso de las mujeres indígenas” se propone indagar si en México existen políticas o prácticas estatales que discriminen o provoquen discriminación doble a las mujeres indígenas, particularmente en el acceso a los servicios de atención a su salud y a su salud reproductiva, bajo el auspicio de Derechos y Democracia —hasta abril de 2012— y del Centro Internacional de Investigación para el Desarrollo —ambas instituciones de Canadá—, en coordinación con la Organización Nacional Indígena de Colombia y el Consejo de Organizaciones Aborígenes de Jujuy, así como con la colaboración de la Clínica de Derechos Humanos de la Universidad de Quebec, Abogadas y Abogados para la Justicia y los Derechos Humanos, con la participación de Servicios del Pueblo Mixe, de las autoridades de Jaltepec de Candayoc, Mixe, Oaxaca, y de la COMURD, se propusieron impulsar y coordinar la presente investigación.

El objetivo que se propuso alcanzar la investigación fue indagar en qué medida el diseño y operación del Sistema Nacional de Salud y de los sistemas estatales de Oaxaca y Chiapas garantizan a las mujeres indígenas el acceso a los servicios de atención de su salud y de su salud reproductiva.

Para ello se utilizaron diferentes estrategias metodológicas que se detallan en la nota respectiva, todas ellas en el marco de lo que se ha denominado metodología de investigación/acción participativa, considerada apta para diagnosticar, intervenir y evaluar los procesos socioculturales, poniendo énfasis en el protagonismo y en el código cultural de las personas participantes (Freire, Fals Borda, 1987; Freire, 2002), puesto que se requería de herramientas que contribuyeran a verificar si en el Sistema Nacional de Salud existen desventajas para las mujeres indígenas en el ejercicio de su derecho a la salud y a la salud reproductiva, junto con ellas, desde el modo de pensar su vida, sus saberes y sus necesidades,

su identidad como mujeres y su pertenencia a un pueblo indígena. Al mismo tiempo, se buscaba que la experiencia e interacción de sus aportes con las miradas y experiencias del resto del equipo de investigación generaran, como ocurrió, un aprendizaje conjunto.

La adopción de tal metodología implicó la invitación a un grupo de diez mujeres mixes y tzeltales a integrar el equipo de trabajo como investigadoras comunitarias, junto con seis personas más de diferentes disciplinas, dos de ellas también pertenecientes al pueblo mixe. Además, significó desarrollar un proceso de intercambio y aprendizaje común, en la comprensión y construcción del objeto y alcance del proyecto de investigación, así como de las herramientas básicas que aseguraran la participación de todas las integrantes del equipo. Parte del resultado se recoge en el presente informe; otra parte es el aprendizaje individual y colectivo logrado con la experiencia de trabajo, así como los efectos de las acciones que, con base en los resultados, continuarán impulsando las comunidades participantes para exigir el acceso efectivo a los servicios de atención de la salud, particularmente de las mujeres indígenas.

Los resultados alcanzados son los siguientes: 1) una noción general de la situación de acceso a la salud en México —apartado iii—; 2) un acercamiento a la realidad que en materia de salud viven las comunidades de Jaltepec de Candayoc, Oaxaca, y de Damasco, Chiapas —apartado iv—; 3) una aproximación más precisa a la naturaleza y alcance de los servicios de atención de salud que ofrece el Sistema Nacional de Salud, así como de las políticas dirigidas a los pueblos y a las mujeres indígenas —apartado iv—; 4) la identificación desde una perspectiva de género y en el contexto cultural indígena del marco del derecho de atención de la salud de las mujeres y pueblos indígenas a que pertenecen —apartado iv—; 5) el análisis de los hallazgos a la luz del marco de derechos —apartado v—; 6) conclusiones —apartado vi—; y 7) recomendaciones que se formulan con el propósito de contribuir a la atención del problema —apartado vii.

Entre los hallazgos resalta que las mujeres indígenas enfrentan diversos obstáculos para acceder a los servicios de atención a la

salud, entre ellos: la falta de adecuación cultural, la distancia y el costo que representa el traslado a fin de recibir la atención, la falta de cobertura universal para resolver los problemas de salud que enfrentan y la falta de medicamentos gratuitos, debiendo adquirir por su cuenta la mayoría de los que se les prescriben. El Estado mexicano ha reconocido formalmente los derechos de los pueblos y mujeres indígenas, tanto en la Constitución como en tratados internacionales de los que es parte, por lo que tiene obligación de asegurarles el acceso efectivo a los servicios de salud. Sin embargo, tal reconocimiento ha quedado sólo en el discurso, pues no se ha materializado en medidas concretas que aseguren una cobertura universal, que atiendan las necesidades específicas de las mujeres indígenas en razón de su identidad cultural y de género, y que tomen en cuenta las desventajas que enfrentan por las condiciones de marginación y empobrecimiento en las que se encuentran.

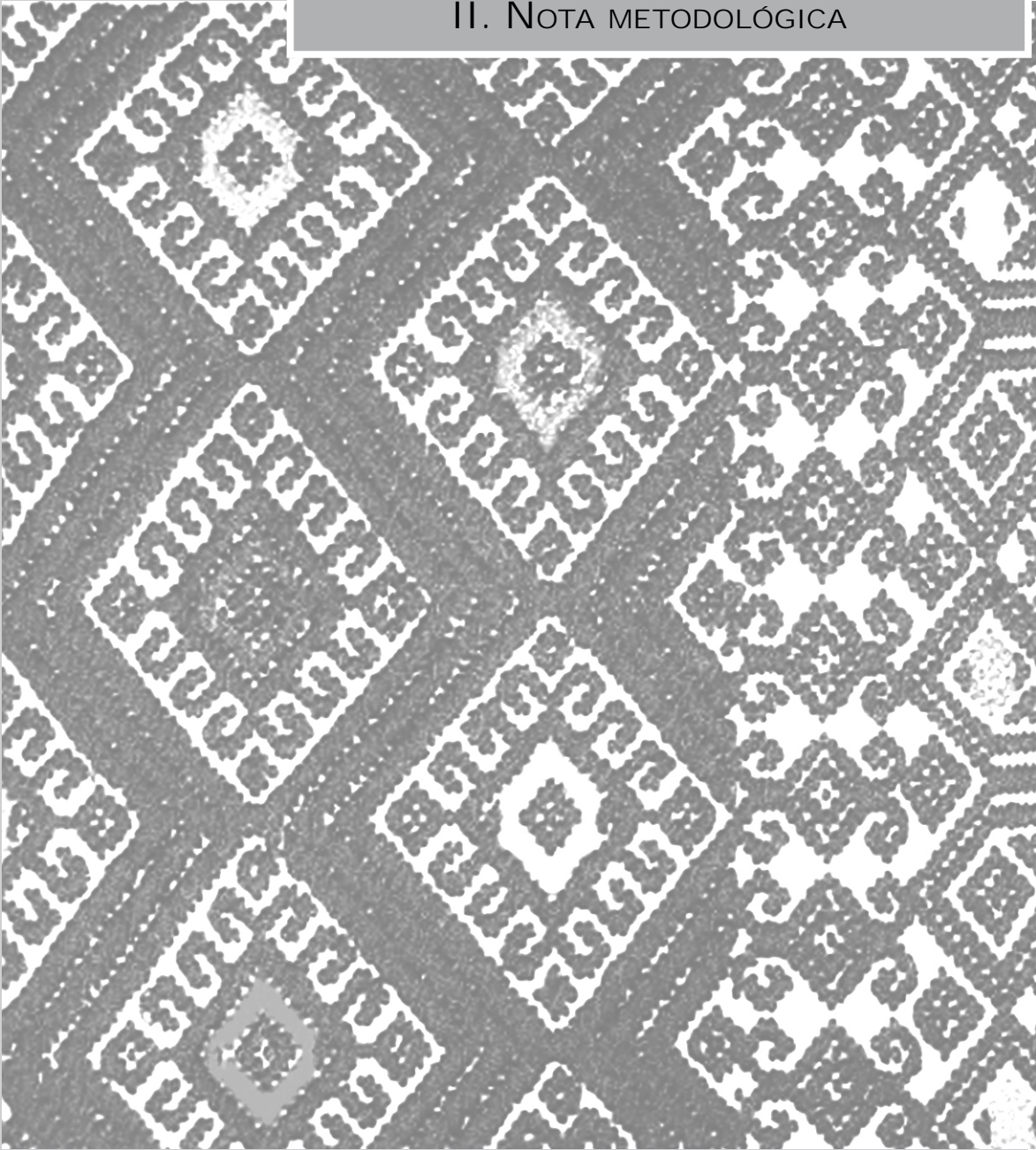
Por lo tanto, en el capítulo VII se formulan algunas recomendaciones tendientes a sentar las bases para que las mujeres indígenas y demás personas pertenecientes a los pueblos indígenas puedan disfrutar del derecho a la salud mediante servicios de calidad, diferenciados culturalmente y atendiendo las necesidades particulares de las mujeres por razones de género. Asimismo, se plantea la necesidad de una nueva relación entre el Estado, por un lado, y los Pueblos y mujeres indígenas, por otro, que tendría que incluir su participación en el diseño y operación de los servicios de salud, así como mecanismos de contraloría social efectiva por parte de la Comunidad, de tal manera que puedan ir definiendo cómo serían los servicios, adecuados a su cultura y a sus necesidades de atención a la salud.

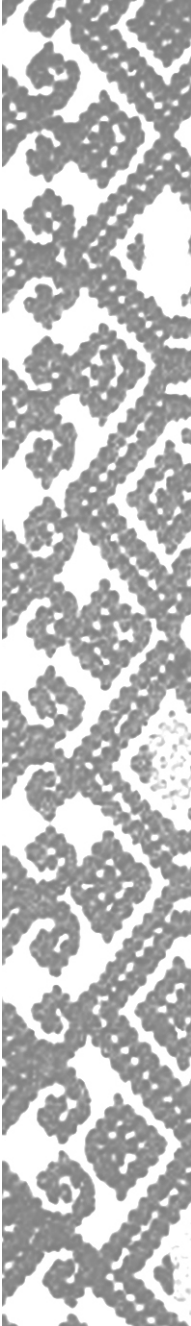
Finalmente, se agradece y expresa un amplio reconocimiento a cada una de las compañeras: Eustolia Garrido, Margarita Cayetano, Soledad Félix, Carmen López, Sebastiana Gómez, Guadalupe Jiménez, Cecilia López, Carmen Hernández, Ana López, Lilia Pérez y Beatriz Díaz, quienes decidieron aceptar el reto de participar en este trabajo como investigadoras comunitarias, ya que su participación fue fundamental para mirar con otros ojos

y otras posibilidades la realidad que viven, así como para lograr los aprendizajes para todo el equipo, que de otra manera no se hubieran alcanzado. Se agradece también la colaboración solidaria y comprometida de Ofelia Díaz y Marysse Décarie-Daigneault, estudiante de la licenciatura en Comunicación para el desarrollo social en el Instituto Superior Intercultural Ayüuk y pasante de la Clínica de Derechos Humanos de la Universidad de Quebec, respectivamente, ya que sus aportes permitieron ampliar los alcances de este trabajo. A Sofía Robles, por su colaboración desde Servicios del Pueblo Mixe, por su apoyo constante y su orientación, siempre que se le solicitaron. Se agradece de manera especial la contribución de Tonantzin Díaz como intérprete del español-mixe y mixe-español, que permitió una comunicación más cercana y profunda con las personas monolingües y con aquellas que no comprenden totalmente el español. A las autoridades Municipal y de Bienes Comunales de Jaltepec de Candayoc, Mixe, Oaxaca, que se encontraban en funciones en el momento de realizar este trabajo, encabezadas por don Luis Tinoco y don Emiliano López Victoriano, respectivamente, así como a don Hildeberto Díaz Gutiérrez por todos sus aportes, y a todas las personas que como voces de la Comunidad expresaron el sentir colectivo y sus experiencias en la relación con las instituciones y programas de salud.



II. NOTA METODOLÓGICA





Para alcanzar el objetivo propuesto en el marco del proyecto “Políticas sociales y derechos de las mujeres indígenas en México-II”, parte del proyecto regional “Discriminación por etnia y género en las Américas: el caso de las mujeres indígenas”, y a fin de **contribuir al proceso de empoderamiento de las propias mujeres indígenas mediante el fortalecimiento de sus condiciones de participación en la vida comunitaria y en el ejercicio de sus derechos y de los derechos de los pueblos a los que pertenecen**, se utilizó la metodología de investigación/acción participativa, en la cual fue fundamental la presencia activa de investigadoras comunitarias mixtes de Jaltepec de Candayoc, Mixe, Oaxaca; de promotoras de salud tzeltales integrantes de la Coalición de Mujeres Unidas rumbo al Desarrollo (COMURD), con sede en Ocosingo, Chiapas; así como la interlocución, consulta y apoyo

permanentes de la comunidad de Jaltepec de Candayoc (en adelante “la Comunidad”) a través de sus autoridades tradicionales.

Se planteó hacer de este trabajo una investigación/acción participativa³ porque se requerían herramientas que contribuyeran a transformar junto con las propias mujeres indígenas la realidad de desventajas que viven en el ejercicio de sus derechos y a partir —como se señaló en la introducción— del modo que tienen de pensar su vida, de sus saberes y sus necesidades, de su identidad como mujeres y como parte que son de un pueblo indígena. Al mismo tiempo, porque la experiencia e interacción de sus aportes con las miradas y experiencias del resto del equipo de investigación generarían, como ocurrió, un aprendizaje conjunto.

Tal metodología ha sido considerada apta para diagnosticar, intervenir y evaluar los procesos socioculturales, poniendo énfasis en el protagonismo y el código cultural de las personas participantes (Contreras, 2002), por lo que se consideró idónea en el reto primordial de asegurar que a lo largo de este trabajo se contribuyera al fortalecimiento de la conciencia de las mujeres indígenas acerca de sus derechos, a la incorporación de un enfoque de género y culturalmente adaptado que permita la definición de contenido de los derechos, así como a la búsqueda de acciones encaminadas a la transformación de su realidad, donde sean atendidas las especificidades que requieren las propias mujeres, en atención a su condición y posición de género y a su pertenencia étnica.

3 Se entiende como investigación/acción participativa el método de estudio de la realidad por parte de los propios sujetos inmersos en ella y afectados por ella, con el propósito de mejorarla o cambiarla. Este método se aplica tanto en la sociología como en la educación, y surgió en oposición a las investigaciones tradicionales, buscando sobre todo no tratar a las personas y grupos como objetos sino de una manera horizontal y como sujetos (Aguilar-Morales, 2006). Este tipo de investigación se centra en las personas y sus procesos educativos e intenta contribuir al desarrollo de relaciones de solidaridad, convocando a las personas a investigar, estudiar, aprender y luego actuar conjuntamente (Sohng, 1995); por lo tanto es un conjunto de principios y un proceso de compromiso en la investigación.

Se propuso la participación en este estudio de las investigadoras comunitarias y de la Comunidad mencionada porque son parte del proceso en el que se inscribe el proyecto referido arriba y porque la preocupación e interés por enfrentar y atacar los obstáculos para el acceso a servicios de salud son comunes a las mujeres tzeltales y a las mujeres mixes, ya que, aunque poseen diferencias culturales —como en lo relativo a sus condiciones para reaccionar de manera colectiva—, igualmente carecen de acceso sin obstáculos a servicios de salud de calidad y culturalmente adaptados. Además, porque desde el primer contacto con la comunidad de Jaltepec de Candayoc, Mixe, en 2009, para poner a su consideración la pertinencia del proyecto mencionado, tanto las autoridades tradicionales en turno como mujeres y hombres participantes en un taller sobre derechos sexuales y derechos reproductivos en el contexto de los derechos de los pueblos indígenas manifestaron la necesidad e interés de realizar acciones frente al problema de acceso a los servicios de atención de la salud por parte de toda la comunidad.

A lo anterior se suman las conclusiones resultantes de la investigación *El Programa Oportunidades y los derechos de las mujeres indígenas en México* ya referida, realizada durante el año 2010 con participación de la Comunidad para verificar el impacto del Programa Oportunidades en los derechos de los pueblos y de las mujeres indígenas, con la que se llegó a constatar que dicho programa, si bien permite contar con un apoyo económico útil para la subsistencia familiar, resulta de muy alto costo en diferentes aspectos para las personas que integran la Comunidad, en particular en el acceso a los servicios de atención de la salud.

En ese marco, para alcanzar los objetivos de la presente investigación se implementaron las siguientes estrategias metodológicas:

a. Consulta a la Comunidad a través de sus autoridades tradicionales. Teniendo en cuenta lo expresado años atrás y constantemente reiterado, en el sentido de que uno de los

problemas que aquejan a la Comunidad es el acceso a servicios de atención de la salud, se puso a consideración del Comisariado de Bienes Comunales, del Agente municipal y del grupo de mujeres —que son parte de un proceso organizativo que busca ampliar las herramientas que les permitan participar y fortalecer la vida comunitaria mediante el ejercicio de sus derechos individuales y colectivos—, la propuesta de llevar a cabo la investigación y de participar activamente en la misma. Su respuesta fue afirmativa; las mujeres manifestaron dudas acerca de poder hacerlo por falta de experiencia, pero señalaron que estaban dispuestas a intentarlo; mientras que las autoridades expresaron la necesidad de que este trabajo sirviera como una herramienta para exigir los cambios que se requieren en los servicios de salud con que cuenta la Comunidad.

También, a propuesta de la COMURD, se consultó a las autoridades de la comunidad tzeltal de Damasco, ubicada en la selva de Chiapas, sobre su interés y posibilidades de participar en la investigación, las que manifestaron su voluntad de sumarse al proceso y ofrecieron las facilidades a su alcance para desarrollar los trabajos en la comunidad.

b. Integración del equipo de investigación. El equipo de trabajo se conformó de la manera siguiente:

- Diez investigadoras comunitarias, de las cuales seis son tzeltales, promotoras de salud y parte de la COMURD, y cuatro mujeres mixes que forman parte del proceso organizativo de Jaltepec de Candayoc.
- Una asesora lideresa zapoteca/mixe, hablante de ambas lenguas, con formación en Educación para el Desarrollo Rural y una amplia trayectoria de trabajo organizativo de pueblos y mujeres indígenas en torno al fortalecimiento de la comunalidad⁴ y a la vigencia de los derechos individuales

⁴ Este concepto expresa principios y verdades universales en lo que respecta a la sociedad indígena, la que habrá de entenderse de entrada no como algo opuesto sino como diferente a la sociedad occidental. Robles y Cardoso (comps.), "Floriberto Díaz escrito. Comunalidad, energía viva del pensamiento mixe" en *Voces indígenas*, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2007, p. 40.

y colectivos de los pueblos indígenas; gran parte de su trabajo lo ha realizado desde la organización oaxaqueña Servicios del Pueblo Mixe. Ha trabajado también, durante varios años, en la comunidad de Jaltepec de Candayoc, impulsando la organización de las mujeres, y desde la Red Nacional por los Derechos Sexuales y Reproductivos en México (ddeser), promoviendo entre las y los jóvenes la conciencia acerca de tales derechos.

- Una lingüista de origen mixe cuya tarea principal fue asegurar que la comunicación con la comunidad y con las propias investigadoras comunitarias fuera en su propia lengua, así como ayudar a lograr una comprensión del lenguaje utilizado por todo el equipo durante el trabajo de investigación.
- Una joven mixe que es parte de la Comunidad, estudiante de la licenciatura en Comunicación para el Desarrollo Social del Instituto Superior Indígena Ayuuk, quien colaboró en la investigación como parte de su servicio social.
- Dos abogadas coordinadoras de la investigación con experiencia de trabajo jurídico con perspectiva de género para la vigencia de los derechos humanos individuales y colectivos, integrantes de la organización Abogadas y Abogados para la Justicia y los Derechos Humanos, responsable de la investigación.

Para la integración de este equipo, se desarrolló un proceso de intercambio entre lo que proponía e implicaba la investigación y las condiciones que facilitaban o no la participación de las mujeres de Jaltepec y de la COMURD. Posteriormente, se difundió entre ellas una convocatoria con las bases para participar, dando un plazo para aclarar dudas y verificar posibilidades.

Pasado ese proceso, se identificó a las mujeres interesadas y se llevó a cabo un taller con cada grupo con la finalidad de construir una comprensión común de la propuesta de trabajo, del significado

de la metodología de investigación/acción participativa, así como de aspectos preliminares del marco de referencia. También se planearon actividades y se definieron responsables de llevarlas a cabo.

Aunque no se constituyó propiamente como parte del equipo de investigación, fue fundamental la participación del señor Hildeberto Díaz Gutiérrez, miembro de la Comunidad —quien, por haber desempeñado ya todos los cargos del sistema tradicional, forma parte del Consejo de Principales—, cuyo apoyo fue clave para la comunicación con las autoridades y con los grupos e instancias representativas.

c. Elaboración del marco de referencia. Para construir la lente desde la cual se observaría la realidad situada, se partió de la indagación, mediante investigación documental y desarrollo de talleres con mujeres de Jaltepec y de la COMURD, acerca del significado de la salud para los pueblos y para las mujeres indígenas, así como sobre lo que entienden y esperan de los servicios de atención de la salud que ofrece el Estado. Con esa base, se fueron articulando los diferentes aspectos que constituyen componentes del derecho de atención de la salud de los pueblos y las mujeres indígenas reconocido por el Estado, entendidos desde una perspectiva de género y en el contexto de su identidad cultural.

d. Revisión de literatura, normatividad y documentos oficiales relativos al Sistema Nacional de Salud (SNS). Con el propósito de llevar a cabo un acercamiento a la estructura, funcionamiento y oferta de servicios del SNS, se llevó a cabo una revisión documental para verificar la existencia o no de dicha oferta de servicios, de calidad y culturalmente diferenciados que permitieran asegurar el acceso efectivo a la atención de la salud de las mujeres y demás miembros de los pueblos indígenas.

e. Desarrollo de talleres diagnósticos en las comunidades de Jaltepec y Damasco. Para conocer sus concepciones sobre la salud y sobre su derecho de atención por parte de los servicios

que presta el Estado, así como sobre los obstáculos que enfrentan para acceder a servicios de calidad y culturalmente adaptados, se realizaron dos talleres en Damasco, uno con mujeres y otro con hombres, incluidas las autoridades de la Comunidad; y uno en Jaltepec de Candayoc, con mujeres que participan en el proceso organizativo, ancianas, ancianos, principales y personas que ofrecen servicios de atención de la salud en la comunidad mediante el uso de medicinas y métodos tradicionales.

f. Realización de entrevistas a un grupo aproximado de 15 personas en cada comunidad participante. De las personas participantes en los talleres, se identificó a quienes tenían interés en aportar mayor información acerca de las condiciones en las que se vive en la comunidad el acceso a los servicios de atención de la salud, y se les entrevistó en su lengua propia con la participación de las investigadoras comunitarias bilingües, y en Jaltepec con el apoyo de la lingüista que se desempeñó como intérprete.

g. Observación por parte de las investigadoras comunitarias de la manera en la que son recibidas y atendidas las mujeres indígenas en un hospital del IMSS-Oportunidades de Chiapas y en un hospital general de Oaxaca. Grupos de investigadoras comunitarias visitaron el hospital al que más acuden o al que son remitidas las mujeres indígenas en Ocosingo, Chiapas, y en María Lombardo de Caso, Oaxaca, con la finalidad de constatar: el trato que se da a las mujeres indígenas que acuden a solicitar servicios, el tiempo de espera, las condiciones en las cuales esperan, la existencia o no de intérpretes para la atención de mujeres que no hablan o que no comprenden el español, la existencia o no de personal médico que hable la lengua de la paciente, así como si los avisos, informaciones y material de difusión que aparece en las áreas de recepción de los hospitales visitados se encuentran traducidos a la lengua indígena que se habla en el lugar.

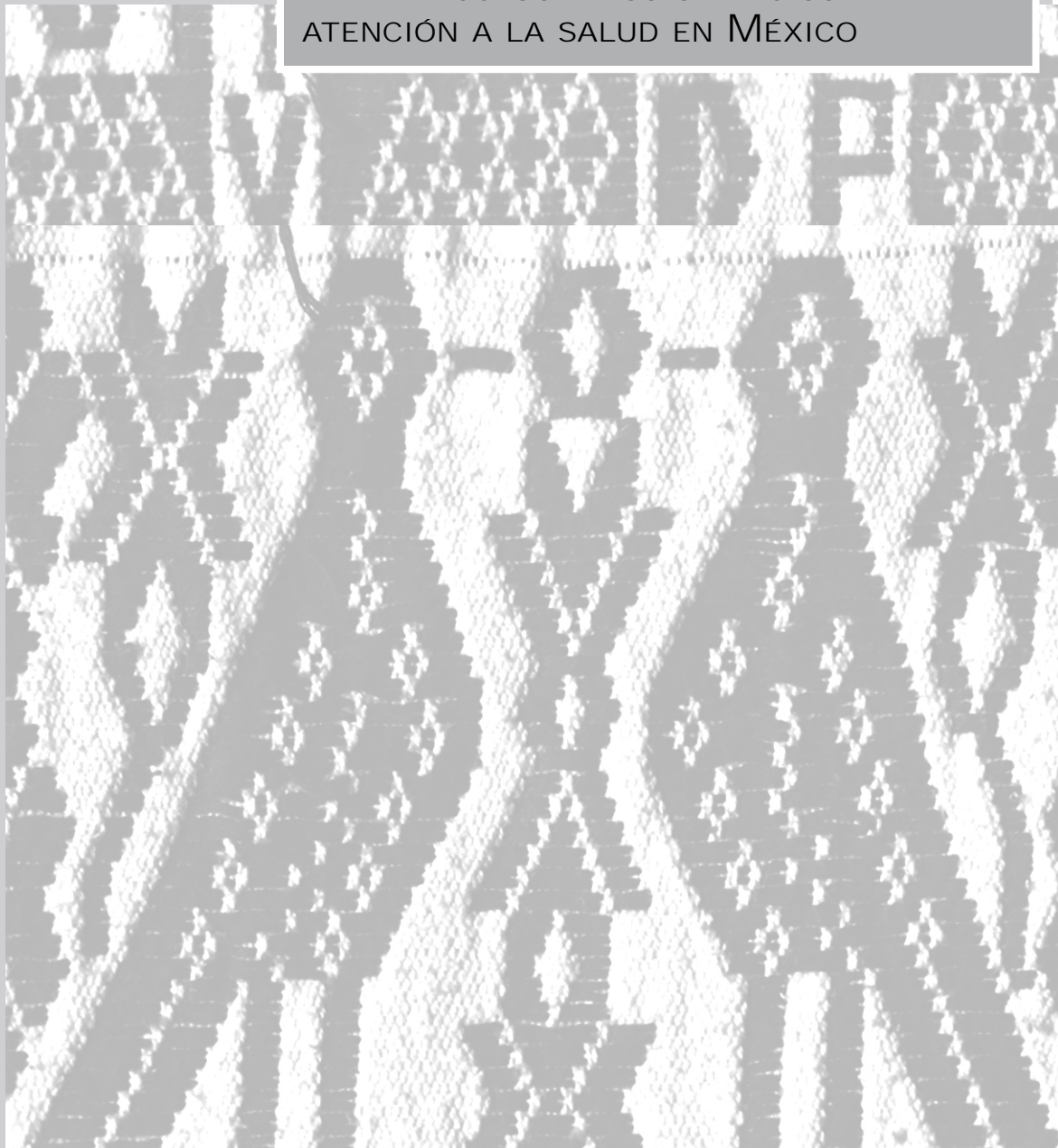
h. Solicitudes de información oficial a través del sistema de acceso a información pública Infomex. Ante la necesidad

de clarificar información contradictoria o confusa, o vacíos de información que fueron apareciendo, se utilizó el sistema electrónico de acceso a información pública Infomex, previsto por la Ley Federal de Transparencia y Acceso a Información Pública Gubernamental, así como por las leyes estatales de Chiapas y Oaxaca en la materia. Para ello se capacitó a investigadoras comunitarias en el uso de dichos sistemas, e incluso en la interposición de recursos de impugnación ante la respuesta obtenida en una de las solicitudes formuladas.

i. Validación de resultados de la investigación. A fin de verificar si el borrador del reporte de investigación recogía los hallazgos encontrados por todo el equipo de investigación, y de constatar que los aportes e informaciones vertidos en las comunidades hubieran sido fielmente recogidos y/o completar y confirmar datos aportados, se llevó a cabo un taller en Ocosingo y otro en Jaltepec de Candayoc, traducidos a la lengua materna de las personas participantes, convocándose a tales talleres a quienes habían asistido a los talleres diagnósticos, a las autoridades y a las personas entrevistadas. Los aportes que se recogieron fueron incorporados en el informe final de investigación.

j. Solicitud de lectura crítica a personas especialistas en el tema. Finalmente, se pidió a especialistas en el tema que realizaran una lectura crítica del informe final y se atendieron sus observaciones y aportes en la medida de lo posible. Este grupo de especialistas estuvo integrado por: una lideresa indígena zapoteca/mixe que conoce la realidad que enfrentan las mujeres indígenas, una promotora y asesora de procesos organizativos de mujeres indígenas que trabajan por la vigencia de sus derechos y una antropóloga de la salud, estudiosa del tema que ocupa la presente investigación. También fue revisado en sus partes principales por las investigadoras comunitarias de Jaltepec y Ocosingo, así como por un miembro de la comunidad de Jaltepec que es parte del Consejo de Principales.

III. EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA SALUD EN MÉXICO





La posibilidad de que una persona pueda acceder a servicios de atención a la salud en México está determinada por su condición laboral y por su capacidad de pago. En el primer caso tienen derecho a la seguridad social; en el segundo, a los servicios privados. Si alguien no se ubica en ninguno de los supuestos anteriores, su opción es acudir a los servicios que ofrece el sector público mediante el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) a través del Seguro Popular o del IMSS-Oportunidades, cuyos servicios son brindados por las instituciones de salud que existen en los estados o en el Distrito Federal y por la Secretaría de Salud del gobierno federal.

Por supuesto, no todos los sectores ofrecen la misma cobertura de servicios. La seguridad social ofrece cobertura universal; el sector privado, todo aquello que el/la paciente pueda pagar, y el SPSS, cobertura limitada al

Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) para quienes tienen Seguro Popular, a menos que tenga la suerte de llegar a un hospital de especialidades, donde recibirá la mejor atención, que cubrirá según sus posibilidades, aunque seguramente será mucho menos que lo que pagaría en el sector privado.

De acuerdo con el Censo de Población 2010, 64% de la población nacional cuenta con derechohabiencia, porcentaje en el que se incluye el SPSS. De este porcentaje, 48% corresponde al IMSS, 36% al SPSS, 8.7% al ISSSTE y 4% a otras instituciones con servicios de seguridad social, como PEMEX, SDN y Secretaría de Marina, entre otras. No cuenta con acceso a servicios de salud 33% de la población (INEGI, 2010).

De los datos del censo se desprende que México tiene una población de 112 336 538 habitantes, de los cuales 51% son mujeres y 49% hombres. La población indígena que reporta el censo mencionado —hablante de lengua propia— es de 6 913 362, aunque el total de población que se identifica como indígena —hable o no

su lengua originaria— es de 12 707 000 personas. Al igual que en el ámbito nacional, 51% son mujeres y 49% hombres. La mayor concentración de población indígena se ubica en los estados de Chiapas, Oaxaca, Veracruz y Yucatán.

En cuanto a las posibilidades de acceso de la población indígena a servicios de atención de salud, oficialmente está reconocido que 70.9% de esta población indígena se encuentra en situación de pobreza (PNUD, 2010) y que los 100 municipios más marginados del país son predominantemente indígenas (CDI, 2010); la mayoría no cuenta con relación laboral formal que le posibilite el acceso a seguridad social, por lo que es usuaria de los servicios de salud

El 70.9% de la población indígena se encuentra en situación de pobreza (PNUD, 2010) por lo que la mayoría no cuenta con relación laboral formal que le posibilite el acceso a seguridad social, siendo, en consecuencia, usuaria de los servicios de salud que ofrece el sector público.

que ofrece el sector público. No es derechohabiente de alguna institución de salud ni se encuentra en el SPSS 72% de la población indígena (PNUD, 2010:16).

En consecuencia, éstos son los/as principales destinatarios/as de los programas de combate a la pobreza, como el Programa Oportunidades, así como de los programas de atención a la salud para zonas marginadas, como el Programa ImSS-Oportunidades, y son quienes fueron incorporados en años más recientes al SPSS mediante el Seguro Popular, debido a que por su adscripción al Programa Oportunidades están exentos de cubrir la cuota anual correspondiente.

Por otra parte, la población en general registra una esperanza de vida de 76 años, mientras que la de la población indígena es de 73 años. Las principales causas de muerte de la población en general son: enfermedades del corazón, diabetes y tumores malignos. En los 100 municipios más marginados del país, el riesgo de mortalidad materna es tres veces más alto que en el resto del país. En el caso de los municipios indígenas con alto y muy alto índice de marginación y aislamiento geográfico-social, el riesgo de muerte materna es hasta nueve veces mayor que en los municipios mejor comunicados (PNUD/CDI, 2010:2). Las entidades con problemas de mortalidad materna más serios son Chiapas, Chihuahua, Guerrero, Nayarit y Oaxaca, que presentan cifras de razón de mortalidad materna superiores a 80 por 100 mil nacidos vivos y que concentran altos porcentajes de población indígena.

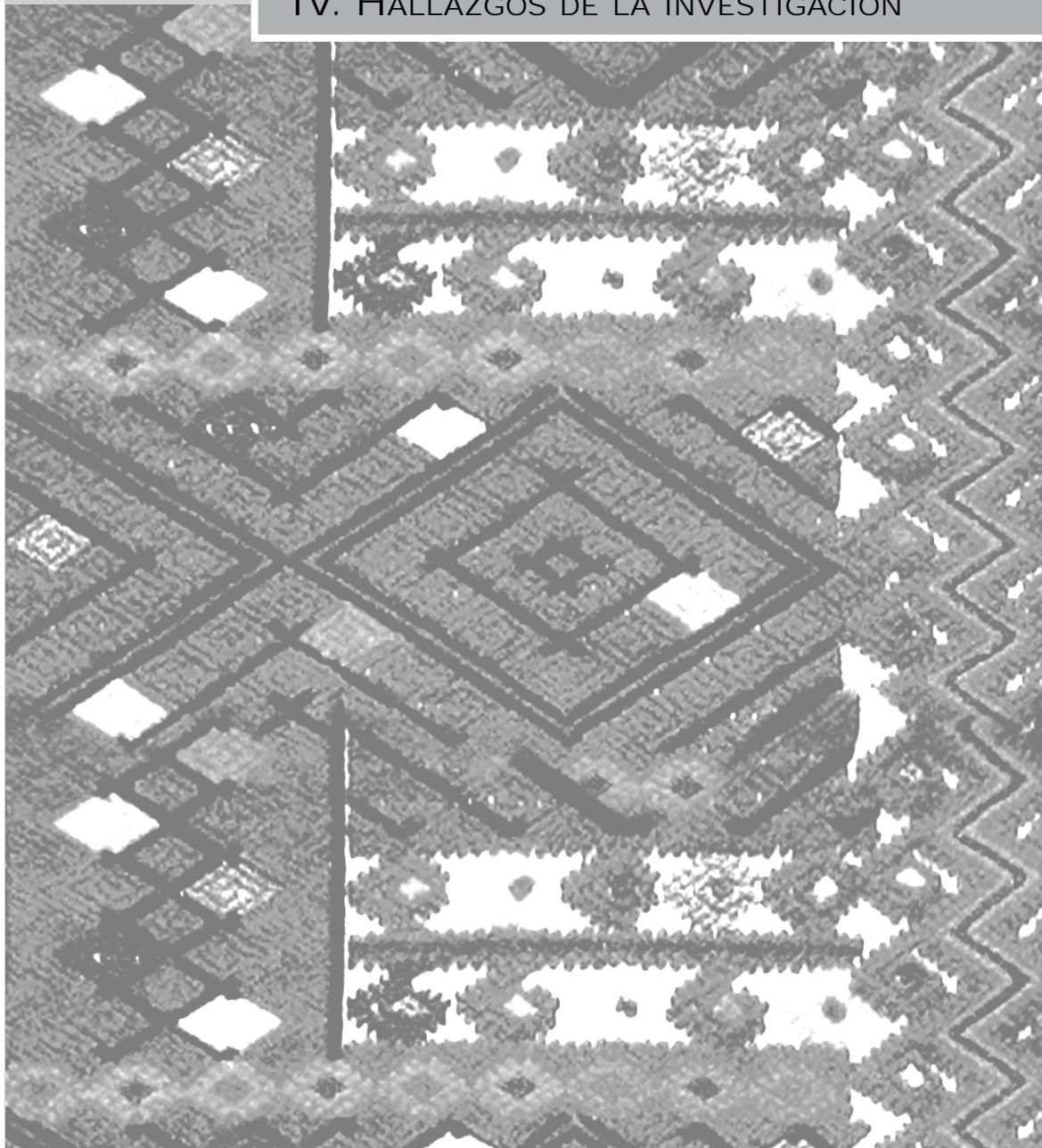
Oficialmente, se ha reconocido que no se cumplirá con el objetivo del milenio de reducir la mortalidad materna; entre sus causas: la segmentación, descoordinación e inequidades del sistema de salud.

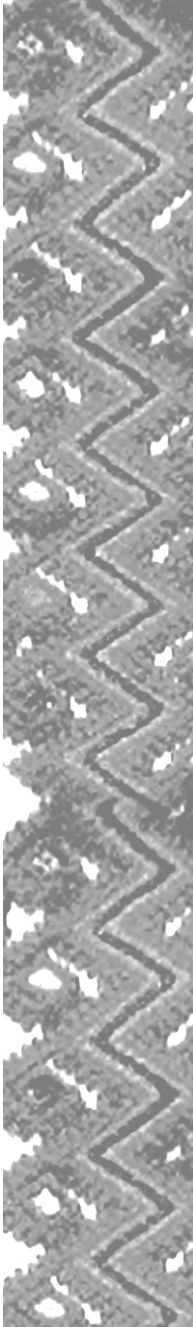
Al respecto, la meta del milenio es reducir la mortalidad materna a 22 por cada 100 mil nacidos/as para el año 2015, misma que parece muy lejana de alcanzar, sobre todo en el caso de las mujeres indígenas. Los propios servidores públicos de la

Secretaría de Salud hablan ya de que dicha meta no podrá lograrse en México, siendo una de las causas la falta de acceso a los servicios de salud (Hernández, 2011). Por su parte, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) en la presentación de su informe *Evaluación de la política de desarrollo social 2012* reconoció también que no se cumplirá con el objetivo de reducir la mortalidad materna, pues en la actualidad mueren 50 mujeres por cada 100 mil niños nacidos vivos, resaltando entre sus causas la segmentación, descoordinación e inequidades del sistema de salud.⁵

⁵ *La Jornada*, 16 de noviembre de 2012.

IV. HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN





En este capítulo se reflejan los resultados de la investigación en tres aspectos; primeramente, en el marco de referencia del derecho a la atención de la salud de las mujeres indígenas y de los pueblos a los que pertenecen; después, en relación con el lugar que ocupa este derecho en el Sistema Nacional de Salud y sus componentes; y, por último, en las posibilidades de acceso a los servicios de atención de la salud por parte de las mujeres de las comunidades de Damasco, Ocosingo, Chiapas (tzeltal), y de Jaltepec de Candayoc, Mixe, Oaxaca.

IV.1. EL DERECHO A LA ATENCIÓN DE LA SALUD DE LOS PUEBLOS Y DE LAS MUJERES INDÍGENAS

Existen diferentes maneras de abordar el tema de la salud de los pueblos y de las mujeres indígenas. Una de ellas es la que comprende su forma propia de entender y vivir la salud o la enfermedad, vinculada de manera inherente con su cosmovisión, su entorno, su relación con la tierra y el territorio, con los elementos de la naturaleza, con su expresión y creencias religiosas, así como con los conocimientos, medicinas y métodos tradicionales con que cuentan para atender sus problemas de salud. Comprende también la manera en la que los pueblos y las mujeres indígenas entienden y atienden la función productiva y reproductiva de las mujeres, así como el rol que éstas desempeñan dentro de sus comunidades, incluidas las aspiraciones y necesidades sentidas y reivindicadas por ellas, particularmente relacionadas con su salud, la de su familia y la de toda la comunidad. Sobre ello se han hecho trabajos importantes, como el realizado por Zolla (2007).

Otro de los aspectos que implica el análisis de la salud de los pueblos y mujeres indígenas es la demanda al Estado de contar con opciones de servicios de salud disponibles, accesibles, de calidad y culturalmente adaptados, a fin de atender sus necesidades de salud conforme a los derechos que ha reconocido el propio Estado, servicios de salud que reconozcan y tomen en cuenta la preexistencia de cosmovisiones y sistemas propios de salud de cada comunidad o pueblo indígena. Como hemos dicho, es a éste al que se refiere la presente investigación. Es por eso que el presente apartado hace un acercamiento a la realidad que viven las mujeres y los pueblos indígenas en México frente al Sistema Nacional de Salud, a partir del concepto de salud y servicios de atención de la salud concebidos y consensuados por representantes de pueblos indígenas de América Latina, así como expresados por mujeres

y hombres de las comunidades de Jaltepec de Candayoc y de Ocosingo, Chiapas.

Posteriormente, se hace un acercamiento al proceso de elaboración de lo que en los últimos años se ha llamado de manera oficial “determinantes sociales de la salud”, con un enfoque en lo que los pueblos indígenas comienzan a formular desde su concepción holística de la salud y, por lo tanto, relacionándola con su entorno, la vigencia de sus derechos colectivos y el ejercicio de su identidad cultural y de su autonomía mediante el disfrute de sus derechos territoriales. Se da cuenta también de la aún incipiente formulación de los determinantes sociales de la salud de las mujeres indígenas, tratando de enunciar algunos de los que se considera indispensable tener en cuenta, como las desventajas por razones de género, incluidas la violencia y la discriminación múltiple que viven por ser mujeres e indígenas, y por vivir en condiciones de empobrecimiento, en la mayoría de los casos.

Se considera fundamental que los determinantes sociales de la salud oficialmente reconocidos en el caso de las mujeres indígenas incluyan factores como los mencionados, ya que servirían de diagnóstico básico para el diseño e implementación de las políticas de salud que se ponen a su disposición y para que, al atenderse, se creen condiciones para el acceso a la salud integral, como es entendida ésta en el mundo indígena.

Asimismo, se hace una breve reseña del marco normativo nacional e internacional relativo al contenido del derecho a la salud reconocido por los Estados, así como una referencia a desarrollos jurisprudenciales en dichos ámbitos. Se hace alusión también al contenido y significado de los derechos de no discriminación y de los derechos colectivos de los pueblos indígenas, que contextualizan y dan sentido al acercamiento llevado a cabo a la realidad de doble o múltiple discriminación en el acceso a servicios de atención de su salud que viven las mujeres indígenas por ser mujeres, indígenas y, comúnmente, vivir en condiciones de empobrecimiento.

Finalmente, se realiza un recuento de los componentes de tales derechos y del marco de obligaciones jurídicas del Estado en

materia de garantía de servicios de atención de la salud y de la salud reproductiva, haciendo una lectura desde la realidad que enfrentan las mujeres indígenas. Dicho acercamiento se realizó desde elementos que se consideran esenciales en el análisis de la situación que viven las mujeres indígenas y los pueblos a los que pertenecen, relativos a la óptica de triple fondo que permite un acercamiento desde los derechos humanos, desde la mirada indígena y desde la perspectiva de género.

Quando se trata de derechos de las mujeres indígenas, a fin de hacer un abordaje integral, es indispensable hacerlo desde una lente de triple fondo que incluya las perspectivas de derechos, género y la cosmovisión del pueblo concreto al que pertenecen

IV.1.1. EL DERECHO A LA SALUD DE LAS MUJERES INDÍGENAS DESDE UNA MIRADA CON LENTE DE TRIPLE FONDO

El énfasis de este trabajo está puesto en identificar el alcance de las obligaciones del Estado para garantizar el derecho de atención de la salud de las mujeres indígenas. Esto resulta complejo si se toma en cuenta el carácter universalizante y, por lo tanto, excluyente de las normas jurídicas que contienen el reconocimiento de los derechos humanos, y si se tiene en cuenta que, incluso cuando se hace un análisis con perspectiva de género del contenido de los derechos, se deja fuera la realidad de desventajas que viven las mujeres indígenas. Para aproximarse a las herramientas que permitan entender dicha realidad, es necesario además conocer, en la medida de lo posible, la cosmovisión propia del pueblo al que pertenecen las mujeres indígenas, el rol que tienen y aspiran a tener dentro de su cultura y tradiciones, así como sus propios conceptos sobre el contenido de los derechos que exigen del Estado.

Por esa razón, un aprendizaje generado durante el proceso en el cual se inscribe este trabajo ha sido que, cuando se trata de derechos de las mujeres indígenas, es indispensable analizarlo desde lo que se ha llamado la lente de triple fondo, integrada por tres perspectivas: la de derechos, la de género y la de la cosmovisión del pueblo indígena concreto al que pertenecen.⁶

a. La perspectiva de derechos. Ésta parte del carácter inherente de los derechos humanos a la dignidad de todas las personas en su expresión individual o colectiva, como es el caso de los pueblos indígenas. Tiene al Estado como obligado de su garantía, respeto y protección, a través de sus instituciones y sus agentes. Tiene un carácter dinámico, evolutivo y, por lo tanto, histórico, de manera que lo que es aquí y ahora muy probablemente no fue en el pasado ni será en el futuro, dependiendo de las identidades, aspiraciones y reivindicaciones de los sujetos específicos de derechos.⁷

Por ello, para hablar del derecho a la salud de las mujeres indígenas, es necesario indagar con ellas mismas su contenido, teniendo como piso sobre el cual se construye y se adapta lo que ya se encuentra reconocido formalmente.

b. La perspectiva de género. El reconocimiento de la realidad de desventajas históricas que viven las mujeres en la sociedad implica verificar si en la situación concreta que se está analizando, las mujeres indígenas viven desventajas particulares por el hecho

6 Un desarrollo más amplio de este aspecto puede encontrarse en Carmen Herrera y Julia Suárez, *El Programa Oportunidades y los derechos de las mujeres indígenas en México*, Ediciones Nostromo, México, 2011, pp. 79-91.

7 La perspectiva de derechos humanos de la cual se habla supone ese potencial emancipatorio de la política de derechos humanos en el actual contexto de la globalización y fragmentación de culturas e identidades, así como el reconocimiento de la naturaleza incompleta de cada cultura, que les lleva a la necesidad de entrar en diálogo entre sí. Ese marco de análisis lo desarrolla Boaventura de Souza Santos en su artículo "Hacia una concepción multicultural de los derechos humanos" que, traducido por Libardo José Ariza, se encuentra disponible en webiig.sociales.uba.ar/grassi/textos/Sousa_DDHH.pdf. Fecha de consulta: 26 de noviembre de 2012.

de ser mujeres y por los roles que la sociedad en general, su cultura y las prácticas cotidianas les han asignado. Lo que interesa indagar con su participación es si su condición de mujeres constituye desventajas en el ejercicio de derechos que ellas reivindican y aspiran a ejercer.

Se trata de un proceso que toma en cuenta, por un lado, esos derechos y, por otro, la importancia de cuidar y recrear la vida comunitaria de la que son parte. Este ejercicio lo están haciendo mujeres indígenas organizadas en diferentes lugares y hombres que comparten esa mirada. Han llegado a importantes conclusiones, como la que indica que en el interior de sus comunidades se vive la misma discriminación que en toda la sociedad y que se requieren procesos de permanente reflexión desde dentro para ir logrando cambios.

c. La cosmovisión indígena. Con la convicción de que si se fortalecen las mujeres en el ejercicio de sus derechos se fortalece el pueblo al que pertenecen, el abordaje del derecho a la salud de las mujeres indígenas implica tener presente en todo momento aquellos elementos de la cultura, tradiciones, formas de organización y derechos colectivos que deben potenciarse con la reivindicación del derecho a la salud, lo cual al mismo tiempo da contenido específico a este derecho.

Al incorporar este elemento, la lucha de las mujeres indígenas por sus derechos se convierte en una lucha colectiva y no en una amenaza de exclusión o de destrucción de la comunidad o de su identidad como pueblo.

IV.1.2. EL CONCEPTO DE SALUD Y DE ENFERMEDAD DESDE LA VISIÓN DE LOS PUEBLOS Y LAS MUJERES INDÍGENAS

Para los pueblos indígenas, la salud es “la capacidad de convivencia armónica de todos los elementos que constituyen el equilibrio en la naturaleza, es decir, su territorio, derechos colectivos, la paz interior de los hombres y mujeres, con los demás seres, espíritus y deidades”.⁸

Como lo menciona la Declaración de Cajamarca, este concepto tiene como base las siguientes consideraciones de los pueblos indígenas:

a) Conciben la salud en un territorio integral con autonomía y libre determinación, en armonía con la naturaleza, aplicando el consentimiento libre, previo, informado y vinculante.

b) Como hombres y mujeres en equidad, entienden el crecimiento y desarrollo integral en todas sus etapas de vida: niñez, adolescencia, adultez y tercera edad.

c) La explotación indiscriminada e irresponsable de los recursos vulnera los derechos humanos, la salud, la vida y la espiritualidad.

No obstante, aunque existen consensos que tratan de recoger los elementos en común que tiene el concepto de salud para los diferentes pueblos, cada uno de ellos y cada una de sus comunidades tienen formas propias de expresión de acuerdo con su cultura, como ocurre con la comunidad de Jaltepec de Candayoc y con

⁸ Declaración de Cajamarca, emitida durante el II Seminario Internacional Salud Intercultural desde los Pueblos Indígenas, por representantes de diferentes organizaciones indígenas de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, Guatemala, México, Panamá, Paraguay y Perú, así como por representantes de los ministerios de Salud de Argentina, Chile, México, Paraguay y Perú, reunidos en la ciudad de Cajamarca con la finalidad de construir y aprobar un concepto consensuado y unificado sobre salud y salud intercultural desde los pueblos indígenas, pueblos originarios y nacionalidades, que sirva como un instrumento de soporte para las acciones de incidencia en los distintos niveles de decisión en políticas nacionales, regionales e internacionales sobre salud para los pueblos indígenas. Difundida por el Enlace Continental de las Mujeres Indígenas en las Américas y Centro y CHIRAPAC Centro de Culturas indígenas del Perú. Cajamarca, Perú, 13-14 de octubre de 2011. Disponible en: <http://www.chirapaq.org.pe/archivo-virtual/pronunciamientos/declaracion-de-cajamarca>

la comunidad de Damasco en Ocosingo, lo que se muestra a continuación:

Oy'ajtën jootkuj'ajtën es la expresión en lengua mixe utilizada por las mujeres de la comunidad de Jaltepec de Candayoc para referirse al concepto de salud. Les significa “estar bien, estar felices y contentas [...] no tener nada de problema, estar bien, tranquilo, si hay problema no hay salud [...] si hay problema hay tristeza, no hay felicidad. Entonces necesitamos medicinas, tratamientos para estar sanas”.⁹ Mientras que las mujeres tzeltales de la región de Ocosingo, Chiapas, utilizan la expresión *lek' cuxlejaj*, que significa “estar bien”.¹⁰

Oy'ajtën jootkuj'ajtën: estar bien, estar felices y contentas [...] no tener nada de problema, estar bien, tranquilo, si hay problema no hay salud [...] si hay problema hay tristeza, no hay felicidad. Entonces necesitamos medicinas, tratamientos para estar sanas (mujeres mixes)
lek' cuxlejaj: estar bien (mujeres tzeltales)

Ambas expresiones implican ausencia de dolor, de sufrimiento, de maltrato, de incertidumbre y de cualquier tipo de obstáculo para vivir la vida con alegría. Se refieren no sólo a un estado físico sino sobre todo a un estado emocional y espiritual que refleja equilibrio, donde no hacen falta las medicinas, y desde luego a la ausencia de enfermedad o bien a la atención de la misma sin los problemas o afectaciones que les implica actualmente el acudir a los servicios de salud proporcionados por el Estado, ya sea en el ámbito federal o en el de la entidad federativa correspondiente.

9 Concepto expresado en la reunión de consulta sobre los servicios de salud en la comunidad, realizada en la comunidad de Jaltepec de Candayoc, Mixe, Oaxaca, el 24 de septiembre de 2011.

10 Así lo expresaron en el taller realizado en coordinación con la Coalición de Mujeres Unidas rumbo al Desarrollo, realizado en la comunidad de Damasco, municipio de Ocosingo, Chiapas, el 13 de julio de 2011.

Para quienes integran las comunidades que participaron en la investigación, el derecho a servicios de atención de la salud implica:¹¹

- Recibir de parte del gobierno o del Estado “apoyo o ayuda para estar bien, que nos podamos sentir bien, contentos [...] así como somos, indígenas”.
- Que esos servicios nunca discriminen, que a nadie hagan menos como lo hacen con las personas que sólo hablan mixe o que no pueden pagar para salir o para comprar las medicinas.
- Que la atención, los estudios y todos los servicios y medicamentos sean gratuitos.
- Una atención de calidad y con respeto a los problemas de salud, con buen trato a hombres y mujeres para sentirse a gusto.
- Que la atención a las mujeres debe considerar sus necesidades por su condición. Las mujeres se enferman más porque dan hijos, se embarazan, trabajan mucho. También les afecta la aparición de nuevas enfermedades. Por eso debe haber más oportunidades de atención para las mujeres.
- Que haya personal, equipo y materiales para dar atención preventiva y curativa gratuita a las mujeres durante toda su vida, no sólo cuando están embarazadas, sin que tengan que salir y pagar servicios particulares.
- Que los médicos sean amables, que se les pueda tener confianza porque para eso están, para atender a los enfermos. Que entiendan la lengua y que sepan de todo, que cuando se preparen, estudien y aprendan a hablar nuestra lengua y ayuden a las personas a saber entender las cosas. Que ya hayan terminado sus estudios y tengan tiempo para atendernos. Que cumplan con los horarios.

11 Sistematización de trabajo de campo, pp. 6 y 7.

Que den seguimiento a las enfermedades hasta su total curación.

- Contar con una clínica con espacios, servicios adecuados y especialistas, para que los enfermos puedan estar ahí, para no tener que salir de la comunidad. Que tenga surtido de medicamentos para no tener que ir a buscarlos.
- Que se brinde la atención y se den indicaciones médicas de manera que se entienda también por parte de quienes no hablan español —“quiero que la doctora me entienda lo que le digo, que me haga caso [...] Me gustaría que me trataran bien así como soy en mi lenguaje en tzeltal, en mi forma de hablar, aunque no sé muy bien español”.
- Existencia de instrumentos y materiales de curación, para colocar sueros, oxígeno o para el control de nuestras enfermedades.
- Servicios y equipo para hacerse estudios, saber el tipo de sangre, hacerse radiografías, ultrasonidos, análisis de laboratorio y poder saber qué enfermedad se padece y salir de dudas.
- Que se brinde atención y orientación sobre cómo estar bien, con quien escuche y oriente sobre los problemas que se tienen con las hijas o hijos, con la pareja. El personal médico a veces escucha, pero a veces se pone de mal humor o regaña. Hay muchas mujeres que lo necesitan porque tienen problemas y sufren.
- Atención de urgencias las 24 horas, incluidos los domingos. Siempre debe haber personal de guardia pendiente de lo que se presente.
- Recibir información sobre planificación familiar en nuestra lengua y de manera respetuosa de nuestra cultura.
- Atención de partos con personas que tienen conocimientos tradicionales y especialistas para casos graves.
- Que se acuerde con el comité y las autoridades la forma de trabajo y la manera de atender las necesidades de atención a la Comunidad.

- Contar con una ambulancia para salir más rápido en caso de gravedad y sin el problema de la falta de recursos económicos.

Así es como las comunidades participantes describen el contenido de su derecho a la salud y a servicios de salud a cargo del Estado que contribuyan a conseguir ese “bien-estar”, “estar contentos”, “sin que se les haga menos por no hablar el español”.

De acuerdo con Rojas/ops (2001), ese bienestar está ligado a una perspectiva integral que incorpora la dimensión espiritual, por lo que su concepto abarca el bienestar biológico, el psicológico, el social y el espiritual del individuo y de su comunidad en condiciones de equidad. Es la resultante de la combinación de elementos fundamentales para la vida de los pueblos, como el acceso a la tierra, el nivel de participación en la sociedad nacional y la posibilidad de vivir de acuerdo con su propia cultura en lo que respecta a alimentación, vestimenta, vivienda, trabajo, educación y, especialmente, posibilidades de acceso, acorde al derecho que les asiste, a los servicios públicos de atención de la salud en condiciones de equidad y dignidad.

Para Castañeda (2006), el bienestar es concebido por las personas indígenas como “la armonía de todos los elementos que hacen la salud, es decir el derecho a tener su propio entendimiento y control de su vida, y el derecho a la convivencia armónica del ser humano con la naturaleza, consigo mismo y con los demás, encaminada al bienestar integral, a la plenitud y tranquilidad espiritual, individual y social”. El bienestar colectivo incluye a los otros miembros de la comunidad y a las demás especies que les rodean. Afirma el propio Amílcar Castañeda que:

Aunque existen diferentes procesos de desarrollo de la salud en los pueblos indígenas, es posible ver una cosmovisión común que, fundamentalmente, entiende la salud como el equilibrio entre las fuerzas naturales y las espirituales, entre los individuos y las comunidades. La enfermedad,

en esta concepción, es una alteración de dicho equilibrio y su curación tiene que ver con los equilibrios perdidos, poniéndose de relieve la armonización necesaria.

Así pues, la pérdida de ese equilibrio, la ruptura de la armonía entre todos los elementos que dan como resultado la salud, es la enfermedad para los pueblos indígenas. El autor mencionado (2006:23) habla de que, para los pueblos indígenas, las enfermedades tienen un significado cultural y están también estrechamente vinculadas con el sistema de creencias y valores, por lo que, para la mayoría de ellos, “la enfermedad es resultado del desequilibrio del ser humano con su ambiente más inmediato y con las esferas espirituales, es producto de la trasgresión de las normas morales o sociales”.

Continúa señalando Castañeda que las manifestaciones de la enfermedad no tienen que ver solamente con la presencia o ausencia de dolor físico, sino con cuestiones más emocionales o espirituales que reflejan a través de sintomatologías físicas, emocionales o de carencias. Por ejemplo, terapeutas mayas definen la enfermedad como “estar triste, el no tener tierra donde poder trabajar y sembrar, el no tener ánimo y ganas de trabajar, el no tener una buena casa o una bonita cama”. Por lo tanto, el papel del terapeuta es atender las expresiones biofísicas y las causas sociopsíquicas a fin de restaurar el equilibrio sacando el mal.

Por otro lado, es importante mencionar que la perspectiva holística del concepto de salud de los pueblos indígenas incluye también el de salud reproductiva,¹² la cual ha sido definida de la

12 Para la Organización de las Naciones Unidas, la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y acceso conforme a su libre elección a métodos seguros, eficaces, accesibles y aceptables de planificación familiar, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la

siguiente manera:

Toda mujer indígena tiene derecho de acceso a servicios adecuados de prevención, atención y tratamiento de salud de acuerdo a su cultura, durante su vida reproductiva, en especial durante la gestación, el parto y el período de lactancia, así como en el ejercicio de la sexualidad, sin obstáculos que impidan su acceso, como los costos económicos, el idioma, el vestido o apariencia física, la lejanía de los centros de salud, la falta de transporte adecuado y asequible, los patrones de dominación por razón de género y de cualquier otro tipo.

Durante el embarazo recibirán información comprensible en su idioma, completa y veraz, acerca de los cuidados que requieren, historia médica personal importante de tener en cuenta, incluyendo el reconocimiento de las señales de advertencia de emergencias obstétricas, garantizar la elección informada del tipo de parto e información institucional sobre apoyos y servicios de que puede disponer, de sus derechos como usuarias del sistema de salud, así como gastos y estadísticas relacionadas con los mismos.

Los servicios de salud reproductiva dirigidos a mujeres indígenas, atenderán los factores sociales, culturales, políticos y jurídicos que influyen en sus decisiones de solicitar —o no— servicios de atención en salud materna o en salud reproductiva (Herrera y Suárez, 2011:85).

IV.1.3. DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

La concepción sobre la salud de los pueblos y las mujeres indígenas descrita en el apartado anterior pone de manifiesto que la salud es resultado de factores personales, culturales, espirituales,

salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y que den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos (ONU, 1995).

comunitarios, sociales, políticos, económicos y de cualquier otra índole, que permiten ese “estar bien”, esa vida personal y colectiva en armonía.

En ese sentido, hace pocos años la Organización Mundial de la Salud (oms) inició el debate sobre los determinantes sociales de la salud, en respuesta a los cuestionamientos acerca de la situación de la salud de las personas excluidas. Tal debate se ubica en los enfoques de la medicina social europea del siglo xx, que entiende que la salud tiene relación con las condiciones sociales y económicas en las que viven las personas (López, 2008:323). Esta corriente de pensamiento reconoce dos grandes objetos de estudio de la salud colectiva: 1) la distribución y determinantes de la salud/enfermedad —entendidas como las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, es decir, el contexto de su vida diaria, sus acciones y los resultados de éstas— (Sánchez, 2010); y 2) las interpretaciones, los saberes y las prácticas especializadas en torno a la salud, la enfermedad y la muerte.

Esta postura se inscribe en el campo de la epidemiología crítica, también llamada “epidemiología de la desigualdad”, que sostiene que el principal determinante para enfermar o morir son las condiciones socioeconómicas de los grupos poblacionales. Según Almeida Filho, su objeto de estudio es la formulación del discurso científico sobre la salud/enfermedad en el ámbito colectivo (Hernández, 2009:19-21), a diferencia de la epidemiología convencional para la que lo socioeconómico aparentemente es sólo un factor de riesgo más, como lo biológico, el ambiente o los servicios de salud.

En el contexto de ese debate se ha identificado diferentes tipos de determinantes de la salud. Sin embargo, una constante ha sido que muy pocos se han referido a determinantes de la salud de los pueblos indígenas y mucho menos a la salud de las mujeres indígenas. De hecho, en el Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud, organizado por la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), se planteó que en

México, como en la totalidad de países latinoamericanos, existen problemas que afectan la salud y que no han sido considerados como determinantes sociales de la salud, entre ellos: a) la cuestión de los grupos indígenas o, si se prefiere, de los grupos étnicos de América Latina y de México en particular; b) la cuestión racista referida especialmente a procesos de salud/enfermedad/atención (s/e/a) y que afectan sobre todo a los grupos subalternos latinoamericanos; y c) la cuestión de las desigualdades e inequidades de género, que se expresan y desarrollan en torno a los procesos de s/e/a (Menéndez, 2008).

Coincidimos en que, al menos oficialmente, no han sido considerados estos problemas como determinantes sociales de la salud y, si se pretende atacar en profundidad los grandes problemas de salud y mortalidad materna, los obstáculos de las mujeres para acceder a servicios de salud de calidad de manera oportuna y adecuada, se requiere incorporarlos específicamente, lo cual aún no está ocurriendo, como se explica más adelante.

A mediados del año 2011, la Organización Panamericana de la Salud (ops) y la Organización de Estados Americanos (OEA) convocaron a una reunión de consulta sobre los determinantes sociales de la salud,¹³ en la cual se propuso a los Estados la discusión de determinantes sobre:

- *Gobernanza*, que incluye el compromiso a garantizar los derechos humanos reconocidos por los Estados
- *La función del sector sanitario*, incluidos los programas de salud pública y la reducción de inequidades sanitarias, donde la contribución principal del Sector Salud debe estar vinculada a incorporar en la agenda de los Estados y sociedades la construcción de Sistemas Universales de Seguridad Social (salud, previsión social, protecciones sociales, educación, entre otros), junto con el desarrollo de Sistemas Únicos de Salud, ambos asumidos por derecho de ciudadanía

13 En dicha reunión participaron organizaciones de la sociedad civil de: Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Perú, República Dominicana y Uruguay.

y financiados por rentas generales. Estos sistemas de salud deberían basarse en los principios de universalidad, integralidad, interculturalidad, equidad y preeminencia de su carácter público.¹⁴

- *La participación social* a fin de vigilar y abogar por que las políticas públicas de los gobiernos, los financiamientos y los programas concretos respondan a las necesidades de las poblaciones vulnerabilizadas y que no tomen las necesidades de dichos grupos para aprovecharse económicamente de su situación. En ese sentido, es imprescindible que se visibilice a los pueblos indígenas-origenarios-campesinos, afrodescendientes y migrantes con sus propias discusiones

14 Según la consulta referida, este determinante implica: 1) Enfrentar la cultura instituida en nuestros países, donde se conceptualizan los sistemas públicos de salud como servicios para sectores empobrecidos, incidiendo en la necesidad de una construcción de ciudadanía ampliada, donde todas las clases sociales bajo un mismo núcleo de derechos utilicen y se apropien de un único sistema de seguridad social y de salud. 2) Que para avanzar realmente en la agenda de desarrollo de Sistemas Universales de Seguridad Social y Sistemas Únicos de Salud, es sumamente determinante una reforma tributaria integral que genere el financiamiento equitativo, justo y necesario. 3) Que como eje organizador de los Sistemas Universales, se considere la atención primaria de la salud transversalmente, como una estrategia integral que favorezca la participación comunitaria y ciudadana, y la transectorialidad. 4) Que el Sector Salud es responsable de adecuar la formación de los trabajadores a este enfoque de los determinantes sociales de la salud, exigiendo a las instituciones educativas-pedagógicas coherencia con las necesidades que surgen de este proceso. Las universidades públicas deberán incorporar los enfoques de equidad y determinación social de la salud en la formación de los equipos de salud, promoviendo investigación-acción desde la epidemiología crítica y sociocultural; asimismo, contribuir con las organizaciones de la sociedad civil a través de la educación popular con la potenciación de capacidades humanas, técnicas, sociales y políticas en abordajes que aporten al accionar movilizador de comunidades y de la ciudadanía en general. 5) Que la evaluación de los servicios de salud debe ser guiada por indicadores más amplios, no sólo de productividad, sino de calidad, pertinencia cultural e impacto (que midan la equidad de la atención, integralidad, la continuidad/longitudinalidad, participación comunitaria, entre otros), y no únicamente por indicadores focalizados relacionados con programas específicos sobre el daño social y/o enfermedad. 6) Incluir el abordaje del estigma, la no discriminación, la humanización del cuidado, privilegiando la mirada sobre las enfermedades transmisibles, como VIH e ITS, entre otras (OEA, 2011).

de ser pueblos/naciones y sus propias formas de hacer salud. Respecto de los pueblos indígenas, se visualizan como estrategias de participación, las siguientes:

- a. Libre autodeterminación, en especial para los indígenas-origenarios-campesinos y afrodescendientes, reafirmando instrumentos y convenios internacionales ya establecidos.
- b. Reconocimiento de la organización de gobiernos indígenas-origenarios con interlocución válida tanto de los Estados nacionales como de los organismos supranacionales.
- c. Mejora de los canales de comunicación y difusión de la información clave (epidemiológica, sanitaria, social, jurídica, entre otras) producida dentro de las propias organizaciones, los Estados y los pueblos.
- d. Difusión de interaprendizajes de las experiencias participativas de otros países que comparten las mismas condiciones, con la importancia de acceso de tecnologías y formas novedosas de compartir su saber-hacer.

Por su parte, los jefes de Estado, ministros y representantes de gobierno, reunidos en Río de Janeiro, Brasil, el 21 de octubre de 2011, en la Declaración Política de Río sobre Determinantes Sociales de Salud, aprobada durante la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud, se comprometieron a:

considerar los determinantes sociales particulares que conllevan inequidades sanitarias persistentes para los pueblos indígenas, conforme al espíritu de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas, y examinar sus necesidades concretas, así como

fomentar una colaboración valiosa con éstos a la hora de formular y aplicar las políticas y programas pertinentes.¹⁵

Dicha declaración no hace referencia específica a determinantes sociales de la salud de las mujeres y mucho menos de las mujeres indígenas.

Mientras tanto, con base en el concepto de salud de los pueblos indígenas consensuado en la Declaración de Cajamarca arriba referida, puede entenderse como determinantes o factores de la salud de los pueblos indígenas, de los cuales depende el tipo o grado de salud o armonía que pueden alcanzar o lograr, los siguientes:

- economía y forma de subsistencia
- armonía espiritual y con el medio ambiente
- condiciones de vivienda, alimentación y suministro de agua
- armonía con los demás, con los familiares, los vecinos y la comunidad
- disponibilidad del territorio
- educación
- familia y roles en ella
- disponibilidad de oportunidad laboral.¹⁶

Y agregaríamos:

- incorporación de métodos y medicinas tradicionales en los servicios públicos de atención de la salud
- consideración de la cosmovisión de los pueblos indígenas destinatarios de los servicios de salud, en la forma de entender la salud, la enfermedad y la reproducción humana

15 Cfr. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud, Río de Janeiro, Brasil, 21 de octubre de 2011. Disponible en: apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_15-sp.pdf

16 Declaración de Cajamarca, <http://www.chirapaq.org.pe/archivo-virtual/pronunciamientos/declaracion-de-cajamarca>, p. 18.

- condiciones de participación de los pueblos indígenas, a través de sus instancias representativas, en el diseño e implementación de las políticas y servicios de salud, atendiendo y visibilizando de manera particular las necesidades de atención de salud integral por parte de las mujeres indígenas

IV.1.4. DETERMINANTES DE LA SALUD DE LAS MUJERES INDÍGENAS

En los documentos oficiales consultados relativos a determinantes de la salud, no se encontró referencia específica a la salud de las mujeres indígenas. Se encontraron menciones importantes en las reflexiones y propuestas vertidas durante la Conferencia Regional de Mujeres Líderes denominada “Muerte materna: romper el silencio, sumar nuestras voces”, realizada en Lima, Perú, los días 27 y 28 de mayo de 2010, organizada por el Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna (GTR).¹⁷ En dicha conferencia, Miriam Yolanda Paz, viceministra de Salud de Honduras, expresó:

Necesitamos disponer de información que nos permita identificar avances, priorizando indicadores de proceso

17 Este grupo fue fundado en 1998 por agencias de cooperación del sistema de las Naciones Unidas [la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)], organismos bilaterales [la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)], bancos [el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial] y ONG internacionales [Population Council y Family Care International (FCI)] con el objetivo de impulsar y coordinar esfuerzos para abatir la mortalidad materna en la región de América Latina y el Caribe. La memoria de la Conferencia Regional de Mujeres Líderes “Muerte materna: romper el silencio, sumar nuestras voces” muestra que las participantes fueron líderes sociales, académicas, periodistas, políticas, indígenas, juezas y empresarias de América Latina y el Caribe, de diferentes etnias, culturas y edades, con diferentes idiomas y lenguas, con maternidad y sin maternidad. Dicha conferencia fue organizada para celebrar el “Día internacional de acción por la salud de las mujeres”. Disponible en: <http://familycareintl.org/en/resources/publications/84>

con énfasis en la calidad con pertinencia cultural y de género desde un enfoque de derechos, que tomen en cuenta la distribución del presupuesto y que proporcionen información desagregada a nivel nacional y local por género, etnia y clase social.¹⁸

Lo anterior permite identificar, para los efectos de este trabajo, aspectos fundamentales por considerar cuando se habla de factores que determinan la salud de las mujeres indígenas, basados en indicadores de proceso con énfasis en:

- a. calidad con pertinencia cultural y de género
- b. enfoque de derechos
- c. información desagregada nacional y localmente por género, etnia y clase social
- d. rol, necesidades, demandas y aspiraciones de las mujeres indígenas en sus pueblos o comunidades concretas
- e. conciencia de derechos de las mujeres indígenas
- f. condiciones socioeconómicas y participación en la vida comunitaria y en las decisiones que les afectan
- g. realidades particulares que enfrentan debido a las desventajas que ellas enfrentan por razones de género, como la subordinación frente a los hombres que en muchos casos aún persiste, su función productiva, reproductiva y comunitaria, su rol de cuidadoras de las hijas e hijos, así como de hermanos, padre y madre, incluso de parientes cercanos, la falta de acceso a bienes para subsistir de manera independiente, etcétera.
- h. situación de violencia y discriminación múltiple por ser mujeres, por ser indígenas y por vivir permanentes condiciones de empobrecimiento

En la misma conferencia, la lideresa indígena mexicana Marta Sánchez hizo énfasis en la necesidad de que las mujeres indígenas cuenten con información acerca de los servicios proporcionados

¹⁸ *Ibid.*, p. 44.

por el Estado, así como en incorporar la dimensión cultural y espiritual en los determinantes de su salud.¹⁹

En la conferencia referida, las participantes expresaron:

asumimos el compromiso de romper el silencio, elevar nuestra voz e impulsar acciones para detener la muerte materna. Generar mecanismos de financiamiento solidario que permitan el acceso universal y sostenible a servicios de salud integrales, de alta calidad, adecuados culturalmente, respetuosos de las mujeres, su etnia, raza y edad, con recursos humanos suficientes y calificados, con tecnologías apropiadas para la atención de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio que protejan su salud y su vida y que garanticen el pleno ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos.²⁰

De acuerdo con un análisis realizado por la OPS, el estado de salud está influido por la interacción de los determinantes de la salud (nivel socioeconómico, comportamiento de salud, etc.) y por la disponibilidad o accesibilidad de los servicios de salud. Ese análisis señala que la salud de las mujeres indígenas está determinada por:²¹

- a) **Subordinación frente a los hombres y triple carga de trabajo:** productivo, reproductivo y comunitario, ya que además de la crianza y cuidado de sus hijas e hijos, desarrollan actividades en la agricultura. El arduo trabajo les impide destinar tiempo para educación, para participación en espacios de decisión y para la búsqueda de atención de su salud y la de sus hijos/as, lo cual impacta seriamente en su estado de salud.

19 *Ibid.*, p. 45.

20 *Ibid.*, p. 70.

21 Organización Panamericana de la Salud, *Género, equidad y la salud de las mujeres indígenas en América Latina*. Disponible en: www.paho.org/spanish/ad/ge/IndigenousWomensp.pdf

- b) La violencia (sexual, física y psicológica) pone en riesgo la salud de las mujeres indígenas y se incrementa por el abuso del alcohol, la pobreza y la falta de trabajo de los hombres.

Sobre disponibilidad y accesibilidad a los servicios de salud, se señala:

- a) Falta de infraestructura comunitaria: de suministro de agua, de sistemas de aguas residuales, de electricidad y de carreteras pavimentadas.
- b) Inestabilidad social provocada por guerras civiles, desastres naturales y migración poblacional, que ha generado aumento de desempleo, pobreza, violencia social y militar, prevalencia de enfermedades de transmisión sexual y VIH-sida, así como deterioro ambiental.
- c) Mayor empleo de las mujeres indígenas en el trabajo informal, lo cual las expone a mayores riesgos, exclusión de sindicatos y de la seguridad social.
- d) Baja cobertura de servicios de salud en zonas rurales, donde los servicios se centran en salud reproductiva, dejando de lado otras enfermedades y padecimientos. La mayoría de las comunidades indígenas son remotas y carecen de medios de transporte para llegar a los centros médicos urbanos o periurbanos. Además, las mujeres se quejan del personal que administra la atención, ya que a menudo no explica los tratamientos ni respeta los derechos de las mujeres indígenas al consentimiento

Entre los factores que inhiben a las mujeres indígenas a utilizar los servicios de salud están: no son comprendidas o son mal tratadas en los servicios de salud y las creencias culturales acerca de la modestia y sexualidad que previene a los proveedores de servicios de salud (especialmente hombres) de examinarlas.

informado. Muchos proveedores también pasan por alto los conceptos tradicionales/medicinales indígenas, como la necesidad de curar la mente, el cuerpo y el espíritu juntos.

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

Tal realidad implica el imperativo indispensable de que se adopten medidas especiales para garantizar la salud de las mujeres indígenas, como lo ha expresado el Comité de la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Comité de la CEDAW):

Si bien las diferencias biológicas entre mujeres y hombres pueden causar diferencias en el estado de salud, hay factores sociales que determinan el estado de salud de las mujeres y hombres y que pueden variar entre las propias mujeres. Por ello debe prestarse atención especial a las necesidades y derechos en materia de salud de las mujeres pertenecientes a grupos vulnerables y desfavorecidos como los de las emigrantes, las refugiadas y las desplazadas internas, las niñas y las ancianas, las mujeres que trabajan en la prostitución, las mujeres autóctonas y las mujeres con discapacidad física o mental (CEDAW, 2002).

En su Recomendación General No. 24, el Comité manifestó preocupación por las altas tasas de mortalidad materna de las mujeres indígenas, y las atribuyó a la insuficiente cobertura de los servicios de salud y a la dificultad de acceso a éstos, particularmente a los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva. Se

pronunció también preocupado por los altos índices de pobreza y por las múltiples formas de discriminación que enfrentan las mujeres indígenas y las mujeres de zonas rurales, así como por las grandes desigualdades en el acceso a los servicios básicos, como enseñanza y salud, así como para participar en procesos de adopción de decisiones entre éstas y las mujeres de zonas urbanas no pertenecientes a grupos indígenas.

En la recomendación mencionada, el propio Comité de la CEDAW instó al Estado mexicano a asegurar que todos los programas y políticas de erradicación de la pobreza traten, de manera explícita, la naturaleza estructural y las diversas dimensiones de la pobreza y de la discriminación que enfrentan las mujeres indígenas y las mujeres de zonas rurales, y le recomendó utilizar medidas especiales de carácter temporal para tratar de eliminar las disparidades que viven en el acceso a los servicios sociales básicos de salud y educación; asimismo, le pidió que, en su siguiente informe periódico, proporcionara información detallada sobre las medidas adoptadas y su repercusión, junto con datos desglosados por zonas urbanas y rurales, estados y poblaciones indígenas.

De igual manera, el Comité expresó preocupación debido a que la pobreza constituye un grave obstáculo para el goce de los derechos de las mujeres, que representan la mayoría de los sectores más vulnerables, en especial las mujeres de zonas rurales e indígenas, por lo que lo instó a asignar prioridad a la mujer en su estrategia de erradicación de la pobreza, especialmente a las mujeres de las zonas rurales e indígenas, mediante la adopción de programas específicos para garantizar plenamente sus derechos de educación, empleo y salud, con especial hincapié en la participación de dichas mujeres como agentes de cambio en el proceso de desarrollo.

Por su parte, el Relator especial de Naciones Unidas sobre derechos de los pueblos indígenas expresó que la posibilidad de que las mujeres indígenas puedan disponer del propio cuerpo es parte del derecho a tomar decisiones sobre la salud. Así lo manifestó:

La violación y otras formas de violencia sexual, como el embarazo forzado, los métodos de contracepción no consensuados —por ejemplo, la esterilización forzada y el aborto forzado—, la mutilación/ablación genital de la mujer y el matrimonio forzado, constituyen otras tantas violaciones de la libertad sexual y reproductiva, y son incompatibles, de por sí y en su esencia, con el derecho a la salud. (FPP, párr. 25).

Las desigualdades sociales, la discriminación y la marginación que viven determinados grupos de población, como los pueblos y las mujeres indígenas, son determinantes sociales de su salud. Así lo expresó el relator especial al referirse al derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental:

La discriminación por motivos de género, raza, etnia u otros factores es un determinante social de la salud. Las desigualdades sociales, sustentadas por la discriminación y la marginación de determinados grupos, se reflejan en la distribución de las enfermedades y en la evolución del estado de salud de los afectados (Hunt, 2003).

IV.1.5. EL EJERCICIO DEL DERECHO A LA SALUD REPRODUCTIVA, LEJOS AÚN DE LA REALIDAD DE LAS MUJERES INDÍGENAS

La lucha del movimiento feminista por los derechos de las mujeres, por sus libertades sexuales y por la autonomía sobre su cuerpo —librada en México y en el mundo desde hace casi cuatro décadas en el contexto del fracaso de las metas de las políticas demográficas que habían sido implementadas con el propósito de disminuir la pobreza— fue factor que posibilitó que en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, convocada por las Naciones Unidas (CIPD, El Cairo, 1994), se adoptara el concepto

de derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, lo que constituye una herramienta fundamental en el proceso de empoderamiento de las mujeres para lograr una mayor equidad entre géneros (González, 2001:5).

El logro del consenso de El Cairo se dio en un contexto en el que el movimiento de mujeres reclamaba por las consecuencias ocasionadas por las políticas poblacionales en los derechos de las mujeres, y en la preocupación de los gobiernos ante la ineficacia de tales políticas en el combate a la pobreza (Espinosa, 2001:8).

El concepto que integró la salud sexual y la salud reproductiva implicó “la posibilidad de que las mujeres se adueñen de sus cuerpos, de sus vidas y de sus maternidades. Implica además, un mejor y más equitativo acceso de las mujeres a los servicios educativos, al mundo laboral y por supuesto a la toma de decisiones en todos los planos de sus vidas”, nuevo enfoque que toma en cuenta nuevos sujetos de atención y estudio, pues no sólo incluye a las mujeres en edad reproductiva, sino además a las niñas, a las adolescentes y a las mujeres que han terminado su edad reproductiva (Espinosa, 2001:6).

Como señala Espinosa (2001), a partir del Acuerdo de El Cairo 1994, se incorporó el concepto de salud reproductiva en los planes y programas de la administración 1995-2000: el Plan Nacional de Desarrollo, el Programa Nacional de Población, el Programa Nacional de la Mujer y el Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar.²²

Como afirma también Espinosa, junto a las metas tendientes a mejorar la salud reproductiva —entre ellas la disminución de la mortalidad materna, de la mortalidad infantil y de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH-sida, así como el incremento de la

22 En ese momento se entendió la salud reproductiva como “el estado integral de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y procesos. La salud reproductiva es la capacidad de los individuos y de las parejas para disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad de decidir de una manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos”. Secretaría de Salud, 1995, p. II, citado por Kraus, 2001:124.

atención y prevención del cáncer cérvico-uterino y de la atención de adolescentes— se continuó trabajando respecto de metas encaminadas a reducir el crecimiento demográfico. Todo ello en medio de una permanente tensión, que hoy en día se mantiene, entre la tendencia de las políticas que rigen la economía del país y las políticas sociales, ya que a fines de los años noventa, mientras se trataba de incorporar el derecho de salud reproductiva, se disminuían considerablemente los recursos presupuestales para salud y de salud reproductiva.

En ese contexto, hace poco más de diez años el tema fue objeto de análisis y debates desde diferentes ángulos, ya que se trataba de identificar los avances alcanzados en cuanto a las medidas de garantía del derecho de salud reproductiva, la orientación de las políticas públicas y la manera en la que sujetos históricamente excluidos, como el indígena, y en particular las mujeres, tenían acceso al ejercicio de este derecho en las mismas condiciones que el resto de la población. Un esfuerzo importante en ese sentido fue el seminario realizado entre septiembre de 2000 y octubre de 2001, en El Colegio de México, auspiciado por el Programa Salud Reproductiva y Sociedad, en el cual participaron integrantes de diez instituciones académicas, once ONG y siete instituciones gubernamentales (González, 2001:3). Entre los aspectos observados e investigados en esa oportunidad y en otras, se encuentran los siguientes:

Hay un claro contraste entre la manera en la que las instituciones gubernamentales involucradas en los servicios de salud aplican políticas relacionadas con el goce a la salud reproductiva —casi siempre entendida únicamente como planificación familiar— y al mismo tiempo políticas de control del crecimiento demográfico, en un contexto de gradual disminución de la inversión de recursos para el sector salud y para la salud reproductiva, de incremento de la pobreza y en donde el paquete básico sólo incluía planificación familiar, salud materno-infantil y cáncer cérvico-uterino, pero no enfermedades de transmisión sexual y sida (Espinosa, 2001:7).

Materia de diferentes investigaciones y debates ha sido la manifiesta contradicción entre la lógica de las políticas sociales que requiere la garantía de la salud reproductiva como derecho humano y el sentido y manifestaciones de la política económica. Un análisis que da pistas al respecto es el realizado por Clara Jusidman (2001:49-67), en el que sostiene que el acceso a la salud reproductiva por parte de las mujeres depende, en primer lugar, de que mantenga un empleo formal, y con ello acceso a la seguridad social por derecho propio, o bien del derivado del empleo de su pareja, por lo tanto, de las políticas económicas y de empleo. Aunque es necesario decir que los servicios médicos que ofrece la seguridad social tampoco garantizan el acceso a la salud reproductiva y el derecho a la misma.

No obstante, los programas de ajuste estructural aplicados en los años ochenta provocaron graves efectos en las oportunidades de empleo en el país —cuya dimensión todavía se está manifestando, por ejemplo, con la recién aprobada reforma laboral en México—; las posibilidades para cualquier persona de obtener un empleo formal se han reducido de manera acelerada, y, con ello, las de acceso a la seguridad social, a través de las cuales podría accederse a servicios en materia de salud reproductiva; con ello, el acceso a tal derecho quedó dependiente de la condición social, de la gestión privada o de la calidad de la oferta de servicios por parte del Estado. Tales aspectos fueron estudiados de manera más específica por González Block (2001, 69-89) en el caso de las trabajadoras de la maquila de exportación en Tijuana, aunque, como se dijo antes, no necesariamente satisfacen el derecho a la salud reproductiva, ya que tanto el IMSS como el ISSSTE están subfinanciados y subcapitalizados y, además, sus servicios no parten de un enfoque de derechos de las usuarias.

Por otra parte, desde Católicas por el Derecho a Decidir, a través de Consuelo Mejía (2001, 101-131), y desde una perspectiva ética, católica y feminista, se han realizado importantes aportes y reflexiones acerca del rol que ha desempeñado la doctrina católica y el polémico papel de la Iglesia católica respecto del marco

normativo del control de la fecundidad, así como acerca del rescate del valor del cuerpo, la sexualidad y el placer como elementos para el crecimiento integral de las personas, mientras que Camarena (2001, 137-163) se centra en el papel que en este aspecto han jugado la educación y los medios de comunicación, así como las maestras y maestros y los propios programas educativos. Este análisis concluye que, si bien la utilización de los medios ha recibido un nuevo impulso con su uso para campañas preventivas del sida y de

Para una corriente de análisis, en el acceso a la salud reproductiva influyen también las inequidades que existen en la sociedad, en donde quienes viven mayores desventajas son quienes enfrentan mayores obstáculos para el goce de ese derecho.

planificación familiar, dando a ésta un sentido más amplio, su atención se ha centrado en la forma en la que pueden ser aprovechados para los programas de planificación familiar; y sobre el rol formativo de la educación, señala que, además de ser un recurso que ayude a las personas a contrarrestar el

torrente de mensajes de carácter comercial, lucrativo y alienante —orientados prioritariamente a la promoción del consumo y al entretenimiento, emitidos por los medios que pueden o no ser coherentes y consistentes con la intencionalidad de la salud reproductiva—, debe ayudar a identificar aquellos mensajes que sean adecuados a sus intereses y necesidades, así como hacer un aprovechamiento de los propios medios.

A pesar de ello, un consenso entre diferentes análisis sobre los avances en lo que se ha llamado la retórica de la salud reproductiva es que en el acceso a la salud reproductiva también influyen las inequidades que existen en la sociedad, en donde quienes viven mayores desventajas son quienes enfrentan mayores obstáculos para el goce de ese derecho. Ésa es la vertiente de análisis de Arnoldo Kraus (2001, 123-135). Tal situación fue identificada por diversas organizaciones como doblemente discriminatoria y fue denunciada en el informe presentado en 2006 ante la Comisión

Interamericana de Derechos Humanos (Enlace Continental *et al.*, 2006), formulando diferentes recomendaciones a dicho órgano de protección, entre las cuales se encuentra la de incorporar perspectiva étnica y de género en el desarrollo de su función cuando analiza casos o situaciones que afectan a mujeres indígenas.

Para indagar acerca de la persistencia del problema de la falta de acceso a la salud para una gran parte de la población, de las reformas que en la materia se dieron en los años noventa en América Latina a partir de la primera Cumbre de las Américas celebrada en 1994, así como del rol de la investigación en las políticas que se implementan, la ops y el Centro Internacional de Investigación para el Desarrollo de Canadá encomendaron analizar dicha relación a un grupo de especialistas en ciencias políticas, economía y gestión de los servicios de salud. El análisis concluyó que los diferentes estudios realizados acerca del tema son coincidentes en afirmar que se necesitan nuevos aportes y el desarrollo de nuevas estrategias tendientes a construir puentes más efectivos para el uso de la investigación en la política. Que las investigaciones se ven influidas por los valores y las concepciones de la realidad social de los diferentes actores sociales, y por los contextos que influyen en las decisiones respecto de las opciones disponibles. Se reconoce también que el conocimiento que se logra con la investigación es un “recurso de poder” en el diseño de la política, ya que demuestra lo que funciona y lo que no, y alimenta permanentes reflexiones y la búsqueda de estrategias complementarias frente a la problemática de salud en Latinoamérica (Almeida, 2001).

Ello ocurre con las investigaciones que se han hecho en materia de salud y salud reproductiva de las mujeres indígenas, las cuales aún no han logrado incidir como se requiere en las políticas de salud vigentes en el país.

IV.1.6. EL DERECHO A LA SALUD EN LAS NORMAS JURÍDICAS VIGENTES EN MÉXICO

En la normatividad interna mexicana, el derecho a la salud se encuentra reconocido de manera dispersa, lo que obliga a hacer una lectura sistemática de la Constitución y de la Ley General de Salud (LGS), y remitirse, conforme el artículo 1° de la propia Constitución, a los tratados internacionales para identificar el reconocimiento de los diferentes componentes de este derecho.

En primer lugar, el artículo 4° de la Constitución reconoce a toda persona el derecho a la protección de su salud y remite a la LGS la definición de las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud. Sin embargo, recientemente el contenido constitucional de tal derecho ha sido interpretado por la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) de acuerdo con la Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que establece que “todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente”,²³ emitiendo la siguiente tesis:

DERECHO A LA SALUD. IMPONE AL ESTADO LAS OBLIGACIONES DE GARANTIZAR QUE SEA EJERCIDO SIN DISCRIMINACIÓN ALGUNA Y DE ADOPTAR MEDIDAS PARA SU PLENA REALIZACIÓN. Del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, según el cual toda persona tiene *derecho a la salud*, derivan una serie de estándares jurídicos de gran relevancia. El Estado Mexicano ha suscrito convenios internacionales que muestran el consenso internacional en torno a la importancia de garantizar al más alto nivel ciertas pretensiones relacionadas con el disfrute de este *derecho*, y existen documentos que esclarecen su contenido y alcance jurídico mínimo consensuado. Así, la

23 Naciones Unidas (NU), *Observación General No. 14*. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, Comité DESC, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párr. 1.

Observación General número 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, por ejemplo, dispone que el *derecho a la salud* garantiza pretensiones en términos de disponibilidad, accesibilidad, no discriminación, aceptabilidad y calidad de los servicios de *salud* y refiere que los poderes públicos tienen obligaciones de respeto, protección y cumplimiento en relación con él. Algunas de estas obligaciones son de cumplimiento inmediato y otras de progresivo, lo cual otorga relevancia normativa a los avances y retrocesos en el nivel de goce del *derecho*. Como destacan los párrafos 30 y siguientes de la Observación citada, aunque el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales prevé la aplicación progresiva y reconoce los obstáculos que representa la limitación de los recursos disponibles, también impone a los Estados obligaciones de efecto inmediato, como por ejemplo las de garantizar que el *derecho a la salud* sea ejercido sin discriminación alguna y de adoptar medidas para su plena realización, que deben ser deliberadas y concretas. Como subraya la Observación, la realización progresiva del *derecho a la salud* a lo largo de un determinado periodo no priva de contenido significativo a las obligaciones de los Estados, sino que les impone el deber concreto y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia su plena realización. Al igual que ocurre con los demás derechos enunciados en el Pacto referido, continúa el párrafo 32 de la Observación citada, existe una fuerte presunción de que no son permisibles las medidas regresivas adoptadas en relación con el *derecho a la salud*.²⁴

24 Amparo en revisión 315/2010. Jorge Francisco Balderas Woolrich. 28 de marzo de 2011. Mayoría de seis votos. Disidentes. Sergio Salvador Aguirre Anguiano, Margarita Beatriz Luna Ramos, Jorge Mario Pardo Rebolledo, Luis María Aguilar Morales y Guillermo I. Ortiz Mayagoitia. Ponente: José Ramón Cossío Díaz. Secretarías: Francisca María Pou Giménez, Fabiana Estrada Tena y Paula María García Villegas Sánchez Cordero. El Tribunal Pleno, el cuatro de julio en curso, aprobó, con el número XVII/2011, la tesis aislada que antecede. México, Distrito Federal, a cuatro de julio de dos mil once. [TA]; 9a. época; pleno; S.J.F. y su Gaceta; XXXIV, agosto de 2011, p. 29.

Si bien por tratarse de una tesis aislada y, por lo tanto, no ser de aplicación obligatoria, la propia SCJN emitió otra tesis del mismo carácter, dando carta de naturalización a la aplicación en el ámbito interno del *principio pro persona* que rige en el derecho de los derechos humanos y que en 2011 fue reconocido también por el artículo 1° de la Constitución, lo cual permite la aplicación directa de los tratados internacionales que en materia de derechos humanos ha adoptado el Estado mexicano, “autorizando” la aplicación en el caso concreto de la norma que ofrezca mayor protección a la/s persona/s que reclaman la afectación de sus derechos humanos.²⁵

25 PRINCIPIO PRO PERSONA. CRITERIO DE SELECCIÓN DE LA NORMA DE DERECHO FUNDAMENTAL APLICABLE. De conformidad con el texto vigente del artículo 1o. constitucional, modificado por el decreto de reforma constitucional publicado en el Diario Oficial de la Federación el 10 de junio de 2011, en materia de derechos fundamentales, el ordenamiento jurídico mexicano tiene dos fuentes primigenias: a) los derechos fundamentales reconocidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; y b) todos aquellos derechos humanos establecidos en tratados internacionales de los que el Estado mexicano sea parte. Consecuentemente, las normas provenientes de ambas fuentes, son normas supremas del ordenamiento jurídico mexicano. Esto implica que los valores, principios y derechos que ellas materializan deben permear en todo el orden jurídico, obligando a todas las autoridades a su aplicación y, en aquellos casos en que sea procedente, a su interpretación. Ahora bien, en el supuesto de que un mismo *derecho* fundamental esté reconocido en las dos fuentes supremas del ordenamiento jurídico, a saber, la Constitución y los tratados internacionales, la elección de la norma que será aplicable —en materia de derechos humanos— atenderá a criterios de favorabilidad del individuo o lo que se ha denominado principio pro persona, de conformidad con lo dispuesto en el segundo párrafo del artículo 1o. constitucional. Según dicho criterio interpretativo, en caso de que exista una diferencia entre el alcance o la protección reconocida en las normas de estas distintas fuentes, deberá prevalecer aquella que represente una mayor protección para la persona o que implique una menor restricción. En esta lógica, el catálogo de derechos fundamentales no se encuentra limitado a lo prescrito en el Texto Constitucional, sino que también incluye a todos aquellos derechos que figuran en los tratados internacionales ratificados por el Estado mexicano. Amparo directo 28/2010. Demos, Desarrollo de Medios, S.A. de C.V. 23 de noviembre de 2011. Mayoría de cuatro votos. Disidente: Guillermo I. Ortiz Mayagoitia. Ponente: Arturo Zaldívar Lelo de Larrea. Secretario: Javier Mijangos y González. [TA]; 10a. época; 1a. Sala; S.J.F. y su Gaceta; libro IV, enero de 2012, tomo 3, p. 2918.

Por otro lado, la propia Constitución, en su artículo 2, apartado B, fracción III, impone a la Federación, a los estados y a los municipios, la obligación de realizar acciones tendientes a abatir las carencias que enfrentan los pueblos indígenas, en particular en materia de acceso a los servicios de salud. Al respecto, establece que deben:

III. Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del Sistema Nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional, así como apoyar la nutrición de los indígenas mediante programas de alimentación, en especial para la población infantil.²⁶

Con base en el mandato constitucional, la LGS, en su artículo 2°, define las finalidades del derecho a la protección de la salud de la siguiente manera:

- I. El bienestar físico y mental del hombre (sic), para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;

²⁶ El artículo 2 de la Constitución fue reformado mediante decreto publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 14 de agosto de 2001.

- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud; y
- VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

Para la LGS, son materia de salubridad general, entre otras, las siguientes:

- la atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables
- la atención materno-infantil
- el Programa de nutrición materno-infantil en los pueblos y comunidades indígenas
- la planificación familiar
- la educación para la salud
- el Programa nacional de prevención, atención y control del VIH-sida y de infecciones de transmisión sexual.

También se crea el SNS —al que se hace referencia en el siguiente apartado—, que tiene entre sus responsabilidades la de promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas. Conforme a los artículos 10 y 11 de la LGS, corresponde también al SNS promover la participación, entre otros actores, de las autoridades o representantes de las comunidades indígenas conforme a las normas que se expidan para ello, lo cual deberá acordarse mediante contratos y convenios.

Esta ley define los servicios de salud en su artículo 23 como “todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y la colectividad”. Asimismo, define como prioridad del SNS garantizar la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios a los grupos considerados como vulnerables. También clasifica en su artículo 24 los servicios de salud de la siguiente manera:

- atención médica
- salud pública
- asistencia social

Por otra parte, la propia LGS prevé, en su artículo 93, la coordinación entre las secretarías de Educación Pública y de Salud para promover el establecimiento de un sistema de enseñanza continua en materia de salud. Establece también que:

De la misma manera reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de la medicina tradicional indígena. Los programas de prestación de la salud, de atención primaria que se desarrollan en comunidades indígenas, deberán adaptarse a su estructura social y administrativa, así como su concepción de la salud y de la relación del paciente con el médico, respetando siempre sus derechos humanos.

Como estableció la SCJN y como lo establece el artículo 93 citado, el derecho a la salud reconocido por el Estado mexicano no se reduce a lo previsto en el artículo 4º constitucional y en la LGS. El contenido sustancial se encuentra en los tratados internacionales de los cuales México es parte.

Al aprobarse la constitución de la Organización Mundial de la Salud en 1946, se estableció que “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”. También, al aprobarse la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en su artículo 25.1 se reconoció este derecho por parte de los Estados miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) (Hunt, 2003).

Posteriormente, el derecho a la salud fue codificado en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966),²⁷ fortalecido por otras medidas de protección,

27 Artículo 12. 1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel de bienestar física y mental. 2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) la reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) el mejoramiento de todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) la prevención y el tratamiento

como la obligación de no discriminación por razones de raza en el acceso a servicios de salud y atención médica (Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial, 1995, a/5, apartado iv, párrafo e); la prohibición de discriminación contra la mujer en el acceso al derecho a la salud, contenida particularmente en el apartado f) del párrafo 1 del artículo 11, en el artículo 12 y en el apartado b) del párrafo 2 del artículo 14; y las disposiciones contenidas en la Convención sobre Derechos del Niño (1989) que establece medidas de protección de la salud de las niñas y los niños que se encuentren en condiciones de vulnerabilidad.

Una disposición especialmente importante para la protección del derecho a la salud de los pueblos y las mujeres indígenas es la contenida en el artículo 2.2.b del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo, que establece que:

1. Los gobiernos deberán asumir la responsabilidad de desarrollar con la participación de los pueblos interesados, una acción coordinada y sistemática con miras a proteger los derechos de esos pueblos y a garantizar el respeto de su integridad.
2. Esta acción deberá incluir medidas: [...]
 - b. que promuevan la plena efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales de esos pueblos, respetando su identidad social y cultural, respetando sus costumbres y tradiciones, y sus instituciones.

El artículo 7.2 del mismo Convenio 169 hace énfasis en el derecho de los pueblos indígenas al mejoramiento de sus condiciones de vida, de trabajo, de salud y de educación, con su participación y cooperación, derecho que debe ser prioritario en los planes de desarrollo económico de las regiones donde habitan.

de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

A nivel regional, el Protocolo Adicional de la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador), en su artículo 10 reconoce el derecho a la salud de la siguiente manera:

1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.
2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados Partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:
 - a. La atención primaria de la salud, entendiendo como tal, la asistencia esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;
 - b. La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;
 - c. La total inmunización contra las principales enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;
 - d. La prevención y tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;
 - e. La educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y
 - f. La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

El contenido del derecho a la salud se ha ampliado con la aplicación que han hecho del mismo, sobre todo en los sistemas europeo y africano de derechos humanos. En el sistema interamericano, el desarrollo de este derecho en sí ha sido aún limitado, ya que en el Protocolo de San Salvador no se otorga competencia a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (la CIDH) para aplicarlo, aunque ha comenzado a hacerlo en algunos casos concretos, no de manera directa sino en la aplicación de otros derechos contenidos

en la Convención Americana sobre Derechos Humanos, como los derechos a la vida, a la integridad personal y a la no discriminación.

No obstante, la CIDH se ha ocupado de manera creciente de la situación de salud que viven las mujeres, habiendo elaborado la Relatoría de Derechos de la Mujer los siguientes informes al respecto:

- **Acceso a la justicia para mujeres víctimas de violencia sexual: la educación y la salud.** En él se dedica un capítulo a las mujeres que enfrentan particular riesgo de violación de sus derechos humanos, entre quienes considera a las mujeres indígenas, y dos apartados importantes, uno al derecho a la salud libre de violencia y discriminación y otro a la violencia sexual en las instituciones de salud (CIDH, 2011a).
- **Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos.** Este informe identifica estándares internacionales y regionales sobre el derecho a la información en materia reproductiva, con la finalidad de que los Estados eliminen barreras y obstáculos, y garanticen y protejan el acceso de este derecho de las mujeres sin discriminación. En este informe, la CIDH sostiene que no es posible el pleno ejercicio de los derechos humanos sin un acceso oportuno a los servicios integrales de salud. Respecto de la situación particular de las mujeres indígenas, dicho informe señala:

Particularmente las mujeres pobres, indígenas y/o afrodescendientes, quienes habitan en zonas rurales y las migrantes, son quienes enfrentan mayores obstáculos en su acceso a información sobre salud sexual y reproductiva. En algunos casos las barreras son de tal magnitud que pueden constituir violaciones a los derechos de las mujeres a la integridad personal, vida privada y familiar y a vivir libres de violencia y discriminación en contravención con las obligaciones contraídas por los Estados americanos

en materia de derechos humanos. Un ejemplo de dicha situación constituye la esterilización de mujeres practicada sin su consentimiento (CIDH, 2011b).

- **Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos.** Este informe es sumamente relevante debido a que la CIDH, en el marco de las funciones y competencia que le otorga la Convención Americana sobre Derechos Humanos, identifica el marco de análisis de los diferentes aspectos de la salud materna en el contexto del Sistema Interamericano de Derechos Humanos y elabora un diagnóstico de la situación que viven las mujeres de la región en el acceso a la salud materna, haciendo un tratamiento particular de los obstáculos que enfrentan las mujeres indígenas para acceder a esos servicios. (CIDH, 2010).

IV.1.7. EL DERECHO A LA SALUD EN RELACIÓN CON EL DERECHO DE NO DISCRIMINACIÓN

Para la CEDAW, discriminación es toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera.

Una pregunta que sirvió como eje de la presente investigación fue si el diseño y operación del Sistema Nacional de Salud en México generaba alguna o algunas formas de discriminación a las mujeres indígenas en el ejercicio de su derecho de atención de la salud y de la salud reproductiva. Más adelante se analizan los hallazgos, esperando que respondan la pregunta formulada. Lo que interesa

aquí es analizar la relación existente entre el derecho a la salud y el derecho de no discriminación.

Habiendo abordado ya el contenido del derecho a la salud desde la perspectiva de las mujeres indígenas, toca ahora ocuparse del derecho de no discriminación o de la obligación general que tienen los Estados de respetar, proteger y garantizar el ejercicio de todos los derechos reconocidos en sus normas internas y en los tratados internacionales en materia de derechos humanos, por ejemplo, los artículos 1º y 2º, apartado B, de la Constitución,²⁸ y el artículo 1º de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.²⁹

Los Estados tienen la obligación de garantizar a los pueblos indígenas el ejercicio de los derechos humanos en pie de igualdad: de los derechos y oportunidades que la legislación nacional otorga a los demás miembros de la población, adoptando medidas que promuevan la plena efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales de esos pueblos, con respeto de su identidad social y cultural, de sus costumbres y tradiciones, así como de sus instituciones; tales medidas deben ayudar a eliminar las diferencias socioeconómicas que puedan existir entre los miembros de dichos pueblos y los demás miembros de la comunidad nacional, de manera compatible con sus aspiraciones y sus formas de vida.³⁰

28 El último párrafo del artículo 1º de la Constitución, reformado por decreto publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 10 de junio de 2011, dice textualmente: “Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas”. Y el artículo 2º, apartado B, en su primer párrafo impone a la Federación, estados y municipios la obligación de eliminar cualquier práctica discriminatoria.

29 El artículo 1.1 de la CADH establece: “los Estados Partes en esta Convención se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social”.

30 Artículo 2 del Convenio 169 de la OIT.

Asimismo, en el artículo 3.1 del Convenio 169 de la OIT, los Estados reconocen el derecho de los pueblos indígenas a gozar plenamente de los derechos humanos sin obstáculos ni discriminación, y se obligan a aplicar todas las disposiciones del propio Convenio sin discriminación a los hombres y mujeres de esos pueblos.

La discriminación contra la mujer es definida por el artículo 1º de la CEDAW como: “toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera”.

Las mujeres indígenas viven la combinación de diferentes discriminaciones, que les produce afectaciones especialmente graves, mayores y distintas a las que cada una de las formas de discriminación les producen.

Existen diferentes tipos de discriminación: directa, indirecta, por indiferencia y múltiple; y son entendidas de la siguiente manera:

- **Discriminación directa.** Consistente en dar un trato desigual a personas o grupos semejantes, desventajoso únicamente para algunas/os.
- **Discriminación indirecta.** Cometida cuando se otorga trato diferente y desventajoso a una persona en atención a un rasgo, factor o criterio no sospechoso o neutro desde el punto de vista racial, sexual, etc., pero que de hecho impacta de forma adversa sobre las personas de un grupo en desventaja sin que exista una justificación suficiente.
- **Discriminación por indiferenciación (o falta de diferenciación).** Consiste en la violación del derecho de

igualdad, no por tratar de manera desigual a semejantes sino igual a diferentes. Por no tratar jurídicamente de modo diferente situaciones fácticamente iguales.³¹

- **Discriminación múltiple.** Cometida por combinar los criterios étnicos/raciales y los de género. Por ejemplo, se discrimina a una mujer indígena por una situación que sólo puede tener por víctimas a mujeres indígenas.

En el caso de las mujeres indígenas, se dice que no sólo viven una forma de discriminación, sino la intersección de diferentes discriminaciones, que les produce afectaciones especialmente graves, mayores y distintas a las que cada una de las formas de discriminación les producen. Por ejemplo, se ha reconocido que el hecho de ser mujer en sí mismo le genera desventajas en el disfrute del derecho a disfrutar el más alto nivel de bienestar; el hecho de ser indígena le significa otras desventajas adicionales, mayores que si no lo fuera; el hecho de vivir en condiciones de empobrecimiento le incapacita para cubrir el costo de los servicios de salud y de los medicamentos que no le otorga el Sistema Nacional de Salud, y si a ello se agregan otros factores como el de ser niña o anciana, o el de vivir con alguna discapacidad, la concurrencia de tales discriminaciones puede producir en una mujer indígena incluso consecuencias irreparables, como ocurrió con la señora Ernestina Ascencio.³²

El Relator sobre el derecho a la salud hace un énfasis especial en la importancia que tiene para el derecho a la salud el

31 Fernando Rey Martínez y Sara Giménez Giménez, "Caso La Nena: efectos de la discriminación múltiple" en http://www.gitanos.org/upload/59/69/Informe_Discriminacion_FSG_2009_Caso_Nena.pdf

32 La señora Ascencio vivía en una comunidad de la Sierra Zongolica, Veracruz. Había salido de su morada para pastorear su rebaño y fue encontrada en el suelo, sangrando de la zona anal y vaginal. Mientras era trasladada en busca de atención médica, dijo a su hija en lengua náhuatl que la habían atacado los verdes —como llamaban a los militares—. Después de buscar atención en dos unidades de salud, en la tercera falleció. La denuncia se hizo pública, se habló del hallazgo de líquido seminal en su cuerpo y de que se estaba tratando de identificar a quién pertenecía; entonces el presidente de la República declaró públicamente que la señora había fallecido a causa de gastritis.

derecho de no discriminación (2003), tal como lo ha expresado el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en el sentido de que el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

prohíbe toda discriminación en lo referente al acceso a la atención de la salud y los factores determinantes básicos de la salud, así como a los medios y derechos para conseguirlo, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, estado de salud (incluido el VIH/SIDA), orientación sexual y situación política, social o de otra índole que tengan por objeto o resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud (ECOSOC, Observación General No. 14, párr. 18), (Hunt, 2003:párr. 60).

Señala que la discriminación sistemática que viven las mujeres por motivos de género le impide el acceso a la salud propia y de su familia, y agrega que

Entre los factores que aumentan la vulnerabilidad de la mujer ante la mala salud están la falta de acceso a la información, la educación y los servicios necesarios para velar por la salud sexual y reproductiva; la violencia, en particular la violencia sexual; las prácticas tradicionales nocivas; y la falta de capacidad jurídica y de igualdad en cuestiones familiares (párr. 65).

Hace un pronunciamiento específico sobre la discriminación en el acceso a la salud a las minorías raciales o étnicas, sin hacer referencia en ese punto a la situación de discriminación que viven las mujeres indígenas, aunque sí señala que la situación se complejiza cuando se trata de quienes viven discriminación doble o múltiple. Expresa también que para promover el derecho a la

salud es necesario determinar y analizar las maneras complejas en las que la discriminación y la estigmatización afectan el disfrute del derecho, prestando atención especial, entre otros, a las mujeres y a las poblaciones indígenas, lo cual exigirá reunir y analizar los datos a fin de entender mejor la relación entre distintas formas de discriminación en tanto determinantes de la salud, reconociendo los efectos combinados de las formas de discriminación múltiples, y documentando de qué manera la intolerancia y la discriminación repercuten en el acceso a la salud y a los servicios de atención de la salud (párr. 63).

Por lo tanto, teniendo en cuenta las determinantes de la salud de las mujeres indígenas, es fundamental preguntarse si se está en presencia de alguna o algunas formas de discriminación y acerca de la manera en las que están incidiendo en el acceso a los servicios de salud. Ello resulta particularmente relevante, ya que las obligaciones del Estado respecto de ese derecho son, por una parte, la de progresividad, considerando su posibilidad, y, por otra, la de garantizar su ejercicio sin discriminación.

Ubicándose en la obligación de progresividad, resulta más complejo reunir los argumentos y soporte probatorio para exigir la satisfacción del derecho a la salud por parte de las mujeres indígenas; sin embargo, la situación es diferente si se exige desde la obligación de no discriminación.

IV.1.8. EL DERECHO A LA SALUD DE LAS MUJERES INDÍGENAS EN EL CONTEXTO DE LOS DERECHOS COLECTIVOS DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

Como se dijo arriba, es importante abordar la problemática de la falta de acceso a servicios de salud por parte de las mujeres indígenas, teniendo como base de argumentación y como propósito el fortalecimiento de la cultura, de la vida comunitaria y de los derechos colectivos de los pueblos indígenas, todo lo cual permite dar un contenido identitario y colectivo a la exigencia de

los derechos que hacen las propias mujeres.

Además de los imperativos ya mencionados, relativos propiamente al contenido del derecho a la salud y del derecho de no discriminación, los Estados asumieron obligaciones frente a los pueblos

indígenas, por ejemplo, la de garantizarles el ejercicio de los derechos económicos, sociales y culturales —por lo menos en las mismas condiciones que al resto de la población— y de garantizar el ejercicio de los derechos reconocidos por el propio Convenio en iguales condiciones a hombres y a mujeres.

Conforme el Convenio 169 y la Declaración de las Naciones Unidas sobre Derechos de los Pueblos Indígenas, los derechos colectivos de los pueblos indígenas, relacionados con la salud, así como con la salud reproductiva de las mujeres indígenas son:³³

- a) Autonomía en la forma de desarrollar su vida, de ejercer su autogobierno y formas tradicionales de organización colectiva.
- b) Respeto y garantía de gozar de los derechos y oportunidades del resto de la población del país, sin discriminación.
- c) Garantía de goce efectivo de todos los derechos y libertades, tanto a hombres como a mujeres, sin discriminación.
- d) Atención de derechos y necesidades especiales de ancianas/os, mujeres, jóvenes, niñas/os y personas con discapacidad, libres de violencia y discriminación.
- e) Efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales, de acuerdo con su identidad, tradiciones e instituciones.

Las políticas públicas o programas en materia de atención de la salud que se aplican a pueblos y mujeres indígenas son el medio de cumplimiento de las obligaciones del Estado, en materia de los derechos que les ha reconocido.

33 Lo que se presenta aquí es una síntesis elaborada en Herrera y Suárez, *op. cit.*, p. 128.

- f) Disfrute del nivel más alto de salud física y mental y de servicios, por lo menos igual que el resto de la población.
- g) Eliminación de las diferencias socioeconómicas entre los pueblos indígenas y el resto de la población.
- h) Reconocimiento, respeto y protección de valores, prácticas tradicionales, culturales, religiosas y espirituales, de sus instituciones, sus tierras, territorio, derechos territoriales y recursos naturales, así como de su relación con ellos.
- i) Consulta mediante procedimientos apropiados y a través de sus instituciones cuando se elaboren leyes, programas o cualquier medida que les afecte directamente.
- j) Participación y decisión de prioridades en la adopción, aplicación y evaluación de políticas y programas de su interés.
- k) Mejoría de sus condiciones de vida, de trabajo, de salud y de educación, con su cooperación y participación.
- l) Conservación de sus lenguas indígenas y garantía de hacerse entender en actuaciones políticas, jurídicas y administrativas, si es necesario mediante intérpretes.

Por lo tanto, conforme la Constitución, el Convenio 169 de la OIT y demás tratados internacionales que en materia de derechos humanos ha adoptado el Estado mexicano, todo diseño, implementación y evaluación de políticas públicas y programas en materia de atención de la salud que se aplican a pueblos y mujeres indígenas deben ceñirse a las obligaciones del Estado que tienen relación con el ejercicio de los derechos colectivos que han quedado descritos.

IV.1.9. LOS COMPONENTES DEL DERECHO A LA SALUD DE LAS MUJERES INDÍGENAS

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante, el Comité) considera el derecho a la salud como un

derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos,³⁴ con los que se encuentra estrechamente vinculado y de los cuales también depende, derechos y libertades que abordan integralmente los componentes del derecho a la salud.³⁵ Por lo tanto, éste debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.³⁶

En su Observación General No. 14, el Comité estableció como elementos esenciales e interrelacionados del derecho a la salud, cuya aplicación está sujeta a las condiciones de cada Estado Parte,³⁷ los siguientes:

a) Disponibilidad. Implica que cada Estado Parte cuente con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas, cuya naturaleza depende, según el Comité, del nivel de desarrollo del Estado Parte. Estos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud: agua limpia potable; condiciones sanitarias adecuadas; hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud; personal médico y profesional capacitado y bien remunerado, habida cuenta de las condiciones que existen en el país; y los medicamentos definidos en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS.

b) Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna. El Comité presenta cuatro dimensiones superpuestas que define de la siguiente manera:

i. No discriminación: es decir, accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la

34 Naciones Unidas (NU), *Observación General No. 14, supra*, párr. 1.

35 *Ibid.*, párr. 3.

36 *Ibid.*, párr. 9.

37 *Ibid.*, párr. 12.

población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.

- ii. *Accesibilidad física*: significa que deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial de grupos marginados, como minorías étnicas y poblaciones indígenas, mujeres, niños y niñas, adolescentes, personas mayores, personas con discapacidades y personas con VIH-SIDA. También implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud se encuentren a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.
- iii. *Accesibilidad económica* (asequibilidad): Significa que establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán sustentarse en el principio de equidad a fin de asegurar que esos servicios, públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga un peso desproporcionado en lo que se refiere a gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.
- iv. *Acceso a la información*: comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Este acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales en el campo de la salud sean tratados con confidencialidad.

c) Aceptabilidad. Establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir, respetuosos de la cultura de las personas, los pueblos y las comunidades, con sensibilidad de género y del ciclo de vida. Asimismo, estar concebidos para respetar la confidencialidad y para mejorar el estado de salud de las personas.

d) Calidad. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser de buena calidad y apropiados desde el punto de vista científico y médico. Requieren, entre otras cosas, de personal médico capacitado, de medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, de agua limpia potable y de condiciones sanitarias adecuadas.

Por otro lado, en la Observación General sobre la Igualdad, el Comité (2001:párr. 12) reafirmó las obligaciones de los Estados Parte en cuanto al ejercicio del derecho de la mujer a la igualdad en cada uno de esos componentes del derecho a la salud, aunque no hizo referencia explícita a lo que puede implicar para las mujeres indígenas:

La igualdad en lo que respecta a la disponibilidad exige que los bienes, servicios e información que necesitan las mujeres, en particular los servicios de salud reproductiva, estén disponibles en cantidad suficiente, en un pie de igualdad con los hombres. Los Estados Parte no deben imponer obstáculos a la disponibilidad de bienes, servicios e información que precisan las mujeres para gozar de su derecho a la salud, como servicios de aborto sin riesgo, servicios de planificación familiar y de información, etcétera.

La igualdad en lo que respecta a la accesibilidad exige que todos tengan acceso, de hecho y de derecho, a los establecimientos, bienes y servicios de salud, en particular los sectores vulnerables o marginados de la población. El ejercicio del derecho de la mujer a la salud requiere que se supriman todas las barreras que se oponen al acceso de la mujer a los servicios de salud, educación e información, en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva. Esos obstáculos incluyen la falta de disponibilidad, restricciones jurídicas, reglamentaciones excesivas, requisitos de consentimiento de terceros, costos, falta de una cobertura adecuada de seguro y la violencia o la coacción en el marco de la atención de la salud.

La igualdad en lo que se refiere a la aceptabilidad exige que los profesionales, los establecimientos, los bienes y los servicios de atención de la salud sean respetuosos y adecuadamente sensibles a las necesidades de salud de las mujeres.

La igualdad en lo que respecta a la calidad de los establecimientos, bienes y servicios de salud exige que el personal médico, los medicamentos y el equipo necesario para atender las necesidades de salud de las mujeres sean de calidad comparable a los existentes para los hombres.

Los componentes del derecho a la salud de las mujeres indígenas son: coherencia, disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad, sensibilidad de género, armonización con los derechos colectivos y transparencia.

La relación de estos componentes con el derecho de igualdad de las mujeres es útil si se le considera respecto de los hombres; sin embargo, no está pensada desde el derecho de igualdad respecto del resto de la población, aquella que no ha vivido las desventajas y discriminación estructural que han sufrido los pueblos indígenas, y que sumadas a las desventajas por motivos de género, provocan afectaciones específicas que es necesario visibilizar.

En ese sentido, resulta pertinente dar un nuevo significado a los componentes del derecho a la salud con base en la Observación No. 14 del ECOSOC, la lente de triple fondo —derechos, género y cosmovisión indígena—, así como desde el concepto de transparencia y acceso a información aplicable al campo que nos ocupa. Es ese significado el formulado a partir de este trabajo, el cual se desagrega en los componentes de coherencia, disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad, sensibilidad de género, derechos colectivos de los pueblos indígenas y transparencia y acceso a información. Estos componentes se explican a continuación:

Coherencia. Exige que los bienes, servicios e información que el Estado ofrezca a las mujeres y pueblos indígenas estén basados en su concepción acerca de la salud, la sexualidad y la reproducción, en el respeto y fortalecimiento de las medicinas y métodos tradicionales de atender las enfermedades y padecimientos, así como el cuidado del embarazo y la atención del parto y postparto, incluida la forma de llevarlo a cabo. Ello implica la incorporación de estos medicamentos y métodos tradicionales cuando sea pertinente y posible, así como la atención a las determinantes sociales de la salud de las mujeres indígenas.

Disponibilidad. Exige que los bienes, servicios e información que necesitan las mujeres indígenas, en particular los servicios de salud reproductiva, estén disponibles en cantidad suficiente, en pie de igualdad con las mujeres y hombres no indígenas y con los hombres indígenas. Los Estados deben eliminar los obstáculos a la disponibilidad de bienes, servicios e información que precisan las mujeres indígenas para gozar de su derecho a la salud, como servicios de aborto sin riesgo y servicios de planificación familiar, incluidos los utilizados tradicionalmente, así como de información en lenguaje comprensible y en lengua propia.

Accesibilidad. Exige que todas las mujeres indígenas tengan acceso, de hecho y de derecho, a los establecimientos, bienes y servicios de salud, en particular las que viven en zonas rurales consideradas como vulnerables o marginadas. El ejercicio del derecho de la mujer indígena a la salud requiere que se supriman todas las barreras que se oponen a su acceso a los servicios de salud, educación e información, en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva. Estos obstáculos incluyen la falta de disponibilidad, restricciones jurídicas, reglamentaciones excesivas, requisitos formales o informales de consentimiento de terceros, costos, distancia, falta de cobertura adecuada de seguro y la violencia, la coacción en el marco de la atención de

la salud, así como la imposibilidad de recibir información en sus propias lenguas.

Aceptabilidad. Exige que los profesionales, los establecimientos, los bienes y los servicios de atención de la salud sean respetuosos y adecuadamente sensibles a los rasgos culturales y a las necesidades de salud de las mujeres indígenas. Implica también asegurar el ejercicio del derecho a la salud por parte de las mujeres indígenas en igualdad con las mujeres y hombres no indígenas y con los hombres indígenas, para lo cual, entre otras cosas, debe indagarse su propia concepción sobre el derecho a la salud y a la salud sexual y reproductiva, las medicinas y métodos utilizados tradicionalmente para cuidar y atender su salud, así como sobre los determinantes sociales de su salud, el rol que desempeñan las mujeres dentro de su pueblo y su cultura, su concepción acerca de los padecimientos y enfermedades y su atención mediante rituales o aspectos espirituales, así como dentro de sus prácticas culturales; exige también garantizar que la atención sea en lenguaje comprensible y en su propio idioma.

Calidad. Exige que el personal médico, los medicamentos, el equipo necesario y los procedimientos para atender las necesidades de salud de las mujeres indígenas sean de calidad comparable a los existentes para los hombres y mujeres no indígenas y para los hombres indígenas.

Sensibilidad de género. Exige que los establecimientos, bienes, métodos y servicios de atención de la salud tengan en cuenta el rol que desempeñan las mujeres indígenas en su vida comunitaria y dentro del contexto cultural del que son parte, en especial de su triple jornada: productiva, reproductiva y comunitaria; que tengan en cuenta también los riesgos que enfrentan cotidianamente frente a la violencia social por razones de género, y los riesgos a enfermedades y padecimientos que las afectan de manera particular

y creciente, como las de transmisión sexual, el VIH-sida y el cáncer en sus diferentes variantes.

Armonización con los derechos colectivos de los pueblos indígenas. Exige al Estado garantizar los servicios de salud a las mujeres y pueblos indígenas en un marco de respeto de sus derechos colectivos, de manera tal que sean compatibles con el ejercicio de la autonomía y de los derechos territoriales de los pueblos indígenas.

Transparencia, acceso a información y proceso de consentimiento informado en medios, lengua y lenguaje comprensible. Exige que los servicios de atención a la salud de las mujeres indígenas sean comprensibles en su propio idioma; que el diagnóstico y el acceso a todo tipo de información relacionada con los padecimientos y posibles consecuencias que se deriven del uso de ciertos medicamentos o del sometimiento a estudios o a intervenciones de cualquier tipo sean comprensibles y conocidos oportunamente. Incluye el acceso al expediente, constancias médicas y la protección de datos personales, así como información acerca de la prevención de enfermedades y complicaciones y sobre derechos a la atención, horarios de atención, etcétera.

Esta forma de desagregar el contenido del derecho a la salud resulta necesaria para entender el contenido del derecho a la salud de las mujeres indígenas, a quienes generalmente se ofrecen los servicios de atención de salud pensados para todas las personas, como si tuvieran las mismas condiciones de acceso, lo cual implica para las mujeres indígenas desventajas de diferente índole que serán detalladas en el capítulo de análisis de resultados de

Pensar los componentes del derecho a la salud de las mujeres indígenas asegura la adecuación de los servicios para ellas.

esta investigación. Por el momento, pueden identificarse las siguientes desventajas:

a. La falta de diferenciación de los servicios de atención de salud de que disponen las mujeres indígenas, desatendiendo las desventajas históricas que viven por motivos de género y por pertenecer a un pueblo indígena y generalmente en condiciones de empobrecimiento, constituye un obstáculo y hace más difícil y lejana la posibilidad de recibir atención en condiciones de igualdad con los hombres y con mujeres que no son indígenas.

b. Los estigmas preexistentes del personal que desempeña la tarea de prestar los servicios de salud, relacionados con la apariencia física, con el uso de su propia lengua o con la cultura y tradiciones del pueblo al que pertenecen, provoca en las mujeres indígenas afectaciones adicionales en su salud.

c. La falta de reconocimiento e inclusión de las medicinas y métodos tradicionales para curar los padecimientos y enfermedades, así como el desconocimiento del significado de la salud, de la enfermedad, de la reproducción, incluida la forma de cuidar y atender tradicionalmente el embarazo, el parto y el postparto por parte de los pueblos indígenas, provoca que muchas mujeres y sus familias decidan no solicitar los servicios de atención a la salud que proporciona el Estado y ello llegue a ocasionar incluso la muerte materna.³⁸ Esto ocurre también ante la falta de disponibilidad de unidades de salud cercanas a las comunidades o su falta de equipamiento y oferta de servicios de atención de partos y de embarazos de alto riesgo, así como de ambulancias para traslados en casos de urgencia.

38 El Informe de Desarrollo de los Pueblos Indígenas en México 2011, publicado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo y la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, da cuenta de la falta de avances en el país hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio en lo que se refiere a las cifras de mortalidad materna de las mujeres indígenas.

Tales situaciones sólo son visibles si se desagregan los componentes del derecho a la salud para las mujeres indígenas que han quedado esbozados arriba.

IV.1.10 INTERCULTURALIDAD Y ATENCIÓN DE LA SALUD DE LAS MUJERES Y LOS PUEBLOS INDÍGENAS

La interculturalidad es entendida como permanente proceso de relación, aprendizaje y comunicación entre grupos y personas, entre conocimientos, valores y tradiciones distintas, a fin de construir un respeto mutuo y el pleno desarrollo de las capacidades de tales personas y grupos, por encima de sus diferencias culturales y sociales.

Para hacer viable el disfrute del más alto nivel de atención de salud por parte de las mujeres indígenas y de los pueblos a los que pertenecen, es imprescindible una relación y diálogo respetuoso del Estado, como garante del ejercicio del derecho a la salud, con la cultura y manera de entender y de vivir la salud y la enfermedad por parte de los pueblos indígenas. Implica rupturas

en la relación muchas veces paternalista y, en el mejor de los casos, unilateral desde la cual se diseñan e implementan los servicios de salud con los que cuentan las mujeres y los pueblos indígenas. Esas rupturas obligan a ubicarse en la idea de interculturalidad, aplicada al campo de los servicios de salud.

La interculturalidad es entendida como permanente proceso de relación, aprendizaje y comunicación entre grupos y personas, entre conocimientos, valores y tradiciones distintas, a fin de construir un respeto mutuo y el pleno desarrollo de las capacidades de tales personas y grupos, por encima de sus diferencias culturales y sociales. Intenta romper con la historia hegemónica de una cultura dominante y otras subordinadas y, de esa manera, refuerza las identidades tradicionalmente excluidas, dirigiéndose

hacia una convivencia de respeto y de legitimidad entre todos los grupos de la sociedad. Es una propuesta de diálogo, intercambio y complementariedad que apunta hacia la articulación de las diferencias pero no a su desaparición, bajo el lema de la unidad en la diversidad (López, 2000).

En América Latina, la idea de interculturalidad viene asociada principalmente a la relación entre los pueblos indígenas y afrodescendientes, y está ligada a la emergencia del movimiento indígena y afrodescendiente. Surge como alternativa al mestizaje uniformizador e integracionista de las políticas estatales. Interculturalidad significa no sólo contacto sino intercambio equitativo entre culturas. Se trata de una meta lograda en algunos casos en el ámbito de las relaciones personales y de los grupos; sin embargo, no ha sido alcanzada aún en los espacios de relación entre la sociedad y el Estado, ya que implica confrontar las desigualdades en los intercambios culturales, entre las propias culturas y, sobre todo, frente a la(s) cultura(s) dominante(s). Esa confrontación debe llevar a nuevos valores, nuevas políticas y nuevas prácticas (Castañeda, 2006:171-175). Parte de las asimetrías sociales, políticas, económicas y de poder, así como de las condiciones institucionales que limitan la posibilidad de que el “otro” pueda ser considerado como sujeto con identidad, diferencia y agencia capacidad de actuar— (Walsh, 2000).

La aplicación del concepto de interculturalidad supone (Castañeda, 2006:176): combatir las relaciones asimétricas y discriminadoras; llegar a relaciones de equidad entre pueblos, culturas y etnias; valorar las diferentes culturas para eliminar el racismo; crear formas de poder compartido en las que todos los actores participen en la dinámica social; construir la ideología, los valores, las prácticas y las actitudes que permitan lograr nuevas formas de relación.

En ese sentido, los servicios de atención de la salud para los pueblos y las mujeres indígenas, pensados desde la interculturalidad, deben tener en cuenta, entre otras cosas, lo siguiente:

- a.** Los servicios de atención de la salud que se brindan a las mujeres y a los pueblos indígenas deben partir de un enfoque de derechos que armonice la dimensión colectiva con la concepción individual y de género del derecho a la salud de las mujeres, indagando especialmente en el rol que tienen éstas dentro de la cultura concreta de la que son parte.
- b.** En las culturas de los pueblos indígenas existen enfermedades, como el susto, el mal de ojo, el empacho, la caída de mollera, los malos aires, torceduras o maleficios, que sólo pueden ser curadas de acuerdo con sus terapias tradicionales;³⁹ por lo tanto, una política de atención de la salud debe incentivar y cuidar la preservación de tales terapias y a las personas capacitadas para su implementación.
- c.** Desde la cosmovisión de los pueblos indígenas, existe una manera propia de entender la relación con la naturaleza y con las cosas, con los alimentos, con las personas y con los objetos que curan, por lo que los servicios que ofrece el Estado deben ocuparse de conocer y entender tal cosmovisión a fin de tomarla en cuenta en los servicios de atención que ofrecen.
- d.** La participación en la concepción e implementación de los servicios de salud de quienes son parte de los pueblos indígenas debe incluir a las instituciones tradicionales que los representan, en ejercicio de los derechos colectivos de consulta y participación.
- e.** La atención de la salud de las mujeres y demás miembros de los pueblos indígenas desde un enfoque de interculturalidad debe concretarse en cambios en quienes diseñan, administran y operan las políticas de salud, personas concretas que deben modificar sus valores, concepciones, actitudes, prácticas y formas de relación frente a las culturas y cosmovisiones de los diferentes pueblos a

39 Roberto Campos Navarro (1998) hace una descripción detallada de las más comunes de este tipo de enfermedades en los pueblos indígenas de América Latina, así como de métodos que tradicionalmente son utilizados para su curación.

quienes ofrecen sus servicios. Implica cambios en las currículas de las(os) profesionales de la salud y en su concepción de la relación médico-paciente,⁴⁰ así como estrategias de monitoreo que permitan verificar que el proceso y propósito de las políticas que se implementan se cumple a cabalidad. De lo contrario, los programas, leyes y decretos sobre interculturalidad en los servicios de salud son letra muerta.

Haciendo operativo este enfoque, sí es posible volver realidad los diferentes componentes del derecho a la salud de las mujeres y de los pueblos indígenas que fueron descritos arriba.

40 Para Caramés (2004), la relación médico-paciente es una interacción social que puede reforzar poderosamente las premisas básicas de la cultura vigente. En este contexto, la persona enferma es considerada vulnerable, ignorante y, por lo tanto, dependiente y maleable en las manos del médico o experto y del sistema de salud. La información, así como el conocimiento del paciente, es relegada, cuando no ignorada, al igual que su participación en cualquier tipo de decisión o intervención técnica, dejando a su vez muy claro quién es el que sabe, el profesional, y quién no sabe, el paciente; quién puede y quién no puede hacer.

IV.2. EL DERECHO A LA SALUD DE LOS PUEBLOS Y LAS MUJERES INDÍGENAS EN LOS SERVICIOS QUE OFRECE EL ESTADO

Para atender y resolver las necesidades de salud, de acuerdo con los derechos reconocidos a las mujeres indígenas, además de los componentes del derecho a la salud, los gobiernos deben tomar en cuenta las desventajas históricas que cada pueblo indígena ha vivido, así como la preexistencia de cosmovisiones y métodos propios de atención a la salud.

Uno de los determinantes de salud y salud reproductiva de los pueblos y mujeres indígenas lo constituye las opciones de acceso a los servicios de atención médica que les ofrece el Estado, mismas que, para atender y resolver sus necesidades de salud de acuerdo con los derechos reconocidos, deben ser coherentes con la identidad de sus titulares, disponibles, accesibles, de calidad,

culturalmente adaptadas, con sensibilidad de género, compatibles con los derechos colectivos de los pueblos indígenas y en el marco de la transparencia y el acceso a la información. Todo ello, además, debe tomar en cuenta las desventajas históricas que cada comunidad y pueblo indígena ha vivido, así como la preexistencia de cosmovisiones y métodos propios de atención de la salud.

Garantizar el acceso efectivo a los servicios de atención a la salud es una de las obligaciones jurídicas del Estado frente al derecho a la salud de los pueblos y mujeres indígenas. En esta obligación se centra la presente investigación dentro del amplio tema que constituye la salud de los pueblos y mujeres indígenas.

En este sentido, este apartado se propone lo siguiente: 1) hacer una breve descripción del Sistema Nacional de Salud (SNS) como el mecanismo creado por el Estado mexicano con el propósito de

garantizar el derecho a la protección de la salud a toda la población; 2) conocer qué ofrece el SNS a los pueblos y mujeres indígenas para garantizarles el acceso efectivo a los servicios de atención a la salud y a la salud reproductiva, en el marco de los derechos reconocidos; 3) hacer una revisión de la política de atención en salud para pueblos y mujeres indígenas; y 4) revisar los servicios de atención a la salud con que cuentan las comunidades de Jaltepec de Candayoc, Mixe, Oaxaca, y Damasco, Ocosingo, Chiapas, participantes en la realización de este trabajo.

IV.2.1. COMPOSICIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El SNS se integra por instituciones públicas, privadas y de seguridad social que brindan servicios de salud en México, las cuales son coordinadas por la Secretaría de Salud que, como parte del Poder Ejecutivo federal, es responsable de establecer y dirigir la política nacional en materia de salud (LGS:a/5). Cada entidad federativa es la responsable de prestar la atención médica mediante los sistemas estatales de salud.

El 33% de la población en México no cuenta con seguridad social ni Seguro Popular. Según INEGI, en Oaxaca y Chiapas el porcentaje aumenta a 43 y 41% respectivamente.

En el país, el acceso a los servicios de atención médica está determinado por la condición laboral de las personas y por su capacidad de pago. Por lo tanto, tal condición hace que las personas sean usuarias de los servicios de las instituciones de seguridad

social, tales como el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, entre otros, cuando cuentan con una relación laboral formal; o por los servicios privados, mediante hospitales y clínicas privadas, en caso de tener capacidad de pago; o bien, de no contar ni con recursos económicos ni con seguridad social,

mediante las instituciones públicas, como la Secretaría de Salud y las instituciones de salud de las entidades federativas.

A continuación se explica muy brevemente cómo funciona cada uno de estos componentes:

a. Instituciones de seguridad social. Las personas que tienen una relación laboral formal⁴¹ tienen derecho a seguridad social como parte de sus prestaciones y, en consecuencia, a servicios de atención médica. Se les denomina “derechohabientes”.

Dicha atención puede ser en hospitales y clínicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) si el/la patrón/a es una persona, entidad privada o instancia gubernamental de alguna entidad federativa, cuando no existe una institución creada especialmente para ello, como el Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado de Chiapas (ISSSTECH); si quien contrata los servicios es alguno de los poderes de la Federación, los servicios los presta el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o la institución creada para ello por la instancia gubernamental o paraestatal empleadora.⁴²

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda del 2010, realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), a nivel nacional, el 37% de la población cuenta con seguridad social⁴³.

41 Definida por la Ley Federal del Trabajo como, cualquiera que sea el acto que le dé origen, la prestación de un trabajo personal subordinado a una persona mediante el pago de un salario, relación que genera diversos derechos sociales, entre los cuales se encuentra la seguridad social.

42 Como es el caso de las secretarías de la Defensa Nacional y de Marina o de Petróleos Mexicanos, que tienen su propia institución de salud y ofrecen atención médica a sus trabajadoras/es y a sus familias.

43 Cabe precisar que el INEGI incluye en la población derechohabiente a las personas afiliadas al Seguro Popular, con lo que reporta también un porcentaje de 64.6% de población derechohabiente, aunque la cobertura que este programa brinda no es igual a la de las instituciones de seguridad social.

Según el censo, la población no derechohabiente es entonces de 33% en todo el país,⁴⁴ porcentaje que aumenta en el caso de la población indígena, por ejemplo, en los estados de Oaxaca y Chiapas —entidades del país con mayor concentración de población indígena—, en donde el porcentaje de personas sin derechohabencia a servicios de salud es de 43 y 41%, respectivamente (INEGI, 2010).

b. Servicios de salud que ofrece el sector privado. Las personas que no cuentan con seguridad social, o que aun contando con ella derivada de una relación laboral formal tienen capacidad de pago, contratan servicios privados de atención médica mediante el pago directo a hospitales y clínicas o mediante el pago de seguros médicos.⁴⁵

c. Instituciones públicas que brindan servicios de salud. La Secretaría de Salud y las instituciones de salud de las entidades federativas ofrecen servicios a las personas que no tienen seguridad social ni recursos económicos para acudir a servicios de salud privados. Por lo general, los/as usuarios/as de estos servicios deben pagar una “cuota de recuperación” que, de acuerdo con la Ley General de Salud (LGS), debe ser definida con base en el costo del servicio y las condiciones socioeconómicas de las personas usuarias (a/36). Otra opción que ofrece el sector público es el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), mediante el Seguro Popular, el cual requiere el pago de una cuota anual anticipada. Las personas que el Estado reconoce que se encuentran en los niveles más bajos de ingresos o que viven en condiciones de marginación tienen la posibilidad de recibir atención médica

44 La distribución porcentual, de acuerdo con el INEGI, no suma 100% porque no se considera el valor del no especificado.

45 El uso de los servicios médicos privados es recurrente en México cuando, teniendo derecho a seguridad social, no se quiere enfrentar la burocracia que implica ésta o las limitaciones del Seguro Popular.

mediante el Programa IMSS-Oportunidades o mediante el Seguro Popular a través del Programa Oportunidades, con exención del pago de la cuota. Estas opciones o modalidades, como se verá más adelante, no ofrecen cobertura universal, como la seguridad social. Más adelante se aborda cada una de estas opciones, ya que son en las que se enfoca este trabajo.

IV.2.2. OBJETIVOS DEL SNS

Un objetivo primordial del SNS es proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos (LGS:a/6). Los servicios básicos de salud (LGS: a/27) que prevé son:

- educación para la salud
- prevención y control de enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes
- atención médica integral, que comprende actividades preventivas, curativas, paliativas y de rehabilitación (LGS:a/33), incluida la atención de urgencias
- atención materno-infantil
- planificación familiar
- salud mental
- prevención y control de enfermedades bucodentales
- disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud
- asistencia social a los grupos más vulnerables, en especial a los pertenecientes a las comunidades indígenas
- atención médica a los adultos mayores en áreas de salud geriátrica

Los servicios básicos de salud que interesan a la presente investigación son los que se refieren a la atención médica integral y resolutive, que comprende actividades preventivas, curativas, paliativas y de rehabilitación, incluida la atención de urgencias.

Las acciones preventivas se refieren a la promoción general de la salud y de medidas de protección específica; las curativas tienen como finalidad realizar un diagnóstico temprano y proporcionar el tratamiento oportuno; las de rehabilitación incluyen acciones dirigidas a corregir las invalideces físicas o mentales; por último, las paliativas se refieren al cuidado integral para preservar la calidad de vida de los/as pacientes, mediante la prevención, tratamiento y control del dolor y otros síntomas físicos y emocionales por parte de un equipo profesional multidisciplinario (LGS:a/33).

IV.2.3. MODALIDADES DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE OFRECEN LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS DE SALUD

Como se ha dicho, las diferentes vías por las cuales prestan servicios de salud las instituciones públicas son: el Programa IMSS-Oportunidades y el SPSS o Seguro Popular, el cual cuenta además con dos programas: “Seguro Médico para una Nueva Generación” y “Embarazo Saludable”, mediante el Programa Oportunidades, los cuales se explican a continuación:

a. Programa IMSS-Oportunidades

Este programa brinda servicios de salud de manera gratuita a las personas que no son derechohabientes de la seguridad social y que viven en condiciones de marginación en localidades rurales de 19 estados del país⁴⁶ o en localidades urbanas en 26 estados.⁴⁷

46 Baja California, Campeche, Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Durango, Hidalgo, México, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Sinaloa, Tamaulipas, Veracruz, Yucatán y Zacatecas. Cfr. Acuerdo mediante el cual se establecen las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2012, publicado el 29 de diciembre de 2011 en el *Diario Oficial de la Federación*. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5227375&fecha=29/12/2011

47 Baja California, Campeche, Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Distrito Federal, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo

Su cobertura es de servicios de salud de primer y segundo niveles —que se explican en el siguiente apartado—, mediante las clínicas del IMSS a través de acciones específicas del *Modelo de Atención Integral a la Salud* (MAIS), el cual propone vincular las acciones médicas con las comunitarias, cuya autoridad ejecutora, según las reglas de operación, es la organización comunitaria.

De acuerdo con sus documentos oficiales, el MAIS se propone vincular las acciones médicas con las comunitarias para mejorar la salud de individuos, familias y comunidades, a fin de propiciar entornos saludables y de disminuir la propagación de padecimientos. Entre sus objetivos destacan los siguientes: 1) proporcionar atención médica integral, adecuada y continua, a un costo factible para el país y que sea aceptada por la comunidad; 2) implementar un sistema de vigilancia epidemiológica a fin de realizar acciones preventivas para abatir los riesgos y daños a la salud de la población; 3) promover la participación individual, familiar y colectiva en los programas prioritarios de salud a través de la organización comunitaria; 4) propiciar el aprovechamiento de los recursos de salud disponibles, incluidos los de la medicina tradicional; 5) fomentar el empleo de tecnologías para la salud; y 6) aplicar la comunicación educativa que promueve la apropiación de los conocimientos en salud y la adopción de prácticas saludables (IMSS, 2011).

De acuerdo con las reglas de operación, el MAIS presta los servicios de salud en un “marco de respeto a los usos y costumbres de cada localidad” y tiene entre sus objetivos propiciar el aprovechamiento de los recursos de salud disponibles, incluidos los de la medicina tradicional (IMSS, 2011). En las Reglas de Operación 2011, se contemplaban como instancias ejecutoras de acción comunitaria a las parteras voluntarias rurales y a los terapeutas tradicionales (IMSS, 2010); sin embargo, en las de 2012 se considera sólo a las parteras. No obstante, lo expresado en las comunidades participantes refleja que el MAIS no se aplica en las mismas.

León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

b. Sistema de Protección Social en Salud (spss)

Este sistema fue incorporado en el año 2003 en el SNS con la idea de ampliar la seguridad social a personas que no contaran con un empleo formal, trabajaran de manera independiente y/o fueran personas de escasos recursos.

El SPSS opera mediante el Seguro Popular, el cual cuenta además con dos programas: “Seguro Médico para una Nueva Generación” y “Embarazo Saludable”, los cuales a continuación se describen:

b.1. Seguro Popular. Mediante el pago de una cuota anual anticipada, el Seguro Popular ofrece servicios de atención a la salud en el primer y segundo niveles de atención a personas de escasos recursos que no cuenten con empleo, trabajen por su cuenta y/o no sean derechohabientes de ninguna institución de seguridad social. La cuota se determina de acuerdo con las condiciones socioeconómicas de cada familia⁴⁸ y es publicada en el *Diario Oficial de la Federación*.⁴⁹

48 El monto de las cuotas familiares, de acuerdo con los lineamientos para la afiliación, operación e integración del Padrón Nacional de Beneficiarios y para la determinación de la cuota familiar del Sistema de Protección Social en Salud, es definido según la condición socioeconómica de las familias por medio de la aplicación de la Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar, que es un instrumento estandarizado, elaborado por la Secretaría de Salud y aplicado por los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud para la determinación del nivel socioeconómico de la familia que solicita su afiliación al Sistema de Protección de Salud; sirve para la identificación del núcleo familiar y de sus integrantes, así como para la determinación de la cuota familiar correspondiente.

49 Las cuotas familiares del Sistema de Protección Social en Salud vigentes para el ejercicio fiscal de 2011, publicadas el 15 de febrero de ese año en el *Diario Oficial de la Federación*, son:

| CUOTAS VIGENTES | |
|------------------|---------------------------------|
| Decil de ingreso | Cuota anual familiar (en pesos) |
| I | 0.00 |
| II | 0.00 |
| III | 0.00 |
| IV | 0.00 |
| V | 2 074.97 |
| VI | 2 833.56 |
| VII | 3 647.93 |
| VIII | 5 650.38 |
| IX | 7 518.97 |
| X | 11 378.86 |

Los servicios de atención de salud son brindados mediante las instituciones de salud que existen en cada entidad federativa, salvo en los lugares en donde no existen; en esos casos, es el IMSS, mediante el Programa IMSS-Oportunidades, el que brinda el servicio.

Las familias beneficiarias del Programa Oportunidades son afiliadas al Seguro Popular con exención del pago de cuotas. También están exentas del pago aquellas familias que se ubican en los niveles más bajos de ingresos de acuerdo con la clasificación publicada en el *Diario Oficial de la Federación* —las que se ubican en los deciles I y IV de la tabla contenida en la nota 50 y las familias que, estando integradas por al menos un/a niño/a menor de 5 años de edad y/o una mujer con diagnóstico de embarazo (Secretaría de Salud, 2008), se encuentren en los deciles I a VII de la distribución de ingreso.

El Seguro Popular no es universal. Su cobertura se limita al *Catálogo Universal de Servicios de Salud* y al *Catálogo de Intervenciones del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos*.

Los servicios que ofrece el Seguro Popular son de dos tipos: esenciales y de alto costo.

Los servicios esenciales se describen en una lista específica de 284 intervenciones de salud, con restricciones por edad y tipo de enfermedad, cuya atención, exámenes de laboratorio, de gabinete y medicamentos son delimitados en el llamado

Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES). Dicho catálogo no incluye la posible atención con medicina tradicional.

Los servicios de alto costo consisten en 57 intervenciones que se encuentran también delimitadas en el Catálogo de Intervenciones del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, entre las que se encuentran el cáncer cérvico-uterino y el de mama (Secretaría de Salud, 2012).

Como puede verse, la cobertura del Seguro Popular no es de carácter universal, ya que no cubre el tratamiento de todas las enfermedades y establece límites para la atención de padecimientos, como la edad y el sexo.

b.1.1. Seguro Médico para una Nueva Generación. Este programa brinda atención médica gratuita en los tres niveles de atención a las niñas y los niños nacidos a partir del 1° de diciembre de 2006, desde su nacimiento y hasta que cumplen 5 años de edad. Los servicios que brinda son los contenidos en el CAUSES y en el catálogo de servicios de alto costo, cubiertos por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos del Seguro Popular, al que quedan afiliadas de manera automática las familias. Cubre también intervenciones adicionales relacionadas con los padecimientos que afectan en particular a menores de 5 años, los cuales se encuentran también delimitados en un catálogo (Secretaría de Salud, 2012).

b.1.2. Embarazo Saludable. Como parte del Seguro Médico para una Nueva Generación, se encuentra el componente de Embarazo Saludable, dirigido a proteger la salud de la mujer mediante servicios de atención prenatal en el embarazo, atención de parto, del puerperio fisiológico y atención de cesárea, del puerperio quirúrgico, así como la atención de padecimientos específicos que se conocen como complicaciones obstétricas. Estos servicios están exentos de pago de cuotas en el marco del Seguro Popular.

c. Programa Oportunidades

Ofrece a la población en condición de pobreza acceso a servicios de atención médica de manera gratuita limitados al primer nivel de atención mediante el denominado Paquete Básico Garantizado de Salud (SEDESOL, 2011), que comprende 13 acciones de salud, principalmente preventivas, dirigidas a la comunidad y a la persona, entre las que están excluidos los servicios de urgencia.

Esta atención médica que incluye el Programa Oportunidades⁵⁰ se brinda a través de los Servicios Estatales de Salud y, en los lugares donde éstos no existen, mediante la infraestructura del IMSS a través del Programa IMSS-Oportunidades.

De acuerdo con datos de la Secretaría de Desarrollo Social, el Programa Oportunidades tiene presencia en alrededor de 20 mil localidades, esto es, en 100% de los 1200 municipios clasificados como indígenas.⁵¹

IV.2.4. NIVELES DE ATENCIÓN DE SALUD EN EL SNS

Los servicios que ofrece el SNS se encuentran clasificados en tres niveles de atención: el primero es la puerta de entrada al sistema de salud, el primer contacto con la población y el más cercano a ella; en el segundo se encuentran los hospitales con las especialidades básicas, como cirugía general, gineco-obstetricia, medicina interna y pediatría; en el tercero están los hospitales e institutos especializados.

La adecuada funcionalidad de los niveles de atención constituye una condición necesaria para garantizar el acceso efectivo a los

50 El Programa Oportunidades es la política social más importante que se aplica en México, ya que está dirigido a la población que, según criterios oficiales, vive en pobreza —alrededor de 25 millones de personas—. Su antecedente se remonta al año 1997, cuando fue creado el Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA), que modificó su nombre en 2002 al que tiene actualmente. Sus propósitos centrales tienen que ver con la satisfacción de los derechos a salud, educación y alimentación. Está dirigido a las familias que reúnen las características establecidas para considerarlas elegibles, cuya representación es ejercida por mujeres llamadas “titulares”, y opera a través de transferencias monetarias que les son entregadas, previo cumplimiento de determinadas acciones denominadas “corresponsabilidades”, entre las cuales se encuentran la asistencia familiar a pláticas preventivas de salud, a talleres y a revisiones médicas relacionadas con prevención o seguimiento de embarazo o de determinados padecimientos. Cfr. Herrera y Suárez, *op. cit.*

51 Comunicado de prensa núm. 26 de fecha 8 de septiembre de 2011, emitido por la Secretaría de Desarrollo Social. Disponible en: http://www.oportunidades.gob.mx/Portal/wb/Web/las_mujeres_indigenas_atendidas_por_oportunidades_ y consultado el 30 de octubre de 2011.

servicios de salud. Por lo general, el segundo y tercer niveles complementan al primero, al hacer lo que éste no puede debido a su limitación de recursos materiales y humanos, así como para la realización de diagnósticos y tratamientos especializados (Van der Stuyft, 2008).

A continuación se describen las características de cada nivel.

a. Primer nivel. Como ya se señaló, las unidades médicas de primer nivel son la puerta de entrada al sistema de salud. De acuerdo con la normatividad oficial, tienen las siguientes funciones:

- facilitar y coordinar el flujo de las personas dentro del sistema de salud para asegurar la atención integral. Esto se llama “sistema de referencia y contrarreferencia” y es el procedimiento médico-administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes con el propósito de brindar atención médica oportuna e integral⁵²
- brindar atención ambulatoria, aquella relativa a enfermedades que no necesitan hospitalización.
- realizar acciones de promoción de la salud y de prevención de enfermedades
- integrar y sintetizar los problemas de salud, diagnósticos y tratamientos para la atención adecuada del/la paciente, pues son los/as profesionales de la salud que se encuentran en las unidades de primer nivel quienes están suficientemente cerca de las/os pacientes, de su entorno familiar y del ecosistema directo donde viven. Para lograr esa integración —consideran los especialistas—, es fundamental el expediente personal y familiar sistemático y de calidad. Una atención adecuada —afirman— necesita un ambiente de atención estable basado en una buena comunicación entre médico/a y paciente con el propósito de obtener una mejoría de la salud y/o del bienestar de la persona a quien se atiende (Van der Stuyft, 2008)

52 Norma Oficial Mexicana 168-SSA1-1998, apartado 4.8.

Los servicios que brindan las unidades de atención ambulatoria son:

- consulta de medicina general o familiar
- servicios de medicina preventiva
- terapia de hidratación oral
- consultorio de estomatología
- servicios auxiliares de diagnóstico como laboratorio seco (medición de algunos analíticos sanguíneos y en la orina con tiras reactivas)
- laboratorio clínico, rayos X y ultrasonido⁵³

Es importante hacer referencia a aspectos relacionados con este nivel de atención de la salud que resultan indispensables para las personas usuarias, como son la atención de partos, la atención de urgencias, el diseño de las instalaciones y los medicamentos e insumos esenciales.

Atención de partos. La atención de partos en estas unidades, de acuerdo con la NOM-178-SSA1-1998 que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios, queda al arbitrio del personal de salud, pues señala que: “por las condiciones geográficas de lejanía a unidades de mayor capacidad resolutive se podrá atender partos de urgencia en el consultorio de medicina general o familiar” (a/6.3.1.1.).

Significa que este servicio queda como una facultad potestativa del personal que genera total incertidumbre a la población que requiere de dichos servicios.

Asimismo, en la NOM se establece otra discrecionalidad en la atención en los partos al precisar que “cuando el consultorio no esté ligado física o referencialmente a una unidad hospitalaria, clínica o sanatorio y por decisión del personal profesional que labora en el consultorio o por indicación institucional se atienden partos, se deberá adicionar al consultorio de medicina general o familiar un local para dicha actividad” (a/6.3.1.2), con lo que la

⁵³ NOM-178-SSA1-1998.

atención a los partos en este tipo de clínicas queda a decisión del personal que labora en él o de quienes les dirigen, sin que sea sólo una decisión institucional que asegure su equipamiento y servicio.

Sobre la atención de partos, cabe precisar que en el marco de los compromisos asumidos por el Estado mexicano en los Objetivos del Milenio, en específico el concerniente a disminuir la mortalidad materna,⁵⁴ el gobierno federal ha implementado entre sus acciones el Programa Embarazo Saludable, que es parte del Seguro Popular y que, como se ha expresado anteriormente, se limita a atender ciertos padecimientos.

En mayo de 2009, la Secretaría de Salud, junto con el IMSS y el ISSSTE, suscribieron un convenio de colaboración con el objeto de establecer la obligación de prestar atención a las mujeres en edad gestacional que presenten una emergencia obstétrica⁵⁵ en las unidades con capacidad para dicha atención, sin considerar su derechohabencia o afiliación a algún programa de salud. Debe resaltarse que lo anterior se refiere sólo a unidades que cuenten ya con la capacidad para atender emergencias obstétricas.

Dicho convenio se estimó necesario por parte de las autoridades a fin de adoptar medidas para disminuir la mortalidad materna en atención a los compromisos internacionales asumidos, a pesar que la Norma Oficial Mexicana —NOM-007-SSA2-1993, para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y del Recién Nacido— establece como disposición general que “la atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria,

54 Entre los Objetivos del Milenio, el número 5 se refiere a reducir 75% la tasa de mortalidad materna entre 1990 y 2015, así como lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva.

55 La emergencia obstétrica es entendida como el estado nosológico que pone en peligro la vida de la mujer durante la etapa grávido-puerperal y/o el producto de la concepción, que requiere de atención médica y/o quirúrgica inmediata por personal médico calificado, adscrito a hospitales con capacidad resolutive suficiente para atender la patología de que se trate, de acuerdo con el Convenio General de Colaboración que celebran la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, de fecha 29 de mayo de 2009.

y proporcionarse en cualquier unidad de salud de los sectores público, social y privado” y que “una vez resuelto el problema inmediato y que no se ponga en peligro la vida de la madre y el recién nacido, se procederá a efectuar la referencia a la unidad que le corresponda” (a/5.1.1). Asimismo, es necesario precisar que dicha NOM no prevé la adecuación cultural en la atención del embarazo, el parto y el puerperio de las mujeres indígenas.

Si bien es cierto que en el numeral 5.4.1.2 de la NOM-007-SSA2-1993 se señala que “durante el trabajo de parto normal se propiciará la deambulación alternada con reposo en posición de sentada y decúbito lateral para mejorar el trabajo de parto, las condiciones del feto y de la madre, respetando sobre todo las posiciones que la embarazada desee utilizar siempre que no exista contraindicación médica” y que esta disposición no limita, por ejemplo, la posición del parto vertical, tampoco es dable considerar que el parto vertical satisface una adecuación cultural, pues es necesaria una reforma a esta normatividad que favorezca y haga explícitas las condiciones indispensables para una atención digna que considere los elementos culturales de las mujeres indígenas.

Atención de urgencias. Respecto a la atención de urgencias y curaciones en general, la decisión queda sujeta a la decisión del personal a cargo. La NOM-178-SSA1-1998 señala que:

en los consultorios de medicina general o familiar, donde por su ubicación geográfica, alejada de unidades de mayor capacidad resolutive, por su ubicación en lugares con alto riesgo de recibir urgencias médicas o por decisión del personal profesional, se atiendan urgencias y se efectúen curaciones en el consultorio de medicina general o familiar, deberán contar adicionalmente con ciertas especificaciones (a/6.3.2.1.).

Por lo tanto, no se garantiza dicha atención en las unidades de primer nivel que constituyen el contacto más cercano con las poblaciones.

Características de las instalaciones donde se prestan servicios de primer nivel.

Las unidades de atención de primer nivel pueden tener distinto tamaño y varían en su forma de organización, desde un solo consultorio hasta unidades con 30 o más consultorios. En ellas trabajan médico/as con licenciatura o con estudios de especialidad en algún posgrado, así como enfermeras/os, técnicos/as y médicos/as pasantes (Soto, 2010:13).

La regulación de las unidades médicas que brindan servicios de atención ambulatoria, como las de primer nivel, se encuentra en la Norma Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento para la atención de pacientes ambulatorios.

La NOM de referencia establece que todo proyecto arquitectónico de establecimientos de atención médica, incluidos consultorios, debe considerar lo necesario para un acceso y egreso directo, rápido y seguro a la unidad, considerado en esto lo necesario para las personas con discapacidad y adultas mayores (a/5.8.). Dicha normativa no considera provisiones específicas en el diseño de instalaciones con adecuaciones por razones culturales en comunidades indígenas ni relativas a la atención con medicina tradicional.

Medicamentos e insumos esenciales en los servicios de primer nivel.

Para brindar atención en el primer nivel, existe un Cuadro Básico de Insumos elaborado por el Consejo de Salubridad General, en el cual se determina la lista de medicamentos e insumos que se consideran esenciales para la salud y para la atención en este nivel, al cual deben sujetarse todas las instituciones públicas del SNS.

De acuerdo con la LGS (a/28), en la elaboración del referido cuadro participan la Secretaría de Salud, las instituciones de seguridad social y “las demás que señale el Ejecutivo Federal”.

En tal virtud, queda a discreción de las autoridades centrales la incorporación, por ejemplo, de representantes de los pueblos indígenas, a fin de asegurar su participación en la implementación de las políticas de salud y en componentes esenciales, como lo es el cuadro básico de insumos.

Los servicios de salud en México son de primero, segundo y tercer nivel. El primero ofrece consultas médicas, atención preventiva y diagnóstico básico. El segundo, internamiento y especialidades básicas; y el tercer nivel ofrece servicios especializados de complejidad e investigaciones clínicas.

De acuerdo con especialistas, a fin de ser funcional, el primer nivel de atención necesita tener la competencia suficiente para poder resolver gran parte de los problemas de salud comunes en la población; de lo contrario, corre el riesgo de limitar su función a una ventanilla de entrada innecesaria e inútil hacia los otros niveles de atención, lo que retrasa los procesos y, lo

más importante, las soluciones (Van der Stuyft, 2008).

La función del primer nivel, además de ser la puerta de entrada al SNS, es facilitar y coordinar el flujo de las personas en el sistema. Lo que debe incluir la elaboración y negociación del itinerario en el sistema con el/la paciente, además de con los otros profesionales de la salud de otras especialidades. Debe incluir, además, asistir al/a la paciente en dicho itinerario, asegurar su comprensión y aprobación para la realización de exámenes y tratamientos propuestos, y garantizar una referencia y contrarreferencia adecuadas, a fin de asegurar la continuidad de la atención durante un episodio de enfermedad (Van der Stuyft, 2008).

b. Segundo nivel. En este nivel de atención, de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, se brindan los siguientes servicios de especialidades básicas de la medicina:

- cirugía general
- gineco-obstetricia

- medicina interna y pediatría en hospitales generales o de especialidad, que demanden internamiento hospitalario o atención de urgencias
- atención ambulatoria
- hospitalización
- generalmente se dispone de servicios de apoyo diagnóstico de imagenología y laboratorio.

Existen varios criterios para identificar un hospital de segundo nivel; uno de ellos es el área de influencia o cobertura de población a la que dará servicios; por ejemplo, para la construcción de un hospital comunitario de doce camas es necesario considerar una cobertura de entre 12 000 y 18 000 habitantes.⁵⁶ Aunque de acuerdo con la información recabada, no ocurre así. En Oaxaca, de acuerdo con la información proporcionada por las autoridades del estado, existen 52 hospitales; tomando como referencia 4 millones de habitantes, existe 1 hospital de segundo nivel por cada 81 632 habitantes,⁵⁷ mientras que en Chiapas existen 29 hospitales de segundo nivel, con una población de 4 millones 700 mil habitantes aproximadamente, entre los que se encuentran el Hospital General de las Culturas, en San Cristóbal de las Casas, y dos hospitales de la Mujer, uno en San Cristóbal de las Casas también y otro en Comitán.⁵⁸ Esto es, 1 hospital por cada 162 068 habitantes aproximadamente.

b.1. Infraestructura y equipamiento del segundo nivel. Los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento que deben tener los hospitales y consultorios de atención médica especializada están establecidos en la Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000,

56 Contestación a la pregunta 29 de la solicitud de información con número 67 realizada a la Secretaría de Salud del gobierno de Oaxaca en fecha 25 de octubre de 2011.

57 Contestación a la pregunta 26 de la solicitud de información con número 67 realizada a la Secretaría de Salud del gobierno de Oaxaca en fecha 25 de octubre de 2011.

58 Reporte de Establecimientos de Salud, de la Secretaría de Salud. Disponible en: <http://clues.salud.gob.mx/>

que es obligatoria para todos los hospitales de los sectores público, social y privado que realicen internamiento de personas enfermas para diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico, o rehabilitación, así como para los consultorios que presten atención médica especializada.

Entre las disposiciones que establece esta NOM se encuentra el que los programas médicos arquitectónicos de los hospitales deben ser elaborados de manera conjunta entre los responsables del equipamiento, expertos médicos y profesionales, evaluadores de tecnologías y los encargados del diseño y desarrollo del proyecto (a/6.1.1.). Esta norma tampoco prevé la participación de representantes de pueblos indígenas en zonas donde se brinde el servicio ni adecuaciones culturales ni medicina tradicional.

De acuerdo con la NOM comentada, los hospitales de referencia deben contar con auxiliares de diagnóstico, como laboratorios clínicos, de urgencias, de citología, unidad de anatomía patológica, rayos x y ultrasonido.

Entre sus tratamientos se encuentran:

- cirugía
- unidad de tocología para la atención de embarazos, partos y puerperio
- terapia intermedia, terapia intensiva e inhaloterapia
- nutriología
- unidad de urgencias
- hospitalización pediátrica y de personas adultas
- unidad de rehabilitación

Existe también la Norma Oficial Mexicana NOM-233-SSA1-2003, que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud, y que contiene especificaciones técnicas que deben considerarse en la construcción y/o adecuación arquitectónica de los hospitales para permitir el acceso efectivo de las personas con discapacidad a dichos lugares.

c. Tercer nivel. En este nivel de atención, de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud se ofrecen los servicios especializados de mayor complejidad e investigaciones clínicas básicas a cargo de médicos especialistas con apoyo de enfermería especializada y otros profesionales.

La atención de tercer nivel se brinda en hospitales de especialidades e institutos. Estos últimos están destinados principalmente a la investigación científica, la formación y el desarrollo de personal para la salud, donde también pueden prestar servicios de urgencias, así como consulta externa y de hospitalización a personas que tengan una enfermedad específica, afección de un sistema o enfermedades que afecten a un grupo de edad.⁵⁹

La regulación de los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de estos hospitales se encuentra también establecida en la NOM-197-SSA1-2000 antes mencionada.

d. El expediente clínico. Una norma de especial importancia en el funcionamiento de los niveles de atención en el SNS es la relativa al expediente clínico, elemento fundamental en la operación de los niveles de atención por la información que contiene para la debida y oportuna atención médica. Dicha regulación se encuentra en la NOM-168-SSA1-1998 y resalta que los datos generales del/de la paciente que debe contener el expediente son sólo nombre, sexo y dirección, y no existe registro sobre la pertenencia étnica ni mucho menos sobre la cosmovisión en salud de él/ella.

Sobre el expediente clínico electrónico y el propósito de aprovechar la tecnología para mejorar la comunicación y operatividad entre los niveles de atención en el SNS, recientemente se aprobó la NOM-024-SSA3-2010, que establece los objetivos y funciones para utilizar el Sistema de expediente clínico electrónico, buscando, según su propio nombre lo indica, “garantizar interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad,

59 Artículo 70 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.

seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud”. Se basa en la NOM 168 antes referida e incorpora datos nuevos, como la pertenencia étnica de las/os pacientes.

En el rubro de registro de la atención médica, la NOM 024 incorpora el dato sobre pertenencia étnica en la administración y manejo de medicamentos en el/la paciente, refiriéndose a los “medicamentos complementarios tales como vitaminas, hierbas y suplementos” (a/1.1.2.d).

No obstante, esta NOM tampoco establece rubro alguno para registrar información sobre la cosmovisión en salud del/de la paciente o para remitir o sugerir alguna referencia para ello.

Debido a factores como el económico y a la necesidad de infraestructura específica para ello, no todas las unidades médicas cuentan aún con el expediente clínico electrónico; incluso, la norma está destinada a aquellas unidades médicas que cuenten con sistema electrónico, y no establece obligatoriedad de contar con el mismo, por lo que los avances en el registro de datos del campo que nos ocupa no son aplicados, sobre todo en las unidades médicas ubicadas en las comunidades indígenas, cuyo equipamiento por lo general es precario.

e. El consentimiento informado en los servicios de salud. La misma NOM 168 regula el consentimiento informado y establece los eventos mínimos que lo requieren (a/10.1.1.):

- ingreso hospitalario
- procedimientos de cirugía mayor
- procedimientos que requieren anestesia general
- procedimientos de salpingoclasia y vasectomía
- trasplantes
- investigación clínica
- necropsia hospitalaria
- procedimientos diagnósticos y terapéuticos de alto riesgo
- cualquier procedimiento que entrañe mutilación

Los datos que contiene el formato de consentimiento son: a) nombre de la institución; b) lugar y fecha en la que se emite; c) acto autorizado; d) señalamiento de los riesgos y beneficios esperados; e) autorización al personal de salud para la atención de contingencias; y f) nombre y firma de testigos.

Como puede apreciarse, no se prevé entre los aspectos por registrar o verificar que se haya brindado la información acerca de los beneficios o riesgos que implica el procedimiento o intervención que se llevará a cabo, o el significado de no someterse a él, ni tampoco los métodos utilizados para asegurar la comprensión de la información por parte de la persona que recibe la atención, en especial si se trata de mujeres indígenas, a quienes no sólo debe darse la información en su lengua, sino asegurar un lenguaje comprensible y adecuado culturalmente.

f. Servicios de atención de salud en casos de violencia familiar y sexual. Debido a que la violencia familiar y sexual afecta, en su mayoría, a mujeres, niñas y niños, resulta relevante lo previsto por la NOM-046-SSA2-2005 acerca de la prevención y atención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Esta norma establece los criterios de atención en los casos de violencia familiar y sexual, así como criterios para su prevención.

En materia de prevención, se contempla la promoción de acciones conjuntas con autoridades comunitarias y municipales, entre otras, siempre y cuando no contravenga la propia norma (a/6.1.2.2.).

Respecto a la atención médica en casos de violencia familiar o sexual, se establece como criterio para la detección y diagnóstico realizar entrevista con la persona afectada sin juicio de valor ni prejuicio, previendo, en caso de desconocimiento o manejo deficiente del español, el apoyo de un traductor (a/6.2.1.3).

Los datos que se prevén para el registro, además de la entrevista y el examen físico, son nombre de la/el usuaria/o afectada/o, tiempo que refiere de vivir en situación de violencia, estado físico y mental que se deriva del examen y de la entrevista, descripción

minuciosa de lesiones o daños relacionados con el maltrato, causas probables que las originaron, procedimientos diagnósticos efectuados, diagnóstico, tratamiento médico y orientación que se proporcionó y, en su caso, los datos de la o las personas que menciona como probables responsables (a/6.2.1.4). Sin embargo, no se establece rubro alguno que registre información sobre su pertenencia étnica o identidad cultural. Tampoco se considera su pertenencia étnica o el contexto cultural para el tratamiento y la rehabilitación (a/6.3.), omisión que se advierte también cuando se hace referencia al desarrollo de procedimientos específicos para la atención de la violación sexual (a/6.4.).

Por último, llama la atención que ni en la previsión de capacitación ni en la sensibilización al personal de salud (a/6.7.2.) se prevé la inclusión de tema alguno sobre especificidades culturales o derechos de los pueblos y mujeres indígenas, aunque en el primer párrafo de la introducción de la norma se haga referencia a la tutela que realiza la Constitución de derechos específicos que se refieren al establecimiento de condiciones para el desarrollo y desenvolvimiento de los individuos, las familias, las comunidades y pueblos indígenas.

g. Servicios de planificación familiar. De acuerdo con la NOM-005-SSA2-1993 que regula los servicios de planificación familiar, éstos incluyen la consejería en planificación que proporcione información, orientación y apoyo educativo a las personas y a las parejas que les permitan tomar decisiones voluntarias, conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva, con particular atención a ciertos grupos e individuos, entre ellos a la población de diferentes etnias (indígenas) (a/4.4.1.2.); sin embargo, la NOM no prevé elementos específicos para dar atención diferenciada a mujeres indígenas con motivo de los requerimientos particulares que tienen en razón de su identidad cultural y étnica.

h. Prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia. El SNS ofrece también servicios de prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia

de la mujer, los cuales están regulados en la NOM-035-SSA2-2002, que establece también criterios para brindar la atención médica. Esta norma prevé que la orientación-consejería debe ser impartida “con enfoque de género, por personal de salud que haya recibido capacitación específica y esté ampliamente informado sobre todos los procedimientos y lineamientos para el manejo de la mujer en la perimenopausia y la postmenopausia” (a/7.2.1.), pero no hace referencia alguna al enfoque cultural en la atención de mujeres indígenas.

IV.2.5. MODELO DE ATENCIÓN A LA SALUD

A partir de la reforma del año 2003 a la LGS, en la que se incorpora el Sistema de Protección Social en Salud, y con ello se da origen al Seguro Popular, se crea también un nuevo modelo de atención denominado Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS).

El MIDAS propone una articulación funcional de los componentes del SNS para lograr la integralidad de la atención a población abierta que no cuenta con seguridad social, entre la que se ubica la mayor parte de la población indígena.

Para ello, propone un sistema que permita complementar los servicios que prestan las unidades médicas a través del sistema de referencia y contrarreferencia —explicado cuando se abordaron los niveles de atención—. Además, se plantea una nueva categorización de unidades de atención a la salud, conformada por:

a. Casas de salud. Son unidades auxiliares que se ubican en comunidades rurales dispersas, atendidas por promotores de salud o auxiliares de enfermería. Brindan servicios de primeros auxilios y de enlace con el centro de salud más cercano. También realizan funciones de censo, vigilancia y apoyo a programas nacionales de salud. En ellas operan las brigadas móviles llamadas *Caravanas de Salud*, integradas por un/a médico/a, un/a enfermero/a y un/a trabajador/a comunitario/a.

Este programa de Caravanas de Salud tiene el objetivo de proporcionar servicios regulares de promoción, prevención y atención médica y odontológica a la población que habita en localidades geográficamente dispersas y de difícil acceso. Brindan atención mediante la afiliación al Seguro Popular y el Seguro para una Nueva Generación con base en el CAUSES y las acciones en salud que otorga el Programa Oportunidades.

b. Centros de salud. De ellos hay dos tipos: los rurales y los que atienden población no dispersa y urbana.

- *Centros de salud rurales.* Se ubican en zonas rurales con población dispersa. Cuentan con un consultorio y su núcleo primario correspondiente (médico/a, enfermero/a y, en ocasiones, promotor de salud). En este tipo de unidad se proporciona atención clínica básica. Ofrece servicios de consulta externa por edad y sexo de acuerdo con la línea de vida. Constituye también la unidad encargada de proporcionar servicios básicos de salud a la comunidad (promoción de la salud, saneamiento ambiental, detección y control de riesgos, diagnóstico comunitario temprano de enfermedades) Dentro de los servicios que se contempla que presten los centros de salud se encuentra el control y seguimiento de mujeres embarazadas, si bien se precisa que cuando se detecten embarazos de alto riesgo se atenderán en lo que se denomina *Módulo Mater* más próximo.
- *Centros de salud para población rural no dispersa y urbana.* Cuentan con de dos a doce consultorios y sus núcleos primarios correspondientes, sala de espera, sala de expulsión y consultorio de estomatología. Dependiendo del tamaño, pueden contar, además, con servicios de telecomunicación (radio, telefonía, sistemas informáticos para gestión de pacientes y telemedicina), farmacia, almacén, oficina para director y oficina para enfermería. En ellos se proporciona atención clínica integral, atención de urgencias y, cuando se ubican a menos de 30 minutos de un hospital de

referencia, atención del parto eutócico. Proporcionan asimismo servicios básicos de salud a la comunidad (promoción de la salud, saneamiento ambiental, detección y control de riesgos, diagnóstico comunitario temprano de enfermedades). Cuando cuentan con más de tres núcleos básicos, ofrecen servicios matutinos y vespertinos los 365 días del año y atención de urgencias las 24 horas del día. Es importante resaltar que, para su adecuado funcionamiento, se prevé que los centros de salud cuenten con radio-comunicación y ambulancia o apoyo vehicular.

c. Centros de salud con servicios ampliados (CESSA).

Cuentan con de seis a doce consultorios y sus núcleos primarios correspondientes, y están diseñados para ofrecer atención primaria a la salud integral con un alto nivel resolutivo. Adicionalmente a los servicios de consulta externa del centro de salud, ofrecen servicios de medicina familiar, medicina de especialidades, estomatología, medicina comunitaria, servicios de laboratorio, y servicios de imagenología y telemedicina. Tienen capacidad para la atención de partos no complicados cuando se ubican a menos de 30 minutos de un hospital de referencia, y para atención inicial de urgencias obstétricas. En este tipo de unidad se proporciona atención de urgencias las 24 horas del día los 365 días del año.

d. Hospitales comunitarios. Son los centros de referencia para servicios de especialidad básica. Consisten en unidades hospitalarias con alta capacidad resolutiva en medicina familiar, urgencias y padecimientos de alta prevalencia, que requieren de servicios de medicina interna, cirugía general, traumatología, gineco-obstetricia y pediatría. Cuentan con un área de consulta externa, servicio de urgencias, área de toco-cirugía, sala de cirugía y área de hospitalización. Disponen también de laboratorio clínico, gabinete de imagenología, unidad de transfusión sanguínea y unidad de epidemiología. Como centros de referencia, están conectados por radio, telefonía y/o red informática con los centros de salud

y con los CESSA, así como con los centros hospitalarios de mayor especialidad y con la jurisdicción sanitaria con los que cooperan en la atención de sus pacientes. Deben contar con servicio de telemedicina y con capacidad para traslado de pacientes.

Estos hospitales deben tener Módulo Mater para el control y seguimiento de embarazos de alto riesgo, así como capacidad de estabilización y traslado de emergencias obstétricas y neonatales.

El Módulo Mater es el consultorio que cuenta con médico y enfermera capacitados, ultrasonido, tococardiógrafo, mesa de exploración y estetoscopio de Pinard, con servicio las 24 horas durante los 365 días del año.

Se establece también que, dependiendo de las características socioculturales de su población, puede incorporar servicios de medicina tradicional y complementaria. De acuerdo con el MIDAS, las unidades de salud cuentan con servicios de atención domiciliaria en casos de urgencia o de imposibilidad de traslado de los pacientes.

e. Hospitales generales. Son establecimientos de atención hospitalaria y consulta externa en las cuatro especialidades básicas (pediatría, gineco-obstetricia, medicina interna y cirugía general), apoyados por especialidades médico-quirúrgicas y otras especialidades.

f. Unidades de especialidades médicas (UNEMES). Son unidades de atención ambulatoria que aprovechan avances recientes en la tecnología que permiten ofrecer servicios de especialidad y alta especialidad en ambientes no hospitalarios. Cada UNEME puede estar constituida, de manera flexible y en función de las necesidades epidemiológicas y de demanda a las que debe responder, por diferentes tipos de servicios, desde uno hasta varios bajo el mismo techo, como: diagnóstico, cirugía ambulatoria, hemodiálisis, oncología, prevención y atención de enfermedades de transmisión sexual, salud mental y rehabilitación.

g. Otras unidades de apoyo. Se trata de centros de imagen, laboratorios clínicos, laboratorios de patología, etcétera.

IV.2.6. POLÍTICA DE ATENCIÓN DE LA SALUD DE PUEBLOS Y MUJERES INDÍGENAS

La Constitución mexicana reconoce de manera expresa la necesidad de abatir las carencias y rezagos que afectan a los pueblos y comunidades indígenas. Para ello establece la obligación de la Federación, los estados y los municipios de asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud a los pueblos y comunidades indígenas mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional (a/2 apartado B.III).

Con la misma finalidad, establece la obligación de propiciar la incorporación de las mujeres indígenas al desarrollo mediante la protección de su salud, entre otros factores (a/2 apartado B.V).

Las carencias y rezagos que afectan a los pueblos y comunidades indígenas, como lo refiere la Constitución, llevan también al Estado a ordenar el establecimiento de instituciones y políticas necesarias para garantizar la vigencia de los derechos de los pueblos y comunidades indígenas, así como de las personas que pertenecen a ellos, reconociendo que dichas políticas e instituciones deben ser diseñadas y operadas de manera conjunta con ellos (a/2 apartado B.III) con el fin de eliminar cualquier práctica discriminatoria y de promover la igualdad de oportunidades de los pueblos indígenas. Cabe resaltar que la Constitución federal, en esta última parte, se refiere a la promoción de la igualdad de oportunidades y no a asegurar la adopción de las medidas necesarias y suficientes que garanticen el ejercicio efectivo de los derechos sin discriminación, lenguaje que aparece también en las leyes secundarias y en los programas que más adelante se detallarán.

En este sentido, para lograr los fines mencionados se han creado diversos planes y programas que se derivan del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2007-2012.

a. El Plan Nacional de Desarrollo. En materia de salud, el PND establece el objetivo de reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables, entre los que ubica a los pueblos y comunidades indígenas. Para lograr este objetivo establece como estrategias: promover la salud reproductiva y la salud materna y perinatal; ampliar la cobertura de servicios de salud mediante unidades móviles y el impulso de la telemedicina.

Otro de los objetivos del PND es evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal. Para ello plantea el acceso de la población con mayores carencias a los servicios públicos de salud por medio de su incorporación al Seguro Popular y a los programas para no asegurados de que disponen la Secretaría de Salud y el IMSS.

A continuación se hará referencia a los programas que interesan para los fines de este trabajo porque fueron creados con el propósito de cumplir con el mandato constitucional de asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud a los pueblos y comunidades indígenas mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional (a/2 apartado B .III). Se trata de los siguientes:

- Programa Nacional de Salud 2007-2012
- Programa de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas
- Programa Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas 2007-2012
- Programa de Acción Específica 2007-2012, que incluye el Programa de Interculturalidad en Salud y el Programa de Medicina Tradicional y Sistemas Complementarios
- Proyecto de Atención de Tercer Nivel

b. Programa Nacional de Salud. El Programa Nacional de Salud (PNS) 2007-2012, elaborado en el marco del PND, se propone también reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas, así como prestar servicios de salud con calidad y seguridad.

Entre las líneas de acción que prevé para cumplir con este último objetivo se encuentra la de promover políticas interculturales de respeto a la dignidad y derechos humanos de las personas. Cabe resaltar que esta línea de acción se ubica en la lógica de brindar servicios de calidad y seguridad, sin mencionar que tales se llevarán a cabo en el marco del respeto a derechos diferenciados de sectores como los pueblos y comunidades indígenas y las personas que pertenecen a ellas.

Para promover estas políticas interculturales se propone lo siguiente:

- incorporar el enfoque intercultural, de género y de derechos humanos en la capacitación del personal de salud en formación
- capacitar al personal administrativo, clínico y directivo de todas las unidades de atención
- promover adecuaciones interculturales en la operación de los servicios y en el diseño de los espacios para la atención de la salud a fin de disminuir las barreras culturales en el acceso a los servicios

Es importante precisar que las propuestas que se formulan se limitan al ámbito de la promoción de la adecuación intercultural en la operación de los servicios de salud. Sólo en el caso de la capacitación sí se establece como imperativo la incorporación de un enfoque intercultural, de género y de derechos humanos; sin embargo, en la operatividad de los servicios de salud que se brindan sólo se propone *promover*, lo cual no garantiza una adecuación cultural en razón de derechos diferenciados, como es el caso de los pueblos y las mujeres indígenas, pues queda al arbitrio del personal

que brinda el servicio, sin que se generen normas y mecanismos institucionales que aseguren la adecuación necesaria en razón de los derechos reconocidos.

Aunado a lo ya limitado de las acciones que se proponen, las metas planteadas para el año 2012 resultan aún más limitadas. Para ese año, el PNS se propuso haber difundido en diez estados de la República los modelos interculturales para el fortalecimiento del SNS y haber impartido un curso de formación de capacitadores/as en género y salud en la totalidad de las entidades federativas. Debido a recortes presupuestales, estas metas fueron modificadas para reducirse a sólo tres entidades.⁶⁰

El PNS, al igual que el PND, en el marco del objetivo constitucional en salud se propone también extender la cobertura de atención a las zonas altamente marginadas con escaso o nulo acceso a servicios de salud a través de las Caravanas de Salud que brindan la atención médica limitada que ofrecen el Seguro Popular y el Programa Oportunidades.

Respecto a la medicina tradicional, el PNS retoma el objetivo constitucional de aprovechar debidamente la medicina tradicional y se propone incrementar el conocimiento de las medicinas tradicional y complementarias mediante el diseño e instrumentación de una política de capacitación para ampliar el conocimiento de las mismas entre los prestadores y usuarios de los servicios de salud. Además, propone promover su utilización de acuerdo con la demanda que de ellas haga la población y fortalecer los servicios de salud a través de la incorporación gradual de servicios de ambas medicinas en aquellas unidades de salud en las que exista la demanda de los servicios.

60 Información de acuerdo con el documento de seguimiento de metas del Programa Nacional de Salud, a cargo de la Dirección de Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud, de la Dirección General de Evaluación del Desempeño, de la Secretaría de Salud. Disponible en: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/descargas/seg_metas/Formatos_Cuadros_SM.pdf

c. Programa de atención a la salud de los pueblos indígenas.

El Programa de atención a la salud de los pueblos indígenas se creó siguiendo el objetivo del PNS, contenido también en el PND, de reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas.

Este programa está dirigido únicamente a las 101 comunidades con más alto grado de marginación, en un universo de siete estados (Chiapas, Durango, Guerrero, Nayarit, Oaxaca, Puebla y Veracruz). Entre sus objetivos se encuentra lograr que las intervenciones de atención y promoción de la salud para los pueblos indígenas se realicen con enfoque intercultural, perspectiva de género y respeto a los derechos humanos en salud.

Para lograr el objetivo propuesto, este programa se plantea incorporar el enfoque intercultural, de género y de derechos humanos en la capacitación del personal de salud en formación e implantar la política de interculturalidad en todos los programas de capacitación; instrumentar el modelo operativo de las Caravanas de Salud de manera prioritaria en los municipios de menor índice de desarrollo humano e incrementar el conocimiento de las medicinas tradicionales y complementarias, promoviendo su utilización segura de acuerdo con la demanda que de ellas haga la población. Sin embargo, en el recuento de acciones se incluyeron únicamente las que cada institución involucrada decidió llevar a cabo.

Cabe resaltar que este programa específico de atención a pueblos indígenas sólo se plantea como acción la promoción de la medicina tradicional, aunque entre sus objetivos se encuentra lograr que la atención de la salud de los pueblos indígenas se realice con enfoque intercultural, perspectiva de género y respeto a los derechos humanos en salud. Sin embargo, no incluye acciones tendientes a asegurar que los servicios de atención a la salud sean adecuados culturalmente ni la utilización de la medicina tradicional.

d. Programa Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Este programa, creado para el periodo 2009-2012, se

propone promover el derecho a la salud y seguridad social de la población indígena con respeto a sus particularidades culturales y lingüísticas. Se plantea llevar a cabo dicha promoción mediante las siguientes acciones:

- capacitación y sensibilización del personal de salud
- promoción de colaboración y participación de médicos tradicionales, parteras y auxiliares de salud indígena y de unidades médicas acorde con la diversidad cultural
- promoción del parto vertical apoyado por parteras indígenas

Entre las acciones que se plantea, no aparecen medidas específicas que garanticen efectivamente la adecuación cultural y el respeto a los derechos de los pueblos y mujeres indígenas.

e. Programa de Acción Específico. El Programa de Acción Específico 2007-2012 contempla dos programas de interculturalidad: el Programa de Interculturalidad en Salud y el Programa de Medicina Tradicional y Sistemas Complementarios.

Programa de Interculturalidad en Salud. Este programa se creó con el objetivo de mejorar la calidad y el acceso a la atención a la salud de la población, considerando la diversidad cultural en el marco de un sistema de atención a la salud complementario e intercultural. De manera específica se propone: a) incorporar la medicina tradicional y la partería indígena en las redes de servicios de salud; b) fortalecer la infraestructura comunitaria y la inclusión de los modelos interculturales en las redes de servicios y espacios de salud; y c) lograr la acreditación intercultural de unidades de salud fijas y móviles afiliadas al SPSS ubicadas en regiones indígenas.

Para alcanzar sus propósitos se plantea:

- difundir en las entidades federativas los modelos de nuevas unidades de salud con elementos interculturales
- impulsar mecanismos de coordinación entre el gobierno federal, gobiernos estatales y municipales, por un lado, y

autoridades y organizaciones indígenas, por el otro, en el diseño y operación de los programas dirigidos al desarrollo de los pueblos y comunidades indígenas.

En el marco de estos objetivos, la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural de la Secretaría de Salud (DMTDISS) ha elaborado una Guía de Implantación Intercultural,⁶¹ la cual contiene una propuesta detallada para la implementación de un modelo para el fortalecimiento de los servicios de salud con la medicina tradicional. A pesar de la importancia de lo que se plantea, es importante destacar que la propia guía concluye expresando que, si bien existe el marco legal y normativo que permite impulsar el desarrollo de la medicina tradicional, es necesario agregar visión y voluntad política y operativa,⁶² lo cual hace pensar que falta mucho por hacer al respecto.

Programa Medicina Tradicional y Sistemas Complementarios. Este programa tiene como objetivo incorporar la medicina tradicional en el SNS, proponiéndose como estrategias:

- encuentros interculturales y de enriquecimiento mutuo entre personal de salud y parteras y terapeutas tradicionales
- aprovechamiento de elementos como el parto vertical y los remedios y medicamentos herbolarios
- incorporación de los terapeutas tradicionales en las redes de servicio

En el marco de este programa se ha diseñado el *Modelo de atención intercultural de las mujeres en el trabajo de parto en posición vertical en*

61 Guía de Implantación Intercultural. Fortalecimiento de los Servicios de Salud con Medicina Tradicional. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. Secretaría de Salud. Consultado el 12 de octubre de 2011 en: http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dmtdi/Fortalecimiento_Servicios_Medicina_Tradicional.pdf

62 Programa de Acción Específico 2007-2012. Medicina Tradicional y Sistemas Complementarios. Conclusiones. Disponible en: <http://www.dgplades.salud.gob.mx/interior/paes.html>

los servicios de salud, que tiene entre sus objetivos informar a los tomadores de decisiones del sector salud sobre los fundamentos normativos, científicos y culturales de la atención intercultural de las mujeres en trabajo de parto en posición vertical.

Lo que se encontró es que ninguno de los modelos interculturales que se ha mencionado es de aplicación obligatoria, ya que no existe normatividad que les dé carácter vinculante, quedando su aplicación a criterio y voluntad del personal de salud, así como de las personas que toman decisiones. Además, si no existe en la esfera estatal un programa bien definido que retome estas decisiones federales, es casi imposible que haya acciones en las comunidades participantes de este estudio.

f. Proyecto de Atención de Tercer Nivel. Por último se encuentra el Proyecto de Atención de Tercer Nivel, que es operado desde 1981, primero por el entonces Instituto Nacional Indigenista y actualmente por la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI). Consiste en otorgar “apoyos” a dependencias, entidades y organizaciones de la sociedad civil para que realicen acciones dirigidas a gestionar y otorgar servicios de atención médica de alta especialidad que requieran pacientes indígenas.

Los apoyos contemplan gastos de pasaje, alimentación, medicamentos, servicios e insumos complementarios, como prótesis, además de la atención médica hospitalaria. El otorgamiento de estos apoyos está sujeto a la existencia de suficiencia presupuestaria de la CDI.⁶³

63 Lineamientos Específicos para la Operación del Proyecto Atención de Tercer Nivel y el acuerdo por el que se modifican. Disponible en: http://www.cdi.gob.mx/media/pdf/lineamientos_especificos_para_la_operacion_del_proyecto_atencion_de_tercer_nivel.pdf

IV.3. EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD DE DAMASCO, OCOSINGO, CHIAPAS (TZELTAL), Y DE JALTEPEC DE CANDAYOC, MIXE, OAXACA

El panorama de acceso a los servicios de atención de salud que se ha descrito brevemente en el capítulo anterior se concreta de manera particular en cada entidad federativa, en cada municipio y, desde luego, en la realidad que viven los pueblos y las mujeres indígenas en cada comunidad. De lo que se trata aquí es de presentar una mirada sobre lo que ocurre al respecto en las comunidades Jaltepec de Candayoc, Mixe, Oaxaca, y Damasco, Ocosingo, Chiapas, participantes en el proceso de investigación. Para ello se hace a continuación un acercamiento a cada comunidad.

IV.3.1. JALTEPEC DE CANDAYOC

Jaltepec de Candayoc se ubica al noroeste del estado de Oaxaca, en la región de la Sierra Norte y de la Sierra Madre del Sur. Es parte del Distrito Mixe y del municipio de San Juan Cotzocón.

Jaltepec de Candayoc es parte del pueblo y territorio mixe, que comprende una superficie de 6 470 km² y constituye 6.8% de la superficie total del estado de Oaxaca. Se ubica al noreste del estado, en la región de la Sierra Norte y de la Sierra Madre del Sur. El territorio mixe se conforma por 19 municipios; 17 pertenecen al

Distrito Mixe y dos al Distrito de Yautepec. Jaltepec de Candayoc forma parte del municipio de San Juan Cotzocón, Distrito Mixe, y cuenta con 1 770 habitantes (INEGI, 2010).

Es una comunidad en la que parte importante de su población adulta es hablante de *aynuke* (mixe), su lengua materna. Es

monolingüe 80% de las y los ancianos; las personas de entre 30 y 40 años hablan su lengua materna, mientras que sólo 10% de jóvenes es bilingüe y dos de cada diez personas de entre 12 y 25 años entiende el *ayuuik*. Las niñas y niños de entre 3 y 11 años sólo hablan español (Herrera y Suárez, 2011:27).

En la comunidad, gran cantidad de personas utiliza la medicina doméstica y la medicina y métodos tradicionales para la atención de los padecimientos. Por lo general, son las mujeres quienes se encargan de atender o gestionar la atención de la salud en las familias.

La comunidad de Jaltepec de Candayoc aún conserva su forma de organización tradicional. La máxima autoridad es la asamblea comunitaria, integrada por aproximadamente 500 comuneros, con un porcentaje aproximado de 90% hombres y 10% mujeres. La calidad de comunero se obtiene a partir de los 18 años para los hombres; en el caso de las mujeres, su

participación como comuneras es derivada de la ausencia del esposo, ya sea por emigración o por viudez (Herrera y Suárez, 2011:33).

En el sistema tradicional de cargos que existe en la Comunidad, se encuentra el Comité del centro de salud, que se encarga de conocer las necesidades de la clínica, mantener limpia el área e ir a la ciudad de Juchitán por medicamentos y vacunas para la comunidad (Herrera y Suárez, 2011:34).

De su población, 70% está afiliada al Seguro Popular, 1.5% al ISSSTE, 0.5 al IMSS y 27.5% no está afiliada a ningún programa o institución de salud (INEGI, 2010).

Las principales enfermedades que se padecen en la comunidad son: diabetes, hipertensión y obesidad. En la población infantil, más de la mitad de los 274 niños/as en control médico padece de obesidad (Herrera y Suárez, 2011:37).

En la comunidad, gran cantidad de personas utiliza la medicina doméstica y la medicina y métodos tradicionales para la atención de los padecimientos. Por lo general, en las familias son las mujeres

quienes se encargan de atender o gestionar la atención de la salud. Sólo acuden a la clínica cuando no les da resultado y cuentan con recursos económicos para comprar la medicina y pagar 5 pesos que por acuerdo comunitario se cobra por consulta. Existen parteras —por lo menos dos activas—, hueseros —dos—, sobadores y curanderas/os —cinco— que brindan atención de la salud en la comunidad utilizando medicinas y métodos tradicionales. Las parteras no tienen comunicación ni relación con el centro de salud. Se recibió información de que hace algunos años, una doctora les convocó para enseñarles curación de heridas y darles mayores herramientas para hacer su trabajo, pero que no han vuelto a tener ese intercambio.

Servicios de salud. El municipio de San Juan Cotzocón, Distrito de Zacatepec, Mixe, Oaxaca, del que Jaltepec de Candayoc es agencia municipal, cuenta con las siguientes unidades de salud (Servicios de Salud de Oaxaca, 2011):

- cinco centros de salud de la Secretaría de Salud (sso) ubicados en las comunidades El Porvenir, Matamoros, el Tesoro, la Libertad y Jaltepec de Candayoc
- una unidad móvil en la comunidad de Benito Juárez
- un hospital general en la agencia municipal de María Lombardo de Caso, ubicado a 25 km aproximadamente de la comunidad de Jaltepec de Candayoc
- una unidad de consulta externa del ISSSTE en María Lombardo de Caso
- una unidad de consulta externa del IMSS-Oportunidades
- seis unidades médicas rurales para consulta externa del IMSS-Oportunidades se encuentran en las comunidades de San Juan Cotzocón, Arroyo Peña Amarilla, San Juan Oztolotepec, el Paraíso, Santa María Puxmetacán y San Felipe Zihualtepec

Cuando quienes integran la comunidad de Jaltepec de Candayoc requieren de servicios de salud de especialidades, encuentran en

Oaxaca tres hospitales: el hospital general con especialidades en el puerto de Salina Cruz —a cinco horas aproximadamente—, el Hospital de Atención a la Niñez y el Hospital Regional de Alta Especialidad, ubicados en el municipio de San Bartolo Coyotepec, a once horas de distancia en transporte público.

El centro de salud ubicado en la comunidad de Jaltepec de Candayoc pertenece a los Servicios de Salud de Oaxaca (sso) y es atendido por una médica, un médico pasante en servicio social y un enfermero. Ninguna de estas personas habla mixe. La atención que ofrece a la comunidad es de primer nivel, esto es, preventiva e informativa con atención ambulatoria y servicios básicos de salud, tales como promoción de la salud y saneamiento ambiental. No cuenta con atención de medicina tradicional.

De acuerdo con la información proporcionada por la Secretaría de Salud del estado, mediante el sistema Infomex, dicho centro de salud brinda servicios de consulta externa programada y de urgencia, medicina preventiva y promoción a la salud, así como atención de partos y emergencias obstétricas, al contar con el personal capacitado para ello, con un horario de 8 a 20 horas, de lunes a domingo y urgencias las 24 horas,⁶⁴ siendo remitidos al hospital de María Lombardo los partos en caso de complicaciones. Si surgiera alguna emergencia obstétrica, se requeriría hacer un traslado hasta la ciudad de Tuxtepec, ubicada a cuatro horas de la Comunidad.

No obstante lo informado por la Secretaría de Salud del estado, las/os habitantes de la comunidad expresaron que no son atendidos los partos en el centro de salud, sino que todos son remitidos al hospital de María Lombardo, además de no contar con servicios de urgencias las 24 horas del día, ni con visitas domiciliarias, siendo estas dos cuestiones las que más les preocupan, al manifestar la imperiosa necesidad de contar con atención en caso de urgencias y

64 Contestación a las preguntas 32 y 33 de la solicitud de información con número 67 realizada a la Secretaría de Salud del gobierno de Oaxaca en fecha 25 de octubre de 2011.

su inconformidad con el hecho de que las y los niños ya no nacen en la comunidad, afectando con ello su ciudadanía jaltepecana.

En la comunidad de Jaltepec, de 541 hogares, en 301 las familias son beneficiarias del Programa Oportunidades (SEDESOL, 2011), por lo que reciben la atención prevista en el Paquete Básico de Salud que se explica en el inciso c del apartado *IV.2.3*; estos servicios se reciben en el centro de salud que existe en la comunidad, cuya atención está limitada a acciones preventivas. Las familias beneficiarias del Programa Oportunidades se encuentran afiliadas al Seguro Popular, mediante el cual, como ya se dijo, tienen la posibilidad de recibir atención de segundo nivel, de acuerdo con el catálogo de intervenciones que éste establece. Hay personas en la comunidad que no saben de su afiliación al Seguro Popular ni de los servicios a que ello les da derecho.

Para la atención de segundo nivel, las personas afiliadas al Seguro Popular son remitidas al hospital de María Lombardo de los sos, debiendo trasladarse en transporte colectivo con un costo aproximado de 50 pesos o pagar un transporte especial de 300 pesos aproximadamente, viaje redondo. A pesar de que dentro del Sistema Nacional de Salud existe un modelo integral de atención de la salud (MIDAS) que prevé que para el debido funcionamiento del sistema las unidades de primer nivel deben contar con una ambulancia o vehículo para el traslado de pacientes, el centro de salud de Jaltepec de Candayoc no cuenta con ninguno de ellos.

Aunado a lo anterior, la atención médica que se brinda en muchos casos no es resolutive. Por una parte, no se les dan los medicamentos a los pacientes para poder llevar a cabo el tratamiento, por lo que tienen que comprarlos por su cuenta, lo que no es posible ante la carencia de recursos económicos, por no hablar del costo que significa regresar al hospital para continuar con el tratamiento y para una nueva revisión, razones por las que muchas personas no regresan, además de la limitación de la atención a ciertos padecimientos que cubre el Seguro Popular. En el taller realizado en la comunidad de Jaltepec de Candayoc, los participantes expresaron:

Sólo a veces hay medicinas cuando se las dan a los doctores y cuando no se las dan o no van por ellas o no hay dinero porque no se reunió lo suficiente con las consultas que tuvieron, entonces no pueden ir por las medicinas; había gente que no pagaba las consultas y entonces no se juntaba dinero porque hay que pagar pasaje para que el Comité vaya por las medicinas (partera que también trabaja en el campo, de 75 años, de Jaltepec).

Es mejor buscar apoyo médico fuera porque nos limita mucho el Seguro Popular, cuando me he enfermado en caso de infección ha sido con médico particular (empleado de 45 años, de Jaltepec).

Las personas que no son beneficiarias del Programa Oportunidades y que tampoco se encuentran afiliadas al Seguro Popular se atienden, en su mayoría, con medicina tradicional. Sólo quienes cuentan con recursos económicos acuden también a servicios particulares a María Lombardo, a Tuxtepec, a Veracruz, a Oaxaca o a la ciudad de México.

IV.3.2. DAMASCO, OCOSINGO, CHIAPAS

Damasco es parte del municipio de Ocosingo del estado de Chiapas, uno de los que cuenta con mayor porcentaje de hablantes de lengua indígena en México: 80%.

Damasco es parte del pueblo tzeltal. Perteneció al municipio de Ocosingo del estado de Chiapas. Cuenta con 2 380 habitantes y 378 viviendas (INEGI, 2010). Ocosingo es uno de los municipios que cuenta con mayor porcentaje de hablantes de lengua indígena en México: 80% (SEDESOL, 2012).

En 2010, 49.45% de la población en Damasco no era derechohabiente de servicios de salud, dato que contrasta con el censo de 2005 en el que el porcentaje de la población sin derechohabiencia era de 98.04% (SEDESOL, 2012). Cabe aclarar que el INEGI contabiliza a las personas afiliadas al Seguro Popular como derechohabientes, aunque los servicios de salud que se brindan en el marco del Seguro Popular no son los mismos que ofrecen las instituciones de seguridad social.

La comunidad de Damasco conserva la forma de organización tradicional, siendo la asamblea comunitaria la máxima autoridad. Dentro de esta organización cuentan con un comité de salud que realiza las funciones de coordinación con las instituciones de salud federales y del estado.

Las principales enfermedades en la comunidad son: diabetes, enfermedades infecciosas y respiratorias. En las mujeres son recurrentes los padecimientos de cáncer de mama y cérvico-uterino, así como infecciones vaginales de transmisión sexual, debido a que hay casos en los que los esposos se contagian cuando salen de la comunidad en busca de trabajo y tienen relación sin protección con otras mujeres.

La mayoría de las personas en la Comunidad se atienden con medicina tradicional por las siguientes razones: por ser la medicina en la que tienen confianza sin que les signifique un costo que no puedan cubrir; por la ineficacia de la atención que reciben en la unidad del IMSS-Oportunidades; y/o por carecer de recursos económicos para atenderse con un médico/a particular o para trasladarse a las instituciones públicas de salud. Se sabe de personas adultas mayores que jamás han acudido con un médico/a alópata.

En la comunidad existen por lo menos diez parteras activas con quienes se atienden principalmente las mujeres en sus partos; también hay cuatro curanderas/os que brindan atención a la comunidad. Ninguno tiene comunicación ni relación con la unidad del IMSS-Oportunidades que se ubica en la comunidad.

Servicios de salud. El municipio de Ocosingo, del que forma parte Damasco, cuenta con los siguientes servicios de salud:

- 33 Casas de Salud ubicadas en las localidades de Aurora, Buenavista, Amador Hernández, Balaxte, Benito Juárez Mirarmar, Candelaria, Dolores de las Palmas, El Censo, El Guanál, El Jardín, El Progreso, El Zapotal, La Arena, La Aurora, La Cueva, La Frontera, La Unión, Las Champas Canchanivaltic, Las Tazas, Miguel Hidalgo, Nueva Libertad, Israel, Nuevo Durango, Nuevo Mariscal, Ojo de Agua, Santa Martha Corozal, Perla de Acapulco, Pueblo Nuevo Uno, San Antonio las Delicias Pamalá, San Francisco, San José La Soledad, San Marcos y Santa Lucía.
- 19 centros de salud con un núcleo básico, esto es, con un médico/a, un/a pasante en medicina y un/a enfermero/a, ubicados en las localidades de San Martín, La Reforma, Los Quinichez, Yaxala, Nueva Patria, Ixcán, Chavarico Las Palmas, Congregación Virginia, Frontera Corozal, La Soledad, La Trinidad, Nazareth, Nueva Morelia, Patihuitz, Ramón Balboa, San Juan Rómulo Calzada, Santa Elena, Santo Domingo y Yaxoquimtela
- tres centros de salud con hospitalización ubicados en Nueva Palestina, Ocosingo y San Quintín
- dos hospitales comunitarios ubicados en Santo Domingo y Ocosingo
- un hospital IMSS-Oportunidades en Ocosingo
- 25 unidades de consulta externa del IMSS-Oportunidades ubicadas en Abasolo, Campo Alegre, Damasco, La Frontera, Lacanjá Tzeltal, San Quintín, El Sibal, Tenango, El Tumbo, Ubilio García, Nuevo Canán, San Jacinto, Santo Ton, Taniperla, Naha, Nuevo Franciso León, Viejo Velasco Suárez, El Limón, Cintalapa, Nuevo Monte Líbano, Sibaca, Cuxujá, Flor de Cacao, Pico de Oro y Las Tazas.
- cuatro unidades móviles ubicadas en Macedonia, Ocotál, Yaxala y Atotonilco

- un hospital del IMSS y una unidad de consulta externa del ISSSTE (Secretaría de Salud, 2011)

En el estado de Chiapas se cuenta con dos hospitales de las Culturas, uno en San Cristóbal de las Casas y otro en San Andrés Larráinzar. De acuerdo con el Instituto de Salud del Estado de Chiapas, en estos dos hospitales ha sido incorporada la atención con medicina tradicional, en particular la atención al parto en posición vertical.⁶⁵ Los alcances de la presente investigación no posibilitaron verificar en qué medida estos hospitales responden a la identidad y demandas de las comunidades indígenas usuarias.

En el estado existen también dos hospitales de la mujer, uno también en San Cristóbal de las Casas y otro en Comitán.

En la comunidad de Damasco se cuenta únicamente con una unidad de consulta externa del IMSS-Oportunidades, que brinda atención principalmente preventiva. El personal que atiende no habla tzeltal. En caso de requerir atención médica de segundo nivel, las personas tienen que trasladarse al hospital comunitario de Santo Domingo o al de la ciudad de Palenque, en el municipio del mismo nombre, que se encuentran a cuatro horas caminando o a una hora en transporte colectivo, con un costo de 60 pesos aproximadamente. El traslado en viaje particular cuesta alrededor de 600 pesos, costos que deben cubrir las personas que lo requieran, pues la clínica, al igual que en Jaltepec de Candayoc, no cuenta con ambulancia ni vehículo para el traslado de pacientes.

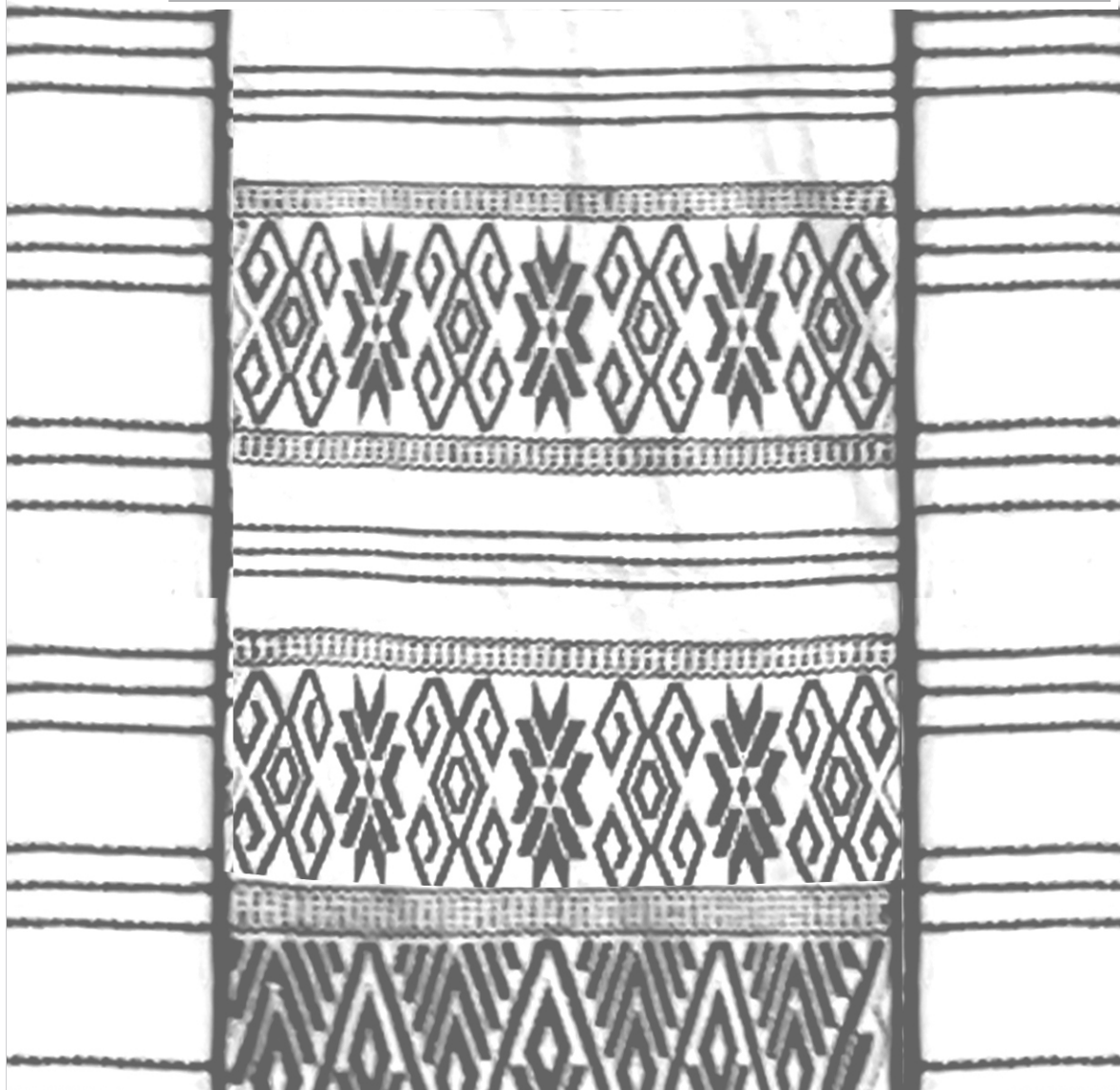
En Damasco, 352 familias son beneficiarias del Programa Oportunidades (SEDESOL, 2011) y es la unidad del IMSS-Oportunidades que se encuentra en la comunidad la que brinda el servicio de atención a la salud, limitado a acciones principalmente preventivas.

Sin embargo, aunado a la dificultad que significa el acceso a los servicios de salud, la atención que se brinda no es resolutoria, pues no les es proporcionado a los pacientes el medicamento para

65 Respuesta a la solicitud de acceso a la información pública número 3750 formulada el 26 de octubre de 2011 al Instituto de Salud de Chiapas. Oficio sin número de fecha 16 de noviembre de 2011.

que puedan llevar a cabo el tratamiento. En el trabajo de campo se expresó: “Me recetaron, pero tuve que comprar las medicinas porque en la clínica no la dan; compré dos cajitas, pero ya se me acabaron y ya no tengo dinero para comprar otras; me duele todavía, pero ya no pude comprar la medicina porque no tengo dinero” (ama de casa de 21 años, de Damasco).

V. ANÁLISIS DE RESULTADOS A LA LUZ DEL
DERECHO A LA SALUD Y A LA SALUD
REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES INDÍGENAS





De la revisión de documentos oficiales que soportan la estructura y funcionamiento del SNS en relación con los pueblos y las mujeres indígenas, entre ellos, la Constitución, los tratados internacionales firmados y ratificados por México, la Ley General de Salud, las normas oficiales mexicanas (NOM), así como los programas de desarrollo, salud y de atención a pueblos indígenas, se advierte que, si bien la Constitución y los tratados internacionales reconocen el derecho a la salud de los pueblos y mujeres indígenas, tal reconocimiento se diluye en el momento de convertirse en política pública.

A continuación, con base en la investigación llevada a cabo, se detallan los hallazgos que reflejan que tal reconocimiento se queda sólo en el terreno de la retórica sin que se materialice en las acciones que

El reconocimiento del derecho a la salud de los pueblos y mujeres indígenas, contenido en la Constitución y los tratados internacionales, se diluye en el momento de convertirse en política pública.

den concreción y contenido a las obligaciones del Estado de garantizar el acceso efectivo a los servicios de atención de la salud a los pueblos y mujeres indígenas.

El análisis de los hallazgos, a la luz del derecho de atención de la salud de los pueblos y las mujeres indígenas, se presenta

abordando cada uno de sus componentes, identificados en el apartado *IV.1.9*.

V.1. COHERENCIA DE LAS POLÍTICAS DE SALUD CON LA CULTURA Y COSMOVISIÓN DE LAS MUJERES Y DE LOS PUEBLOS A QUE PERTENECEN

La coherencia exige que los bienes, los servicios y la información que el Estado ofrezca a mujeres y pueblos indígenas esté basado en su concepción acerca de la salud, la sexualidad y la reproducción, en el respeto y fortalecimiento de las medicinas y métodos tradicionales de atender enfermedades, padecimientos, así como el cuidado del embarazo y la atención del parto y el postparto, incluida la forma de llevarlo a cabo.

Ello no se cumple, a pesar de que el Estado mexicano ha reconocido en la Carta Magna la composición pluricultural de la nación (CPM, a/2), fundada en la diversidad de los pueblos indígenas asentados originalmente en el territorio nacional, además de reconocer y asegurar la garantía del uso de su lengua, conocimientos y todos los elementos que constituyan su cultura e identidad, estableciendo la obligación de los tres niveles de gobierno de promover la igualdad de oportunidades de los/as indígenas y

eliminar cualquier práctica discriminatoria, asegurándoles, entre otros, el acceso efectivo a los servicios de salud, aprovechando debidamente la medicina tradicional.

Si bien la LGS (a/93) establece la obligación de reconocer, respetar y promover el desarrollo de la medicina tradicional indígena, y de que los programas de prestación de servicios de atención primaria de la salud que se desarrollan en los pueblos indígenas deban adaptarse a su estructura social y administrativa, así como a su concepción de la salud y de la relación del paciente con el médico, tales reconocimientos y obligaciones no se han traducido en medidas concretas en las normas operativas vinculantes que aseguren que las unidades de atención médica tomen en cuenta la cosmovisión de salud-enfermedad, así como las medicinas y métodos tradicionales para atenderla. Las unidades de atención no aseguran por lo menos la debida comunicación en su lengua a las mujeres indígenas. En las comunidades donde se realizó el trabajo de campo, se encontró que el personal de salud no habla la lengua

La mayoría de las mujeres indígenas no tienen acceso a seguridad social ni cuentan con recursos para acceder a los servicios privados. Su única opción son los programas del sector salud, que no son adecuados culturalmente, basados en derechos ni tienen perspectiva de género.

de las comunidades y tampoco existen medidas que aseguren los servicios de traducción, aunado a que el personal no aprovecha la medicina tradicional de las comunidades ni considera su concepción sobre salud-enfermedad.

Cabe hacer notar que las autoridades de salud del Estado de Oaxaca evadieron responder a la pregunta sobre las medidas adoptadas para dar al Programa Arranque Parejo para la Vida una adaptación a su cultura.⁶⁶

66 Respuesta a la pregunta 7 que se formuló en la solicitud 046/2012 emitida por la Secretaría de Salud del Estado de Oaxaca, contenida en el oficio de fecha 31 de agosto de 2012.

La mayoría de las mujeres indígenas, debido a las condiciones de marginación y empobrecimiento en las que se encuentran los pueblos a los que pertenecen, no tienen acceso a seguridad social ni cuentan con recursos para acceder a los servicios de salud del sector privado, por lo que son las principales destinatarias de los programas de combate a la pobreza y atención a la salud en zonas marginadas, como los programas Oportunidades e IMSS-Oportunidades.

Otra situación que se está dando es que, ante las cargas adicionales que está significando la operación del Programa Oportunidades al personal de las unidades de salud por llevar a cabo las actividades relacionadas con dicho programa, están descuidando o incluso desatendiendo a las personas que no se encuentran vinculadas con el mismo.

V.1. 1. GARANTÍA DE COMUNICARSE Y SER ATENDIDAS EN SU LENGUA

Las Reglas de Operación y los Lineamientos Operativos del Programa Oportunidades, implementado en la totalidad de los 1 200 municipios clasificados como indígenas,⁶⁷ son omisas en prever medidas que garanticen la adecuación cultural en la atención a la salud de personas beneficiarias en pueblos y comunidades indígenas. No se garantiza siquiera que el personal operativo hable la lengua propia de las comunidades en las que opera el programa, o que se cuente con mecanismos que aseguren la traducción, tanto en las consultas médicas como en los talleres de cuidado de la salud, cuya asistencia es una de las condicionantes para recibir los apoyos monetarios que brinda el programa y que se mantiene a cargo de las mujeres.

67 Comunicado de prensa núm. 26 de fecha 8 de septiembre de 2011, emitido por la Secretaría de Desarrollo Social. Disponible en: http://www.oportunidades.gob.mx/Portal/wb/Web/las_mujeres_indigenas_atendidas_por_oportunidades_ y consultado el 30 de octubre de 2011.

El conocimiento de la lengua es el paso previo para el conocimiento de la cultura y es indispensable, por lo menos la traducción, para la debida comunicación que posibilite la expresión del/la paciente sobre sus padecimientos, así como la debida información y explicación por parte del personal de salud.

Es de señalar que el área de comunicación social del Programa Oportunidades ha informado que se han entregado certificados de competencia a 27 de más de 200 promotores sociales que atienden en lengua indígena a la población beneficiaria de Oportunidades en zonas de alta presencia indígena, a fin de mejorar la comunicación y el servicio en comunidades donde la población es básicamente monolingüe.⁶⁸

Esto es, el estándar de atención en su lengua materna a población hablante de lenguas indígenas en programas sociales se ubica en la lógica de una habilidad del personal para certificar la competitividad del sector, siendo examinados/as con estándares de competencia avalados por el Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales,⁶⁹ mas no en la lógica de asegurar los mecanismos para garantizar en todo momento que las mujeres indígenas sean atendidas en su lengua, con respeto a sus derechos culturales, y el acceso efectivo a los servicios de atención a la salud. En todo caso, esta habilidad se pone al servicio del programa, porque la lengua es el vehículo para hacer saber a las titulares las acciones de corresponsabilidad con el mismo, y no al servicio de escuchar las dudas, necesidades e inconformidades de las mujeres con dicho programa.

Por su parte, el Programa IMSS-Oportunidades, aunque está dirigido específicamente a brindar servicios de salud a quienes

68 Comunicado de prensa núm. 26 de fecha 8 de septiembre de 2011, emitido por la Secretaría de Desarrollo Social. Disponible en: http://www.oportunidades.gob.mx/Portal/wb/Web/las_mujeres_indigenas_atendidas_por_oportunidades_

69 El Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales es una entidad paraestatal sectorizada por la Secretaría de Educación Pública, que impulsa el desarrollo del modelo de gestión por competencias con el fin de elevar la competitividad y la alta productividad en los diversos sectores del país.

viven en condiciones de marginación en localidades rurales en 19 estados del país, en donde se ubica un gran porcentaje de los pueblos y mujeres indígenas, sus reglas de operación tampoco prevén disposición alguna que asegure que los servicios de atención a la salud sean brindados en la lengua que hablan las comunidades en las que opera.

En el caso de los servicios de atención a la salud que son brindados en el marco del Seguro Popular, si bien existen algunas acciones dirigidas a la acreditación de unidades de salud que operan en zonas indígenas para que el personal que brinda los servicios hable la lengua de las comunidades, aún no existen lineamientos que garanticen efectivamente la atención de salud en lengua indígena en todas las comunidades donde opera el Seguro Popular ni otros programas, como el IMSS-Oportunidades.

La actuación de las instituciones y profesionales de salud se basa en las normas oficiales mexicanas (NOM); sin embargo, su elaboración y contenido no respeta los derechos culturales (ej. atención y comprensión en su lengua) y los colectivos de los pueblos indígenas (ej. participación).

Las normas oficiales mexicanas que constituyen los instrumentos jurídicos de observancia obligatoria para todos los sectores que componen el SNS no prevén disposiciones para garantizar que en toda atención médica a mujeres indígenas se asegure la debida comunicación en su lengua. Sólo se encontró en la NOM-046-SSA2-2005, relativa a

la atención médica en casos de violencia familiar, sexual y contra las mujeres, la previsión específica de apoyo en un traductor/a cuando la persona no comprenda suficientemente el español.

La falta de mecanismos para asegurar que las mujeres indígenas monolingües sean atendidas en su lengua o reciban debidamente los servicios de atención a la salud fue reconocida por la Secretaría de Salud mediante una solicitud de información pública en la que sobre el particular respondió:

No existe un mecanismo que permita asegurar que las mujeres indígenas monolingües sean atendidas en su lengua o reciban debidamente los servicios de atención a la salud,

La abuelita no sabe expresarse cómo se siente; yo le digo que vaya a la clínica, pero por lo mismo que no quiere decir lo que siente, le da pena; no tienen palabra de cómo puede explicarse, platicar porque ella habla mixe y el enfermero no habla mixe... (ama de casa con trabajo doméstico fuera de casa, de 47 años, de Jaltepec).

sin embargo, el primer paso que se realiza es promover la sensibilización intercultural del personal, así como la difusión de los derechos humanos y de los derechos indígenas a través de talleres entre el personal de salud y los usuarios denominados “Encuentro de Enriquecimiento Mutuo”.⁷⁰

Esta situación fue confirmada con la información recabada

en las comunidades de Jaltepec de Candayoc y de Damasco, donde algunas de las mujeres expresaron:⁷¹

En la comunidad las personas que no hablan español tienen problemas para acudir a los servicios de salud porque no entienden las indicaciones de los médicos. Es el mismo caso para hombres que para mujeres (ama de casa de 33 años, de Jaltepec).

No hablan en la lengua, no siempre logro entender las indicaciones que me dan, y es ahí donde está mi problema (ama de casa de 60 años, de Jaltepec).

La abuelita no sabe expresarse cómo se siente; yo le digo que vaya a la clínica, pero por lo mismo que no quiere decir

70 Contestación a la pregunta 30 de la solicitud de información con número 0001200343511 realizada a la Secretaría de Salud federal. Oficio DGPLADES/11/0966/11 de fecha 8 de noviembre de 2011.

71 Sistematización de trabajo de campo, pp. 12 y 13.

lo que siente, le da pena; no tienen palabra de cómo puede explicarse, platicar porque ella habla mixe y el enfermero no habla mixe; a veces hay personas en la clínica que le hacen el favor de traducir. Hay personas que a veces no tienen confianza para decirle me pasa así; una no le tiene confianza a toda persona para decirle cómo se siente o qué le pasa (ama de casa con trabajo doméstico fuera de casa, de 47 años, de Jaltepec).

Mi hijo es el que me lleva y cuando va su padre también lo acompaña porque ninguno de nosotros sabe español. Siempre me lleva mi hijo. Mi hijo es el que entiende y me explica (partera y sobadora de 72 años, de Jaltepec).

Vienen enfermeras a dar plática, pero sólo explican en español y las mujeres se quedan igual (ama de casa de 32 años, de Damasco).

Ella como no habla español y la ven con su vestimenta no la atienden; llegó con dolor y le dieron otra cita porque no le entendieron; tenía dolor, le dan cita hasta después de un mes y tenía dolor, tiene piedras y se fue en particular y se gastó 3 mil y todo es prestado (taller en Damasco).

... parece que las enfermeras son indígenas, pero ellas no quieren hablar; quizás les da pena. Y los doctores menos, ellos no hablan tzeltal; a toda paciente la receta la explican en español. No hay traductora.

El personal se comunica en español, ya que en el hospital no existen médicos o personal que hable otra lengua (observación en María Lombardo).

Toda mujer y hombre indígena que llega al centro de salud habla tzeltal. Donde le duele todo lo dice en tzeltal con

señas. El personal que trabaja en la clínica no habla tzeltal, aunque parece que las enfermeras son indígenas, pero ellas no quieren hablar; quizás les da pena. Y los doctores menos, ellos no hablan tzeltal; a toda paciente la receta la explican en español. No hay traductora, sólo lo hablan en español —le estaba explicando su recetario en español y ella sólo movía la cabeza: sí, sí— (observación en Ocosingo).

Le piden a un familiar del paciente; también la enfermera pide ayuda a los pacientes de la sala de espera quién habla tzeltal y le pide de favor que le traduzca; eso pasó con una señora que su esposo es maestro bilingüe y está afiliada en la medicina familiar (observación en Ocosingo).

Sobre las medidas que han adoptado las autoridades para asegurar que se presten debidamente los servicios de atención a la salud a las mujeres indígenas monolingües que no comprenden el español, las autoridades de Oaxaca, mediante una solicitud de información pública,⁷² manifestaron que se realiza a través de un intérprete o mediante el Comité de Salud.

En el caso específico de la comunidad de Jaltepec de Candayoc, respondieron que es un integrante del Comité de Salud quien apoya al personal para facilitar la comunicación entre usuario y personal de salud, cuestión que se refleja de manera distinta en la información recabada en la Comunidad. Aquí, se advirtió un problema de comunicación con el personal de salud por no hablar mixe, siendo los familiares de las/os propias/os pacientes quienes, en su mayoría, apoyan en la traducción.

Las autoridades de Chiapas, igualmente mediante una solicitud de información pública sobre las previsiones en las unidades de primer nivel de atención para las personas que no hablan o no comprenden el español, expresaron que han implementado una medida para que en la plantilla de personal de unidades en áreas

72 Contestación a las preguntas 14, 19 y 31 de la solicitud de acceso a la información con número 67 realizada a la Secretaría de Salud del gobierno de Oaxaca en fecha 25 de octubre de 2011.

indígenas exista personal bilingüe a fin de disminuir la barrera del idioma y facilitar la comunicación para una mejor atención,⁷³ señalando que sólo en dos unidades —centro de salud de Bachajón y Hospital Comunitario de Larráinzar— labora personal médico hablante de lengua indígena.⁷⁴

V.1.2. GARANTÍA DE INCLUSIÓN DE LA CONCEPCIÓN
ACERCA DE LA SALUD, LA SEXUALIDAD Y LA RE-
PRODUCCIÓN, ASÍ COMO DEL RESPETO Y FOR-
TALECIMIENTO DE LAS MEDICINAS Y MÉTODOS
TRADICIONALES

El Programa Oportunidades, que como ya se dijo se implementa en 100% de los 1 200 municipios clasificados como indígenas,⁷⁵ ni en sus reglas de operación ni en sus lineamientos prevé disposición alguna que asegure que sea incluida la concepción acerca de la salud, la sexualidad y la reproducción de las mujeres indígenas. Tampoco lo prevé en las citas médicas ni en el contenido de los talleres de autocuidado a la salud, cuya asistencia es una condicionante para recibir los apoyos monetarios que brinda el programa.

La variación por regiones a que se refiere el programa para los contenidos de los talleres de autocuidado a la salud, de acuerdo con sus reglas de operación, sólo está prevista para cuestiones

73 Contestación a la pregunta 30 de la solicitud de acceso a la información pública número 3750 formulada el 26 de octubre de 2011 al Instituto de Salud de Chiapas. Oficio sin número de fecha 16 de noviembre de 2011.

74 Contestación a la pregunta 21 de la solicitud de acceso a la información pública número 3750 formulada el 26 de octubre de 2011 al Instituto de Salud de Chiapas. Oficio sin número de fecha 16 de noviembre de 2011.

75 Comunicado de prensa núm. 26 de fecha 8 de septiembre de 2011, emitido por la Secretaría de Desarrollo Social. Disponible en: http://www.oportunidades.gob.mx/Portal/wb/Web/las_mujeres_indigenas_atendidas_por_oportunidades_ y consultado el 30 de octubre de 2011.

epidemiológicas de riesgo o estacionales (SEDESOL, 3.5.2.3). Tampoco prevé la promoción o aprovechamiento de la medicina tradicional ni la incluye en su Paquete Básico Garantizado de Salud.

Si bien desde febrero de 2009 existe una propuesta de “Evaluación social y Plan de acción para la definición del modelo alternativo de la operación y gestión del Programa Oportunidades para población indígena”, elaborada para responder a los lineamientos de la política del Banco Mundial, a más de tres años ésta se encuentra aún como versión preliminar en la página oficial del programa.⁷⁶

Por su parte, el Programa IMSS-Oportunidades, si bien en sus reglas de operación hace referencia de manera discursiva a que uno de sus objetivos es propiciar el aprovechamiento de los recursos de salud disponibles, incluidos los de la medicina tradicional (IMSS, a/4), en las disposiciones operativas siguientes no adopta medidas concretas que aseguren tal propósito. Por el contrario, éstas han disminuido. Si se comparan las Reglas de Operación de 2012 con las de 2011, en cuanto a las instancias ejecutoras de acción comunitaria, en 2011 se incluía a parteras y terapeutas tradicionales y un año después sólo se menciona a las parteras voluntarias.

Aunado a lo anterior, las medidas que propone son muy limitadas. La interrelación que prevé con las parteras se reduce a brindar orientación y asesoría técnica con la finalidad de otorgar consejería en salud reproductiva, materno-infantil y ginecológica, así como para derivar a mujeres⁷⁷ y recién nacidos a unidades médicas.⁷⁸ Para el apoyo y coordinación con las parteras, se

76 Evaluación social y Plan de acción para la definición del modelo alternativo de la operación y gestión del Programa Oportunidades para población indígena. Consultada el 23 de noviembre de 2012 en: http://www.oportunidades.gob.mx/Portal/wb/Web/evaluacion_social_y_plan_de_accion_para_la_definicion

77 La derivación de mujeres a unidades médicas se prevé para: atención del parto de alto riesgo, control e identificación de factores de riesgo, acceso a métodos anticonceptivos temporales o definitivos, exploración de mamas, exploración ginecológica, visualización cervical y toma de citología cervical. Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2012, punto 7.3.3.5.

78 En el caso de la derivación de recién nacidos se prevé para: prueba del tamiz

prevé proporcionar gratuitamente equipo e instrumental básico, medicamentos y material de curación, así como apoyo económico para el traslado a las unidades médicas; sin embargo, se establece que estos recursos “podrán” ser proporcionados “de acuerdo a la disponibilidad de recursos financieros” (a/7.3.3.5.); es decir, no se asegura la suficiencia presupuestaria para estos efectos, por lo que no son adoptadas las medidas que institucionalicen y aseguren debidamente la participación y apoyo a las parteras, pues queda sujeta su inclusión a la disponibilidad presupuestal y al arbitrio de quienes se encuentren ejecutando el programa, además de que reduce el papel de la partera, quitándole el rol fundamental, que es precisamente la atención del parto.

Sobre este punto una partera entrevistada señaló:

Hubo una doctora que ya se fue; nos reunió para explicarnos y enseñarnos; nos dijo que compráramos herramientas y nos enseñó a curar heridas, a curar después del parto y me dio algunas herramientas para eso. Ella también hizo que sobáramos a algunas personas que aparecían en sus expedientes y nos dijo que fuéramos a buscarlas. Sólo fue una doctora que ya se fue⁷⁹ (partera y sobadora de 72 años, de Jaltepec).

Por su parte, el llamado Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), al que se limita la atención del Seguro Popular, contiene 284 intervenciones en salud relativas a la atención, exámenes de laboratorio, de gabinete y medicamentos. Dicho catálogo no hace referencia alguna a la posible atención con medicina tradicional.

Las normas oficiales mexicanas, obligatorias para todos los sectores que componen el SNS, tampoco establecen disposiciones que garanticen la inclusión de la concepción de las mujeres

neonatal ampliado, inicio de esquema de vacunación y elaboración de certificados de nacimiento. Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2012, punto 7.3.3.5.

79 Sistematización de trabajo de campo, p. 11.

indígenas acerca de la salud, la sexualidad y la reproducción, así como el respeto y fortalecimiento de las medicinas y métodos tradicionales. Si bien, como comentábamos, la NOM-046-SSA2-2005, relativa a la atención médica en casos de violencia familiar, sexual y contra las mujeres, prevé la necesidad de apoyarse en un traductor cuando la persona no entienda suficientemente el español, se limita a la traducción, sin ordenar que la atención sea con pertinencia cultural.

Por su parte, los programas de la política de atención de salud de pueblos y mujeres indígenas, tales como los programas: Nacional de Salud (PNS), de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas, Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas 2009-2012, de Acción Específico 2007-2012, de Interculturalidad en Salud y de Medicina Tradicional y Sistemas Complementarios, se limitan a establecer como objetivos la promoción de políticas interculturales y la capacitación con un enfoque intercultural, de género y de derechos humanos para el personal de salud.

Estos objetivos, además de ya ser limitados para asegurar la adecuación cultural en la atención médica que es brindada a las mujeres indígenas, se limitan aún más en las metas que se proponen. Por ejemplo, las planteadas para el año 2012 en el PNS fueron difundir en diez estados de la República los modelos interculturales para el fortalecimiento del SNS y haber impartido un curso de formación de capacitadores/as en género y salud en la totalidad de las entidades federativas; debido a recortes presupuestales, tal meta fue redefinida a sólo tres entidades.⁸⁰

Sobre la capacitación con enfoque intercultural, las autoridades de Chiapas manifestaron, en respuesta a solicitudes de información pública, que no se cuenta con el espacio físico ni con el recurso económico para la capacitación y actualización de

80 Información de acuerdo con el documento de seguimiento de metas del Programa Nacional de Salud, a cargo de la Dirección de Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud, de la Dirección General de Evaluación del Desempeño, de la Secretaría de Salud. Disponible en: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/descargas/seg_metas/Formatos_Cuadros_SM.pdf

las/os funcionarias/os acerca de diversidad cultural.⁸¹ Sobre las medidas para promover la medicina tradicional en las instituciones de salud, respondieron que se realiza mediante spots de radio, así como mediante el material que envía la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural de la Secretaría de Salud, como carteles, modelos de operación, etcétera.⁸²

Por su parte, las autoridades de Oaxaca, ante la pregunta de cómo se incorpora la medicina tradicional en las instituciones de salud, respondieron que está en construcción un centro de medicina tradicional de los servicios de salud en Capulalpam de Méndez, en la sierra norte de Oaxaca, donde se ofrecerán servicios de medicina tradicional.⁸³ Esta respuesta evidencia que no existen medidas institucionales que garanticen actualmente la incorporación de la medicina tradicional en la atención a personas que pertenecen a pueblos y comunidades indígenas.

Los modelos interculturales de atención que ha elaborado la DMTDISS mediante la Guía de Implantación Intercultural y el Modelo de atención intercultural de las mujeres en el trabajo de parto en posición vertical en los servicios de salud, en el marco de los programas específicos de interculturalidad en salud, como hemos visto no tienen carácter obligatorio, por lo que su aplicación queda al arbitrio de las autoridades estatales de salud.

81 Contestación a la pregunta 15 de la solicitud de acceso a la información pública número 3750 formulada el 26 de octubre de 2011 al Instituto de Salud de Chiapas. Oficio sin número de fecha 16 de noviembre de 2011.

82 Contestación a la pregunta 23 de la solicitud de acceso a la información pública número 3750 formulada el 26 de octubre de 2011 al Instituto de Salud de Chiapas. Oficio sin número de fecha 16 de noviembre de 2011.

83 Contestación a la pregunta 21 de la solicitud de acceso a la información con número 67 realizada a la Secretaría de Salud del gobierno de Oaxaca en fecha 25 de octubre de 2011.

V.1.3. GARANTÍA DE ATENCIÓN A LA SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA, CUIDADO DEL EMBARAZO, ATEN-
CIÓN DEL PARTO Y POSTPARTO DE ACUERDO CON
SU COSMOVISIÓN Y TRADICIONES

Sobre la adecuación cultural relativa a la atención de la salud y la salud reproductiva de las mujeres indígenas, incluidos embarazo, parto y puerperio, se encontró que la NOM-007-ssa2-1993 sobre Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y del Recién Nacido señala:

Durante el trabajo de parto normal se propiciará la deambulación alternada con reposo en posición de sentada y decúbito lateral para mejorar el trabajo de parto, las condiciones del feto y de la madre, respetando sobre todo las posiciones que la embarazada desee utilizar siempre que no exista contraindicación médica.

Sin embargo, aun si tal disposición no limita, por ejemplo, la posición del parto vertical, tampoco satisface una adecuación cultural respecto de éste, pues sería necesario hacer explícitas las condiciones indispensables para una atención digna que considere los elementos culturales de las mujeres indígenas, pues el Modelo de atención intercultural de las mujeres en el trabajo de parto en posición vertical en los servicios de salud que hemos comentado, elaborado por la DMTDISS, no tiene carácter obligatorio.

Otras normas, como la NOM-005-ssa2-1993, relativa a los servicios de planificación familiar, si bien establecen la obligación de dar atención particular a indígenas, no contemplan medidas específicas que expliquen en qué debe materializarse dicha atención, considerando las particularidades culturales y de género (a/4.4.1.2). La NOM-035-ssa2-2002, relativa a la prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer, sí obliga a que la orientación-consejería sea brindada con enfoque de género, mas no hace referencia al enfoque intercultural.

Como se ha señalado con anterioridad, aunque el Programa IMSS-Oportunidades prevé la interrelación con parteras voluntarias, dicha relación se encuentra limitada a la disponibilidad de recursos presupuestales, sin asegurar un mínimo que garantice una debida interrelación y comunicación con ellas que permita su incorporación en el sistema de atención y un reconocimiento a su trabajo, lo que provoca que se invisibilice la importancia de su papel como procuradora de salud y bienestar.

Ante la pregunta formulada a las autoridades de salud del Estado de Chiapas sobre cómo se garantiza a las mujeres indígenas el acceso a la atención resolutoria de su salud reproductiva, incluidos medicamentos y métodos de diagnóstico y monitoreo de la misma, respondieron: “El Instituto de Salud no hace distinción alguna en relación a su condición social, económica o étnica, la atención que brinda es igualitaria”.⁸⁴ Esta respuesta confirma la falta de adopción de medidas específicas para brindar una atención diferenciada a las mujeres indígenas en razón de su identidad cultural y de género, concretándose una expresa discriminación por esa falta de diferenciación, ya que simula una igualdad de acceso que en la realidad no existe.

Esta omisión también se confirma cuando las autoridades de Oaxaca respondieron ante la pregunta de si existían guías de práctica clínica o protocolos de atención médica dirigidos a la población indígena, que sí existen, pero que son para toda la población, incluida la población indígena.⁸⁵

De todo lo anterior, podemos afirmar que, aunque el Estado mexicano ha reconocido los derechos de las mujeres indígenas para recibir servicios de atención médica coherentes con su cultura y cosmovisión sobre la salud y la enfermedad, tal reconocimiento ha

84 Contestación a la pregunta 5 de la solicitud de acceso a la información pública número 3750 formulada el 26 de octubre de 2011 al Instituto de Salud de Chiapas. Oficio sin número de fecha 16 de noviembre de 2011.

85 Contestación a la pregunta 34 de la solicitud de acceso a la información con número 67 realizada a la Secretaría de Salud del gobierno de Oaxaca en fecha 25 de octubre de 2011.

quedado en un nivel discursivo: no se ha materializado en normas obligatorias que den contenido a las obligaciones derivadas de dicho reconocimiento, quedándose muy lejanas las medidas adoptadas para garantizar que los servicios de atención a la salud sean coherentes con su cultura, pues no se logra garantizar ni el mínimo que constituye la comunicación en su lengua.

V.2. DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS, BIENES E INFORMACIÓN QUE ASEGUREN A LAS MUJERES INDÍGENAS EL ACCESO A LA ATENCIÓN DE SU SALUD

El componente de disponibilidad exige que bienes, servicios e información que se brinda a las mujeres indígenas, en particular los servicios de salud reproductiva, estén disponibles en cantidad suficiente, esto es, que existan las clínicas y hospitales que les brinden atención médica con personal capacitado y medicamentos suficientes, además de brindarles la información en su propia lengua y de manera comprensible. Exige también que tal disponibilidad de los servicios sea de tiempo completo en comunidades indígenas. Esta disponibilidad no existe en el caso de Jaltepec de Candayoc porque el personal a cargo presta sus servicios en un horario menor al que los Servicios de Salud de Oaxaca sostienen que se brinda y niega tener obligación de atender urgencias,⁸⁶ mientras que en Damasco es recurrente que el centro de salud se encuentre cerrado y sólo se brinde atención

86 A través del mecanismo de acceso a información pública, la Secretaría de Salud de Oaxaca manifestó que en Jaltepec la clínica presta servicios de 8 de la mañana a 8 de la noche y atención de urgencias las 24 horas, mientras que una queja constante que expresaron las personas de la Comunidad es que en realidad no se cuenta con servicio de atención de urgencias y la clínica deja de atender hacia las 4 de la tarde. Respuesta de los Servicios de Salud del Estado de Oaxaca de fecha 17 de noviembre de 2011, remitida mediante oficio número 24C/0322/2011, a la pregunta número 32 que le fue formulada.

ciertos días en los que llega personal médico. La explicación que reciben las personas demandantes de atención es la insuficiencia de personal para atender todas las comunidades de esa región de Ocosingo, Chiapas. De manera que los fines de semana y durante la noche es impensable que los pacientes encuentren a quien les atienda o quien les firme una referencia para acudir al hospital más cercano.

Como hemos visto, uno de los objetivos constitucionales para garantizar el acceso a los servicios de salud a los pueblos indígenas es la ampliación de la cobertura del sistema nacional. Para ello, en los lugares donde no existen unidades de atención a la salud, como es el caso de las zonas más marginadas, mayoritariamente indígenas, se ha implementado el programa de Caravanas de Salud con unidades móviles que acuden a brindar atención de primer nivel. Sin embargo, éstas no cuentan tampoco con medidas que aseguren la comunicación en la lengua de las comunidades a las que llegan ni la pertinencia cultural en la atención, lo que constituye un obstáculo para un funcionamiento debido del propio sistema, pues la función del primer nivel de atención es fundamental para una adecuada coordinación entre los niveles y una oportuna y correcta canalización en el sistema.

En el caso de las dos comunidades en donde se llevó a cabo el trabajo de campo, si bien existe una clínica donde se les brinda atención de primer nivel, esta circunstancia no les garantiza el acceso efectivo a la atención médica, pues ni siquiera ofrece en los hechos lo que oficialmente se informó que está ofreciendo.

Aunque las autoridades de los Servicios de Salud en Oaxaca afirman que en el centro de salud de la comunidad de Jaltepec de Candayoc se atienden partos y emergencias obstétricas al contar con el personal capacitado para ello, y que son remitidos al hospital de María Lombardo sólo los partos en caso de complicaciones,⁸⁷

87 Contestación a las preguntas 32 y 33 de la solicitud de información con número 67 realizada a la Secretaría de Salud del gobierno de Oaxaca en fecha 25 de octubre de 2011.

las mujeres y hombres que participaron en el trabajo de campo en la presente investigación señalaron que no son atendidos los partos en la clínica de la comunidad, sino que todos son remitidos al hospital de María Lombardo. Una partera comentó: “la gente que va a verme dice que la doctora sólo les dice que su bebé viene mal y por eso van conmigo”.⁸⁸ Otras mujeres señalaron: “Los partos son atendidos en el hospital de María Lombardo y en caso de ser muy grave la mujer es trasladada a Tuxtepec”.⁸⁹

A pregunta expresa formulada a la Secretaría de Salud del Estado de Oaxaca mediante oficio de fecha 28 de agosto de 2012, se informó que son cinco los hospitales en los que se ofrece atención de emergencias y hemorragias obstétricas. En la región norte del estado, en la cual se encuentra la comunidad de Jaltepec de Candayoc, dicha atención únicamente se brinda en el Hospital General de San Juan Bautista, ubicado en Tuxtepec, Oaxaca, es decir, a cuatro horas de distancia de la comunidad.⁹⁰

Algunas mujeres manifestaron que, si bien en la clínica realizan la prueba del papanicolau, tardan tres meses en dar los resultados, por lo que algunas deciden hacerlo en otros lugares fuera de la comunidad, aunque tengan que pagar.⁹¹ Señalaron también que en muchas ocasiones el centro de salud no cuenta con medicamentos, por lo que ellas/os tienen que comprarlos.⁹²

88 Sistematización de trabajo de campo, p. 10.

89 *Idem.*

90 Los demás hospitales que brindan este servicio son: Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, Hospital General de Pinotepa Nacional, Hospital General de Huajuapán de León y Hospital General de San Pedro Pochutla.

91 Según la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la Prevención, Tratamiento y Control de Cáncer del Cuello del Útero y de la Mama en la Atención Primaria, los resultados tienen que entregarse por el laboratorio en un plazo no mayor de 15 días. En la mayoría de los casos las mujeres no reciben un resultado por escrito, sólo les dicen que salieron bien, o lo reciben si se trata de algún problema mayor asociado a displasia.

92 Sistematización de trabajo de campo, p. 10.

Además, tanto las citas como las pláticas sobre salud se dan en español, sin que exista previsión alguna para garantizar la comprensión con personas monolingües de la comunidad, pues no se asegura la traducción, sino que ésta queda sujeta a la posibilidad de que algún familiar u otra persona de la comunidad pueda apoyar en esta función. A esto se agrega que la información no se proporciona en un lenguaje comprensible. Sobre el particular, habitantes de la comunidad expresaron:⁹³

Las indicaciones médicas son difíciles de entender, están en términos médicos que nunca terminamos de entender aunque hablemos español (empleado de 45 años, de Jaltepec).

No entiendo muy bien las instrucciones porque no terminé la primaria (ama de casa de 59 años, de Jaltepec).

No siempre entiendo porque usan términos que ellos estudian y uno no siempre logra comprender (ama de casa de 70 años, de Jaltepec).

Para la atención de urgencias, partos, elaboración de exámenes y diagnósticos, así como para la atención de segundo nivel, de especialidades básicas como ginecología y pediatría, el personal del centro de salud de la comunidad da una referencia para el hospital de Lombardo, que se encuentra aproximadamente a 25 km de la comunidad, a unos 40 minutos.

Aunque el MIDAS establece que para el buen funcionamiento del sistema las unidades de primer nivel de atención tendrían que contar con una ambulancia o vehículo para realizar el traslado de las/os pacientes, el centro de salud de Jaltepec de Candayoc carece de una, por lo que el traslado constituye un gasto adicional para las/os enfermas/os.⁹⁴

93 Sistematización de trabajo de campo, p. 15.

94 En el caso de la comunidad de Jaltepec de Candayoc, el transporte a María Lombardo de Caso, donde se encuentra el hospital general, cuesta 40 pesos por persona y un viaje

Tampoco cuentan con servicio de visitas a domicilio, a pesar de que, de acuerdo con información oficial proporcionada por la Secretaría de Salud del Estado de Oaxaca, debe ofrecerse visitas a domicilio en los siguientes casos: diabetes mellitus, hipertensión sistémica arterial, embarazo, parto y puerperio, niños en control nutricional, tuberculosis y planificación familiar.⁹⁵

En la comunidad de Damasco, Ocosingo, Chiapas, existe una clínica del IMSS-Oportunidades en donde se brinda atención de primer nivel a personas beneficiarias del Programa IMSS-Oportunidades.

En esta clínica, de acuerdo con lo manifestado por mujeres y hombres de la comunidad en el trabajo de campo, tampoco se brinda atención de urgencias. Sobre el particular expresaron en el taller realizado en Damasco: “Los doctores no atienden las 24 horas, sólo en el día; quien está enfermo se aguanta hasta que amanece; las mujeres embarazadas van con las parteras”.⁹⁶

Me recetaron, pero tuve que comprar las medicinas porque en la clínica no la dan; compré dos cajitas, pero ya se me acabaron y ya no tengo dinero para comprar otras; me duele todavía, pero ya no pude comprar la medicina porque no tengo dinero (ama de casa de 21 años, de Damasco).

Asimismo, al igual que en Jaltepec, manifestaron que la clínica no cuenta con medicamento: “Me recetaron, pero tuve que comprar las medicinas porque en la clínica no la dan; compré dos cajitas, pero ya se me acabaron y ya no tengo dinero para comprar otras; me duele todavía, pero ya no pude comprar la medicina porque no tengo dinero” (ama de casa de 21 años, de Damasco).⁹⁷

Para ser atendidas en el parto o en casos de urgencia, para realizarse exámenes diagnósticos y ser atendidas en las

especial, entre 120 y 150 pesos. Sistematización de trabajo de campo, pp. 10 y 11.

95 Información proporcionada por la Secretaría de Salud a través del mecanismo de acceso a información pública Infomex Oaxaca, de fecha 31 de agosto de 2012.

96 Sistematización de trabajo de campo, p. 15.

97 Sistematización de trabajo de campo, p. 14.

especialidades básicas, las personas que habitan en Damasco tienen que acudir, mediante una referencia, a los hospitales de Palenque o de Santo Domingo, que se ubican a una hora de la comunidad, y tienen que pagar por el traslado 30 pesos en colectivo y 600 en un viaje individual,⁹⁸ pues tampoco cuenta la clínica con ambulancia o vehículo para realizar los traslados de pacientes.

Al igual que en Jaltepec de Candayoc, como se comentó en el apartado anterior, la atención no se proporciona en la lengua de la comunidad, ni tampoco se asegura la existencia de personal que traduzca, sino que queda sujeto a la disposición de quienes se encuentren también en la clínica o de familiares que quieran hacerlo. En el caso de las personas que se encuentran afiliadas al Seguro Popular, algunas mencionaron que un obstáculo para disponer de los servicios lo constituye todas las formalidades que tienen que cubrir, lo que en muchas ocasiones les inhibe a acudir a esos servicios. Expresaron textualmente: “todo este burocratismo que hay, no tiene uno ánimos de hacer estas cosas por estar enfermo” (empleado de 45 años, de Jaltepec); “en el sector salud siempre tenemos que cubrir muchas formalidades, cuestiones burocráticas” (empleado de 45 años, de Jaltepec); “fue a la clínica pero ya no la atienden porque el doctor dice que tiene que llevar un papel que le dieron, pero ella no lo encuentra y entonces por eso ya no va; tiene Seguro Popular” (partera y sobadora de 72 años, de Jaltepec).⁹⁹

Si bien es cierto que ambas comunidades cuentan en su territorio con una unidad de salud de primer nivel de atención, también lo es que no puede considerarse que se encuentra satisfecho el componente de disponibilidad, pues aunque pueden estar cerca de la unidad, no cuentan con la atención básica que requieren las mujeres indígenas, como la atención de urgencias y de partos, ni con los medicamentos necesarios para cubrir las necesidades de salud básicas de la población. Tampoco se asegura el traslado a otras unidades de atención médica de segundo nivel,

98 *Idem.*

99 *Idem.*

además de que, para poder acceder a la atención en este nivel, deben encontrarse afiliadas al Seguro Popular, donde se encuentra limitada la atención a ciertas enfermedades y padecimientos. Ni siquiera es asegurada una debida comunicación en la lengua de las comunidades que permita una referencia acertada y oportuna a los otros niveles de atención.

V.3. ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD SIN OBSTÁCULOS

La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas, a las que nos referiremos en el presente apartado.

V.3.1. NO DISCRIMINACIÓN

Como veíamos en apartados anteriores, la discriminación se configura no sólo por dar un trato desigual a personas o grupos semejantes que sea desventajoso sólo para algunos/as, sino también cuando se da un trato igual a personas o grupos que se encuentran en situaciones diferentes.

El propio Estado mexicano reconoce, e incluso es parte de la redacción del numeral 2 constitucional, la situación de rezago y carencia en la que se encuentran los pueblos y comunidades indígenas, por lo que, en el mismo ordenamiento, se ordena a los tres niveles de gobierno adoptar medidas específicas para abatir ese rezago. Entre ellas, asegurar a los pueblos y comunidades indígenas el acceso efectivo a los servicios de salud.

No obstante, aunque el propio texto constitucional reconoce y ordena asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud a pueblos y comunidades indígenas, y la ley secundaria, la LGS,

ordena que los servicios de atención primaria en las comunidades indígenas sean adaptados a su concepción de salud, así como a su estructura social y administrativa, además de la creación de diversos programas tendientes a promover y capacitar al personal de salud en materia de interculturalidad, estas obligaciones e intenciones se encuentran aún distantes de materializarse en las labores cotidianas del personal que opera los servicios de atención a la salud en comunidades y pueblos indígenas.

Como se ha comentado, las normas oficiales mexicanas que constituyen los ordenamientos de carácter obligatorio en la operación de los servicios de salud para todos los sectores que integran el SNS aún no contienen medidas específicas que consideren las necesidades particulares de las mujeres indígenas en razón de su identidad étnica y de género, como la adecuación cultural en la operación de los servicios de salud, en donde se tome en cuenta su cosmovisión sobre la salud y la enfermedad, el poder expresarse y que le sea brindada información accesible en su lengua, así como la consideración de desventajas por patrones de dominación masculina, que les aleja de la posibilidad de acceder a los servicios de salud por cuestiones económicas o de necesidad de permiso por parte de su marido, padre o figura masculina que ejerza poder sobre ellas.

Da cuenta de lo anterior lo expresado en el trabajo de campo por mujeres y hombres indígenas de las comunidades mixe de Jaltepec de Candayoc y de Damasco, quienes fueron coincidentes en señalar que no son atendidas en su lengua ni es considerada la forma que tienen de entender la salud y enfermedad ni de atenderse, como la medicina tradicional.¹⁰⁰

Lo anterior se corrobora también con la concepción errónea que tienen aún las autoridades sobre el principio de igualdad, al estimar que éste se materializa al dar un trato igualitario a las personas sin considerar que tratar igual a quienes no se encuentran en situaciones semejantes profundiza la desigualdad. Tal consideración se advierte con la respuesta dada por las autoridades

100 Sistematización de trabajo de campo, p. 11.

de salud del Estado de Chiapas a la pregunta formulada en una solicitud de información pública sobre cómo se garantiza a las mujeres indígenas el acceso a la atención resolutoria de su salud reproductiva, incluidos medicamentos y métodos de diagnóstico y monitoreo de la misma, a la que respondió: “El Instituto de Salud no hace distinción alguna en relación a su condición social, económica o étnica, la atención que brinda es igualitaria”.¹⁰¹

La falta de adopción de medidas específicas que consideren las necesidades de atención diferenciada que tienen las mujeres indígenas, que trascienda el discurso contenido en programas y dé cumplimiento a ordenamientos jurídicos que reconocen los derechos diferenciados, constituye un obstáculo en el acceso a los servicios de atención a la salud de las mujeres indígenas, al discriminarles por falta de diferenciación en la atención.

V.3.2. ACCESIBILIDAD FÍSICA

Ésta se refiere al alcance geográfico de las unidades que brindan servicios de atención médica, además de la adecuación especial de las instalaciones para asegurar el acceso a personas con discapacidades.

Las 33 Casas de Salud que existen en el municipio de Ocosingo sólo brindan atención de primeros auxilios y, de acuerdo con el MIDAS, sirven de enlace con los centros de salud más cercanos. El municipio cuenta con 47 unidades de salud, entre centros de salud y unidades del IMSS-Oportunidades, que brindan atención de primer nivel, y sólo con tres hospitales de segundo nivel, dos comunitarios y uno del IMSS-Oportunidades —sin contar uno del IMSS— para una población de 198 877 habitantes (INEGI, 2010). Esto es, un hospital por cada 66 292 habitantes. Las personas

101 Contestación a la pregunta 5 de la solicitud de acceso a la información pública número 3750 formulada el 26 de octubre de 2011 al Instituto de Salud de Chiapas. Oficio sin número de fecha 16 de noviembre de 2011.

que habitan en la comunidad de Damasco, para poder recibir atención de segundo nivel en alguno de los hospitales, tienen que trasladarse, por lo menos, durante cuatro horas caminando o una hora en transporte.

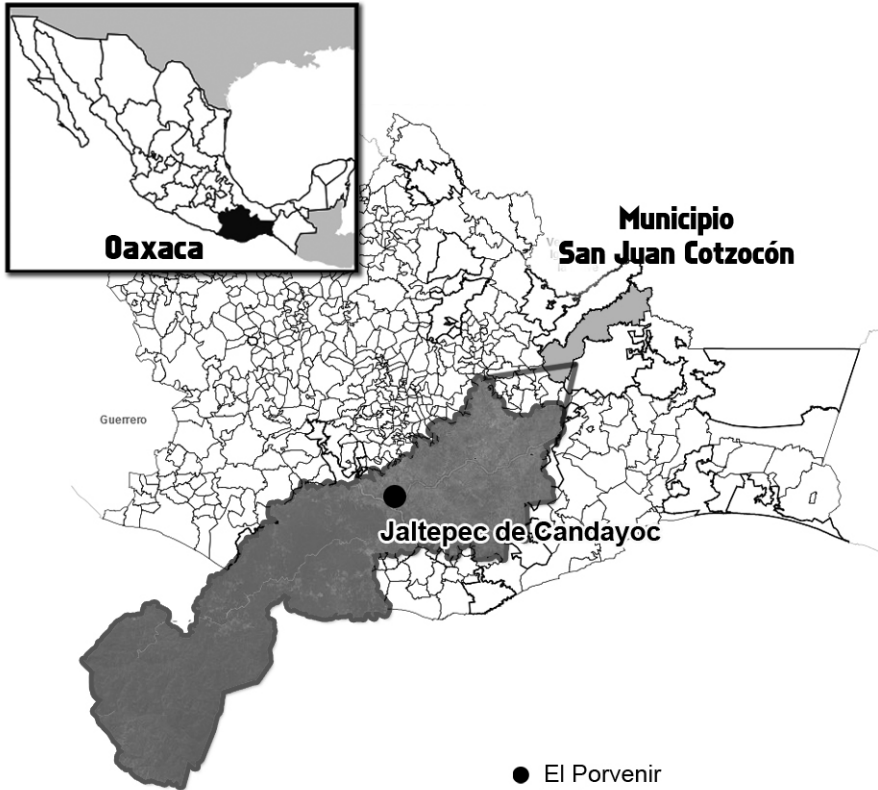
En el municipio de San Juan Cotzocón no existen Casas de Salud. Hay doce unidades de atención de primer nivel, entre unidades médicas rurales y centros de salud, uno de ellos en Jaltepec de Candayoc y un hospital de segundo nivel, para una población de 22 356 habitantes. Para recibir atención de segundo nivel, las personas de la comunidad de Jaltepec de Candayoc deben trasladarse a la comunidad de Lombardo, a 30 minutos aproximadamente en transporte.

Aunque los servicios de atención médica de primer nivel en las comunidades de Jaltepec de Candayoc y de Damasco, Chiapas, se encuentran en las propias comunidades, como hemos visto, la atención que brindan no es adecuada culturalmente, lo que — además de las carencias materiales de medicamentos y deficiencias en la atención— no garantiza el funcionamiento debido en la canalización o referencia a unidades de segundo nivel de atención, esto en el caso de quienes cuentan con Seguro Popular y/o están afiliados a los programas Oportunidades e IMSS-Oportunidades.

Tanto el centro de salud de Jaltepec como la clínica del IMSS-Oportunidades en Damasco no cuentan con ambulancia ni vehículo para el traslado de pacientes, como establece el MIDAS para una canalización adecuada a los otros niveles de atención. Por lo tanto, el traslado para recibir atención en otros niveles significa a las mujeres y hombres de las comunidades un traslado de entre 40 minutos y una hora de distancia, que tienen que realizar en vehículos colectivos en condiciones inadecuadas de seguridad y comodidad, o en vehículos para viajes individuales que les significa un mayor costo económico. Incluso, caminando. En el trabajo de campo, participantes expresaron: “El servicio que se tiene en la comunidad son las camionetas, servicio mixto de pasaje y de carga; si no nos toca en la cabina nos vamos entre la carga; en esas condiciones viajamos”.¹⁰²

102 Sistematización de trabajo de campo, p. 14.

En los municipios donde se ubican las comunidades participantes, las unidades de atención médica que existen se encuentran ubicadas como aparece en los siguientes mapas:



- 5 centros de salud de la Secretaría de Salud (SSO)
- 🚚 1 unidad móvil
- ▲ 1 hospital general
- 🏥 1 unidad de consulta externa del ISSSTE
- 🏥 1 unidad de consulta externa del IMSS-Oportunidades
- 🏠 6 unidades médicas rurales para consulta externa del IMSS-Oportunidades

- El Porvenir
- Matamoros
- el Tesoro
- la Libertad
- Jaltepec de Candayoc
- 🚚 Benito Juárez
- 🏥 María Lombardo de Caso
- 🏠 San Juan Cotzocón
- 🏠 Arroyo Peña Amarilla
- 🏠 San Juan Otzolotepec
- 🏠 el Paraíso
- 🏠 Santa María Puxmetacán
- 🏠 San Felipe Zihualtepec



Para llegar de Jaltepec a Lombardo:



3 horas caminando



30 minutos aproximadamente
en transporte.



Costo aproximado de traslado
\$40 pesos en transporte colectivo
\$150 en viaje particular



El centro de salud de Jaltepec
no cuenta con ambulancia
ni vehículo para el traslado de pacientes.

La distancia entre Lombardo y Tuxtepec
es de 120 km aproximadamente



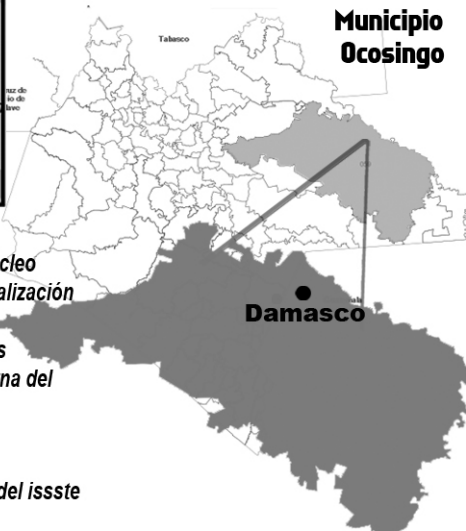
2 horas aproximadamente
en transporte



Costo aproximado de traslado
\$70 pesos en transporte colectivo



Chiapas

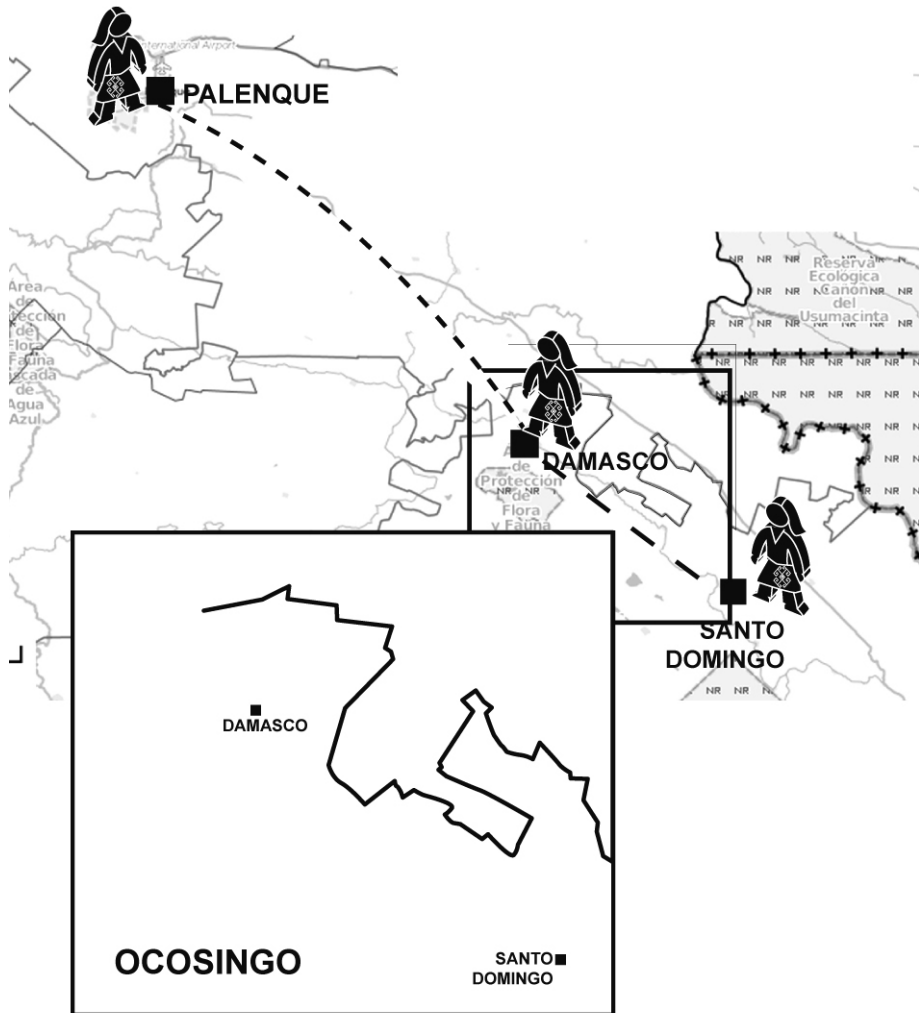


**Municipio
Ocosingo**

Damasco

- ⊕ 33 casas de salud
- 19 centros de salud con un núcleo
- 3 centros de salud con hospitalización
- ▲ 2 hospitales comunitarios
- ⚕ 1 hospital imss-Oportunidades
- ⚕ 25 unidades de consulta externa del imss-Oportunidades
- 🚚 4 unidades móviles
- ⚕ 1 hospital del imss
- ⚕ 1 unidad de consulta externa del issste

- | | | |
|---------------------------|------------------------------|------------------------|
| ● Chavarico Las Palmas | ⊕ Dolores de las Palmas | ■ Nueva Palestina |
| ● Congregación Virginia | ⊕ El Censo | ■ Ocosingo |
| ● Frontera Corozal | ⊕ El Guanal | ■ San Quintín |
| ● Ixcán | ⊕ El Jardín | ⚕ Abasolo |
| ● La Reforma | ⊕ El Progreso | ⚕ Campo Alegre |
| ● Los Quinichez | ⊕ El Zapotal | ⚕ Canán |
| ● La Soledad | ⊕ La Arena | ⚕ Cintalapa |
| ● La Trinidad | ⊕ La Aurora | ⚕ Cuxujá |
| ● Nazareth | ⊕ La Cueva | ⚕ Damasco |
| ● Nueva Patria | ⚕ La Frontera | ⚕ El Limón |
| ● Nueva Morelia | ⊕ La Unión | ⚕ El Sibal |
| ● Patihuitz | ⊕ Las Champas Canchanivaltic | ⚕ El Tumbo |
| ● Ramón Balboa | ⚕ Las Tazas | ⚕ Flor de Cacao |
| ● San Juan Rómulo Calzada | ⚕ Miguel Hidalgo | ⚕ Lacanjá Tzeltal |
| ● San Martín | ⊕ Nueva Libertad | ⚕ Naha |
| ● Santa Elena | ⊕ Israel | ⚕ Nuevo Monte Libano |
| ▲ ● Santo Domingo | ⊕ Nuevo Durango | ⚕ Nuevo Francisco León |
| ● Yaxala | ⊕ Nuevo Mariscal | ⚕ Pico de Oro |
| ● Yaxoquimtela | ⊕ Ojo de Agua | ⚕ Sibaca |
| 🚚 Atotonilco | ⊕ Santa Martha Corozal | ⚕ San Jacinto |
| 🚚 Macedonia | ⊕ Perla de Acapulco | ⚕ Santo Ton |
| 🚚 Ocotál | ⊕ Pueblo Nuevo Uno | ⚕ Taniperla |
| 🚚 Yaxala | ⊕ San Antonio las Delicias | ⚕ Tenango |
| ⊕ Aurora | ⊕ Pamalá | ⚕ Ubilio García Nuevo |
| ⊕ Buenavista | ⊕ San Francisco | ⚕ Viejo Velasco Suárez |
| ⊕ Amador Hernández | ⊕ San José La Soledad | |
| ⊕ Balaxte | ⊕ San Marcos | |
| ⊕ Benito Juárez Mirarmar | ⊕ Santa Lucía. | |
| ⊕ Candalaria | | |





Para llegar de Damasco a Palenque o Santo Domingo:



4 horas caminando

1 hora en transporte colectivo

Costo aproximado de traslado

 \$60 pesos en transporte colectivo
 \$600 en viaje particular



La unidad del IMSS-Oportunidades de Damasco no cuenta con ambulancia ni vehículo para el traslado de pacientes

En el caso de las comunidades que no cuentan con unidades de atención de primer nivel, se ha implementado el programa de Caravanas de Salud que, como hemos referido, son unidades móviles que llegan a las comunidades para dar atención de ese nivel, las cuales tampoco garantizan una atención adecuada culturalmente ni el traslado oportuno a otros niveles de atención.

De acuerdo con información de la Secretaría de Salud, entre 2007 y 2012 se han desarrollado 148 proyectos en municipios con población indígena, dirigidos a establecer sistemas de albergue y transporte comunitario para favorecer el acceso de las mujeres a los servicios de salud durante el embarazo, parto y puerperio,¹⁰³ medida que, ante los 1 200 municipios considerados como indígenas, es insuficiente para garantizar la accesibilidad a los servicios de salud a las mujeres indígenas.

V.3.3. ACCESIBILIDAD ECONÓMICA (ASEQUIBILIDAD)

Ésta se refiere a los pagos por los servicios de salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud, los cuales no deben constituir un obstáculo para el acceso a los servicios de atención médica para los pueblos y mujeres indígenas.

Como se ha mencionado, los hombres y mujeres indígenas de las comunidades de Jaltepec y Damasco, para recibir atención médica de segundo nivel, aún en el caso en el que se encuentren afiliados/as a los programas federales de atención, requieren pagar los traslados de su comunidad a donde se encuentren las unidades de atención de segundo nivel. En el caso de la comunidad de Jaltepec, se trasladan al hospital de María Lombardo, con un costo en vehículo colectivo de 40 pesos o de 150 pesos en un viaje individual; en el caso de la comunidad de Damasco, el costo es de 30 pesos para trasladarse a los hospitales de Palenque o

103 Respuesta de la Secretaría de Salud de fecha 20 de agosto de 2012 a la solicitud de información número 00012000222012.

Santo Domingo en vehículo colectivo o de 600 pesos en un viaje individual,¹⁰⁴ además de los gastos por alimentación y hospedaje que les representa el traslado y permanencia fuera de su comunidad.

Estos traslados los realizan también cuando la atención de primer nivel que se encuentra en la comunidad no resuelve su problema de salud o cuando no cuenta con el medicamento para tratarse o para la realización de exámenes clínicos y/o diagnósticos. Los costos de esos traslados en muchas ocasiones constituyen un obstáculo para recibir atención médica, por no contar con los recursos suficientes para pagarlos. En este punto expresaron en la comunidad de Jaltepec: “no atienden bien en la clínica, hay que salir de la comunidad y hacer el esfuerzo de conseguir dinero para trasladarse a Lombardo, Tuxtepec, Matías. El problema es para quien no tiene dinero” (campesino de 61 años, de Jaltepec); “hay muchos que no van al doctor por falta de dinero” (ama de casa de 54 años, de Jaltepec); “cuando no me atienden en la clínica, me aguanto cuando no hay dinero” (ama de casa de 59 años, de Jaltepec); “no he regresado a mi tratamiento en Tuxtepec por falta de recursos” (ama de casa de 60 años, de Jaltepec).¹⁰⁵

Estos testimonios son muestra de la difícil situación que viven miles de familias que no cuentan con seguridad social y a las que, evidentemente, se le están violando sus derechos humanos en materia de salud y vida digna. En cuanto a su pertenencia étnica, lo anterior evidencia la relación desigual que enfrenta la población indígena, no sólo del Estado de Oaxaca, sino del país en general, que deja sin efecto los instrumentos internacionales que protegen derechos humanos y en particular los derechos colectivos de los pueblos indígenas.

Aunque las mujeres y hombres indígenas se encuentren afiliadas/os al Seguro Popular, como se ha precisado éste no cubre todas las enfermedades ni los medicamentos, por lo que los costos de aquellos que se encuentren fuera del llamado Catálogo Universal de Servicios de Salud tienen que ser cubiertos por las/os pacientes

104 Sistematización de trabajo de campo, p. 14.

105 *Idem*.

...fui a San Cristóbal porque dicen que ahí si atienden bien; fui con mi esposo porque él sí tiene dinero para ir. Me dijeron que tenía que regresar a Ocosingo por mi cita de referencia, pero ya no pude regresar porque no tengo dinero (ama de casa de 21 años, de Damasco)

para poder acceder a ellos. Sobre la limitación de los servicios de atención que brinda el Seguro Popular, en el trabajo de campo participantes expresaron: “es mejor buscar apoyo médico fuera porque nos limita mucho el Seguro Popular; cuando me he enfermado en caso de infección ha sido con médico particular” (empleado de 45 años, de Jaltepec).¹⁰⁶

El obstáculo que representa la falta de recursos para acceder a los servicios de atención médica se agrava en el caso de las mujeres, quienes, en su mayoría, dependen económicamente del marido o pareja y no cuentan con recursos para pagar los medicamentos y traslados. Así lo expresó una mujer en Damasco: “fui a San Cristóbal porque dicen que ahí si atienden bien; fui con mi esposo porque él sí tiene dinero para ir. Me dijeron que tenía que regresar a Ocosingo por mi cita de referencia, pero ya no pude regresar porque no tengo dinero” (ama de casa de 21 años, de Damasco).¹⁰⁷

V.3.4. ACCESO A LA INFORMACIÓN

Este elemento comprende la posibilidad de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relativas a la salud, debiéndose proteger debidamente los datos personales.

Para poder acceder realmente a la información, una condición necesaria es que la misma se encuentre en un lenguaje accesible y comprensible. Como de manera reiterada hemos mencionado, la atención que se brinda en el SNS es en español, sin establecer

106 *Ibid.*, p. 15.

107 *Ibid.*, p. 16.

garantías para asegurar su traducción a las lenguas indígenas. Aunado a ello, los documentos oficiales que contienen la regulación de la operación de los servicios de atención como el de Seguro Popular, IMSS-Oportunidades y programa Oportunidades se encuentran en español, así como los formatos médicos, como el de consentimiento informado. Incluso, en los hospitales en los que hay una oficina de información y atención a las personas que cuentan con Seguro Popular, como en el hospital civil de Juchitán, Oaxaca, quienes están afiliados muchas veces desconocen que existe esa oficina y para qué les sirve.

No sólo la información no se asegura en la lengua de las comunidades, sino que tampoco resulta accesible para su comprensión debido al lenguaje técnico que se utiliza. Tal situación fue expresada por hombres y mujeres indígenas de las comunidades de Jaltepec y Damasco al señalar: “las indicaciones médicas son difíciles de entender, están en términos médicos que nunca terminamos de entender aunque hablemos español” (empleado de 45 años, de Jaltepec); “no siempre entiendo porque usan términos que ellos estudian y uno no siempre logra comprender” (ama de casa de 70 años, de Jaltepec).¹⁰⁸

V.4. ACEPTABILIDAD DE LOS SERVICIOS QUE EL SECTOR PÚBLICO OFRECE A LOS PUEBLOS Y A LAS MUJERES INDÍGENAS

La aceptabilidad exige que los servicios de atención a la salud sean respetuosos y adecuadamente sensibles a los rasgos culturales y a las necesidades de salud de las mujeres indígenas; debe indagarse su propia concepción sobre la salud y la salud reproductiva, acerca de las medicinas y métodos utilizados tradicionalmente para cuidar y atender la salud, así como sobre las determinantes sociales de su salud, el rol que desempeñan las mujeres dentro de su pueblo y de su cultura, además de garantizar que la atención sea en lenguaje comprensible y en su propio idioma.

En los apartados anteriores hemos visto que los servicios de atención médica que brinda el SNS a los pueblos y mujeres indígenas no son adaptados culturalmente. El marco jurídico aplicable, si bien reconoce los derechos culturales de los pueblos indígenas, así como el que los servicios de atención a la salud deban adaptarse a la concepción de la salud y a su estructura social y administrativa, sus normas operativas vinculantes no contienen medidas específicas para dar contenido a esos reconocimientos y el personal operativo no actúa respetando las diferencias culturales, y tampoco se asegura la incorporación de la medicina tradicional, ni siquiera la comunicación en la lengua de la comunidad.

De igual manera, no existen medidas que consideren el rol que desempeñan las mujeres dentro de su pueblo y su cultura, el cual, como señala la OPS (s/f), les lleva a una triple jornada: productiva, reproductiva y comunitaria, que les impacta en el acceso a los servicios de atención a la salud, por causas tales como la falta de recursos económicos propios para realizar los traslados para su atención y/o la dependencia que sufren de las figuras masculinas de autoridad con quienes conviven.

Entre las actividades que realizan las mujeres en la triple jornada se encuentran:

| Reproductiva | Productiva | Comunitaria |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Trabajo doméstico, como limpiar, barrer, lavar. • Preparación de los alimentos, incluida la preparación de las tortillas. • Cuidado de la salud de toda la familia. • Crianza de las/os hijas/os y nietas/os, en la que se encuentra llevarles el almuerzo a la escuela a media mañana. • Apoyo a las hijas durante su embarazo y parto. | <ul style="list-style-type: none"> • Cultivo de la tierra. • Búsqueda de ingresos mediante la comercialización o prestación de servicios, tales como panadería, peluquería, tienda de abarrotes, venta de alimentos preparados, trabajo doméstico fuera del hogar. • Optimización del gasto y calidad alimenticia mediante el cultivo doméstico de hortalizas y la cría de animales domésticos. | <ul style="list-style-type: none"> • Colaboración en la organización de las fiestas tradicionales y en la preparación de los alimentos que se requieren para ese fin. • Participación en actividades religiosas. • Limpieza del centro de salud y otras tareas como parte del Comité de Salud. • Desempeño de cargos en el Comité de la Escuela y en el Comité de Desastres Naturales. |

Aunque se han llevado a cabo acciones encaminadas a la adecuación cultural en la atención médica, como la certificación de algunas de las personas que laboran en las comunidades para que exista personal bilingüe, capacitación a algunas personas del personal de salud sobre el enfoque intercultural y promoción de modelos interculturales en algunos estados, además de encuentros de enriquecimiento mutuo, tales medidas han sido limitadas por su escasa aplicación y por el vacío de normas vinculantes que aseguren su puesta en práctica.

En muchos casos, la falta de adecuación cultural va acompañada también de ofensas hacia sus tradiciones, formas de vida y alimentación, lo que obstaculiza también el acceso a los servicios de atención. Mujeres en Jaltepec de Candayoc expresaron: “hay personas que no les gusta ir a la clínica porque tienen vergüenza y porque luego dicen que son ofendidas por los doctores, porque les dicen que comen como marranos, como patos, y son personas que no pueden defenderse; por lo mismo no acuden al centro de salud” (ama de casa de 70 años, de Jaltepec).¹⁰⁹ En esta misma Comunidad se ha referido la falta de consideración hacia las personas adultas mayores: “había olvidado su número de expediente y le dijeron que fuera a buscarlo sin considerar que era un anciano que apenas podía caminar, y él comentó que no podía caminar mucho, que le dolían las rodillas” (campesino de 76 años, de Jaltepec); “mi madrecita estaba enferma y estaba frío; la casa está lejos; a veces el pasajero que pasa trae a la clínica, pero ahora no; tuve que llevarla porque el enfermero siempre pone pretexto, no puede ir a ver a mi madre” (ama de casa, con trabajo doméstico fuera de casa, de 47 años, de Jaltepec).¹¹⁰

Por lo tanto, las opciones que brinda el estado para la atención de la salud a los pueblos y mujeres indígenas no satisface el requisito de aceptabilidad al no adoptar medidas concretas que atiendan las necesidades específicas de la población y de las mujeres indígenas en razón de su identidad cultural y de género.

109 Sistematización de trabajo de campo, p. 12.

110 *Ibid.*, p. 17.

V.5. CALIDAD DE LOS SERVICIOS QUE SE OFRECEN A LAS MUJERES INDÍGENAS

El componente de calidad de los servicios de salud exige que el personal médico y paramédico, los medicamentos, el equipo necesario y los procedimientos para atender las necesidades de salud de las mujeres indígenas sean de calidad comparable a los existentes para los hombres y mujeres no indígenas y para los hombres indígenas.

Si bien el alcance del trabajo realizado no permite comparaciones exhaustivas sobre los servicios de salud que se ofrecen a las mujeres indígenas respecto de los que se ofrecen a hombres y mujeres no indígenas, así como a hombres indígenas, sí se encontraron datos que permiten afirmar que, debido a diversos factores que a continuación se mencionan, las mujeres indígenas carecen de la posibilidad de disfrutar en las mismas condiciones de los servicios del personal médico, los medicamentos, el equipo necesario y los procedimientos para atender sus necesidades de salud.

Una constante en las respuestas a preguntas expresamente formuladas a las autoridades de salud del gobierno federal y de los estados de Chiapas y de Oaxaca, fue que los servicios de atención de salud se brindan de manera igual a toda la población “sin discriminación”.¹¹¹ En el mismo sentido fueron respondidas las preguntas relativas a datos desagregados sobre inversión per cápita en población indígena y sobre presupuesto anual destinado a brindar salud a pueblos y mujeres indígenas.¹¹² Una de las respuestas

111 Respuestas a solicitud de información a los Servicios de Salud de Oaxaca, de fecha 17 de noviembre de 2011, recibida mediante oficio número 24C/0322/2011; de las autoridades de Salud del Estado de Chiapas a la solicitud de información número 3750; y de la Dirección General de Información en Salud, de la Secretaría de Salud, de fecha 9 de noviembre de 2011 a la solicitud de información número 0001200344511.

112 *Idem*.

El lenguaje de la interculturalidad comienza a permear en los documentos oficiales de la Secretaría de Salud y de las instituciones de salud de Chiapas y Oaxaca; sin embargo, en la realidad sólo se refleja una política vertical y ajena a los pueblos indígenas.

señala que no hay registros respecto de mujeres indígenas, ya que “atiende al total de la población sin clasificar”.¹¹³

Para los efectos del presente trabajo, resultan relevantes las respuestas mencionadas debido a que las políticas y programas

de atención de la salud que se están implementando hoy en el país —a pesar del lenguaje de la interculturalidad que comienza a permear en los documentos oficiales de la Secretaría de Salud y de las instituciones de salud de Chiapas y Oaxaca— en realidad lo que reflejan es una política universalista. Esta política, aparentemente para todos y todas, no considera la diversidad cultural ni las necesidades específicas que viven las mujeres indígenas debido a las desventajas dramáticas que enfrentan de manera diferente al resto de la población cuando se les presenta una enfermedad y se ven en la necesidad de acudir a los servicios de salud. Como se dijo en capítulos anteriores, una política de atención de la salud dirigida a las mujeres indígenas debe ser diferenciada y adecuada a su propia realidad; de lo contrario, las desventajas que enfrentan neutralizarán, como está ocurriendo, la posibilidad de acceso a los servicios de salud en condiciones de *igualdad* con el resto de la población y ellas continuarán al margen de dichas políticas. Para que exista esa posibilidad de acceso a los servicios de salud con igualdad, debe disponerse, por ejemplo, de mujeres intérpretes para la atención de mujeres que acuden al centro de salud, especialmente para quienes buscan servicios de prevención, monitoreo del aparato reproductor o enfermedades de transmisión sexual, así como de medicamentos gratuitos, transporte, viáticos gratuitos y terapia psicológica para mujeres víctimas de violencia que requieren trasladarse para recibir atención especializada.

De acuerdo con el Informe de Desarrollo Humano de los Pueblos Indígenas en México (IDHPIM 2010), “alcanzar la igualdad de oportunidades requiere reconocer la desigualdad de oportunidades de los diversos grupos de población y analizar el impacto diferenciado que tiene la política pública sobre la condición de indígenas, mujeres, hombres, niñas y niños”.¹¹⁴ Con ello enfatiza dos aspectos indispensables en la evaluación de la acción pública: la importancia de la generación de indicadores de asignación de gasto por grupo poblacional, así como de los que midan la condición de bienestar y acceso a oportunidades. Por otra parte, es importante señalar la necesidad de definir, con la participación de los propios pueblos y mujeres indígenas, lo que puede entenderse por servicios de salud de calidad, ya que seguramente deberán incluir su concepción holística de la salud, que no puede dejar fuera el aspecto espiritual, la armonía con el entorno, etc., aspectos que, trasladados a lo que esperan los pueblos y las mujeres

Alcanzar la igualdad de oportunidades requiere reconocer la desigualdad de oportunidades de los diversos grupos de población y analizar el impacto diferenciado que tiene la política pública sobre la condición de indígenas, mujeres, hombres, niñas y niños” (IDHPIM, 2010).

indígenas de los servicios de salud, deben tener un significado específico.

Mientras tanto, se hace referencia a continuación a diferentes causas que operan y que les impiden el acceso a servicios de calidad.

114 Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo y Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, *Informe de Desarrollo Humano de los Pueblos Indígenas en México 2010*, p. 77. Disponible en: planipolis.iiep.unesco.org/upload/Mexico/Mexico_HDR_2010.pdf

V.5.1. LAS DESVENTAJAS SOCIOECONÓMICAS QUE VIVEN LAS MUJERES INDÍGENAS SE CONVIERTEN EN DESVENTAJAS EN LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Como la propia Secretaría de Salud ha reconocido: “Tradicionalmente, las innovaciones, adelantos y esfuerzos por incrementar la calidad en los servicios de salud han sido dirigidos y aprovechados, en mayor medida, por sectores con menos rezago que la población marginada”.¹¹⁵ Es cierto que un problema de salud lo enfrenta cualquier persona y que desde el deber ser del derecho a la salud, cualquiera tiene el mismo derecho de ser atendida con la mayor diligencia y pericia, beneficiarse de los adelantos científicos, contar con diagnóstico oportuno y preciso acerca de sus padecimientos, tener la posibilidad de elegir los procedimientos más adecuados para atenderse y obtener los medicamentos para resolver el problema.

La diferencia la hacen las posibilidades de cubrir el costo de los servicios, diagnósticos, procedimientos y medicamentos. Como se ha dicho, la mayoría de las personas que forman parte de los pueblos indígenas, debido a las condiciones económicas que enfrentan, califican para ser parte del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades y, con ello, aunque muchas veces no lo saben, para acceder a la cobertura del Seguro Popular.

Esto hace que, en el mejor de los casos, sean derechohabientes de manera exclusiva y excluyente de los servicios y medicamentos catalogados en dicho programa. Sólo que dichos servicios no se ofrecen en el centro de salud de su comunidad, como ocurre en Jaltepec de Candayoc y en la comunidad de Damasco. Si no recibieron atención resolutiva a un problema ahí, depende del criterio del personal en turno para que puedan recibir el pase o referencia a otra unidad de salud, que puede estar a una hora de

115 Secretaría de Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad, *Programa de Equidad, Calidad y Desarrollo en Salud*, México, 2002, p. 9. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/docprog/estrategia_8/procedes.pdf

distancia; implica contar con recursos económicos para cubrir transporte, alimentación y muy probablemente hospedaje para el paciente y su acompañante. Requiere también contar con recursos para cubrir los análisis clínicos, estudios de radiodiagnóstico o de ultrasonido, cuestión que muy probablemente lleve a la decisión de no atenderse, de renunciar al derecho a recibir atención de salud con calidad y paliar las molestias con medicamentos caseros o automedicarse sin conocer bien a bien el origen del padecimiento, renunciando a la posibilidad de curarse.¹¹⁶

Como mencionó una mujer de 44 años de la Comunidad de Damasco, otra opción es vender sus pertenencias, o sus derechos sobre la casa o sobre la tierra, para atenderse, o bien contraer deudas con intereses impagables a corto plazo.¹¹⁷

Es importante tener en cuenta que en comunidades como las participantes, las personas entrevistadas manifestaron que por lo general se acude a los servicios de salud cuando sus padecimientos no fueron resueltos a través de los cuidados domésticos o de la medicina tradicional.

V.5.2. FALTA DE ATENCIÓN RESOLUTIVA EN CENTROS DE SALUD

La suma de carencias y deficiencias que enfrentan los centros de salud existentes en las comunidades participantes —incluido el hecho de que no están abiertos durante el horario que oficialmente se dice, de que no brindan servicio de atención de urgencias y de que sea constante el hecho de que no cuenten con los medicamentos, el equipo y sustancias tanto de curación como de diagnóstico— genera la certeza de que acudir al centro de salud no les va a resolver el problema, que ante una enfermedad, una herida o cualquier padecimiento, pensar en ir a solicitar consulta implica

116 Cfr. Sistematización de trabajo de campo.

117 *Idem*.

contar con dinero para comprar las medicinas y para viajar a María Lombardo o a Palenque, según sea el caso, a hacerse análisis, radiografías o cualquier otro procedimiento de diagnóstico.

En Jaltepec, un hombre de 61 años expresó: “no atienden bien en la clínica; hay que salir de la comunidad y hacer el esfuerzo de conseguir dinero para trasladarse a Lombardo, Tuxtepec, Matías; el problema es para quien no tiene dinero”.

Las personas de las comunidades acuden muchas veces más bien a buscar el “pase” o referencia para acudir al hospital más cercano, pero con la clara conciencia de que atender el problema realmente implica contar con dinero para salir de la comunidad, ya que difícilmente se encontrará solución ahí. De manera que, si no se cuenta con dinero, mejor no van al centro de salud, como lo dijeron en Jaltepec dos mujeres de 54 y 59 años, respectivamente: “hay muchos que no van al doctor por falta de dinero”; “cuando no me atienden en la clínica, me aguanto cuando no hay dinero”.

V.5.3. AUSENCIA DE ATENCIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD DE LAS MUJERES INDÍGENAS

Debido a que el sistema de salud aún no incorpora la atención de los determinantes sociales de la salud de los pueblos y las mujeres indígenas, incluso en el caso de que logran acceder en igual condición que el resto de las mujeres y de la población en general, continúa ausente en la calidad de los servicios la pertinencia cultural y de género que tome en cuenta su rol en la comunidad y en la cultura, su concepción sobre la salud física, emocional, espiritual, comunitaria, de la enfermedad y de la reproducción, así como la situación de violencia y discriminación múltiple por ser mujeres, por ser indígenas y por vivir en condiciones de empobrecimiento. Tales determinantes, sumados a los que han identificado los pueblos indígenas en la Declaración de Cajamarca,

dan un significado específico a la calidad de los servicios de salud que el Estado está obligado a brindar a las mujeres indígenas.

V.5.4. FALTA DE ACCESIBILIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Como se señaló en el apartado V.2., las mujeres indígenas enfrentan obstáculos de diferente índole para acceder a los servicios de salud, los cuales son distintos y más complejos que los de los hombres de su comunidad y los que enfrenta el resto de la población. Se trata de obstáculos específicos que sólo a ellas se les presentan debido al efecto perverso que produce en su vida la combinación de ellos, muy distinto a que sólo enfrentaran dificultades por el hecho de ser mujeres, por el hecho de ser indígenas o por vivir en condiciones de empobrecimiento.

V.5.5. AUSENCIA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN CULTURALMENTE ACEPTABLES

El hecho de que no se brinden los servicios de salud de manera adaptada culturalmente, como se señaló arriba, puede resultar en que lo que suele considerarse de calidad para el resto de la población no lo sea para las mujeres indígenas; por ejemplo, los procedimientos de diagnóstico y exploración ginecológica que en las mejores condiciones sea aceptable para una mujer no indígena, pueden resultar inapropiados e incluso agresivos para una mujer indígena; el hecho de dar indicaciones claras y respetuosas sobre lo que el personal de salud hará en el cuerpo de la mujer no puede considerarse de calidad cuando no es comprensible en la lengua propia de la usuaria.

V.5.6. FALTA DE CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LAS UNIDADES MÉDICAS QUE SE ENCUENTRAN AL ALCANCE DE LAS COMUNIDADES INDÍGENAS

En los 100 municipios más marginados del país el riesgo de mortalidad materna es tres veces más alto que en el resto del país. En el caso de los municipios indígenas con alto y muy alto índice de marginación y aislamiento geográfico-social, el riesgo de muerte materna es hasta nueve veces mayor que en los municipios mejor comunicados (PNUD/CDI, 2010:2).

La mortalidad materna devela la falta de capacidad de respuesta de los servicios públicos de salud para atender el problema, de manera tal que fue necesario que la Secretaría de Salud suscribiera el Convenio General para la Atención de la Emergencia Obstétrica¹¹⁸ con diferentes instituciones en busca de solución al problema que aqueja a las mujeres en general. Se espera que en el corto plazo tal medida

produzca impactos positivos en la vida de las mujeres indígenas, lo cual no se reflejaba todavía en el momento de la realización del trabajo que aquí se reporta. Son importantes los desafíos que se enfrentan en este aspecto, ya que, al menos en el estado de Oaxaca, de acuerdo con información del 31 de agosto de 2012, proporcionada por la Secretaría de Salud del estado, existen sólo cinco hospitales generales con capacidad para atender emergencias obstétricas.¹¹⁹

Con la información con la que se cuenta, puede decirse que dicha medida no ha beneficiado a las mujeres indígenas, ya que los 100

118 Respuesta de fecha 7 de noviembre de 2011, emitida por la Dirección General de Promoción de la Salud, de la Subsecretaría de Promoción y Prevención de la Salud de la Secretaría de Salud, a la solicitud número 001200343511.

119 Tales hospitales se encuentran ubicados en Tuxtepec, Pinotepa Nacional, Pochutla, Oaxaca y Huajuapán de León.

municipios más marginados del país, que son predominantemente indígenas, presentan un riesgo de mortalidad materna tres veces más alto que en el resto del país. En el caso de los municipios indígenas con alto y muy alto índice de marginación y aislamiento geográfico-social, el riesgo de muerte materna indígena es hasta nueve veces mayor que en los municipios mejor comunicados. Las entidades con problemas de mortalidad materna más serios son Chiapas, Chihuahua, Guerrero, Nayarit y Oaxaca; con un alto porcentaje de mujeres indígenas, presentan cifras de razón de mortalidad materna superiores a 75 por 100 mil nacidos vivos, mientras que en el resto de las entidades es de 63 por cada 100 mil.¹²⁰ También las adolescentes indígenas tienen un riesgo de morir por una causa materna tres veces más alto que las no indígenas.¹²¹

Ése ha sido el fenómeno extremo que se encuentra focalizado por haber sido incluida su disminución entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, habiendo muchos otros problemas de salud que enfrentan las mujeres indígenas que, como narraron de diversas maneras, muy probablemente les acompañen el resto de su vida al no encontrar las condiciones para lograr atención resolutiva a los mismos en las unidades médicas más cercanas y por carecer de medios económicos para cubrir el costo de buscar atención en otros lugares.¹²²

120 CDI-PNUD, *La mortalidad materna indígena y su prevención*, México, abril de 2010. Disponible en: www.cdi.gob.mx/.../mortalidad_materna_indigena_prevencion_cdi_pnud.pdf

Sobre la razón de mortalidad materna, los Servicios de Salud de Oaxaca, en su respuesta mediante oficio 24C/03322/2011, y las autoridades de Salud de Chiapas, a la solicitud número 3750, manifestaron que alcanza 75 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos.

121 Sara Lewis, *La salud materna indígena: el riesgo de morir sin atención médica*, Disponible en: <http://mexicosocial.org/colaboradores/vision-experta/sarah-lewis/item/190-salud-materna-ind%C3%ADgena-el-riesgo-de-morir-sin-atenci%C3%B3n-m%C3%A9dica.html?tmpl=component&print=1>

122 Sistematización de trabajo de campo, pp. 14 y 15.

Fue a la clínica pero ya no la atienden porque el doctor dice que tiene que llevar un papel que le dieron pero ella no lo encuentra y entonces por eso ya no va; tiene Seguro Popular (partera sobadora de 72 años, de Jaltepec).

Me recetaron, pero tuve que comprar las medicinas porque en la clínica no las dan; compré dos cajitas, pero ya se me acabaron y ya no tengo dinero para comprar otras; me duele todavía, pero ya no pude comprar la medicina porque no tengo dinero (ama de casa de 21 años, de Damasco).

Lo anterior se trata de una constante que enfrentan los pueblos y las mujeres indígenas en los servicios de salud y que reporta el Índice de Desarrollo Humano de los Pueblos Indígenas (IDHPI) al señalar:

a pesar de que se puede tener atención médica en otras instituciones como los centros de salud de la Secretaría de Salud (SS), servicios estatales, IMSS-Oportunidades, entre otros, el acceso a estos servicios se dificulta y/o imposibilita por la lejanía de las comunidades indígenas, por lo costoso que resulta acudir a los centros de salud y por la calidad del servicio de los mismos. Datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT) revelan que 63% de las personas de origen indígena que logran acudir al centro de salud no retornarían a atenderse debido a que por lo general se encuentran cerrados, faltan medicamentos y materiales, tardan mucho en ser atendidos y están muy lejos.¹²³

123 PNUD-CDI, *op. cit.*, p. 56.

V.5.7. FALTA DE INVERSIÓN PÚBLICA EN INFRAESTRUCTURA Y SERVICIOS DE SALUD EN ÁREAS RURALES DONDE SE ENCUENTRAN ASENTADOS LOS PUEBLOS INDÍGENAS, CONCENTRÁNDOLA EN ZONAS URBANAS

La calidad de los servicios de salud que se ofrecen a los pueblos indígenas y en particular a las mujeres depende de los recursos que se asignen y de la pertinencia de las estrategias que se implementen con dichos recursos. En el Sistema Nacional de Salud, se observa dispersión de esfuerzos y posiblemente de recursos para mejorar la calidad de los servicios destinados a los pueblos indígenas, mas no una racionalidad estratégica que indique que se va avanzando en pasos para atender el rezago que enfrentan en este aspecto, especialmente las mujeres indígenas.

En las solicitudes de información formuladas mediante el mecanismo de Infomex de los estados de Chiapas y Oaxaca, se solicitó información acerca del presupuesto anual destinado a la población en la que se enfoca este trabajo y la respuesta es que no existe tal información desagregada.

No obstante, los datos disponibles en el IDHPI 2010 reportan que durante el periodo 2000-2009 creció 2.17 veces el monto asignado para la atención a la población indígena, alcanzando en 2009 un monto de 28 mil 127 millones de pesos. Se señala también que, no obstante dicho incremento, los recursos asignados son aún insuficientes, ya que de 2000 a 2008 apenas representaron 1.5% del gasto programable total, cuando la población indígena abarca 10% de la población total del país.¹²⁴ Por lo tanto, se afirma la importancia de incrementar la participación del Sector Salud, debido a que es considerable el rezago en acceso a servicios de salud por parte de la población indígena, pues apenas 27.3% es derechohabiente de algún tipo de servicio de salud, mientras que la media nacional se ubica en 46.9%.¹²⁵

124 *Ibid.*, p. 77.

125 *Ibid.*, p. 79.

V.6. SENSIBILIDAD DE GÉNERO EN LOS SERVICIOS DE SALUD QUE SE BRINDAN A LAS MUJERES INDÍGENAS

En el contexto de los servicios de salud, se ha dicho que en los establecimientos, bienes, métodos y servicios de atención de la salud, el componente de sensibilidad de género implica que se tengan en cuenta las desventajas que por razones de género enfrentan las mujeres indígenas, la indiferencia social y gubernamental frente a sus necesidades y sus problemas de salud e incluso la muerte materna por causas evitables, así como el rol que desempeñan en su vida comunitaria y dentro del contexto cultural del que son parte, en especial de su triple jornada: productiva, reproductiva y comunitaria, así como los riesgos que enfrentan cotidianamente frente a la violencia social por el hecho de ser mujeres, y por enfermedades y padecimientos que las afectan de manera particular y creciente, como las de transmisión sexual, el VIH-sida, el cáncer de mama y el cérvico-uterino.

En la satisfacción respetuosa, oportuna y completa del derecho a la salud de las mujeres y, en este caso, de las mujeres indígenas, el Estado debería reconocer su función reproductiva, de crianza de las hijas e hijos y de garantes de su subsistencia alimentaria, de salud y educación esencial para la vida; de conservación y pervivencia de la cultura; de mantener viva la dimensión espiritual y comunitaria, así como la relación con la tierra y el territorio. En el campo del derecho a la salud, tal reconocimiento debe concretarse con la garantía, prevención y atención de servicios durante todas las etapas de la vida, incluida, desde luego, la maternidad.

Sin embargo, ello no ocurre así. A lo largo de la investigación se encontró que en la atención de la salud se refleja el desprecio o la indiferencia frente a los problemas de salud que viven las mujeres y en particular las mujeres indígenas. El campo de los servicios de salud es el escenario en el cual se enfrenta el desenlace fatal de

la muerte materna, donde se le vulnera a la mujer el derecho a la salud, a la vida y a la equidad a causa de las políticas públicas, de la condición socioeconómica y la marginación social, así como de factores asociados a visiones jerárquicas de la vida social, familiar y comunitaria, lo cual es agravado para las mujeres indígenas debido a la gestión de salud materna y a factores jerárquicos, burocráticos, culturales y comunitarios (PNUD-CDI, 2010:66).

De acuerdo con la información recabada en las comunidades participantes, esa indiferencia y desprecio por las mujeres indígenas se manifiesta en mayores necesidades y obstáculos para recibir atención en los servicios de salud, debido a factores diversos como la carencia de bienes para cubrir por sí mismas, sin depender de la voluntad y criterio de quien administra —generalmente hombres, ya sea su pareja, su padre o hermanos— los recursos familiares, quien finalmente decidirá cuándo es el momento de acudir a buscar los servicios médicos. Esta situación la expresan así mujeres de las comunidades en las que se realizó este trabajo:

Las mujeres son las que más se enferman, tienen que buscar la manera de atenderse. El marido hasta que ve que se está muriendo, entonces va a buscar dinero. Cuando no se ve grave, no le hace caso (ama de casa de 29 años, de Damasco).

Fui a San Cristóbal porque dicen que ahí sí atienden bien. Fui con mi esposo porque él sí tiene dinero para ir. Me dijeron que tenía que regresar a Ocosingo por mi cita de referencia, pero ya no pude regresar porque no tengo dinero (ama de casa de 21 años, de Damasco).

Esas necesidades particulares que enfrentan las mujeres indígenas tienen que ver con la salud sexual y con la salud reproductiva. En cuanto a la primera, las mujeres señalan que muchas veces adquieren enfermedades de transmisión sexual porque su pareja tiene relaciones sin protección con otras mujeres y también porque

ellos se niegan a utilizar anticonceptivos, teniendo que ser ellas quienes usen los métodos.¹²⁶

Además de las necesidades propias de atención, su rol de cuidadoras de la salud de sus hijas e hijos, de su pareja, de su padre y/o madre ancianos, e incluso de su suegra y/o suegro, les implica recurrir, en primer lugar, a todos los métodos y remedios domésticos para resolver los padecimientos, bajo presión de hacerlo con lo que tengan a la mano, sin sufragar ningún gasto y sin pedir más ayuda que la orientación de otras mujeres y ancianas sobre cómo interpretar los síntomas manifiestos y sobre lo que puede resultar más efectivo para buscar curación.

Si la medicina doméstica no funciona, deben acudir a la medicina tradicional con las personas que la conocen y practican, esperando también resolver los problemas y evitar acudir a los servicios de salud. Según Zolla (2007), 71% de la población indígena se atiende con medicina tradicional y medicina casera o doméstica, operada generalmente por las amas de casa.

Agotadas estas posibilidades, las mujeres acuden al centro de salud con la necesidad propia o de algún familiar, y además de la angustia y preocupación que ya enfrentan, son ignoradas si no hablan español y no llevan traductor o son sometidas a malos tratos, muy probablemente reprendidas por no haber acudido antes.

Según las mujeres indígenas, los hombres de su comunidad no reciben ese trato:

A los hombres les dan atención porque se ponen bravos, porque exigen para que pasen en la consulta; a las mujeres no les hacen caso.

A los hombres los tratan bien porque no se dejan; a las mujeres más las discriminan porque no responden; los hombres los respetan; son más fuertes. Cuando ellas se

126 Sistematización de trabajo de campo, p. 9.

defienden, les dicen que les van a borrar de Oportunidades.
Les dan de baja si son mujeres.¹²⁷

Al solicitar información sobre medidas específicas para la atención de la salud de las mujeres indígenas, las autoridades de salud, tanto federales como de los estados de Oaxaca y Chiapas, manifestaron no tener programas o acciones específicas al respecto; la única acción específica que en materia de salud está dirigida a las mujeres indígenas es la que la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural de la Secretaría de Salud ha promovido, descrita en el documento denominado “La atención intercultural a las mujeres: el trabajo de parto en posición vertical en los servicios de salud”.¹²⁸ Sin embargo, esta acción no se implementa en todas las zonas con población indígena, ya que no tiene carácter obligatorio.

En materia del derecho de las mujeres a vivir libres de violencia, se encontró la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005 “Violencia sexual, familiar y contra las mujeres. Criterios para la Prevención y Atención”, la cual constituye una importante herramienta para las instituciones de salud a fin de contribuir a la prevención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres; sólo que tanto el contenido de dicha NOM como el formato de registro de casos que contiene anexo no consideran la ocurrencia de hechos violentos donde las afectadas sean mujeres indígenas, cuyos casos requieren un tratamiento particular, o al menos tomar en cuenta su identidad cultural, ni el impacto que los hechos pudieran tener para su comunidad ni la manera como ésta puede posicionarse en la búsqueda de la justicia.

Por tal razón, según revela la Encuesta Nacional de Salud de las Mujeres Indígenas, son las propias mujeres indígenas víctimas de violencia —lesiones ocasionadas por su pareja— quienes asumen el costo de atención o curación de las consecuencias que en su salud física les provoca la violencia perpetrada en su contra, llegando a gastar un promedio de 322 pesos por persona, que

127 Sistematización de trabajo de campo, p. 15.

128 Disponible en: http://www.dgplades.salud.gob.mx/interior/dmtdi_medicina.html

incluye, entre otras cosas, medicamentos y remedios, honorarios de médicos/as y curanderos/as, transporte y hospitalización en algunos casos (ENSADEMI, 2008:93).

Sobre la aplicación adecuada o no de esta norma oficial, es necesaria una indagación especial; lo cierto es que en el contexto de los servicios de salud se cometen actos que bien pueden constituir violencia institucional contra las mujeres indígenas, provocada con burocracias de programas como Oportunidades —componente de salud— o del Seguro Popular, que se convierten en verdaderos obstáculos para el ejercicio del derecho a la salud y configuran daños o sufrimientos en contra de las mujeres indígenas. Se ha mencionado en apartados anteriores otros casos en los que las mujeres se sienten violentadas, por el trato que reciben o por practicarse en su cuerpo algo que la usuaria no entiende o con lo que no está de acuerdo, por ejemplo, la toma para la prueba de papanicolau, la episiotomía, la aplicación del DIU y OTB.

En suma, de la revisión de documentos oficiales que soportan la estructura y funcionamiento del SNS, se encontró que, si bien la Constitución y los tratados internacionales firmados y ratificados por México reconocen el derecho a la salud de los pueblos y las mujeres indígenas, tal reconocimiento se diluye en el momento de convertirse en política pública. Esto ocurre con la LGS y con las normas oficiales mexicanas que rigen el quehacer del Sector Salud.

Ocurre también con el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, el Programa Nacional de Salud 2007-2012 y la serie de documentos, programas y modelos de atención de programas que se encontraron de manera dispersa, los cuales fue sumamente difícil comprender y articular, sobre todo en relación con la infraestructura existente y con los servicios disponibles para las mujeres indígenas y comunidades participantes de este esfuerzo.

Tal complejidad y dispersión de la documentación oficial existente acerca de los programas que contemplan de alguna manera aspectos relativos a la atención de la salud de los pueblos y mujeres indígenas impide su fácil acceso para consulta o valoración por parte de las personas usuarias, quedando a expensas de la

información no siempre confiable ni accesible, mucho menos en lengua indígena.

Por otra parte, los diferentes programas y políticas que se crean adolecen de las mismas limitaciones que los ya existentes, como ocurre, por ejemplo, con las unidades médicas móviles o Caravanas de Salud que, si bien pueden llegar a comunidades que no cuentan con servicios, los que brindan se limitan también a la atención médica que ofrece el Programa Oportunidades y el Paquete Básico. Asimismo, la promoción de la salud reproductiva y la salud materna y perinatal, si bien coadyuva en la protección de la salud, no es suficiente para asegurar que las mujeres indígenas cuenten con los servicios de salud reproductiva que requieren.

Otra evidencia de la superficialidad de las medidas que se han adoptado en relación con la problemática materia de este estudio es la existencia del proyecto para la atención de tercer nivel a pacientes indígenas y su permanencia a más de 30 años de su creación y de nueve de la creación del Seguro Popular. Lejos de la cobertura universal, estas medidas dan cuenta de la deficiencia en las políticas de atención a la salud de pueblos indígenas, pues se continúa con acciones paliativas ante la falta de garantía de acceso a los servicios de atención médica integral para pueblos y comunidades indígenas.

Finalmente, es necesario mencionar que el SNS tampoco ofrece a las mujeres indígenas, de manera alguna, servicios de atención de la salud emocional, como es la obligación estatal conforme a la Constitución, los tratados internacionales y la LGS. Si bien en ésta se menciona como uno de los servicios que debe prestarse, no existe previsión alguna ni en el catálogo de cobertura del Seguro Popular ni en la oferta del IMSS-Oportunidades. Muchas mujeres manifestaron que parte de lo que esperan cuando acuden a la clínica o centro de salud es ser escuchadas acerca de sus problemas y orientadas sobre cómo resolverlos. En ocasiones tienen la suerte de que quien les atiende les escucha, pero por lo general se les consulta con prisa, sin posibilidad de desahogarse.¹²⁹

129 Sistematización de trabajo de campo, p. 17.

V.7. ARMONIZACIÓN CON LOS DERECHOS COLECTIVOS DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

Este componente exige al Estado garantizar los servicios de salud a las mujeres y pueblos indígenas, de manera tal que sean compatibles con el ejercicio de la autonomía y los derechos colectivos de los pueblos indígenas. Al respecto, los hallazgos de la presente investigación, fueron los siguientes.

V.7.1. RESPETO Y GARANTÍA DE GOZAR DE LOS DERECHOS Y OPORTUNIDADES DEL RESTO DE LA POBLACIÓN DEL PAÍS, SIN DISCRIMINACIÓN

Las mujeres indígenas viven discriminación múltiple en el ejercicio —o intento— del derecho a la salud, por las razones que ya han sido señaladas, como:

- falta de disponibilidad de servicios que les brinden atención resolutiva a los problemas de salud que les aquejan
- obstáculos que impiden el acceso a los servicios existentes, como carencia de recursos económicos, la distancia, el burocratismo o la falta de información sobre la ruta que deben seguir para resolver el problema y la discriminación que viven cuando solicitan o gestionan atención médica
- ausencia de adecuaciones culturales en establecimientos, servicios, métodos, procedimientos y medicamentos que se les aplican
- enorme dificultad que se convierte casi en imposibilidad de acceso a servicios de calidad
- ausencia de consideración de los obstáculos que enfrentan las mujeres por razones de género, que hacen que en lugar

de ejercer un derecho, se enfrenten a nuevas afectaciones por el hecho de ser mujeres

Estos obstáculos y daños sólo pueden afectar a las mujeres indígenas, a nadie más; sin embargo, no han sido atendidos en el diseño y operación del SNS, llegando a configurar lo que se ha llamado discriminación múltiple.

V.7.2. GARANTÍA DE GOCE EFECTIVO DE TODOS LOS DERECHOS Y LIBERTADES, TANTO A HOMBRES COMO A MUJERES, SIN DISCRIMINACIÓN

El SNS no está tomando en cuenta las desventajas estructurales que viven las mujeres indígenas para adoptar medidas afirmativas a fin de neutralizar tales desventajas y asegurar el goce efectivo de su derecho a la salud. Como lo manifestaron las autoridades de salud de los estados de Oaxaca y Chiapas, así como de la Federación, es indiferente a tales desventajas y con ello generador de discriminación en contra de las mujeres indígenas por falta de diferenciación y de medidas específicas que les aseguren su acceso efectivo.

V.7.3. ATENCIÓN DE DERECHOS Y NECESIDADES ESPECIALES DE ANCIANAS/OS, MUJERES, JÓVENES, NIÑAS/OS Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD, LIBRES DE VIOLENCIA Y DISCRIMINACIÓN

Este compromiso que adoptaron los Estados para garantizar a los pueblos indígenas y a quienes forman parte de ellos el ejercicio de los derechos reconocidos ha sido vulnerado en el caso de

las mujeres indígenas, ya que lejos de adoptar estrategias para asegurarlos a las ancianas, a las adolescentes y a quienes viven discapacidades permanentes o temporales, se encontró una desconsideración, por ejemplo, cuando una persona anciana ha olvidado datos o documentos relativos a su expediente médico, o si llega tarde a consultas o revisiones médicas, o si no comprende el español y no va acompañada de otra persona que le sirva de intérprete. En la comunidad de Jaltepec de Candayoc señalaron lo anterior como algo que ocurre sobre todo en el marco del Programa Oportunidades.¹³⁰

V.7.4. EFECTIVIDAD DE LOS DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES, DE ACUERDO CON SU IDENTIDAD, TRADICIONES E INSTITUCIONES

De lo señalado a lo largo de este trabajo se desprende que no hay garantías para que las mujeres indígenas ni los pueblos a los que pertenecen ejerzan el derecho a la salud conforme a la manera en la que fue reconocido por el Estado a todas las personas sujetas a su jurisdicción; mucho menos que los servicios y programas de salud sean compatibles y adecuados a su identidad cultural y a sus tradiciones e instituciones.

Los documentos revisados e informaciones oficiales recibidas fueron coincidentes con los testimonios recogidos en las comunidades participantes en el sentido de que no existe tal efectividad o aceptabilidad en los servicios de atención de la salud que se ofrecen. Es cierto que muchos documentos y programas hablan de interculturalidad, sobre todo en lo que se refiere a medidas para incluirla, pero no existe tal interculturalidad en el SNS, salvo en los lugares en los que se esté aplicando exitosamente el modelo intercultural de atención al parto vertical y en lo que

130 Sistematización de trabajo de campo, p. 17.

respecta a la incorporación de otros métodos tradicionales y medicinas en dos hospitales de las Culturas que existen en San Cristóbal de las Casas, Chiapas, y en el que se ha informado que está en proceso de construcción en Capulalpam de Méndez, en Oaxaca.

El hecho de que en tales hospitales se estén incorporando métodos y medicinas tradicionales constituye avances importantes; se requeriría una aproximación al diseño y operación de los mismos, que no fue posible hacer ahora, para conocer la manera en la que responden a las necesidades de atención de la salud en los pueblos indígenas. Lo que sí se puede decir es que, como lo revela la información y los datos recabados, se trata de un modelo que no se está aplicando en el resto de las unidades médicas de los estados de Chiapas y de Oaxaca, y son igualmente inaccesibles para las comunidades que no se encuentran cerca.

V.7.5. DISFRUTE DEL NIVEL MÁS ALTO DE SALUD FÍSICA Y MENTAL, POR LO MENOS IGUAL QUE EL RESTO DE LA POBLACIÓN

Una obligación contraída por el Estado mediante el Convenio 169 de la OIT es la de adoptar las medidas que se requieran para lograr que los pueblos y las mujeres indígenas puedan gozar del nivel más alto posible de salud física y mental, en la misma medida que la que puede disfrutar el resto de la población; sin embargo, como lo reflejan las cifras oficiales y el sentir de las personas y comunidades participantes en esta investigación, y a pesar de lo que ha comenzado a hacerse, hoy en día la población indígena, y en particular las mujeres indígenas, enfrentan mayores rezagos y desventajas que el resto de la población.

V.7.6. ELIMINACIÓN DE LAS DIFERENCIAS SOCIOECONÓMICAS ENTRE LOS PUEBLOS INDÍGENAS Y EL RESTO DE LA POBLACIÓN

El SNS no contribuye a eliminar las diferencias socioeconómicas que existen entre los pueblos indígenas y el resto de la población. No tiene en cuenta el estrecho vínculo que existe entre el ejercicio del derecho a la salud y el ejercicio de los demás derechos, desde el reconocimiento de su identidad cultural hasta su naturaleza vital colectiva. La magra oferta de servicios del SNS hacia los pueblos y las mujeres indígenas impide el ejercicio del derecho a la salud, impactando en su desarrollo.

Las importantes deficiencias y obstáculos que enfrentan para acceder a servicios de salud de calidad y culturalmente adaptados tienen repercusión en el ejercicio de las capacidades y libertades que posibilitan el desarrollo, como lo explica el IDHPI, citando el enfoque del desarrollo humano basado en las capacidades, elaborado por Amartya Sen y Marta Nussbaum, en el sentido de que este enfoque “busca propiciar condiciones para que las personas tengan la posibilidad efectiva de escoger entre las opciones de vida que autónomamente valoren [...] proceso social íntimamente vinculado a la expansión de la libertad a través de la eliminación de aquellos obstáculos que impiden a los individuos optar entre formas de vida distintas”.¹³¹ Este enfoque protege la diversidad y el pluralismo al empoderar a las personas, más que forzarlas a vivir de un modo particular, buscando crear capacidades efectivas para que puedan optar entre distintas alternativas.

Dicho enfoque debe ser contrastado frente a la idea de desarrollo de los pueblos indígenas, en el que seguramente se encontrará el ejercicio pleno del derecho a la salud en el contexto cultural propio y en relación armónica con su entorno comunitario, espiritual, territorial y comunitario.

131 IDHPI, p. 22.

V.7.7. RECONOCIMIENTO, RESPETO Y PROTECCIÓN DE VALORES, PRÁCTICAS TRADICIONALES, CULTURALES, RELIGIOSAS Y ESPIRITUALES, DE SUS INSTITUCIONES, SUS TIERRAS, TERRITORIO, DERECHOS TERRITORIALES Y RECURSOS NATURALES, ASÍ COMO SU RELACIÓN CON ELLOS

En la indagación realizada, pudo constatar que ni el SNS ni su marco institucional de aplicación ni quienes lo operan tienen conocimiento del entorno del mundo de los pueblos indígenas, de ese todo integral que da sentido a su existencia y que determina el contenido de la concepción de la salud —ese estar bien en todos los aspectos— y su concepto de enfermedad. Se identificaron esfuerzos sumamente precarios para conocer y entender ese mundo en el cual deben ser compatibles los servicios de atención de la salud que ofrece el Estado.

Se encontró más bien una constante de quejas por el desprecio que las instituciones de salud y las prácticas de quienes las operan manifiestan frente a los rasgos culturales y de pertenencia a un pueblo indígena.

V.7.8. CONSULTA MEDIANTE PROCEDIMIENTOS APROPIADOS Y A TRAVÉS DE SUS INSTITUCIONES, CUANDO SE ELABOREN LEYES, PROGRAMAS O CUALQUIER MEDIDA QUE LES AFECTE DIRECTAMENTE

Hasta ahora, la operación del SNS en su conjunto ha funcionado sin tomar en cuenta la visión y opinión de los pueblos y las mujeres indígenas respecto de las medidas que se implementan, incluidas las reformas legales y programas que se ponen en marcha. La

obligación de consulta a los pueblos indígenas no se encuentra definida ni existe referencia de buenas prácticas en materia de derecho a la salud, en donde se hayan llevado a cabo y tomado en cuenta su opinión y aportes, y menos aún en este campo. El SNS enfrenta grandes desafíos al respecto.

V.7.9. PARTICIPACIÓN Y DECISIÓN DE PRIORIDADES EN LA ADOPCIÓN, APLICACIÓN Y EVALUACIÓN DE POLÍTICAS Y PROGRAMAS DE SU INTERÉS

Lo que pudo constatarse es que en el diseño y operación del SNS no se incluye la posibilidad de participación de los pueblos indígenas a través de sus espacios de representación. Tampoco en la creación o reforma de las normas jurídicas aplicables, particularmente de las normas oficiales mexicanas que regulan el quehacer del SNS,¹³²

132 Se hace referencia específica a las siguientes: la NOM-007-SSA2-1993, para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y del Recién Nacido; la NOM-197-SSA1-2000, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento que deben tener los hospitales y consultorios de atención médica especializada; la NOM-233-SSA1-2003, que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del SNS; la NOM-168-SSA1-1998, relativa al expediente clínico y los datos que debe contener, y que regula también lo relativo al consentimiento de pacientes sometidos a cirugía mayor, salpingoclasia, procedimientos y diagnósticos que pueden implicar riesgos, riesgos y beneficios esperados, autorización al personal de salud para la atención de contingencias, así como el nombre y firma de los testigos; basada en la anterior e incorporando datos de pertenencia étnica, se encuentra la NOM-024-SSA3-2010, que establece los objetivos funcionales y funcionalidades que deberán observar los productos de Sistemas de Expediente Clínico Electrónico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud; la NOM-005-SSA2-1993, relativa a los servicios de planificación familiar, que establece la obligación de dar atención particular a ciertos grupos e individuos, entre ellos a la población de diferentes etnias indígenas; la NOM-035-SSA2-2002, relativa a la prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer; y la NOM-046-SSA2-2005 "Violencia sexual, familiar y contra las mujeres. Criterios para la Prevención y Atención".

se involucra a los pueblos indígenas ni se incorpora aspectos que aseguren el ejercicio de los derechos culturales de sus miembros, con excepción, de tres normas en particular, por ejemplo, la NOM-024-SSA3-2010 que incorpora en el expediente clínico electrónico el dato de pertenencia étnica y la NOM-005-SSA2-1993 relativa a planificación familiar, que impone la obligación de brindar atención especial cuando se trata de miembros de pueblos indígenas.

Como se desprende de la información proporcionada por las instituciones de salud estatales y federal, tampoco ocurre en el momento de crear o implementar nuevos programas ni en procesos de evaluación del financiamiento de los mismos. Más bien, cuando se llevan a cabo tales evaluaciones, se recurre a personas o instituciones académicas que lo hacen desde sus propios criterios y herramientas.

Ni la representación de las comunidades ni las mujeres indígenas usuarias de los servicios de salud tienen posibilidad de participar en la decisión de las prioridades que atienden los centros de salud o unidades médicas de cualquier naturaleza, de los horarios de atención o del desarrollo de los talleres y pláticas preventivas en los que participan. Como se verá en el siguiente apartado, ni siquiera cuentan con información cierta de los horarios en los que deben ofrecerse los servicios, existiendo centros de salud que muchas veces están cerrados porque el personal responsable sólo acude ciertos días de la semana a brindar atención, como ocurre en la comunidad de Damasco.¹³³

En la información solicitada a las autoridades de salud se menciona a los comités de salud que existen en las comunidades como los que apoyan para servir de intérpretes de las personas monolingües que no hablan o comprenden el español. Sin embargo, lo que pudo verificarse en las comunidades participantes es que sí existe el Comité de Salud dentro de la estructura organizativa, pero entre sus funciones no se encuentra dicha tarea. Más bien, este comité se hace cargo de acudir a la respectiva jurisdicción sanitaria para recoger medicamentos y vacunas, así como de estar pendiente de campañas dirigidas a sus comunidades.

133 Sistematización de trabajo de campo, p. 5.

Se esperaría que con las reformas a la Ley de Planeación publicadas en el *Diario Oficial de la Federación* en junio de 2011, la incorporación de la participación de los pueblos indígenas se lleve a cabo en el marco de este derecho colectivo y no se trate de una interpretación a modo que les deje nuevamente al margen de las decisiones esenciales que afectan de manera tan trascendente la vida de quienes forman parte de ellos, particularmente, las mujeres.

V.7.10. CONSERVACIÓN DE SUS LENGUAS INDÍGENAS Y GARANTÍA DE HACERSE ENTENDER EN ACTUACIONES POLÍTICAS, JURÍDICAS Y ADMINISTRATIVAS, MEDIANTE INTÉRPRETES SI ES NECESARIO

Este tema ya fue tratado antes, al abordar el componente de aceptabilidad. Sólo se reitera aquí el hecho de que este aspecto de los derechos culturales de las mujeres indígenas es de trascendental importancia tratándose de la garantía del derecho a la salud, ya que es vital la posibilidad de comunicación comprensible en su propia lengua. Sobre el significado de no poder hablar español cuando van a la clínica, se comentaron situaciones como las siguientes:

La abuelita no sabe expresarse cómo se siente. Yo le digo que vaya a la clínica, pero por lo mismo que no quiere decir lo que siente, le da pena. No tiene palabra de cómo puede explicarse, platicar porque ella habla mixe y el enfermero no habla mixe; a veces hay personas en la clínica que le hacen el favor de traducir. Hay personas que a veces no tienen confianza para decirle: me pasa así. Una no le tiene confianza a toda persona para decirle cómo se siente o qué le pasa.¹³⁴

134 *Ibid.*, p. 12.

Ella como no habla español y la ven con su vestimenta no la atienden. Llegó con dolor y le dieron otra cita porque no le entendieron; tenía dolor, le dan cita hasta después de un mes y tenía dolor. Tiene piedras y se fue en particular y se gastó \$3 mil y todo es prestado, no tiene dinero. El costo de la operación es de \$8 mil.¹³⁵

Sin embargo, por lo que pudo observarse a lo largo de la presente investigación, no existe dentro del SNS alguna medida significativa que asegure tal posibilidad. El SNS se limita a promocionar en lenguas habladas en la región a través de algunos programas de radio, como verificaron las investigadoras comunitarias. Los impresos que se difunden en las unidades de salud se encuentran sólo en español.

V.7.11. DERECHO DE AUTONOMÍA

Con lo anterior, puede afirmarse que el SNS es violatorio del derecho de autonomía de los pueblos indígenas, reconocido por la Constitución, ya que no les permite decidir las prioridades y enfoques de la forma de atender los problemas de salud de sus miembros de acuerdo con su propia cosmovisión. Tampoco permite que sus instituciones y formas de representación tradicional incidan en la forma en la que se satisfacen o no las necesidades por las que acuden demandando los servicios de salud.

¹³⁵ *Ibid.*, p. 13.

V.8. TRANSPARENCIA, ACCESO A INFORMACIÓN Y PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MEDIOS, LENGUA Y LENGUAJE COMPRESIBLES

Este factor exige que los servicios de atención a la salud de las mujeres indígenas sean comprensibles en su propio idioma, así como que el diagnóstico y todo tipo de información relacionada con los servicios, los padecimientos y posibles consecuencias que se deriven del uso de ciertos medicamentos o del sometimiento a estudios o intervenciones de cualquier tipo sean comprensibles y conocidos oportunamente, incluido el acceso al expediente y constancias médicas y a la protección de datos personales.

Sobre este componente, tratándose de las mujeres indígenas se encontró que está casi todo por hacer para que en el SNS se satisfaga el derecho a la información en relación con el derecho a la salud, ya que se identificaron deficiencias como las siguientes:

i. No existe información clara en lenguaje e idioma comprensibles acerca de dónde, cómo y qué esperar de los servicios de atención de la salud, ni tampoco sobre qué hacer en caso de que los padecimientos o enfermedades que se tienen no estén cubiertos por el Seguro Popular. En las comunidades participantes se encontraron personas que, estando adscritas al Programa Oportunidades, ignoraban que estaban afiliadas al Seguro Popular, así como lo que ello podía ofrecerles.

ii. Ni las personas afiliadas al Seguro Popular ni quienes acuden al IMSS-Oportunidades tienen certeza acerca de qué tipo de gastos por diagnósticos o medicamentos están cubiertos por dichos programas o esquemas de afiliación. La noción que sí tienen clara es que enfermarse y acudir a los servicios de salud implica gasto, el cual nunca puede preverse con certeza. Lo que se sabe es que cerca de 50% de los hogares indígenas sin seguridad social gastan

cada tres meses 30% de su ingreso en atención de la salud, el doble de los hogares no indígenas.¹³⁶

iii. Existe un desconocimiento generalizado acerca de los derechos que tienen como pacientes en el ámbito de los servicios públicos de atención de la salud.

iv. En las comunidades participantes no se cuenta con información precisa acerca de los horarios en los cuales debe prestar sus servicios el centro de salud. En Damasco no se sabía en qué día encontrarían servicio, pues el médico encargado a veces iba y a veces no, además de no contar, por supuesto, con servicio de atención a urgencias, por lo que les implica alrededor de 800 pesos sólo el transporte especial para llegar hasta donde pueden recibir atención. Y en Jaltepec las personas entrevistadas manifestaron que por la tarde la clínica no da servicio y no se cuenta con atención de urgencias ni de partos. Esta información fue distinta a la oficial proporcionada por los Servicios de Salud del Estado de Oaxaca, los cuales informaron que esa clínica funcionaba en un horario de 8 de la mañana a 8 de la noche y que atendía urgencias las 24 horas de lunes a domingo; informaron además que los servicios que supuestamente ofrece incluyen: consulta externa programada y de urgencia, medicina preventiva y promoción de la salud. Se informó también que la clínica sí atiende partos, que el personal está capacitado en emergencias obstétricas y reanimación neonatal, y que las complicaciones son referidas al Hospital General de María Lombardo, información desconocida por la mayoría de las personas en la comunidad.

v. Como al resto de la población, se niega a las personas el acceso a una copia de su expediente clínico. Cuando una persona de una de las comunidades participantes acudió a solicitarlo al área de archivo del hospital donde había recibido atención, le fue negado bajo el argumento de que el expediente pertenecía al hospital y sólo se le podía proporcionar para verlo, no una copia del

136 IDHPI, p. 104.

mismo. Para obtenerlo, tuvo que utilizar el mecanismo de acceso a información previsto por la Ley de Transparencia y Acceso a Información Pública, lo cual le significó trámites de alrededor de tres meses y gastos para acudir a la capital del estado para recibir las copias solicitadas.

vi. No se proporciona información en lenguaje comprensible e idioma propio acerca del diagnóstico y procedimientos recomendados para la atención de los padecimientos ni tampoco sobre la forma de administrarse los medicamentos ni sobre los riesgos o beneficios que van a producirse, lo que trae como consecuencia desconfianza, angustia o escepticismo acerca de los resultados que podrían esperarse.

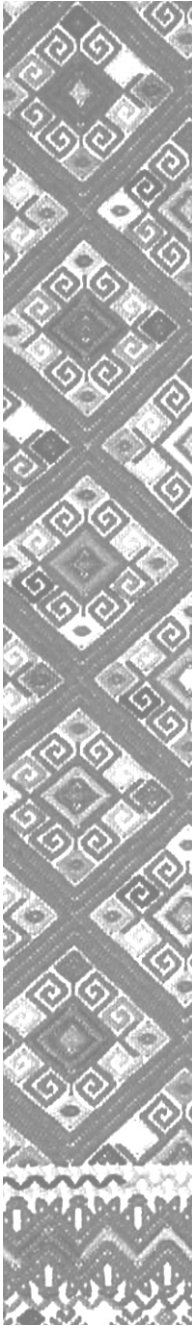
vii. En materia de derechos reproductivos, se encontró aún la existencia de vacíos en el proceso de consentimiento informado para el uso de métodos anticonceptivos, ya que, si bien en el momento de ingresar mujeres para la atención de partos se les entrega para firma el formato que contiene el consentimiento para adoptar medidas de emergencia en caso de necesidad —en el mismo se incluye la colocación del dispositivo intrauterino—, este formato es entregado a la usuaria en el quirófano, cuando ya se encuentra en trabajo de parto, lo que representa para ella tomar una decisión en condiciones de estrés en las que es difícil expresar libremente su voluntad.

viii. En materia de salud sexual y salud reproductiva, es fundamental el acceso a información por parte de las mujeres indígenas, ya que muchas veces adquieren enfermedades de transmisión sexual por el contacto con su pareja o simplemente requieren conocer la forma de cuidar su salud, conocer y atender síntomas de problemas que en el futuro pudieran enfrentar. Éste es uno de los aspectos en los que el componente de salud del Programa Oportunidades les ofrece beneficios, ya que para muchas mujeres o muchas parejas, ha representado la oportunidad de adquirir información al respecto, aun sin una perspectiva intercultural o de equidad de género.



VI. CONCLUSIONES





Del análisis de los hallazgos encontrados tanto en la revisión del diseño y regulación del Sistema Nacional de Salud como en el trabajo de campo en las dos comunidades indígenas de Oaxaca y Chiapas, y a la luz del marco conceptual construido sobre el derecho de atención de la salud de las mujeres y de los pueblos indígenas, se llega a algunas conclusiones.

1. La atención a la salud de los pueblos y mujeres indígenas debe considerar, según su cosmovisión, el cuerpo, la mente y el espíritu como una unidad y no de manera aislada centrada en un enfoque biológico de la enfermedad. Por lo tanto, es necesario que el proceso de atención a la salud considere las variables étnico-culturales de los pueblos indígenas que respondan a un diálogo intercultural donde participen y sean respetados sus derechos colectivos.
2. El nuevo enfoque sobre la salud sexual y la salud reproductiva implica

“la posibilidad de que las mujeres se adueñen de sus cuerpos, de sus vidas y de sus maternidades. Implica además, un mejor y más equitativo acceso de las mujeres a los servicios educativos, al mundo laboral y por supuesto a la toma de decisiones en todos los planos de sus vidas”. Este enfoque toma en cuenta nuevos sujetos de atención y estudio, pues no sólo incluye a las mujeres en edad reproductiva, sino además a niñas, a adolescentes y a mujeres que han terminado su edad reproductiva (Espinosa, 2001:6).

3. La errónea concepción del derecho de igualdad existente entre las autoridades de salud —al considerar que la igualdad se traduce en dar un trato idéntico— ha constituido un obstáculo para el acceso a la salud de las mujeres indígenas, pues el trato igual a personas que tienen necesidades particulares en razón de su identidad y desventajas históricas, como las mujeres indígenas, incrementa y profundiza la desigualdad.

4. En el caso de las mujeres indígenas, no sólo viven una forma de discriminación, sino la combinación de diferentes discriminaciones que les producen afectaciones especialmente graves, mayores y distintas a las que cada una de las formas de discriminación les producen por separado. Por ejemplo, se ha reconocido que el hecho de ser mujer en sí mismo le genera desventajas en el ejercicio del derecho a disfrutar el más alto nivel de bienestar; el hecho de ser indígena le significa otras, mayores a las que le significaría si no lo fuera; el hecho de vivir en condiciones de empobrecimiento le incapacita para cubrir el costo de los servicios de salud y medicamentos que no le otorga el Sistema Nacional de Salud; si a ello se agregan otros factores, como el de ser niña o anciana, o el de vivir con alguna discapacidad, la concurrencia de tales discriminaciones incluso puede producir en una mujer indígena consecuencias irreparables.

5. Las desigualdades sociales, la discriminación y la marginación que viven los pueblos y las mujeres indígenas constituyen determinantes sociales de su salud que deben ser consideradas en

la construcción de los modelos de atención. En el caso particular de las mujeres indígenas, además debe considerarse la violencia de género que enfrentan.

6. A pesar del reconocimiento formal que ha realizado el Estado mexicano en la Constitución y en tratados internacionales de los que es parte en materia de derechos de los pueblos y mujeres indígenas, así como de la obligación establecida para los tres niveles de gobierno de asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud a los pueblos y comunidades indígenas, en particular a las mujeres indígenas para propiciar su incorporación al desarrollo, tal reconocimiento ha quedado sólo en el discurso, ya que no termina por aterrizar en las políticas y prácticas de la salud, ni en las normas oficiales que rigen realmente la prestación del servicio.

7. Todo el entramado de principios y derechos construido en los tratados internacionales y en la Constitución se diluye en las normas oficiales que rigen la operación de los servicios de salud, del Plan Nacional de Desarrollo, del Programa Nacional de Salud y demás programas vigentes, los cuales se encuentran aún sumamente distantes de dicha normatividad.

8. Los derechos reconocidos a los pueblos y mujeres indígenas no se han materializado en medidas concretas que les aseguren una cobertura universal a los servicios de atención a la salud, ni han llevado a la atención de sus necesidades específicas, en razón de su identidad cultural y de género, ni consideran las desventajas en las que se encuentran las mujeres indígenas, en particular por las condiciones de marginación, empobrecimiento y violencia de género que enfrentan.

9. El acceso a los servicios de atención a la salud en México se encuentra determinado por la condición laboral y económica de las personas. En consecuencia, las mujeres indígenas, al encontrarse en su mayoría en condiciones de marginación y empobrecimiento,

cuentan sólo con opciones de cobertura limitada que les ofrece el Estado para atender su salud, tales como el Seguro Popular y el IMSS-Oportunidades, programas y esquemas de financiamiento que, aunque sus principales destinatarios son los pueblos y comunidades indígenas, no cuentan con medidas que aseguren la adecuación cultural en su operación y ni siquiera garantizan la debida comunicación en la lengua de las comunidades.

10. La política de atención a la salud y la atención a la salud que se brinda en las comunidades participantes no satisfacen las exigencias de los componentes que integran el derecho a la salud: no son coherentes con la cultura y cosmovisión de las mujeres y de los pueblos a los que pertenecen. No existen medidas concretas en las normas operativas vinculantes que aseguren que las unidades de atención médica tomen en cuenta la cosmovisión de salud-enfermedad-atención de las mujeres indígenas y de sus pueblos. Ni siquiera aseguran la debida comunicación en su lengua.

No satisfacen la exigencia de disponibilidad y accesibilidad, pues en el caso de las comunidades materia de investigación, si bien cuentan con unidades de atención de primer nivel en sus comunidades, éstas no garantizan la atención básica que requieren las mujeres indígenas, como la de urgencias y partos, además de que carecen de medicamentos y de mecanismos para el traslado a otras unidades de atención, por lo que el medicamento y traslados corren por cuenta de las usuarias, agravándose en el caso de las mujeres indígenas, quienes, además, en muchas ocasiones son dependientes económica o socialmente del marido u hombre que ejerza autoridad sobre ellas; asimismo, carecen de los servicios y políticas de sensibilidad de género que consideren también las situaciones de violencia que muchas mujeres enfrentan.

Aunado a lo anterior, los servicios de atención no son de calidad, al no considerar los elementos básicos de pertinencia cultural, falta de medicamentos e insumos, sumada a la ausencia de su carácter resolutivo, que no permite recuperar el estado de bienestar. Además, no cuentan con acceso a la información en su

lengua, lo que les impide conocer los alcances de los programas y servicios de salud, de por sí limitados, a los que tienen acceso.

11. Aunque se han creado programas de atención a la salud dirigidos a pueblos indígenas, así como propuestas para la implementación de modelos interculturales de atención a pueblos y mujeres indígenas, tales esfuerzos quedan en un ámbito de promoción y sensibilización que no se acompañan de medidas que institucionalicen y aseguren su implementación en los servicios de salud, a efecto de garantizar una atención con adecuación cultural, y que consideren las necesidades específicas de las mujeres indígenas en razón de su pertenencia étnica, y de género, así como las desventajas sociales en las que se encuentran. Las normas oficiales mexicanas, aplicables en materia de atención a la salud, y obligatorias para todos los sectores del Sistema Nacional de Salud, son omisas en prever disposiciones en este sentido.

12. La falta de políticas públicas en salud que garanticen el ejercicio de los derechos colectivos de los pueblos indígenas, así como de su derecho a la salud, ha contribuido al paulatino deterioro del sistema cultural indígena como transmisor de sus sistemas de salud.

13. La omisión del Estado en adoptar medidas aptas y suficientes que aseguren a las mujeres indígenas el acceso a los servicios de atención a la salud, así como la atención diferenciada en razón de las necesidades específicas derivadas de su identidad de género y étnica, además de constituir violaciones a los derechos a la salud, a una vida libre de violencia y a los derechos culturales de los pueblos a los que pertenecen —como el de entender y hacerse entender en su propia lengua y la consideración de su cultura—, constituyen una discriminación por no diferenciación.

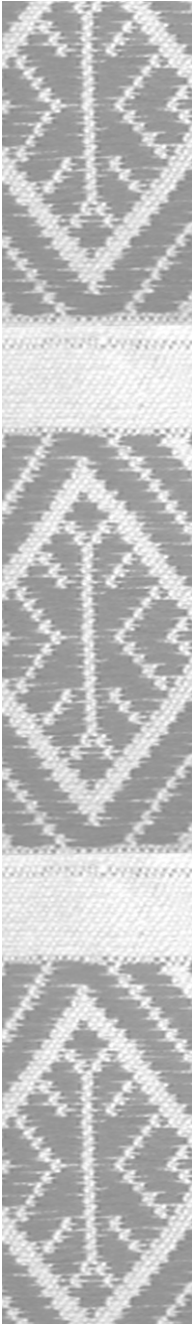
14. Los programas y esquemas de formación de las(os) operadoras(es) de los servicios de salud que presta el Estado

se encuentran ausentes de contenidos relativos a los pueblos indígenas, así como de perspectiva de género de los servicios que prestan y acerca de la forma concreta de pensar y vivir la salud por parte de las mujeres indígenas. Esa distancia epistemológica entre la forma en la que se aprehende en las universidades la manera de brindar servicios de salud y como lo aprehenden, practican y requieren las mujeres indígenas constituye una barrera que impide la realización del derecho a disfrutar del nivel más alto de salud por parte de éstas. Mientras no se acorte esa brecha, los obstáculos para su acceso permanecerán inamovibles.

15. A pesar de que hace mucho se habla de las metas de la interculturalidad en la salud, no terminan por concretarse los caminos hacia ellas y mucho menos por alcanzarse por parte de las políticas y programas de salud que se aplican a los pueblos y a las mujeres indígenas. Se requiere que tales políticas y programas reconozcan los sistemas tradicionales de salud de los pueblos indígenas como saberes igualmente importantes que deben ser preservados, respetados e incorporados en el Sistema Nacional de Salud.

VII. RECOMENDACIONES





A fin de avanzar de manera sustantiva en la superación de los obstáculos para el acceso a los servicios de atención de salud que enfrentan las mujeres indígenas y los pueblos a los que pertenecen, se recomienda al Presidente de la República, como garante del ejercicio del derecho a la salud por parte de todas las personas bajo la jurisdicción del Estado; al Congreso de la Unión, como ente facultado por la Constitución para legislar en la materia; a la Secretaría de Salud, por el rol que desempeña en el Sistema Nacional de Salud; al programa IMSS-Oportunidades, a los Gobiernos de los estados, especialmente de Chiapas y Oaxaca, y a sus instancias de salud, lo siguiente:

1º. Adoptar las medidas legislativas, administrativas, técnicas y presupuestarias que se requieran para garantizar de manera efectiva a los pueblos y mujeres indígenas la cobertura universal de los servicios de salud. Si se considera conveniente mantener el esquema de

afiliación del Seguro Popular y el programa IMSS-Oportunidades, deben eliminarse las limitaciones y los catálogos restrictivos.

2º. Adoptar medidas positivas, así como políticas y procedimientos diferenciados de operación de los servicios de salud a fin de asegurar que tomen en cuenta y atiendan los factores que están generando desventajas a las mujeres indígenas en el acceso a dichos servicios, por razones de género, por su identidad cultural y por las condiciones de marginación y empobrecimiento en las que se encuentran.

3º. Generar datos confiables y diferenciados en relación con la situación epidemiológica, de acceso a atención de la salud y de los resultados de la atención de los pueblos indígenas, incluyendo marcadores étnicos en la recopilación de los datos y desagregando los que correspondan a las mujeres de los relativos a los hombres.

4º. Asumir como tarea urgente la integración de las unidades médicas existentes en todos los municipios y comunidades donde se encuentra asentada la mayoría de los pueblos indígenas —sistema actualmente fragmentado y desarticulado— para garantizar realmente el acceso de los pueblos y mujeres indígenas a servicios de salud de calidad y culturalmente adaptados, incluida la información sobre éstos, que respondan a los componentes que se mencionan en el quinto apartado de este trabajo.

5º. Asegurar con las medidas que se adopten que el primer contacto de las mujeres indígenas con los servicios de salud que ofrece el Estado, además de ser de calidad y con calidez, les ofrezca información clara y comprensible en su propio idioma acerca de sus problemas de salud y de la ruta que deben seguir para resolverlos.

6º. Garantizar que la adopción de las medidas mencionadas sea respetuosa y compatible con el marco de derechos colectivos de los pueblos indígenas; en particular, el de participar en el diseño,

implementación y evaluación de las políticas que les afectan, teniendo en cuenta su concepción de la salud, de la enfermedad y de la reproducción, así como rescatando sus métodos y medicinas tradicionales. Esto es, como ha recomendado la OPS, adoptando un enfoque holístico y del ciclo de vida en la atención de la mujer indígena.

7º. De manera urgente, se debe acordar con las instancias representativas de las comunidades de Jaltepec de Candayoc y de Damasco, así como de todas las comunidades del país, acerca de la forma de asegurar acciones y destinar recursos presupuestales para ofrecer a las mujeres indígenas:

- a) Intérpretes mujeres para la atención que reciben en las unidades médicas a cargo de las instituciones de salud.
- b) Transporte y viáticos para acudir a los hospitales de segundo o tercer nivel a los que sean referidas, así como para estudios y atención diagnóstica en los servicios que presta el sector público.
- c) Medicinas gratuitas que les sean entregadas en el momento de recibir la atención y que cubran todo el tratamiento.

8º. Finalmente, en los procesos de diseño, aprobación y aplicación de los programas y servicios de salud que el Estado/gobierno ofrece a los pueblos indígenas, no se incluye su participación ni se consulta su implementación de manera libre, previa e informada, ni tampoco se reconocen ni preservan sus métodos y medicinas tradicionales. Al adoptar medidas tendientes a garantizar plenamente a las mujeres y pueblos indígenas su derecho al más alto nivel de salud, se deben tomar acciones decisivas respetando el marco de las obligaciones estatales en materia de derechos colectivos, especialmente el derecho de autonomía reconocido por la Constitución a los propios pueblos indígenas.





VIII. BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar-Morales, J.E., *La investigación participativa*, Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C., México, 2006. Disponible en: http://www.conductitlan.net/investigacion_participativa.htm Consultado el 13 de abril de 2011.
- Almeida, Bazzani, R. y C., y P. Pittman, *Investigación sobre reformas del sector salud en América Latina y el Caribe: reflexiones sobre sus contribuciones al desarrollo de políticas*, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 2001.
- Camarena Córdova, Rosa María, “Educación, medios de comunicación y salud reproductiva” en Juan Guillermo Figueroa y Claudio Stern (coords.), *Encuentros y desencuentros en la salud reproductiva. Políticas públicas, marcos normativos y actores sociales*, El Colegio de México, México, 2001.
- Castañeda, Amílcar, “Salud indígena y derechos humanos” en Campaña educativa sobre derechos humanos y derechos indígenas, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, San José, C.R., 2006, p. 17. Disponible en: http://www.iidh.ed.cr/BibliotecaWeb/PaginaExterna.aspx?url=/BibliotecaWeb/Varios/Documentos/BD_1823872799/CI.SaludIndigena.pdf
- Contreras, Rodrigo, “La investigación participativa (IAP): revisando sus metodologías y potencialidades” en Durston y Miranda (comps.), *Experiencias y metodología de la investigación participativa*, Naciones Unidas, CEPAL, Santiago de Chile, 2002. Artículos presentados en el seminario “Experiencias y metodología de la investigación participativa”, organizado por la División de Desarrollo Social y realizado en Santiago de Chile el 5 de mayo de 2000.
- De Souza Santos, Boaventura, *Hacia una concepción multicultural de los derechos humanos*, Disponible en: webiigg.sociales.uba.ar/grassi/textos/Sousa_DDHH.pdf Consultado el 26 de noviembre de 2012.
- Enlace continental de mujeres indígenas, Clínica Internacional de los Derechos Humanos de la Universidad de Québec en Montreal, Derechos y Democracia, *Mujeres indígenas*

- de las Américas: una doble discriminación*, Washington, D.C., 2006.
- Enlace Continental de las Mujeres Indígenas en las Américas y Centro y CHIRAPAC Centro de Culturas indígenas del Perú, *Declaración de Cajamarca*, Cajamarca, Perú, 13-14 de octubre de 2011. Disponible en: <http://www.chirapaq.org.pe/archivo-virtual/pronunciamientos/declaracion-de-cajamarca>
- Espinosa, Gisela. “Salud y derechos reproductivos en México, una mirada de conjunto”, en *Salud y derechos reproductivos en zonas indígenas de México*. Memoria de seminario de investigación. Programa Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México. Documentos de trabajo, México, 2001.
- Fals Borda, O., *Investigación participativa*, Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo, 1987.
- Freire, Paulo, *La pedagogía del oprimido*, Siglo XXI, Editores, Argentina, 2002.
- Gómez, Elsa, “Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica” en *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health*, 11(5/6), 2002. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n5-6/10718.pdf>
- González Block, Miguel Ángel, “Salud reproductiva de las trabajadoras de la maquila de exportación en Tijuana: diagnósticos y retos para las políticas de salud” en Juan Guillermo Figueroa y Claudio Stern (coords), *Encuentros y desencuentros en la salud reproductiva. Políticas públicas, marcos normativos y actores sociales*, El Colegio de México, México, 2001.
- González Montes, Soledad. *Salud y derechos reproductivos en zonas indígenas de México*. Memoria de seminario de investigación. Programa Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México. Documentos de trabajo, México, 2001.
- Hernández, Luis Jorge, “Qué critica la epidemiología crítica: una aproximación a la mirada de Naomar Almeida Filho” en *Boletín del Observatorio en Salud*, vol. 2, núm. 4, 2009, pp.

- 19 y 21. Disponible en: www.revistas.unal.edu.co/index.php/bos/article/download/.../10943 Consultado el 15 de febrero de 2012.
- Herrera, Carmen y Julia Suárez, *El Programa Oportunidades y los derechos de las mujeres indígenas en México*, Ediciones Nostromo, México, 2011.
- Jusidman, Clara, “Cambios estructurales y políticas públicas” en Juan Guillermo Figueroa y Claudio Stern (coords), *Encuentros y desencuentros en la salud reproductiva. Políticas públicas, marcos normativos y actores sociales*, El Colegio de México, México, 2001.
- Kraus, Arnoldo, “Salud reproductiva: del papel a la realidad” en Juan Guillermo Figueroa y Claudio Stern (coords), *Encuentros y desencuentros en la salud reproductiva. Políticas públicas, marcos normativos y actores sociales*, El Colegio de México, México, 2001.
- Lewis, Sara, *La salud materna indígena: el riesgo de morir sin atención médica*. Disponible en: <http://mexicosocial.org/colaboradores/vision-experta/sarah-lewis/item/190-salud-materna-ind%C3%ADgena-el-riesgo-de-morir-sin-atenci%C3%B3n-m%C3%A9dica.html?tmpl=component&print=1>
- López Arellano *et al*, “Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el taller latinoamericano sobre determinantes sociales de la salud” en Temas y debates. Medicina social, ALAMES, vol. 3, núm. 4, noviembre de 2008. Disponible en: www.alames.org/documentos/ddsresumen.pdf Consultado el 9 de febrero de 2012.
- Martínez, Fernando Rey y Sara Giménez Giménez, *Caso La Nena: efectos de la discriminación múltiple*. Disponible en: http://www.gitanos.org/upload/59/69/Informe_Discriminacion_FSG_2009_Caso_Nena.pdf
- Mejía, Consuelo, “Normas y valores de la Iglesia católica en la sexualidad y la reproducción” en Juan Guillermo Figueroa y Claudio Stern (coords), *Encuentros y desencuentros en la salud*

- reproductiva. Políticas públicas, marcos normativos y actores sociales*, El Colegio de México, México, 2001.
- Menéndez, Eduardo L., “Etnicidad, racismo y género. Algunos problemas ético/metodológicos” en *Memoria del Taller Latinoamericano sobre Determinantes sociales de la salud*, realizado en la Ciudad de México, D.F., del 29 de septiembre al 2 de octubre de 2008. Disponible en: www.alames.org/documentos/ponencias.pdf
- Pérez Duarte, Alicia Elena, *Derechos reproductivos de las mujeres: un debate social en México*, Adriana Ortiz Ortega (comp.), Universidad Autónoma Metropolitana, México, 1999.
- Rojas, Rocío/OPS, “Lineamientos estratégicos para la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en la atención primaria de la salud”, 2001. Citada por Amílcar Castañeda en *Salud indígena y derechos humanos. Campaña educativa sobre derechos humanos y derechos indígenas*, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, San José, C.R., 2006, p. 17. Disponible en: http://www.iidh.ed.cr/BibliotecaWeb/PaginaExterna.aspx?url=/BibliotecaWeb/Varios/Documentos/BD_1823872799/CI_SaludIndigena.pdf
- Sánchez Kobashi-M, Raul, *Las determinantes sociales de la salud, las inequidades en salud y las políticas en México*, ponencia presentada en la mesa redonda: Determinantes sociales en salud, llevada a cabo en el Seminario: Una salud: nuevas estrategias para el combate de las enfermedades zoonóticas, emergentes y reemergentes, realizado el 25 de agosto de 2010. Disponible en: www.conasamexico.org.mx/.../20100825_Relatoria_Determinantes-Sociales-en-Salud.pdf
- Secretaría de Salud, *Atención a la salud de los pueblos indígenas de México. Elementos generales para la construcción del programa de acción*, México, s/f., p. 7. Disponible en: http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dmtdi/carpeta3/Programa_ASPI_Nov.pdf Consultado el 28 de septiembre de 2010.

- Sohng, S.L., *Enfoques de investigación participativa: algunos conceptos fundamentales*, CRDI, 1995. Disponible en: http://www.idrc.ca/es/ev-85051-201-1-DO_TOPIC.html Consultado el 13 de abril de 2011. Texto adaptado de *Participatory Research and Community Organizing*, documento de trabajo presentado a la Conferencia Nuevo Movimiento Social y Organización Comunal, Universidad de Washington Seattle, WA. Disponible en: <http://www.interwebtech.com/nsmnet/docs/schng.htm>
- Soto, Guadalupe, Miguel Angel Lutzow Steiner y Rafael González Guzmán, *Rasgos generales del Sistema de Salud en México*. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spii/antologia%20III/cap10.pdf>
- Van der Stuyft Patrick y Pol de Vos, *La relación entre los niveles de atención constituye un determinante clave de la salud*. Presentación realizada en el Congreso de Higiene y Epidemiología en La Habana, Cuba, 2007. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_4_08/spu14408.htm
- Zolla, Carlos, *La salud de los pueblos indígenas*, Ppt, México, 2007. Disponible en: [http://www.nacionmulticultural.unam.mx/Portal/Derecho/CONSULTA/Salud/LA%20SALUD%20DE%20LOS%20PUEBLOS%20INDIGENAS-DEFINITIVO\(1\).pdf](http://www.nacionmulticultural.unam.mx/Portal/Derecho/CONSULTA/Salud/LA%20SALUD%20DE%20LOS%20PUEBLOS%20INDIGENAS-DEFINITIVO(1).pdf)

LEGISLACIÓN MEXICANA Y DOCUMENTOS OFICIALES

Acuerdo mediante el cual la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación del programa Caravanas de la Salud, para el ejercicio fiscal 2011, *Diario Oficial de la Federación*, 4 de enero de 2011.

Acuerdo mediante el cual se establecen las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal

- 2012, *Diario Oficial de la Federación*, 29 de diciembre de 2011.
- Acuerdo por el cual se establece un nuevo supuesto para considerar a las familias que se afilien al Sistema de Protección Social en Salud bajo el régimen no contributivo, *Diario Oficial de la Federación*, 29 de febrero de 2008.
- Acuerdo por el cual se establece un nuevo supuesto para considerar a las familias que se afilien al Sistema de Protección Social en Salud bajo el régimen no contributivo, *Diario Oficial de la Federación*, 14 de julio de 2008.
- Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico para una Nueva Generación, para el ejercicio fiscal 2011, *Diario Oficial de la Federación*, 29 de diciembre de 2010.
- Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, para el ejercicio fiscal 2012, *Diario Oficial de la Federación*, 30 de diciembre de 2011.
- Amparo directo 28/2010. Demos, Desarrollo de Medios, S.A. de C.V. 23 de noviembre de 2011. Mayoría de cuatro votos. Disidente: Guillermo I. Ortiz Mayagoitia. Ponente: Arturo Zaldívar Lelo de Larrea. Secretario: Javier Mijangos y González. [TA]; 10a. Época; 1a. Sala; S.J.F. y su Gaceta; Libro IV, Enero de 2012, Tomo 3, Suprema Corte de Justicia de la Nación.
- Amparo en revisión 315/2010. Jorge Francisco Balderas Woolrich. 28 de marzo de 2011. Mayoría de seis votos. Disidentes. Sergio Salvador Aguirre Anguiano, Margarita Beatriz Luna Ramos, Jorge Mario Pardo Rebolledo, Luis María Aguilar Morales y Guillermo I. Ortiz Mayagoitia. Ponente: José Ramón Cossío Díaz. Secretarías: Francisca María Pou Giménez, Fabiana Estrada Tena y Paula María García Villegas Sánchez Cordero. El Tribunal Pleno, el cuatro de julio en curso, aprobó, con el número XVI/2011, la tesis aislada que antecede. México, Distrito Federal, a cuatro de julio de dos mil once.[TA]; 9a. Época; Pleno; S.J.F. y su

- Gaceta; xxxiv, agosto de 2011, p. 29, Suprema Corte de Justicia de la Nación.
- Análisis del acceso y uso efectivo de los servicios de salud de la población indígena afiliada al seguro popular, informe final 2010, Comisión Nacional de Protección Social en Salud y Universidad Autónoma de Chapingo. Disponible en: http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/estudios_seguro_popular/gestion_servs_salud_2010/satisfaccion_indigenas.pdf
- Atención a la salud de los pueblos indígenas de México. Elementos generales para la construcción del programa de acción, Secretaría de Salud. Disponible en: http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dmtdi/carpeta3/Programa_ASPI_Nov.pdf
- Atención intercultural de las mujeres en el trabajo de parto en posición vertical en los servicios de salud, Secretaría de Salud. Disponible en: http://www.dgplades.salud.gob.mx/interior/dmtdi_medicina.html
- Catálogo Universal de Servicios de Salud 2012 (CAUSES), Secretaría de Salud. Disponible en: <http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/Causes/CAUSES2012.pdf> .
- Censo de Población y Vivienda 2010, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Disponible en: http://www3.inegi.org.mx/sistemas/iter/consultar_info.aspx
- Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud. Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud, *Diario Oficial de la Federación*, 23 de abril de 2010. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5140541&fecha=23/04/2010
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Convenio General de Colaboración que celebran la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, de fecha 29 de mayo de 2009. Disponible en:

- <http://maternidadsinriesgos.org.mx/web/wp-content/uploads/2009/07/convenio.pdf>
- Elementos interculturales incorporados en la cédula de acreditación del Sistema de Protección Social en Salud, para aplicar en unidades que atienden población indígena, Secretaría de Salud. Disponible en: <http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dmtdi/carpeta1/Cedulas.pdf>
- Evaluación social y Plan de acción para la definición del modelo alternativo de la operación y gestión del Programa Oportunidades para población indígena. Disponible en: http://www.oportunidades.gob.mx/Portal/wb/Web/evaluacion_social_y_plan_de_accion_para_la_definic
- Guía de Implantación Intercultural. Fortalecimiento de los Servicios de Salud con Medicina Tradicional, Secretaría de Salud. Disponible en: http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dmtdi/Fortalecimiento_Servicios_Medicina_Tradicional.pdf
- Índices de rezago social de la Secretaría de Desarrollo Social, Secretaría de Desarrollo Social, 2012. Disponible en: <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/indRezSocial.aspx?ent=07&mun=059&loc=0068&refn=070590068>
- Interculturalidad en Salud (marco conceptual y operativo). Modelo para su implementación en los Servicios de Salud, Secretaría de Salud. Disponible en: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/modelo_intercultural_09.pdf
- La atención intercultural a las mujeres: el trabajo de parto en posición vertical en los Servicios de Salud, Secretaría de Salud y Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. Disponible en: http://www.dgplades.salud.gob.mx/interior/dmtdi_medicina.html
- Ley de Salud del Estado de Chiapas.
- Ley Estatal de Salud del Estado de Oaxaca.
- Ley General de Salud.
- Lineamientos Específicos para la Operación del Proyecto Atención de Tercer Nivel.

- Lineamientos Operativos del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, 2011. Disponible en: http://www.oportunidades.gob.mx/Portal/work/sites/Web/resources/ArchivoContent/1573/LINEAMIENTOS_OPERATIVOS.pdf
- Lineamientos Operativos del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, 2012.
- Lineamientos para la afiliación, operación, integración del Padrón Nacional de Beneficiarios y determinación de la cuota familiar del Sistema de Protección Social en Salud.
- Microrregiones. Los municipios indígenas, Secretaría de Desarrollo Social. Disponible en: <http://www.microrregiones.gob.mx/indigenas.php>
- Modelos de Unidades Médicas, Secretaría de Salud. Disponible en: http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/biblio/Modelos_Unidades_M_dicas_2007.pdf
- Modelo Integrador de Atención a la Salud, Secretaría de Salud. Disponible en: <http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/biblio/MIDAS.pdf>
- Norma Oficial Mexicana NOM-005- SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar.
- Norma Oficial Mexicana NOM-007- SSA2-1993, Para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y del Recién Nacido.
- Norma Oficial Mexicana NOM-168- SSA1-1998. Expediente clínico. Programa de Acción Específico. Caravanas de la Salud 2007-2012, Secretaría de Salud. Disponible en: http://www.caravanas.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/PAE_PCS_act_25_feb_2011.pdf
- Norma Oficial Mexicana NOM-178- SSA1-1998, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
- Norma Oficial Mexicana NOM-197- SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

- Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2002, Prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar la atención médica.
- Norma Oficial Mexicana NOM-233-SSA1-2003, que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.
- Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, Violencia sexual, familiar y contra las mujeres. Criterios para la Prevención y Atención.
- Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2010, Que establece los objetivos funcionales y funcionalidades que deberán observar los productos de Sistemas de Expediente Clínico Electrónico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud.
- Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.
- Programa de Acción Específico 2007-2012. Interculturalidad en Salud, Secretaría de Salud. Disponible en: http://www.dgplades.salud.gob.mx/interior/dmtdi_marco.html
- Programa de Acción Específico 2007-2012. Medicina Tradicional y Sistemas Complementarios, Secretaría de Salud. Disponible en: <http://www.dgplades.salud.gob.mx/interior/paes.html>
- Programa de atención a la salud de los pueblos indígenas.
- Programa de Equidad, Calidad y Desarrollo en Salud, Secretaría de Salud-Subsecretaría de Innovación y Calidad, México, 2002, Disponible en: www.salud.gob.mx/docprog/estrategia_8/procedes.pdf
- Programa Nacional de Salud 2007-2012.
- Programa para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas 2009-2012.
- Reglas Generales y criterios para la integración y operación del Sistema Nacional de Competencias. Publicadas el 27 de noviembre de 2009.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.

DOCUMENTOS E INSTRUMENTOS INTERNACIONALES

Comité de la CEDAW. Recomendación general No. 24, artículo 12. México: A/57/38 (parte III), 6 de agosto de 2002. Forest Peoples Programme. Recopilación: recomendaciones generales y observaciones finales relativas a los derechos de las mujeres indígenas adoptadas por el Comité de la CEDAW 1993 2010.

Hunt, Paul, relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible del derecho a la salud física y mental. *El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. Consejo Económico y Social, 59º Período de Sesiones. E/CN.4/2003/58, 13 de febrero de 2003.

Jefes de Estado, ministros y representantes de gobiernos de las Américas. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud, Río de Janeiro, Brasil, 21 de octubre de 2011. Disponible en: apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_15-sp.pdf

Grupo de trabajo regional para la reducción de la mortalidad materna. Memoria de la Conferencia regional de mujeres líderes “Muerte materna: romper el silencio, sumar nuestras voces”, cuyas participantes fueron líderes sociales, académicas, periodistas, políticas, indígenas, juezas y empresarias de América Latina y el Caribe, de diferentes etnias, culturas y edades, con diferentes idiomas y lenguas,

- con maternidad y sin maternidad, expresando que en ambos casos por decisión. Dicha conferencia fue organizada para celebrar el “Día internacional de acción por la salud de las mujeres”. Lima, Perú, 27 y 28 de octubre de 2010. Disponible en <http://familycareintl.org/en/resources/publications/84>
- OEA, Convención Americana sobre Derechos Humanos.
- , Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.
- , Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador).
- , Relatoría final de la consulta de sociedad civil sobre determinantes sociales de la salud. San José, Costa Rica, agosto de 2011. Documento remitido por el Departamento de Asuntos Internacionales de la Secretaría de Relaciones Externas de la OEA, mediante correo electrónico a las organizaciones de la sociedad civil, el 28 de septiembre de 2011.
- OEA/CIDH, Acceso a la Justicia para las mujeres víctimas de violencia sexual: la educación y la salud. OEA/Ser.L/V/II. Doc. 65, 28 de diciembre de 2011. Original: Español. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/mujeres/informes/tematicos.asp>
- , Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos. OEA/Ser.L/V/II. Doc. 61, 22 de noviembre de 2011. Original: Español. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/mujeres/informes/tematicos.asp>
- , Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos. OEA/Ser.L/V/II. Doc. 69, 7 de junio de 2010 Original: Español. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/mujeres/informes/tematicos.asp>
- OIT, Convenio 169 sobre pueblos indígenas y tribales.
- OMS, Constitución de la Organización Mundial de la Salud.

- ONU, Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación racial.
- , Convención sobre derechos del niño.
- , Declaración de Beijing. Conferencia Mundial de la Mujer. Beijing, China. Nueva York, 1995.
- , Declaración de las Naciones Unidas sobre Derechos de los Pueblos Indígenas.
- , Declaración Universal de los Derechos Humanos.
- , Observación General No.14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, Comité DESC, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000.
- , Observación General sobre Igualdad. Comité DESC, Documentos oficiales del Consejo Económico y Social, 2001, E/C.12/2000/4.
- , Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- OPS, Género, equidad y la salud de las mujeres indígenas en América Latina. Disponible en: www.paho.org/spanish/ad/ge/IndigenousWomensp.pdf
- , Respuestas del sistema de salud. Disponible en http://www.paho.org/spanish/dd/ais/cp_484.htm
- PNUD-CDI, Informe de Desarrollo de los Pueblos Indígenas en México 2011. Disponible en: planipolis.iiep.unesco.org/upload/Mexico/Mexico_HDR_2010.pdf
- , La mortalidad materna indígena y su prevención. México, abril de 2010. Disponible en: www.cdi.gob.mx/.../mortalidad_materna_indigena_prevenccion_cdi_pnud.pdf

Atención de la salud y de la salud reproductiva de las mujeres indígenas en México forma parte de un esfuerzo común más amplio en el que participan organizaciones indígenas y organizaciones de derechos humanos de Argentina (Consejo de Organizaciones Aborígenes de Jujuy), Colombia (Organización Nacional Indígena de Colombia), Canadá (Femmes Autochtones du Quebec) y México (Abogadas y Abogados para la Justicia y los Derechos Humanos en coordinación con Servicios del Pueblo Mixe) que se propone visibilizar la situación de las mujeres indígenas y las múltiples discriminaciones que padecen, así como denunciarlas y buscar medidas de solución.

Abogados y Abogadas para la Justicia y los Derechos Humanos es una asociación civil con domicilio en el Distrito Federal, creada para contribuir a la construcción del Estado democrático de derecho incidiendo, desde una visión jurídica crítica, en el fortalecimiento y eficacia de los mecanismos de protección de derechos humanos. Esta contribución la lleva a cabo mediante la capacitación, la investigación y el litigio en busca de justicia integral para las personas y colectivos afectados en sus derechos, en especial las mujeres víctimas de violencia y discriminación, y quienes por razones de su identidad, género, condición social u opción política, son víctimas de violación de sus derechos. Tiene su domicilio en la calle Ámsterdam número 124 interior 703, colonia Hipódromo Condesa, código postal 06170, delegación Cuauhtémoc, en México, Distrito Federal.

www.justiciayderechoshumanos.org.mx