

LA REFORMA INDÍGENA Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Marcia MUÑOZ DE ALBA MEDRANO*

SUMARIO: I. *Las estadísticas en salud indígena.* II. *Las obligaciones positivas en materia de salud para los indígenas.*
III. *Conclusiones.*

Desde agosto de 2001 existe en México un nuevo marco de derechos para los pueblos indígenas; ciertamente una realidad que parecía en el pasado imposible, cobró vida en la “reforma constitucional indígena publicada” del 14 del mes citado, reportando modificaciones a los artículos 1o., 2o., 4o., 18 y 115 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.¹

Esta modificación a la norma constitucional será analizada desde ópticas diversas, desde su contenido material hasta su pertinencia constitucional, reflexiones que sin duda darán lugar a importantes debates históricos, jurídicos y políticos en las décadas por venir.

Ciertamente el antiguo debate de las autonomías locales dentro del Estado federal representaba importantes retos normativos constitucionales y políticos para la estabilidad del Estado federal mexicano. Solo el tiempo dirá si la mezcla de conceptos como “cultura, identidad indígena, derecho a la libre determinación, autonomía, y

* Investigadora de tiempo completo en el Instituto de Investigaciones Jurídicas, coordinadora del Núcleo de Estudios Interdisciplinarios en Salud y Derecho, en el mismo Instituto marcia@servidor.unam.mx.

¹ La reforma fue publicada en el *Diario Oficial de la Federación* del 14 de agosto de 2001.

unidad nacional” dará fortaleza, como lo decreta expresa y categóricamente a la “nación mexicana que es única e indivisible”, como una realidad, o bien, se comprobará que la unidad de una nación no se decreta por la norma, se gesta en la convicción de su legitimidad.

Si bien es cierto que desde siempre esta nación mexicana se ha encontrado en deuda con los pueblos indígenas al no haberlos considerado nunca, incluso en los programas educativos, tanto en los liberales como en los conservadores que alternaron el poder durante el siglo pasado.² Aquel 1o. de enero de 1994 vino a recordar y a reclamar ese injusto olvido, no solo para los mexicanos, sino para el mundo en general.

La reforma constitucional indígena contiene, sin lugar a dudas beneficios, pero es con mucho, la repetición de errores ya arraigados, tanto en la técnica legislativa como dentro del trato político hacia los grupos indígenas.

Irónicamente, la redacción de la modificación constitucional recuerda, como un fantasma, la aplicación de las normas castellananas dentro de las mismas tierras indianas... “el derecho indiano fue el sistema jurídico que se aplicó durante los tres siglos de dominación española en América continental, contiene disposiciones legislativas promulgadas especialmente por la Metrópoli para las Indias... y las costumbres indígenas que no contradijeran los principios de la religión católica, ni la legislación indiana”.³ Con esta misma filosofía el inciso A, del artículo 2o., obliga al Estado mexicano a reconocer y garantizar el derecho de los pueblos y comunidades indígenas su autonomía para “aplicar sus propios sistemas normativos en la regulación y solución de sus con-

2 Muñoz de Alba Medrano, Marcia y Silva Badillo, Carlos Enrique, “La educación indígena en los proyectos del Estado liberal mexicano”, *Anuario Mexicano de Historia del Derecho*, México, 1992, vol. IV. El artículo revisa los programas educativos tanto de conservadores como de liberales que estuvieran vigentes durante la alternancia en el poder observando la ausencia de la educación enfocada hacia los pueblos indígenas.

3 Bernal, Beatriz, “Como periodizar el derecho indiano”, *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, UNAM, 1986, núm. 56, pp. 462 y 463.

flictos internos, sujetándose a los principios generales de esta Constitución, respetando las garantías individuales, los derechos humanos”.

Dentro de esta reforma, destaca el artículo 2o., en donde se recogió gran parte de los temas y reclamos relativos a la incorporación de los derechos indígenas en la norma constitucional. En nuestra opinión, la división de un inciso A y un inciso B dentro de este apartado, hizo un deslinde claro de aquellas obligaciones positivas y las obligaciones negativas a cargo del Estado mexicano.

En esta lógica encontramos, las obligaciones negativas estatales, que son, aquellas que constriñen al Estado a mantener una actitud no intervencionista, sino tan solo de respeto y garantía, con lo que se logra el reconocimiento de la libre determinación de los pueblos y comunidades indígenas, esto dentro del inciso A; mientras que para las obligaciones positivas, encomendadas en el inciso B, el Estado mexicano fundamentado en el principio de la no discriminación debe realizar una serie de obligaciones en diversas materias de naturaleza social, económica, cultural y política. Es de este modo como se constituye jurídicamente la obligación del Estado a prestar servicios de atención a la salud.

En esta ocasión, nuestras reflexiones se encuentran encaminadas a analizar el acceso a los servicios de salud de los pueblos indígenas aludido principalmente en el inciso “B” del mencionado artículo 2o.

I. LAS ESTADÍSTICAS EN SALUD INDÍGENA

Sin duda, una de las materias donde el Estado mexicano a cometido importantes “olvidos” para la población no solo indígena pero en general, es la promoción y garantía de la salud de los mexicanos; sin embargo, la marginación indígena ha reflejado dramáticas consecuencias para el desarrollo de comunidades.

De acuerdo con la información generada por el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, en 1991, las diez principales

causas de enfermedad entre los indígenas fueron en su mayoría de origen infeccioso: infecciones respiratorias agudas, el 59.8%, seguidas por enfermedades del aparato digestivo, como las infecciones intestinales, con 31.8%.

Además de estos padecimientos, se identificaron enfermedades de la piel, como la sarna y las dermatomicosis. Solamente dos patologías no infecciosas se encontraron entre las diez principales causas de enfermedad: traumatismos y envenenamientos, que ocuparon el quinto lugar y la hipertensión arterial en el octavo sitio. Los grupos de edad más afectados por los padecimientos infecciosos corresponden a los extremos de la vida, en particular los menores de 5 años. El resto de la población, además de presentar este tipo de padecimientos, se ve afectado por las otras causas mencionadas: traumatismos y envenenamientos, así como hipertensión arterial.

Por otro lado, la estadística de mortandad indica que en los municipios indígenas seleccionados ocurrieron durante 1990 poco más de 30,000 defunciones, lo que implica una tasa bruta de mortalidad de 5.8 defunciones por cada mil habitantes, cifra superior en un 10% al porcentaje nacional, que es de 5.2%.

El comportamiento de las estadísticas es heterogéneo. Por un lado, tasas con valores extremadamente bajos, como Durango, 2.1% Jalisco, 2.6% y Quintana Roo, 2.9% producto sin duda de problemas del subregistro de la información y, por otro, entidades que presentan niveles muy superiores al nacional, como Chihuahua, 9.3% México, 8% y Puebla, 8.6%.

En general, las tasas de mortandad son mayores según aumenta la proporción de población indígena. En cuanto a la estructura por edad de la mortalidad indígena, ocurre que ésta tiene en el grupo de los menores de 5 años un peso relativo superior al nacional: 26% frente a 20%. Sin embargo, su desglose entre menores de un año y de 1 a 4 años muestra diferencias importantes.

Las defunciones infantiles están aparentemente menos representadas (14% frente a 15.5% nacional), en tanto que en el grupo de preescolares la proporción es mucho mayor en la población

indígena (13% frente a 4.8% a nivel nacional). Tal porcentaje es incluso superior (14%) en los municipios con densidad indígena del 70% y más. La menor representación de las muertes infantiles se debe posiblemente a un subregistro importante, mientras que las cifras de mortalidad en preescolares tienen ciertamente una mayor confiabilidad.⁴

Respecto al comportamiento de la mortalidad por sexo, las tasas relativas a los hombres son superiores a las correspondientes a mujeres, manteniéndose el patrón de sobre mortalidad masculina. Sin embargo, el índice respectivo representa valores inferiores al nacional (124% frente a 130% nacional), situación observada en 13 de las 16 entidades federativas seleccionadas. La diferencia se amplía aún más cuando se analizan por separado los municipios de más de 70% de densidad indígena (índice de sobre mortalidad masculina de 121).

El perfil epidemiológico de la población indígena (municipios con 40% y más), muestra importantes diferencias respecto al comportamiento nacional.

Las cinco principales causas de mortalidad para el país en su conjunto corresponden a enfermedades no transmisibles, en tanto que la mortalidad indígena incluye, dentro de las cinco principales causas, tres de tipo infeccioso enfermedades infecciosas intestinales, neumonía y sarampión.

Debe señalarse que esta última causa aparece de manera excepcional, como consecuencia del aumento en la frecuencia registrada en 1989 y 1990, y que a la fecha ha vuelto a ubicarse en niveles muy inferiores. En particular, llaman la atención las enfermedades infecciosas intestinales, que representan la primera causa de defunción en 7 de los 16 municipios analizados, mientras que a nivel nacional ocupan el 7o. lugar. La tasa correspondiente a esa causa está cercana al triple del valor nacional: 74.7 defunciones por cada 100,000 habitantes (y 83.6 para los municipios con más de 70%) frente a 27.3 por 100,000 habitantes para

4 <http://www.sedesol.gob.mx/perfiles/nacional>.

el global del país. A pesar de ello, esta causa aparece en primera posición sólo en siete de las entidades federativas analizadas.

Entre las 20 principales causas existen otras cuyo peso relativo es mayor en la población indígena. Tal es el caso de las deficiencias de la nutrición, que ocupan el 6o. lugar, frente al 11o. nacional; la tuberculosis pulmonar, en 11o. sitio frente al 16o. nacional, y las anemias, que están en el 13o. lugar con relación al 17o. a nivel del país.

Por el contrario, hay otras que pierden peso relativo, como los tumores, que pasan al 7o. sitio frente al 2o. nacional; la *diabetes mellitus* que ocupa el lugar 15o. frente al 4o. en el ámbito nacional, y las enfermedades cerebrovasculares, que representan la causa número 12o. frente al 8o. lugar para el país en su conjunto.

El perfil de la mortalidad de la población indígena es el correspondiente al de las sociedades menos desarrolladas, ya que predominan las denominadas enfermedades de la pobreza, frente a las causas de muerte características del desarrollo (enfermedades crónico-degenerativas) que, si bien están presentes, tienen un peso notablemente menor.⁵

Por otra parte, los resultados de una encuesta realizada en las zonas cubiertas por el IMSS-Coplamar ofrecen un perfil de morbilidad en la población indígena a partir del uso de plantas medicinales. Éstas se utilizaron así: 38% de los casos para trastornos digestivos; 14% para padecimientos de tipo respiratorio; 14% para curar lesiones de la piel, infecciones cutáneas, traumatismos, dolor muscular y reumático y picaduras de animales; 13% para el tratamiento de la fiebre, del dolor de cabeza y para las articulaciones en general, y en un 6% para síntomas relacionados con el aparato reproductor femenino.

5 *Idem.*

II. LAS OBLIGACIONES POSITIVAS EN MATERIA DE SALUD PARA LOS INDÍGENAS

1. *El acceso a los servicios de salud: el contenido formal*

Si bien es cierto, en una interpretación amplia de la integridad humana, toda la reforma constitucional indígena tiende a promover el “estado óptimo de la salud” de los pueblos indígenas como la definiera la Organización Mundial de la Salud, el tema de salud dentro del nuevo marco jurídico para los derechos indígenas es tratado expresamente en tres ocasiones, todas ubicadas dentro de lo que hemos llamado obligaciones positivas del Estado, dos haciendo alusión a la protección y mejora de condiciones de la salud de las mujeres y en la otra en referencia general a garantizar efectivamente los servicios de salud.

2. *El acceso a los servicios de salud: el contenido material*

Por otro lado, en la fracción III, del apartado B, del artículo 2o. constitucional encontramos lo que Gonzalo Beltrán apuntaba como elementos de éxito para el diseño de políticas de salud pública en comunidades rurales o en las zonas marginadas de las grandes ciudades, nos referimos al desarrollo “la antropología médica” como una especialización de la antropología tendente al estudio y análisis de los rasgos causales de las enfermedades en comunidades indígenas, “cuyos especialistas operan de acuerdo a interpretaciones tradiciones de la causa de males y accidentes, distintas a las que participan de una orientación científica”.⁶

La redacción de la mencionada fracción III indica:

6 Aguirre Beltrán, Gonzalo, *Programas de salud en la situación intercultural*, Colección Salud y Seguridad Social, Serie de Manuales Básicos y Estudios, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1980, pp. 5-8.

La Federación, los estados y los municipios, para promover la igualdad de oportunidades de los indígenas y eliminar cualquier práctica discriminatoria, establecerán las instituciones y determinarán las políticas necesarias para... abatir las carencias y rezagos que afectan a los pueblos y comunidades indígenas.... tienen la obligación de...

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

Ciertamente, la redacción de este apartado refleja la importancia de la “cultura indígena” y las acepciones de salud para el adecuado diseño de programas y políticas en salud pública, ya que el enfoque holístico o globalizador de la antropología y sus métodos de investigación han contemplado la incidencia de la salud y la enfermedad no como simples hechos médicos sino como un complejo de relaciones sociales interdependientes que es necesario tomar en cuenta.⁷

Es sabido que la salud es la condición necesaria para la producción y la reproducción de las sociedad; pero su mantenimiento se procura por diversas condiciones. Ciertamente, toda sociedad posee un sistema coherente de ideas que conducen a clasificar las enfermedades, a interpretar sus causas y a ejecutar prácticas para reestablecer la salud cuando ésta se pierde, y las sociedades indígenas tienen para sí mismas sus propias concepciones. Ciertamente, las comunidades indígenas dentro de su propia idiosincrasia y valores culturales son el ejemplo perfecto de la aplicación de la antropología médica.

La reforma indígena implicaría incluso modificar los programas oficiales de la curricula de la formación de los profesionales de salud para considerar la preparación de la medicina tradicional.

⁷ *Idem.*, p. 8.

La medicina tradicional, es el patrimonio de las comunidades indígenas del país. Considerando que existen pueblos que han ido abandonando las prácticas ancestrales, ante la presencia de los centros de salud en las áreas rurales, es posible afirmar, y así lo muestran los perfiles y diagnósticos, que el médico tradicional juega un papel importante no sólo como depositario del conocimiento tradicional, sino que es la persona a quien se acude en caso de enfermedad, porque la calidad de los servicios de salud es deficiente en las zonas indígenas.⁸

A lo anterior hay que agregar la insuficiente producción de médicos, su mala distribución y las actitudes de desprecio que ostentan frente a la medicina tradicional, entre otros factores; problemas que las instituciones de salud nacional están tratando de resolver. Un paso importante para reducir los índices de mortalidad de niños y mujeres en las áreas rurales indígenas parte del respeto a una medicina tradicional, que forma parte de un capital social con que cuenta la población indígena.⁹

En México hay un sistema plural o mixto de atención a la salud, en el que coexisten la medicina académica o moderna, la tradicional y la doméstica o casera. Para amplios sectores de la sociedad mexicana, y en particular para los indígenas, la medicina tradicional constituye el principal recurso para la atención a la salud; para otros, no menos numerosos, la medicina tradicional es una alternativa, complementaria a la medicina científica.

La medicina tradicional es ejercida por terapeutas socialmente reconocidos (curanderos, hueseros, yerbateros, parteras) y su acción se extiende a la atención de procesos no patológicos, como el embarazo, el parto y el puerperio normales. Se estima —según un estudio realizado en 1984 por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)-Coordinadora General del Plan Nacional para las Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLA-

8 <http://www.sedesol.gob.mx/perfiles/nacional>.

9 *Idem*.

MAR)— que hay en el país un terapeuta tradicional por cada 500 a 1,500 habitantes.¹⁰

En diferentes momentos de la historia, los médicos tradicionales han sido un grupo fuertemente cohesionado, un factor de identidad cultural y un recurso curativo de amplio reconocimiento social. Existen estudios que ponen de relieve su importancia en el panorama de la atención a la salud. En la montaña de Guerrero, donde viven pueblos nahuas y mixtecos, una investigación del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y de la Secretaría de Salud comprobó que 70% de los partos eran atendidos por parteras tradicionales, 17% por familiares de la parturienta y sólo el 3% por personal profesional. Se estima que en Oaxaca 60% de los partos son atendidos por parteras tradicionales con o sin capacitación institucional.

La medicina tradicional se desenvuelve en condiciones de franca desventaja. Las modificaciones en la reforma indígena, que reconoce usos y costumbres de los pueblos indígenas, pueden significar una contribución para que la medicina tradicional sea reconocida, la que deberá acompañarse de políticas sectoriales acordes a la función social y técnica de aquella.¹¹

3. *El relativismo cultural frente al manejo de la salud: la medicina tradicional*

En una revisión sobre la literatura en torno a los aspectos de las costumbres indígenas y los programas de políticas de salud pública, producción escueta que refleja sin duda “el olvido” es-

¹⁰ *Idem.*

¹¹ Un fenómeno digno de mencionarse es el vigoroso proceso de organización de los médicos tradicionales indígenas —iniciado de manera pública en Chiapas hace poco más de una década—, que ha culminado en la creación, a partir de la formación de 57 organizaciones de más de 30 grupos indígenas de 18 estados de la República, del Consejo Nacional de Médicos Indígenas Tradicionales, el que, en octubre de 1992, entregó al gobierno de la República el Programa Nacional de la Medicina Indígena Tradicional.

tatal para con esta problemática, resulta interesante rescatar el trabajo de Gonzalo Aguirre Beltrán publicado en 1980 por el Instituto Mexicano del Seguro Social, intitulado “Programa de Salud y la situación intercultural”, en cuyo Consejo Asesor se encontraba el actual Secretario de Salud, doctor Julio Frenk.

Esta monografía da cuenta en seis apartados de los puntos más destacados de la antropología médica, destinando reflexiones en torno a: 1. los programas de salud: la situación intercultural; 2. el saneamiento del medio; 3. la cultura y nutrición; 4. el cuidado de la madre y del niño; 5. medicina preventiva y curativa, 6. la educación higiénica.

Aguirre Beltrán se refería a la salud como un Estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad, así como la definió la Organización Mundial de la Salud, pareciera comprobarse como una verdad evidente cuando contemplamos las ideas y patrones de acción que respecto a la salud y medicina tienen las comunidades indígenas del país y nos encontramos en la imposibilidad de separarlos de las creencias, valores y significados morales, religiosos y sociales que las integran y les dan cohesión.

Contundentemente afirmaba que:

...lo anterior conduce, inevitablemente, a darle una importancia decisiva a la situación intercultural, si hemos de elaborar programas de medicina y salubridad aceptables para los habitantes de aquellas regiones donde concurren grupos humanos que participan de culturas distintas y que por ello presentan dificultades que no son las que estamos habituados a encontrar y a superar.¹²

Tal parece que de haber seguido las reflexiones propuestas por Aguirre Beltrán las enormes diferencias en las condiciones de salud dentro de la población mexicana hubieran sido modificadas drásticamente. El antropólogo, menciona como elementos pri-

12 *Idem.*, Aguirre Beltrán, p. 16.

mordiales en el diseño de políticas de salud y programas de salud, el conocimiento de la cultura,

si queremos asegurar la buena marcha de un programa de salud implementado en grupos de cultura heterogénea. Un programa delineado conforme a las normas inflexibles de la técnica occidental y respaldado por un presupuesto elevado y¹³ por un personal de alta calidad profesional, puede ser perfecto para el sector más urbanizado de una de nuestras ciudades en proceso de industrialización; más es del todo inoperante en una situación intercultural como la que presentan las zonas indígenas del país.

Dentro de los elementos a contemplar como primordiales en el abordamiento de los programas de salud para los indígenas, Aguirre Beltrán destaca:

- a) *Conocimiento de la cultura*: una de las primeras necesidades en la implementación de los programas de salud para los indígenas es “el conocer profundamente la cultura de las comunidades indígenas en las que habrá de operar”; en este conocimiento está incluido de manera primordial el manejo del idioma de la región o en la localidad. Efectivamente, la comprensión crítica de las variantes regionales de la cultura nacional es otro conocimiento indispensable en la implementación de un programa de salud.
- b) *Conocimiento del idioma*: es el paso previo para el conocimiento real de la cultura, ya que, conocer el sistema de creencias, valores, instrumentos, habilidades, actitudes y emociones que integran sus formas de vida serán un patrón para normar la medicina y salubridad indígenas.
- c) *Participación de la comunidad*: para alcanzar el éxito de un programa de salud, Aguirre Beltrán sugería, involucrar a la comunidad en general, involucrando a los líderes y dirigentes de la comunidad; será necesario involucrar a los

13 *Idem.*, p. 18.

curanderos y comadronas dentro de los programas para tenerlos aliados de los mismos, ellos serán promotores de la salud y del programa de salud.

Por otro lado, es pertinente comentar, que por disposición del presidente de la República, el INI fue instruido, en febrero de 1991, para la creación de otros modelos semejantes en regiones indígenas. El Programa Regional de Salud en el Municipio de El Nayar, Nayarit, creó el Hospital Rural Mixto de Jesús María, en la región cora-huichol. Actualmente están en funcionamiento: Cuetzalan (Puebla), Jesús María (Nayarit), Capulalpan (Oaxaca) y Yaxcabá (Yucatán). Hay asimismo varias pequeñas clínicas de médicos tradicionales, entre las que se destaca la de San Juan Chichicaxtepec, en el área mixe de Oaxaca, y más de 100 farmacias comunitarias. Con un modelo diferente, desde 1990 funciona en San Cristóbal de las Casas el Centro de Desarrollo de la Medicina Tradicional Maya, de la más antigua organización: la Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas (OMIECH).

En esta línea un fenómeno digno de mencionarse es el vigoroso proceso de organización de los médicos tradicionales indígenas —iniciado de manera pública en Chiapas hace poco más de una década—, que ha culminado en la creación, a partir de la formación de 57 organizaciones de más de 30 grupos indígenas de 18 estados de la República, del Consejo Nacional de Médicos Indígenas Tradicionales, el que, en octubre de 1992, entregó al gobierno de la República el Programa Nacional de la Medicina Indígena Tradicional.¹⁴

A raíz de la reforma indígena se perfila como fundamental la reorganización de estos programas de desarrollo de medicina tradicional, para que no queden como esfuerzos locales efímeros, sino que adquieran una dimensión de difusión nacional, aprovechando los beneficios de este sabio conocimiento.

14 <http://www.sedesol.gob.mx/perfiles/nacional>.

- e) *Descentralización de servicios de salud*: ¿un desacierto? Ésta fue la razón por la que precisamente en 1997 se implementó un programa de atención especial y particular para el estado de Chiapas, publicado el 16 de diciembre el Acuerdo de Coordinación para la Descentralización de los Servicios de Salud en el Estado de Chiapas, que celebraron el Ejecutivo Federal por conducto de la Secretaría de Salud, con la intervención de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, de la Secretaría de la Contraloría y Desarrollo Administrativo y el Ejecutivo del Estado de Chiapas.¹⁵

El mencionado acuerdo tuvo como finalidad establecer las bases, compromisos y responsabilidades de las partes para la organización, la descentralización de los servicios de salud en el Estado, así como para la transferencia de recursos humanos, materiales y financieros que permitieran al gobierno del Estado contar con autonomía en el ejercicio de las facultades en materia de salud.

Existen ya una serie de proyectos orientados a la creación de programas regionales de salud y hospitales rurales mixtos. Esta experiencia se inició en la Sierra Norte de Puebla, en Cuetzalan, donde funciona el primer hospital mixto atendido por personal médico del INI y por médicos tradicionales indígenas de la Organización Nahua-Totonaca de la Región Cuetzalteca. El hospital cuenta con servicios para cirugías programadas, con el apoyo de la Secretaría de Salud para el Programa de Tuberculosis y del IMSS-Solidaridad para el traslado de pacientes a segundo nivel de atención en Zacapoaxtla, Puebla.

Por disposición del presidente de la República, el INI fue instruido, en febrero de 1991, para la creación de otros modelos semejantes en regiones indígenas.

El Programa Regional de Salud en el Municipio de El Nayar, Nayarit, creó el Hospital Rural Mixto de Jesús María, en la re-

¹⁵ Moctezuma Barragán, Gonzalo, “Derechos de los usuarios de los servicios de salud”, Nuestros Derechos, México, LVI Legislatura de la Cámara de Diputados, 2000.

gión cora-huichol. Actualmente están en funcionamiento: Cuetzalan (Puebla), Jesús María (Nayarit), Capulalpan (Oaxaca) y Yaxcabá (Yucatán). Asimismo, hay varias pequeñas clínicas de médicos tradicionales, entre las que se destaca la de San Juan Chichicaxtepec, en el área *mixe* de Oaxaca, y más de 100 farmacias comunitarias. Con un modelo diferente, desde 1990 funciona en San Cristóbal de las Casas el Centro de Desarrollo de la Medicina Tradicional Maya, de la más antigua organización: la Organización de Médicos Indígenas del estado de Chiapas (OMIECH). Por otro lado, en los Altos de Chiapas, donde viven *tzotziles* y *tzeltales*, la Organización de Médicos Indígenas de los Altos de Chiapas agrupa a médicos locales que dan un cierto espacio a la medicina indígena. Esto significa que los médicos con educación occidental se ven forzados a adquirir prácticas, como la herbolaria, que legitimen su trabajo.

Si bien es cierto que, la descentralización en los servicios de salud obedece a criterios de una mayor autonomía en la administración e independencia de la Federación, dos puntos habrá de remarcar como importantes en la implementación de políticas de salud pública especiales para los pueblos indígenas, por un lado, la supervisión desde el nivel federal, a fin de evitar repetición de programas y desperdicio de recursos, y por el otro, la programación dirigida en los mismos programas de acuerdo a las necesidades de cada región. Es evidente que la epidemiología de la zona norte del país muy diferente a la zona del sureste mexicano.

- e) *La salud de las mujeres indígenas*: una especial mención mereció la condición de género con relación a la salud dentro de las comunidades indígenas, efectivamente, tanto en el inciso V como en el VIII del artículo 2o., establecieron, en primer lugar, que la Federación, los estados y los municipios tienen la obligación para “...propiciar la incorporación de las mujeres indígenas al desarrollo mediante el apoyo a los proyectos productivos, la protección de la salud, el otorgamiento de estímulos”..., y en segundo lugar,

“para... establecer políticas sociales para.... mejorar las condiciones de salud de las mujeres...”.

El problema de los derechos, analizado desde la óptica de las mujeres indígenas exige un espectro de amplia reflexión, desde luego, el aspecto a los derechos en el ámbito de la salud merece una mención específica. Si bien es cierto, la condición de salud de las mujeres merece una atención particular, después de todo, la situación cultural de las mujeres indígenas dentro de sus comunidades han otorgado a la mujer indígena un lugar de intensa marginación.

Precisamente el aspecto de los derechos reproductivos de las mujeres indígenas ha dado lugar a importantes denuncias por partes de grupos políticos y sociales, ya que, el estado de marginación favorece el atropello de los derechos de las mujeres en las clínicas de salud.¹⁶

Incluso, en 1999 la coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas presentó a la alta comisionada de Naciones Unidas para los Derechos Humanos, un detallado informe sobre las esterilizaciones forzadas, la falta del respeto del consentimiento informado.

La autonomía de los pueblos indios se perfila como el camino ideal para iniciar una nueva relación de los pueblos indígenas con el Estado, tanto la garantía como la efectiva protección de los derechos de las mujeres indígenas una labor primordial. Es irritante el reconocimiento de discriminación y opresión en el que viven las mujeres indígenas en lo local, regional y nacional.

Por lo anterior, es fundamental escuchar sus propias demandas cuando reclaman “que las mujeres nos podamos apropiarnos del conocimiento de nuestro cuerpo con información y orientación ade-

16 El Centro de Derechos Indígenas “Flor y Canto” A. C., así como la Red Oaxaqueña de Derechos Humanos, han denunciado cómo el consentimiento informado dentro de las comunidades indígenas es un derecho no respetado, ya que muchas de las mujeres sufren métodos de anticoncepción forzada como la inserción de dispositivos intrauterinos. www.cimac.org/noticias/01ene/0101-3006.html.

cuada... pedimos respeto a los derechos reproductivos de las mujeres indígenas”, para el establecimiento de políticas de salud pública.¹⁷

III. CONCLUSIONES

Desde el punto de vista político y normativo la reforma indígena representa un avance en el camino hacia el reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas en nuestro país, pero la integración efectiva de estas comunidades al desarrollo social y político en México no se logrará con enunciados de carácter declarativos que dibujan escenarios de convivencia social ideal. La realidad de la nación mexicana como única e indivisible requerirá de eficiencia y talento político tanto del Estado, de las comunidades indígenas y de la sociedad en su conjunto, efectivamente, los actores en juego, involucrados en la reforma habrán de dar lugar a una realidad que surja de la convicción y legitimación social y política no del enunciado normativo.

Los paupérrimos índices de salud dentro de las comunidades indígenas son sin duda un reflejo del olvido estatal y del espacio de marginación de las mismas, reducir estos números con programas que surjan desde la cosmogonía indígena en combinación con los beneficios y capacidades públicas, serán sin duda un sólido engrane para el equilibrado y democrático desarrollo de esta nación.

Las 330 controversias constitucionales contra la reforma indígena a resolverse durante enero y febrero de 2002,¹⁸ son indicativos de la poca legitimación y del descontento que reglamentación ha acarreado. Se escuchan voces que reclaman ya una “nueva reforma indígena” la que parece difícil concebir sobre todo en el escenario de la actual configuración del Congreso de

17 <http://www.google.com> derechos reproductivos indígenas.

18 Cada ministro deberá resolver 63 controversias, por otro lado, se sabe que fueron rechazadas 186 por no reunir los requisitos de procedimiento, *Jornada*, 13 de octubre de 2001, p. 18.

la Unión, incluso, se ha hablado de recurrir a la ONU “para garantizar que se respeten los derechos de los pueblos indígenas”.¹⁹

Nunca como antes es válida la afirmación de que el pueblo que no conoce su historia tiende a repetirla, olvidar el escenario de las “dos repúblicas” vigente en nuestro país durante los siglos XVI y XVII, refiriéndose a los dos marcos jurídicos para los españoles y los indígenas en la actual ciudad de México pueden haber sido incluso la causa del “atraso cultural y miseria física y moral” de las comunidades indígenas.²⁰

Habremos de esperar la resolución de la Suprema Corte de Justicia sobre las controversias constitucionales sobre la reforma indígena, pero antes que nada, habremos de esperar la vigencia real de esta nueva normatividad para la vida y desarrollo social de las comunidades indígenas, donde las políticas públicas de salud para los indígenas obligan un importante estudio y reflexión sobre la cosmogonía indígena para garantizar el real éxito de las mismas.

19 *Jornada*, 13 de octubre de 2001, p. 18.

20 Sierra, Catalina, “El nacimiento de México”, México, UNAM, 1960, p. 67. *Cit.* por González, María del Refugio, “El derecho civil en México 1821-1871. Apuntes para su estudio”, Serie C: Estudios Históricos, México, UNAM, núm. 25, 1988.