



23
29
Universidad Nacional Autónoma
de México

FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS
Y SOCIALES

LA POLITICA DE SALUD
EN ZONAS INDIGENAS.
CRITICA AL PROGRAMA
IMSS - SOLIDARIDAD. 1990 - 1994.

T E S I S I N A
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN SOCIOLOGIA
P R E S E N T A
LAURA ROSA GONZALEZ

ASESOR: MAESTRO VICENTE GODINEZ VALENCIA

MEXICO, D. F.

1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

CENTRO DE EDUCACIÓN CONTINUA

"LA POLÍTICA DE SALUD EN ZONAS INDÍGENAS"

CRÍTICA AL PROGRAMA IMSS-SOLIDARIDAD. 1990- 1994."

TESINA

ASESOR: Maestro Vicente Godínez Valencia

ALUMNA: Laura Rosa González.

Ciudad de México, febrero 1996

INDICE

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1. EL DERECHO A LA SALUD DE LA POBLACIÓN INDÍGENA A FINALES DE SIGLO1

1.1. La declaración de Alma-Ata1

1.1.1. Aspectos generales2

1.1.2. Aspectos operativos6

1.1.3. Estrategias nacionales y ayuda internacional.10

1.2. El derecho a la salud en el artículo cuarto constitucional11

CAPITULO 2. EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD DEL PROGRAMA IMSS-SOLIDARIDAD14

2.1. Antecedentes14

2.2. Características del Programa18

2.2.1. Generales	18
2.2.2. Características del nivel operativo	20
2.2.3. Apuntes acerca de las condiciones de vida de la población del ámbito de trabajo.	24
2.3. Avances del Programa durante el período 1988-1994	26
2.3.1. La atención a la salud en zonas indígenas	31
2.4. Obstáculos para brindar atención Integral a la salud en zonas indígenas	35
2.4.1 Generales	35
2.4.2. Obstáculos de tipo operativo	36
CAPÍTULO 3. LA SALUD Y EL MOVIMIENTO INDÍGENA	43
3.1. Principales demandas	43
3.2. La salud y los derechos humanos	49
3.2.1. Derecho a la salud	50
3.3. Convenio 169 de la OIT	51

CAPÍTULO 4. ALGUNAS RECOMENDACIONES PARA ADECUAR LOS SERVICIOS EN ZONAS INDÍGENAS	56
CONCLUSIONES	61
BIBLIOGRAFIA.....	64

INTRODUCCIÓN

La salud, estado de bienestar físico, mental y social, no sólo ausencia de enfermedad, desde hace tres décadas es reconocido como derecho humano, lo cual constituye un reto para el Estado mexicano.

El gobierno de nuestro país ha ratificado las disposiciones internacionales en materia de salud, adoptándolas como elementos clave de su política social.

En el presente estudio se analiza la experiencia de trabajo del Programa IMSS-Solidaridad durante el sexenio de Carlos Salinas de Gortari, con el propósito de conocer desde la perspectiva de la estrategia de atención primaria, recomendaciones emanadas de la Organización Mundial de la Salud, el comportamiento de la política social entre los grupos de población indígena.

Finalmente, como resultado del estudio se proponen algunas adecuaciones al modelo de atención del Programa, tendentes a adecuar progresivamente los servicios que se otorgan a las necesidades y características de los grupos indígenas del ámbito de trabajo de la Institución.

CAPÍTULO 1. EL DERECHO A LA SALUD DE LA POBLACIÓN INDÍGENA A FINALES DE SIGLO.

1.1. La declaración de Alma-Ata.

La Conferencia Internacional Sobre Atención Primaria de Salud tuvo lugar del 6 al 12 de Septiembre de 1978, en Alma-Ata, capital de la entonces República Socialista Soviética de Kazakstán, en cumplimiento a resoluciones adoptadas desde 1975 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

La Conferencia Internacional estuvo precedida por reuniones de trabajo nacionales y por siete reuniones internacionales celebradas durante 1977 y 1978. Estas reuniones tuvieron como objeto, que los países miembros de la Organización de Naciones Unidas (ONU) intercambiaran ideas y experiencias acerca de la organización y el fomento de una asistencia sanitaria completa y eficaz para toda la población.

Durante la Conferencia participaron delegaciones de 134 gobiernos y representantes de 67 organizaciones de las Naciones Unidas, organismos especializados y organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones con la OMS y la UNICEF.¹

¹ OMS-UNICEF, Atención primaria de salud. Ginebra: OMS, 1978, p.16

La organización del trabajo previa y durante el desarrollo de la Conferencia, el país anfitrión, así como la participación diversa de representantes gubernamentales y no gubernamentales favorecieron el ambiente plural, crítico e innovador para el desarrollo del trabajo de las comisiones integradas.

A continuación se presentan las conclusiones y recomendaciones emanadas del pleno de la Conferencia:

1.1.1. Aspectos Generales.

En la Conferencia se reiteró "que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades es un derecho humano fundamental".²

La atención primaria de salud es un medio práctico para poner la asistencia de salud indispensable al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que les sean aceptables y con su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar.

La atención primaria es mucho más que una simple extensión de los servicios básicos de salud, abarca factores sociales y de desarrollo. Se considera a la atención primaria como una estrategia para que los países desarrollados y los países en desarrollo alcancen a corto y mediano plazo, un nivel aceptable de salud de todos sus habitantes.

² *Ibidem*, p.3

Antes de llevar a la práctica esta estrategia es conveniente revisar críticamente las formas en que se viene trabajando en el sector salud, que cada vez resulta más costoso y con escasos beneficios para la salud. Por ejemplo, los siguientes aspectos:

Con los conocimientos técnicos en salud de que hoy se dispone se podría alcanzar mejores condiciones de salud que las actuales siempre y cuando, esos conocimientos se aplicaran en beneficio de la mayoría de la población.

Los recursos de salud están concentrados en los hospitales urbanos de alta especialidad, en donde se utiliza tecnología sofisticada y costosa en beneficio de una minoría privilegiada. Las personas son cosas, expedientes sin personalidad, sin dignidad porque se ha perdido el contacto entre quienes prestan la asistencia médica y los que la reciben.

Al mismo tiempo, existen grupos que no tienen acceso a ninguna forma permanente de atención a la salud, principalmente, en las zonas rurales y en los barrios urbanos miserables. Lo anterior porque, con demasiada frecuencia, el sistema de salud se organiza al margen de otras políticas de desarrollo social y económico.

La atención primaria exige la coordinación de otros sectores relacionados con el progreso económico y la lucha contra la miseria. Otros sectores involucrados son los de educación, la producción de alimentos, el agua, la vivienda, el saneamiento y de protección del medio.

En la aplicación de la atención primaria, se advierte, pueden presentarse resistencias de grupos de presión políticos, económicos y de profesionales. Estos obstáculos pueden superarse con una voluntad y un apoyo firmes por parte del gobierno tendentes a que estos grupos de presión vean que las medidas para mejorar la salud y la situación social y económica del país son mutuamente complementarias en vez de rivales. Por ejemplo:

La nutrición adecuada y la disminución de las enfermedades son factores que pueden aumentar la productividad laboral. Al romper el círculo vicioso de la mal nutrición y la infección en los niños escolares, se mejora su desarrollo físico y mental.

En el marco de la atención primaria se destaca la importancia de que las mujeres disfruten los beneficios del desarrollo, tanto como los hombres. Se recomienda implementar tecnologías apropiadas para aliviar las cargas de trabajo doméstico, ámbito en el cual las mujeres desempeñan casi siempre el papel principal del cuidado y preservación de la salud.

En este sentido, la inversión en el abastecimiento de agua, saneamiento y vivienda digna, influirá favorablemente en la salud de las mujeres y de los demás integrantes de la familia.

Algunos aspectos de las obras públicas y comunicaciones son estratégicas en atención primaria, en especial, cuando las comunidades se encuentran dispersas. Los caminos secundarios y vecinales, además de facilitar el acceso a los mercados, favorecen la afluencia de personas que llevan nuevas ideas a la comunidad, a la vez que facilitan los suministros necesarios para la salud y otras atenciones.

El sector educativo tiene un importante nivel que desempeñar en la atención primaria, así como en la enseñanza comunitaria para favorecer la comprensión de sus propios problemas de salud y las posibles soluciones y el costo de las distintas alternativas. Las asociaciones de padres y maestros pueden asumir funciones en programas prioritarios por ejemplo, de saneamiento, nutrición o primeros auxilios.

La participación comunitaria es un elemento esencial de la atención primaria de salud. Los representantes de la comunidad deben velar porque los intereses comunitarios se tengan debidamente en cuenta al planificar y ejecutar programas de desarrollo.³

Los miembros de la comunidad no tienen por qué aceptar soluciones convencionales inadecuadas, sino que pueden improvisar e innovar para hallar soluciones pertinentes. "El sistema de salud tiene la función de explicar y asesorar, brindar claramente información sobre las consecuencias favorables y adversas de las actividades propuestas y de sus costos relativos".⁴

El personal de salud forma parte de la comunidad en que vive y trabaja, debe convivir y dialogar continuamente con los miembros de la comunidad para armonizar opiniones y actividades concernientes a la atención primaria de salud. Esto facilita la identificación y el allanamiento de los obstáculos y el reajuste de las acciones siempre que sea necesario.

³ *Ibidem*, pp. 56-59

⁴ *Ibidem*, p. 58

Se hace hincapié en la importancia de descentralizar la administración, con los niveles locales y distritales para estar muy cerca de las necesidades de salud de la comunidad, y al mismo tiempo, cerca de la administración central para recibir los apoyos necesarios para la práctica de la política del gobierno.

1.1.2. Aspectos operativos.

La planificación de la atención primaria de salud, se realiza en las comunidades, en los niveles Intermedios y en el nivel central.

En esta planificación, se toman en cuenta factores económicos, políticos y sociales, por lo cual, es conveniente que las personas que trabajan en el nivel central, sean profesionales de las ciencias sociales, y se integren a equipos multidisciplinarios.

La planificación del nivel central, debe favorecer a las comunidades, en la toma de decisiones, en la organización de sus propias actividades, facilitándoles toda la información que no esté al alcance de ellas, y con los apoyos que se requieran para que las comunidades sean capaces de participar en la planificación, con autorresponsabilidad.

Para los grupos de trabajo de la OMS, "una comunidad se compone de personas que viven juntas, en una u otra forma de organización y cohesión sociales. Sus miembros comparten, en distintos grados, características políticas, económicas, sociales y culturales, así como intereses y aspiraciones, incluida la salud".⁵

⁵ *Ibidem*, p. 57

El propósito final de la atención primaria, es que toda la población disponga de los servicios de asistencia sanitaria, y que además, los utilice adecuadamente.

Para lo anterior, no es suficiente instalar los servicios tomando en cuenta sólo el número de habitantes (cobertura), o la relación existente entre los servicios concretos de salud y el número de individuos que necesitan esos servicios (disponibilidad).

Además de los criterios de cobertura y disponibilidad de los servicios, la atención primaria, incorpora a sus estrategias, el concepto de accesibilidad, que significa incrementar las probabilidades de uso adecuado de los servicios, por parte de la población, así como el suministro continuo y organizado de la atención, en condiciones favorables desde el punto de vista geográfico, financiero, cultural y funcional.

Por accesibilidad geográfica, se entiende cuando la población para recibir los servicios, puede recorrer una distancia, en un período determinado, por los medios de transporte habituales, sin exceso de dificultades.

La accesibilidad financiera o económica, se refiere cuando el pago o la retribución de los servicios de salud, así como, los gastos de traslado y estancia de las personas y sus familiares, están dentro de las posibilidades económicas de la comunidad.

Por accesibilidad cultural de los servicios, se entiende que los aspectos técnicos y administrativos, están de acuerdo a las pautas culturales de la población.

Se consideran funcionalmente accesibles los servicios, si se brindan de manera permanente, adecuada a las necesidades y características, de quienes los necesitan, en cualquier momento que ésto suceda, por un grupo sanitario apropiado para ese fin.

Otro factor importante, es el empleo de tecnología apropiada. Por tecnología se entiende el "conjunto de métodos, técnicas y equipo, que puesto en manos de quienes lo utilizan, puede representar una contribución importante para la solución de un problema de salud". Tecnología 'apropiada', significa "que además de tener una base científica sólida, es aceptable para quienes la emplean y para quienes se benefician de ella".⁶

Se considera también la tecnología apropiada, cuando está en consonancia con la cultura local. Este principio se aplica en la comunidad, y en todos los niveles de apoyo, en especial, en los centros de salud y en los hospitales.

En el marco de atención primaria, todos pueden participar responsablemente en salud, por lo que, además del personal técnico y profesional, se favorece la participación del personal comunitario, al que puede contratarse o desempeñar trabajo voluntario. El tiempo de trabajo puede consistir en una jornada completa o en su caso, de cualquier tiempo disponible.

Al personal comunitario se le prepara en breve plazo, para el desempeño de tareas concretas. Se recomienda, que este personal pertenezca a la propia comunidad, y además sea elegida por ésta.

Cuando el personal procede de otras comunidades, es importante, que se adapte socialmente a la forma de vida de la comunidad en donde va a trabajar.

El personal institucional y el comunitario, reciben adiestramiento o formación continuos, para que sean capaces de asumir responsabilidades cada vez más complejas, de acuerdo a sus expectativas y oportunidades de ascenso.

⁶ *Ibidem*, p. 69

En casi todas las comunidades, y sobre todo, en las zonas rurales, existen curanderos y parteras tradicionales, quienes forman parte de la cultura y las tradiciones locales. Estos personajes, gozan de un amplio reconocimiento y prestigio por las actividades de salud que realizan.

Se recomienda al personal institucional, que establezca relaciones de respeto y colaboración mutuos, con estos representantes de la medicina tradicional local.

Otros protagonistas de la atención primaria son los jóvenes, como excelentes difusores e innovadores, al llevar a la práctica una gran diversidad de acciones de salud. Los ancianos, como base a la dignidad que se les reconoce en la comunidad. Las mujeres, por la posición central que ocupan en la familia, se les considera muy importante su contribución en atención primaria, en especial, cuando se trata de aplicar las medidas preventivas.

A los varones adultos y a los grupos infantiles, se les abren también, posibilidades de participación, en beneficio propio, y para la colectividad.

Mención especial se otorga a las organizaciones no gubernamentales, locales, regionales, nacionales e internacionales, por su valiosa aportación a los programas de atención primaria de salud, precisamente, porque actúan en el seno de las comunidades.

Los establecimientos que se utilizan para brindar atención primaria, pueden ser sencillos, pero cómodos y limpios. Estos locales pueden utilizarse para las múltiples actividades comunales.

Cuando se necesite construir un edificio especial, se recomienda que se haga con el material y diseño de la región. La comunidad puede decidir el lugar donde se construirá el local, quiénes van a trabajar en ello, y quiénes y cómo llevarán al cabo, la custodia.

El proceso de atención primaria requiere de vigilancia e inspección permanente, en todos y cada uno de los niveles, desde el central hasta el comunitario. A este último nivel, se le debe brindar los apoyos necesarios, para su buen desempeño, que implica participar en la supervisión y evaluación de la atención primaria, que se esté brindando en la comunidad.⁷

1.1.3 Estrategias nacionales y ayuda Internacional.

Los factores políticos, económicos y sociales, como los técnicos propiamente, involucrados en la atención primaria de salud, desbordan los ámbitos nacionales. No obstante, es conveniente iniciar con el programa nacional, por zonas o regiones del país. Se recomienda comenzar sólo con un reducido número de componentes, para progresivamente, agregar otros.

En algunos países, para facilitar el desarrollo de la atención primaria, será necesario tomar medidas legislativas, tales como: disposiciones o reformas a las ya existentes, para que las comunidades puedan participar en la planeación, y otras tareas, que hasta ahora, han sido desempeñadas exclusivamente por quienes tienen título y cédula profesional.⁸

⁷ *Idem*, pp. 79 y 80

⁸ *Idem*, p. 86

El apoyo internacional puede ser de tipo político, moral, técnico y económico. Incumbe al gobierno, la tarea de definir los sectores en los que la ayuda es necesaria. Esta ayuda, no debe comprometer por ningún motivo, la aplicación del principio de autonomía del país.

A lo largo de la Declaración de Alma-Ata, se destaca el interés de los participantes en las comisiones, de dejar asentado el reconocimiento a los derechos humanos, adoptados por las Naciones Unidas, en la Declaración Universal de Derechos Humanos, de 1948; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y culturales, ambos de 1966.

1.2 El derecho a la salud en el artículo cuarto constitucional.

Mediante la reforma constitucional, publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 3 de febrero de 1983, se adicionó al artículo cuarto, el párrafo en el cual se reconoce el derecho de todas las personas, a la protección a la salud.

Anteriormente a esta reforma, en este mismo artículo, con el propósito de proteger la organización y el desarrollo familiar, se reconocía la igualdad ante la ley, del hombre y la mujer.

La referencia a la salud anterior a la reforma de 1983, también se refiere sólo a aspectos de planificación familiar, al reconocer el derecho de toda persona "a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos".⁹

⁹ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo Cuarto. México: Delma, 1995 (23ª. ed.), p.4

Con la adición de 1983, se pretende "impulsar el desarrollo armónico y sano de las familias mexicanas", a través de los siguientes objetivos: lograr el desarrollo y bienestar de los mexicanos; proteger y mejorar la calidad de vida en todos los sectores sociales, con especial atención, a los grupos más débiles; fomentar la solidaridad y la responsabilidad entre la población, para la preservación de la salud; brindar servicios de salud que satisfagan eficazmente las necesidades de la población; impulsar los conocimientos científicos y técnicos para el aprovechamiento de los servicios de salud; y promover la enseñanza e investigación científica sobre la salud.¹⁰

Se observa en la adición al artículo cuarto, de 1983, que se ha tomado como referencia, la declaración de Alma-Ata, sobre atención primaria de salud. En ambos, destaca la ausencia de mención a población o grupos indígenas, aún no se reconoce el derecho a la diferencia cultural de las colectividades.

Casi diez años después, el 28 de enero de 1992, el Diario Oficial de la Federación, publica la adición de un nuevo párrafo, para reconocer el carácter pluricultural de la nación mexicana, sustentado en sus pueblos indígenas.

Desde la Constitución de 1917, no se reconocía derechos específicos a los grupos indígenas, por la idea prevaleciente del Estado-nación conformado como una unidad homogénea, fuerte.¹¹

¹⁰ NAVARETTE, Tarciso, et al., Los derechos humanos al alcance de todos México: Diana, 1994 (2ª ed., 2ª reimp.), p.43

¹¹ GOMEZ, Magdalena, Derechos indígenas. Los pueblos indígenas en la Constitución Mexicana (Artículo cuarto, Párrafo Primero). México: INI, 1992, p.7

Con la adición de este primer párrafo, se reconoce el derecho a la diferencia cultural de los pueblos indígenas; además de los derechos humanos individuales, se les reconoce derechos como pueblos.

Ahora la ley deberá proteger y promover el desarrollo de las lenguas, usos, costumbres, recursos y formas específicas de organización social de los pueblos indígenas.¹²

De manera semejante a la influencia que tuvo la Declaración de Alma-Ata, en el reconocimiento de la salud como un derecho humano, para esta última reforma al artículo cuarto, se tuvo la referencia del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), aprobado en 1989 y ratificado por el gobierno mexicano, en 1990.

Este marco legal, constituye un conjunto de herramientas de trabajo, como se verá más adelante, para llevar a la práctica la política de salud en zonas indígenas.

¹² Artículo cuarto constitucional, op.cit., pp. 4 y 5

CAPITULO 2. EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD, DEL PROGRAMA IMSS-SOLIDARIDAD.

2.1. Antecedentes.

El programa IMSS-Solidaridad, tuvo su origen en la firma de un convenio, el 25 de mayo de 1979, entre los titulares del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y el de la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados, de la Presidencia de la República (COPLAMAR). A través de este convenio, se responsabilizó al IMSS, para construir y poner en funcionamiento, unidades médicas rurales.

En este convenio, como testigo de honor, firmó José López Portillo, entonces presidente de la república, quien durante la ceremonia, expuso que era " un esfuerzo de justicia social", no distributiva, como la que corresponde a los derechos del trabajo, sino como el derecho a la salud, que a todos corresponde, por pertenecer y haber nacido en la sociedad mexicana, en la que se garantiza los derechos elementales de la vida y la subsistencia.¹

El entonces presidente de la república, hizo énfasis en que muy pronto, se normaría en la Constitución, el derecho a la salud, como un derecho humano universal.

En su intervención, el titular de COPLAMAR mencionó que este programa llamado Solidaridad social por cooperación comunitaria, se sumaba a otros 28, que, por decisión política presidencial "involucra a todo el aparato gubernamental, en la responsabilidad de

¹ Convenio IMSS-COPLAMAR, México: Presidencia de la república, 1979, pp. 16 y 17

ofrecer respuestas serias", para enfrentar los problemas fundamentales de los grupos marginados.

El mismo titular de COPLAMAR señaló la magnitud del programa de servicios médicos, en zonas rurales: en todo el país existían 97 mil 500 localidades, sólo 7 mil 500 de ellas, contaban con asistencia sanitaria.²

De acuerdo al censo de población de 1970, la población mexicana se calculaba en 67 millones de habitantes, distribuidos en las 97 mil 500 comunidades antes mencionadas. De éstas, 83 mil 700 tenían menos de 500 habitantes, en donde vivían 11 millones 400 mil personas. Otras 11 mil 700 localidades eran mayores de 500 habitantes, pero con menos de 2 mil 500 de ellos, en donde vivían 15 millones 700 mil personas.

Es decir, en 1970, 27 millones 700 mil personas vivían en zonas rurales, distribuidas en 95 mil localidades.³

El gobierno de López Portillo, a través del convenio IMSS-COPLAMAR, se comprometió durante su sexenio, a incorporar a los servicios médicos, a 20 mil comunidades rurales, para beneficiar a más de 10 millones de personas. El cien por ciento del financiamiento sería otorgado por el gobierno federal y administrado por el IMSS.

² *Ibidem*, pp. 23 y 24

³ MONTEMAYOR, Rogelio, *Memoria de la primera reunión anual de análisis del desarrollo del Programa IMSS-COPLAMAR*. México: IMSS, 1980, pp. 20 y 21.

Antes de la firma de este convenio el IMSS contaba con 22 hospitales de campo y 310 pequeñas unidades médicas rurales. Estos servicios funcionaban desde 1974, para ejidatarios, comuneros y pequeños propietarios dedicados al cultivo del henequén, en Yucatán. En otras entidades federativas, el IMSS protegía a los trabajadores temporales y eventuales, dedicados a la producción de caña, tabaco y candelilla.

Estos servicios formaban parte de la ampliación de cobertura de la seguridad social, se les llamaba servicios de campo y solidaridad social. Este último concepto señala la modalidad del esquema de aseguramiento, de acuerdo a la Ley del Seguro Social (Artículos 232, 237, 238 y 239), para proteger a los trabajadores sin capacidad para cotizar en dinero, pero que participaban en las actividades productivas. En este aseguramiento el gobierno federal absorbía el 60 por ciento de las cuotas y el IMSS, el 40 por ciento restante.⁴

Con base en este seguro de solidaridad social, en 1979, con la firma del convenio, el IMSS pudo ampliar la cobertura, sólo de servicios médicos a la población que habitaba en pequeñas comunidades rurales. Este programa, desde su inicio, ha sido financiado en el cien por ciento, por el gobierno federal.

Al final del sexenio de José López Portillo, el programa de solidaridad social por cooperación comunitaria, mejor conocido como IMSS-COPLAMAR, funcionaba como una red de servicios médicos, integrada por 60 hospitales y por 3,025 pequeñas unidades médicas. Con estas unidades se beneficiaba a un poco más de diez millones de

⁴ *Ibidem*, p. 24

personas, quienes habitaban en más de 15 mil comunidades con menos de 5 mil habitantes, y en otras 300 mayores de 5 mil habitantes.⁵

En los hospitales rurales, se proporcionaba consulta externa de medicina familiar; servicios de medicina preventiva y atención odontológica; asistencia farmacéutica; consulta externa y hospitalización, de las especialidades de ginecobstetricia, pediatría, cirugía y medicina interna.

En las unidades médicas rurales, se brindaba atención continua e integrada de promoción, protección y recuperación de la salud. Esta atención, se brindaba a través de los servicios de consulta externa de medicina general; asistencia farmacéutica; atención materno infantil y planificación familiar; educación para la salud; orientación nutricional; promoción del saneamiento; inmunizaciones; y control de enfermedades transmisibles.

El organismo COPLAMAR era el responsable de promover los recursos para realizar los trabajos comunitarios, organizar éstos y contabilizarlos en jornadas, como pago a la prestación de los servicios médicos. Cada jefe de familia debía realizar 10 jornadas anuales, para tener derecho a los servicios.

Los trabajos comunitarios consistían en la construcción de caminos, de obras para la dotación de agua, la construcción de las propias unidades médicas, la participación en cursos para el trabajo agropecuario, u otros, de beneficio colectivo.

⁵ IMSS, Diagnóstico de salud en las zonas marginadas rurales de México, 1986-1991. México: IMSS, 1992, pp. 18 y 19.

En el gobierno de Miguel de la Madrid Hurtado (1983-1988), en abril de 1983, desaparece el organismo COPLAMAR; se le asignan al IMSS las responsabilidades de organización y trabajo comunitario, así como la coordinación con las instancias gubernamentales.

Como parte de la política de modernización de Miguel de la Madrid, de 1985 a 1987, el programa transfiere los servicios médicos a 15 gobiernos estatales en: Aguascalientes, Baja California Sur, Colima, Estado de México, Guerrero, Guanajuato, Jalisco, Morelos, Nuevo León, Querétaro, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala y Quintana Roo. En este proceso, pasan a la Secretaría de Salud, 23 hospitales y 911 unidades médicas rurales.

En 1988, el programa se circunscribió a 16 entidades federativas, con una red de servicios integrada con 50 hospitales y 2,404 unidades médicas rurales.⁶

2.2. Características del Programa IMSS-Solidaridad.

2.2.1. Generales.

El modelo con el cual trabaja este programa, desde 1983, adopta el concepto de salud de la OMS, después de la Declaración de Alma-Ata, y se refiere a un estado de bienestar físico, psicológico y social, de los individuos y de la colectividad.

⁶ *Ibidem*, p. 19

A partir de este concepto de salud, los servicios médicos en las zonas rurales, forman parte de la política social, entendida ésta, como las acciones gubernamentales dirigidas a dar respuesta a las necesidades básicas de la sociedad, como son la alimentación, vivienda, empleo, salud, educación; y los servicios públicos de electricidad, agua, saneamiento y algunos medios de comunicación.⁷

El período en estudio corresponde a la administración de Carlos Salinas de Gortari, con el Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL), como eje de la política social.

El interés de abandonar el paternalismo gubernamental de las administraciones anteriores, imprimió a la política social de esta administración, la característica de incorporar las iniciativas y la participación de los grupos sociales, en el intento de mejorar sus deterioradas condiciones de vida.

Otros elementos del PRONASOL, incorporados al modelo de trabajo de IMSS-Solidaridad fueron:

* Reconocer a los grupos indígenas entre los más vulnerables de la población campesina. Se considera grupo indígena a las "poblaciones que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenecía el país en la época de la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas sus propias Instituciones sociales, económicas, culturales y políticas o parte de ellas".⁸

⁷ CHAVEZ Galindo, Ana María, et. al., El combate a la pobreza en Morelos -aciertos y desaciertos de Solidaridad-. Cuernavaca: UNAM, CRM, 1994, pp. 9-13.

⁸ SSA-INI, La salud de los pueblos indígenas. México: 1993, p. 9

* Fortalecer la participación y la gestión de las autoridades locales y de los organismos sociales.

* "Constituir a la solidaridad en una forma permanente de convivencia y relación de los mexicanos y en un vehículo de concertación entre el Estado y la sociedad civil".⁹

Por estos motivos, durante la administración de Salinas de Gortari, en el programa, cobra especial relevancia, el concertar y coordinarse con las instituciones del sector salud y de otros sectores, con los organismos internacionales y con algunas organizaciones civiles, para conjuntar esfuerzos y recursos, como parte del Plan Nacional de Desarrollo.

En el programa, el área responsable de llevar a la práctica esta parte de la política social es la coordinación general, la cual toma acuerdos con los representantes de los diversos sectores, a través del Comité de Operación, con nivel de decisión federal; los Consejos Estatales de Vigilancia y los Consejos Municipales de Salud.¹⁰

2.2.2. Características del nivel operativo.

En el nivel operativo, con fines de hacer más accesibles los servicios a la población, se toman las siguientes estrategias:

⁹ CHAVEZ Galindo, *op. cit.*, p. 15

¹⁰ IMSS, *El Programa IMSS-Solidaridad 1988-1994*, México: IMSS, 1994, p. 46

Los recursos financieros, materiales y humanos, se distribuyen en mayor proporción en las unidades médicas rurales, que corresponden al primer nivel de atención.

A este nivel se le considera estratégico, porque los servicios están más cerca de donde vive la población, situación muy favorable para las acciones dirigidas a prevenir los problemas y promover la salud. También para responder oportunamente cuando se presentan los problemas más frecuentes, y de relativa simplicidad, como son los padecimientos gastrointestinales y respiratorios; la atención del embarazo, el parto, el post parto y al recién nacido, si ellos transcurren sin complicaciones; y los problemas asociados con el insuficiente consumo de nutrientes.

Para mantener bajos los costos de operación en este nivel, se procura que la plaza del médico asignado, la ocupe personal en servicio social. Existen dos plazas para el personal de enfermería, quienes son seleccionados entre los habitantes de la comunidad, a los cuales se les capacita formalmente, durante cuatro meses, y después de manera periódica, para desempeñarse como auxiliares de enfermería.

Otra estrategia, en el mismo sentido, es la participación de "personal voluntario", como el comité de salud, que se nombra en asamblea comunitaria y los promotores sociales, que asumen la responsabilidad de cuidar la salud, de diez familias, entre sus familiares y amigos.

Estos personajes reciben una breve capacitación inicial y periódica, para realizar, sobre todo, actividades de promoción y vigilancia de las acciones de salud.

Cada unidad médica rural dispone de un conjunto de medicamentos básicos, de acuerdo a la patología local. Los medicamentos no se venden.

Para reducir los gastos que las familias erogan, en circunstancias de traslado y estancia hospitalaria de su enfermo, se ha construido un albergue anexo, en el cual la familia puede dormir y cocinar, si llevan sus alimentos, o adquirirlos allí mismo, a un precio más económico que en el mercado local. Este albergue, funciona con el trabajo de promotores voluntarios.

Otra recomendación de atención primaria de salud adoptada por el programa, es respetar los usos y costumbres de la comunidad. Para esta recomendación, además de la convivencia de los médicos con los integrantes de la comunidad, dentro y fuera de la clínica, se considera a los auxiliares de enfermería, por ser originarios de las localidades; ellos orientan al médico y comparten con él, sus experiencias al respecto.

Cuando la unidad médica se ubica en zonas indígenas, los auxiliares de enfermería se seleccionan entre las personas bilingües, para brindar un mejor apoyo al médico en la comunicación con la población.

En las localidades en donde se ubican los servicios viven personas que además de su trabajo campesino dan servicios de diagnóstico, prevención y supresión de trastornos físicos, mentales o sociales. Estas personas son quienes adquieren sus conocimientos y habilidades a través de la tradición oral y por su propia experiencia, y se les conoce como médicos tradicionales.

Algunos médicos tradicionales con mayor experiencia en mujeres y niños se les conoce como parteras, aunque no sólo atienden partos.

Médicos y parteras tradicionales gozan de amplia aceptación entre los habitantes de las zonas rurales; se les tiene alta estima por su trabajo en beneficio de la colectividad. Por lo anterior, se recomienda al personal institucional que respete esta práctica médica tradicional, y que establezca con estos personajes, relaciones de colaboración mutua.

Otro elemento del modelo de atención de este programa es favorecer la participación comunitaria, es decir, la toma de decisiones de las personas y grupos de la comunidad, acerca de sus necesidades prioritarias de salud (diagnóstico comunitario), la organización del trabajo, vigilancia del mismo, evaluación de los servicios y del impacto en los niveles de salud, de todas las acciones que se realizan.¹¹

En el programa se busca utilizar tecnología apropiada al medio rural, que además de tener una base científica, ayude a solucionar los problemas en las diversas regiones, y que las personas la acepten, como ejemplo, la preparación de soluciones hidratantes caseras, en caso de diarrea, o la construcción de letrinas con materiales de la región.

El segundo nivel de atención, de acuerdo a la Declaración de Alma-Ata, se ubica en el hospital rural; brinda apoyo en el diagnóstico y tratamiento de problemas de salud, en los cuales es necesaria la intervención de las especialidades básicas.

¹¹ *Ibidem*, pp. 19-25

Otras funciones del segundo nivel, son participar en la educación continua del personal institucional y del voluntario, del primer nivel de atención. El personal del hospital también participa en actividades de gestión con las autoridades municipales.

El tercer nivel de atención del programa, está constituido por los servicios de alta especialidad, por recursos que no están disponibles en los municipios y, en ocasiones, ni en los estados. En estos casos, la coordinación y la concertación con las Instituciones gubernamentales y no gubernamentales intervienen para intentar dar respuesta a las necesidades o problemas que correspondan.

2.2.3. Apuntes acerca de las condiciones de vida de la población del ámbito de trabajo. 1988.

Al final de la administración de Miguel de la Madrid H., la cobertura de servicios del programa era de 9'964,687 habitantes sin reconocer aún cuántos de ellos eran indígenas.

Estos servicios se ubican en 1,031 municipios de 17 entidades federativas. El 88 por ciento de estos municipios eran calificados como de alta y muy alta marginalidad, para señalar el grado en que estas zonas rurales estaban fuera de la distribución de los bienes y servicios sociales.¹²

¹² IMSS, Diagnóstico de salud en las zonas marginadas rurales de México. 1966-1991. op.cit., pp. 43 y 44

El 90 por ciento de la población practicaba la agricultura de infra o subsistencia; es decir, que la unidad productiva familiar no satisfacía sus necesidades básicas, ni tampoco gozaba de un excedente para participar en la comercialización regional de sus productos.

Los estudios de campo realizados por el personal del programa, entre 1986 y 1991, señalaban que, cuando menos, uno de cada cinco habitantes emigra a otras regiones del estado, del país o del extranjero, por motivos de trabajo.¹³

El 22 por ciento de las personas mayores de 6 años era analfabeta, es decir, más del doble de la media nacional, según el censo de 1990. El 38 por ciento no había concluido la educación primaria.¹⁴

La vivienda se caracterizaba por la falta de servicios públicos, y por diversos grados de deterioro en su construcción. El promedio de convivientes era de seis personas. El 40 por ciento de las viviendas tenía un solo cuarto, en el que también se cocinaba.

La mitad de las familias disponía de una toma de agua en el domicilio. El resto, se proveía de agua en ríos, pozos y aljibes.

El 95 por ciento de las localidades no disponía de red de drenaje. Menos de la mitad de las familias contaba con letrina o fosa séptica.

¹³ *Ibidem*, p. 44

¹⁴ *Ibidem*, p. 53

El 34 por ciento de las comunidades contaba con correo, teléfono o telégrafo.¹⁵

No obstante que en el 72 por ciento de los parajes existía algún vehículo de motor para entrar o salir, el 53 por ciento de los habitantes, normalmente se trasladaba a pie a los sitios habituales, y el 28 por ciento lo hacía a caballo o en burro. La mitad de la población carecía de energía eléctrica.¹⁶

2.3. Avances del programa durante el período de 1988-1994.

En este período, el programa, como parte de Pronasol, tuvo apoyo político y financiero, para contribuir con la imagen presidencial de compromiso, de trabajo, en la lucha contra la pobreza, dar atención prioritaria en materia de salud, educación y vivienda, a la población campesina más depauperada.

Al final del sexenio, la coordinadora general del programa expresó en su informe de evaluación, que el modelo "técnico administrativo del Programa IMSS-Solidaridad ha demostrado su eficacia en la atención a grupos poblacionales con profundas carencias, a un costo de operación que el país puede soportar", por lo que si se mantiene la voluntad política del gobierno de la república, se podrá consolidar la atención primaria de salud en el medio rural, y cumplir con los compromisos nacionales e internacionales, asumidos por el gobierno, en materia de salud individual y colectiva.¹⁷

De este informe sexenal, se tomaron los siguientes resultados:

¹⁵ *Ibidem*, p. 48

¹⁶ *Ibidem*, p. 47

¹⁷ IMSS, *El Programa IMSS-Solidaridad 1988-1994*, op. cit., pp. 120 y 121.

Se incrementó en 47 por ciento la construcción de unidades médicas, al final del sexenio eran 3,492, 64 de ellas hospitales. La cobertura de población pasó de 9.7 a 10.9 millones de personas, que viven en 12,718 localidades. En datos estimados, se considera que el 25 por ciento de ellas corresponde a comunidades Indígenas.

Las estimaciones durante el sexenio señalan que potencialmente se podía otorgar servicios de salud, en los 17 estados de la república, al 40 por ciento de la población sin acceso a atención primaria de salud.

Se instalaron 1,739 sistemas de radiocomunicación, con los cuales todas las unidades médicas quedaron cubiertas con este sistema. En 213 unidades, con dificultad para hacer llegar la energía eléctrica, se dotó de paneles solares.

En las localidades hubo una gran movilización para el trabajo, en especial, el último año del sexenio. Como ejemplo de lo anterior, en 1994, se realizaron 200 mil sesiones de asistencia técnica a los comités de salud, parteras rurales, promotores y terapeutas tradicionales.

En el período de estudio, se llevaron a cabo 200 cursos formales, de dos meses de duración cada uno, para formar 6,405 asistentes rurales de salud, personas que viven en localidades de muy difícil acceso para personal profesional. Estas personas son habilitadas para realizar acciones de promoción de la salud, identificar oportunamente, problemas o riesgos sencillos, para dar tratamiento. En los casos más complicados, el asistente rural envía a las personas a la clínica más cercana, o él mismo acude a solicitar ayuda.

Posteriormente, dos mil de estos asistentes rurales participaron en reuniones de actualización, cada mes, en la clínica más cercana.

Las asambleas comunitarias para tratar asuntos de salud aumentaron de tres que se realizaban al año, en sexenios anteriores, a 4.4 en promedio. Para el cierre de la administración, en 1994, se convocó a los integrantes de los comités de salud a reunirse por regiones, para "evaluar" los resultados de Solidaridad. Según los datos administrativos del programa, en estas reuniones participaron 25 mil personas de casi todas las localidades, del ámbito de trabajo.

Después, los presidentes de estos comités de salud asistieron a una semana a la Ciudad de México, para trabajar con los técnicos de Pronasol, y planear la continuidad de estas acciones de política social, en el próximo sexenio. Fueron recibidos en Los Pinos, por el presidente.

El trabajo asistencial realizado por estos personajes comunitarios fue notorio, por ejemplo, sólo en 1994, los asistentes rurales atendieron a cerca de un millón de personas, de las cuales canalizaron a un 20 por ciento a la unidad médica, porque sus problemas necesariamente, requerían atención profesional. Es decir, el 80 por ciento de las personas que acudieron al asistente rural, resolvieron su problema de enfermedad, sin salir de su comunidad.

Con un total de 6,711 de estos asistentes rurales están cubiertas el 71.3 por ciento de las localidades de difícil acceso.

Para que los comités de salud realizaran sus actividades, el Pronasol otorgó un apoyo financiero de más de 15 millones de pesos. El 47.3 por ciento de este presupuesto se utilizó para mejorar la vivienda, se construyeron 55 mil letrinas, sanitarios secos y fosas sépticas. Las familias beneficiadas fueron 81,201.

Otras acciones realizadas por los comités de salud, con este presupuesto, correspondieron a la rehabilitación y limpieza de fuentes de abastecimiento de agua y la instalación de cloradores, en 600 lugares, beneficiándose 70,298 familias.

Cabe resaltar que en estas actividades de mejoramiento de la vivienda, limpieza y rehabilitación de fuentes de abastecimiento de agua, y letrinas, las familias aportaron la mano de obra y materiales de la región, cuyo monto, de acuerdo a los controles administrativos, rebasó el fondo financiero otorgado por el Pronasol (22.6 millones de pesos).

Otros personajes comunitarios a quienes durante el sexenio, se les dio especial importancia fueron las promotoras voluntarias, quienes llegaron a ser 35 mil. Se identificaron a 18 mil terapeutas tradicionales, 10,354 de ellos, como parteras rurales.

A estas personas, se les estuvo capacitando para trabajar como apoyo del personal institucional, en los problemas de salud más frecuentes en sus lugares. Las que mayor interés mostraron por aprender "la medicina del doctor" fueron las parteras, cerca de 8 mil de ellas fueron formalmente capacitadas para atención del parto y planificación familiar bajo los criterios institucionales.

De los médicos tradicionales, sólo 3,434, ha aceptado algún tipo de capacitación, sobre todo, en aspectos de salud para los que no cuentan con recursos, como por ejemplo, el cólera y el paludismo.

Finalmente otro instrumento privilegiado en el sexenio de Salinas de Gortari fue la concertación y la coordinación con dependencias gubernamentales, con las Secretarías de Desarrollo Social, Educación Pública, Gobernación, de la Contraloría General; con los Institutos Indigenista, para la Educación de los Adultos, de Solidaridad; las Comisiones del Deporte, del Agua, Mexicana de Ayuda a Refugiados; y del sector salud, con la Secretaría de Salud, y con el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

Otras instituciones con las que se tuvo coordinación fueron el Consejo Nacional de Población; la UNAM, con el Programa universitario de alimentos, de la Facultad de Ciencias y el Programa de seguimiento académico del servicio social, con la Facultad de Medicina, la paraestatal Leche Industrializada Conasupo, el Patronato nacional de voluntarios y el de voluntarias del IMSS.

Como se mencionó antes, el órgano responsable de las coordinaciones y concertaciones es el Comité de operación del programa, el cual sesionó durante el sexenio 24 veces y estableció acuerdos relacionados principalmente con la calidad de los servicios de atención primaria a la salud.¹⁸

¹⁸ Idem, pp. 43-82

2.3.1. La atención a la salud en zonas Indígenas.

Algunos factores que intervinieron para que la atención a la población indígena fuera prioritaria como parte de la política social del gobierno salinista fue la conmemoración del V Centenario de la llegada de los españoles a América, cuyos preparativos se daban desde principio de sexenio. Por ejemplo, la ONU había aprobado el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), para reconocer los derechos de los pueblos indígenas; este convenio fue ratificado por el gobierno en 1990.

Lo que el presidente deseaba mostrar era un país moderno, en crecimiento económico, y al mismo tiempo, con orgullo de su pasado. El tratado de libre comercio estaba en plena negociación.

Pero las cifras oficiales, los diagnósticos técnicos elaborados ya desde otros sexenios, por las propias instituciones gubernamentales, no daban solidez a lo que se deseaba difundir.

Las condiciones de vida de la mayoría de los campesinos, y en especial las de los indígenas, se calificaron en pobreza, y muchos de ellos en pobreza extrema.

En este contexto, la población indígena a partir del sexenio salinista, fue objeto de especial atención en este programa. En el universo de trabajo se empezó a identificar a las personas indígenas, de las no indígenas, por comunidad.

De acuerdo al informe antes mencionado, presentado por la Coordinación general del programa al final del sexenio, de los 17 estados en los que se trabajó, en 13 viven grupos indígenas. Se dispone de 887 unidades médicas de primer nivel de atención, y de 10 hospitales para el segundo nivel. Se puede dar servicios a 2.9 millones de indígenas quienes residen en 3,146 localidades de 441 municipios.¹⁹

Los cálculos administrativos del programa señalan que se otorga servicios a una tercera parte del total de población que pertenece a los 56 grupos indígenas. Incluye a los indígenas guatemaltecos refugiados en asentamientos de Chiapas y Campeche, desde principio de la década de los ochenta.

Entre las acciones que se implementaron para cumplir con la política gubernamental destaca la decisión de seleccionar a médicos generales que tuvieran experiencia en el trabajo con estos grupos, para que permanecieran en la misma clínica, cuando menos dos años. Este personal contó con estímulo económico adicional, obtenido con los recursos de Pronasol, y con mayor asesoría y capacitación en servicio.

En todas las comunidades indígenas se organizó el comité de salud, se integraron 22,918 promotoras voluntarias, quienes tenían a su cuidado, 17 familias; el ideal es tener como máximo 10 familias por cada promotora.

El Instituto nacional Indigenista (INI), como parte de su programa de microempresas en solidaridad, promovió la organización de asociaciones civiles, para construir huertos de plantas medicinales, la comercialización de plantas y productos medicinales y la creación de consultorios y farmacias para la venta de estos productos

¹⁹ *Ibidem*, pp. 83-89

El programa en coordinación con el INI estableció un convenio con 33 de estas asociaciones, a las que el INI aglutina en el Consejo Nacional de Médicos Indígenas Tradicionales (CONAMIT, A.C.)

Es conveniente mencionar que la mayoría de los integrantes de este Consejo no son reconocidos en su comunidad como terapeutas tradicionales. Son campesinos, quienes como parte de su socialización, saben cultivar y utilizar las plantas medicinales disponibles en su región. Estos indígenas cuentan con la relativa aprobación de los terapeutas tradicionales y del resto de la comunidad, para comercializar los productos herbolarios medicinales, como una fuente de empleo y de ingreso, para los participantes.

Con la Dirección general de culturas populares se firmó un convenio para financiar 17 proyectos de pequeños grupos de indígenas, quienes también deseaban establecer en su localidad consultorios y farmacias para vender sus productos herbolarios. Se otorgaron, en promedio, diez mil pesos, a cada uno de estos proyectos.

Como parte de los avances, para diferenciar las características y necesidades de la población indígena, se identificaron los padecimientos que la afectan con mayor frecuencia: las complicaciones del embarazo, del parto y el post parto; las infecciones de las vías digestivas y respiratorias; la desnutrición; y las enfermedades sujetas a control epidemiológico, como la hipertensión arterial, paludismo, sarna, diabetes, cirrosis hepática alcohólica, dengue y cardiopatía reumática. Todas ellas, en orden decreciente.

Como medida principal para prevenir las complicaciones reproductivas, se ofrecieron los métodos de planificación familiar. Del total de mujeres en edad fértil, 6.9 por ciento aceptó algún método. Esta cifra es 24 por ciento menos que en todo el ámbito del programa.

Las mujeres embarazadas que acudieron a la unidad médica recibieron en promedio 3.9 consultas para la vigilancia y cuidados. Esta cifra es 6.5 menor a la reportada en el universo del programa.

Para el logro de estos resultados, fue relevante la participación de parteras rurales, los asistentes y las promotoras.

Los partos atendidos en las unidades médicas correspondieron al 34 por ciento de los embarazos detectados. En el resto de la población del programa fue del 42.5. En general, estas cifras muestran que en el medio rural, el lugar más propicio para el parto, post parto y los cuidados del recién nacido (siempre que no exista alguna complicación), es el hogar.

Para disminuir los problemas como puerta de entrada por vía digestiva y respiratoria se realizaron acciones de saneamiento básico y de mejoramiento de la vivienda.

Al final del sexenio, el 80 por ciento de las familias indígenas consumía agua hervida o clorada; el 65 por ciento había construido una letrina o fosa séptica; el 75 por ciento eliminaba "adecuadamente" la basura; y la tercera parte de las familias había hecho alguna mejora a la vivienda.

Con los recursos de Pronasol, 55 comunidades, es decir el 10 por ciento de las localidades que recibieron estos recursos, llevaron a cabo obras de limpieza y rehabilitación de sus fuentes de abastecimiento de agua.

Se difundió masivamente el uso de sobres hidratantes, en caso de diarrea. El 95 por ciento de los niños enfermos, se recuperó con la hidratación oral; y sólo el 5 por ciento requirió suero por vía venosa.

Las vacunas, en esquemas completos, tuvieron un 90 por ciento de aplicación. No se presentó en todo el sexenio algún caso de poliomielitis o difteria. Se logró disminuir el número de enfermos de sarampión, tosferina, tuberculosis meningea y el tétanos neonatal.

En 1994, se identificó a la cirrosis hepática alcohólica en el primer lugar de frecuencia como causa de muerte en los hospitales, por lo que se estableció la coordinación con los grupos de Alcohólicos Anónimos, a nivel estatal. Como medida preventiva al consumo excesivo de bebidas alcohólicas, se formaron 5,853 grupos artísticos, recreativos y culturales.

2.4. Obstáculos para brindar atención integral a la salud a los grupos indígenas.

2.4.1. Generales.

La orientación neoliberal del Estado mexicano, progresivamente restringe su responsabilidad para proteger y financiar los servicios sociales rentables, como son la

vivienda, la educación y los servicios médicos. A cambio, lleva a la práctica, programas selectivos, con el consecuente abandono a la atención a los derechos sociales.²⁰

El que la política social sea restringida con los programas discrecionales de bienestar social, y se centren en la figura presidencial, como fue el Pronasol, disminuye las probabilidades para los grupos indígenas, de tener acceso a los recursos y a las acciones, para mejorar los niveles de salud, de acuerdo a la estrategia de atención primaria.

De esta manera, los avances obtenidos por el programa, de ampliar la cobertura, no han beneficiado a los grupos indígenas, como se pretendía; es decir, hacer llegar los recursos de salud a aquellos individuos y familias que menos tienen, y además, por sus condiciones de vida, están expuestos a un mayor riesgo o daño a la salud.

2.4.2. Obstáculos de tipo operativo.

La información estadística disponible es insuficiente para la planeación estratégica.

No obstante que la coordinación con el INI se lleva a cabo desde 1979, ha sido difícil identificar el total de grupos indígenas y el número de familias, que viven en las localidades del ámbito de trabajo.

²⁰ LAURELL, Asa Cristina, "La política social del neoliberalismo mexicano". Revista Ciudades. México: RNIU, abril-mayo 1995, no. 26 pp. 5-7

El INI trabaja de acuerdo al Censo general de población y vivienda, de 1990. Durante el período de estudio, el INI avanzó en el análisis de las estadísticas por municipios, en los cuales, la población que habla lengua Indígena representa el 40 por ciento, o más del total.²¹

Estos procedimientos limitan la planeación de la cobertura y la disponibilidad de los servicios en zonas o grupos Indígenas.

Si además de esta limitación, en el programa se selecciona a las localidades Indígenas que van a ser beneficiadas con los servicios de salud, aquellas que sean "flexibles", se reduce aún más, para la población Indígena, el acceso físico o geográfico a la atención primaria de salud.

Con la población Indígena ya identificada, los recursos no se distribuyen prioritariamente, entre los grupos Indígenas; se quedan entre la población no Indígena, en las cabeceras municipales o en las localidades más cercanas a ellas. Sin duda, en estos lugares también hacen falta recursos, pero no se distribuyen entre los que menos tienen.

Ejemplo de lo anterior: de acuerdo a la información oficial, 10 hospitales están disponibles en zonas Indígenas. Los registros técnico-administrativos en estos hospitales, como son el número de consultas otorgadas, estudios clínicos realizados, egresos hospitalarios, muestran que la población no Indígena, es la que más utiliza los servicios.

²¹ INI-SS, La salud de los pueblos indígenas en México. México: SS-INI 1993, pp. 17 y 18.

Al respecto, en entrevistas de trabajo con médicos y parteras indígenas que viven en localidades que les corresponde hospitales como los de Zacapoaxtla, Pue.; Zongolica, Ver.; Guachochi, Chih.; Jamiltepec, Oax.; y San Cristóbal de Las Casa, Chls., ellos mencionan que los hospitales están ubicados en zonas "ladinas", es decir, no indígenas y donde se sienten discriminados.

Continuando con las posibilidades de acceso a los servicios de la población indígena, se debe anotar el costo que la familia tiene que absorber, para el traslado del enfermo y sus acompañantes, de la alimentación y la estancia durante el tiempo que permanezca el enfermo en el hospital, así sea unas horas, o hagan uso de los servicios del albergue anexo, es excesivo para sus condiciones de vida.

En un taller de trabajo con parteras indígenas de la sierra norte de Puebla y en los Altos de Chiapas, se hizo un ejercicio sobre cuánto costaba ir al hospital, en caso de complicación del embarazo o del parto. Los resultados fueron semejantes en ambas regiones: el costo era el equivalente al precio oficial de una tonelada de maíz. La mayoría de las familias indígenas no dispone de un excedente, ni de medios para comercializar ese monto.

En relación a los aspectos de accesibilidad cultural de los servicios, los obstáculos que persisten, sólo para fines de exposición, ya que se encuentran íntimamente relacionados entre sí, se pueden clasificar en tres rubros principales: a) aspectos relacionados con el desempeño del personal institucional; b) otros aspectos técnico-administrativos; y c) la participación comunitaria.

a) En una buena proporción del personal médico, becario o ya titulado, no existe reconocimiento del derecho a la salud de los grupos indígenas; por lo cual, prevalecen las nociones de una práctica médica de varias décadas, atrás, de instituciones de beneficencia pública.

Para estos médicos, el trabajar con grupos indígenas les parece un trago amargo, que desean pasar cuanto antes. Su desempeño se centra en la enfermedad biológica.

El personal auxiliar de enfermería del primer nivel de atención, indígena, bilingüe, que se pensaba como enlace para facilitar la comunicación y la convivencia entre el personal no indígena de la institución y las familias y otras organizaciones indígenas, a través de los años muestra una tendencia a alejarse de los intereses y las costumbres del grupo de origen, en ocasiones, llegándose a negar hablar en el idioma materno.

Algunos reportes que llegan a la coordinación general, son de quejas de familias indígenas, porque la auxiliar de enfermería también indígena las maltrata o niega el servicio.

b) Los aspectos técnico administrativos del programa han sido tomados de las áreas del IMSS, para zonas urbanas y existe resistencia por parte de los profesionales, para adecuarlos a las características y necesidades de la población rural. En el caso de los pueblos indígenas es más acentuado el problema.

Las rutinas, los procedimientos y los reglamentos del hospital, están al servicio no de la población sino del personal médico y del administrador.

Por ejemplo, los horarios para la visita del familiar hospitalizado, o para recibir consulta de especialidad, son los mismos que están establecidos en el Centro médico nacional S XXI, de la Ciudad de México. Estos horarios se organizan para la comodidad y el beneficio del trabajo del personal institucional, sobre todo del trabajo médico: pasar visita a los pacientes, acudir a sus sesiones clínicas... Sin tomar en cuenta que en el medio rural, el transporte es irregular y en muchas localidades indígenas inexistente.

Prevalece el criterio de los "expertos", es decir, sólo los que han estudiado medicina, sin tomar en cuenta las circunstancias individuales o colectivas que facilitarían la apropiación de los recursos por parte de los indígenas.

Por ejemplo, en las acciones de planificación familiar, se pretende imponer que dos hijos es suficiente, éstos deben procrearse entre los 20 y 30 años, en un intervalo entre un hijo y otro, de dos años. Si no se cumplen estos criterios, el personal institucional, en general, no se responsabiliza de los riesgos y daños a la salud de la mujer y del niño, y por lo tanto, del grupo indígena.

Otro ejemplo, la atención del parto en las instalaciones del programa, obligatoriamente, se coloca a la mujer acostada en la mesa obstétrica, con las piernas en alto, posición sólo para comodidad del médico. Sin la presencia de familiares, la parturienta se encuentra sola, ante un médico casi siempre desconocido. Estas circunstancias, son ajenas y contrarias a la costumbre indígena.

Lo anterior, no obstante que durante 1992 a 1994, se llevó a cabo un plan piloto, en la sierra norte de Puebla, para brindar atención profesional a las mujeres indígenas que presentarían complicaciones durante el embarazo y el parto. Se pensó en la

seleccionados por su buen desempeño clínico, se les capacitó para resolver las complicaciones más frecuentes durante el embarazo y el parto.

A dos años de funcionar los "albergue maternos", se evaluó el plan piloto, con resultados de gran satisfacción y orgullo de la institución. Pero la construcción, la distribución del inmueble, el equipo y la práctica del médico, eran iguales a las del hospital, solo más pequeño. No se llevó a cabo alguna adecuación física o cultural de los servicios.

c) La participación comunitaria en atención primaria, como la práctica en las decisiones sobre políticas, prioridades y los servicios de salud²² no ha sido desarrollada en este programa.

Persiste entre el personal institucional la creencia de que sólo los profesionales saben hacer las cosas; se restringen a dar instrucciones o a transmitir la información a los individuos y grupos de la comunidad, con el propósito de que éstos aprendan de los "expertos" y ejecuten las acciones decididas por otros, fuera de las localidades.

Los resultados en este sentido, que se dan a conocer en los informes oficiales, son utilizados por las instancias gubernamentales, como efectos de la aceptación y apoyo por parte de la población, a la política social.

²² OPS-OMS, Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. La participación social. Washington, D.C.: OPS-OMS, 1990, p. 9

No obstante que una proporción significativa de los integrantes de comités de salud y de promotoras voluntarias, se identifican con estos efectos, en los grupos indígenas, esta forma de participación no les convence, lo que se suma a los otros obstáculos, en detrimento de las probabilidades de acceso a los servicios de atención primaria.

Como último obstáculo, se menciona el relacionado con el uso de tecnología apropiada para la salud.

Esta recomendación de la OMS, es muy importante en un país como el nuestro, en el cual no existen suficientes recursos de salud para todos. Pero cuando se trabaja con grupos indígenas en condiciones de pobreza o pobreza extrema, la búsqueda de alternativas para prevenir o enfrentar los problemas de salud, a nivel individual y colectivo, es vital.

Pero existe resistencia institucional para innovar en este sentido, y también para adoptar las tecnologías indígenas tradicionales, ampliamente utilizadas por las familias y comunidades.

CAPÍTULO 3. LA SALUD Y EL MOVIMIENTO INDÍGENA.

3.1 Principales demandas.

El movimiento indígena definido como la "dinámica de frentes o espacios en los cuales los grupos indígenas circulan y procesan sus demandas, expectativas, influencias y consignas que generan acciones para reivindicar sus derechos"¹ manifiesta un perfil ampliado en relación al movimiento campesino en general, a partir de la década de los setenta.

Los campesinos al no recibir respuesta a sus demandas y gestiones de años atrás, relacionadas con el acceso a la tierra, apoyos tecnológicos, crédito y mejores precios de sus productos realizan marchas, plantones y toma de oficinas gubernamentales responsables de los trámites agrarios, a nivel local o regional; invasiones de tierra y en ocasiones enfrentamientos armados, casi siempre de autodefensa contra la violencia de los terratenientes.²

Estas acciones se realizaron en todo el país, al principio se dieron en forma aislada, con mínima organización y a nivel local. Los campesinos que participaron en esta época eran los que habían rebasado a las organizaciones oficiales, como la Confederación Nacional Campesina (CNC).³

¹ ITURRALDE, Diego A, "Los pueblos indios como nuevos sujetos sociales en los Estados latinoamericanos". Revista Nueva Antropología. México: CONACYT-UAM Iztapalapa, junio 1991, vol. XI, no. 39, p. 33

² LEON, Samuel y MARVAN, Ignacio, "Movimientos sociales en México (1968-1983). Panorama general y perspectivas". En CAMACHO, Daniel y MENJIVAR, Rafael (Coordinadores), Los movimientos populares en América Latina. México: S XXI-UNU, 1989, pp. 38 y 39

³ Ibidem, p. 39

En esa década, las instituciones gubernamentales y las corporaciones campesinas habían sufrido un desgaste para el control de los grupos, en razón de su incapacidad para dar respuesta a las demandas y gestiones de los campesinos.

Por lo anterior, a partir de 1977 algunos grupos de campesinos se organizan a nivel local y regional, de manera independiente, para actuar en franca oposición a la política agraria oficial.⁴

Con los grupos campesinos participaban otros sectores de la sociedad civil, como los estudiantes y los obreros. La sociedad civil de acuerdo a J. C. Portantiero es el 'espacio social en que se dirimen las relaciones de fuerza entre los sectores de mayor poder e influencia en la sociedad'.⁵

En algunos estados como Chiapas, Guerrero y Oaxaca los maestros rurales, muchos de ellos bilingües formaban parte de este movimiento social; es decir, de la "dinámica generada por la sociedad civil, la cual se orienta intencionalmente a la defensa de intereses específicos".⁶

Ejemplos de organizaciones de este período son la Coalición obrero campesina estudiantil de Oaxaca (COCEO); Campamento tierra y libertad, de San Luis Potosí, que posteriormente, se extiende a localidades de Tamaulipas y Veracruz; la Unión campesina independiente, en la sierra norte de Puebla y centro de Veracruz; y la Coalición obrero-campesino-estudiantil del Istmo de Tehuantepec, Oaxaca (COCEI).

⁴ *Ibidem*

⁵ CAMACHO, Daniel y MENJIVAR, Rafael, "El movimiento popular en Centroamérica: 1970-1983. Síntesis y perspectivas". En *op. cit.*, p. 84

⁶ LANDRINELLI, Jorge E., "Centralidad obrera y continuidad histórica en el movimiento popular uruguayo". En CAMACHO Y MENJIVAR (Coordinadores), *Ibidem*, p. 437

Los indígenas eran elemento constitutivo del movimiento campesino. Se menciona que de los tres millones de campesinos que en esos años eran solicitantes de reparto agrario, el 35 por ciento era de indígenas.⁷

La problemática de la discriminación hacia el indígena aparece en los temas y luchas del movimiento de estos años.⁸ Por lo que a las demandas campesinas antes mencionadas, se suman las de educación y salud.

En este sentido, en 1974 con apoyo del Centro coordinador Indigenista del INI, en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas se realizó el primer congreso Indígena con la participación de mil quinientas personas, de los grupos tzotzil, tzeltal, chol y tojolabal.

Los indígenas acudieron al Congreso con el propósito de discutir sus demandas y propuestas con el gobernador estatal. Los temas discutidos del 12 al 16 de octubre de ese año fueron: acceso a la tierra, comercialización de sus productos, educación bilingüe y servicios de salud.

Esta última propuesta fue elaborada por el grupo tzotzil; por su claridad y relevancia, se transcribe a continuación:

"Vamos a presentar nuestro problema... Los médicos están concentrados en la ciudades y nunca salen al campo. Ignoran la lengua tzotzil, no conocen nuestras costumbres y sienten un gran desprecio por el indígena. En los centros de salud nos tratan mal,

⁷ LEON, Samuel y MARVAN, Ignacio, *op. cit.*, p. 41

⁸ CALDERON, Fernando, *Movimientos sociales y política*. México: SXXI-UNAM, 1995, p. 66

no hay comunicación posible con el doctor; y así aunque sea muy buen médico no nos puede curar. Por eso no les tenemos confianza. Las enfermeras nos tratan como si fuéramos cosas. Por eso para nosotros la medicina del doctor es como si no existiera.

Los programas de salud no son realistas pues no conocen nuestra costumbre y nunca tienen en cuenta la medicina de las yerbas. Un programa muy bien pensado que no lo lleva a efecto el personal preparado es inútil. Ni los médicos ni las enfermeras se preparan para tratar con nosotros. Si nos enfermamos somos de segunda categoría.

Además la medicina es muy cara. Es un negocio. A veces sólo tenemos dinero para pagar la ficha, pero no para la medicina. Se nos vende medicina mala o ya pasada que es ineficaz. Por eso nosotros no confiamos en la medicina de los doctores".⁹

Las soluciones propuestas a la problemática mencionada fueron:

***Que haya un comité de salud en la misma comunidad, que vigile, que eduque y reciba preparación de gente que conozca la medicina indígena y la medicina del doctor.**

Que los médicos pasantes vayan al campo a trabajar con deseo de ayudar a sus semejantes. Que se acabe la discriminación.

⁹ Declaración tzotzil sobre salud. Documento interno, San Cristóbal de las Casas: INI, 1974, pp. 1y2

Que se oriente a los Indígenas sobre higiene y medicina preventiva para que se acabe el miedo.

Que haya preparación de enfermos Indígenas y que no se les inculquen prejuicios contra la medicina Indígena. Que se estudie el modo de integrar ambas medicinas con la colaboración de curanderos tradicionales.

Hacer una investigación seria de la medicina Indígena y que la conozcan los doctores. Que los doctores nos traten como gentes y aprendan nuestra lengua."¹⁰

A esta propuesta se le conoce como Declaración tzotzil sobre salud, se le entregó al gobernador del Estado, quien a través del centro coordinador Indigenista de San Cristóbal intentó satisfacer algunas de las demandas, como la formación de promotores de salud y diversos apoyos para desarrollar la medicina tradicional.

La declaración se difundió a todos los centros coordinadores del INI y a las Instituciones gubernamentales con injerencia de trabajo en grupos Indígenas.

Por su parte los Indígenas que participaron en este congreso, dieron a conocer su declaración a los integrantes de las organizaciones con las que estaban ligados en la lucha por sus intereses comunes, como la Coordinadora Nacional Plan de Ayala.

¹⁰ *Ibidem*, p. 3

En la década de los ochenta, el movimiento indígena se abre otros espacios de participación, acompañado por organizaciones no gubernamentales (ONG) con intereses ecologistas, religiosos, de género y de derechos humanos.

Es conveniente resaltar la presencia de un sector de la Iglesia católica, quien a partir del Concilio Vaticano II (1962-1965), y de la Segunda conferencia general del episcopado latinoamericano (CELAM) en 1968, que se llevó a cabo en Medellín, Colombia, se organiza en comunidades cristianas de base. En ellas el cura párroco favorece la participación de los cristianos pobres, en el análisis de los temas religiosos pero también, de los problemas económicos y sociales que sufren sus miembros.¹¹

La forma de vivir el cristianismo y el sacerdocio por parte de un grupo dominado de la "tecnología de la liberación", muestra el interés de alimentar la esperanza para superar las condiciones que agobian y oprimen en este caso, a los miembros de los grupos indígenas.¹²

La enfermedad y la muerte evitables constituyen una preocupación permanente de este sector. En las comunidades cristianas de base casi siempre, funciona una red de servicios básicos de salud, cuya experiencia operativa y la aceptación de que goza entre los grupos indígenas es significativa, cuando se trata de optimizar los recursos disponibles en una zona o región.

¹¹ HARNECKER, Marta, Estudiantes, cristianos e indígenas en la revolución. México: SXXI, 1987, pp. 185, 186 y 193.

¹² *Ibidem*, p. 190

3.2 La salud y los derechos humanos.

Los derechos humanos se refieren a situaciones indispensables -reconocidas legalmente o no- para que los seres humanos puedan tener un desarrollo pleno. se reclaman como derechos frente a otros hombres, pero en especial, frente al Estado y el poder.¹³

La formulación y defensa de los derechos humanos se origina en el movimiento de la revolución francesa, con los derechos civiles y políticos a los que se les conoce como el grupo de "libertades clásicas". Son ejemplos el respeto a la integridad física, psíquica y moral del individuo; el derecho a la libertad personal; y el de la libertad de expresión.

Los derechos económicos, sociales y culturales conocidos como el grupo de la "segunda generación", son formulados por los Estados a principio del presente siglo. Su ámbito de aplicación hace referencia a los grupos sociales de todo el país e involucra la obligación del Estado de procurar su realización. Por ejemplo los derechos a la educación, el trabajo y la salud.

A partir de la década de los sesenta se promueve los derechos de la "tercera generación", que amplía su referencia a las relaciones entre países o de los seres humanos considerados como especie.¹⁴ En este grupo se encuentran los derechos de la autodeterminación de los pueblos, de las minorías étnicas, a la paz, al desarrollo; y al patrimonio común de la humanidad.

¹³ NAVARRETE, TARCISIO, et al., Los derechos humanos al alcance de todos. México: Diana, 1994 (2a. ed., 2a reimpr.), p. 19

¹⁴ *Ibidem*, pp. 19 y 20

Desde la Carta de San Francisco que dio origen a las Naciones Unidas en 1945, se promueve la aplicación universal de los derechos humanos. Para favorecer la aplicación de ellos, se integran al derecho internacional y se convoca a los estados miembros de la ONU a que formen parte de sus constituciones.¹⁵

En este marco se reconoce al individuo como sujeto del derecho internacional, con facultad de acudir a las instancias regionales o internacionales para demandar respeto a sus derechos y libertades en cuestión¹⁶

La Carta Internacional de los derechos humanos está integrada por tres tratados internacionales: la Declaración universal de los derechos humanos, de 1948; el Pacto Internacional de derechos civiles y políticos; y el Pacto Internacional de derechos económicos, sociales y culturales, ambos de 1966.¹⁷

A través de estos tratados los organismos internacionales promueven y vigilan la protección de los derechos humanos, en los países miembros.

3.2.1 Derecho a la salud.

La Declaración universal de los derechos humanos, en el artículo 25 adopta la definición de salud de la OMS, para asegurar el estado de bienestar físico, mental y social. En el artículo se reconoce especial atención a la alimentación, vivienda, asistencia médica y a los servicios sociales, tales como agua, luz y escuelas.

¹⁵ *Ibidem*, p. 23

¹⁶ *Ibidem*

¹⁷ *Ibidem*

El artículo 10 del protocolo adicional de la Convención americana sobre derechos humanos compromete a los estados miembros, a adoptar la estrategia de atención primaria de salud, para garantizar este derecho.¹⁸

3.3. Convenio 169 de la Organización Internacional del trabajo (OIT).

La Conferencia general de la OIT adoptó el 27 de junio de 1989, el Convenio 169 sobre los derechos de los pueblos indígenas y tribales, de acuerdo a los términos de los tres tratados básicos sobre derechos humanos antes mencionados, y de otros instrumentos internacionales sobre la prevención de la discriminación.¹⁹

Las disposiciones contenidas en el convenio se establecieron con la colaboración de las Naciones Unidas; y de sus organizaciones para: la agricultura y la alimentación (FAO); para la educación, la ciencia y la cultura (UNESCO); la Organización Mundial de la salud (OMS); y del Instituto Indigenista Interamericano (III). Estos organismos internacionales permanentemente, colaboran entre sí, para promover y asegurar la aplicación de las disposiciones del convenio.²⁰

Entre las disposiciones del Convenio 169 relacionadas con el ámbito de trabajo del Programa IMSS-Solidaridad, se encuentran las siguientes:

***Los pueblos indígenas deberán gozar plenamente de los derechos humanos, sin obstáculos ni discriminación. (Artículo 3)**

¹⁸ *Ibidem*, p. 43

¹⁹ INI, *Derechos indígenas. Lectura comentada del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo*. México: INI, 1991, p. 41

²⁰ *Ibidem*, p. 42

***Deberán adoptarse las medidas necesarias para salvaguardar las personas, las instituciones, los bienes, el trabajo, las culturas y el medio ambiente, sin contrariar los deseos expresados por los pueblos interesados. (Artículo 4)**

***Establecer los medios a través de los cuales los pueblos indígenas puedan participar libremente y en todos los niveles, en la adopción de decisiones con las instituciones responsables de las políticas y programas que les conciernen. (Artículo 6)**

***Los pueblos interesados deberán tener el derecho de decidir sus propias prioridades; y a controlar el proceso de desarrollo que afecta sus vidas; participar en la formulación, aplicación y evaluación de los planes y programas que les afectan directamente, (Artículo 7)**

****Los regímenes de seguridad social deberán extenderse progresivamente a los pueblos interesados y aplicárseles sin discriminación alguna." (Artículo 24)**

***Artículo 25:**

***1. Los gobiernos deberán velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados, a proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.**

2. Los servicios de salud deberán en la medida de lo posible, organizarse a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

3. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar preferencia a la formación y al empleo del personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.

4. La presentación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país.* ²¹

*Reconocimiento del derecho a la educación, la utilización del idioma materno y participación en la administración y diseño de los programas de educación. (Artículos 26 al 31)

*El gobierno deberá facilitar los contactos y la cooperación entre los pueblos indígenas a través de las fronteras, incluidas las actividades en las esferas económica, social, cultural, espiritual y del medio ambiente. (Artículo 32)²²

²¹ *Ibidem*, p. 85

²² *Ibidem*, pp. 47 - 69

El Estado mexicano registró la ratificación del convenio, el 4 de septiembre de 1990, ante el director general de la OIT en Ginebra. Por lo que se encuentra vigente, a partir de septiembre de 1991.²³

COROLARIO

Desde la década de los ochenta, el movimiento indígena intenta demostrar y difundir que su problemática no representa una minoría; y por lo tanto, debe plantearse en el campo de la sociedad nacional.

El Estado y las instituciones responsables de las políticas sociales son cuestionados por su ineficacia para dar respuesta a las demandas y expectativas; en especial, por los mecanismos discriminatorios para relacionarse con los grupos indígenas.²⁴

Las reivindicaciones del movimiento indígena están dirigidas a modificar las relaciones con el Estado, en base al derecho constitucional e internacional.

En las diversas organizaciones que participan en el movimiento indígena, se discuten y elaboran propuestas para modificar la legislación vigente. Se expresa que el artículo cuarto constitucional es ineficiente. Se precisa incluir en el artículo 115 a la comunidad, como base de la organización política administrativa del municipio libre, para crear un "cuarto piso" que complemente a los actuales: Federación, los estados y los municipios.²⁵

²³ *Ibidem*, p. 22

²⁴ CALDERON, Fernando, *op.cit.*, p. 69

²⁵ CONCHA, Miguel, "Foro de derechos indígenas". Artículo. Periódico La Jornada México, sábado 6 de enero de 1996, p. 9

El artículo 27 no protege el territorio y la propiedad comunal de los grupos indígenas. Se propone que las relaciones con el Estado deben partir del reconocimiento de la autodeterminación de los pueblos indios, basada en su autonomía política, social y económica.

Lo anterior, como parte de la demanda al reconocimiento de los derechos políticos, económicos y culturales de los grupos indígenas.²⁶

²⁶ *Ibidem*

CAPITULO 4. Algunas recomendaciones para adecuar los servicios en zonas Indígenas.

De acuerdo a los resultados de los informes oficiales, los avances logrados durante el período de estudio se refieren al incremento en la cobertura y la disponibilidad de los servicios.

Las dificultades se asocian con aspectos de accesibilidad de los servicios, es decir, con las probabilidades que tiene la población para utilizar los servicios siempre que sea necesario, sin obstáculos de clima, lugar de residencia y otros factores de discriminación.

Como los niveles de decisión están centralizados en la coordinación general, y en el proceso de planeación prevalece los criterios técnico médicos y administrativos, es conveniente, que los responsables integren a sus análisis y programas aspectos políticos y sociales del movimiento indígena que son manifiestos a nivel regional, estatal y nacional.

Los aspectos pueden ser sobre las características de las organizaciones indígenas independientes, sus demandas y formas de lucha; para encontrar los puntos de enlace con los aspectos de salud. Por ejemplo, las relaciones con los riesgos y daños más frecuentes. Al mismo tiempo, cómo los grupos actúan o desean actuar, para modificar las condiciones prevalecientes, a favor de la protección y preservación de la salud individual y colectiva.

Una vez que los responsables de la planificación centralizada encuentren los objetivos y las expectativas comunes o complementarios con los del grupo indígena, se deberá difundir este conocimiento entre todo el personal, con estrategias para favorecer el dialogo con los representantes indígenas en las comunidades o en el ámbito regional, según corresponda.

El propósito del dialogo será abrir los espacios de participación de la población indígena, a través de la coordinación y concertación con sus representantes, nombrados de acuerdo a sus usos y costumbres. Para de esta forma llegar a consensos con las personas, órganos de representación u organizaciones portadoras de las demandas e intereses colectivos, acerca de las prioridades de salud, formas de trabajo, disposición y adecuación de los servicios; las acciones que se llevarán a cabo para el control del proceso de atención primaria.

Para lo anterior, es imprescindible que el personal institucional acepte y promueva la participación independiente y autónoma del grupo indígena, con tendencia a incrementar los espacios de la misma.

La coordinación general del programa está en posibilidades de tomar la iniciativa para modificar los procedimientos y modelos de educación continua vigentes, para facilitar al personal la mejor comprensión de las necesidades y características de los grupos indígenas, lo que deberá redundar en beneficio de la participación comunitaria. Esta es una forma, existen varias para acelerar y facilitar la disposición y utilización de los servicios de la población indígena.

La experiencia que en este sentido adquiera el programa, es conveniente sistematizarla y difundirla en todos los niveles y con los representantes de los diversos grupos indígenas del ámbito de trabajo.

Lo anterior, con el propósito de que a partir de la práctica concreta, es decir, de la experiencia en el trabajo se modifiquen los conceptos y las ideas acerca de la salud, no sólo como ausencia de enfermedad física. De tal manera, que los expertos modifiquen su actitud y que aprendan que la responsabilidad debe compartirse responsable y fraternalmente con todos los involucrados.

Se espera que la práctica y la reflexión de las estrategias de atención primaria, en especial, la participación autorresponsable de los grupos indígenas, favorezca a los trabajadores del programa la comprensión y el compromiso de respeto y promoción del derecho humano a la salud de la población indígena, de acuerdo a sus usos y costumbres que también involucran sus capacidades y potencialidades para tomar en sus manos los proyectos de desarrollo y bienestar.

Como vía alternativa para iniciar este proceso, se puede proponer y garantizar a los representantes de los grupos indígenas trabajar corresponsablemente desde la base del programa. En las comunidades el personal de la unidad médica, los recursos disponibles en el área, hasta el nivel de responsabilidad de una región de servicios.

Así, en el nivel zonal donde actualmente se encuentran asignados como responsables un médico asesor auxiliar, y un técnico promotor de acción comunitaria, quienes brindan apoyo a 20 unidades médicas rurales, este equipo de trabajo puede

fortalecerse con uno o varios representantes indígenas, o con la participación de las organizaciones no gubernamentales indígenas con presencia en este ámbito de referencia.

El hospital rural como ya se mencionó anteriormente, brinda apoyo a una región en donde se ubican como promedio, 80 unidades médicas. Los responsables de la atención que se brinda en la región correspondiente son : el director, que es médico especialista en cirugía, el administrador, la jefe de enfermeras y un ingeniero. A este grupo se le conoce como el cuerpo de gobierno del hospital.

El cuerpo de gobierno del hospital, es otro espacio estratégico para la representación indígena. Desde allí, los representantes indígenas pueden participar en el diagnóstico de las prioridades de salud, en la organización de los servicios y en el cómo va a participar la población. Incluso, decidir la participación indígena en la evaluación permanente, de cómo se está trabajando y cuáles son los resultados, en la región que corresponda, para poder hacer los ajustes necesarios, tendientes a mejorar la calidad de los servicios y la adecuación de los mismos, a los usos y costumbres locales.

Para facilitar esta participación de base y representación colectiva, es conveniente que la coordinación general canalice los recursos financieros disponibles, que ahora son utilizados para los objetivos y actividades de interés institucional, hacia la red de conexiones por donde circulan las demandas y necesidades prioritarias del grupo indígena, en beneficio de sus acciones colectivas para la salud.

Por último, la coordinación establecida con las escuelas y facultades de medicina debe reforzarse, con el propósito de sensibilizar a los alumnos en los aspectos sociales o históricos de la población rural e indígena.

CONCLUSIONES

El Programa IMSS-Solidaridad, Institución del sector salud responsable de llevar a la práctica la política gubernamental relacionada con los servicios básicos de salud en zonas rurales, en los informes oficiales muestra avances significativos, y eficiencia en su trabajo.

De acuerdo a los compromisos contraídos por el gobierno mexicano, el programa adopta aspectos relevantes de la estrategia de atención primaria de salud. Pero sólo en el plano formal o normativo. Cuando las normas y procedimientos se llevan a la práctica hay pérdida de significados; prevalecen los enfoques y las acciones de salud de etapas anteriores a los años ochenta.

En consecuencia, los avances obtenidos en el incremento de la instalación de servicios en relación al número de habitantes (cobertura), y a las características genéricas como edad, sexo, ocupación y escolaridad, para inferir los factores de riesgo de la población rural (disponibilidad), son insuficientes cuando se comparan con la atención que reciben los grupos indígenas.

Los niveles de decisión están centralizados en la cúspide de la estructura jerárquica, es decir, en la coordinación general.

La planificación de la atención primaria que realiza la coordinación general se basa predominantemente, en aspectos técnico-médicos y de contabilidad. Los aspectos sociales y políticos del proceso, en especial, aquéllos que se refieren al movimiento indígena, no forman parte de esta etapa administrativa.

Por lo tanto, persisten obstáculos para que los miembros de los grupos indígenas incrementen sus posibilidades de utilizar los servicios escasos, pero disponibles (accesibilidad). Por ejemplo, la tendencia a seguir con la concentración de los servicios en zonas no indígenas, como sucede con los recursos financieros y los hospitales.

La participación comunitaria de los grupos indígenas continúa subordinada a los objetivos e intereses institucionales. Las demandas, organizaciones y propuestas del movimiento indígena, no tienen espacio que favorezca su participación autorresponsable.

En los niveles operativos, los servicios siguen los procedimientos y las experiencias funcionales adquiridos con sectores de población urbanos, cuyas necesidades de salud y características socio-económicas son diferentes a las de los grupos indígenas.

Para avanzar de acuerdo a las recomendaciones internacionales, es conveniente para la coordinación general evaluar críticamente el modelo operativo vigente desde 1983, con el propósito de actualizar sus estrategias de atención a población indígena, en

el marco legal del Convenio 169 de la OIT, sobre derechos de los pueblos Indios; de la Declaración Universal de Derechos Humanos; y en especial, tomar en cuenta la dinámica del movimiento indígena a nivel regional y nacional. De esta manera, el programa estará en mejores posibilidades de identificar las demandas, necesidades y expectativas de la población indígena, en materia de salud integral.

BIBLIOGRAFÍA

CALDERÓN, Fernando, Movimientos sociales y política. México: SXXI-UNAM, 1995.

CAMACHO, Daniel y MENJIVAR, Rafael (Coordinadores), Los movimientos populares en América Latina. México: SXXI-UNU, 1989.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México: Deima, 1995 (23a. ed.).

CHAVEZ Galindo, Ana Ma., et. al. El combate a la pobreza en Morelos -aciertos y desaciertos en Solidaridad-. Cuernavaca: UNAM, CRIM, 1994.

GÓMEZ, Magdalena, Derechos indígenas. Los pueblos indígenas en la Constitución Mexicana. (Artículo Cuarto, Párrafo Primero). México: INI, 1992.

HARNECKER, Marta, Estudiantes, cristianos e indígenas en la Revolución. México: SXXI, 1987.

IMSS, El Programa IMSS-Solidaridad. 1988-1994. México: IMSS, 1994.

---, Diagnóstico de salud en las zonas marginadas rurales de México. 1986-1991.
México: IMSS, 1992.

INI-SS, La salud de los pueblos Indígenas. México: SS-INI, 1993.

INI, Derechos Indígenas. Lectura comentada del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo. México: INI, 1991.

LANDINELLI, Jorge E., "Centralidad obrera y continuidad histórica en el movimiento popular uruguayo". En CAMACHO, D. y MENJIVAR, R. (Coord), Los movimientos populares en América Latina. México: SXXI-UNU, 1989.

LEÓN, Samuel y MARVAN, Ignacio, "Movimientos sociales en México (1968-1983). Panorama general y perspectivas". En CAMACHO, D. y MENJIVAR, R. (Coord), Los movimientos populares en América Latina. México: SXXI-UNU, 1989.

MONTEMAYOR Galindo, Rogello, "Marco conceptual, jurídico y filosófico de la solidaridad social". En Memoria de la primera reunión anual de análisis del desarrollo del Programa IMSS-COPLAMAR. México: IMSS, 1980.

NAVARRETE, Tarcisio, et. al. Los derechos humanos al alcance de todos. México: Diana, 1994 (2a. ed., 2a. reimpr).

OMS-UNICEF, Atención primaria de salud. Ginebra: OMS, 1978.

OPS-OMS, Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. La participación social. Washington, D.C.: OPS-OMS, 1990.

HEMEROGRAFÍA

CONCHA, Miguel, "Foro de Derechos Indígenas" Artículo. Periódico La Jornada. México, sábado 6 de enero de 1996.

Convenio IMSS-COPLAMAR. México: Presidencia de la república, 1979.

Declaración tzotzil sobre salud. Documento Interno. San Cristóbal de Las Casas: INI, 1974.

ITURRALDE, Diego A., "Los pueblos indios como nuevos sujetos sociales en los Estados Lationamericanos". Revista Nueva Antropología. México: CONACYT-UAM Iztapalapa, Junio 1991, vol. XI, No. 39.

LAURELL, Asa Cristina, "La política social del neoliberalismo mexicano". Revista Ciudades. México: RNIU, abril-mayo 1995, No. 26.