

# UACM

Universidad Autónoma  
de la Ciudad de México

---

*Nada humano me es ajeno*

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**“La accesibilidad a servicios de salud, en comunidades  
indígenas asentadas en la Ciudad de México”**

TRABAJO RECEPCIONAL QUE  
PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADAS EN  
PROMOCIÓN DE LA SALUD

PRESENTAN:

**JOSELIN IRAIS GALICIA VARGAS  
EVELYN RIVERA GORDILLO**

DIRECTOR DEL TRABAJO RECEPCIONAL  
**M. en E. José Antonio Navarro Capella**

**Ciudad de México, Enero 2017.**

## SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



## UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

### RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

### DERECHOS RESERVADOS<sup>©</sup>

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

## **Agradecimientos.**

El presente Trabajo Recepcional es el resultado de un trabajo constante que refleja la confianza, el esfuerzo y la comunicación, en el cual, la participación directa de varias personas guiando, leyendo, opinando, corriendo, participando con opiniones y puntos de vista dejando una retroalimentación en el desarrollo y análisis, así como los ánimos en cada una de las etapas y avances del mismo.

Principalmente, agradecemos al Mtro. José Antonio Navarro Capella y José Luis Fernández Silva por haber confiado en nuestra persona, por la paciencia y constancia en la dirección de este trabajo a pesar de los diferentes obstáculos dados a lo largo de la formación de este mismo. Así como al Lic. César Enrique Fuentes Hernández, Mtro. Carlos Bravo Marentes, Mtro. José Alberto Benítez Oliva por su participación como lectores que con su excelencia y atinadas correcciones se pudo dar un mejor trabajo.

La confianza y accesibilidad con los grupos indígenas fue gracias a la colaboración de Angélica como coordinadora de la A.C. Aliados Indígenas, así como su colaboradora Reyna Segundo, sin su apoyo no se hubiera tenido el acceso; también les agradecemos a los grupos P'eurhépechas, Otomíes y Mazahuas por habernos brindado su confianza y abierto su vida familiar, personal y social. Damos las gracias a todo el personal de los centros de salud principalmente al Director Ariel del Centro de Salud "Manuel Pesqueira" por el acceso y facilidad a este centro de salud.

Las emociones y alicientes fueron constantes en los compañeros y amigos de las diferentes Licenciaturas de la Universidad en especial a los de Promoción de la Salud, por lo que les agradecemos el haber sido participes en la culminación de este proyecto. También a los administrativos y académicos que brindaron el apoyo con material y equipo para la elaboración de nuestro proyecto.

Le agradecemos a la UACM por el apoyo recibido para la impresión y empastado del trabajo recepcional.

## **Dedicatoria.**

Dedico mi trabajo y esfuerzo a las personas que siempre me apoyaron durante la realización del trabajo recepcional, primeramente a mi familia hija y esposo quienes fueron un apoyo fundamental para que lo pudiera lograr, también a mis padres quienes me alentaron de la misma manera a hermanos y sobrinas, a mis amigos y compañeros de generación y licenciatura, a mi amiga y compañera de trabajo recepcional Joselin.

A la Universidad Autónoma de la Ciudad de México UACM, quien me abrió las puertas para que pudiera estudiar y formarme profesionalmente, de quien obtuve apoyo en recursos materiales para la realización del trabajo recepcional.

**Evelyn Rivera Gordillo.**

La concepción de este trabajo recepcional está dedica principalmente a mi familia, hijo y esposo que con su paciencia, tolerancia, comprensión y cariño, puedo en estos momentos culminar una etapa más en la vida por creer en mí y juntos seguiremos caminando. A mis padres, pilares fundamentales en mi vida; sin ellos jamás hubiese podido conseguir lo que hasta ahora tengo y soy, por su tenacidad y lucha insaciable no solo para mí, sino para mis hermanos y familia en general. A mis hermanos, sobrino y cuñada, que siempre estuvieron en mi día a día, creyendo en mí.

A mi amiga y compañera de licenciatura y trabajo recepcional Evelyn Rivera, por haber creído en mí y darme la oportunidad de culminar a su lado una meta más en nuestras vidas.

**Joselin Irais Galicia Vargas.**

## Índice

Introducción.....9

Justificación.....14

## Capítulo I

**Planteamiento del problema.....17**

Composición del Sistema de Salud Mexicano.....18

Artículo 12<sup>o</sup> PIDESC.....28

Observación General Número 14.....28

Disponibilidad.....28

Accesibilidad.....29

No discriminación.....29

Física.....29

Económica.....29

A la información.....29

Aceptabilidad.....29

La calidad.....29

Estructura de los Servicios de Salud. ....30

Según la Secretaría de Salud.....30

La estructura a los Servicios.....30

En el establecimiento o los espacios de salud.....30

El personal prestador de los Servicios de salud .....31

En las personas consultantes o usuarias.....31

El pacto Internacional de los Derechos Económicos Sociales y Culturales...32

Ley de Planeación Federal

Art 2<sup>o</sup> .....32

Ley Orgánica de Administración Pública Federal

Art 39<sup>o</sup> .....33

Ley General de Salud del Distrito Federal

Art 1<sup>o</sup> .....33

Art 2<sup>o</sup> .....33

Art 3° .....	33
Art 51° .....	33
Art 53° .....	33
<b>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos</b>	
Art 1° .....	33
Art 2° .....	33
Art 4° .....	33
<b>Ley de Salud del Distrito Federal</b>	
Art 3° .....	33
Art 4° .....	33
Art 5° .....	33
<b>Capitulo XXVI</b>	
Art 100° .....	34
Art 101° .....	34
Programa de Medicamentos y servicios Médicos gratuitos.....	34
Hipótesis.....	35
Objetivo General.....	35
Objetivos Específicos.....	35
 <b>Capitulo II</b>	
<b>Diseño Metodológico.....</b>	<b>37</b>
Mapa de ubicación asentamiento P´urhépecha.....	38
Mapa de ubicación asentamiento Mazahua y Otomies.....	39
Mapa de ubicación del Centro de Salud Manuel Pesqueira.....	40
Técnica del grupo focal.....	41
Concepto de entrevista a profundidad.....	41
Instrumentos aplicados a grupo focal en indígenas.....	43
Instrumento aplicado a entrevistas a profundidad con indígenas p´urhépechas.....	44

Instrumento aplicado a entrevistas a profundidad con indígenas Mazahuas y Otomies.....	45
Instrumento aplicado a entrevistas a profundidad con el personal Del Centro de salud Doctor Manuel Pesqueira .....	46
<b>Capítulo III</b>	
<b>Marco teórico conceptual.....</b>	<b>47</b>
Visión desde la Promoción de la Salud.....	47
Conceptos de Promoción de la Salud.....	47
Informe Lalónde.....	48
Declaración Alma ATA.....	48
Ottawa Canadá.....	49
Adelaida Australia.....	49
Sundsvall Suecia.....	50
Yakarta Indonesia.....	50
Ciudad de México.....	50
Bankok Tailandia .....	51
Gramsci Hegemonía.....	51
Livingston subordinación.....	51
Conceptos de Salud.....	52
OMS.....	52
Terris.....	52
Salléra.....	52
Sigerist.....	52
Rene Dubos.....	52
Herbert Spencer.....	52
Hancock.....	53
Realización del propio concepto de Salud.....	53
Conceptos de Cultura .....	54
Secretaría de Salud.....	54
GilbertoJiménez.....	54

Conceptos de interculturalidad.....	54
López.....	54
Solís .....	54
Albó.....	55
Sergio Lerín.....	55
Realización del propio concepto de interculturalidad.....	55
Mirada de Promoción de la Salud .....	56
<b>Capítulo IV</b>	
<b>Medicina tradicional y Medicina Moderna.....</b>	<b>58</b>
Antecedentes Históricos.....	58
Medicina Tradicional .....	59
Definición de Medicina Tradicional.....	59
OPS.....	60
P´urhépechas.....	60
Cheran P´urhépechas.....	60
Ubicación de la cultura Mazahua.....	61
Tratamientos basados en la cosmovisión Mazahua.....	61
Definición de Medicina Tradicional Otomíes .....	61
Cómo entender el concepto frio-caliente.....	62
Cómo utilizan los remedios los Otomies.....	63
Organizaciones practicantes de la Medicina Tradicional.....	63
Principios de terapias de la Medicina Tradicional.....	64
Medicina Moderna.....	65
Eduardo Menéndez.....	66
Cuadro comparativo de la Medicina Científica y la Medicina Tradicional.....	69
<b>Capítulo V</b>	
<b>Resultados de la investigación.....</b>	<b>71</b>
Según Jara que es la sistematización .....	71
Sistematización de experiencias de los objetivos.....	72

## Capítulo VI

<b>Propuesta</b> .....	97
Estrategia 1 .....	98
Estrategia 2 .....	99
Estrategia 3 .....	99
Estrategia 4 .....	100
Estrategia 5 .....	101
Estrategia 6 .....	102
Estrategia 7 .....	102
<b>Conclusiones</b>	
Conclusión 1.....	104
Conclusión 2.....	109
Bibliografía.....	112

## Anexos en disco

## Introducción

*No debe avergonzarnos el tomar  
del pueblo todo aquello que puede  
ser útil para el arte de curar*

**Hipócrates**

La accesibilidad a los servicios de salud es un derecho fundamental, señalado en los principales estándares internacionales de los derechos humanos particularmente ubicado dentro de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) cuyo estándar máximo es el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) artículo 12° establece “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud” de donde se desprende la Observación General N°14 y se define el contenido mínimo esencial del derecho a la salud que se refiere al acceso universal a bienes y servicios de salud, medicamentos esenciales, asistencia médica, sanitaria preventiva-curativa, un plan nacional de salud pública, provisión de seguro para quienes carecen de recursos, educación e información en salud. También señala los elementos esenciales mínimos del cumplimiento del derecho a la salud en cuanto a disponibilidad, accesibilidad (no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica, acceso a la información), aceptabilidad y calidad de los servicios de salud.

El Estado Mexicano ha estructurado un sistema de salud para la población abierta (El Seguro Popular) como parte fundamental del Sistema de Protección Social en Salud; implementado para reducir la tensión entre equidad e inequidad, el rezago existencial en materia de salud en los sectores de la sociedad producto de la pobreza y desigualdad en la prestación de los servicios de salud, para las familias en grupos vulnerables que por su condición laboral, socioeconómica o cultural no

son derechohabientes del IMSS, ISSSTE entre otros y cumplir con lo establecido en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud” complementado por el artículo 12° del PIDESC, así como en la reforma a la Ley General de Salud se crea el Sistema de Protección Social en Salud, el cual plantea la prestación de los servicios de salud a todas las familias que carecen de un sistema de protección social; subsidiado por el gobierno federal canalizado a las entidades federativas.

De esta manera la salud, además de ser un derecho tan esencial en la vida de un ser humano, se convierte en un servicio público al cual debe acceder toda persona, sin importar su etnia, religión, estatus socioeconómico, cultural, etc., que se debe de manifestar en la obligación del Estado de brindar todas las condiciones necesarias para promover, desarrollar e implementar programas, estrategias que beneficien y faciliten el acceso a los servicios de salud y así poder tener una debida atención en salud.

En esta investigación solo se retomará la accesibilidad de la Observación General N°14, junto con las 4 dimensiones, y así analizar la accesibilidad a los servicios de salud de las personas Indígenas P’eurhepechas, Otomíes y Mazahuas asentadas en la Ciudad de México, conocer cómo interviene la interculturalidad conforme a la cosmovisión del proceso salud- enfermedad, el personal del centro de salud Dr. Manuel Pesqueira T-III e Indígenas que asisten al servicio, de la misma manera solo retomar la percepción de Indígenas que asisten al Centro de Salud Dr. Manuel E. Ruiz T-III, ya que por la falta de acceso por parte de las autoridades, no se pudo realizar la investigación con el personal.

Los indígenas que radican en el Distrito Federal se encuentran en una situación de desventaja en comparación a la demás población, por conservar su cultura, lengua, idioma e ideología como parte de su identidad y de sus pueblos de origen. Han tenido que dejar de lado sus prácticas o métodos de curación (medicina

tradicional) donde la interculturalidad juega un papel importante entre los indígenas, puesto que la cultura los caracteriza como grupos únicos. Mientras que en las instituciones de salud, el manejo de la salud es diferente, compartiendo la experiencia de una institución pública del personal del centro de salud Manuel Pesqueira T-III y Dr Luis E. Ruíz, es importante conocer si el doxa<sup>1</sup> de los médicos que laboran en los servicios de salud, generan hegemonía<sup>2</sup> en los indígenas al darse una relación de sujeto- sujeto y si es apto o apropiado para el goce de la salud de los indígenas que radican en la Ciudad de México y acuden a dichos servicios.

El desarrollo de esta investigación ha permitido conocer cada uno de los elementos, características y/o barreras que enfrentan las comunidades indígenas P'urhépechas, Otomíes y Mazahuas radicando en la Ciudad de México al acceder a los Centros de Salud ya mencionados, así como también, la relación entre el personal de los centros de salud e indígenas, desde la cultura que permitirá identificar la visión del personal de salud y la cosmovisión de indígenas, el significado que le dan a la causalidad de las enfermedades, la salud, prácticas y métodos de curación que se utilizan en cada cultura.

Conocer las diferentes concepciones en el campo de la salud y la lucha de los indígenas por adaptarse a las condiciones de la vida moderna, la desigualdad que sufren día con día perjudicando su salud dejándolos vulnerables en su derecho a tener una vida digna, como también los retos que enfrentan para obtener acceso a los servicios de salud públicos en el Distrito Federal.

---

<sup>1</sup> El **doxa** es definido (Bourdieu; 2000). Es por lo tanto un conjunto de clasificaciones, representaciones y significados que no se cuestionan o piensan.

<sup>2</sup> Hegemonía es considerada como una condición donde todos los aspectos de la realidad social están dominados o sostenidos por una sola clase.

Para concebir la problemática, nos referimos a lo largo de esta investigación a los diferentes instrumentos existentes en nuestro país acerca del derecho a la salud para el acceso, cobertura a toda la población derecho-habiente y no derecho-habiente, a la fragmentación de los subsistemas nacionales de salud y tipos de espacios con los que debe contar cada uno de estos subsistemas, la clasificación de las diferentes figuras que se componen de estos y así entrelazar, proponer estrategias para promover, hacer valer el derecho a la salud de los indígenas con las diferentes conferencias, instrumentos y cartas de la Promoción de la Salud (PS).

Para entender el concepto de salud - enfermedad, prácticas de curación utilizadas en las comunidades indígenas de origen Otomíes, Mazahuas y P'urhépechas, el personal de salud, es importante conocer los diferentes tipos de medicina (Medicina Tradicional y Medicina Hegemónica) existentes en nuestro país conforme a la cultura de cada sociedad, dando crédito a cada una por los diferentes métodos o metodologías de curación a partir de la cosmovisión de salud del proceso salud enfermedad.

Con los instrumentos utilizados y aplicados a grupos focales y entrevistas individuales para la metodología cualitativa, se pueden interpretar los resultados para el desarrollo de la sistematización de experiencias<sup>3</sup> gracias al acercamiento con cada uno de los participantes y personas claves, la recolección de información de las preguntas ¿Acude al centro de salud?, ¿Cómo es el trato que le da el personal del centro de salud?, ¿Le han dado servicio a todas las áreas que ha necesitado?, ¿Cómo es el trato que le da el médico?, ¿Les han negado el servicio médico en el centro de salud, entre otras; se pudo contextualizar, interpretar o

---

<sup>3</sup> La **sistematización de experiencias** (Jara; 1994) Es aquella interpretación crítica de una o varias experiencias, que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido, los factores que han intervenido en dicho proceso, cómo se ha relacionado entre sí, y por qué lo han hecho de ese modo.

entender la situación que viven o han vivido los indígenas al acceder a los servicios.

Una de las conclusiones sobre el análisis de la investigación nos da pie para la planeación y/o elaboración de propuestas desde la mirada de la Promoción de la Salud, para mejorar el acceso a los servicios médicos de Indígenas que radican en la Ciudad de México para que hagan valer su derecho a la salud igual de cualquier otra persona como parte de un derecho fundamental para un buen goce de su salud, así también el reconocimiento de la medicina tradicional como herramienta para la mejora de la salud de los indígenas.

## **Justificación.**

En el presente trabajo recepcional tiene la finalidad, de obtener el grado de Licenciada en Promoción de la Salud por la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM), y también ver cómo se generan las condiciones de acceso a los servicios de salud de las personas indígenas que radican en Distrito Federal.

Siendo que ha indígenas se les considera como un sector de la población vulnerable, la CEPAL lo define de la siguiente manera “la vulnerabilidad es el resultado de la exposición a riesgos, aunado a la incapacidad para enfrentarlos y la inhabilidad para adaptarse activamente.”<sup>4</sup>

Ya que el simple hecho de pertenecer a un grupo indígena se genera una desigualdad social sobre ellos, si se le agrega que son indígenas el problema se hace aún más grave pues en la actualidad son los grupos que menos oportunidades de desarrollo social tienen ante la vida.

Bien podemos decir que el problema es mayúsculo cuando nos ponemos analizar al Estado y los servicios en materia de salud, que le brinda a la ciudadanía en especial a este sector de la población, se ha podido ver a través del tiempo el sistema de salud de México. Existe gran diversidad de instituciones públicas y privadas de salud; sin embargo, son organismos verticales e inequitativos pues otorgan servicios a poblaciones distintas, económica y socialmente, sin que exista una coordinación entre ellos, lo cual genera un sistema de salud fragmentado y excluyente.

---

<sup>4</sup> CEPAL-ECLAC, vulnerabilidad sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades hogares y personas. Brasilia Brasil, ONU, LC/R2086, 22abril 2002 p.3

Cabe mencionar que los pueblos indígenas se les están violando sus derechos, al tener que salir de sus tierras de orígenes y el Estado no está siendo lo suficientemente benefactor, a pesar que en el artículo 2<sup>o</sup> fracción IX de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos CPEUM; “Consultar a los pueblos indígenas en la elaboración del plan nacional de desarrollo y de los estatales y municipales y, en su caso, incorporar las recomendaciones y propuestas que realicen.” así como, los derechos de educación, vivienda, progreso solo por mencionar algunos y haciendo énfasis al Derecho a la Salud.

Partiendo todo lo anterior de las condiciones de los accesos a los servicios de salud de los indígenas de la Ciudad De México, es indispensable tomar en cuenta que la cultura es un factor esencial, ya que nuestro país es considerado multicultural<sup>5</sup> y es importante hacer mención que existen diferentes grupos indígenas y gracias a este multiculturalismo el Estado debe de garantizar una accesibilidad a los servicios médicos eficaz y eficiente, donde se contemple la cultura para que se sientan en mayor confianza los indígenas.

Se pretende darle un enfoque a la investigación relacionado con la promoción de la salud y retomaremos el concepto de la carta de Ottawa que nos menciona:

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social del individuo o grupo social debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente.

---

<sup>5</sup> Que está compuesto de diversas culturas.

La salud no se percibe como objetivo, si no como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.

Tomando en cuenta todo lo anterior sobre la problemática planteada a parte de saber cómo es la accesibilidad a los servicios de salud en indígenas que se encuentran radicando en D.F, se pretende dar una posible solución a dicha problemática en donde se realiza una propuesta en la que se puede ir alternando poco a poco la medicina tradicional y la medicina científica, es decir, la propuesta está pensada en que personal de salud e indígenas puedan ir estableciendo relaciones horizontales para que exista una accesibilidad a los servicios de salud más eficiente. Y hacer más sensible a los médicos y demás personal ante la problemática generando una relación médico paciente más empática.

## Capítulo I

### Planteamiento del Problema.

A través de la historia, grupos Indígenas que se acentúan en la Ciudad de México, han sido afectados dentro de los lineamientos, estrategias y políticas del Estado. Aún más, en vez de mejorar la situación de vida de estos grupos, sus intereses, han sido afectados por parte del mismo, en materia de salud la accesibilidad al servicio es entorpecida por los malos manejos dentro del sector salud.

Un ejemplo de esto es la desigualdad que se genera hacia Indígenas, al tener que migrar de sus comunidades de origen hacia la ciudad por la falta de empleo, viviendas dignas, oportunidad de crecimiento y desarrollo social, reconocimiento cultural de sus creencias y prácticas (especialmente de curación para mejorar la salud física, psicológica, emocional, etc.), dejando vulnerables a familias y grupos por la falta de asistencia en salud, ya que no cuentan con Unidades Médicas de primer, segundo y tercer nivel en salud para resguardar y salvaguardar la salud de Indígenas, de esta manera se ven violados sus Derechos Humanos fundamentales en especial los que se relacionados con la salud.

Partiendo de lo anterior, desde el punto de vista de los Derechos Humanos, el acceso a la salud es considerada como un derecho garantizado en el ordenamiento Internacional. Sin embargo, el acceso de los pueblos Indígenas a los servicios de salud es negado por la falta de documentación que les pueda dar acceso al servicio de salud, siendo el Seguro Popular de Salud (SPs) su única opción para la atención a su salud integral e intercultural.

Esto se origina a partir de la estructura de los servicios de salud, es necesario conocer y tomar en cuenta la composición del Sistema de Salud Mexicano, para comprender la problemática planteada, y definir como es la accesibilidad a los servicios de Salud de Indígenas, si bien nuestro país existen diversas instituciones que prestan servicio de salud a la población.

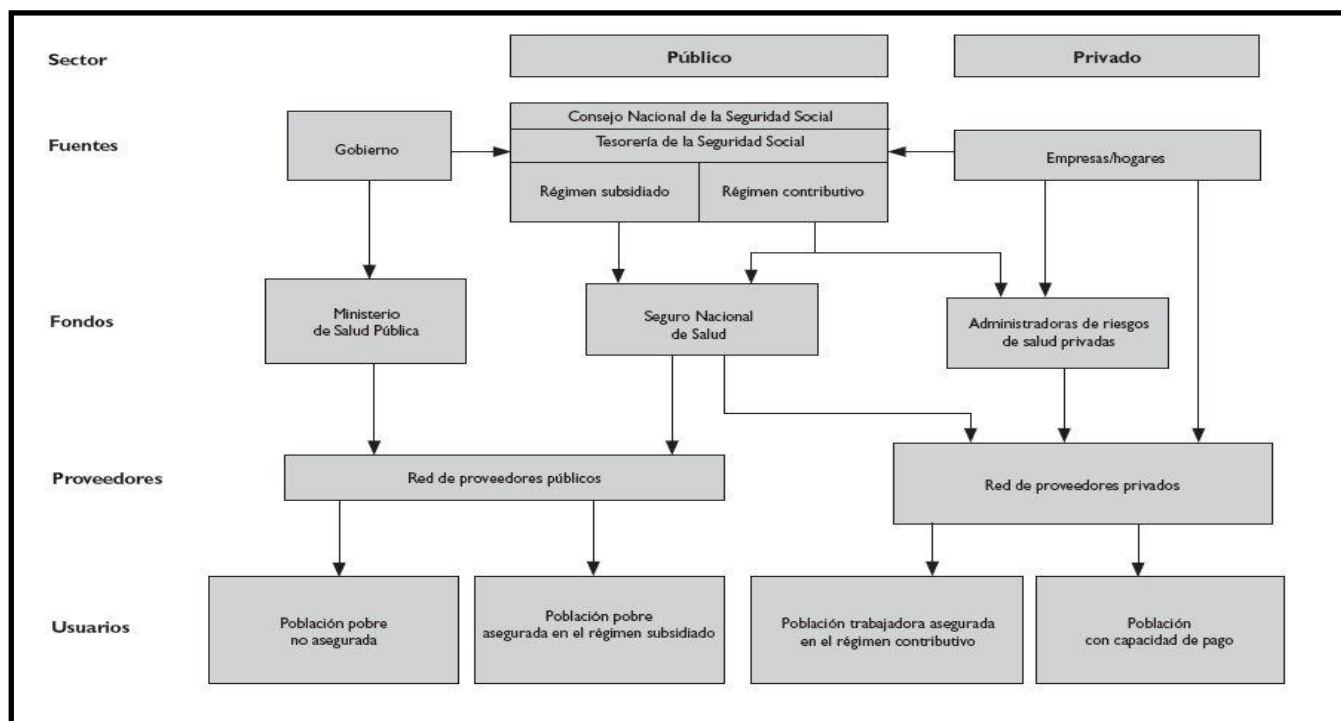
### **Composición del Sistema de Salud Mexicano.**

El modelo de salud de nuestro país, cuenta con una cobertura nacional de servicios de salud “universal”, es decir, cualquier persona considerando a grupos indígenas puede acceder a los servicios de salud, y que se entiende por cobertura universal o universalidad para el Estado es según la (FUNSALUD; 1994; 11) Se entenderá por universal: para todos.

El sistema de salud de México está compuesto por dos sectores: público y privado; solo tomando en cuenta el sector público, siendo éste en el que nos enfocaremos durante la investigación, y es el servicio que debe de brindar el Estado para cumplir con la parte del Derecho a la Salud de toda población sin importar, etnia, religión, estatus económico, cultura, etc., El sector público comprende a las instituciones de seguridad social (Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado ISSSTE, Petróleos Mexicanos PEMEX, Secretaría de la Defensa Nacional SEDENA, Secretaría de Marina SEMAR) y prestan servicios a trabajadores del sector formal de la economía, y a las instituciones que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social, dentro de las que se incluye el Seguro Popular de Salud SPs, La Secretaría de Salud (SSa) , Servicios Estatales de Salud (SESA) y el programa IMSS- Oportunidades (IMSS-O).

El financiamiento de las instituciones de seguridad social es importante recalcarlo para saber de qué fuentes provienen y si realmente cumplen con lo establecido según el (Instituto de Salud Pública de México). Proviene de tres fuentes:

- Contribuciones gubernamentales, contribuciones del empleador (SEDENA, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, es el mismo gobierno) y contribuciones de los empleados. Estas instituciones presentan sus servicios en sus propias instalaciones y con su propio personal.
- La Ssa como SESA, se financian con recursos del Gobierno Federal y los Gobiernos Estatales, además de una pequeña contribución que pagan los usuarios al recibir la atención (cuotas de recuperación). La población de responsabilidad de Ssa y de los SESA se atienden en instalaciones de estas instituciones, que cuentan con su propio personal, se crea el Seguro Popular Salud de Salud (SPs)
- El SPs. Se financia con recursos del Gobierno Federal, los Gobiernos Estatales, cuotas familiares y la compra de servicios de salud para sus afiliados a la Ssa y a los SESA.
- El sector privado se financia con los pagos que hacen los usuarios al momento de recibir la atención y con las primas de los seguros médicos privados, ofrecen servicios en consultorios clínicas y hospitales privados.



Fuente: Salud Pública de México 2011; Octavio Gómez; Sergio Sesma.

La población indígena acude a los servicios de salud de la Ssa, lo que se llama SPs, e incluye un paquete de servicios ambulatorios y de hospitalización preestablecido y un fondo para la atención de enfermedades que generan los llamados gastos catastróficos, también los servicios que cubre corresponden a un catálogo universal de servicios de salud (CAUSES) y en el 2010, a cuatro padecimientos de gastos catastróficos para adultos que incrementan a siete en 2012. Todos los demás servicios los paga el paciente al requerir de ellos. Dada la restringida cobertura médica del SNPSS es irrefutable que no se apega al mandato al no garantizar a todos los mexicanos la protección de la salud.

Hay que subrayar que existen grandes carencias de recursos físicos y humanos en el Sistema de Salud Mexicano y que tienen una distribución geográfica extremadamente desigual, además obliga a la población pobre a pre-pagar un paquete de servicios que incluyen intervenciones que eran gratuitas (p.e vacunación y control prenatal), por otra parte, con la propuesta que los recursos

“sigan” a la demanda, se refuerzan los mecanismos de exclusión, pues los sistemas estatales castigados presupuestalmente serán los que afilien menos personas y debido a que la afiliación es voluntaria y ligada a la capacidad de respuesta de los servicios, el círculo perverso de *déficit y de infraestructura – capacidad de respuesta limitada- afiliación insuficiente – recursos escasos se reforzará, profundizando las desigualdades* entre los sistemas estatales. (Jarillo E; 2007).

En particular el SPs, es visto por los gobiernos de las entidades federativas como un programa que puede amortiguar la insolvencia financiera y resolver aunque sea de forma transitoria, los requerimientos más urgentes para el funcionamiento de los sistemas estatales de salud.

Además, se condiciona la universalidad y la gratuidad a criterios basados en la situación socioeconómica de los usuarios y deja de fuera a la población pobre no afiliada al SPs, a los beneficiarios que pierdan definitivamente la posibilidad de contratarlo. Se impulsa así, una vertiente más de diferenciación y de automatización del sistema.

Para (Laurell, A. C, 2013; 5).

El Derecho a la protección de la salud es un derecho constitucional en la mayoría de los países de América Latina incluyendo a México. Esto refleja la idea de que es éticamente inaceptable de que quien se enferme no pueda atenderse por falta de recursos y pueda morir o quedar discapacitado. El reconocimiento que todo ser humano tiene es el mismo valor. Sin embargo, este derecho normativo frecuentemente no se realiza debido: a la extensión de la pobreza; la segmentación, fragmentación de los sistemas nacionales de salud; la falta y

desigualdad de la distribución de los recursos financieros, físicos y humanos en el sistema de salud.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el principal objetivo de un sistema de salud debe ser mejorar la salud de la población, en un segundo lugar debe de intentar mejorar la capacidad de respuestas del sistema, al tiempo que contempla los aspectos étnicos necesarios para la atención, respeta en todo momento la dignidad de las personas así como en su autonomía para elegir qué tipo de intervenciones aceptan o no, respeta la confidencialidad del paciente. Un segundo subcomponente que forma parte de las metas es la orientación hacia el paciente, factor que permite al médico responder a sus necesidades, brindar un trato adecuado y un entorno que cuente con un ambiente donde el paciente logre restablecer su salud, y tenga el derecho a elegir quien le provee la atención médica.

Partiendo de la idea que nuestro sistema de salud existe una segmentación y fragmentación como fue mencionado en párrafos anteriores, debemos tomar en cuenta que indígenas que radican en el Distrito Federal no cuentan con seguridad social y ellos acuden a los servicios que presta la Secretaría de Salud, si bien el sistema está estructurado, a manera que el indígena presenta ciertas barreras u obstáculos que les impiden que se les pueda dar la atención médica; también cabe mencionar que la cultura es un factor importante que complica aún más la accesibilidad.

Las instituciones de salud no están diseñadas para que indígenas puedan acudir a las diferentes instituciones que hay en D.F, no hay señalamientos en los diferentes idiomas que manejan indígenas, el personal de salud no está capacitado para orientarlos, además la mayoría de indígenas no cuentan con una residencia fija, lo que obstaculiza la accesibilidad, pues no pueden afiliarse al SPs, pues no cuentan con papeles que los acrediten que viven el D.F y les niegan el acceso,

aquellos que asisten al servicio médico es complicado pues poder comunicarse con el médico y viceversa provoca una barrera lingüística, las creencias, la vestimenta, las prácticas de curación de indígenas son desacreditadas por médicos, existiendo un choque de culturas entre ambos, ya que la visión del médico es hegemónica y la cosmovisión del indígena es más empírica.

Retomando la cultura y como esta interviene en la accesibilidad al servicio de salud, médicos y demás personal de salud, tienen una formación en la que la subordinación<sup>6</sup> y la hegemonía<sup>7</sup> están presentes donde la cultura de indígenas no es del todo aceptada, sobre todo en los métodos de curación donde intervienen ciertos factores ambientales, ecológicos y económicos, es decir, ellos se guían en tratamientos naturales, limpias etc. donde la naturaleza juega un papel importante para curar los males o enfermedades.

Si bien se puede considerar la pobreza y la marginalidad como una condición de acceso restringido a la salud, porque la hegemonía y subordinación son producto de las relaciones de poder, donde las instituciones de salud juegan el papel principal.

Esto se genera gracias a que las prácticas médicas se involucran directamente en el cuerpo físico y la subjetividad del indígena. El discurso médico se construye mediante las concepciones médicas doxáticas, representaciones, significados y valores donde la salud se concibe y practica de forma que siempre está relacionada con la enfermedad.

---

<sup>6</sup> La subordinación se define como el estado de aceptación del individuo o grupo a las imposiciones de la dirección hegemónica

<sup>7</sup> La hegemonía es considerada como una condición donde todos los aspectos de la realidad social están dominados o sostenidos por una sola clase

Un doxa médico hegemónico incluye una abrumadora representación de la salud que provienen de un paradigma médico biológico donde los problemas y las soluciones se ven como individuales, objetivas, racionales, prácticas y exclusivas del personal de las instituciones médicas (Chápela; 2007)

El personal de las instituciones, al ser los prestadores de los servicios de salud, convierten al paciente en un cliente y a la enfermedad como una condición favorable para la producción de mercancía. (López, Rivera, Blanco et al.; 2011).

Al ser indígenas quienes forman parte del clientelismo de las instituciones de salud, dejan de asistir a los servicios médicos por toda la imposición que impera entre los médicos, enfermeras etc. quienes ejercen violencia simbólica” la violencia que provoca sumisión que no es percibida como tal, que se basa en expectativas colectivas o creencias inculcadas socialmente” (Bourdieu, 1998; 30), inconscientemente el indígena deja su derecho a la salud, esto aumenta la discriminación y crea desigualdad social.

La desigualdad social, se ha venido reproduciendo cada vez más, haciendo que grupos vulnerables recaigan aún más en esta situación, debido al reparto inequitativo de los servicios públicos a la población, siendo los indígenas los más afectados pues, en cuestiones de salud presentan barreras que ocasionan una mala accesibilidad al servicio. Como ya se ha venido mencionando en líneas pasadas; la inequidad en salud ante todo es un problema ético que visto desde la

**Teoría de la justicia**<sup>8</sup>, no debería de existir.

La salud concebida desde la medicina hegemónica y el correspondiente **doxa**<sup>9</sup> de las enfermedades se expresan en la manera que el personal de las instituciones

---

<sup>8</sup> La desigualdad social y las inequidades son innecesarias e injustas (crítica al sistema distributivo) (Lanski; 1982)

define las necesidades en salud, las prioridades, indicadores y políticas de la salud; y en cómo se distribuyen los recursos. (Armelaños, Brown et al...; 1992)

Consistente con su papel como agencia de poder que inculca contenidos doxáticos arbitrarios de mercado dentro del personal de salud que se encuentra en las instituciones, y en el público para conseguir los objetivos del mercado, el Banco Mundial recomienda a los gobiernos de los llamados países del tercer mundo reduzcan los servicios primarios de salud a prácticas baratas (Laurell, López, Blanco et al... 1994).

Si bien se sabe que las personas indígenas, pertenecen a ciertos grupos diferenciados de la sociedad en donde su cosmovisión es a partir de sus tradiciones culturales y se ven inmersos en una sociedad distinta. Las poblaciones indígenas representan un mosaico cultural y por lo tanto la forma de representación y significados de salud- enfermedad son distintos. De la misma manera el atender determinados padecimientos o enfermedades, gracias a los conocimientos que han pasado de generación en generación (García; 2004).

Estas culturas que representan un núcleo de personas (indígenas) que se encuentran situados en un lugar determinado (pueblos de origen), o también pueden estar situados en un lugar diferente más urbano, han integrado a sus conocimientos empíricos muchos de los principios de la medicina científica para explicar los procesos de salud- enfermedad. Sin embargo, los conceptos etiológicos que parten del desequilibrio humano en el mundo físico y sobrenatural se encuentran todavía muy presentes y por lo tanto conforman los modelos conceptuales con que la población indígena explica la enfermedad. (García; 2004). Si un equipo científico de salud, comprende los factores socioculturales de una comunidad determinada estará:

---

<sup>9</sup> El **doxa** es definido (Bourdieu; 2000). Es por lo tanto un conjunto de clasificaciones, representaciones y significados que no se cuestionan o piensan.

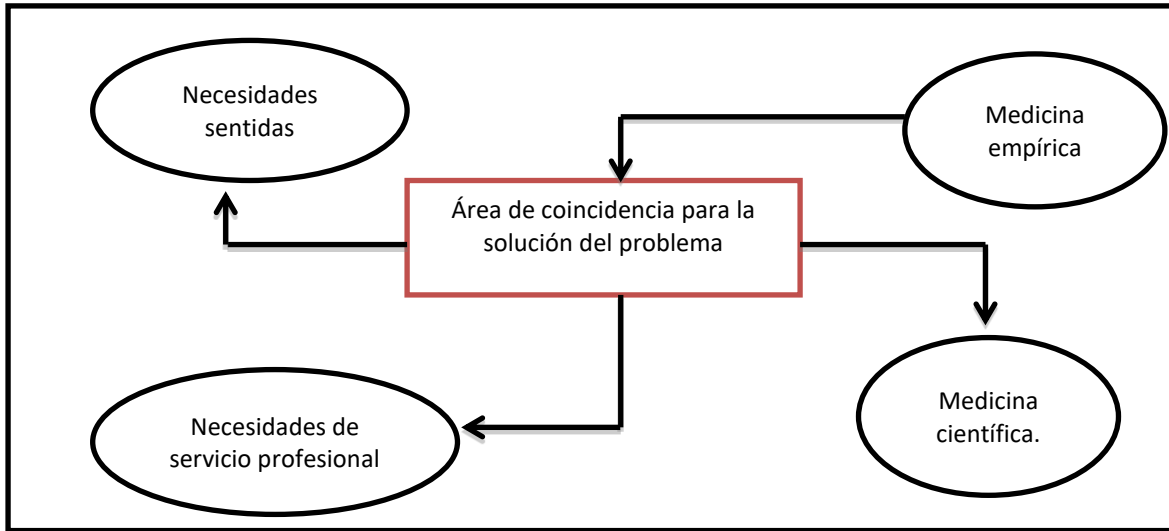
- Adentrándose a la cosmovisión con que la población interpreta el proceso salud- enfermedad.
- Penetrará en el entendimiento racional del comportamiento de los individuos.
- Apreciando el conocimiento de sus propias limitaciones, tanto técnicas como sociales.
- En condiciones de concebir los sistemas informales que la propia comunidad pone en práctica en la solución de sus problemas y al aprovechamiento de estos elementos para el desarrollo de su propio trabajo.

Esto implica identificar las áreas de coincidencia y de exclusión entre la **medicina empírica**<sup>10</sup> y la **medicina científica**<sup>11</sup>, así como las necesidades sentidas por la comunidad y las necesidades de servicio profesionalmente definidas por el equipo de salud. Según el siguiente esquema:

---

<sup>10</sup> La medicina empírica. Es la cultura en salud que maneja la comunidad sobre el origen, diagnóstico u manejo de los problemas en salud y que se preserva por la tradición (García ;2004)

<sup>11</sup> La medicina científica: Se refiere al modelo hegemónico y de corte biológico- científico que explica, define y conduce las acciones de diagnóstico, tratamiento y relaciones de la enfermedad.



Fuente; García Viveros M, Salud Comunitaria y Promoción de la Salud.

Si la medicina moderna, toma en cuenta los factores mencionados por Gracia, bien podría mejorar la accesibilidad a los servicios de salud, cuando el autor se refiere a las necesidades sentidas hace mención a padecimientos o males que presentan las personas indígenas, que va de la mano de la medicina empírica, es decir, el como ellos tratan los padecimientos, lo que vendría siendo la medicina tradicional también cabe mencionar aquellos conocimientos que son heredados por las familias.

En cuanto a las necesidades de servicio profesional, es todo aquellos que el médico requiere para dar una buena atención, que va desde el equipo médico necesario, medicamentos etc. y la capacitación del personal para poder atender a este tipo de población, la empatía que médico y demás personal de salud tenga por su paciente (indígena) y va de la mano con la medicina científica.

Retomando todo lo anterior que el autor plantea en su cuadro y como está compuesto el sistema de salud de nuestro país, bien podemos dar pie a que la accesibilidad a los servicios de salud específicamente a la personas indígenas que radican en la el D.F, se deben de considerar ciertos aspectos importantes que son mencionados como parte de los elementos del Derecho a la Salud, en donde El

Pacto Internacional de los Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC) menciona en su:

**Artículo 12°.-** La salud en su derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), o la adopción de instrumentos jurídicos Concretos. Además, el derecho a la salud abarca determinados componentes aplicables en virtud de esta ley.  
([www.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm](http://www.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm))

De este artículo se desprende La Observación General Número 14, donde habla de ciertos criterios que los establecimientos de salud deben de cumplir (ver en anexos Observación General Número 14 completa).

**Disponibilidad:** Se refiere a que el Estado deberá contar con suficientes establecimientos de salud, para atender a la población en general, también estos deben de contar con los servicios públicos necesarios para que puedan operar (agua, luz, drenaje etc), personal capacitado, medicamentos entre otros.

**Accesibilidad:** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben de ser accesibles a todos, sin discriminación a nadie dentro de la jurisdicción del Estado y ésta presenta cuatro dimensiones superpuestas.

- **No discriminar:** Es decir, indígenas pueden acceder a cualquier espacio de salud a pedir consulta y se les debe de atender.
- **La accesibilidad física:** El Estado debe de contar con suficientes establecimientos de salud, y estos a su vez deben de estar cercanos de las diferentes comunidades indígenas, también contempla el acceso a los mismos deben contar con señalamientos que indígenas puedan entender y las instalaciones adecuadas.
- **La accesibilidad económica:** (asequibilidad) Indígena puede acceder a cualquier tipo de servicio de salud sea público o privado, no se le debe de negar la atención más si es una emergencia, aquí entra la equidad donde recursos de quienes más tienen sean ocupados en quienes menos tienen.
- **Acceso a la información:** Indígena debe de recibir toda la información pertinente en cuanto a su salud y los procedimientos que requiera y que estos sean comprensibles también deben ser confidenciales.

**Aceptabilidad:** Se debe de respetar éticamente al indígena sobre todo en el aspecto cultural, brindar el servicio médico que requiera y deberán estar siempre sujetos a la confidencialidad por parte del personal de salud.

**La calidad:** Los establecimientos de salud deben contar con los servicios médicos que requiera el indígena y estos a su vez deben de ser de calidad tanto en la curación, medicamentos y la atención.

Si bien la Observación General Número 14, indica cómo debe de ser el servicio de salud en nuestro país, indígenas en la actualidad siguen presentando barreras

para poder acceder sobre todo las de aspecto cultural, indígenas que están radicando en el D.F son quienes se enfrentan a esta realidad pues personal de salud no está capacitado para atender a esta población, el lenguaje y la medicina tradicional forman parte de las principales barreras.

Según. (Matamala, M; Berlagosky, F; et.al;1995;9). Las barreras culturales pueden identificarse desde cuatro ámbitos según la Secretaría de Salud.

- Las que se presentan desde las estructuras de los servicios (sistema).
- En el establecimiento o en el espacio de salud.
- En el personal prestador de los servicios de salud.
- En la población usuaria.

### **En la estructura de los servicios**

Los factores que pueden jugar como barreras culturales en la organización de los servicios tiene que ver con la forma en cómo se organiza la dirección de los mismos, los marcos éticos del personal directivo y de quien ofrece sus servicios y atiende a los usuarios, las formas del ejercicio del poder, los programas, planes, normas, prejuicios, valores, la participación de los usuarios y el ejercicio de la ciudadanía en ellos.

### **En el establecimiento o el espacio de salud**

Estas barreras tienen que ver principalmente con la concepción que la población tiene del confort y los conceptos sobre la asignación de valores y/o funciones en espacios específicos, lo cual es definido por su cultura, los recursos materiales y el clima de la región. Esto aplica con el aspecto y diseño de los espacios y elementos como las señalizaciones, el mobiliario, dieta para enfermos, espacios para los niños (a), hospedaje para los familiares.

### **El personal prestador de los servicios de salud**

Las principales barreras que se presentan son; ubicación social y status de las personas, su capacidad y habilidades de comunicación, la capacidad de comprensión de códigos culturales de los usuarios, valores, prejuicios, condiciones de trabajo, formas de ejercer el poder, el idioma y la lengua .las personas prestadoras interactúan con los y las consultantes en función de su propia cultura formación profesional y de género. En la relación entre personas se pone en juego sus capacidades y carencias.

### **En las personas consultantes o usuarias**

Los elementos que intervienen como barreras culturales, tienen que ver con la percepción de la salud y de la enfermedad; la conciencia de sus derechos, conocimientos, ubicación social, experiencia negativas con el personal de los servicios de salud, el idioma, la lengua, la capacidad de la comprensión de los códigos culturales del personal de salud, prejuicios, normas sociales, experiencias reproductiva, sexual, laboral y ciudadana.

Estas barreas culturales que son visibles y provocan un choque entre personal de salud e indígenas, la Secretaria de Salud quien es la primordial institución encargada de atender a este tipo de población que no cuenta con seguridad social, y sabiendo que en el D.F hay un gran número de indígenas viviendo, no pone un plan estratégico que pueda abordar esta problemática, y los que hay no son del todo sustentables.

Existen leyes en las que hablan de salud, y como esta debe ser impartida en nuestro país, tomando en cuenta a indígenas y respetando su cosmovisión<sup>12</sup> y cultura.

Es importante hacer mención de las leyes, ya que por medio de ellas nuestro sistema de salud se regula y están encaminadas a que poblaciones vulnerables puedan tener acceso a un sistema de salud eficaz y completo, es decir, indígenas que se encuentran situados en el D.F no deberían tener complicaciones, a esta parte le aunamos otra ley que está centrada especialmente para indígenas que se encuentran en el D.F

### **EL Pacto Internacional de los Derechos Económico Sociales y Culturales (PIDESC) (ver ley completa en anexos)**

**Art 25°.-** No solo contempla que la salud debe ser en el aspecto biológico, es decir, no se basa solo en la asistencia médica, si no que intervienen ciertos determinantes de la salud que son importantes para preservar la salud, vestimenta comida trabajo etc.

### **Ley de Planeación Federal. (Ver ley completa en anexos)**

**Artículo 2°.-** La planeación se lleva a cabo por parte del Estado y lo que se establece en la CPEUM. La facción II.- La atención médica de existir una igualdad entre la población para lograr una sociedad igualatoria.

---

<sup>12</sup> Cosmovisión es el conjunto de ideas ordenadas y calificadas con los que cada grupo con una cultura específica, interpreta la totalidad del universo y actúan en él. Va a depender de su historia, costumbres, lenguajes y las creencias que una persona o un grupo tienen sobre su realidad. Son un conjunto de presuposiciones que un grupo mantiene sobre cómo funciona el mundo.

**Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.** (Ver ley completa en anexos)

**Artículo 39°.-** A la Secretaría de Salud, corresponde el despacho de los siguientes asuntos, en sus fracciones I, II, III, IV y VII; debe de haber asistencia social médica, crear establecimientos de salud, promueve una adecuada participación por parte del sector de salud, coordinando al sector público y privado.

**Ley General de Salud Federal.** (Ver ley completa en anexos)

**Artículo 1°, 2°, 3°, 51°, 53°** estos artículos están pensados en que poblaciones vulnerables como son indígenas puedan acceder sin complicaciones a los servicios de salud que son impartidos en el D,F y estos deben de favorecerlos en todo momento desde la calidad del servicio hasta que tengan una recuperación óptima.

**Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM)** (Ver ley completa en anexos)

**Artículo 1°, 2°, 4°** Nuestra carta magna es la máxima autoridad de nuestro país, y establece que indígenas deben tener protección en salud. Estos artículos están encaminados al derecho a la salud, siendo este para cualquier tipo de población esto incluye a las personas indígenas, que no deben de ser discriminadas, también deben de ser consideradas en los programas y planes de salud, es decir, la salud debe estar pensada primordialmente en este tipo de población.

**Ley de Salud del Distrito Federal** (Ver ley completa en anexos)

Esta ley regula las bases y las modalidades para garantizar el acceso a los servicios de salud por parte de la población del Distrito Federal en su **Artículo 3°, 4°,5°** enfatizan los principios de Universalidad, Equidad, Gratuidad.

## Capítulo XXVI

### Prácticas y conocimientos Tradicionales en Salud.

**Artículo 100<sup>o</sup>, 101<sup>o</sup>** Explica como la cultura y las tradiciones deben ser consideradas en la atención a la salud en un trato igualatorio.

.

**Programa de medicamentos y servicios médicos gratuitos.** (Ver programa completo en anexos)

Garantiza el acceso a la protección de la salud con equidad, entendida como igual acceso a los servicios de la Secretaría de Salud del Distrito Federal ante la misma necesidad, a la población no- es asegurada con residencia en el Distrito Federal, así como los adultos mayores de 70 años.

Es importante tomar en cuenta a la población indígena, ya que nuestro país se caracteriza por ser pluricultural, es decir, contamos con una variedad de pueblos indígenas y cada uno de ellos aportan múltiples formas de ver la realidad, en las cuales están inmersas su cosmovisión, cultura, prácticas tradicionales en salud, vestimenta, lenguaje por mencionar algunos, y si mucha población indígena de diferentes partes de la república se encuentra asentada en D.F tienen que existir una forma en la que personas de la urbe e indígenas puedan convivir si caer en la discriminación, rechazo y desigualdad para este tipo de grupos, por eso la importancia de mencionar leyes encaminadas a proteger los derechos en salud de las personas indígenas.

La investigación tiene como finalidad conocer como es la accesibilidad a los servicios de salud en comunidades indígenas asentadas en la ciudad de México, lo que nos llevó a plantearnos la siguiente hipostasis y los siguientes objetivos:

## **Hipótesis**

La accesibilidad a los servicios de salud que brinda, la Secretaría de Salud del Distrito Federal, a las personas Indígenas que radican dentro de las inmediaciones de la delegación Iztapalapa, Venustiano Carranza e Iztacalco se ve determinada por la infraestructura y los roles de las distintas personas que participan en las prácticas médicas dentro de los servicios de salud que ofrece.

## **Objetivo general.**

Indagar las condiciones de acceso a los servicios en salud de comunidades indígenas Mazahuas, Otomies y P'urhépechas asentados en el D F.

## **Objetivos específicos.**

- Establecer si la accesibilidad geográfica de los servicios de salud a los que acuden los indígenas en el Distrito Federal es la adecuada.
- Conocer el estado económico de los servicios de salud y si este está al alcance de las comunidades indígenas asentados en el Distrito Federal.
- Saber si hay discriminación en los centros de salud, en personas indígenas asentadas en el Distrito Federal y en su caso, como se presenta.
- Establecer si la información sobre servicios de salud que se brinda en los centros de salud es comprensible para los indígenas asentados en el Distrito Federal.

- Conocer cómo se vive la interculturalidad entre el personal de los Centros de Salud y las personas indígenas que asisten.
- Conocer cómo es la aceptabilidad en el Centros de Salud para la atención a indígenas.

En el siguiente capítulo se hablara de la metodología que se implementara en la investigación y de esta manera poder responder a los objetivos.

## **Capítulo II**

### **Diseño Metodológico**

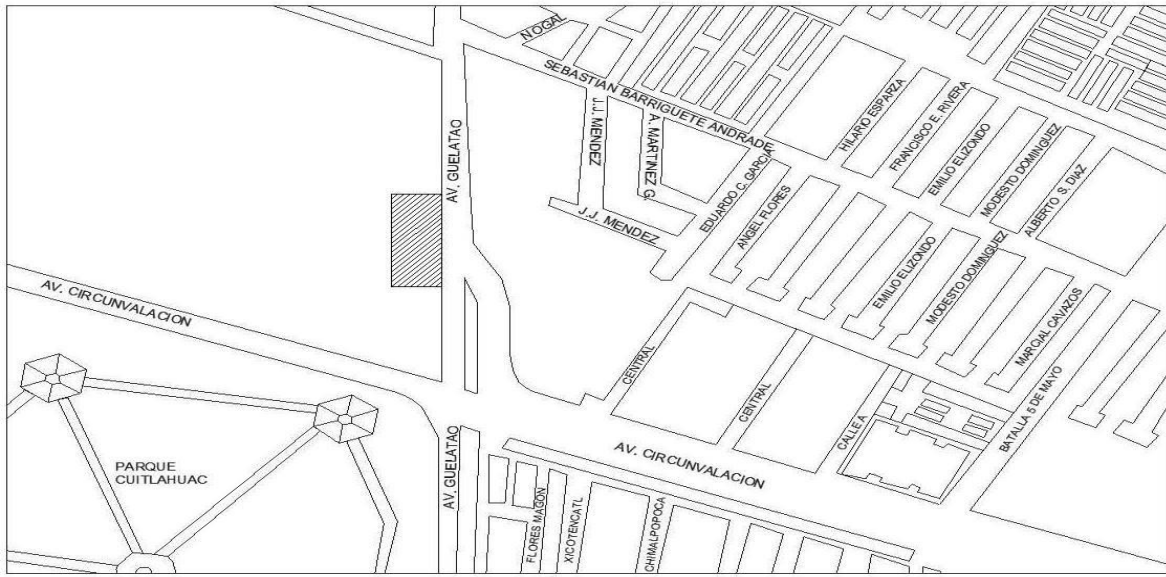
En este capítulo se hablara sobre la metodología que se utilizó para investigación, las técnicas empleadas para la obtención de información.

La metodología utilizada fue cualitativa porque en ésta se registran descriptivamente los hechos, estudiados a través de técnicas como la entrevista a profundidad y grupo focal, para identificar la naturaleza profunda de las realidades, así como su sistema de relaciones y su estructura dinámica.

Para tener acceso a las comunidades Indígenas asentados en el D.F, se tuvo que tener un primer acercamiento con Angélica Segundo, encargada de la organización Aliados Indígenas, a partir de ahí hubo una convivencia con los diferentes tipos de comunidades, para ser más específicos Mazahuas, Otomies y P´urhépechas, donde comenzamos a ganarnos la confianza de este último grupo mencionado, realizando talleres de Derechos Humanos Infantiles con los hijos de las familias, después pudimos aplicar nuestros instrumentos con algunas mujeres de los asentamientos.

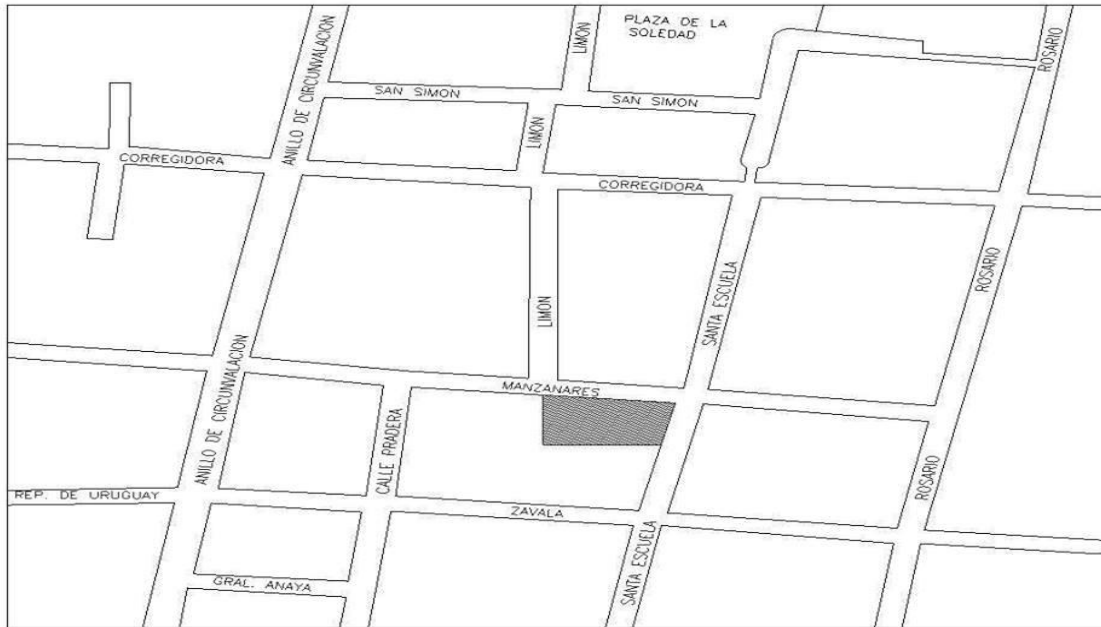
Mientras que con los otros dos grupos indígenas trabajamos talleres de nutrición, estas actividades realizadas fueron para poder acercarnos a ellos y poder obtener información relacionado con nuestra investigación.

El asentamiento P´urhépechas se encuentran ubicados (Oriente de la Ciudad de México) en Av. Guelatao s/n colonia Chinampac de Juárez Delegación Iztapalapa, la primera comunidad provienen del Estado de Michoacán, ellos conservan sus tradiciones, identidad, vestimenta y cultura de su comunidad de origen.



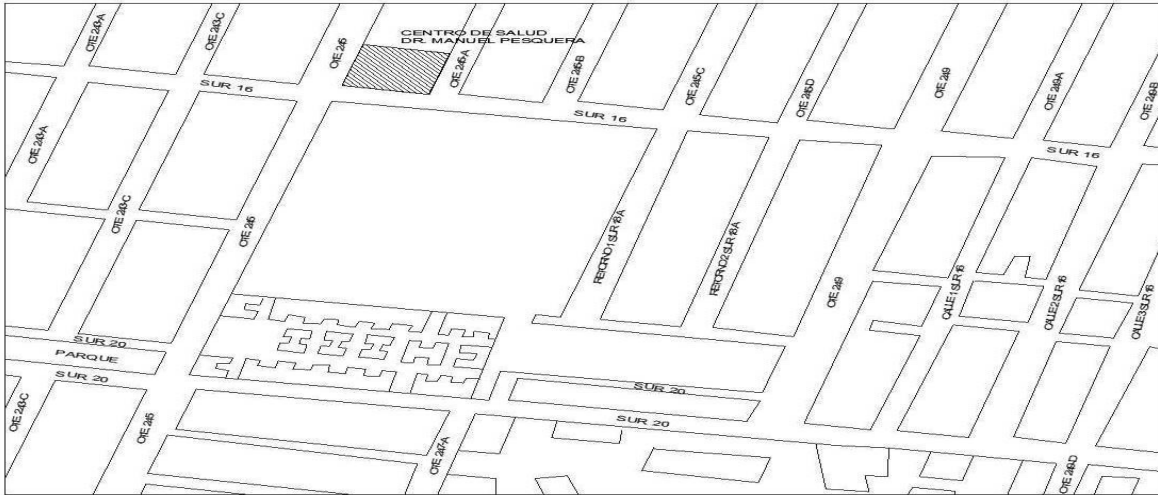
Fuente: elaboración propia; ubicación del asentamiento indígena P'urhépechas.

El tercer grupo Indígena que colaboró son Otomíes, ellos se encuentran asentados al (Norte) en la calle Santa Escuela colonia Zona Centro, Delegación Venustiano Carranza son originarios del Valle de Toluca, este grupo no conserva sus tradiciones por el tiempo que llevan radicando en el D.F, pero se siguen identificando como Indígenas; es este mismo asentamiento también se encuentran parte de indígenas Mazahuas, quienes nos permitieron conocer desde su propia experiencia su cosmovisión de salud y cómo la Interculturalidad Influida sobre la misma.



Fuente: Elaboración propia ubicación de los asentamientos Mazahuas, Otomíes

También colaborarán en la investigación el personal del Centro de Salud “Dr. Manuel Pesqueira” ubicado al (Oriente de la Ciudad de México) en calle sur 16 s/n, esquina Oriente 245, colonia Agrícola Oriental, Delegación Iztacalco. Médicos, enfermeras, personal de archivo y la trabajadora social con quienes analizamos la visión de Salud, y como está influye en la accesibilidad (Económica, Geográfica, Física y a la Información) de los servicios de salud que otorga dicho centro de salud a las comunidades indígenas que asisten.



Fuente: elaboración propia; ubicación del Centro de Salud Manuel Pesquera.

El acceso a un segundo centro de salud Dr Luis E. Ruíz ubicado al (Oriente de la Ciudad de México) en Congreso de la Unión No 148 col. Merced Balbuena C.P 15810, Venustiano Carranza, fue denegado por el director de dicho centro no permitiendo que se realizará ningún tipo de estudio e investigación, al ver esta situación solo nos quedamos con la percepción de las personas indígenas que asisten a ese centro de salud.

Para la investigación haremos uso de la técnica del grupo focal y entrevista a profundidad, donde cada una de las técnicas es definida de la siguiente manera.

Grupo Focal, que es definido por (R, Krueger; 2) “Es una conversación cuidadosamente planeada, diseñada para obtener información de un área definida de interés en un ambiente permisivo y no directivo.”

La técnica mencionada anteriormente permite conocer cómo perciben los indígenas el acceso a los servicios de salud en el D.F, mediante una conversación en la que se pueda externar las ideas por parte de los asistentes, y el sentir por medio de gestos, movimientos corporales que nos permitan visualizar

y dar respuesta a los objetivos planteados; ayudando a identificar a las personas claves para la aplicación de entrevistas a profundidad.

Entrevistas a profundidad según (Taylor y Bogdan; 1987;71) “Por entrevistas cualitativas a profundidad entenderemos reiterados encuentros Cara a Cara entre el investigador y los informantes, estos encuentros dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto a sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras.”

Las entrevistas a profundidad permitirán tener la propia voz de las personas indígenas y del personal de salud que ayude a captar la esencia de lo que piensan, conocen y sobre todo la percepción que tienen de accesibilidad de los servicios de salud.

La técnica del grupo focal se utilizó para trabajar con Indígenas Otomíes y Mazahuas de la Candelaria, esto fue considerado, por la falta de tiempos de los Indígenas P’urhépechas, por las actividades de su vida cotidiana y su cultura que no les permite organizarse en grupos para la participación de actividades de este tipo, se consideró la entrevista a profundidad para conocer más a fondo sobre la historia, cultura tradiciones que existe en sus pueblos o comunidades de origen y así profundizar sobre la cosmovisión de salud y como es la accesibilidad a los servicios médicos.

Durante la investigación con las comunidades Indígenas y el centro de salud, es importante mencionar el uso del equipo, (cámara de vídeo) que fue utilizado para plasmar y analizar todo lo que no se podía percibir durante el trabajo en el grupos focal, como las gesticulaciones, movimientos corporales entre que las personas tenían durante la sesión, y el uso de una grabadora de voz que nos ayudó a captar las experiencias habladas de las personas indígenas durante las entrevistas a profundidad. Para cuidar la confidencialidad de la información de las

personas entrevistadas, se aclaró que solo es para fines académicos. Posteriormente se analizara mediante una sistematización de experiencias toda la información recopilada.

Se presentan los cuestionarios que se utilizaron para realizar las diferentes actividades el grupo focal a comunidades indígenas, entrevista a profundidad a indígenas mazahuas y otomíes que después de la aplicación del grupo focal detectamos un informante clave a quien le realizamos la entrevista a profundidad, mientras que a indígenas P'urhépechas solo realizamos 2 entrevistas a profundidad, por la cuestión de tiempos de las personas, al Centro de Salud se aplicó entrevista a profundidad a 4 personas entre enfermeras, médicos y trabajadora social.

Es preciso hacer hincapié que la entrevista a profundidad en comunidades indígenas, fu diferente entre Mazahuas, Otomies y P'urhépechas, esto se debe a que las personas P'urhépechas no comprenden mucho vocabulario por el tiempo que llevan radicando en el D.F y por la preferencia de conservar su identidad; la consideración de un cambio de estrategia, empezando las preguntas para implantar una charla a partir de sus comunidades de origen, para poder establecer una comunicación con ellos a lo largo de la entrevista y así conocer cómo se atienden cuando enferman o cuando necesitan hacer uso del servicio médico.

El instrumento implementado para grupo focal en comunidad Indígena es el siguiente.

**Entrevista a Grupo Focal en comunidades Indígenas.**

Quién aplica el instrumento \_\_\_\_\_

Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_

Participantes: \_\_\_\_\_

Hora de inicio: \_\_\_\_\_ Hora de termino: \_\_\_\_\_

- 1.- ¿Quiénes van al centro de salud?
- 2.- ¿Quién nos puede contar cómo es una consulta médica?
- 3.- ¿Cómo es el trato que les da el personal del centro de salud? (Doctor, enfermera, trabajadora social)
- 4.- ¿El centro de salud le ha brindado todos los servicios que usted requiere?
- 5.- ¿En qué situaciones acuden al servicio médico?
- 6.- ¿Ustedes han hecho uso del médico particular? ¿Por qué?
- 7.- ¿Qué tratamientos utilizan cuando se enferman? *¿Cuál prefiere y por qué?*
- 8.- Nos podrían platicar ¿Cómo son sus tradiciones culturales en su entorno social?
- 9.- ¿Han sido discriminados por algún médico?
- 10.- ¿Les han negado la atención médica por cualquier motivo?
- 11.-Nos podrían decir un concepto de salud y enfermedad.

## Entrevista a Profundidad en comunidades Indígenas P'urhépechas.

Quién aplica el instrumento \_\_\_\_\_

Nombre del entrevistado: \_\_\_\_\_

Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ sexo: \_\_\_\_\_

Hora de Inicio: \_\_\_\_\_ hora de término: \_\_\_\_\_

- 1.- ¿Nos podría contar un poco de cómo son sus tradiciones en su pueblo?
- 2.- ¿En su pueblo hay hospitales?
- 3.- ¿En su pueblo hay médicos?
- 4.- ¿En su pueblo cómo se curan cuando se enferman?
- 5.- ¿Cómo se curan cuando se enferman aquí en la ciudad?
- 6.- ¿A qué médico van y cómo los tratan durante la consulta?
- 7.- ¿Usted paga por la consulta?
- 8.- ¿Conoce qué es un centro de salud?
- 9.- ¿Alguna vez han ido al centro de salud para atenderse?
- 10.- Por su forma de vestir y hablar, ¿les han negado el servicio médico en el centro de salud?
- 12.- ¿Entiende al médico cuando le da la consulta?
- 13.- ¿Se ha realizado algún tipo de estudio de mama, Papanicolaou, sangre, Rx u otros?
- 14.- ¿Ha sido discriminados en la ciudad?
- 15.- ¿Que entiende por salud y enfermedad?

## Entrevista a Profundidad en comunidades Indígenas Mazahua y Otomí.

Quién aplica el instrumento \_\_\_\_\_

Nombre del entrevistado: \_\_\_\_\_

Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ sexo: \_\_\_\_\_

Hora de Inicio: \_\_\_\_\_ hora de término: \_\_\_\_\_

- 1.- ¿Cuánto tiempo tienen radicando en el D.F?
- 2.- ¿De dónde son originarios?
- 3.- ¿Qué nos puede contar de su comunidad de origen?
- 4.- ¿En su comunidad de origen hay hospitales?
- 5.- ¿Cómo se atienden y/o curan cuando se enferman?
- 6.- ¿Conoce que es un centro de salud?
- 7.- ¿Acude al centro de salud?
- 8.- ¿Cómo es el trato que le da el personal del centro de salud?
- 9.- ¿Le han dado servicio a todas las áreas que ha necesitado?
- 10.- ¿Cómo es el trato que le da el médico?
- 11.- ¿Alguna experiencia que nos pueda contar cuando acude al centro de salud?
- 12.- ¿Considera que el pertenecer a un grupo indígena, pudiera influir en la atención que se da en los servicios de salud?
- 13.- ¿Cómo considera que deben de prestar el servicio médico en el centro de salud?
- 14.- ¿Qué entiende por salud y enfermedad?

## Entrevista a profundidad al personal del centro de salud Doctor Manuel Pesqueira.

Quién aplica el instrumento \_\_\_\_\_

Nombre del entrevistado: \_\_\_\_\_

Cargo que desempeña en el centro de salud: \_\_\_\_\_

Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ sexo: \_\_\_\_\_

Hora de Inicio: \_\_\_\_\_ hora de término: \_\_\_\_\_

- 1.- El tiempo que usted lleva laborando para el centro de salud, ¿ha tenido contacto con personas que pertenezcan a un grupo indígena?
- 2.- ¿Cómo es la accesibilidad de los servicios que presta el centro de salud Doctor Manuel Pesqueira para las personas indígenas?
- 3.- ¿Usted qué piensa acerca de las prácticas de curación que utilizan los indígenas?
- 4.- ¿Las personas indígenas han tenido o tienen algún tipo de problema cultural que les impida prestar el servicio de salud?
- 5.- ¿Por qué considera que las personas indígenas, no asisten a pedir el servicio médico?
- 6.- ¿Usted considera que las personas indígenas deben de subordinarse a la medicina moderna?
- 7.- ¿Usted considera que se debe de trabajar en propuestas para mejorar la atención en salud en las personas indígenas?
- 8.- Podría mencionar algunas.
- 9.- ¿Cómo considera que el Sistema de salud ha respondido o funcionado con este tipo de población?
- 10.- ¿Cuál es su concepto de salud y enfermedad?
- 11.- ¿Qué entiende por universalidad en Salud?

## Capítulo III

### Marco teórico.

#### Visión desde la Promoción de la Salud

La Promoción de la Salud es para todos los grupos e individuos, sin importar la salud de la persona, grupo o comunidad, considera que su gran prioridad son grupos vulnerables y en desventaja. La Promoción de la Salud tiene que ver con la construcción social de oportunidades, para que las personas puedan ejercer control sobre su proceso individual, y desarrollar capacidades y competencias para tomar decisiones saludables que les permita vivir con dignidad el mayor tiempo posible y disfrutar de la mayor calidad de vida. Es importante mencionar algunas definiciones de Promoción de Salud.

**La Promoción de la Salud**, tiene por objeto crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva<sup>13</sup>

**La Promoción de la Salud**, consiste en proporcionar los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma<sup>14</sup>. Es así que la Carta de Ottawa recomienda mejorar la accesibilidad” a todos los servicios de salud, teniendo en cuenta los requerimientos específicos del sector más necesitado de la población.

---

<sup>13</sup> Ley General de Salud (LGS)

<sup>14</sup> Carta de Ottawa 1986

**La Promoción de la Salud**, es concebida, cada vez en mayor grado, como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva.<sup>15</sup>

**La Promoción de la Salud**, es el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los **determinantes de la salud**<sup>16</sup> y de ese modo mejorar su estado de salud.<sup>17</sup>

Se fortalece la Promoción de la Salud a través de las distintas declaraciones y conferencias internacionales, en las que diferentes líneas de acción hablan de los métodos y estrategias para mejorar la salud de los individuos y comunidades.

#### **Informe Lalónde 1974**

Plantea a la Promoción de la Salud como estrategia gubernamental con políticas públicas a favor de la salud, considerando no solo a la medicina como disciplina fundamental, sino a las condiciones ambientales y el cambio en los estilos de vida como parte fundamental para la salud. (Restrepo; 2001: 25)

#### **Declaración Alma-Ata. 1978**

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud exhorta a la urgente y eficaz acción nacional e internacional a fin de impulsar y poner en práctica la atención primaria de salud en el mundo entero y particularmente en los países en desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y conforme al Nuevo Orden Económico Internacional. La Conferencia insta a los gobiernos, a la OMS y

---

<sup>15</sup> OPS/OMS 1990.

<sup>16</sup> Determinantes de la Salud: Son el conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones.

<sup>17</sup> Nutbeam 1986.

al UNICEF y a otras organizaciones internacionales, así como a los organismos internacionales, así como a los organismos multilaterales y bilaterales, a las organizaciones no gubernamentales, a los organismos de financiación, a todo el personal de salud y al conjunto de la comunidad mundial, a que apoyen en el plano nacional e internacional el compromiso de promover la atención primaria de salud y de dedicarle mayor apoyo técnico y financiero, sobre todo en países en desarrollo. La Conferencia exhorta a todas las entidades antedichas a que colaboren en el establecimiento, el desarrollo y el mantenimiento de la atención primaria de salud de conformidad con el espíritu y la letra de la presente Declaración.

#### **OTTAWA, CANADA. 1986**

Primera Conferencia concluyó con la presentación de la famosa Carta de Ottawa, cómo una propuesta de acción para lograr la Salud para Todos en el año 2000. Se fundamentó en una visión holística y positiva de la salud, que considera a ésta como un recurso importante para el desarrollo social, económico, personal y no una dimensión importante de la calidad de vida; concedió un papel fundamental al empoderamiento de las personas y los pueblos, para que mejoren su salud y ejerzan un mayor control sobre los factores que la determinan. La primera Conferencia se realizó para evaluar, a 8 años de ALMA-ATA, el desarrollo y resultados de la APS. (Restrepo;2001;26,27)

#### **ADELAIDA, AUSTRALIA. 1988**

Se considera la segunda conferencia internacional de Promoción de la Salud, Se centró en el tema de las **políticas públicas saludables** que son aquellas que se caracterizan por un interés explícito en la salud y la equidad en todas las áreas de la política.....

### **SUNDSVALL, SUECIA. 1991.**

La tercera conferencia internacional de Promoción de la Salud, se centró en la importancia **de los entornos o ambientes** en las condiciones de salud de las personas y las comunidades.

Destacó cuatro aspectos de los entornos de apoyo: la dimensión social, que incluye las formas en las que las normas, costumbres y procesos sociales afectan la salud; la dimensión política, se requiere que los gobiernos garanticen la participación democrática en la toma de decisiones y la descentralización de las responsabilidades y recursos; la dimensión económica, que requiere una redistribución de los recursos para alcanzar la salud para todos y el desarrollo sostenible; y la necesidad de reconocer el conocimiento y las habilidades de las mujeres, con el fin de desarrollar una infraestructura más positiva para los entornos de apoyo.

### **YAKARTA, INDONESIA. 1997**

Desafío cinco prioridades para la Promoción de la Salud en el siglo XXI promover la responsabilidad social por la salud; aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud; consolidar y ampliar las alianzas estratégicas en pro de la salud; ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo; consolidar la infraestructura necesaria para la Promoción de la Salud.

### **CIUDAD DE MÉXICO, MÉXICO. 2000**

La “Declaración Ministerial de México para la Promoción de la Salud: de las ideas a la acción”, comprometió a los países a situar la salud en la agenda política y desarrollo y a poner en marcha planes de acción estratégico para promover la salud de los pueblos.

## **BANGKOK, TAILANDIA. 2005**

La sexta conferencia internacional de Promoción de la Salud se centró en analizar los desafíos y oportunidades que enfrentan la salud y la Promoción de la Salud en el contexto del mundo globalizado. Destacó la importancia de las asociaciones, alianzas, redes y otros mecanismos de colaboración para conseguir reunir a personas y a organizaciones en torno a objetivos comunes y acciones conjuntas que mejoran la salud de las poblaciones.

Con lo mencionado anteriormente las declaraciones que están vinculadas a mejorar la calidad de vida de las poblaciones, haciendo que su estado de salud sea cada día mejor, debemos tomar en cuenta que hay distintos factores que influyen para que esto sea posible en la accesibilidad a los servicios de salud en comunidades indígenas, cabe mencionar que dichos factores deben ser considerados como la forma de pensar y actuar del indígena, así como también hay que señalar que en el personal de salud tiene una forma de pensar y actuar distinta, lo que en la mayoría de los casos genera discriminación, rechazo y desigualdad hacia el indígena, lo que traduce a hegemonía y subordinación.

Gramsci (1981; 24) dice: “La hegemonía es considerada como una condición donde todos los aspectos de la realidad social están dominados o sostenidos por una sola clase”

Para Livingstone (1976; 24): “La subordinación se define como el estado de aceptación del individuo o grupo a las imposiciones de la dirección hegemónica”

Se puede entender que las Instituciones de Salud, bajo el modelo médico hegemónico están estructuradas y diseñadas al igual que el profesional en la salud, donde se generan relación asimétrica de poder el entre el paciente indígena y el médico ocasionando barreras culturales como se ha venido mencionando en el capítulo I, la realidad de salud es diferente entre ambos, existen distintos

conceptos de salud que algunos nos acercan más a comprender la cosmovisión del indígena.

## **Conceptos de Salud**

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS; 1948) “La salud es un estado de completo bienestar, físico, mental y social y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades.”

Terris (1984; 7) “Define la salud como un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”

Salléras (2000; 8) “La salud es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad.”

Sigerist (1941; 8) “La salud no es sólo la ausencia de la enfermedad, sino que es algo positivo, una actitud gozosa ante la vida y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida hace recaer sobre el individuo.”

Rene Dúbos (1993: 9) “La salud la define como la habilidad de un individuo para funcionar de una manera aceptable para él mismo y para el grupo del que forma parte también menciona que la salud enfermedad no puede ser planteada en términos de atributos anatómicos, fisiológicos o mentales.”

Herbert Spencer (1984; 9) “La salud es el equilibrio y la armonía de todas las posibilidades de la persona humana, biológicas, psicológicas y sociales. Este equilibrio exige, de una parte, la satisfacción de las necesidades fundamentales del hombre, que son cualitativamente las mismas para todos

los seres humanos (necesidades afectivas), y de otra parte una adaptación siempre permanente del hombre a un ambiente en mutación perpetua.”

Hancock (1992; 9) “Ideó el “mándala” de la salud, que representa a la persona en sus tres dimensiones (cuerpo, mente, espíritu) y como extensión de está e interacción con ella: la familia, la comunidad, el ambiente construido, la sociedad, y el ambiente cultural; todo ello se encuadra dentro de la biosfera en la que la persona se desarrolla.”

De acuerdo con los conceptos de salud mencionados anteriormente, consideramos que algunos están cerca de las realidad, para comprender a los indígenas, mientras que otros no tanto pero de la misma manera son importante para tener noción de como la sociedad interpreta a la salud.

Nos hemos planteado una definición propia en la que la salud la vemos así:

La salud, se percibe en función de cómo viven los individuos, es decir, del contexto en el que se encuentren viviendo y se desenvuelven los sujetos, ya que de eso dependerá el que tengan, cuiden y preserven la misma, influyendo ciertos factores. Ambientales, económicos, sociales, biológicos geográficos, etc. que estarán presentes en la cotidianeidad de las personas.

Desde esta definición que nos planteamos, podemos decir que indígenas que se encuentran radicando en el D. F cuidan su salud en función de cómo viven partiendo de sus raíces, haciendo uso aún de la medicina tradicional, también empleando la medicina científica siempre y cuando las barreras culturales no sean un impedimento.

Citaremos algunas definiciones de cultura:

Se entenderá por cultura según: (Matamala, M; Berlagoscky, F; et.al; 1995; 1997) “Es un aspecto que se debe de tomar en cuenta, en donde influyen hábitos, costumbres, usos etc., teniendo en especial una relación en el ámbito de salud, pues entre las personas que pertenece a una etnia<sup>18</sup> cambia la cosmovisión del mundo que los rodea.”

Cultura es definida por: Jiménez G (2005; 12). “Conjunto de valores, orgullos, tradiciones, símbolos, creencias y modos de comportamiento que funcionan como elemento dentro de un grupo social y que actúan para que los individuos que lo forman puedan fundamentar su sentimiento de pertenencia.”

Partiendo del concepto de cultura podemos citar a que se refiere interculturalidad.

López A (2000; 12) como: “Intercultural se entenderá como el proceso social interactivo de reconocimiento y respeto a las diferencias existentes en una o varias culturas, en un espacio determinado, indispensable para construir una sociedad justa, en el que el ámbito económico, político, social, cultural, etario, lingüístico, de género y generacional.”

Mientras que para Solís (2003, 14) es: “La relación entre dos o más grupos culturales en una actitud de reconocimiento y respeto para lograr un fin en común en la coexistencia, no siempre exenta de conflicto.”

---

<sup>18</sup> Etnia es una comunidad humana que comparte una afinidad cultural, que permite que sus integrantes puedan sentirse identificados entre sí. Más allá de la historia compartida, los miembros mantienen en el presente prácticas culturales y comportamientos sociales similares.

Para Albó (2003, 65) es: "Cualquier relación entre personas o grupos de personas en referencia a elementos de otra cultura."

Para Lerín S (1998; 7) "Se entenderá por Interculturalidad como un proceso, dado que involucra las interrelaciones equitativas y respetuosas de las diferencias económicas y sociales, pero sobre todo de aquellas culturas, en donde la salud y la enfermedad, la muerte y el occidente ocupan un lugar preponderante."

Nos planteamos un concepto de interculturalidad, entenderemos que:

La interculturalidad es el encuentro que hay entre dos culturas diferentes haciendo un intercambio de ambas pero sin que afecte a ninguna de las dos, siempre con respeto de las prácticas y costumbres de una y otra.

La interculturalidad referida a los servicios de salud, en la actualidad no está presente, por tanto se busca una empatía entre médicos e indígenas, lo cual no está lejano, aunque la formación del personal de salud es más guiada a la subordinación y a ser doxática, pues la medicina científica es comprobable, mientras que las costumbres, formas de curación de los indígenas no son válidas, pues se basan en supuestos simbólicos, es decir, le dan mayor relevancia a los conocimientos que son heredados o bien ponen su conocimiento en personas mayores que guían a los más jóvenes, quienes pueden hacer uso de ciertos factores ambientales para curar tierra, frío, naturaleza, plantas etc.

Hay que mencionar al sistema de salud, siendo este quien organiza como se debe prestar el servicio médico y hasta donde abarca la cobertura, Arredondo lo define: (2002; 19) "Todos los elementos de la sociedad relacionados directa o indirectamente con la salud. No se limita al sector de la salud e incluye a otros extra sectoriales como educación, servicios públicos, sistema económico, político

y en general, todos los elementos de la cultura de una sociedad o grupo que inciden en la salud.”

De acuerdo con la definición se debe de tomar en cuenta la cultura, pues es considerada en un sentido amplio como totalidad de los aspectos espirituales, intelectuales, materiales de las personas o sociedades., es preciso subrayar el hecho de que no existe una cultura mejor o peor que la otra, sino cada cultura tienen el mismo valor en su unidad o realidad. Ninguna cultura se encuentra en el vacío, que cada una está compuesta de muchas peculiaridades que la hacen tomar un lugar en el espacio, para que de esta manera pueda haber una accesibilidad más eficiente por parte de la Secretaría de Salud, en especial el centro de salud en donde se realizó la investigación.

### **Mirada de Promoción de la Salud.**

Hay que enfatizar que la problemática estudiada apunta a la visión o modelo Socio-Historico, pues son hechos sociales que ocurren en determinado tiempo lugar y persona, con esto se quiere dar a entender que indígenas son personas consideradas vulnerables, por la violación de sus derechos, no cuentan con oportunidades de desarrollo social como otras personas, esta parte se ha venido manejando a lo largo de la exposición de la problemática, pero es necesario retomar, ya que la situación que se viven es de suma importancia como ya se mencionó, la accesibilidad a los servicios de salud en indígenas se ve entorpecida por cuestiones culturales, donde la sociedad en especial el personal de salud, ya lo naturaliza, que se quiere dar a entender con esto, se ve como normal que indígenas reciban migajas por parte de los servicios en salud, el contexto histórico en que se desenvuelven los indígenas en el D.F es de precariedad en la gran mayoría las condiciones de vivienda son de hacinamiento, pocos recursos para la alimentación, educación y vestimenta, trabajan en la venta de sus artesanías que son mal pagadas.

El proceso social para Laurell A;C : “Esta determinado por el modo que el hombre se apropia de la naturaleza en un momento dado, apropiación que se realiza por medio de proceso de trabajo basado en determinado desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones sociales de producción.

La autora plantea, las categorías sociales del materialismo histórico las cuales permiten desarrollar esta proposición general y profundizar y enriquecer la comprensión de la problemática que son la clase social y el proceso del trabajo.

Indígenas al vivir un proceso histórico en el que la falta de oportunidades los hace venir a la Ciudad a buscar mejores condiciones de vida, y verse inmersos entre las condiciones de vida diferentes a la de sus lugares de origen, adaptarse a esas condiciones de trabajo, vivienda, educación y salud provocan una inequidad y desigualdad que repercute en su salud. Familias enteras de diferentes grupos son víctimas de discriminación, en especial cuando requieren de los servicios médicos de las Instituciones Públicas, se vuelve hacer énfasis que el personal de salud, porque la formación de médicos está guiada por el Modelo Médico Hegemónico en él cual en el siguiente capítulo se explica detalladamente, y dicho modelo tiene un paradigma en el cual no hay más explicaciones solo es aceptada su teoría.

## Capítulo IV

### Medicina Tradicional y Medicina Moderna.

Los pueblos indígenas han desarrollado un conjunto de prácticas y conocimientos sobre el cuerpo humano, la convivencia con los demás seres humanos, con la naturaleza y con los seres espirituales, muy complejo y bien estructurado en sus contenidos y en su lógica interna. Mucha de la fuerza y capacidad de sobrevivencia de los pueblos indígenas se debe a la eficacia de sus sistemas de salud tradicionales, cuya cosmovisión está basada en el equilibrio y la integridad (OPS/OMS 1997:13).

### Antecedente Histórico.

Las prácticas utilizadas por las diferentes comunidades indígenas para atender su salud, son prácticas que han ido pasando de generación en generación para resolver sus problemas de salud individual y colectiva, como es la Medicina Tradicional, en la que utilizan diferentes remedios o métodos basados principalmente en la naturaleza, el agua, la tierra, el aire, el fuego, hierbas y sus diferentes dioses etc. Estas prácticas se realizan como parte de su cultura y cosmovisión<sup>19</sup>, y a partir de la falta de servicios de salud en sus comunidades de origen. En este capítulo se abordara, las prácticas de salud utilizadas en las comunidades de origen de los Mazahua, Otomí y P'urhépechas, a partir de la cosmovisión de salud y el proceso Salud Enfermedad adoptada por los pueblos Indígenas.

---

<sup>19</sup> Cosmovisión. Es la forma de ver y concebir el mundo (cosmos) en el que viven los seres humanos. Es la visión o ideología que se forman ciertas culturas, asociada a sus creencias míticas y espirituales, para explicarse el mundo y las relaciones que lo sustentan.

La medicina, es parte de la cultura de los pueblos, cada pueblo ha desarrollado algún sistema de curación, es decir, un sistema ideológico acerca de la vida y la muerte, la salud y la enfermedad, principalmente sobre las causas de las afecciones, la manera de identificarlas y poder diagnosticarlas; así como prácticas, procedimientos o formas para aliviar, curar o prevenir las enfermedades o males, y además de preservar y promover la salud.

### **Medicina Tradicional**

Son aquellas prácticas médicas que han tenido origen en los diferentes espacios geográficos y sociales de los pueblos indígenas, que surgieron antes de la colonia, cuyos conceptos y metodologías terapéuticas se basan en la historia, la cosmovisión, la identidad cultural indígena; teniendo modificaciones a lo largo del tiempo, espacios e historias de generación en generación de cada sociedad, cultura y zona geográfica de los diferentes pueblos Indígenas, incorporando elementos conceptuales, médicos y terapéuticos de las diferentes sociedades que los han dominado. Lejos de desaparecer la medicina indígena ha resurgido en la actual era, ganado su lugar; las curas tradicionales de hierbas y los tratamientos espirituales varían dependiendo del pueblo de cada indígena con algunos parecidos entre algunas con otras, la mayoría han desarrollado diferentes técnicas de curación a lo largo de los siglos y utilizados con mucha confianza por su población.

Con esto se puede decir que para las comunidades indígenas la Medicina Tradicional (MT), es aquella que sólo puede ser practicada por las personas que tienen el conocimiento y el don de curar (chamanes, brujas, curanderos, parteras etc.), también hay otro término que es la medicina doméstica o casera en esta la practican quienes toman ciertos remedios que hay en los hogares para mejorar la salud.

Para comprender a un más a fondo el termino MT. Las siguientes definiciones nos dan una mejor visión:

La OPS define a la medicina tradicional como. “El conjunto de todos los conocimientos teóricos y prácticos, explicables o no, utilizados para diagnóstico, prevención y supresión de trastornos físicos, mentales o sociales, basados exclusivamente en la experiencia y la observación, transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra. Puede considerarse como una firme amalgama de la práctica médica activa y la experiencia ancestral.”

La MT P’urhépechas en general predominan prácticas y elementos mágicos, sin embargo, estas prácticas médicas no son iguales en todas las comunidades P’urhépechas, ya que, en algunas comunidades el espiritismo forma parte de esta medicina por ejemplo los Chéran y en otras se practica el hipnotismo y el espiritualismo.

Para los Cheran (P’urhépechas) situados al noroeste del Estado de Michoacán, que es uno de los municipios más grandes y pertenecientes al Distrito de Uruapan; junto con Charapan, Nahuatzen y Paracho, la Medicina Tradicional es:

“La magia como característica del sistema médico tradicional de Cherán con relación con el sistema de creencia, deseos, palabras, gestos y acciones para contribuir una realidad determinada entorno al individuo y la colectividad” (Gallardo; J. 2000)

Con esto, la magia es parte importante de la etiología de las enfermedades y también del tratamiento en la medicina.

Mientras el nombre del grupo indígena Mazahuas es un etnónimo náhuatl que significa “gente del venado”. Proviene de las migraciones náhuatl a finales del periodo posclásico y de la fusión racial y cultural de los asentamientos Tolteca-Chichimeca.

Se encuentran asentados en la región noroccidental y centro -occidental del estado de México en 13 municipios rurales que son: Almoloya de Juárez, Atlacomulco, Donato Guerra, El Oro, Ixtapa del Oro, Ixtlahuacan, Jocotitlan, San Felipe del Progreso, San José del Rincón, Temascalcingo, Valle de Bravo, Villa de Allende y Villa Victoria.

La cosmovisión que tienen sobre medicina tradicional. “Poseen sentido profunda en la vida y en la muerte. Su concepción parte de la armonía entre espacio-tiempo, terrenal-cósmico, cuerpo y espíritu” (Gallardo; J. 2000)

Todos los tratamientos se basan en esta cosmogonía y cosmovisión, dado que la mayoría de las enfermedades las atribuyen a elementos naturales, realizan la detección mediante un ritual, en el cual se limpia al paciente con dos huevos de gallina, vierten el contenido en un vaso y posteriormente lo observan si es:

- yema con tonalidad humo claro, es mal señala que es de aire seco.
- Puntos en la parte superior, es de aire de agua.
- Puntos pequeños en la parte inferior, es aire de tierra.
- Si la yema está unida de manera particular (como con una escupida) es mal de ojo.

Después del diagnóstico se realiza una limpia, se recetas las pomadas, plantas y líquidos que han de usarse para el tratamiento.

Para los indígenas Otomíes la medicina tradicional es: “Más viable ante las condiciones socioeconómicas, fisiográficas y culturales en esta comunidad. Entre la principal medicina tradicional se identifican especies de plantas que utilizan, para afecciones como es el (susto, dolor de estómago, dolor de riñón, diarrea, fiebre, mal de ojo entre otras), aunque la mayoría de los habitantes conoce el uso medicinal de algunas plantas, los ancianos son **más cultos en la sabiduría**, como la de otras etnias de México; el pensamiento mágico religioso forma parte de la cosmovisión y consideran la dualidad frío-caliente para el tratamiento.” (Gallardo; J; 2000; 145)

Para entender los conceptos frío-caliente es importante retomar el debate de entre López Austin Alfredo y Foster, donde se argumentó que las poblaciones indígenas la dicotomía abarca “mucho más que la simple clasificación de remedios, enfermedades y alimentos”; que existen “tempranas manifestaciones del sistema que de ninguna manera pueden explicarse por influencia española” y que actualmente se registran “creencias indígenas en las que es básica la dicotomía polar, totalmente ajenas al pensamiento hispano, y pertenecientes a sistemas comunes muy difíciles de explicar por comunicaciones entre los distintos grupos indígenas en la época colonial” (López Austin 1996: 318); mientras para Foster la teoría hipocrática de los humores había llegado a América como parte de la cultura española, había pasado de la medicina científica a la indígena popular y había retenido las cualidades de frío y calor, mientras que las de húmedo y seco se habían perdido; es decir, que las cualidades pertenecían a la tradición europea y no a la amerindia (López Austin 1996: 303-318), ya que comprender la especificidad de las concepciones, es que estas cualidades térmicas son dinámicas y contextuales, es decir, que una cualidad puede transformarse a veces en la contraria, y que una misma lógica profunda puede producir expresiones sumamente diversas. Lo caliente y lo frío no configuran en un solo término, conforme a la cosmovisión y términos que cada población que los utiliza.

Retomando la medicina en plantas, utilizada por los Otomíes conforme algunas enfermedades son:

- Dolor de riñón: existen varias causas entre ellas; por estar sentado, por trabajar bajo el rayo del sol, por estar junto al fuego por mucho tiempo. Para esté malestar se utiliza la mata de cola de caballo con caña agria.
- Mal aire: está enfermedad al comer y exponerse repentinamente al aire, se manifiesta mediante mareos, vómitos y escalofríos. Es tratada con la planta de maíz y lengua de suegra, en la cuales es cocinada la borba de maíz y se licua en hojas de lengua de suegra.
- Dolor de estómago: se puede ocasionar por susto o indigestión. Esta es alternada con la planta de malombo, la cual es rayada y echada en agua para tomarla a lo largo de un día.
- Diarrea: está tiene varias causas entre las está el consumo de frutos, susto o por caídas. Este es tratada con manzanilla, el comino y la planta de guayaba.

Los terapeutas Otomíes junto con otros médicos indígenas que comparten su territorio con las comunidades conformado por Mazahuas desde 1990, cinco organizaciones de practicantes de la medicina tradicional, con el propósito de conservar y difundir sus conocimientos, obtener la legalización de su práctica médica y así brindar una mejor alternativa de salud a sus comunidades.

### **Organizaciones de practicantes de la medicina tradicional**

- La Asociación de Médicos Tradicionales del Estado de México T'zicumu AC (AMTEMT), con 85 agremiados.

- La Organización de Médicos Indígenas de la Sierra Norte de Puebla (OM1SNP), con 60 integrantes.
- La Organización de Médicos Indígenas de Amealco- Las Flores Ar Deni (OMIA-LAS FLORES) en Querétaro con 19 miembros.
- La Organización de Médicos Indígenas de la Sierra Gorda (OMISG) con 28 integrantes
- La Organización de Médicos Tradicionales Indígenas de la Huasteca Veracruzana (OMIHV) con 43 miembros

La MT es un sistema por sus diferentes componentes como son los conocimientos, las tradiciones, las prácticas y creencias, con estos, los terapeutas, parteras, chamanes, etc., poseen sus propios recursos como plantas medicinales, animales y conocimientos para diagnosticar y tratar a las comunidades que confían en ella como se ha venido mencionando anteriormente.

También la MT puede fragmentarse, según le etiología de la enfermedad, ya que dependiendo de su forma de ver los causales que les genera tener o recaer en la enfermedad son conforme a su historia cultural, cultura, creencias, tradiciones.

### **Principios de las terapias de la medicina tradicional**

El sistema de la salud tradicional, se manifiesta solvente e integradora, en el sentido de que:

- Posee principios y formas propias de interpretar los conceptos de enfermedad y salud, generalmente acorde con la cosmovisión. Dicha cosmovisión tiene que ver con la forma se explica el origen y el establecimiento del universo, donde el ser humano está interrelacionado con el todo, no está en el centro del universo, pero que es parte del equilibrio, cuando el ser humano pierde el equilibrio pierde la salud.

- Existe un cuerpo de conocimientos, principios, fundamentos y técnicas.
- Se posee una práctica social que establece la prevención, la promoción, el tratamiento de la problemática de salud y la enfermedad.
- Se tiene la aceptación por parte de la población con identidad e inclusive presta asistencia a aquellos marginados y pobres de su entorno.

### **Medicina Moderna**

En los últimos siglos la Medicina Científica (MC) o Moderna se ha extendido por todo el mundo, simbolizando el paradigma dominante en el ámbito de la salud y la enfermedad. La MC es un sistema desarrollado en la sociedad urbana moderna, de esta manera, la medicina científica y la sociedad moderna surgen como consecuencia del proceso de cambio ligado a pautas sociales nuevas, que han ido apareciendo, denominándolo como modernidad, convirtiéndose la medicina como institución social y como práctica profesional simbolizando el paradigma de la racionalidad científica. Por representar el método científico y tecnológico del desarrollo de la Higiene pública y la Medicina legal, así como por la creciente intervención del Estado en cuestiones de salud.

La profesión médica mantiene vínculos estrechos con la ciencia moderna, ostentando la posición que los médicos tienen en el saber de la salud y la enfermedad. Los médicos son los intermediarios entre la ciencia y la experiencia privada, interpretando problemas personales en el lenguaje codificado de los conocimientos médicos. Durante los episodios de dolor y enfermedad los enfermos viven una condición en la cual confían en el juicio del médico y son propensos a creer y obedecer.

En ese sentido, entonces se entenderá como la práctica que solo aplican las personas que cuentan con un título de médico en medicina o sus profesionales asociados en la salud; creada en las relaciones causa y efecto lineales entre las carencias, los microorganismos, los procesos orgánicos, los factores relacionados con el ambiente y el desarrollado de la enfermedad y su curación. Se apoya en la farmacología química para sus tratamientos.

Los profesionales en salud ejercen la medicina científica en instalaciones hospitalarias con equipamientos e instrumentos específicos; ellos fragmentan al cuerpo, dependiendo de la localización de la enfermedad, dejando de lado la esencia de la persona como parte de una sociedad, viéndolo solo como paciente u objeto de trabajo. Los médicos ejercen una autoridad y a la vez un poder sobre los pacientes, sobre las familias de estos, sobre sus compañeros de trabajo, en función de la salud; la función terapéutica del médico conduce a su aceptación como líder soberano que dicta los estilos de vida, normaliza la vida personal y familiar y condiciona es decir a través de una práctica se llega a engendrar dominios del saber y también hacer nacer formas nuevas de sujetos de conocimiento.

Esta medicina se asume como universalmente válida en todas las circunstancias sociales posibles; se hegemoniza como el centro de la organización de los servicios de salud. En razón de sus usos (científicos), de la misma manera se ha extendido como enfoque principal de las políticas de salud en nuestro país.

La construcción del Modelo Médico Hegemónico (MMH), constituye una serie de rasgos considerados como estructurales como son biologicismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia, autoritarismo, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico.( Menéndez E. 1988)

El modelo médico hegemónico es un concepto propuesto por Eduardo L. Menéndez, que hace referencia al sistema asistencial organizado por la medicina profesional o biomedicina y que incluye los submodelos de la práctica privada (individual o corporativa) y al de práctica pública.

El Modelo Médico Hegemónico, se entiende entonces como las prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo, de lo que se conoce como medicina científica, que ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado.

Este modelo establece como principales parámetros para entender y actuar sobre la salud y la enfermedad los siguientes:

- Biologismo.
- Ahistoricidad y asocialidad, es decir que reduce a los individuos a su dimensión física aislándola de toda condición social, histórica y espiritual.
- Concepción de la enfermedad como ruptura, desviación y diferencia, y de la salud como normalidad estadística.
- Práctica curativa basada en la eliminación del síntoma.
- Relación médico-paciente asimétrica, de subordinación social y técnica del paciente.
- La salud-enfermedad como mercancía y tendencia inductora al consumismo médico.
- Medicalización de los problemas.
- La identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos.

El rasgo estructural dominante es el biologismo, el cual constituye el factor que garantiza no solo la cientificidad del modelo, si no la diferenciación de jerarquización respecto de otros factores explicativos. El biologismo constituye un carácter tan obvio del modelo, que no parece reflexionado en las consecuencias que él tiene para la orientación dominante de la perspectiva médica hacia los problemas de salud- enfermedad. De hecho el biologismo subordina en términos metodológicos y en términos ideológicos a los otros niveles explicativos posibles. Lo manifiesto de la enfermedad es ponderado en función de este rasgo, como lo causal, sin remitir a la red de relaciones sociales que determinan lo fenoménico de la enfermedad.

Lo biológico no sólo constituye una identificación, sino que es la parte constitutiva de la formación médica profesional. El aprendizaje profesional se hace a partir de contenidos biológicos, donde los procesos sociales, culturales o psicologicos son anecdóticos. El médico en su formación de grado y posgrado no aprende a manejar la enfermedad en otro término que de los paradigmas biológicos. (Menéndez E. 1988; 453).

Actualmente en el campo de la salud, el dominio medico es una característica del poder profesional y de la superioridad de quien ejerce la medicina en relación con otras ocupaciones. Este dominio es un conjunto de estrategias que requieren un control sobre otros grupos profesionales afines, sobre la situación laboral (relación médico-paciente) y una relativa autonomía profesional. Este dominio involucra distintas formas de dominio: subordinación, limitación y exclusión. Una subordinación ocupacional al trabajo de los médicos, como sucede con el trabajo de las enfermeras, una exclusión de las prácticas de la medicina tradicional a través del registro profesional y académico; y una limitación a través de la restricción y codificación de la información a los usuarios.

### Cuadro comparativo entre la medicina moderna y la medicina tradicional.

Medicina moderna	Medicina tradicional
Mercantilista	Humanista
Tratamientos de fármacos	Tratamientos de hierbas
Curación rápida	Curación lenta
Formación biológica	Formación mágico –religioso
La practican médicos alópatas	La practican (curanderos, parteras, hechiceros, sobanderos, comadronas)
Existen establecimientos (hospitales, centros de salud)	No tienen un establecimiento fijo por lo regular son casas.
No ven al paciente como persona	Si ven al paciente como persona.
No influyen los aspectos culturales en la enfermedad	Hay una relación en las causas de la enfermedad y la cultura.
Tiene políticas de salud	No se maneja a partir de políticas, si no de creencias
Aprendizaje es a partir de una preparación académica	El aprendizaje se da de generación en generación
Existe discriminación por raza, color etnia nivel socio económico etc.	No existe discriminación
El cuerpo es fragmentado (existen especialidades para cada parte del cuerpo)	El cuerpo es la totalidad (espíritu, mente)
La enfermedad es la alteración del organismo, productos de elementos físicos (microbios, traumatismos, desórdenes internos)	La enfermedad es la ruptura del equilibrio frío-calor, derivada del comportamiento individual y de las relaciones sociales y de las relaciones sociales, ambientales y espirituales.
Se atienden la enfermedad de manera corporal e individual.	Se atiende a las personas dentro de su contexto colectivo familiar y ambiental, en ocasiones se atiende a todo el grupo social.
La salud es el resultado del correcto funcionamiento del cuerpo.	La salud es un estado dinámico de equilibrio interno entre el cuerpo, mente y el espíritu depende del estado de armonía externa con los demás seres humanos, la naturaleza y los cosmos en general.

Fuente: Elaboración propia.

La medicina de los tiempos modernos se puede decir que está basada en este principio del modelo MMH, que se encarga de aplicar las ciencias físicas y biológicas a la promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedades o tratan de dejar de fuera las tradiciones culturales de los pacientes, ya que para lograr ser ciencia requiere del tratamiento objetivo racional y así dejar los aspectos emotivos que puedan intervenir en sus juicios, cabe mencionar que las nuevas generaciones, no existe una empatía por el paciente,

solo ve el cuerpo como una mercancía, porque se especializan para obtener una mejor remuneración económica.

## Capítulo V

### Resultados de la investigación

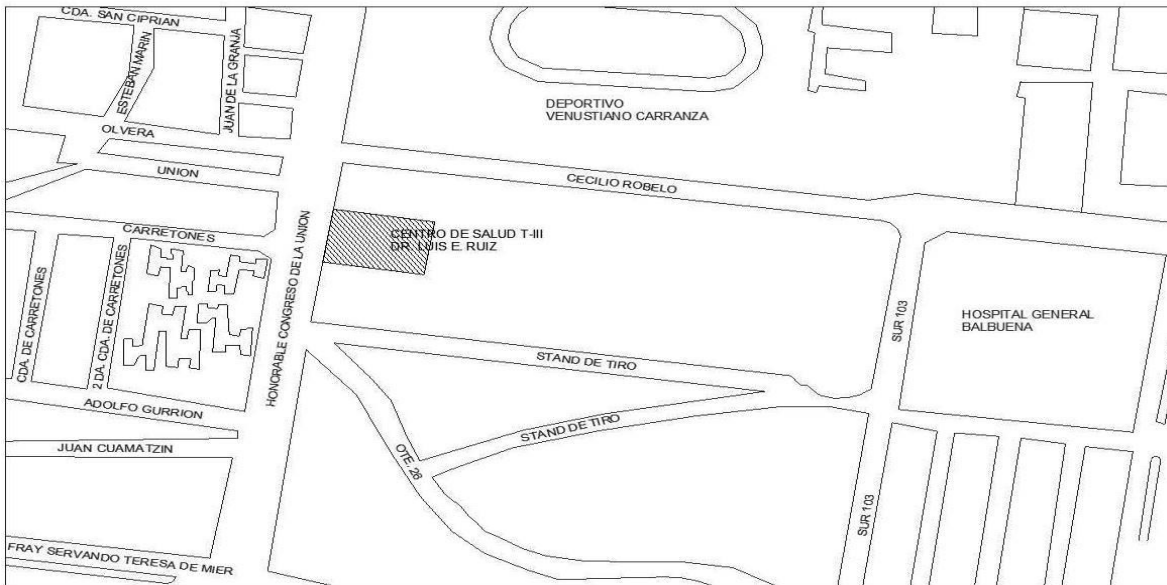
En este capítulo se presentarán los resultados del proceso de la investigación cualitativa, obtenidos de la técnica del grupo focal e instrumento de las entrevistas a profundidad con indígenas Mazahuas, Otomíes, P'urhépechas y el personal del Centro de Salud Manuel Pesqueira, las experiencias vividas por medio de la sistematización de experiencias, con el fin de analizar cómo es la accesibilidad de los servicios de salud en indígenas, y cómo forma parte el personal de salud a la accesibilidad. Para poder contextualizar la información obtenida, primero entenderemos la sistematización como:

Según (Jara O; 1994; 91) “Es aquella interpretación crítica de una o varias experiencias, que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido, los factores que han intervenido en dicho proceso, cómo se ha relacionado entre sí, y por qué lo han hecho de ese modo”

Para sistematizar las experiencias vividas tanto de indígenas como del personal de salud, se tomó en cuenta solo a los Indígenas derechohabientes de acuerdo con su lugar de residencia que acuden al Centro de Salud T-III-A<sup>20</sup> Dr Luis E. Ruíz ubicado en Congreso de la Unión No 148 col. Merced Balbuena C.P 15810, Venustiano Carranza, (que participan en los talleres y demás actividades que se imparten por parte de la Asociación Civil Aliados Indígenas); en dicho centro de salud no se logró el acceso con el personal que labora ahí, por cuestiones de tiempo y permisos del centro de salud. De esta manera solo nos quedamos con las experiencias vividas y testimonios de los indígenas que ocasionalmente han asistido.

---

<sup>20</sup> T-III-A Tiene una cobertura con dos a 12 núcleos básicos, responde a una población de 500 hasta 6,000 familias. Proporciona servicios de complejidad creciente. Como es Rx, Odontología, laboratorios incluso algunos cuentan con internamiento.



Fuente: Elaboración propia; ubicación del Centro de Salud Luis E Ruíz.

La información de las entrevistas del personal del Centro de Salud T-III Dr. Manuel Pesqueira, indígenas del grupo focal, entrevistas a profundidad, se analizó la información para la sistematización de acuerdo a los objetivos planteados.

Primer objetivo específico **Establecer si la accesibilidad geográfica de los servicios de salud a los que acuden los indígenas en el Distrito Federal es la adecuada.**

En relación a las comunidades donde se realizó la investigación, se indagó la cantidad de Centros de Salud por delegación de acuerdo con el lugar de residencia. Obteniendo la siguiente información.

<b>Delegación</b>	<b>Centros de Salud T-I</b>	<b>Centro de Salud T-II</b>	<b>Centro de Salud T-III</b>	<b>Total</b>
Venustiano Carranza	5	5	4	14
Iztapalapa	11	5	8	24
Iztacalco	0	1	4	5

Fuente: Elaboración propia.

Con la aplicación de los grupos focales y entrevistas a profundidad con indígenas que trabajan y viven o realizan alguna actividad en la zona de Candelaria y en la Delegación Iztapalapa, se percibió que este objetivo, cumple con lo establecido en la OGN14, existen un número considerable de Centros de Salud cerca del domicilio de los indígenas, así como la ubicación y los medios de transporte se encuentra al alcance de cualquier persona.

Al igual el personal del centro de salud Manuel Pesqueira, consideran que el número de centros de salud y la ubicación se encuentran al alcance de cualquier persona viviendo en DF, incluyendo a las personas indígenas; a pesar de la cantidad de centros de salud el aspecto humano queda limitado o denegado.

(Médico Familiar 6) si los médicos están deshumanizados, pero están deshumanizados a causa de las instituciones solo están hechas para que se vea cantidad y no calidad y el aspecto humano queda limitado o denegado, aunque teóricamente dice que sí, pero en la práctica realmente no pasa.

El segundo objetivo planteado **Conocer el estado económico de los servicios de salud y si estos están al alcance de las comunidades indígenas asentadas en el Distrito Federal es la adecuada.**

Con la aplicación del grupo focal en Indígenas de las Delegaciones Venustiano Carranza e Iztapalapa, se llegó al análisis de que la accesibilidad económica para

los Indígenas si representa en la salud un problema (a pesar de que Indígenas no perciben el gasto real que generan para atender su salud) aunque mencionan que siempre cuentan con un respaldo económico que oscila entre los \$500 y \$700 para medicamentos y consulta para cubrir ésta necesidad, teniendo que limitar el cubrir otras necesidades básicas como la alimentación, vivienda y vestido, siendo estos algunos indicadores importantes para mantener salud, viendo que para ellos no es importante estos aspectos, ya que su pensamiento va solo en generar economía a través del trabajo. Siendo el hombre, el único proveedor de los gastos familiares. (Está interpretación es reforzada con la información proporcionada por los entrevistados).

(Señora 9) nos dijo que unos \$700 entre la consulta y los medicamentos, en sus hijos pues es el que más se enferma,

(Señora 5), también externo que unos \$700 o más incluso han sido hasta \$1,500 cuando hay que realizar algún estudio de laboratorio etc.

(Señora 10), dice que prefiere acudir al médico particular pero naturista, le ha funcionado bien el tratamiento un aproximado que gasta en el naturista son unos \$2,000 e incluye dos consultas y tratamiento para dos meses a pesar que es costoso prefiere el naturista y sus remedios que los fármacos.

Con lo anterior como ya se había mencionado, realmente si existe una afectación económica al generar gastos en la salud de los indígenas, por la limitación de ciertos recursos básicos que están ligados a la salud, por ejemplo durante las entrevistas se hizo mención de la falta de alimentos que aportan nutrientes esenciales al organismo por el gasto a cubrir sus necesidad en salud, así como también se ve afectada la vivienda, donde en pequeños cuartos viven dos o tres familias lo que provoca que vivan en hacinamiento, estas son algunas de las

principales afectaciones a las que se presentan los indígenas causada por el gasto a cubrir sus necesidades de salud, entre algunos otros.

(Enfermera 7) Porque la gente dice, ¡estoy pobre! Y con \$50 tengo que comer y darle de comer a mi familia y con que lo hacen para que les alcance, con lo que más lo llene con tortillas, bolillos y huevos.

El servicio médico al que acuden es privado, de bajo costo. Las consultas no rebasan los \$50.00 en casos de enfermedades comunes<sup>21</sup>, pues a quienes llegan a acudir a los Centros de Salud no les garantizan que les den el servicio completo (consulta, medicamentos del cuadro básico<sup>22</sup>, estudios etc.) lo que provoca el gasto en establecimientos ajenos al sector público de salud. El Estado no les garantiza este derecho.

(Señora 1) En la consulta nos cobra 30 pesos y cuando compramos las medicinas nos gastamos de \$350 hasta \$400 pesos.

(Señora 2) Sí, pagamos \$50 por persona y nos gastamos alrededor de \$300 o un poco más en medicinas pero muy buenas porque rápido se nos quitan los malestares.

(Enfermera 7) simplemente de unos años para acá la consulta ha aumentado con esto del seguro popular y la gratuidad, porque, cuando nosotros comenzamos a trabajar aquí la farmacia estaba llena de medicamentos y medicamentos buenos de patentes que hasta se les

---

<sup>21</sup> Las enfermedades comunes son consideradas las enfermedades de temporada respiratorias, gripe, garganta etc, que no ponen en riesgo la vida de las personas.

<sup>22</sup> Medicamentos del cuadro básico según IMSS y la Secretaría de Salud, Ácido acetilsalicílico, ibuprofeno, capsaisina, clonixinato de lísina, ketorolako, metamizol sódico, paracetamol entre otros.

daba las leches a los niños, vitaminas y solo pagaban \$5 de los medicamentos, pero ahora con esto de la gratuidad la farmacia se vino para abajo, ahorita los únicos medicamentos que encuentran son para enfermedades básicas como tos, diarreas, pero para enfermedades crónicas como diabetes no lo hay, repito solo para infecciones sencillas o un poquito alta.

(Médico Familiar 6) Realmente hay carencias con respecto a la atención con sentido a la obtención de fármacos, de medicamentos siempre es un talón de Aquiles, porque existen meses en llegar los medicamentos como fue el año pasado que existió mucha carencia eso considero que es una limitación; por otro lado los recursos que tenemos realmente son limitados en especial aquí en la consulta externa.

Enfatizamos que para el grupo de indígenas Mazahuas y Otomíes de la Candelaria, el motivo de la preferencia de acudir al servicio privado no sólo es por la falta de medicamentos, vacunas etc., sino también por el trato brindado en los Centros de Salud.

(Señora 6) ¿Le han dado servicio a todas las áreas que ha necesitado? La verdad no, porque en alguna ocasión necesitaba realizarme mis estudios de rutina que son de la mujer, el Papanicolaou y no había el material para realizar el estudio terminé realizándome estos estudios en un laboratorio particular. Y por lo poco que escuchaba cuando asistí entre los demás pacientes, había laboratorios pero es mucha la demanda de las personas que solo 10 al día realizaban, pues imagínese si me quedaban ganas de tratarme en el centro de salud.

Alguna experiencia que nos pueda contar en relación de cuando ha acudido al centro de salud

Pues muy marcada no tendría alguna, solo que la verdad no me gusta como dan el servicio

Nos podría decir qué centro de salud es

Se llama doctor Luis E Ruíz esta por congreso de la unión.

En casos de enfermedades o padecimientos crónicos<sup>23</sup> acuden al centro de salud pidiendo que los canalicen a otras instituciones en donde les puedan dar la asistencia, lo que vendría siendo hospitales generales de segundo o tercer nivel<sup>24</sup> dependiendo del grado de la enfermedad.

(Médico Familiar) pero si ya se requiere de una consulta especializada o alguna terapia más complicadas los mandamos a segundo o tercer nivel, les elaboramos con ya la referencia a un hospital

Con lo que respecta a las entrevistas a profundidad con los Purépechas la situación es similar al de los demás indígenas, con la única diferencia que los Purépechas por su falta de tiempo e interés no cuentan con los papeles de residencia en el DF lo que conlleva a no poder tramitar los papeles del servicio de salud (gratuidad, seguro popular), por lo que es el servicio privado como las farmacias similares el único servicio médico al que pueden acudir, ya sea, para enfermedades comunes o crónicas, sin importar el gasto que tengan que hacer,

---

<sup>23</sup> Según la OMS, enfermedades crónicas son consideradas, de larga duración y de progresión lenta como son las enfermedades cardiacas, infartos, cáncer y la diabetes.

<sup>24</sup> Hospitales de segundo nivel: Diagnostica y da tratamiento a los pacientes que no pueden ser resueltos en primer nivel, como son servicios clínicos de hospitales y especialidades básicas. Hospitales de tercer nivel: Esta representado por los establecimientos con condiciones para realizar acciones bajo régimen de atención cerrada.

porque consideran que sus recursos económicos solventan esta necesidad, por el tipo, tiempo y forma de trabajo que es familiar, involucrándose esposos(as), hijos(as).

**¿Cuándo su cuerpo le duele, usted va al centro de salud para que la revise el doctor?**

(Señora 1) No, porque yo trabajo y no tengo tiempo, solo vamos a vacunas.

(Señora 2) nosotros vivimos de la artesanía de la madera, hacemos muebles para los hogares, donde las mujeres ayudamos a los varones en la artesanía de la madera porque así debe de ser, solo por medios tiempos, ya que también nos ocupamos de las labores del hogar y de los hijos, también los hijos nos ayudan en la artesanía de la madera, cuando ellos no tienen que ir a la escuela claro, solo los hombres van a la escuela las niñas no, ellas se quedan para que aprendan más de cómo hacer las labores del hogar y que vayan viendo cómo se trabaja la madera.

(Médico Familiar 2) nosotras les explicamos los servicios a los que ellos tienen derecho de forma gratuita, pero como muchas vienen de los estados todavía no tienen papeles y pues el servicio es un poco más tardado, tratamos de canalizarlas a trabajo social para que les solucionen esta parte del problema en cuanto a su gratuidad, en gran manera esta parte es un gran bloqueo para ellos (as) por que no se les atiende en el momento que piden la atención

(Enfermera 1) no contaba con los papeles para darle consulta pues todos los había dejado en su pueblo.

También argumentan que los gastos que realizan para atenderse son costosos, ya que médico particular les da seguimiento constante hasta que ven mejora en la salud, enfatizan que los mayores gastos, los realizan con sus hijos cuando enferman, pues los medicamentos son los más costosos.

(Señora 2) Vamos al que está en la esquina, pero llevamos a los niños que ellos son los que luego se sienten más mal y no aguantan los dolores, el médico en la consulta nos trata bien nos explica cómo tomar los medicamentos y de qué nos enfermamos él nos ha dicho que la enfermedades son de la garganta y estomacales, y nos da cita para otro día para darnos un seguimiento, con la medicina que nos da se nos quita bien rápido los dolores.

Con lo analizado, podemos ver que con las experiencias de las personas indígenas, el Estado, no está cumpliendo con los derechos que debe de otorgar a su población, a pesar de que en nuestra Carta Magna la CPEUM, está escrito en el artículo 4º que toda persona tienen derecho a la salud, si retomamos La Ley General de Salud del Distrito Federal en su Artículo 3.- El derecho a la protección de la salud, en su fracción III. Gratuidad: El acceso sin costo a los servicios de salud disponibles en las unidades médicas del Gobierno del DF y a los medicamentos asociados a estos servicios, a los residentes del DF que carezcan de seguridad social laboral.

Estando los indígenas radicando en el DF, debe de existir la accesibilidad económica, en la cual ellos no deben de desembolsar dinero de sus bolsillo para cubrir esta necesidad, también cabe mencionar que este tipo de gastos en muchos de los indígenas pueden ser causa de gastos catastróficos, es el caso de la indígena que tuvo que pagar su parto en una clínica particular, ya que no le brindaron el servicio obstétrico que requería.

(Señora 3) Las veces que he acudido al centro de salud y en mi caso cuando estaba embarazada me daban la consulta y los estudios de sangre, porque ultrasonidos nunca servía el aparato, y cuando me alivié, me mandaron al hospital general de Balbuena y no me atendían así que opté por tener a mi bebé en una clínica particular.

Aquí podemos observar que la decisión de indígenas P'urhépechas de no atenderse en los centros de salud, vas más allá del papeleo, también intervino la deficiencia que hay en recursos por parte de la Secretaria de Salud, que origina que aun así tengan que desembolsar dinero para atender su estado de salud.

La interpretación de las experiencias que se rescataron del personal del centro de salud se logró gracias al acceso y facilidad del Director del Centro de Salud Manuel Pesqueira T-III, para la aplicación de las entrevistas a profundidad, donde hicieron hincapié los médicos y enfermeras acerca de la deficiencia de medicamentos en éste y cualquier otro Centro de Salud, la falta de recursos para que se pueda brindar una atención de calidad, lo que hace que los médicos desde la consulta prevengan a los pacientes al gasto en medicamentos, de igual manera sucede con estudios de laboratorio, Rx entre otros.

(Médico Familiar 4) el Sistema de Salud pues en general está mal, porqué a pesar de que la Constitución apoya a este tipo de población y algunas otras leyes no se aplica al 100% creo que hay un gran sesgo en cuanto a esta parte de los servicios de salud que sólo son un paliativo para que la ciudadanía esté medio conforme, creo también que estamos así por procesos políticos que solo favorecen a unos cuantos que son minoría y no mayoría, también considero que el recurso destinado a salud es desigual.

Nueva mente retomamos lo planteado anteriormente la deficiencia, que existe en los servicios de salud es por parte del Estado quien no implementa políticas sustentables, donde pueda mejorar el servicio y sobre todo la falta de insumos en los centros de salud.

El tercer objetivo planteado es **Saber si hay discriminación en los Centros de Salud en personas Indígenas asentadas en el Distrito Federal y en su caso, como son presentados.**

Tanto en las entrevistas a profundidad como en el grupo focal con Indígenas de ambos grupos, para responder a dicho objetivo, los indígenas enfatizan, que el personal de los Servicios de Salud son partícipes de la discriminación que sufren, por la forma en la que visten, el lenguaje, el aseo personal, la forma de expresarse, etc. Aquí podemos ver que la hegemonía está presente y son médicos y demás personal de la salud quienes originan estas acciones; No negándoles el servicio, pero sí, dando el servicio de mala calidad.

De acuerdo al lugar de residencia de los indígenas en la Venustiano Carranza (Candelaria) les toca el Centro de Salud Comunitario T-III-A Dr. Luis E Ruíz, dónde no se nos permitió el acceso por parte de las autoridades encargadas del centro de salud para realizar la investigación; como ya se había mencionado anteriormente solo nos quedamos con la experiencia del grupo focal donde compartieron sobre el trato que les brindan en dicho centro por parte del personal administrativo, trabajador social, enfermeras y médicos., este es *el principal indicador de discriminación y negación a una atención de calidad.* En la experiencia que se presenta la indígena que la relata la ve como una forma de discriminación.

Experiencia (Señora6) ..cuando fui por la vacuna para mi hijo de 4 meses de edad, la enfermera me dijo que llegara más temprano a formarme para alcanzar la vacuna (rotavirus y pentavalente) porque se terminaban temprano, justo cuando me estaba diciendo eso llego la trabajadora social de ahí y le dijo a otra enfermera que se encontraba ahí en el consultorio, que le apartara dos vacunas para sus nietos, que más tarde pasaba con ellos y su hija, justo esas eran las vacunas que yo le pedí para mi hijo y me las negó, cuando yo le reclamé escuchando esto, la enfermera me dijo, que esas no eran las vacunas que solicitaba, porque eran otras, ...quien sabe más, tú o yo.... me contestó muy grosera...

Con esto se ve reflejado la existencia de la discriminación hacia las personas indígenas en el centro de salud Dr. Luis E Ruíz.

La forma de cómo el personal del centro de salud Dr. Manuel Pesqueira T-III, se refiere sobre las personas Indígenas, también es una forma de discriminar a la población indígena.

(Médico Familiar 5) la mayoría de las personas que son indígenas, bueno la señora que a mí me tocó era analfabeta entonces no entendía

(Administrativo 1) Yo he tratado con personas así y quizá no nos entendemos y prefiero mandarlos a trabajo social para que los orienten.

(Trabajador Social) Únicamente los pacientes que tienen alguna enfermedad crónica degenerativa es la que debemos de atender ya que requieren de cuidados, desafortunadamente acuden personas

sanas que se sienten enfermas y solo vienen a ocupar un lugar que alguien en verdad lo necesita.

La Ley General de Salud del D.F En su artículo 3º fracción II. Equidad: La obligación de las autoridades sanitarias locales de garantizar acceso igual a los habitantes del Distrito Federal a los servicios de salud disponibles ante las necesidades que se presenten en la materia.

Esta ley que solo está contemplada para los habitantes del D.F, es clara en cuanto a cómo debe de ser la accesibilidad, en la fracción II de esta ley habla de la equidad es definida como: (Cualidad que consiste en no favorecer en el trato a una persona perjudicando a otra.)

Con esto decimos que existen preferencias en los servicios médicos, dejando desprotegidos a los más vulnerables, tal es el caso de la señora 6. (Ley ya expuesta en el capítulo I)

Lo mencionado por parte del personal entrevistado en el Centro de Salud Manuel Pesqueira, ellos consideran que esa parte se está erradicando poco a poco, no aplicado en algunos de ellos, tratan al paciente como cualquier otra persona sin importar su género o etnia a la que pertenezcan, hacen su trabajo con respeto y empatía, pero sí mencionan que hace falta trabajar en relación con el humanismo en las nuevas generaciones de doctores...

(Médico Familiar 6) ellos sólo ven al paciente cómo una mercancía u objeto de práctica... también hacen hincapié que quizá la forma del trato hacia los pacientes tiene relación con la demanda de usuarios y el poco personal de salud que hay en cada centro de salud para atender a tanta población.

Podemos notar que durante las entrevistas a profundidad con el personal de salud, médicos quienes daban más detalles de cómo es el trato hacia los pacientes en especial a indígenas, percibimos que ellos tratan de no discriminar al indígena por su vestimenta, vocabulario, o la forma de expresarse, pero tanto el médico familiar 2 como el médico familiar 6 quienes son médicos con experiencia y edad, consideran que indígenas deben de someterse a los cambios que la medicina moderna ha tenido, esto implica cambiar la forma de curación, métodos etc., pero enfatizan que la medicina tradicional es buena porque les ha funcionado, hacen mención que debe de existir un acoplamiento entre ambas medicinas, pero inclinándose en la científica, quizá esto se debe a que quienes practican en el área de la salud en especial médicos su formación va encaminada al Modelo Médico Hegemónico, si bien este modelo fomenta el autoritarismo, la subordinación, entre otras más la concepción de lo humanismo queda de fuera impidiendo que exista empatía entre indígena y médico ocasionando barreras como es la discriminación una de ellas.

(Señora 1) Nos tratan bien, algunas veces sí son groseros porque no nos quieren atender dicen que como no alcanzamos una ficha porque no tengo el seguro y ya no nos quieren ver.

Pero el día que me vio el doctor ahí, me dijo que necesito ir limpia para que me pueda revisar y se enojó mucho.

En general la discriminación en las personas Indígenas que acuden a los Centros de Salud analizados, está presente por el personal a pesar de la información, instrumentos, políticas públicas para la inclusión de esta población a los programas sociales y de desarrollo.

El cuarto objetivo planteado es **Establecer si la información sobre servicios de salud que se brinda en los Centro de Salud es comprensible para los indígenas asentados en el Distrito Federal.**

Las entrevistas en grupo focal y las entrevistas a profundidad en indígenas, se obtuvo en la investigación que el lenguaje se ha convertido en un problema, en especial en P'urhépechas quienes aún conservan parte de sus prácticas tradicionales una de ellas es el lenguaje, dificultándoseles comunicarse y que sea entendible la consulta, lo que lleva a que la información que el médico les da sea escasa omitiendo muchas veces aspectos relevantes que son de suma importancia, un caso en particular fue: la colocación de DIU a una indígena que solo iba a una revisión al médico particular, causada por una infección vaginal, en donde el médico tomó la decisión de la colocación y solo informándole que era para control natal, siendo que ella no sabía qué era el control natal y menos el DIU.

Lo analizado y observado con los médicos del Centro de Salud Manuel Pesqueira, es que, el acceso a la información por parte de los médicos con más experiencia profesional u/o antigüedad tratan de brindar la información necesaria al paciente aún más si el paciente es Indígena para que queden satisfechos y sin dudas del proceso por el que pasa su cuerpo y técnicas utilizadas para sanar, curar y/o proteger su salud.

(Médico Familiar 2) En lo particular trato de revisarlos auscultarlos, saber dónde está el malestar, claro hasta donde me permitan revisar y posteriormente medicarlos darles las indicaciones de cómo se deben de tomar el medicamento cada cuándo y por cuánto tiempo. También les decimos para qué sirve el medicamento. Un problema que es para nosotros como médicos es saber si en realidad nos entendieron y si se toman el medicamento como debe de ser.

En comparación con los médicos de nuevas generaciones que van iniciando su carrera profesional.

(Médico Familiar) pues sí, hay buena comunicación y siempre como que debes de encontrar la forma o manera de cómo comunicarte con tu paciente, ya sea por medio de explicarle con un dibujo o tratar de escribirsele, ¡bueno en este caso no sabía leer!, bueno pero a través de un dibujo siempre le debes de tratar de explicar el procedimiento que le vas a realizar y ella entienda, las consecuencias, cuanto tiempo nos vamos a tardar, que le va ayudar.

Esta parte es importante, porque en las entrevistas se percibe que el personal de salud trata de hacer todo lo que está a sus alcances para que se brinde la información necesaria al indígena, pero por parte de la estructura del sistema no funciona adecuadamente, porque médico no está capacitado en cuanto al lenguaje una barrera comunicacional que impide que exista una información adecuada, no cuanta con la sensibilidad para atender al indígena desde aquí el trato que da el trabajador (a) social, el de archivo enfermeras y médicos, ya nos es de calidad, y la información que dan en la consulta también se ve mermada, siendo indígena el más afectado, pues es quien no entiende él porque su cuerpo no está en armonía.

Otro aspecto relevante que consideran es atender a un número de pacientes al día y curar la enfermedad. Esto hace que el tiempo destinado a la consulta tenga que ser reducido para cubrir los pacientes programados a cada médico, teniendo que dejar de lado la interacción humana entre el médico- paciente, en especial el esfuerzo y tiempo que conlleva que se les informe a los indígenas a cabalidad..

(Médico Familiar 6) Debemos de considerar nuevamente, que la estructura del sistema de salud mexicano está saturado, no funciona a pesar de que

hay diversos tipos de seguridad, la seguridad abierta, la que imparte la Secretaria de Salud es en la que estamos centrados, para todos aquellos que no cuentan con seguridad social, lo que vendría siendo la gratuidad y el seguro popular, donde los médicos a los que entrevistamos dicen que es mucha la población que atienden por día, y que es una de las causas que la información sea muy escasa hacia el paciente, tener que cubrir un número de pacientes al día, cuentan con 20 minutos por paciente lo que el sujeto médico familiar, nos comenta que ni el tiempo para llenar la papeleta del paciente, esta es una barrera que el sistema pone al médico, solo cubre a la población abierta para cumplir con la seguridad en salud universal, solo da un paliativo para generar conformidad entre la población.

Otro objetivo planteado es **Conocer cómo se vive la interculturalidad entre el personal de los centros de salud y las personas indígenas que asisten.**

El análisis del grupo focal y de las entrevistas a profundidad en indígenas, notamos que este aspecto es sumamente relevante porque, las personas indígenas tienen una forma de ser en la que intervienen sus tradiciones culturales provenientes de su lugar de origen, provocando un choque de pensamientos e ideas, traducido a la visión de los médicos y la cosmovisión de los indígenas, intentando así desacreditar la forma y proceso de curación de la medicina tradicional. Es decir, imponen una forma de ver, sentir y actuar, el personal de salud....

En cuanto a la salud es importante sobre todo las comunidades P'urhépechas quienes conservan muchas de sus tradiciones a pesar de que viven en el D.F, se reusan a cambiar de hábitos. Un ejemplo de ello es que no hacen el cambio de residencia para poder tramitar sus papeles y acceder al servicio médico sin problemas, lo que consideramos como una barrera por parte de ellos, estas

comunidades consideran que si lo hacen pierden su identidad como indígenas y ya no son originarios de sus pueblos natales.

También pudimos percibir que es otra barrera cultural entre esta comunidad indígena, el que no puedan tramitar sus papeles para acceder al servicio médico, no solo es porque pierden su identidad, pues interviene las labores del hogar, el trabajo en la artesanía de la madera no se dan el tiempo para acudir al centro de salud, prefieren acudir a un servicio particular.

Es importante resaltar que los diferentes nombres que les dan a los diferentes padecimientos o enfermedades involucran aspectos como el ambiente (agua, tierra) deben de estar en equilibrio para poder conservar la salud, en la gran mayoría de los casos provocan choque entre el médico y el indígena, el médico desacredita las prácticas de curación y solo se basan en el aspecto científico que es lo que se puede comprobar, mientras que el indígena no concibe la relación científica como un hecho real.

Observan al médico impositivo, con prácticas muy crueles que provocan dolor con sus métodos, consideran que su vestimenta que los caracteriza como de ciertos grupos indígenas provoca que el personal de salud establezca una barrera, y puedan criticarlos y darles un mal servicio los consideran personas que no cuentan con estudios y saben menos que cualquier otra persona, quienes los empiezan a estigmatizar es la misma sociedad y aún más los profesionales en la salud, como se mencionaba en el objetivo anterior se genera discriminación.

Algo que ya fue mencionado previamente es el lenguaje, el personal de salud no los entienden, se burlan de cómo son sus expresiones, del poco vocabulario que manejan en español, mientras que médicos utilizan vocabulario muy técnico-científico que no logran entender los indígenas, se puede considerar una

barrera más en la que interviene la cultural, nuevamente se ve reflejado la hegemonía, el poder sobre el indígena.

(Médico Familiar 6) Una limitación y problema es que las personas hablan su idioma que nosotros no hablamos, el idioma considero que es un problema, que si el hablan el español es mucho mejor para mí y no existe ningún inconveniente, pero respeto su idioma porque es parte de sus pueblos y les atendemos al igual que todos los pacientes, pero sí, la limitación en parte es su idioma; pero tenemos que observar cómo se desenvuelven ellos y como lo hacemos nosotros, debe de ser normal porque yo con todos los pacientes les doy el mismo trato, no se les da ningún trato preferencial o discriminatorio porque son situaciones que alguien puede dar en algún momento dado; por parte de ellos no son gente muy respetuosa con todos.

(Médico Familiar 5) Una anécdota que tuve respecto al lenguaje entre una persona indígena cuando le di consulta, la pasé, le pregunte en qué le puedo servir, ella callada no me decía nada, le volví a preguntar y nada, lo que hice fue decirle recuéstese en la camilla la voy a revisar descúbrase el abdomen y ella me decía siento, siento, yo le tocaba el abdomen y le decía indíqueme en que parte siente, donde yo tocaba sentía, pero jamás me decía si sentía dolor, ardor, comezón, solo decía siento, siento, siento, cuando me agacho siento, y si me paro siento siempre siento. Yo enfatizaba si sentía diarrea, o dolor o algún piquetito ella me decía no nada de eso pero siento siento mucho. Lo que hice fue darle un analgésico y mandarle estudios de laboratorio para saber qué es lo que tenía, porque otra cosa no podía mandar

Hay grandes diferencias entre las comunidades indígenas que están situados en la delegación Venustiano Carranza quienes pertenecen a grupos Otomíes y

Mazahuas, pues ellos son y se consideran indígenas urbanizados, ya que tienen más tiempo viviendo en el D.F y las costumbres son más adaptadas de acuerdo al D.F, incluso asisten a talleres que son impartidos por la asociación Aliados Indígenas, los cuales están encaminados a que poco a poco puedan ir recuperando su identidad como indígenas, la cual habían perdiendo.

A pesar de que llevan tiempo considerable radicando en el D.F pueden manejarse más y sin complicaciones aparentemente, pues aún no lo es, porque presentan barreras culturales en los servicios de salud. Con las experiencias que nos han contado ellos tratan de recuperar su identidad como indígenas Mazahuas y/o Otomíes, lo que ha provocado que al hacer mención con los doctores y enfermeras que pertenecen a grupo indígena sean discriminados, con todo lo que ya se ha venido mencionando, y tomando el aspecto cultural existen barreras en el personal de salud, a pesar de que ellos demandan más sus derechos en salud poco pueden hacer, ya que el sistema y la organización del sector de salud pudiera más que la de la sociedad.

Esta comunidad indígena hizo mención que en ocasiones se automedican, ya sea con remedios caseros o tomando algún fármaco, pero si el malestar persiste acuden al médico, el médico los regaña por esa acción les dice que “si ellos son médicos para automedicarse, para que van con ellos” se comienza a presentar barreras culturales que impiden una accesibilidad al servicio, imponiéndose nuevamente la hegemonía sobre el indígena.

Los resultados obtenidos en las entrevistas con el personal del centro de salud arrojaron que los médicos de mayor antigüedad consideran que la medicina indígena apta y adecuada para un acoplamiento con la medicina moderna, por la efectividad que tienen ambas medicinas; con esto podemos dar resultado a que el choque de culturas se encuentra presente por parte de la sociedad, médicos de nuevas generaciones, administrativos, con la ideología de indígenas y médicos

con antigüedad (por la aceptación de las tradiciones de indígenas). Testimonio de un médico.

(Médico Familiar 4) el uso que hacen de las plantas como remedios curativos es mejor que los medicamentos alópatas, aunque ya hay muchos medicamentos que son derivados de plantas el proceso que se da sigue siendo diferente al que usan los médicos tradicionales, si bien no es lo mismo tomarse un té de alguna hierba natural que tomarse un fármaco que contenga también esta hierba, simplemente porque el fármaco no solo tiene la hierba ya tiene otros compuestos para formar la pastilla lo que ya no lo hace 100% natural.

Aparentemente se puede ver reflejado que médico con experiencia son más sensibles ante la situación, sobre todo porque en las entrevistas a tres médicos que habían trabajado en zonas rurales con indígenas consideran que se violan los derechos en salud a indígenas, comentando que puede existir una mejora en el servicio, pero también se reflejó que son médicos que tienen una formación en la que se manejan conceptos, ideas y métodos diferentes a la cosmovisión de indígenas, a pesar de que hacen mención que puede existir un acoplamiento en la medicina moderna como y la medicina tradicional indígena, pero haciendo mención a que “indígena debe de someterse a la medicina moderna para que pueda existir una mejor accesibilidad a los servicios de salud”

Esta se debe a que como ya se mencionó la visión hegemónica del personal de salud es persistente provocando que consciente o inconscientemente existan las relaciones de poder sobre grupos o minorías vulnerables.

El quinto objetivo planteado **Conocer cómo es la aceptabilidad en los centros de salud para la atención a indígenas**

El análisis al que llegamos en cuanto a la aceptabilidad, es que los servicios de salud que se imparte en nuestro país relacionado con la Observación General Número 14, no se sigue la normatividad establecida.

**Aceptabilidad:** Todos los establecimientos bienes y servicios deberán ser respetuosos de la ética médica, ésta se refiere al buen comportamiento del médico hacia el indígena, en cuanto a la atención que sea la debida, así también que le informe sobre el tratamiento o procedimiento, velando por el interés de su paciente; y culturalmente apropiados es decir, respetuosos de la creencias de las personas, a la par que consciente a los requisitos del género y ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud.

La existencia de barreras como primera instancia que limita una buena atención hacia el indígena, generando la desigualdad hacia ellos, un ejemplo más visible es la vestimenta y la lengua de los indígenas que genera en el personal de los centros de salud es rechazo hacia ellos, negándoles atención, información u orientación, la discriminación que deja de lado la ética en las instituciones de salud; de la misma forma los indígenas mencionan que se les niega la atención por no acatar pensamientos, ideas y ordenes impuestos por los médicos “hasta que no se bañe, no se le dará su consulta”...

El personal del centro de salud T-III Manuel Pesqueira mencionó la importancia sobre la capacitación hacia el personal de salud, para brindar una orientación y atención adecuada hacia este grupo de poblaciones. Esta parte en la que hacen mención este tipo de propuesta, nos da otro panorama sobre los servicios de salud, es decir, hay personal que está dispuesto a tratar de mermar la situación de

la mala calidad del servicio, La Secretaria de Salud en especial realiza acciones encaminadas con la problemática, se sigue viendo un gran sesgo el cual el Estado solo trata de remendar lo que nunca podrá solucionar.

Una de las deficiencias que presentan el personal de los centros de salud en relación con los servicios que se les debe de ofrecer a los indígenas, es causada por la falta de recursos hacia la institución para cubrir la atención universal (una observación clara mencionada fue: la falta de traductores y los textos informativos en diferentes idiomas, aparte de inglés); provocando una mala aceptabilidad, retomando nuevamente la cultura de indígenas se ve implicada y recae en barreras que impiden la accesibilidad idónea es como un círculo del cual no se puede salir

El siguiente cuadro se ve reflejado la cosmovisión que los indígenas Mazahuas, Otomíes y P'urhépechas sobre la salud- enfermedad, también la visión que el personal del Centro de Salud Manuel Pesqueira tienen sobre salud-enfermedad. Los nombres fueron cambiados por seguridad de la integridad de los indígenas y del personal de salud.

<b>Personas Mazahuas y Otomíes.</b>		
<b>Nombre</b>	<b>Concepto de salud</b>	<b>Concepto de enfermedad</b>
Sra. 6	Estar bien no tener dolor.	Sentir un dolor.
Sra. 13	Estar bien	Sentir malestar del cuerpo físico y mental
Sra. 14	Estar bien física y mentalmente, para poder trabajar	No estar bien física o mentalmente, que me impide poder trabajar
Sra. 9	Estar saludable y no tener una discapacidad	Tener algún padecimiento grave o enfermedad

Sr. 16	Tener bienestar	No tener bienestar
Sra. 15	Contar con una buena alimentación	Tener un malestar y no contar con una buena alimentación.
Sra. 12	que pueda trabajar	Que no pueda trabajar
Sra. 8	Poder realizar las actividades diarias	Tener discapacidad y no realizar mis actividades diarias.
Sra. 17	Que al cuerpo no le duela algo	Tener dolor en el cuerpo
Sra. 6	Poder trabajar y no tener dolor.	Dejar de trabajar y tener dolor en el cuerpo.
Sra. 7	Que haya los servicios que necesitamos.	Que nos den el servicio

**Personas P'urhépechas.**

<b>Nombre</b>	<b>Concepto de salud</b>	<b>Concepto de enfermedad.</b>
Sra. 1	Estar feliz, para poder realizar mis cosas.	Estar triste, y no poder trabajar
Sra. 2	Que es lo bueno, no me lastima	Es lo malo y me hace enfermar.

**Entrevistas al personal de salud (Centro de Salud Manuel Pesqueira)**

<b>Nombre</b>	<b>Concepto de salud</b>	<b>Concepto de enfermedad</b>
Administrativo 1 (archivo)	No tener malestar	Tener malestar.
Médico familiar 2	Estar física, emocional y mentalmente bien.	Estar en un desequilibrio físico emocional y mentalmente mal.
Médico Familiar 4	Entiendo que es un estado en la que la persona se sienta satisfecha con lo que tiene, esto implica que el ámbito psicológico social bilógico, lo traten de conservar.	Es que la persona no este satisfecha, es lo contrario de lo que te acabo de decir, porque te lo digo así, porqué puede ser el caso de que alguien este enfermos de una enfermedad crónica, pero si lleva los cuidaos pertinentes y trata de preservarse

		equilibrado pueda sentirse sana, también se da el caso de que hay personas que emocionalmente están mal y se decaen y se sienten enfermas.
Sujeto 5 (Médico Familiar)	En los libros dice, que salud es la ausencia de la enfermedad o el bienestar bio-psico-mental y social, entonces este también será el mío, entonces sería bio-psico-mental-social y biológico	Es cualquiera que altere estos rangos.
Médico Familiar 6	La definición de la OMS, que no sólo abarca el aspecto biológico sino también aspecto físico, psicológico y social del humano, simplemente el ser humano integral. La salud hacer que las personas restablezcan su equilibrio fisiológico de la normalidad en esenciales	No es más que la pérdida de ese equilibrio, si la gente le dicen no tengo dinero para medicamentos, alimentos etc., nos damos cuenta que cuestión socio económica determina en última estancia que se pudiera ejercer una acción en salud y restituir la salud de la gente que no la ha perdido y no solo es la salud física, si no, también tiene que ver el aspecto social, económico y cultural; y también psicológico que es el que maneja las emociones de sentimientos y emociones.

Fuente: elaboración propia, testimonios de las entrevistas a grupo focal y entrevistas a profundidad en indígenas y el personal del Centro de Salud Manuel Pesqueira.

La clasificación es de acuerdo con grupo indígena al que pertenecen y al tiempo que llevan radicando en el DF, influye en la cosmovisión de salud y la enfermedad, partiendo de estas ideas, podemos saber cómo cuidan y atienden su salud.

Mientras que en el personal de salud, sus conceptos están basados a lo científico-teórico, ya que cuentan con una preparación académica que les da el sustento teórico que les permite argumentar lo que es la salud y la enfermedad, pues la formación que tienen está apegada al Modelo Médico Hegemónico. Ejemplo de ello es: cuando tuvimos la oportunidad de entrevistar al sujeto 5 médico familiar, nos comenta que es importante tomar en cuenta los modos de curación de los indígenas, pues les ha funcionado por mucho tiempo, pero al momento de entrevistarla la doctora nunca nos miró a la cara para tener un contacto visual, estaba llenando los papeles de los siguiente paciente que tenía, también nos dijo que si era rápido ya que tenía muchos pacientes.

Gracias al análisis de las experiencias con las personas entrevistadas es importante la elaboración de propuesta para poder cumplir con lo establecido en los diferentes Instrumentos ya mencionados y así poder ampliar e incluir conceptos conforme a la cosmovisión de Indígenas para que la universalidad en salud sea más amplia y esté al alcance de toda la población sin excluir a la población Indígena, cubriendo el acceso a los servicios de salud y sus cuatro dimensiones.

## Capítulo VI

### Propuesta

Con lo que obtuvimos de información y lo analizado proponemos la siguiente propuesta.

Es fundamental cumplir con lo establecido en la declaración de Alma Atta. (atención primaria como estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud), para mejorar el impacto clínico y educativo en los sistemas de primer nivel (esto ayudará al impacto y eficiencia de los servicios de salud), de igual manera hay que tomar en cuenta los servicios públicos como el agua potable, el servicio de recolección de basura y la, vivienda entre otros, que influyen en la salud-enfermedad de las comunidades en un mismo espacio, la ampliación de la cobertura de estos servicios y recursos terapéuticos, también incrementan la satisfacción del usuario.

Esto se podrá hacer posible con la medida de que se establezcan redes de comunicación horizontal que permita escuchar y entender al otro, es decir, comunicación bi-direccional, y que ese otro también pueda escuchar y comprender con respeto y valores, conceptos, percepciones y propuestas para mejorar el sistema nacional de salud; por igual se respetan los derechos culturales de cada persona y se ve favorecido el desarrollo de los vínculos entre ambas medicinas.

Así, una propuesta encaminada desde la mirada de Promoción de la Salud que de origen a un sistema ordenado y articulado de explicaciones y prácticas, en la cual también se pueden ver reflejadas acciones, como es la construcción social de oportunidades en indígenas y puedan ejercer un control sobre el proceso individual, colectivo que les permita desarrollar capacidades para tomar mejores decisiones entorno a su salud y puedan tener una mayor calidad de vida.

Para que esto sea posible las siguientes estrategias están pensadas en ir mermando esta problemática junto con las líneas de acción, y están escritas en un orden de importancia que consideramos conveniente para que se pueda hacer exigible el derecho a la salud

### **Estrategia 1**

- Promover en las comunidades indígenas talleres sobre Derechos Humanos.

### **Línea de acción**

Promotores (a) de la Salud, impartan talleres de la exigibilidad de los Derechos Humanos, basados en los derechos a la salud, con la finalidad de que indígena conozca de las leyes o artículos que tengan relación con la misma, pudiendo hacer valido tal derecho al Estado parte.

El tema de los derechos es fundamental para la exigibilidad al Estado para que realmente se lleven a cabo, es de importancia que Indígenas conozcan la existencia e información de los diferentes instrumentos que los protegen como parte de la ciudadanía. Para que Indígenas dejen de ser poblaciones vulnerables en comparación a otras poblaciones y alcanzar el reconocimiento de los pueblos es importante el acceso a la información de dichos derechos e instrumentos; así incorporar nuevas dimensiones de análisis de las problemáticas a las que se enfrentan los indígenas principalmente en salud.

## **Estrategia 2**

- Sensibilizar a indígenas para realizar los trámites que se requieren, para poder tener acceso al servicio de salud.

### **Línea de acción**

Promover la participación de indígenas en la asistencia médica de la secretaria de Salud.

Para lograr la cobertura en estas poblaciones que se encuentran radicando en el D.F. y cumpliendo con lo establecido en el cumplimiento de documentación para poder contar con la gratuidad o el seguro popular, también puedan ser parte de la universalidad en el derecho y acceso a los servicios de salud, aprovechando la modificación de las estructuras propuesta en un marco legal sobre el acoplamiento de la estructura a los establecimientos, bienes y servicios en salud pensada también para los indígenas que asisten a los servicios médicos de las unidades

## **Estrategia 3**

- Fomentar la participación de indígenas de las mismas comunidades, para que colaboren en los establecimientos de salud.

### **Línea de acción**

Capacitar a las personas indígenas, para que colaboren en la consulta médica con los doctores, y aprovechar las experiencias y conocimientos de la población sobre la medicina tradicional.

Para lograr una visión pluralista al interior del Sistema de salud para alcanzar una totalidad en todas poblaciones y comunidades que radican en la ciudad, ya que la población a través de sus distintos elementos terapéuticos provenientes de diversas culturas y tradiciones que quedan fuera del alcance de los médicos hegemónicos.

#### **Estrategia 4**

- Realizar un censo de población en las 16 delegaciones, para conocer cuántos grupos de indígenas hay y focalizar el acceso al servicio de salud.

#### **Línea de acción**

De acuerdo a los grupos indígenas que haya en las diferentes delegaciones, acondicionar el establecimiento de salud, y capacitar al personal de salud para atender a esta población.

El censo poblacional es primordial con el fin de detectar a cada grupo asentado en una de las 16 delegaciones y así lograr que cada delegación enfoque y focalice su atención solo a las poblaciones enmarcadas en la periferia poblacional de la zona delegacional, con el fin de lograr la erradicación de discriminación en grupos o personas vulnerables pertenecientes a una comunidad Indígena es importante el reconocimiento de salud como parte de sus derechos, para alcanzar una equidad y universalidad en el SNS, esto será posible con la capacitación al personal de los diferentes centros de salud, el acondicionamiento de los establecimientos, bienes y servicios para cumplir con la universalidad que marca la secretaria de salud, esto con relación a los grupos de indígenas que asisten a cada uno de los centros de salud, conforme al grupo que se encuentre asentando en una de las 16

delegaciones de la ciudad, con el fin de lograr una interacción adecuada, proporcional y equilibrada entre el personal de cada centro de salud e indígenas que asisten a la atención en salud.

## **Estrategia 5**

- Promover entre el personal de salud incentivas, cuando realicen un trabajo adecuado (respetuoso, con ética y valores), con personas o comunidades indígenas.

### **Línea de acción**

El personal de salud deberá dar un servicio al indígena, respetuoso de sus creencias, sin discriminación, brindando la información adecuada y oportuna, y ofreciendo la pronta recuperación o rehabilitación según sea el caso.

Para que la calidad en la atención sea parte de las metas del SNS, médicos hegemónicos consideran que se debe de romper con el paradigma de que solo se ve al paciente como un objeto de estudio y/o práctica, la interrelación en atención sea primordial y la cantidad sea solo parte del proceso a la atención, y el pensamiento relacionado a que solo los médicos saben y los pacientes no. Así creando un panorama e interrelación amplia, con valor, respeto, abierto al reconocimiento de otros conocimientos; creando prácticas médicas multidisciplinarias por las fragmentaciones existenciales, según le etiología de la enfermedad, ya que dependiendo de su forma de ver los causales que les genera tener o recaer en la enfermedad son conforme a su historia cultural, cultura, creencias, tradiciones.

## **Estrategia 6**

- Entender la salud y la enfermedad con relación a la cultura de cada comunidad, con la comprensión y respeto que merecen todas las personas.

### **Línea de acción**

Lograr que los sistemas de salud (de primer nivel) en donde acuden indígenas, operen de acuerdo a valores y creencias con respecto a las diferentes culturas que hay alrededor de los tipos de prácticas que pueden ser articuladas. Es decir, formación y actualización del personal de salud en la atención a grupos indígenas, como nuestro caso.

Para que el Sistema de Salud Hegemónico o científico también aprenda de los métodos de curación que los indígenas practican en sus pueblos de origen, es importante el reconocimiento epistemológico de los saberes y conocimientos y herramientas tradicionales como parte de una estrategia para fortalecer una relación respetuosa, permitiendo un pluralismo epistemológico y un dialogo horizontal entre la medicina tradicional y científica para que se logre un avance de manera conjunta en la comprensión de las prácticas médicas.

## **Estrategia 7**

- Promover los insumos necesarios en materia de salud, a las instituciones que pertenezcan a la Secretaria de Salud, para que pueda existir una accesibilidad al derecho a la salud.

### **Línea de acción**

El Estado parte o las autoridades competentes deberán de hacer posible, que en las instituciones de salud que corresponden a la secretaria cuenten con: (material

necesario para las determinadas emergencias que se presenten en los diferentes niveles de salud, contar con los medicamentos en farmacia que requieran los médicos para recetar, contar los estudios de gabinete que requiera el paciente, y fomentar incentivos en el personal de salud para que brinde un mejor servicio), ya que esto solo es parte de la exigibilidad del derecho, es decir, el Estado se ha comprometido a brindar el servicio de salud de calidad en los diferentes tratados, leyes y artículos.

La propuesta está diseñada que se haga exigible primeramente la universalidad en salud, esa de la que el gobierno del sexenio del Presidente Felipe Calderón hablo durante su mandato, y que posteriormente la nueva administración de Enrique Peña sigue vigente, en segundo lugar que los tratados, pactos y leyes sean de igual manera exigibles para indígenas, que implemente propuestas o se trabajen en las que ya están hechas en la Secretaria de Salud, las cuales son viables, pero aún no hay mejoras notables en salud.

## **Conclusiones**

La extensa bibliografía producida en los últimos años acerca de la situación de los indígenas en México muestra que mantienen, en general, peculiaridades culturales que los distinguen claramente de los demás grupos de la sociedad y de los sectores a los que habitualmente se está acostumbrado a relacionarse. Son muchos los rasgos asociados con esa peculiaridad cultural, en donde se ven afectados y violados los derechos en materia de salud de los indígenas.

Es necesario mencionar que se llegó a la realización de dos conclusiones las cuales tocan temas importantes que forman parte de la problemática que se ha venido exponiendo.

### **Conclusión 1**

La accesibilidad a servicios de salud en nuestro país, para que puedan acceder las personas indígenas está presente, pero no se ve reflejado con hechos visibles en la actualidad, ya que la seguridad social en salud está fragmentada, pues existen distintos prestadores de servicios de salud como son: (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA entre otros), los cuales abarcan a ciertas poblaciones dejando fuera a todos a aquellos que no son parte de un trabajo formal que les garantice la seguridad social.

El Seguro Popular de Salud es el único que protege a la población abierta, es decir, quien no cuenta con una seguridad social, brindándoles sólo un paquete básico de servicios y medicamentos y dejando de lado la universalidad en salud, la que el Estado dice que hay.

En el marco de la Legislación Nacional en la que se establece que se debe de brindar los servicios necesarios para proteger, promover y restaurar la salud de la

población Mexicana y en concordancia con los ejes establecidos en el marco internacional que deben de asegurar la integridad del ser humano, caso particular del ejercicio pleno del Derecho a la Salud; con esto el gobierno Mexicano queda comprometido al adquirir responsabilidades y deberes en función de sus obligaciones con la población, pero la realidad es otra, ya que los servicios médicos que se prestan tanto a nivel federal como a nivel local son deficientes debido a la falta de recursos, pues hay saturación, no se cuentan con los medicamentos indispensables ni con el personal para brindar la atención adecuada y necesaria; limitando la atención que se brinda dentro de los consultorios por la normatividad establecida en cada Centro de Salud, donde ahora la prioridad es cubrir un número de pacientes al día, dejando de lado el sentir humano de los pacientes.

Enfocando esta situación con las personas indígenas, es más complicado, porque se rompe la posibilidad de crear una relación empática principalmente del médico hacia el indígena, el modelo que los médicos adoptan desde su formación académica y científica no les permite tomar referencia de alguna otra forma de percepción sobre el proceso salud- enfermedad dejando de lado la posibilidad de tomar en cuenta la cosmovisión con relación a la cultura de cada comunidad.

En síntesis podemos decir que el concepto de Derecho a la Salud va más allá del estado de sanidad que una persona presenta y la atención que deban de recibir en caso de enfermedad.

Con lo mencionado podemos decir que el Derecho a la Salud es considerado como un derecho fundamental humano, inherente a la vida y dignidad humana donde cada persona debe de gozar de este derecho; ejerciendo en todo momento el principio de no discriminación por creencia y cultura.

No cabe duda la importancia que un buen estado de salud físico y mental implica en el desarrollo integral de las personas, sobre todo a la accesibilidad y disponibilidad de los servicios de salud, algo que nuestro país aún se encuentra muy descuidado pues en la mayoría de los casos, la calidad de los servicios brindados no es la necesaria y adecuada conforme a las poblaciones indígenas.

Por todo lo anterior es esencial retomar lo establecido en la Ley General de Salud del Distrito Federal en el **artículo 3º fracción I habla de Universalidad: La cobertura de los servicios de salud que responda a las necesidades de salud de toda persona para hacer efectivo su derecho a la protección a la salud.** Ya que los resultados arrojados en la investigación apuntan a que realmente no se está cumpliendo con lo establecido en dicha ley, remarcando la realidad que se vive dentro del centro de salud en el que se investigó y la percepción que indígenas viven dentro del centro de salud al que no se pudo acceder.

Si bien en el D.F, existe la Ley General de Salud y el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos que protegen a Indígenas al asegurar una atención médica y medicamentos con el simple hecho de ser residentes del D.F, sin importar contar con documentación que acredite dicha residencia; los datos que arrojaron las entrevistas se ve reflejado todo lo contrario, una de la principales barreras para el acceso a los servicios de salud y que se enfrentan Indígenas P'urhépechas, es precisamente está por no contar con una residencia fija se les niega la atención médica.

Así también lo escrito en el art. 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Art. 12 del PIDESC junto con la Observación General n°14 (la accesibilidad y sus 4 dimensiones), entre otros, esto nos da panorama, de que aún no ha tenido solución la problemática en cuanto a la accesibilidad a los servicios de salud, al contrario, cada vez existe más discriminación, la desigualdad social, la subordinación por parte de la Secretaria de Salud encargada de proteger a

poblaciones vulnerables. Provocando una controversia entre lo establecido en leyes y la realidad.

Los indígenas son los más afectados desde el primer nivel de atención, en donde se ven implicadas las relaciones de poder entre el personal y el indígena, lo que llamamos la relación médico-paciente, que por consecuencia origina la hegemonía y se ve reflejado desde un doxa básico los médicos saben y los pacientes no saben, teniendo que subordinarse a sus prácticas.

El art. 100 de la Ley General de Salud del D.F, se ve violado el derecho a llevar las prácticas de sus pueblos originarios, el aprendizaje y reproducción de sus métodos de curación juega un papel importante en el sentido común, que lo construyen los indígenas, como reacciones inconscientes y espontaneas de pensamiento que requieren experiencias elementales como antecedente e incluyen representaciones profundas de valor simbólico; y poco a poco lo van transformando en conocimiento popular, que lo transmiten de generación en generación.

Este tiene un valor ante la realidad, ya que cuenta con un contenido histórico que da cuenta de hechos que han pasado y tienen una explicación, en el campo de la salud estos hechos forman parte de la cosmovisión del indígena que codifica y significa, para posteriormente dar una solución, la validación que determinado grupo social da para responder a sus problemáticas, esta forma de conocer el mundo trasciende ya que es parte cultural de los grupos sociales y han funcionado en su núcleo donde se desarrollan, por otra parte la invasión de la tecnología ha desacreditado toda esta parte y volvemos a lo anterior imponiendo todo aquello que es científicamente comprobable con mediciones y parámetros, los hechos históricos y las vivencias quedan de lado.

Partiendo de la idea que los indígenas cuentan con determinados rasgos culturales bien diferenciados, y aquellos que se encuentran radicando en D.F, tienen que acoplarse a la situación y al medio en el que se encuentran, en torno a la salud ellos poco pueden hacer al querer recuperar tradiciones y comportamientos de sus lugares de origen

Ya que el Sistema de Salud de nuestro país, es complejo, y a pesar que la accesibilidad está pensada en personas vulnerables, etnias, indígenas etc. La realidad es que está escrita para personas que viven en la ciudad, no se cuenta con los espacios físicos acondicionados para indígenas, así como información adecuada y apta.

Para que se facilite el acceso y sean respetados sus Derechos, no lo es, simplemente la Secretaría de Salud con los requisitos para el trámite del Seguro Popular de Salud se ve presente para la atención al primer nivel que son los centros de salud, pero no garantizan un acceso real para la atención en segundos y terceros niveles, la razón o motivos de rechazo no resuelve las necesidades de los indígenas que solicitan el acceso a la atención, pues existen barreras que están asociadas con las deficiencias en las instituciones, y estas son originadas por la falta de recursos y la mala asignación de los mismos, que nos da como consecuencia, que los indígenas al no tener el acceso y la atención en un servicio público acudan a los servicios privados, teniendo que desembolsar parte del porcentaje del gasto de bolsillo de las familias, lo que las reformas y políticas de salud implementadas tratan de evitar, pero la realidad muestra que siguen presentes al igual que la desigualdad social en poblaciones vulnerables.

## Conclusión 2

Es necesario mencionar que la desigualdad social en indígenas, se ve reflejada en barreras como la infraestructura de las instituciones de salud, El simple hecho de que los centros de salud el Distrito Federal no son accesibles para indígenas, y como ya fue mencionado en capítulos pasados el Distrito Federal alberga un número considerable de poblaciones indígenas, quienes no pueden acceder por qué las inmediaciones, no son entendibles para ellos lingüísticamente y consideramos que es una de las barreras más importantes en la que comienza un círculo vicioso porque está implicada la inequidad, desigualdad, rechazo.

Es cuando se cuestiona al Estado cuando dice “Universalidad en Salud”, solo está dando paliativos a la población que depende del Seguro Popular de Salud que ofrece la Secretaria de Salud, pues en este concepto que se dice facial y se repite cada vez más por el las autoridades, podemos ver con los resultados que se obtuvieron durante la investigación la accesibilidad está presente, pero no se lleva a la práctica son pocos los indígenas que pueden decir que la accesibilidad al servicio médico le ha cubiertos sus necesidades, incluso nos atrevemos a decir que pudiera existir una confusión en esta parte, porque podría dar cabida a que se genere un estado de conformismo y que los servicios que les otorgan son ganancia.

También personal de salud, apropia como natural esta parte, pues si no todos la gran mayoría brinda el servicio de mala calidad llevando al paciente indígena por el estado de la conformidad, hay que señalar que médicos y demás personal hacen lo que pueden con los recursos que el estado les da. Y nuevamente volvemos a lo mismo y esto solo es una mínima fracción de la problemática en salud y es una causa que permite decir que la universalidad solo es una palabra para nuestro sistema.

Queda un largo recorrido para la completa satisfacción, protección y garantía del Derecho Humano a la salud, consecuencia del factor de la disponibilidad de los recursos necesarios que disponga el Estado, aunque en realidad lo que se debe buscar es el reconocimiento de la interdependencia existente entre los derechos humanos, ya que no es suficiente que se nos garantice y proteja el derecho a la vida o a la integridad física, si una de las realidades es que las personas indígenas puedan enfermar de un padecimiento crónico, por la falta de acceso a los servicios de salud no puedan restablecer su estado físico.

Es importante que no solo se vea en cuestiones de enfermedad, si no que la accesibilidad se ve afectada porque el personal de salud, consideran que el centro de salud, es para orientar a las personas a cuidar su salud y evitar que enfermen., esta parte es importante pero hay que recalcar que también se deben de considerar que es parte de la prevención y si alguien enferma tienen la obligación ética y moral de atenderlo y darle seguimiento.

Tal parece que las reformas en salud que son implementadas en nuestro país están pensadas en enfrentar los retos de mejorar la equidad/calidad e igualdad de los servicios, pero en los hechos es distinto, ya que se manejan en distintas vertientes beneficiando solo a unos cuantos pues crean condiciones para que la población pueda acceder a los bienes y servicios de salud correspondientes la cual depende de su capacidad de pago y supuesta mente es ahí donde está el ACCESO UNIVERSAL, estimulan a la participación de los ciudadanos en los diferentes niveles socioeconómicos asumir la responsabilidad de su salud, pero cuando hacen exigible el derecho a la salud no hay los insumos necesarios, generan nuevos sistemas de salud mejor capacitados para atender a la población ligadas a la transición demográfica y epidemiológica, pero cuando la población demanda atención se les es negada.

La complejidad de la estructura del sistema de salud, está ligada a la mala distribución, dejando en las manos de las clases dominantes para hacer efectiva y garantizar la estabilidad de la estructura de las clases sociales y los grupos hegemónicos, con el objeto de perpetuar las clases sociales que se relacionan con la explotación de la clase baja.

Sin embargo, cuando se trata de dar respuesta a ciertas demandas de la clase baja-pobre, debido a la presión que sobre él ejerce la lucha de clases en un momento histórico determinado, así como por las necesidades del mismo desarrollo económico y realiza concesiones su actuación estaría más bien en función de garantizar que la lucha de la clase baja no desborde los límites mismos de tolerancia del sistema. (Laurell; A; C; 1982)

Formando más represión, en la salud la clase dominante ve la enfermedad como un precursor que dejara ganancias monetarias, convirtiendo al paciente en cliente, Inclusive médicos son los principales autores que se prestan para recrear esta parte, ya que ellos son los principales beneficiarios de convertir la salud y la enfermedad en negocio cobrando cuotas elevadas en los diferentes procedimientos que realizan. Bien lo podemos ver en las entrevistas que se realizaron con los indígenas, ellos pagan por su salud en medicamentos, consulta, curaciones entre otros gastos que se generan en la asistencia médica.

## **Bibliografía**

Aguirre – Beltrán, G; (1967) Regiones de refugio México: Instituto Nacional Indigenista Interamericana.

Austin, L ;A; (1996) Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas, 2 vols. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Aguirre – Beltrán, G; (1994). Antropología Médica, Fondo de Cultura Económica- Instituto Nacional Indigenista – Universidad Veracruzana México.

Armalegos, G; Brown, (2005). Evolutionary historical and political; economic perspective on health disease. Social Universidad de Puerto Rico.

Bourdieu, P y Wacquant, L (1992). An Invitation to reflective sociology. London Polity press.

Castro R; (2000). La vida en la adversidad, el significado de la salud y la reproducción en la pobreza UNAM, Centro Regional de Investigaciones.

Castro R; (2011). Teoría Social y Salud. Universidad Nacional Autónoma de México.

Colomer C; Álvarez C. (2000). Promoción de la Salud y Cambio Social. Barcelona España.

Chápela C; (2013). Promoción de la Salud y emancipación. Universidad Autónoma Metropolitana.

Gallardo J (2002). Medicina Tradicional P'urhépechas. Colegio de Michoacán. Universidad Indígena Intercultural.

Gallardo J (2002). Medicina Tradicional P'urhépechas. Colegio de Michoacán. Universidad Indígena Intercultural. P 342

García M; (2004). Salud Comunitaria y Promoción de la Salud. Universidad de la Ciudad de México.

Gramsci; A; (1975). Obras de Antonio Gramsci. México Juan Pablo vol. 13.

Gutiérrez; V;(1985) Medicina tradicional. Magia, Religión y Curanderismo. Editorial Presencia Ltda. UNAL Medellín. Volumen II. P. 9-30

Jardón Ana M; (2004). 500 Años de Salud Indígena. Miguel Ángel Porrúa. Participación de La Cámara De Diputados LIX Legislatura.

Jarillo E; (2007). Temas y Desafíos de Salud Colectiva. Salud colectiva.

Menéndez E; (1990). El Modelo Médico Hegemónico, Estructura, Función y Crisis, en Morir de Alcohol y Hegemonía Médica. México.

Restrepo E. (2001) Promoción de la Salud: Cómo construir una vida saludable. Bogotá Colombia

#### **Referencias de internet.**

Sergio Lerín Piñón. (2004). Desafíos de la salud intercultural, Desacatos, Centro De Investigación y estudios Superiores en Antropología Social DF. Sitio web:[www.ops.org.bo/textocompleto/pi31818.pdf](http://www.ops.org.bo/textocompleto/pi31818.pdf)

Sergio Lerín Piñón. (2004). Antropología y Salud Intercultural Desafíos de una Propuesta, Redalyc, Centro De Investigación y estudios Superiores en Antropología Social DF. Sitio web:  
[www.redalyc.org/articulo.oa?id=13901607](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13901607)

<https://www.clubensayos.com/Temas-Variados/Medicina-complementaria-y-alternativa/3597060.html>

## **Leyes**

Pacto Internacional de los Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC).  
Observación General Número 14 Artículo 12<sup>o</sup>

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), Artículos 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup>,  
4<sup>o</sup>.

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal Artículos 39<sup>o</sup>

Ley de Planeación. Artículos 2<sup>o</sup>

Ley General De Salud. Artículos 1<sup>o</sup> 2<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup>, 5<sup>o</sup>, 53<sup>o</sup>

Ley General de Salud Del Distrito Federal Artículos 3<sup>o</sup> 4<sup>o</sup> 5<sup>o</sup> 100<sup>o</sup> 101<sup>o</sup>

## **Programas.**

Programa de Medicamentos y Servicios Médicos Gratuitos del Distrito Federal.

## **Conferencias de Promoción de la Salud.**

### **Carta de Ottawa 1986.**

[www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2\\_carta\\_de\\_ottawa.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf)

fecha de consulta 01/08/2016

### **Informe Lalónde 1974**

<https://saludypoesia.wordpress.com/2014/01/24/informe-lalonde/> fecha de

consulta 01/08/2016

**Alma Ata 1978**

[www.alma-ata.es/declaraciondealmaata/declaraciondealmaata.html](http://www.alma-ata.es/declaraciondealmaata/declaraciondealmaata.html) fecha de consulta 01/08/2016

**Adelaida Australia 1968**

[www.who.int/social\\_determinants/spanish\\_adelaide\\_statement\\_for\\_web.pdf](http://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf) fecha de consulta 01/08/2016

**Sundvall Suecia 1991**

[www.ilustrados.com/.../conferencias-internacionales-promocion-salud-realizadas-hasta](http://www.ilustrados.com/.../conferencias-internacionales-promocion-salud-realizadas-hasta) fecha de consulta 01/08/2016

**Yakarta Indonesia 1997**

[ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/documentos/.../declaracion de yakarta 97.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/documentos/.../declaracion_de_yakarta_97.pdf) fecha de consulta 01/08/2016

**Ciudad de México 2000**

[www.ilustrados.com/.../conferencias-internacionales-promocion-salud-realizadas-hasta](http://www.ilustrados.com/.../conferencias-internacionales-promocion-salud-realizadas-hasta) fecha de consulta 01/08/2016

**Bangkok Tailandia 2005**

[www.who.int/healthpromotion/conferences/6qchp/BCHP\\_es.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6qchp/BCHP_es.pdf) fecha de consulta 01/08/2016