



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

Sobre los servicios de salud
que el Gobierno mexicano ofrece
a las mujeres y pueblos indígenas

Julia Suárez y Carmen Herrera
Coordinadoras

Abogadas y Abogados para la Justicia y los Derechos Humanos

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

Esta investigación fue realizada 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 para el Desarrollo de Canadá. La publicación fue realizada con el apoyo de Derechos y Democracia.



Derechos y Democracia
Centro Internacional de Derechos Humanos
y Desarrollo Democrático



IDRC | CRDI

Canadá



ATENCIÓN DE LA SALUD Y DE LA SALUD REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES INDÍGENAS EN MÉXICO¹

Con la participación de investigadoras comunitarias mixes y tzeltales de Jaltepec de Candayoc, Mixe, Oaxaca, y de Ocosingo, Chiapas, respectivamente, durante los años 2011 y 2012, se realizó una investigación para conocer las posibilidades de atención de la salud que ofrece el Sistema Nacional de Salud en México a las mujeres y pueblos indígenas, en especial en las comunidades a las que pertenecen las investigadoras participantes. Aquí se presentan los resultados más importantes.

1 Lo que aquí se presenta es un extracto del informe de la investigación que lleva el mismo nombre, elaborada en el marco del proyecto “Discriminación por etnia y género en las Américas: el caso de las mujeres indígenas”, y que contó con la participación de investigadoras comunitarias mixes y tzeltales, de la Comunidad de Jaltepec de Candayoc, Mixe, Oaxaca, y de la Comunidad de Damasco, Ocosingo, Chiapas, así como de la organización oaxaqueña Servicios del Pueblo Mixe y de la organización chiapaneca Coalición de Mujeres Unidas rumbo al Desarrollo. El proyecto fue coordinado por la organización Abogadas y Abogados para la Justicia y los Derechos Humanos y se llevó a cabo gracias al apoyo del Centro Internacional de Investigación para el Desarrollo de Canadá.

¿QUÉ ES LA SALUD PARA 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, los derechos colectivos, la paz interior de hombres y mujeres con los demás seres, espíritus y deidades” (Declaración de Cajamarca, 2011).

Sin embargo, cada pueblo cuenta con maneras propias de entender y atender la salud del cuerpo, la mente y el espíritu, en sus dimensiones individual, comunitaria y cultural, consigo mismos, con la familia y con la comunidad. Para las mujeres indígenas participantes, tener salud significa:

Oy'ajtën jootkuj'ajtën: Estar bien, estar felices y contentas. No tener nada de problema; estar bien, tranquila; si hay problema no hay salud. Si hay problema hay tristeza, no hay felicidad. Entonces necesitamos medicinas, tratamientos para estar sanas (mujeres mixes de Jaltepec de Candayoc, Oaxaca).

Lek' cuxlejal: Estar bien (mujeres tzeltales de Ocosingo, Chiapas).

Sin embargo, las mujeres indígenas en México enfrentan hoy dificultades mayores que las mujeres no indígenas y que el resto de la población para contar con servicios de atención de la salud de calidad y adaptados a su cultura y necesidades, en sus diferentes aspectos, especialmente de su salud reproductiva.



EL DERECHO A LA SALUD

El Estado y el gobierno tienen la obligación de asegurar a *todas las personas el derecho a disfrutar el más alto nivel posible de salud que les permita vivir dignamente*. Así lo ordenan el artículo 4º de la Constitución mexicana y los tratados internacionales de los que México es parte, como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de la Organización de las Naciones Unidas.

El derecho a la salud debe ser garantizado por los gobiernos a los pueblos indígenas, con servicios por lo menos de la misma calidad que al resto de la población, y respetando su cultura y tradiciones, pues, de no hacerlo, estarán cometiendo acciones discriminatorias. Es una obligación establecida en el artículo 2º de la Constitución y en el artículo 2º del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

Al crear los programas de salud y ofrecer los servicios de salud, deben considerarse las necesidades particulares de las mujeres indígenas por la triple función que desempeñan: *reproductiva* (la crianza de hijos(as) y el cuidado de la familia), *productiva* (el cultivo de la tierra, el cuidado de animales, el trabajo para completar ingresos para la familia) y *comunitaria* (la preparación de alimentos en las fiestas tradicionales, actividades religiosas, tareas de limpieza y responsabilidades en el comité de la escuela).

Los servicios de salud también deben considerar y atender las necesidades de las mujeres indígenas que provoca la violencia que viven sólo por ser mujeres, por las desventajas que viven desde hace mucho tiempo en el ejercicio de sus derechos y por las carencias que enfrentan.

Las mujeres y los pueblos indígenas tienen derecho a recibir información oportuna y confiable sobre los proyectos y programas de salud que el Estado crea, y a participar en las decisiones sobre el contenido, organización y funcionamiento de los servicios de salud que se les ofrecen (artículos 6 y 7 del Convenio 169 de la OIT).

Con base en lo señalado por el Comité del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su Observación general núm. 14, aplicada a las mujeres indígenas y sus pueblos, puede decirse que su derecho a la salud se compone de lo siguiente:

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.

Coherencia: Exige que los bienes, los servicios y la información que el Estado ofrezca a las mujeres y pueblos indígenas estén basados en su manera de entender la salud, la enfermedad, la sexualidad y la reproducción, y en el respeto y fortalecimiento de las medicinas y métodos tradicionales de atender las

enfermedades y padecimientos, así como el cuidado del embarazo, atención del parto y del postparto, incluida la forma de llevarlo a cabo.

Disponibilidad: Exige que los bienes, los servicios y la información que necesitan las mujeres indígenas sean proporcionados en lenguaje comprensible y en lengua propia. Que los servicios de salud reproductiva estén disponibles en cantidad suficiente, por lo menos en igualdad de circunstancias que para las mujeres no indígenas, incluidos los utilizados tradicionalmente. Por eso, los gobiernos deben eliminar las dificultades que impide el uso de dichos bienes, servicios e información que necesitan las mujeres indígenas

sobre planificación familiar, control del embarazo y del parto, así como cualquier otro aspecto de su vida sexual y reproductiva, con el fin de que no signifique un riesgo para su salud y su vida.

Accesibilidad: Exige que las mujeres indígenas tengan acceso, de hecho y de derecho, a establecimientos, bienes y servicios de salud, en particular las que viven en zonas rurales consideradas afectadas por la desigualdad que existe en la sociedad. El ejercicio del derecho de la mujer indígena a la salud requiere que se supriman todas las barreras que impiden su acceso a los servicios de salud, educación e información, en especial sobre salud sexual y reproductiva; entre estas barreras están: requisitos burocráticos formales o informales, necesidad de consentimiento de terceros, costos, largas distancias por recorrer para recibir la atención médica, falta de cobertura adecuada de seguro, violencia, presión y aplicación de tratamientos sin el consentimiento de la paciente, así como la imposibilidad de recibir información en sus propias lenguas.

Aceptabilidad: Exige que el personal, establecimientos, bienes y servicios de atención de la salud sean respetuosos y tomen en cuenta los rasgos culturales –como el uso de lenguaje comprensible y en su propio idioma– y las necesidades de salud de las mujeres indígenas. Eso significa que deben investigar y conocer su propia manera de entender el derecho a la salud y a la salud sexual y reproductiva, así como la medicina, rituales y métodos utilizados tradicionalmente para cuidar y atender su salud física, mental y espiritual. Deben atender también los factores que afectan su salud integral, como la carencia de bienes y servicios, su falta de acceso a la tierra y a recursos naturales, los conflictos vividos en el territorio, la violencia contra las mujeres y el rol que desempeñan dentro de su pueblo y su cultura.

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 una calidad comparable con la que se proporciona a hombres indígenas y a mujeres y hombres no 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 social y cultural del que son parte, en especial debido a su triple jornada: productiva, reproductiva y comunitaria, así como tener en cuenta los riesgos que enfrentan cotidianamente debido a la violencia social por razones de género, y por enfermedades y padecimientos que las afectan de manera particular y creciente, como las de transmisión sexual, en especial 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, respetando sus derechos colectivos, de manera que se respete y contribuya al ejercicio de la autonomía y de los derechos territoriales de los pueblos indígenas en la definición, por ejemplo, de prioridades que deben atenderse en el diseño y aplicación de los programas de salud y en el ejercicio de sus derechos culturales.

Transparencia, acceso a información y proceso de consentimiento informado en medios, lengua y lenguaje comprensible: Exige que el otorgamiento de los servicios de atención a la salud para 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 produzca el uso de ciertos medicamentos o el sometimiento a estudios o intervenciones de cualquier tipo, sean comprensibles y conocidas oportunamente. Lo anterior incluye el acceso al expediente, a constancias médicas, y a la protección de datos personales, la información acerca de la prevención de enfermedades y complicaciones, así como sobre derechos a la atención, horarios de atención, etc.

INTERCULTURALIDAD

Para que las mujeres indígenas gocen del más alto nivel posible de salud física, mental y espiritual, es necesario romper la relación muchas veces paternalista y unilateral desde la cual se diseñó e implementa los servicios de salud con los que cuentan las mujeres y los pueblos indígenas. Los cambios que esta ruptura implica deben ubicarse en la idea de *interculturalidad*, entendida ésta como intercambio equitativo entre culturas, grupos y personas: una relación de aprendizaje entre conocimientos, valores y tradiciones distintas, a fin de construir un respeto mutuo y pleno desarrollo de capacidades, por encima de sus diferencias culturales y sociales.

Los servicios de salud con enfoque intercultural deben considerar, entre otras cosas, las siguientes:

- a. Integrar el aspecto colectivo, el individual y el de género del derecho a la salud, conociendo el rol que tienen y quieren tener las mujeres dentro de su cultura.
- b. En la cultura de cada pueblo indígena existen enfermedades, como el susto, el mal de ojo o los malos aires, que sólo pueden ser curadas con sus terapias tradicionales, por lo que una política de atención de la salud debe promover y cuidar la existencia de tales terapias y a las personas capacitadas para aplicarlas.
- c. En la visión de cada pueblo indígena y de sus mujeres, existe un modo propio 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 de salud deben ocuparse de conocer y entender cada visión a fin de tomarla en cuenta en los servicios de atención que ofrecen.

d. La participación de los pueblos indígenas en el diseño y aplicación de los servicios de salud debe incluir a las instituciones tradicionales que los representan, como a la asamblea, los consejos de ancianas(os) y los principales.

e. Son necesarios cambios en las personas que diseñan, administran y operan las políticas de salud, en sus valores, ideas, acciones y forma de relacionarse frente a las culturas y en su visión de los diferentes pueblos a quienes ofrecen sus servicios, así como en la manera de formarlas y de entender la relación médico-paciente. También es necesaria la vigilancia para asegurar que el proceso y el fin de las políticas se cumplan. De lo contrario, programas, leyes y decretos sobre interculturalidad en los servicios de salud se vuelven letra muerta.



SERVICIOS DE SALUD QUE SE OFRECEN A LOS PUEBLOS Y A LAS MUJERES INDÍGENAS

En México hay tres maneras de tener servicios de salud:

- 1) **Seguridad social**, que se obtiene por contar con un empleo formal y que incluye la atención de cualquier enfermedad.
- 2) **Servicios privados**, que cubren lo que pueda pagarse.
- 3) **Sistema de protección social en salud**, dirigido a quienes viven en mayor empobrecimiento, no cuentan con empleo formal o trabajan por su cuenta, y que no tienen seguridad social; incluye el Seguro Popular para cubrir ciertas enfermedades y medicamentos listadas en un catálogo y, por lo general, se obtiene con la inclusión en el Programa Oportunidades.

Todas las instituciones que prestan los servicios mencionados componen lo que se llama el Sistema Nacional de Salud, el cual está a cargo de la Secretaría de Salud que existe dentro del gobierno de cada estado del país y de la Secretaría de Salud federal, que es la que coordina todos los servicios de salud y que depende del Presidente de la República.

En la investigación se conoció que:

- Siete de cada diez personas indígenas no cuentan con seguro social ni con Seguro Popular que les permitan contar con servicios de salud. Las otras tres están afiliadas al Seguro Popular (información del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, 2010:16).
- Por el tipo de atención que ofrecen, los servicios de salud que existen en México son de tres niveles y comprenden lo siguiente:
- **De primer nivel:** Brindan servicios preventivos e informativos con atención ambulatoria –sin internamiento–, y servicios básicos de salud, tales como promoción de la salud y saneamiento ambiental. No cuentan con atención de medicina tradicional. Los centros de salud que existen en Jaltepec de Candayoc y en Damasco son de primer nivel.
- **De segundo nivel:** Ofrecen los siguientes servicios: cirugía general, gineco-obstetricia, medicina interna y pediatría que demandan internamiento hospitalario o atención de urgencias en hospitales generales o de especialidad; atención ambulatoria; hospitalización y generalmente se dispone de servicios de apoyo diagnóstico de laboratorio y de imagenología (como radiografías, tomografías y ultrasonidos). Según información oficial, en Oaxaca se tiene el criterio de construir un hospital comunitario de 12 camas para una población de entre 12 000 y 18 000 habitantes, aunque en realidad existen 52 hospitales de segundo nivel para una población de 4 millones de personas, lo que equivale a un hospital por cada 81 632 habitantes. En Chiapas, para una población de 4 millones 700 mil habitantes, hay 29 hospitales de segundo nivel; eso significa que hay un hospital por cada 162 068 habitantes, aproximadamente.

- **De tercer nivel:** Consiste en servicios especializados de mayor complejidad e investigaciones clínicas básicas, a cargo de médicos especialistas con apoyo de enfermería especializada y otros profesionales. Se brinda en los hospitales de especialidades o institutos, como los de Cardiología, Pediatría y Oncología que existen en la ciudad de México.
- Los servicios de salud que presta directamente el gobierno federal en coordinación con los gobiernos de los estados son:

Programa IMSS-Oportunidades. Brinda servicios de primer y segundo niveles a quien no tiene seguridad social; geográficamente, cubre localidades rurales marginadas de 19 estados del país –incluidos Oaxaca y Chiapas– y localidades urbanas de 26 estados. Aplica el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), que se propone relacionar las acciones médicas con las comunitarias, donde es la organización comunitaria la autoridad que ejecuta el programa. Aunque se aplica en las regiones a las que pertenecen Jaltepec de Candayoc y Damasco, en ninguna de las dos es aplicado el MAIS.

Sistema de protección social en salud. Fue creado en 2003 para personas que no tenían seguro social ni empleo y que vivían con escasos recursos. Incluye lo siguiente:

– *Programa Embarazo saludable*, dirigido a proteger la salud de la mujer mediante servicios de atención: prenatal en el embarazo, parto, puerperio fisiológico y cesárea, puerperio quirúrgico, así como padecimientos específicos relacionados que se conocen como complicaciones obstétricas. Estos servicios están exentos de pago de cuotas, en el marco del Seguro Popular.

– *Programa Seguro médico para una nueva generación*, que ofrece atención de salud de las niñas y niños desde que nacen hasta los 5 años.

Seguro Popular. Es una manera de cubrir el costo de un número limitado de servicios de atención a la salud en el primer y segundo niveles de atención, a personas de escasos recursos que no cuenten con empleo o

que trabajen por su cuenta y que no sean derechohabientes de ninguna institución de seguridad social. Requiere el pago anticipado de una cuota anual. Aunque cualquier persona puede adquirir este seguro, la mayoría de quienes lo tienen son aquellos que forman parte del Programa Oportunidades por encontrarse en situación de empobrecimiento, y es este programa el que cubre las cuotas. Dentro de este sistema, los servicios de salud los proporcionan las instituciones y unidades de salud que existen en cada estado; donde no las hay, los servicios los brinda el programa IMSS-Oportunidades. El Seguro Popular incluye servicios *esenciales*: 284 intervenciones que aparecen en el “Catálogo universal de servicios de salud”; y servicios de *alto costo*: 57 intervenciones que aparecen en el “Catálogo de Intervenciones del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos”, entre las que se encuentran el cáncer cérvico-uterino y el cáncer de mama.

Programa Oportunidades. Ofrece a la población en condición de pobreza acceso gratuito a servicios de atención médica limitados al primer nivel de atención, mediante el denominado *Paquete Básico Garantizado de Salud*. Este paquete comprende 13 acciones de salud, principalmente preventivas, dirigidas a la comunidad y a la persona. No incluye servicios de urgencia. Son acciones brindadas por los servicios que existen en cada estado o por el IMSS-Oportunidades.



EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LOS SERVICIOS DE SALUD

La Norma Oficial Mexicana 168/-SSA1-1998 establece que el consentimiento informado debe aplicarse como mínimo en lo siguiente: 1) ingreso hospitalario, 2) procedimientos de cirugía mayor, 3) procedimientos que requieren anestesia general, 3) procedimientos de salpingoclasia y vasectomía, 4) trasplantes, 5) investigación clínica, 6) necropsia hospita-

laria, 7) procedimientos diagnósticos y terapéuticos de alto riesgo y 8) cualquier procedimiento que entrañe mutilación.

Significa que para otras formas de afectación temporal o permanente de la libertad reproductiva de las mujeres no se establece la obligación de buscar su consentimiento informado. Además, en el formato que se utiliza no se prevé una manera que asegure la información acerca de riesgos o beneficios que significa el procedimiento o intervención que se lleve a cabo ni la manera de asegurar a las mujeres indígenas información en su lengua y en lenguaje comprensible.

Hasta el momento en el que se escribió el informe de la investigación sobre servicios de salud a los pueblos y mujeres indígenas en México, se aplican en el país los siguientes programas: 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– y Proyecto de Atención de Tercer Nivel. Sin embargo, ninguno garantiza el derecho al más alto nivel de salud a las mujeres indígenas



¿CÓMO ATIENDEN SU SALUD EN JALTEPEC DE CANDAYOC?

- 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. Generalmente, las mujeres se encargan de atender o buscar atención a los padecimientos

de la familia con remedios caseros o medicina tradicional; sólo cuando no ven resultados y tienen dinero para comprar medicamentos, acuden al centro de salud que existe en la Comunidad. Si está cerrado o les envían al hospital general –que se encuentra a 25 kilómetros, en María Lombardo de Caso, y que brinda atención de segundo nivel–, acuden sólo si pueden cubrir los gastos con recursos propios u obtenidos mediante préstamo, ya que únicamente el pasaje del transporte cuesta entre 50 y 300 pesos, a lo que se agrega el costo de las medicinas, de los alimentos y los gastos de la persona acompañante. Algunas personas acuden en busca de atención especializada a Tuxtepec, Oaxaca, a Veracruz y/o a la ciudad de México.

- Según el INEGI, en 2010, 70% de los habitantes de Jaltepec de Candayoc está afiliado al Seguro Popular, 1.5% al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), 0.5% al IMSS y 27.5% no está afiliada a ningún programa o institución de salud.
- El centro de salud que existe en Jaltepec ofrece servicios de primer nivel –enfocados principalmente al *Paquete Básico Garantizado* que ofrece el Programa Oportunidades– y pertenece a los Servicios de Salud de Oaxaca (SSO). Es atendido por una médica, un médico pasante en servicio social y un enfermero. Ninguna de estas personas habla mixe.
- Según informó la Secretaría de Salud del estado, este centro ofrece servicios de consulta externa programada y de urgencia, 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; son 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. Sin embargo, miembros de la Comunidad manifestaron que: la atención termina cada día a las 4 de la tarde, no hay atención de urgencias las 24 horas, no hay ambulancia, no se cuenta con los medicamentos, sustancias y equipo necesarios, no hay consultas a domicilio y no se atienden partos ni emergencias obstétricas, ya que se remiten a María Lombardo, situación que afecta no sólo la economía sino la ciudadanía de niñas y niños porque no nacen en la Comunidad.

- Existen dos parteras activas, dos hueseros, sobadores y cinco curanderas(os) que brindan atención de la salud en la comunidad, utilizando medicinas y métodos tradicionales. La clínica no tiene comunicación ni relación con las parteras ni con las(os) médicas(os) tradicionales.
- En María Lombardo de Caso existe también una unidad de consulta externa del ISSSTE y otra del IMSS-Oportunidades, aunque pocas personas de Jaltepec acuden a ellas. En otras comunidades del municipio –San Juan Cotzocón, Arroyo Peña Amarilla, San Juan Otolotepec, el Paraíso, Santa María Puxmetacán y San Felipe Zihualtepec– existen unidades médicas rurales de consulta externa, también del IMSS-Oportunidades.
- Si alguien necesita servicios de especialidades, las opciones que tiene dentro del estado de Oaxaca son tres: el hospital general con especialidades que hay 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 11 horas de distancia en transporte público.



¿CÓMO ATIENDEN SU SALUD EN LA COMUNIDAD DE DAMASCO?

- Las principales enfermedades en la comunidad de Damasco 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, provocados porque los esposos se contagian cuando salen de la comunidad en busca de trabajo y tienen relaciones sin protección con otras mujeres.

- La mayoría de las personas en la comunidad se atienden con medicina tradicional por ser en la que tienen confianza y la que no les significa 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. Ninguno tiene comunicación ni relación con la unidad del IMSS-Oportunidades que se ubica en la comunidad.
- El municipio de Ocosingo, del que forma parte Damasco, cuenta con los siguientes servicios de salud:
 - a) *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 Guanal, 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, San Antonio las Delicias Pamalá, San Francisco, San José La Soledad, San Marcos y Santa Lucía.
 - b) *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.

- c) *3 centros de salud con hospitalización*, ubicados en Nueva Palestina, Ocosingo y San Quintín.
- d) *2 hospitales comunitarios*, ubicados en Santo Domingo y Ocosingo.
- e) *1 hospital IMSS-Oportunidades*, en Ocosingo.
- f) *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 Francisco León, Viejo Velasco Suárez, El Limón, Cintalapa, Nuevo Monte Líbano, Sibaca, Cuxujá, Flor de Cacao, Pico de Oro y Las Tazas.
- g) *4 unidades móviles*, ubicadas en Macedonia, Ocotal, Yaxala y Atotonilco.
- h) *Un hospital del IMSS y una unidad de consulta externa del ISSSTE*.
- i) *Dos hospitales de las Culturas*, uno en San Cristóbal de las Casas y otro en San Andrés Larráinzar, en los cuales, de acuerdo con información oficial, ha sido incorporada la atención con medicina tradicional, en particular la atención al parto en posición vertical (información no verificada por razones de limitación de los alcances de la investigación).
- j) *Dos hospitales de la Mujer*, uno en San Cristóbal de las Casas y otro en Comitán.

La comunidad de Damasco sólo cuenta con una unidad de consulta externa del IMSS-Oportunidades, que brinda atención principalmente preventiva. El personal que ahí atiende no habla el 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 a pie o a una hora en transporte colectivo, con un costo de 60 pesos, aproximadamente; el traslado

en viaje particular cuesta alrededor de 600 pesos. Estos costos deben cubrirlos 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 destinatarias 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 principalmente a acciones preventivas.



DERECHO DE LAS MUJERES INDÍGENAS A LOS SERVICIOS DE SALUD

Al analizar los servicios de salud desde el derecho de las mujeres indígenas a gozar del nivel más alto de salud, se encontró que:

1. La atención a la salud de los pueblos y mujeres indígenas debe considerar, desde su visión, el cuerpo, la mente y el espíritu como una unidad, y no centrarse solamente en el cuerpo.

2. La manera en la que atienden las necesidades cotidianas de atención de salud las personas pertenecientes a los pueblos indígenas es mediante medicina tradicional, medicina doméstica o medicamentos comprados en la farmacia sin acudir al médico.

3. Para las personas que pertenecen a un pueblo indígena, enfermarse significa gasto de un dinero que generalmente no tienen, más si se trata de mujeres, ya que, en su mayoría, es su pareja, su padre o su hermano mayor quien administra los bienes familiares y quien decide en qué y cuándo gastarlos. Mayor dificultad enfrentan por razones culturales si se trata de padecimientos relacionados con su función reproductiva.

4. Como el resto de las mujeres, por lo general, las mujeres indígenas son quienes cuidan en primer lugar la salud de su pareja, hijas e hijos, así

como de personas ancianas de la familia, dejando de lado la atención oportuna de su propia salud.

5. Es común que las unidades médicas que existen en las comunidades indígenas no cuenten con las condiciones para ofrecer atención resolutive a los padecimientos que presentan las personas, por lo que son remitidas a otros lugares para ser atendidas. Eso hace que quienes tienen un padecimiento hagan esfuerzos para acudir a una primera consulta, pero no para regresar a revisión o para continuar el tratamiento.

6. Es urgente que el Sistema Nacional de Salud adopte el nuevo enfoque sobre la salud sexual y reproductiva, que implica, según Espinoza (2001:6): “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 incluye a niñas, adolescentes y mujeres que han terminado su edad reproductiva.

7. Los estados de Chiapas y Oaxaca, junto con Chihuahua y Nayarit, presentan las cifras más altas de mortalidad materna de todo el país (80 por 100 mil nacidos vivos).

8. Las mujeres indígenas viven la combinación de diferentes discriminaciones en el ejercicio de sus derechos, las 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 genera desventajas en el ejercicio del derecho a disfrutar el más alto nivel de bienestar.
- El hecho de ser indígena le significa otras desventajas, mayores que si no lo fueran.
- 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; si a ello se agregan otros factores como el de ser niña o anciana, o el de vivir con alguna discapacidad, se produce una combinación de discriminaciones que puede traer en una mujer indígena consecuencias irreparables.

9. El reconocimiento realizado por el Estado mexicano en la Constitución y en tratados internacionales de los derechos de los pueblos y de las mujeres indígenas ha quedado sólo en el papel, ya que éstos no se aplican en las políticas y prácticas de atención de la salud ni en las normas oficiales que regulan la prestación del servicio ni en medidas concretas que les aseguren una cobertura universal a los servicios de atención a la salud, y tampoco atienden sus necesidades específicas en razón de su identidad cultural y de género.

10. En México, quien no tiene un empleo formal con los derechos que la Constitución le reconoce o quien no tiene suficientes recursos económicos no puede aspirar a contar con atención completa de su salud. En consecuencia, las mujeres indígenas y los demás miembros de los pueblos a los que pertenecen sólo cuentan con la cobertura limitada –ya que no incluye todos los servicios ni atención de todas las enfermedades– que les ofrece el Estado con el Seguro Popular y el IMSS-Oportunidades, los cuales no ofrecen servicios adecuados culturalmente ni garantizan la debida comunicación en su propia lengua.

11. Los programas dirigidos a la atención a la salud de los pueblos y mujeres indígenas, así como las propuestas de modelos interculturales de atención, sólo buscan concientizar a quienes prestan servicios en el sector salud, lo cual es bueno; sin embargo, no aseguran la interculturalidad de los servicios de salud, ni garantizan una atención con adecuación cultural que considere las necesidades específicas de las mujeres indígenas. Se requiere para ello un reconocimiento de los sistemas tradicionales de salud de los pueblos indígenas como saberes importantes que deben ser preservados, respetados e incorporados en el Sistema Nacional de Salud. Dichos programas y modelos tampoco se reflejan en las normas oficiales, obligatorias para quienes prestan los servicios.

12. La falta de aplicación por parte del Estado y el gobierno de medidas apropiadas y suficientes que aseguren a las mujeres indígenas el acceso a los servicios de atención a la salud, diferenciada en razón de sus necesidades específicas como mujeres y como indígenas, viola sus derechos a la salud y a una vida libre de violencia, así como sus derechos culturales como parte de un pueblo indígena.

13. Los programas de formación de quienes trabajan en los servicios de salud que presta el Estado no incluyen el conocimiento de la cultura y de la visión de los pueblos indígenas, ni tampoco la realidad y forma de pensar y vivir la salud por parte de las mujeres indígenas, lo cual les impide el ejercicio del derecho a disfrutar del nivel más alto de salud.

14. La consejería en planificación familiar que, según la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, debe brindar orientación y educación a las parejas para tomar decisiones conscientes e informadas sobre su vida sexual y reproductiva, tiene la obligación de brindar atención particular a ciertos grupos e individuos, entre los que se encuentran los pertenecientes a los pueblos indígenas; sin embargo, no prevé atención diferenciada y específica a las mujeres indígenas.

15. 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, deben realizarse 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.

FRENTE A ESA SITUACIÓN, SE RECOMIENDA:

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 al inicio 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 Organización Panamericana de la Salud (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.