

Ana María
Victoria Jardón

500 años de
salud
indígena



500 años
de salud
indígena

Ana María
Victoria Jardón

500 años de salud indígena



CONOCER
PARA DECIDIR



La H. CÁMARA DE DIPUTADOS, LIX LEGISLATURA,
participa en la coedición de esta obra al incorporarla
a su serie CONOCER PARA DECIDIR

Primera edición, diciembre del año 2004

© 2004

ANA MARÍA VICTORIA JARDÓN

© 2004

Por características tipográficas y de diseño editorial
MIGUEL ÁNGEL PORRÚA, librero-editor

Derechos reservados conforme a la ley
ISBN 970-701-536-5

IMPRESO EN MÉXICO



PRINTED IN MEXICO

www.maporrúa.com.mx

Amargura 4, San Ángel, Álvaro Obregón, 01000 México, D.F.

*A Elena Jardón Sandoval
y Patricia King Rosencweig
por su apoyo permanente
y creer en mí todo el tiempo*

Introducción

LOS MÁS de 57 grupos indígenas de México han luchado por conservar su identidad, incluso antes de la conquista de Mesoamérica por España. Esta identidad está matizada a su vez por la intervención de factores múltiples que alteran su grado de cohesión a su grupo. Los indígenas efectivamente viven en conjunto, tienen un mismo origen étnico y generalmente hablan un mismo idioma y tienen una tradición común, lo que ha determinado una vida económica, una forma de pensar y en conjunto una cultura, que se enfrenta diariamente a la interacción con el resto de la población.

En estos grupos se distinguen motivos humanos comunes para mantener una red de relaciones al interior del grupo,¹ que persisten a pesar de que dejen de residir en el mismo lugar, lo que permite que subsistan las relaciones y el delicado equilibrio que les ha permitido sobreponerse a la presión social externa de cientos de años.

La imagen indígena actual, es producto de más de 500 años de esfuerzo por preservar sus costumbres y la dignidad de las viejas culturas indígenas en un ambiente no favorable, lo que ha perpetuado

¹M.M. Ferrer y L.M. Bono, *Pueblos indígenas y Estado nacional en México en el siglo XIX*, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1998, 700 pp.

algo llamado "el problema indígena"² que se denominó así desde la Conquista.

En los siglos xv y xvi en la Nueva España los europeos se encontraron con poblaciones indígenas que para ellos eran un problema, en que al indígena no se le podía hacer trabajar para provecho del conquistador, entonces la población simplemente fue eliminada; en regiones en que se encontró una población organizada en tal forma que podía ser explotada, el indígena fue conservado.³ A lo largo de los años de colonización, independencia, revolución y época contemporánea, han resultado regiones del país donde no hay "problema indígena" debido a que la población original fue expulsada o desaparecida.

Sin embargo, el "problema indígena" es para los indígenas un problema de desigualdad de oportunidades, marginación y esfuerzo diario por mantener un sistema de vida, incluso en contra del racismo⁴ por ser "indio"⁵ y demostrar su capacidad.

...para un hombre como yo, que desde su niñez conoció la palabra indio como sinónimo de tonto, de hombres o mujeres morenos de baja estatura que viven en una comunidad apartada, lo indio existe como algo que lastima, que nos hace sentir menos, que levanta resentimiento contra todos los que consciente o inconscientemente lo pronuncian con su palabra y con sus hechos. Pero lo indio sólo nació en mí cuando conocía al otro, al que me trató como tal; porque entre nosotros, los del mismo pueblo, lo indio no existe, sino hasta que uno ha interiorizado ese menosprecio, ese sentimiento de querer lastimar.⁶

²"...¿Cuáles son las causas que han motivado el que no sólo México, sino otras muchas naciones del continente americano inclusive los Estados Unidos, tengan en estos momentos lo que podemos llamar el problema indígena?...". Alfonso Caso, "Antecedentes históricos del problema indígena", tercera conferencia dictada en El Colegio Nacional el 21 de mayo de 1956 en A. Caso, *De la arqueología a la antropología*, UNAM, México, 1989, p. 155.

³*Idem.*

⁴"...Tantos años de exaltación de corte nacionalista de la cultura indígena, no nos ha permitido ver que la sociedad está teñida de racismo que domina, discrimina y desprecia a los mexicanos por sus aspectos físicos, color de piel, tipo y color de pelo, estatura, y que se atribuyen arbitrariamente a la raza indígena...", Roger Bartra en I. Melgar, "Condenados al racismo", *Reforma*, 12 de octubre de 2000, México, p. 8-A.

⁵M.T. del Riego "Día de la raza. Indio: el insulto favorito", *Reforma*, México, 12 de octubre de 2000, 7-A.

⁶M.M. Ferrer y L.M. Bono, *op. cit.*

Desde el punto de vista jurídico, el grado de reconocimiento a los indígenas ha sido variable desde la Conquista; sin embargo, en lo general, los indígenas "no se habían reconocido como entidades específicas, diferenciadas y diferenciables del resto de la sociedad",⁷ esta situación comienza a modificarse con los avances legislativos y el reconocimiento de comunidades, pueblos o naciones indígenas (véase cuadro 1).

CUADRO 1
COMPARACIÓN ENTRE VARIABLES QUE INTEGRAN
COMUNIDAD, PUEBLO Y NACIÓN⁸

Variable	Comunidad	Pueblo	Nación
Contenido central	Conjunto o asociación de personas	Conjunto de personas	Conjunto de personas
Característica particular	Mismos intereses	Mismos intereses aunque no residan en un mismo país o sean errantes	Mismo origen étnico y que generalmente hablan un mismo idioma y tienen una tradición común
Relación con etnia	Presente lenguaje, cultura y conciencia de grupo	Presente lenguaje, cultura y conciencia de grupo	Presente lenguaje, cultura y conciencia de grupo y además relacionada con identidad, mito, memoria y destino ⁹
Sinónimo		Comunidad-nación	

Fuente: Interpretación libre basada en M.M. Ferrer y L. Bono, *Pueblos indígenas y Estado nacional en México*; C.V. Anaya, *Diccionario de política, gobierno y administración pública municipal*; R.N. Adams, *Etnias en evolución social*; A. Yáñez, *La formación política*; U. Cerroni, *Política. Método, teorías, procesos, sujetos, instituciones y categorías*; R. Olmedo, *Diccionario de la administración pública municipal*.

Los enfoques de las instituciones gubernamentales, sociales y las propias indígenas para mejorar la calidad de vida de los

⁷B.M.C. Oehmichen, *Reforma del Estado. Política social e indigenismo en México. 1988-1996*, UNAM-III, México, 1999, 259 pp.

⁸C.V. Anaya, *Diccionario de política, gobierno y administración pública municipal*, Gobierno del Estado de Tlaxcala, Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública, A.C., México, 1997.

⁹R.N. Adams, *Etnias en evolución social*, Universidad Autónoma Metropolitana, México, 1995, 439 pp.

grupos son muy diferentes, lo que ha determinado que la actuación y programas hayan sido orientados con buena voluntad, pero con resultados variables y efectos culturales diversos. "...nosotros los mexicanos actuales, tenemos la obligación, una obligación ineludible, si queremos no sólo ser justos, sino también ser hombres modernos, capaces de tener sensibilidad frente a un problema que se refiere a más de la décima parte de la población del país."¹⁰

La población indígena tradicionalmente se ha mantenido en una situación marginal,¹¹ pese a que a lo largo de más de 60 años se ha buscado integrarla paulatinamente a parámetros preestablecidos de bienestar y desarrollo, entre los que se encuentran las políticas de salud. En ese aspecto, los indígenas tienen rezagos importantes, existe una prevalencia de enfermedades infecciosas, problemas del embarazo y parto, desnutrición y progresivamente se han ido integrando otras enfermedades de tipo crónico y degenerativo.

La política gubernamental de salud ha tratado de brindar servicios en forma homogénea para todas las poblaciones y ha tratado de adecuarse a los ámbitos urbano, rural e indígena. Sin embargo, las características culturales y étnicas de las comunidades han sido consideradas sólo parcialmente y no se han diferenciado en el ámbito rural entre los mestizos y los indígenas para la prestación de servicios.

Entre los factores que hacen persistir la marginación de los grupos indígenas mexicanos, se encuentran el desequilibrio y el rezago económico y social si se comparan con la media nacional; esto, si bien es notorio en las ciudades, resulta mucho más marcado en las zonas rurales. En este sentido no hay defini-

¹⁰Alfonso Caso, "Indigenismo I", primera conferencia dictada en El Colegio Nacional el 7 de mayo de 1956, en A. Caso, *De la arqueología a la antropología*, UNAM, México, 1989, p. 141.

¹¹"Modo no completo de integración. Es una condición específica de un sector de la población que no participa en la toma de decisiones y no ostenta el poder; asimismo, se caracteriza por la baja productividad, reducidos ingresos y subempleo", A. Schutter, *Investigación participativa. Una opción metodológica para la educación de adultos*, CREFAL, México, 1981, pp. 41-45.

ciones claras que diferencien claramente los ámbitos rural e indígena y mucho menos que determinen el enfoque de salud dirigido a ellos. Aunque debe reconocerse que ambos grupos se ubican en zonas de dispersión, con un nivel de desarrollo por debajo del nacional, sus condiciones de vida, culturales y de atención son muy diferentes.

Los servicios institucionales de salud, aunque han incrementado su infraestructura y han establecido programas específicos de atención a poblaciones en situación marginal, no han completado acciones integrales que enriquezcan el perfil de salud de los indígenas para elevarla a un nivel similar al de la media nacional. Las condiciones de vida en los grupos indígenas se caracterizan por un elevado número de analfabetas, una baja participación en las actividades económicas redituables, así como condiciones sanitarias y de vivienda deplorables. Todos estos factores influyen negativamente en la salud y, por lo tanto, generan una mayor frecuencia de enfermedad y muerte entre esta población, si se toma en cuenta la gravedad de la situación descrita. Esta investigación se propone el diseño de una política pública de salud orientada a la atención de la población indígena, en ella se presenta un modelo operativo, mismo que permite solventar algunas de las deficiencias observadas en las actividades y programas aplicados en diferentes momentos históricos, incluyendo los vigentes.

La necesidad de establecer políticas de desarrollo social, incluyendo las de salud, ha quedado plasmada en el discurso político desde los años cuarenta. Ha tenido grandes avances, pero se requieren todavía mayores esfuerzos. En 1983 se adicionó el derecho al acceso a la atención de la salud en el artículo 4o. constitucional, lo que constituye un punto de partida en función de la legalidad.

Hacerlo operativo constituye un reto y una necesidad, ya que la inconformidad de los grupos indígenas se viene haciendo cada vez mayor, lo que representa un peligro para la estabilidad del país y no puede postergarse más la solución a la necesidad de justicia

social-humanitaria, estableciendo estrategias que permitan integrar a esta población al avance nacional, hacer cumplir las obligaciones que tienen asignadas las diversas instituciones de salud, educación y servicios de desarrollo social global.

Los objetivos de esta investigación son analizar algunos de los factores que han influido en el acceso a los servicios de salud de los grupos indígenas, conocer la evolución de las formas de atención a la salud institucionales a lo largo de 500 años y brindar elementos para una eventual planeación de salud más acorde con las evidencias de éxitos y fallas de los modelos empleados a lo largo de cinco siglos.

El trabajo se organiza en cinco capítulos y un apartado de conclusiones y recomendaciones.

El capítulo 1, "Elementos para llegar al diagnóstico de la salud indígena en México", está dedicado al planteamiento del diagnóstico de la situación de salud indígena. En él, se establecen los mecanismos metodológicos que caracterizan esta investigación, como el empleo de un diseño retrospectivo para el diagnóstico.

En el capítulo 2, "El indigenismo en el mundo y los grupos indígenas", se analizan los aspectos conceptuales e históricos que dieron origen al "indigenismo". Se aborda en primer término el origen del concepto raza y la ubicación de los 1,733 grupos étnicos clasificados que tienen características propias de cultura y cohesión social.

Se consideran las principales corrientes de acción gubernamental hacia los pueblos tribales (segregación, incorporación e integración) y la evolución de la política internacional sobre asuntos indígenas. Se reportan casos seleccionados de algunos países que han realizado acciones de protección a la población indígena, como Canadá, Estados Unidos, Australia, Nueva Zelanda, República Popular China, Perú, Brasil y Paraguay. Finalmente, se estudian los marcos legislativos internacionales referentes a los grupos indígenas.

En el capítulo 3, "El desarrollo social en México", se analiza y relaciona el concepto de desarrollo social en el contexto

mundial y su aplicación en México; se examinan los diversos programas enfocados al desarrollo y combate a la pobreza aplicados durante los últimos 60 años, y se detallan por épocas (Colonia, época independiente, posrevolucionaria y la actual).

En el capítulo 4, "La política gubernamental indigenista", se analizan los conceptos de indigenismo y política indigenista. En el rubro de desarrollo social se incluye la descripción de las políticas de salud indigenista. En ambos casos se señalan sus antecedentes y evolución hasta el momento actual y el impacto de las acciones realizadas sobre la situación de la población indígena.

En el capítulo 5, "La situación de salud-enfermedad y la atención de los grupos indígenas en México", se analiza la situación de salud y enfermedad de la población indígena a lo largo de tres periodos. El primero corresponde a la época preinstitucional que abarca la precolonial, la colonial, el México independiente, revolucionario y posrevolucionario.

Como segundo periodo se analiza la época institucional, a partir de los años cuarenta, con el surgimiento de las instituciones gubernamentales vigentes, y su participación en la atención de las necesidades de salud de los diversos grupos indígenas.

Finalmente la época actual, que abarca los últimos 20 años, sirve de base para replantear los requerimientos de la salud de los indígenas, así como la opinión de los entrevistados sobre la problemática de salud en sus comunidades de origen, los cambios en el tiempo, recursos de salud y opinión sobre las instituciones de salud.

En "Conclusiones y recomendaciones", que es derivado del análisis de los éxitos y de las deficiencias de los diversos modelos de atención implantados para atender los problemas de salud de la población indígena, se plantea una serie de atributos que requiere un eventual modelo de salud a población indígena.

BIBLIOGRAFÍA

- ADAMS, R.N., *Etnias en evolución social*, Universidad Autónoma Metropolitana, México, 1995, 439 pp.
- ANAYA, C.V., *Diccionario de política, gobierno y administración pública municipal*, Gobierno del Estado de Tlaxcala, Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública, A.C., México, 1997.
- CASO, A., *De la arqueología a la antropología*, UNAM, México, 1989.
- CERRONI, U., *Política. Método, teorías, procesos, sujetos, instituciones y categorías*, Siglo XXI Editores, México, 1997, 191 pp.
- DEL RIEGO, M.T., "Día de la raza. Indio: el insulto favorito", *Reforma*, México, 12 de octubre del 2000, p. 7-A.
- FERRER, M.M. y L.M. Bono, *Pueblos indígenas y Estado nacional en México en el siglo XIX*, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1998, 700 pp.
- MELGAR, I., "Condenados al racismo", *Reforma*, 12 de octubre de 2000, México, 8-A.
- OEHMICHEN, B.M.C., *Reforma del Estado. Política social e indigenismo en México. 1988-1996*, UNAM-IIA, México, 1999, 259 pp.
- OLMEDO, R., *Diccionario de la administración pública municipal*, Comuna, México, 1997, 172 pp.
- SCHUTTER, A., *Investigación participativa. Una opción metodológica para la educación de adultos*, CREFAL, México, 1981, pp. 41-45.
- YÁNEZ, A., *La formación política*, Fundación Colosio-Miguel Ángel Porrúa, México, 1997, 95 pp.

Elementos para llegar al diagnóstico de la salud indígena en México

INTRODUCCIÓN

En este capítulo se presentan los aspectos conceptuales que articulan la elaboración del diagnóstico de salud indígena y se revisan los aspectos metodológicos, así como los procedimientos empleados en la recopilación de tal información, mismos que son necesarios para sustentar el análisis de este trabajo así como del modelo que se propone.

La aproximación a la salud indígena y la búsqueda de mejoras, es un campo en el que se pueden hacer aportaciones creativas y con posibilidades de éxito. Los aspectos metodológicos del proyecto han sido desglosados en un diagnóstico situacional.

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL

Los procesos de crecimiento y urbanización acelerada en las ciudades tienen repercusiones de gran magnitud en la mayor parte de la población, no sólo en las poblaciones urbanas, sino también en las rurales.¹² Esto determina desigualdad en los ingresos, la disponibilidad y consumo de alimentos, la educación, el subempleo, el desem-

¹²S. Khanna, P. Brandon y C. Puentes, "Salud en zonas urbanas de América Latina y del Caribe", *Bol. of Sanit. Panam.*, 96 (2), 1984, pp. 134-146.

pleo y la vivienda deficiente,¹³ con un impacto adverso en la morbilidad-mortalidad y el acceso a los servicios de salud.¹⁴ Esto pese a que, numéricamente, existe una infraestructura de salud que ha ido en ascenso en las zonas rurales pero, en realidad, los grupos marginados sufren de problemas de acceso por factores de tipo geográfico, barreras económicas, sociales y culturales, lo que dificulta aún más su proceso de integración a una vida saludable.¹⁵

La atención a la salud de los grupos indígenas se ha otorgado mediante acciones aisladas, esporádicas, sin una estructura sistematizada que permita hacer integrales los esfuerzos; situación que, además, se ve influida al igual que en todas las sociedades humanas. Las formas de sentir, interpretar y manejar la situación de salud y enfermedad varían notablemente, lo que sigue determinando los fenómenos relacionados con la salud y que permite contar con acervos culturales diferentes. Sin embargo, en los programas se han dejado de considerar los factores culturales y de comunicación que constituyen barreras de acceso que influyen en la demanda de servicios por parte de la población indígena.

Su formulación concreta se basa en la aplicación del método científico al análisis de la organización y evaluación de la operación del sistema gubernamental, orientado a resolver las demandas de salud de la población indígena.

Los resultados de esta investigación, potencialmente, pueden sustentar la estrategia y modelo que deriven del análisis metodológico, con las características de actualidad, integridad y universalidad que corresponden al conocimiento científico.¹⁶

En este sentido, la política de salud ha sido orientada a brindar un estado uniforme de servicios a toda la población del país y ha utilizado los mismos modelos en las áreas urbana, semiurbana y rural; sin hacer una distinción precisa ante la población indíge-

¹³I. Tabibzadeh, E.A. Rossi y R. Maxwell, *Spotlight on the Cities. Health and Urban Crisis*, WHO, Geneva, 1989, pp. 5-47.

¹⁴J.A. Genis, "¿Qué es la antropología médica?", *Argonautas*, México, 1985, núm. 3, pp. 15-62.

¹⁵OPS, "Culturas médicas tradicionales", *Bol. of Sanit. Panam.*, 98 (4), 1985, pp. 373-377.

¹⁶E. Ortiz, *Guía para la elaboración del protocolo de investigación*, notas del seminario de investigación monográfica, UNAM-FCYPS, 1998.

na, antes la engloba dentro del área rural sin que tampoco la haya cubierto de forma íntegra.

El diagnóstico de la situación del problema de salud indígena desarrollado en este estudio pretende establecer a través del análisis diacrónico los éxitos y las deficiencias que el sistema de salud ha presentado en la atención de la salud de la población indígena, y propiciar una revisión de algunos de los factores que influyen en el acceso a los servicios, sentar las bases para el diseño de una política pública, de la que derive un modelo de acción en la atención de la salud, para llegar a los grupos indígenas marginados e identificar los elementos que respondan a futuras planeaciones de salud orientadas a esta población.

Una intervención para la salud indígena debe en otras muchas variables, orientarse hacia el aprovechamiento y sistematización de la tradición médica; articular la de atención médica institucional con los recursos de la comunidad; comprender las necesidades básicas de la comunidad en relación con la salud, los conceptos y rituales terapéuticos y preventivos habitualmente utilizados en la comunidad, y evaluar analíticamente las intervenciones previas de salud, tanto institucionales como particulares.

Las inquietudes iniciales que generaron este trabajo son las siguientes:

- ¿Los diversos modelos de atención a la salud para población indígena han logrado una cobertura total para estos grupos sociales?
- ¿Es posible que un programa de acción básico para la población indígena favorezca el perfil de salud de estos grupos y llegue a repercutir en el bienestar nacional?
- ¿Una intervención en la atención a la salud debe considerar las necesidades sentidas de la población indígena manifestada por ellos mismos?
- ¿El desarrollo de una intervención puede permitir la coexistencia de los procedimientos de atención a la salud tradicionales y los institucionales?
- ¿La capacitación y sensibilización del personal institucional y comunitario puede facilitar la aplicación de esta política pública?
- ¿Los voluntarios indígenas pueden capacitarse como promotores en los diversos grupos étnicos del país?

Los alcances de los resultados de esta investigación, aportan información que permitiría lograr la uniformidad de los servicios de salud para la población indígena para reducir las desigualdades sociales y culturales que hoy impiden su acceso. Las limitaciones están determinadas por la dificultad de lograr exactitud en la información referente a las propias desigualdades sociales y culturales, que tradicionalmente han impedido la incursión de programas de desarrollo, así como las limitaciones de recursos humanos y financieros.

Para el desarrollo de cualquier intervención en salud se debe considerar la aplicación en los 62 grupos indígenas, más de siete millones de personas (7 al 20 por ciento de la población total del país dependiendo de la fuente y los criterios aplicados).¹⁷

Diseño retrospectivo

En esta investigación se aplicó un diseño retrospectivo en el diagnóstico, para establecer una relación de factores e integrar de esta manera las conclusiones causales en el desarrollo de los programas de atención a la salud indígena. Se revisó y evaluó la política gubernamental y su relación con la atención de la salud (o su equivalente de acuerdo con el periodo) desde la época precolombina, colonial, independiente y, el periodo institucional (del año 1940 a la fecha), siguiendo los modelos conceptuales de Richard F.

¹⁷ Existen diversas fuentes de información, se citan las más frecuentes:

- 8'600,000 de mexicanos indígenas en el año 2000 (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, *XII Censo General de Población y Vivienda 2000*, INEGI, 2000, 350 pp.).

- 5'300,000 de hablantes de alguna lengua indígena en 1990 (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, *Hablantes de lengua indígena*, INEGI, 1993, 516 pp.).

- 5'480,000 en 1995 (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, *Conteo de Población y Vivienda 1995. Resultados definitivos, Tabulados básicos*, INEGI, 1997, 567 pp.).

- 10'040,000 de indígenas en 1995 (L.M. Valdés, *Los indios en los censos de población*, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1995, 275 pp.).

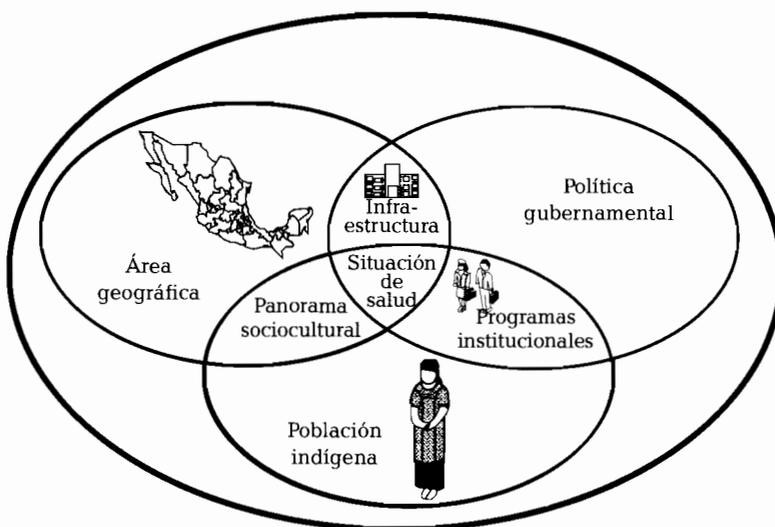
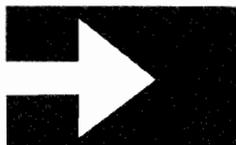
- 20'000,000 de indígenas (Asamblea Nacional Indígena Plural por la Autonomía, "Los indígenas en México...", *Reforma*, México, 12 de septiembre de 1997, p. 1-A).

Elmore¹⁸ y de Luis Arbesú¹⁹ para identificar los principales logros y situaciones pendientes de desarrollar.

En análisis propuesto consideró la relación de estas variables (véase figura 1):

FIGURA 1
ANÁLISIS DE PRINCIPALES FACTORES INVOLUCRADOS
EN LA ATENCIÓN A LA SALUD INDÍGENA

- Política gubernamental
 - Programas institucionales
 - Infraestructura de salud
- Población indígena
 - Panorama sociocultural
- Área geográfica



Fuente: Diseño conceptual de la autora.

¹⁸R.F. Elmore, "Diseño retrospectivo: la investigación de la implementación y las decisiones políticas", en *La implementación de las políticas*, Porrúa, México, 1996, pp. 251-280.

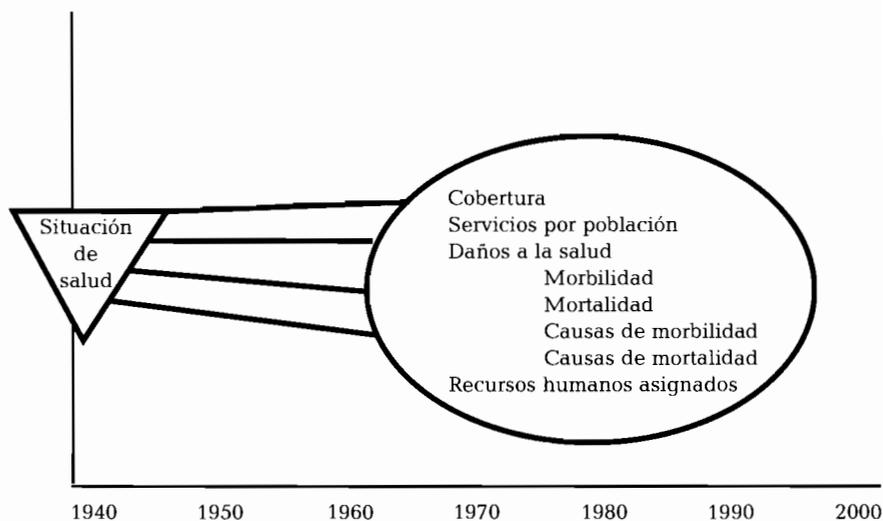
En su artículo marca que después de haber establecido el objetivo, el análisis retrocede a través de la estructura de las instancias responsables de la implementación, buscando encontrarse lo más cerca del origen del problema y ejercer mayor influencia sobre él, por lo tanto maximizar la capacidad de decisión ahí donde el problema se manifiesta de manera más inmediata.

¹⁹L.I. Arbesú, V., "Política gubernamental y planeación", *Revista IAPEM*, Instituto de Administración Pública del Estado de México, Toluca, Méx., núm. 32, octubre-diciembre de 1996, pp. 101-134.

Señala como punto central la identificación y definición de la relación entre el problema y el punto de mayor contacto con él; en qué estado se encuentra y cómo llegó a esta situación.

El análisis de la situación de salud de los últimos 60 años se desarrolló mediante indicadores de salud nacionales e internacionales (véase figura 2), se estratificó por periodos decenales, en los que se asumen criterios para establecer los puntos de corte o aquellos límites relativos entre épocas.²⁰

FIGURA 2
ESQUEMA DE INDICADORES DE SALUD
NACIONALES E INTERNACIONALES,
1940-2000



Fuente: Diseño conceptual de la autora.

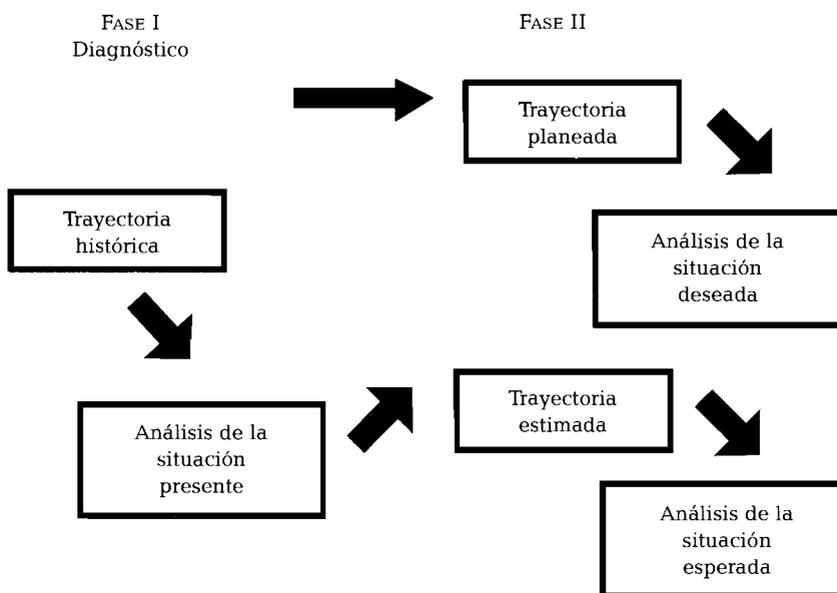
El esquema de Arbesú²¹ señala tres etapas: el diagnóstico de los periodos, el pronóstico y la imagen objetiva en interrelación (véase figura 3).

En esta investigación se modificó dicho esquema. Para el análisis se emplearon las etapas de diagnóstico en cada uno de los periodos presentados, así como su interrelación con la población indígena y el panorama epidemiológico.

²⁰J. Breilh, *Eugenio Espejo: La otra memoria (nueva lectura de la historia de las ideas científicas)*, Universidad de Cuenca-F. de Ciencias Médicas, Ecuador, 2001, p. 25.

²¹L.I. Arbesú, V., *op. cit.*

FIGURA 3
 FASES DEL DESARROLLO DE LA INVESTIGACION



Fuente: Modificado de L.I. Arbesú, "Política gubernamental y planeación", *Rev. IAPEM*, núm. 32, 1996.

El diseño retrospectivo analizó los factores que ejercen una influencia en la prestación de servicios; por ejemplo, la capacidad técnica y operativa del programa o programas, los beneficiarios del servicio, etcétera.²² Este análisis pretende identificar y definir la relación entre el problema de salud de la población indígena y el punto de mayor contacto con él; el estado en que se encuentra y cómo llegó a esta situación.²³

Lo anterior abre un panorama de estudio que permite deducir si la estructura actual, sus niveles formales y los canales de comunicación, corresponden a lo deseable y, por consiguiente, si se está cumpliendo la función para la que fue creada; asimismo, se puede determinar la trayectoria que ha seguido, su comportamiento organizacional, los efectos y sus consecuencias. En este punto se deben precisar las variables e indicadores que se manejaron.

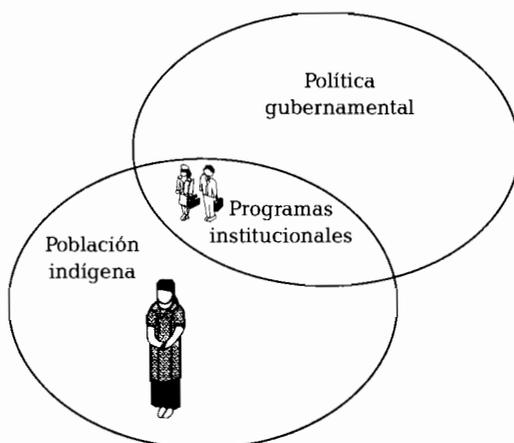
²² R.F. Elmore, *op. cit.*

²³ L.I. Arbesú, V., *op. cit.*

Las variables a investigar en forma retrospectiva, cuando se dispuso de información y específicamente, durante el periodo 1940 a 2000 son:

• *Política gubernamental en su relación con la población indígena. En ella se analizan los programas institucionales* (véase figura 4).

FIGURA 4
INTERRELACIÓN DE LA POLÍTICA GUBERNAMENTAL
Y LA POBLACIÓN INDÍGENA



Fuente: Diseño conceptual de la autora.

Para efectuar el análisis de la política gubernamental se modificó el esquema que propone David Easton²⁴ (véase figura 5), y se complementó con el esquema conceptual que empleó María del Carmen Pardo,²⁵ para explicar los cambios en la estructura de la administración pública de México, 1940-1990. También se utilizó la propuesta que sobre el análisis de la administración pública y la reforma del Estado hace José Juan Sánchez.²⁶ Con lo anterior se obtuvieron algunos indicadores cualitativos rela-

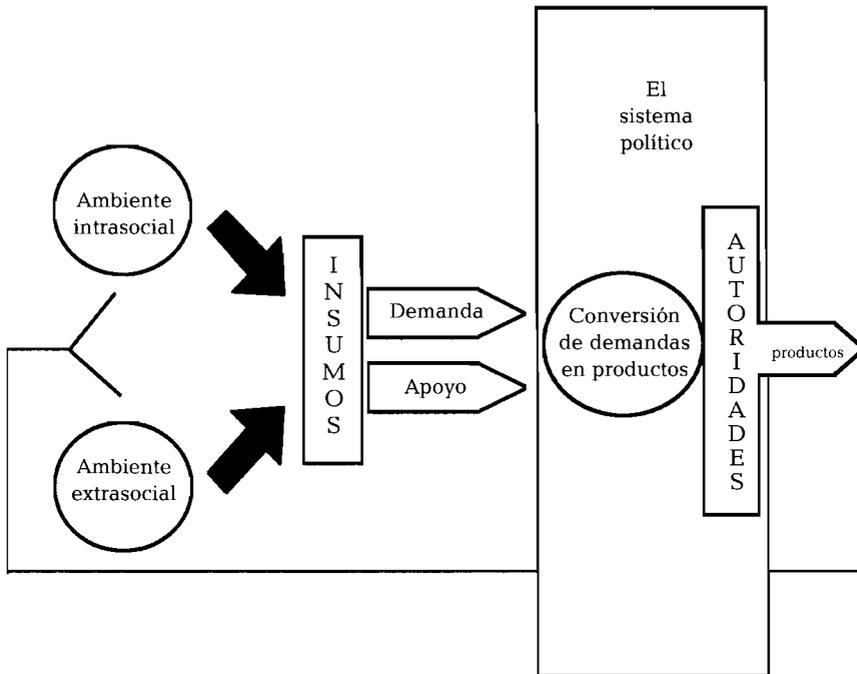
²⁴D. Easton, *Esquema para el análisis político*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, Arg., 1996, p. 182.

²⁵M.C. Pardo, *La modernización administrativa en México*, INAP-Colegio de México, 1993, p. 157.

²⁶J.J. Sánchez, G., *Administración pública y reforma del Estado en México*, INAP, México, 1998, p. 253.

cionados con los programas institucionales utilizados durante estos periodos.

FIGURA 5
MODELO DE SISTEMA POLÍTICO
DE RESPUESTA DINÁMICA

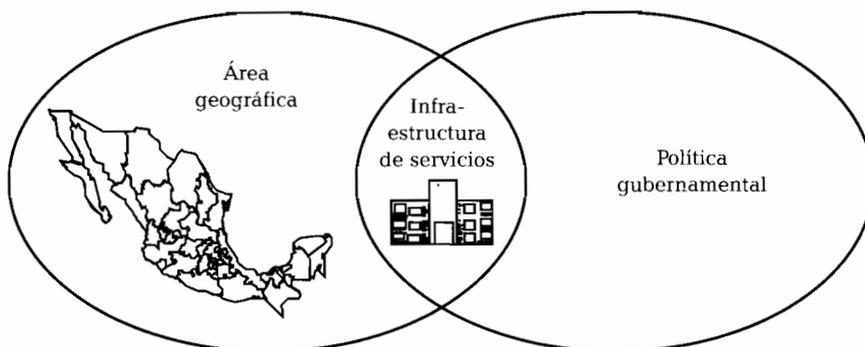


Fuente: Modificado de Easton, *Esquema para el análisis político*, Amorrortu, 1996, p. 154.

Las fuentes de información empleadas para esta investigación fueron el acervo de la Presidencia de la República, el Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (SSA), la biblioteca de la Coordinación General del Programa IMSS-Solidaridad, Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol), el Instituto Nacional Indigenista (INI), la biblioteca del Instituto Nacional de Administración Pública (INAP) y diferentes archivos consultados en la red Internet.

• *La situación geográfica en relación con la política gubernamental en la que se analiza la infraestructura de servicios (véase figura 6).*

FIGURA 6
INTERRELACIÓN DE LA POLÍTICA GUBERNAMENTAL
Y LA SITUACION GEOGRAFICA



Fuente: Diseño conceptual de la autora.

A través de este análisis se obtuvieron los datos de disponibilidad de recursos relacionados con el tamaño de la población indígena y algunos indicadores de daño, como son: morbilidad, mortalidad, mortalidad materna, mortalidad infantil y estado nutricional.

Tradicionalmente este análisis se utiliza en el ámbito de salud para evaluar la disponibilidad de servicios y las causas de enfermedad²⁷ y, en política pública, para la definición de problemas.²⁸ La información sobre la ubicación geográfica de los grupos indígenas se obtuvo del acervo del INI, mientras que para la relación sobre la infraestructura de servicios de salud se empleó la información del Archivo Histórico de la SSA, otros programas institucionales como el IMSS-Solidaridad y los anexos estadísticos de los informes de gobierno.

• *La población indígena en relación con su entorno geográfico permite analizar el panorama sociocultural (véase figura 7).*

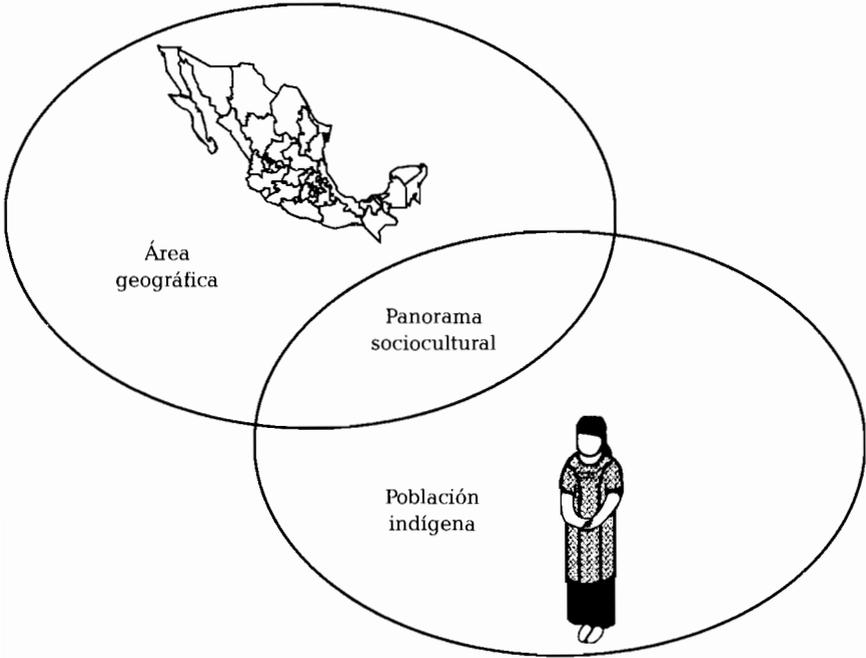
De la revisión de estos conceptos socioculturales se llegó al análisis sobre acceso cultural y demanda de los servicios de salud para, posteriormente, relacionarlos con el uso y los resul-

²⁷Sistema Nacional de Salud, *Indicadores y valores estándar para evaluar la calidad de la atención médica*, SSA, México, 1992, p. 130.

²⁸M.H. Moore, "Anatomía del problema de la heroína: un ejercicio de definición de problemas", *Problemas públicos y agenda de gobierno*, Porrúa, México, 1996, pp. 189-218.

tados de la "Encuesta para la identificación de factores de migración indígena y servicios de salud" (véase anexo 1). Asimismo, se pudo comparar la información sobre los mecanismos tradicionales de atención y el nivel de aceptación de las opciones que brindan los sistemas institucionales.

FIGURA 7
INTERRELACION DE LA POBLACIÓN INDÍGENA
EN SU ÁREA GEOGRÁFICA



Fuente: Diseño conceptual de la autora.

Para el análisis del panorama sociocultural se consultaron en forma complementaria las investigaciones "Etnología y antropología social" de las numerosas publicaciones del doctor Gonzalo Aguirre Beltrán.²⁹ La información se integró para tener un diag-

²⁹Médico y antropólogo mexicano, nacido en Veracruz, dedicado a especialidades como la historia, antropología, etnología y medicina social. Sus aportaciones al indigenismo y la antropología social en este siglo trascendieron las fronteras mexicanas y sentaron muchas de las bases sobre las que funcionan las instituciones internacionales dedicadas al indigenismo moderno (INI, *Homenaje a Gonzalo Aguirre Beltrán*, INI, México, 1974).

nóstico con un enfoque retrospectivo sobre análisis de políticas, en el que se evidenciaron los logros de programas previos; la situación inicial de la población que se espera beneficiar con el desarrollo de la política programada; la evolución del panorama social, cultural, de salud y de demandas de la población potencialmente beneficiaria con el desarrollo de ésta, así como la evolución del interés y compromiso político que ha determinado la aplicación de recursos gubernamentales a los programas orientados a la población bajo estudio.

BIBLIOGRAFÍA

- AGUILAR V., L., "Estudio Introdutorio", *Problemas públicos y agenda de gobierno*, Miguel Ángel Porrúa, México, 1996, pp. 15-35.
- ARBESÚ V., L.I., "Política gubernamental y planeación", revista *IAPEM*, Instituto de Administración Pública del Estado de México, Toluca, Méx., núm. 32, octubre-diciembre de 1996, pp. 101-134.
- ASAMBLEA NACIONAL INDÍGENA PLURAL POR LA AUTONOMÍA, "Los indígenas en México...", *Reforma*, México, 12 de septiembre de 1997, p. 1-A
- BREILH, J., *Eugenio Espejo: La otra memoria (nueva lectura de la historia de las ideas científicas)*, Universidad de Cuenca-F. de Ciencias Médicas, Ecuador, 2001, p. 25.
- EASTON, D., *Esquema para el análisis político*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, Arg., 1996, p. 182.
- ELMORE, R.F., "Diseño retrospectivo: la investigación de la implementación y las decisiones políticas", *La implementación de las políticas*, Miguel Ángel Porrúa, México, 1996, pp. 251-280.
- GENIS, J.A., "¿Qué es la antropología médica?", *Argonautas*, México, 1985, núm. 3, pp. 15-62.
- INI, *Homenaje a Gonzalo Aguirre Beltrán*, INI, México, 1974.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA, *Conteo de Población y Vivienda 1995. Resultados definitivos. Tabulados básicos*, INEGI, 1997, 567 pp.

- , *Hablantes de lengua indígena*, INEGI, 1993, 516 pp.
- , *XII Censo General de Población y Vivienda 2000*, INEGI, 2000, 350 pp.
- KHANNA, S., P. Brandon y C. Puentes, "Salud en zonas urbanas de América Latina y del Caribe", *Bol. of Sanit. Panam.*, 96(2), 1984: 134-146.
- MOORE, M.H., "Anatomía del problema de la heroína: un ejercicio de definición de problemas", *Problemas públicos y agenda de gobierno*, Miguel Ángel Porrúa, México, 1996, pp. 189-218.
- OPS, "Culturas médicas tradicionales", *Bol. of Sanit. Panam.*, 98 (4), 1985: 373-377.
- ORTIZ, E., *Guía para la elaboración del protocolo de investigación*, notas del seminario de investigación monográfica, UNAM-FCPYS, 1998.
- PARDO, M.C., *La modernización administrativa en México*, INAP-Colegio de México, 1993, p. 157.
- SÁNCHEZ G., J.J., *Administración pública y reforma del Estado en México*, INAP, México, 1998, pp. 253.
- SISTEMA NACIONAL DE SALUD, *Indicadores y valores estándar para evaluar la calidad de la atención médica*, SSA, México, 1992, p. 130.
- TABIBZADEH, I., E.A. Rossi y R. Maxwell, *Spotlight on the Cities. Health and Urban Crisis*, WHO, Geneva, 1989, pp. 5-47.
- VALDÉS, L.M., *Los indios en los censos de población*, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1995, 275 pp.

El indigenismo en el mundo y los grupos indígenas

INTRODUCCIÓN

En este capítulo se revisan los aspectos conceptuales e históricos que dieron origen al “indigenismo” como campo de estudio de los grupos indígenas.

Se aborda en primer término la ubicación de los 1,733³⁰ grupos étnicos, que tienen sus propias características de cultura y cohesión social.

Se revisan las principales corrientes de acción gubernamentales hacia los pueblos tribales (segregación, incorporación e integración) y la evolución de la política internacional sobre asuntos indígenas.

Algunos países tienen legislación específica de protección a la población indígena. Se revisan brevemente casos específicos como los de Canadá, Estados Unidos, Australia, Nueva Zelanda, República Popular China, Perú, Brasil y Paraguay.

Finalmente, se estudian los marcos legislativos internacionales referentes a los grupos indígenas coloniales y los contemporáneos, entre los cuales destaca la Convención 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

³⁰De acuerdo con *Las razas humanas*, Instituto Gallach, Barcelona, 1995, tomos 1 al 5.

La población indígena del mundo y el indigenismo

Siguiendo un esquema de clasificación racial, se habían distinguido como agrupados dogmática y rígidamente los grupos blanco (Europa, África del norte y cercano Oriente), amarillo (Asia y América), negro (africano, asiático y oceánico), un cuarto grupo (veda y australiano) y en México y América Latina específicamente el cobrizo.

La evolución científica del estudio antropológico y social permite actualmente distinguir, según Huntington,³¹ siete u ocho grandes civilizaciones agrupadas por aspectos lingüísticos, culturales, económicos y de desarrollo en común y particularidades étnicas. Los grupos son:

- occidental (Europa, Estados Unidos y Canadá);
- latinoamericano (México, Centroamérica, Sudamérica y Antillas);
- africano (África ecuatorial);
- islámico (cercano Oriente y Noráfrica, África oriental);
- sínico (China, Corea y Asia en el sureste extremo);
- hindú (India);
- ortodoxo (ex Unión Soviética);
- budista (Nepal, Burma, Tailandia, Laos y Camboya); y
- japonés (Japón e Indonesia).

Esta clasificación general incluye a un gran número de grupos étnicos,³² muchos de ellos indígenas con sus características culturales (lengua, religión, forma de vida, sangre) que los diferencian del gran grupo y que separan, distinguen y se superponen a las divisiones geográficas arbitrariamente realizadas.

³¹S.P. Huntington, *El choque de las civilizaciones*, Paidós, Barcelona, 1997, p. 30.

³²Etnicidad y grupo étnico son términos que aparecieron después de la Segunda Guerra Mundial, enfocados al estudio de la importancia de la ascendencia y la identidad social, basadas en el lenguaje, la religión o la raza (Richard N. Adams, *Etnias en evolución social*, Universidad Autónoma Metropolitana, México, 1995, 439 pp.).

El término "indígena" es de acuñación española, fue un término nuevo, ya que el concepto de indígena no existía antes de la Conquista y la colonización española; eran grupos autóctonos nómadas, cazadores, establecidos con características particulares.³³ Este término se extendió a la antropología del mundo y la aplicación del mismo es de los grupos étnicos aborígenes o autóctonos. Para la Organización Internacional del Trabajo (OIT) desde 1953 indígena es la persona que se identifica con un grupo por el lenguaje, la cultura y la conciencia de grupo.³⁴ El Convenio 169 de la OIT define comunidad indígena, que es la versión que se utilizó para la modificación al artículo 4o. constitucional de México.³⁵

Convenio 169³⁶ sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes

Artículo 1o.

1. El presente Convenio se aplica:

a) A los pueblos tribales en países independientes, cuyas condiciones sociales, culturales y económicas les distingan de otros sectores de la colectividad nacional, y que estén regidos total o parcialmente por sus propias costumbres o por una legislación especial;

b) A los pueblos en países independientes, considerados indígenas por el hecho de descender de poblaciones que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en la época de la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas.

2. La conciencia de su identidad indígena o tribal deberá considerarse un criterio fundamental para determinar los grupos a los que se aplican las disposiciones del presente Convenio.

3. La utilización del término "pueblos" en este Convenio no deberá interpretarse en el sentido de que tenga implicación alguna en lo que atañe a los derechos que puedan conferirse a dicho término en el derecho internacional.

³³Cfr. H. Díaz Polanco, F.J. Guerrero, V. Bravo *et al.*, *Indigenismo, modernización y marginalidad. Una revisión crítica*, Juan Pablos Editor, México, 1987.

³⁴Richard N. Adams, *op. cit.*

³⁵J.R. Cossío D., J.F. Franco González S. y J. Roldán X., *Derechos y cultura indígena. Los dilemas del debate jurídico*, Miguel Ángel Porrúa, México, 1998, pp. 150-151.

³⁶OIT, *Actas provisionales*, septuagésima sexta reunión, Ginebra, 1989.

En general, la comunidad indígena es aquella en que predominan elementos somáticos no europeos, habla indígena preferentemente, un bagaje cultural material y espiritual común y un sentido social de comunidad aislada.³⁷

Para Alfonso Caso (1948) "indio es aquel que se siente pertenecer a una comunidad indígena; y es una comunidad indígena aquella en que predominan los elementos somáticos no europeos", y fija algunos criterios:

- Biológico, que consiste en precisar un importante y preponderante conjunto de caracteres físicos no europeos.
- Cultural, que consiste en demostrar que un grupo utiliza objetos, técnicas, ideas y creencias de origen indígena o de origen europeo pero adoptadas, de grado o por fuerza, entre los indígenas y que, sin embargo, han desaparecido ya de la población blanca. Estos rasgos deben ser también preponderantes en la comunidad.
- Lingüístico, criterio adecuado para los grupos monolingües, pero no para aquellos que ya hablan castellano y que tal vez hayan dejado de hablar su propio idioma. Al respecto, existen antropólogos que han identificado grupos que a pesar de ya no conservar la lengua como característica, tienen un sentido de pertenencia a la comunidad indígena y a su vez sus vecinos los identifican como indígenas.³⁸
- Psicológico, que consiste en demostrar que el individuo se siente formar parte de una comunidad indígena.

La mayor parte de las definiciones de indio y de indígena tienen el problema de deferencia entre indígenas y no indígenas y las razones que les hacen sostener un conjunto de normas socioculturales diferentes del resto de la población,³⁹ problema de definición que se lleva incluso al área legal;⁴⁰ sin embargo, es en general aceptada y cada día parece más lejana la unificación del concepto, incluso a nivel internacional.⁴¹

³⁷Cfr. A. Caso, "¿Qué es el indio?", en INI, *Acción Indigenista*, Instituto Nacional Indigenista, México, núm. 270, diciembre de 1975, 8 pp.

³⁸Cfr. G. Frank A. y E. Wolf, "Sentido de pertenencia", en INI, *Acción Indigenista*, Instituto Nacional Indigenista, México, núm. 270, diciembre de 1975, 8 pp.

³⁹Cfr. H. Díaz Polanco, F.J. Guerrero, V. Bravo *et al.*, *op. cit.*

⁴⁰J.R. Cossío D., J.F. Franco González S. y J. Roldán X., *Derechos y cultura indígena. Los dilemas del debate jurídico*, Miguel Ángel Porrúa, México, 1998, pp. 150-151.

⁴¹Reaffirming the Government: Government relationship between the Federal Government and Tribal Governments. <http://www.em.doe.gov/stake/natinfo.html>

Para el Banco Mundial,⁴² los términos “poblaciones indígenas”, “minorías étnicas indígenas”, “grupos tribales” y “tribus registradas” describen a grupos sociales con una identidad social y cultural distinta a la de la sociedad dominante, que los hace vulnerables y los pone en desventaja en el proceso de desarrollo. Pueden ser identificadas, en determinados grados, de las siguientes características:

- a) gran apego al territorio ancestral y los recursos naturales de esas áreas;
- b) identificación propia, e identificación por otros, como miembros de un grupo cultural distinto;
- c) una lengua indígena, comúnmente diferente a la lengua nacional;
- d) presencia de instituciones sociales y políticas consuetudinarias; y
- e) producción principalmente orientada hacia la subsistencia.

Para los propios indígenas⁴³ una comunidad es un espacio territorial, demarcado y definido por la posesión:

- Una historia común que circula de boca en boca y de generación en generación.
- Una variante de lengua del pueblo a partir de la cual identificamos nuestro idioma común.
- Una organización que define lo político, cultural, social, civil, económico y religioso.
- Un sistema comunitario de procuración y administración de justicia.

Para entender cada uno de sus elementos hay que tener en cuenta ciertas nociones: lo comunal, lo colectivo, la complementariedad y la integridad, cuyos elementos definitorios son:

- La tierra como Madre y como territorio.
- El consenso en asamblea para la toma de decisiones.
- El servicio gratuito como ejercicio de la autoridad.
- El trabajo colectivo como acto de recreación.
- Los ritos y ceremonias como expresión del don comunal.

⁴²Banco Mundial, *Directriz Operacional OD 4.20. Pueblos Indígenas*, septiembre de 1991.

⁴³F. Díaz, “Más que cosas son personas, la geometría comunal”, en *Revista Ojarasca*, noviembre de 1997.

En el mundo existen clasificados aproximadamente 1,733 grupos étnicos (véase cuadro 2), que tienen sus propias características de cultura y cohesión social; en estos grupos se incluyen las poblaciones aborígenes⁴⁴ –indígenas– las inmigrantes y las mestizas, con niveles de desarrollo e integración nacional muy diversos.⁴⁵

CUADRO 2
NÚMERO Y UBICACIÓN DE LOS GRUPOS
ÉTNICOS DEL MUNDO

Continente	Región	Grupos étnicos
África	Del Norte y Sahara	27
	Sudán	75
	África occidental	57
	África central	75
	África oriental	103
	África austral	45
	Madagascar	21
Oceanía	Melanesia	75
	Micronesia	12
	Polinesia	20
	Australia	24
Asia	Asia sudoriental	110
	Asia oriental	58
	Asia meridional	126
	Asia sudoccidental	50
	Asia central y septentrional	55
Europa	Oriental caucásica	57
	Septentrional	7
	Alpina	11
	Meridional	31
	Occidental	21
América	Circumpolar americana	21
	Septentrional	137
	Mesoamérica	102
	Antillas	26
	Sudamérica oriental y amazónica	246
	Sudamérica andina	61
Austral	55	

Fuente: Datos para formar el cuadro de *Las razas humanas*, Instituto Gallach, Barcelona, 1995, tomos 1 al 5.

Por su parte, el indigenismo es un movimiento latinoamericano que promueve un papel social y político para los indígenas. En los

⁴⁴Morador primitivo de un país (autóctono).

⁴⁵*Las razas humanas*, Instituto Gallach, Barcelona, 1995, tomos 1 al 8.

países en los cuales constituyen un porcentaje significativo de la población, y donde existe una clara diferencia entre los miembros indígenas y los europeos o aquellos con ascendientes europeos, quienes han dominado desde la conquista española,⁴⁶ constituye la política social dirigida hacia la población indígena.⁴⁷

En México, el indigenismo comenzó con la Revolución, movimiento que tuvo gran influencia de mejora social para todos los grupos marginados. En el periodo presidencial de Lázaro Cárdenas se hicieron esfuerzos serios para reconstituir la nación de acuerdo con su herencia indígena, por lo que autores como Díaz Polanco consideran una institucionalización del indigenismo con una orientación culturalista.⁴⁸

Con el avance de la ciencia antropológica y la sociología, el indigenismo ha enfocado con mayor énfasis a la intención de insertar a los grupos indígenas en el desarrollo, con el consecuente proceso de desintegración de las comunidades y pérdida de características culturales y sociales.⁴⁹ El concepto de indígena varía si es interpretado por los miembros del grupo étnico o por la gente ajena a ellos. Los indígenas se han transformado con el tiempo en extranjeros en su propia patria.⁵⁰

Los miembros de un grupo étnico comparten cierta construcción mental históricamente desarrollada, cierto modelo o mapa de antiguas conexiones de parentesco y la tendencia a autoperpetuarse biológicamente. Aunque para algunos grupos es relativamente sencillo incorporar gente con antecedentes raciales diferentes, se asegura el mantenimiento de la identidad de grupo al criarlos bajo las normas de la comunidad; en cambio, otras colectividades procuran mantener la población puramente indígena.⁵¹

Debido a que el proceso de colonialismo de los países europeos a partir del siglo xv, en términos generales, se llevó a

⁴⁶ <http://www.britannica.com/seo/i/indigenismo/>

⁴⁷ M.C. Oehmichen B., *Reforma del Estado. Política social e indigenismo en México. 1988-1996*, Universidad Nacional Autónoma de México, IIA, México, 1999, 259 pp.

⁴⁸ Cfr. H. Díaz Polanco, F.J. Guerrero, V. Bravo *et al.*, *op. cit.*

⁴⁹ G. Aguirre B., citado en H. Díaz Polanco, F.J. Guerrero, V. Bravo *et al.*, *Indigenismo...*, *op. cit.*

⁵⁰ Cfr. E. Malvido y M.E. Morales, *Historia de la salud en México*, INAH, CNCA, México, 1996, 350 pp.

⁵¹ Richard N. Adams, *op. cit.*

cabo basado en acciones militares contra los pueblos originarios de los territorios a conquistar y colonizar, mediante expediciones de castigo y guerras,⁵² las primeras –expediciones de castigo– acostumbraban ser represalias por ofensas específicas, desde el punto de vista de los europeos, cuyo objetivo era establecer el control gubernamental. Las guerras eran campañas con el propósito de exterminar o forzar el desplazamiento de las poblaciones nativas, en la medida que no representaban un valor económico directo. Ambas políticas generaron un despoblamiento de los grupos autóctonos hasta del 90 por ciento (véase cuadro 3), en algunos casos el exterminio total.

CUADRO 3
DESPOBLAMIENTO DE LOS GRUPOS INDÍGENAS
EN ALGUNAS REGIONES DEL MUNDO

<i>Región</i>	<i>Porcentaje de población exterminada</i>
Estados Unidos de América y Canadá	95
Extremo austral de Sudamérica	95
Oceanía	78

Fuente: J. Contreras, "El cambio cultural", en *Las razas humanas*, Instituto Gallach, Barcelona, 1995, pp. 943-970.

De acuerdo con las cifras de Bodley, la desaparición de las poblaciones indígenas en el mundo en forma global fue de 95 por ciento en Estados Unidos de América y Canadá; 95 por ciento en el extremo sur de Sudamérica (Argentina y Chile); 78 por ciento en Oceanía (véase cuadro 3).

Las guerras de exterminio más importantes contra los pueblos tribales, tal como señala Bodley,⁵³ tenían lugar generalmente con el propósito de desplazar a la población de su territorio original, para que los invasores pudieran trabajarlo en beneficio de lo que para ellos era la economía nacional. La justificación inmediata de tales acciones, así como de las expediciones de castigo, era, a me-

⁵²Cfr. J. Contreras, "El cambio cultural", en *Las razas humanas*, Instituto Gallach, Barcelona, 1995, pp. 943-970.

⁵³Citado por J. Contreras, *op. cit.*

nudo, la necesidad de *proteger a los colonos de los pillajes de los salvajes, o la de sofocar rebeliones tribales* o, simplemente, se consideraba que era un modo rápido de extender la civilización y el progreso.⁵⁴

En la mayoría de los casos, las rebeliones de los pueblos tribales eran consecuencia de las presiones ejercidas contra ellos por los extranjeros. Las guerras contra los pueblos tribales fueron extremadamente frecuentes en todo el mundo, como es el caso de los territorios que ocupan ahora los Estados Unidos o Brasil, coincidiendo con el desarrollo de la expansión europea, que alcanzó su punto más alto en el periodo comprendido entre 1850 a 1910. Se pueden señalar, entre otras, las guerras contra los indios en Estados Unidos de Norteamérica que se desarrollaron casi sin tregua desde 1820 a 1890. Sin embargo, se conocen menos las guerras similares que tuvieron lugar en estas mismas fechas en Sudamérica, en que fueron totalmente exterminadas las poblaciones nativas de Argentina y Uruguay por el ejército español.⁵⁵

De la misma forma, se dieron campañas de exterminio en África en las regiones del sur y oriental, lo mismo que en Asia, en regiones de Formosa comandadas por los japoneses, en Filipinas por los españoles; en Indochina por los franceses; y en Birmania y Assam por los británicos.⁵⁶

Los planteamientos oficiales han justificado, frecuentemente, la extensión del control gubernamental sobre las poblaciones tribales y campesinas como un esfuerzo para proporcionarles la paz, la salud, el bienestar y otros beneficios de la civilización. Sin embargo, aunque no citen los intereses económicos, no hay duda de que la extensión del control gubernamental ha estado relacionada directamente con la protección y el desarrollo del lucro económico de las poblaciones que han invadido las tierras tribales y campesinas. Paradójicamente, los resultados son contrarios a lo que pre-

⁵⁴Cfr. J.C. Mariátegui, *7 ensayos de interpretación de la realidad indígena*, Emp. Edit. Amauta, Lima, Perú, 1996, pp. 1-3.

⁵⁵J. Contreras, *op. cit.*

⁵⁶*Idem.*

tenden las justificaciones oficiales:⁵⁷ violencia, asesinatos y guerra en la frontera; esclavitud, explotación, fraude, hambre y miseria como consecuencia de la expansión de la economía monetaria, del progreso tecnológico y de la industrialización; desplazamientos y migraciones forzosas, por tal motivo, la desestructuración tribal y cultural.⁵⁸

Las políticas gubernamentales hacia los pueblos tribales y campesinos han permanecido, básicamente, uniformes en todo el mundo a lo largo de los dos últimos siglos y han resultado desastrosas para dichos pueblos y unilateralmente beneficiosas para la llamada civilización industrial. Pero, pese a todo, la mayoría de los gobiernos sigue sosteniendo que el progreso, a la larga, no admite alternativas para los pueblos tribales, excepto su drástica transformación cultural o su eliminación.

Se pueden distinguir en el mundo tres políticas progresivas indigenistas enunciadas y estudiadas por Gonzalo Aguirre Beltrán:⁵⁹ la segregación, la incorporación y, finalmente, la integración.

- La segregación: discriminación racial, dependencia económica, control político, distancia social y que construyen una barrera étnica.⁶⁰

⁵⁷ En el caso específico de México, en las Leyes de Indias los indígenas fueron considerados como menores bajo protección y tutela; sin embargo, fueron obligados a abandonar sus antiguas moradas y forzados a congregarse en las nuevas poblaciones diseñadas al estilo español. Esta circunstancia favoreció la separación de los indígenas mexicanos del conjunto social por barreras territoriales, étnica y lingüística, y la jurídica por las leyes, jueces y tribunales especiales. Este aislamiento permitió la conservación de la identidad étnica y lingüística, así como la continuidad de sus tradiciones (E. Florescano, *Etnia, Estado y nación*, Aguilar, México, 1997, 507 pp.).

⁵⁸ J.C. Mariátegui, *op. cit.*

⁵⁹ B.G. Aguirre, citado en H. Díaz Polanco, F.J. Guerrero V. Bravo *et al.*, *op. cit.*

⁶⁰ J. Contreras, *op. cit.* En México, corresponde al periodo de la segunda mitad del siglo XVI y la primera mitad del XVII. Tuvo dos grandes manifestaciones. Jurídicamente su mayor expresión la constituyó la Recopilación de las Leyes de Indias y, desde el punto de vista político-administrativo, el sistema de reducciones, resguardos o repúblicas de indios. En la colonia española, los indígenas eran libres, pero su estatuto legal les obligaba a vivir en reducciones. Tanto los fines que procuran, como los medios que se usan, determinan la segregación de los indígenas, en la medida en que se pusieron en funcionamiento "mecanismos dominicales" (de dominación), tales como la discriminación racial, la dependencia económica, el control político, la distancia social y otros más que construyen una barrera étnica que estructuró la sociedad colonial como una sociedad dividida en castas.

- La incorporación: avance de los grupos indígenas en la sociedad nacional occidental, civilizada y convertir al indígena en ciudadano de la nación.⁶¹
- La de integración: introducción del elemento de justicia social, dar validez y respeto a los conceptos de cultura indígena y la búsqueda de la integración de los indígenas a la sociedad en forma digna.⁶²

Estas etapas son muy claras en los países latinoamericanos; sin embargo, en otros países del mundo, la etapa en la cual se encuentran es muy diversa, en muchos es mixta. Otro aspecto que también se presenta en este continente en forma uniforme son condiciones como el elevado índice de analfabetismo, 80 por ciento en las mujeres y 70 por ciento entre los varones; la ausencia de asistencia social y los efectos del racismo, incluso el riesgo de sus vidas, por las constantes agresiones de grupos de talamontes, compañías de explotación petrolera o de nuevos desarrollos urbanos en países como Guatemala, Ecuador y Perú.⁶³

A partir de los años sesenta la política de integración fue muy criticada, ya que no ofrecía alternativas de integración a los indígenas a la sociedad nacional y exponían al riesgo de desaparición de las culturas indígenas al momento de la integración. De esta forma el Instituto Nacional Indigenista (INI) tomó una posición de orientar el indigenismo hacia la participación y el etnodesarrollo.⁶⁴ Para finales de los años setenta y principios de los ochenta, el indigenismo de participación orientó las acciones hacia la promoción y apoyo de los recursos indí-

⁶¹En México, después de la independencia se dieron modificaciones como la abolición del sistema de castas, abolición de la esclavitud y del tributo indígena, devolución de las tierras arrebatadas a las comunidades nativas y expropiación de las propiedades de los españoles y de los criollos hispanos. Esta política proindígena no funcionó y siguió siendo desfavorable para la población indígena. La política indigenista pretendía una asimilación, pero no llegó a la práctica.

⁶²En México, esta etapa se dio después de la revolución, tuvo como fin corregir las ideas etnocentristas e introducir un elemento de justicia social en la política indigenista, postulando una integración de los indios a la sociedad nacional, con respeto a los valores de sus culturas y dignidad de hombres.

⁶³Cfr. A. Antileo, "Seminario sobre identidad e imagen. Universidad de Extremadura en Identidad casi perdida", *Reforma*, México, 17 de julio de 1998.

⁶⁴M.C. Oehmichen B., *op. cit.*

genas. Para los años ochenta y noventa, la política indigenista tomó el rumbo hacia la autonomía con algunas experiencias prácticas positivas.⁶⁵

LA POLÍTICA INTERNACIONAL EN ASUNTOS INDÍGENAS

Tendencias de las Naciones Unidas

La política internacional sobre asuntos indígenas fue muy difusa durante muchos años. A partir de la creación de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), se inició la vigilancia a los derechos humanos y el respeto a la diversidad cultural. En 1957⁶⁶ se llevó a cabo la Convención de Poblaciones Indígenas y Tribales, donde se determinó su protección física, económica y cultural; sin embargo, fue hasta 1982 en que la Subcomisión de Derechos Humanos de la ONU estableció un Grupo de Trabajo sobre Poblaciones Indígenas⁶⁷ para que prestara atención especial a las normas internacionales relativas a la promoción y protección de los derechos de estas poblaciones. A este grupo tienen acceso representantes de las poblaciones indígenas, de organizaciones y de gobiernos, quienes también pueden participar en sus trabajos.

En 1985, la Asamblea estableció un fondo de contribuciones voluntarias de las Naciones Unidas para las poblaciones indígenas, a fin de que se preste asistencia a los representantes de las comunidades y las organizaciones indígenas para que participen en las deliberaciones del grupo.

La problemática de las poblaciones indígenas es cada vez más conocida, en muchos casos es sinónimo de marginada, pobre en extremo, deficientes condiciones de salud y de vida en relación con los parámetros óptimos o los promedios nacionales,

⁶⁵ *Idem.*

⁶⁶ Cfr. International Labour Organization, *Convention 169. Convention concerning indigenous and tribal peoples in independent countries*, Naciones Unidas, 1989, 12 pp.

⁶⁷ Cfr. Naciones Unidas, *El ABC de las Naciones Unidas*, Naciones Unidas, Nueva York, 1988, p. 136.

desempleado, con falta de acceso a los parámetros de desarrollo cultural occidental; ha empeorado en las crisis económicas cíclicas en el ámbito internacional y en algunos países resulta en especial más grave.

Durante la sesión 76 de la Organización Internacional del Trabajo del 7 de junio de 1989 y siguiendo las recomendaciones de la Convención de Poblaciones Indígenas y Tribales de 1957, se promulgó el Convenio 169 sobre los Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, cuyo objetivo es promover el reconocimiento de los derechos, disminuir y prevenir la discriminación.

En 1993 se realizó la Conferencia Mundial de Derechos Humanos en Viena, en que se acordó la proclamación de una década internacional para la población indígena del mundo a partir del 10 de diciembre de 1994. Las actividades preparatorias iniciarían del 10 de enero al 9 de diciembre de 1994 y se incluyeron programas de acción orientados a la población indígena,⁶⁸ la elaboración de actividades⁶⁹ como asistencia de indígenas y cursos de entrenamiento en derechos humanos, así como otras actividades de apoyo; investigación y documentación; cooperación técnica y entrenamiento; publicaciones; reuniones, relaciones públicas; establecimiento del Día Internacional de la Población Indígena que se celebra anualmente el 9 de agosto.⁷⁰

A su vez las dependencias de las Naciones Unidas, cada una en su ámbito de responsabilidad, establecieron acciones tendientes a mejorar las condiciones de vida de la población indígena. Tal es el caso del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), el Fondo para el Desarrollo de la Agricultura (FDA), la Organización de

⁶⁸ Cfr. Naciones Unidas, *Minuta de la Asamblea General A/49/444. Programa de Actividades de la Década Internacional para la Población Indígena del Mundo*, 28 de septiembre de 1994.

⁶⁹ Cfr. Naciones Unidas, *Labor de la Subcomisión de Prevención de Discriminaciones y Protección a las Minorías*, Comisión de los Derechos Humanos, 1997/22.

⁷⁰ Cfr. Naciones Unidas, *Un foro permanente para las poblaciones indígenas en el sistema de las Naciones Unidas*, Comisión de los Derechos Humanos, 1997/30.

las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), el Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente (UNEP), la Comisión para el Desarrollo Sustentable, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Organización Mundial de la Salud (OMS), con sus respectivas dependencias y organizaciones regionales y locales.

Cada uno de los países firmantes se comprometieron a desarrollar actividades nacionales y de los propios grupos indígenas. En 1995 se estableció un Grupo de Trabajo en Poblaciones Indígenas⁷¹ con el objetivo de prevenir la discriminación y favorecer la protección de las minorías. Para ello se estableció un foro permanente para la población indígena bajo la recomendación contenida en la Declaración de Viena de 1993, cuyos resultados y los del programa de la década se agruparon en tres áreas: social, humanitaria y cultural.⁷²

Periódicamente se revisan los casos de ataque a los derechos humanos, se emiten dictámenes y recomendaciones, se revisan los avances en los diagnósticos de cada una de las dependencias de las Naciones Unidas en estos programas y se avanza con limitaciones en la adopción de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de la Población Indígena.⁷³ Existen posturas favorables como la firma de casi la totalidad de los miembros de las comisiones en representación de cada país, pero muchos dificultan el progreso para concretar esta declaración, retrasando los compromisos, con una "conjura burocrática" y la abierta oposición, detectadas por los visitantes de las Naciones Unidas, los representantes indígenas o los propios representantes de las comisiones que llegan a solicitar mayor apoyo de la propia organización, pues existen posturas opuestas a una de las peticiones principales de los pueblos indígenas que es la autonomía,

⁷¹ Cfr. Naciones Unidas. *Minuta de la reunión de la Comisión de Derechos Humanos HR/CN/733* para considerar los derechos de la población indígena, 9 de abril de 1996.

⁷² Cfr. Naciones Unidas, *Minuta de la reunión GA/SHC/3383*. Requerimientos de progresos en la declaración de derechos, foro permanente para la población indígena, 11 de noviembre de 1996.

⁷³ Cfr. Naciones Unidas, *Minuta de la reunión de la Comisión de Derechos Humanos HR/CN/785* para la discusión de los derechos humanos de la población indígena, 10 de abril de 1997.

la independencia total. Estos puntos se constituyen en un grave problema político.

En julio de 1997, durante la Sesión Anual del Grupo de Trabajo⁷⁴ sobre Población Indígena, se reunieron más de 700 representantes de diversos grupos, provenientes de más de 50 países, para proponer opciones y llamar la atención sobre problemas particulares de los grupos indígenas y que se hacen extensivos a la población mundial, como los problemas ecológicos y de desarrollo sustentable, asimismo, presentaron algunos avances en las legislaciones particulares sobre derechos de propiedad de la tierra.

El 9 de agosto de 1997 se conmemoró por tercera ocasión el Día Internacional de la Población Indígena del Mundo, ceremonia que fue encabezada por el secretario general de las Naciones Unidas y en la que participó gran número de representantes indígenas y representantes de las dependencias de la ONU comprometidas en esta acción. Esta ocasión ofreció la oportunidad de reiterar los principios de respeto a los derechos humanos y buscar soluciones que alivien la grave situación en que se encuentra la población indígena⁷⁵ en su mayoría.

En cuanto a los progresos en la Declaración de los Derechos de la Población Indígena,⁷⁶ la mayoría de los países, reconocen el valor cultural de los grupos indígenas. En muchos países como México, aún falta mucho por avanzar para completar esta declaración.

Recientemente, la ONU acordó establecer un foro permanente para los pueblos indígenas que dependerá del Consejo Económico y Social de la ONU (Ecosoc), de tal forma que los pueblos indígenas tendrán voz en el sistema de la ONU. El foro contará con 16 representantes, ocho nominados por los gobiernos y elegidos por Ecosoc; los otros ocho designados por el presidente de Ecosoc.⁷⁷

⁷⁴Cfr. Naciones Unidas, *Minuta de la reunión del Grupo de Trabajo sobre Población Indígena HR/4332*, Sesión Anual en Ginebra, 25 de julio de 1997.

⁷⁵Cfr. Naciones Unidas, *Mensaje de prensa del Día Internacional de la Población Indígena del Mundo*, 9 de agosto de 1997.

⁷⁶Cfr. Naciones Unidas, *Minuta de la reunión GA/SHC/3442, Progresos en la elaboración del borrador de Declaración de Derechos de la Población Indígena*, 11 de noviembre de 1997.

⁷⁷Reforma, "Crean foro indígena en la ONU. Promete Robinson darles voz en el seno del órgano", *Reforma*, México, 30 de julio de 2000, p. 2-A.

La política indigenista en América

El antecedente más antiguo de las acciones indigenistas modernas fue en 1933 mediante programas de acción orientados a la población indígena en diversos países de América.⁷⁸ En 1940, se efectuó en Pátzcuaro, Michoacán, el Primer Congreso Indigenista Interamericano,⁷⁹ con el auspicio del presidente Lázaro Cárdenas, se creó el Instituto Indigenista Interamericano y se proclamó el Día del Indio el 19 de abril de cada año.⁸⁰ Uno de los acuerdos de la asamblea plenaria fue crear institutos indigenistas en cada uno de los países participantes que progresivamente los fueron instituyendo (véase cuadro 4).

CUADRO 4
CREACIÓN DE LOS INSTITUTOS INDIGENISTAS
DE LOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA

<i>País</i>	<i>Año</i>	<i>Denominación</i>
Bolivia	1941	Instituto Indigenista Boliviano
Paraguay	1936	Patronato Nacional Indigenista
	1958	Departamento Nacional Indigenista
	1975	Instituto Nacional Indigenista
Perú	1946	Instituto Indigenista de Perú
	1959	Comisión Nacional Plan de Integración de la Población Aborigen
México	1948	Instituto Nacional Indigenista
Colombia	1960	División de Asuntos Indígenas
		Ministerio de Gobierno
Brasil	1910	Servicio de Protección a los Indios
	1967	Fundación Nacional del Indio

Fuente: INI, "Presencia y significación de los pueblos indígenas en América", *Boletín INIndigenista*, Instituto Nacional Indigenista, año 1, núm. 1, 1989, pp. 12-18.

Durante los congresos, los expertos latinoamericanos identificaron cinco problemas principales comunes a las poblaciones indígenas de todos los países: territorio, participación económica y

⁷⁸Cfr. "Presencia y significación de los pueblos indígenas en América", *Boletín INIndigenista*, Instituto Nacional Indigenista, año 1, núm. 1, 1989, pp. 12-18.

⁷⁹Cfr. T.J. Larios, "El INI. A cuarenta años de su fundación", *México indígena*, otoño de 1988, pp. 7-9.

⁸⁰Cfr. INI, "Día del Indio", *INI-Acción Indigenista*, Instituto Nacional Indigenista, núm. 261, marzo de 1975, 8 pp.

material, desarrollo cultural, justicia y autonomía. Más tarde, en 1954, se proclamaron los derechos del indio, entre los que destacan:

- El derecho vital a la tierra y a la libertad.
- Derecho al voto universal y participación directa de la Constitución en los poderes del Estado.
- Derecho al trato igualitario y erradicación de la práctica de discriminación racial.
- Derecho a los beneficios de los servicios públicos en proporción a la densidad demográfica, las contracturas económicas y las necesidades de las poblaciones indígenas.
- Derecho a la organización comunitaria, sindical y cooperativa.
- Derecho al trabajo apropiadamente remunerado y a la protección de las leyes raciales.
- Derecho al respeto en sus culturas; tradiciones e incorporar a estos a la técnica moderna.
- Derecho a la educación integral.

Derivadas de las reuniones de expertos y la presión política internacional se han logrado algunos avances de orden normativo que protegen a la población indígena de América Latina (véase cuadro 5).

Estas modificaciones constitucionales y disposiciones legales afectan a más de 27 millones de personas pertenecientes a alguno de los grupos indígenas de América.⁸¹ La estimación de esa población puede variar notablemente debido a los criterios lingüísticos, que son los más frecuentes para determinar la pertenencia. La mayor parte de esta población se ubica en las zonas rurales, aunque en algunos países también involucra el área urbana; en algunos la población indígena es la mayoría de la población como en Guatemala y Bolivia con casi el 60 por ciento, aunque en otros como Costa Rica y Brasil son menos del 1 por ciento (véase cuadro 6).

⁸¹Cfr. INI, "Población indígena en América", *México Indígena*, Instituto Nacional Indigenista, núm. 59, marzo de 1982, pp. 5-8.

CUADRO 5
 AVANCES LEGISLATIVOS EN AMÉRICA LATINA
 PARA LA PROTECCIÓN INDÍGENA

<i>País</i>	<i>Constitución</i>	<i>Ley</i>	<i>Otras disposiciones</i>
Argentina	1983	1983, núm. 23,302	
Brasil	1988	1973, núm. 6,001	
Colombia		1890, núm. 89	Ministerio de Salud, 1981
		1961, núm. 135	
		1967, núm. 31	
		1977, núm. 6,172	
Costa Rica			
Ecuador	1978		
Guatemala	1985		
México	2001 ⁸²	1990, 1998. Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca ⁸⁴	
	1992 ⁸³	1998. Ley de Derechos de los Pueblos y Comunidades Indígenas del Estado de Oaxaca ⁸⁵	
		1991. Procuraduría para Asuntos Indígenas del Estado de Jalisco ⁸⁶	
		1994. Procuraduría para la Defensa del Indígena del Estado de Oaxaca ⁸⁷	
		1994. Ley de Amnistía del Estado de Chiapas	
		1994. Comisión de Desarrollo Integral y Justicia Social para el Pueblo Indígena Maya y otras Etnias Indígenas Asentadas en el Estado de Campeche ⁸⁸	
		1995. Ley para el Diálogo, la Conciliación y la Paz	

⁸²Decreto por el que se aprueba el diverso por el que se adicionan un segundo y tercer párrafos al artículo 1o., se reforma el artículo 2o., se deroga el párrafo primero del artículo 4o.; y se adicionan un sexto párrafo al artículo 18, y un último párrafo a la fracción tercera del artículo 115 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 14 de agosto de 2001.

⁸³Modificación al artículo 4o. constitucional que el 28 de enero de 1992 adicionó un párrafo donde se reconoce la composición pluricultural del país, sustentada por la presencia de los pueblos indios (S.C. Olvera, y D. Poliakoff, "Opiniones sobre la ley reglamentaria al artículo 4o. constitucional", *Cuadernos de Antropología Jurídica*, 5, INI, México, 1994. p. 50).

Decreto por el que se aprueba el diverso por el que se adicionan un segundo y tercer párrafos al artículo 1o., se reforma el artículo 2o., se deroga el párrafo primero del artículo 4o.; y se adicionan un sexto párrafo al artículo 18, y un último párrafo a la fracción tercera del artículo 115 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

⁸⁴<http://info.juridicas.unam.mx/navjus/infojur.htm>

⁸⁵En 1990, se reformó la Constitución de Oaxaca para reconocer la composición étnica plural de la sociedad oaxaqueña. En 1998 se modificó el artículo 16 de la constitución estatal para reforzar las modificaciones de 1990 y hacer más específicas las responsabilidades del Estado hacia las poblaciones indígenas y promulgación de una ley específica (T.E.D. Estrada, *Administración de justicia y derechos indígenas en México*, tesis profesional de abogacía, Escuela Libre de Derecho, México, 2000, 162 pp.).

⁸⁶Publicado en el *Periódico Oficial del Estado* el 12 de enero de 1991. Entró en vigor el 13 de enero de 1991.

⁸⁷Publicado en el *Periódico Oficial* de fecha 8 de octubre de 1994, número 41. Este documento entró en vigor al día siguiente de su publicación.

⁸⁸Publicado en el *Periódico Oficial* el día 29 de enero de 1994. Entró en vigor al día siguiente de su publicación.

País	Constitución	Ley	Otras disposiciones
		Digna en Chiapas ⁸⁹	
		1997. Ley de Justicia Indígena de Quintana Roo ⁹⁰	
		1998. Ley de Derechos, Cultura y Organización Indígena del Estado de Quintana Roo ⁹¹	
		Leyes de procedimientos penales o equivalentes con menciones específicas sobre tratamiento a indígenas en 27 entidades federativas	
Nicaragua	1986	núms. 28, 40, 43	
Panamá	1972	1953, núm. 16	
	(R. 1983)	1983, núm. 22	
		1987, Ley Electoral	
Paraguay	1967	1981, núm. 904	
		1988, núm. 1,372	
Perú	1979	1974, núm. 22, 175	
Venezuela	1961		Ministerio de Educación 1979, 1980

Fuente: INI, "Presencia y significación de los pueblos indígenas en América", *Boletín INI Indigenista*, Instituto Nacional Indigenista, año 1, núm. 1, 1989, pp. 12-18.

Comisión Nacional de Derechos Humanos, *Las costumbres jurídicas de los indígenas en México*, CNDH, México, 1994, p. 15.

UNAM-III 1998, <http://info4.juridicas.unam.mx/adproju/est/8/default.htm>

CUADRO 6
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN INDÍGENA DE AMÉRICA
SEGÚN ÁMBITOS RURAL Y URBANO

País	Población en millones	Por ciento del total nacional	Por ciento de la población rural	Por ciento de la población urbana
México	8.04	12.4	36.0	2.0*
Guatemala	3.70	59.7	81.8	2.9
Ecuador	2.50	33.9	58.4	51.7
Perú	6.02	40.0	73.1	8.5
Bolivia	3.50	55.0	95.0	22.4
Brasil	0.24	0.1	0.1	
Colombia	0.54	2.2	1.3	
Venezuela	0.20	1.5	2.1	
Panamá	0.12	6.8	3.7	
Paraguay	0.06	2.3	1.0	

⁸⁹Ley para el Diálogo, la Conciliación y la Paz Digna en Chiapas, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 11 de marzo de 1995. <http://info4.juridicas.unam.mx/>

⁹⁰Ley reglamentaria del artículo 13 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Quintana Roo. Publicado en el *Periódico Oficial del Estado* de fecha 14 de agosto de 1997, entró en vigor el día de su publicación.

⁹¹Publicada el 30 de julio de 1998, reglamentaria del último párrafo de la ley protegerá, regulará y validará el desarrollo y ejercicio de sus lenguas, cultura, usos, costumbres, actos, recursos y formas específicas de organización social y garantizará a sus integrantes el efectivo acceso a la jurisdicción del Estado. <http://www.tribunal.uqro.o.mx/tribunal/>

CUADRO 6 (Continuación)

País	Población en millones	Por ciento del total nacional	Por ciento de la población rural	Por ciento de la población urbana
Estados Unidos	1.56	0.7	2.2	
Honduras	0.10	3.2		
Costa Rica	0.01	0.6	0.9	0.4
Nicaragua	0.04	1.8		
El Salvador	0.10	2.3		
Chile	0.61	5.7	23.3	1.4
Argentina	0.39	1.5	5.3	0.4

Fuente: INI, "Población indígena en América", *México Indígena*, Instituto Nacional Indigenista, núm. 59, marzo de 1982, pp. 5-8.

Nota: Algunas cifras fueron actualizadas de acuerdo con la disponibilidad de información 2001.

*L.V. Molina, "Migración y distribución de la población indígena de México, 1980", *México Indígena*, Instituto Nacional Indigenista, México, año 2, núm. 13, noviembre-diciembre de 1986, pp. 63-65.

PAÍSES SELECCIONADOS

Existe una red virtual de información y comunicación sobre poblaciones indígenas, *The Aboriginal Links*, con sede en Canadá, que incluye información de los países que cuentan con centros de investigación social y económica para el estudio de sus poblaciones indígenas. De esta red y otros puntos en Internet, se obtuvo información general sobre la situación de relación y dominación de algunos grupos indígenas.

Canadá

La Constitución de Canadá define a sus aborígenes como "indios, inuits y mestizos".⁹² Esta Constitución protege a los grupos indígenas mediante derechos específicos, particularmente el de caza, pesca, trampería y cosecha. Existen 11 diferentes grupos indígenas principales que se dividen en 600 "primeras naciones" y alrededor de 1,000 comunidades que operan bajo una legislación federal especial, denominada "Acta India". Más del 80 por ciento de las comunidades de Canadá se ubican en áreas productivas

⁹²Constitution Act, 1982, Part II, Rights of the aboriginal peoples of Canada. http://www.solon.org/Constitutions/Canada/English/ca_1982.html

forestales en ocho grandes ecosistemas, donde los indígenas se han desarrollado con respeto a las tierras forestales.⁹³

La legislación que protege los derechos de los grupos indígenas en la región de América del Norte colonizada por Inglaterra es antigua, data del 1763, en que el rey Jorge elaboró una proclama de protección a la población, cultura y hábitat de los grupos indígenas, en ese tiempo esa protección abarcaba las Colonias en lo que ahora es Estados Unidos y la región inglesa de Canadá.⁹⁴

Otros documentos jurídicos relativos a la población indígena son: el Acta de Quebec (1774), el Acta Constitucional (1867), el Acta de Manitoba (1870), el Acta Constitucional (1871, 1882, 1886, 1930), en los que progresivamente se han ido otorgando más derechos y protecciones; sobre todo, la posibilidad de explotación de recursos forestales, pesqueros, agrícolas, exención de impuestos o tasas preferenciales y comercialización de sus productos.⁹⁵

Las poblaciones indígenas canadienses han sido muy activas en la lucha por sus derechos, se agrupan en una Confederación de Gobiernos Indios y han proclamado su propia Constitución indígena; su fin último sería lograr la autodeterminación, defensa cultural y social, autonomía y eventualmente la independencia.⁹⁶

Esta lucha comenzó a concretar y fortalecerse en la década de los años cincuenta, en que el jefe George Manuel dirigió a muchos representantes de las comunidades indígenas a la agrupación pacífica y el diálogo para la obtención y solidificación de sus logros indígenas.⁹⁷

⁹³Cfr. G. Quaile y P. Smith, *An Aboriginal Perspective on Canada's Progress Toward Meeting its National Commitments To Improve Aboriginal Participation in Sustainable Forest Management*, XI World Forestry Congress, FAO, Turquía, 13-22 de octubre de 1997.

⁹⁴Cfr. W.F. Maton, *The Royal Proclamation by The King George R.*, Londres, octubre 7 de 1763, /20 de febrero de 1996.

⁹⁵Cfr. Canadian Coastal Conference, *Abstracts Comptes rendus de la conférence canadienne sur le littoral 1997. Résumés.*

⁹⁶Cfr. J. Burrows, *Confederation of Indigenous Governments*, Center for World Indigenous Studies Publication, 1997; y *Universal Declaration of the Indigenous Aboriginal Nations of Canada*, Center for World Indigenous Studies Publication, 1997.

⁹⁷Cfr. J. Burrows, *Grand Chief George Manuel, Shuswap Nation*, Center for World Indigenous Studies, 1995.

Estados Unidos

La política para los indios es sumamente variada: la ley y administración, basadas en el sistema de reservas en 27 estados de los Estados Unidos.⁹⁸ Existen alrededor de dos millones de indígenas en reservaciones que, constituyen aproximadamente el 0.8 por ciento de la población total,⁹⁹ pero se estima que más de 20 millones de personas pertenecen a algún grupo étnico con pérdida de la lengua, tienen algún nivel de mestizaje y viven fuera de las reservaciones. Al interior de los grupos indígenas en las reservaciones existe un acta de reorganización de 1934 que permite la autodeterminación india y en 1975 se agregó el Acta de Asistencia Educativa.¹⁰⁰ Existen alrededor de 314 grupos reconocidos por el gobierno federal.

Existen 278 reservaciones en 35 estados, la más grande es la Navajo (la mayor parte en Arizona), con alrededor de 6'400,000 hectáreas y más de 140,000 habitantes. La reservación más pequeña es la de Golden Hill en Connecticut con 0.1 hectárea y seis personas. En Alaska, hay 48 grupos tribales.¹⁰¹

Existen responsables federales de brindar atención específica a la población indígena. En el Departamento del Interior existe la Oficina de Asuntos Indígenas; el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano tiene un programa de vivienda indígena; el Departamento de Salud y Servicios Humanos tiene un servicio de salud indígena; el Departamento de Educación tiene un programa de educación indígena; el Departamento de Trabajo tiene un área de entrenamiento y empleo indígena; renta y adquisición de tierra; el Departamento de Comercio en su área de Administración del Desarrollo Económico se dedica a apoyar a la población indígena y, existe también, la Agencia de Desarrollo de Negocios de las Minorías con un objetivo similar.¹⁰²

⁹⁸Cfr. T.W. Taylor, *American Indian Policy*, Lomond Publications, Inc., Maryland, 1983, pp. 1-159.

⁹⁹United States Census Bureau, 1990.

¹⁰⁰Cfr. W. Brandon, *Indians Reservations*, American Heritage, Nueva York, 1985, pp. 382-399.

¹⁰¹Smithsonian Institute. National Museum of American Indian. <http://www.nmai.si.edu/> 2001.

¹⁰²T.W. Taylor, *op. cit.*

Perú

La herencia indígena de Perú es una de las más ricas de Sudamérica. Los descendientes de las poblaciones quechua y aymará, originarios de los Andes, constituyen cerca del 45 por ciento de la población de este país. Estos grupos preservan sus vestidos, folclor e idioma. Cerca del 37 por ciento de la población es mestiza (de blancos, negros e indios), 15 por ciento es blanca y un 3 por ciento de descendientes africanos y japoneses.¹⁰³

Al igual que en otras regiones la dominación española propició una situación de marginación y pobreza extrema, a pesar de las medidas de leyes y ordenanzas que intentaron proteger a los indígenas desde la época colonial. En ese periodo se dio un sistema cuasifeudal, el gamonal, que persiste hasta la fecha; la organización colonial no tenía capacidad numérica suficiente para sostener la economía, de ahí se inició una sociedad esclavista con la importación de negros y la sujeción de los indígenas al trabajo prácticamente gratuito.¹⁰⁴

El primer intento por lograr una distribución de tierras para la población indígena se dio en 1918, "Contribución a una legislación tutelar indígena" del doctor José A. Encinas, y la Asociación Pro-Indígena (1909-1917) de Dora Mayer;¹⁰⁵ sin embargo, no alcanzó su propósito. Tampoco los intentos posteriores han logrado resultados concretos.

El reconocimiento oficial de la herencia indígena y sus requerimientos especiales se iniciaron apenas en 1975,¹⁰⁶ en que se agregó al español como lengua oficial el quechua, que se emplea como lengua franca y tiene un gran porcentaje de hablantes. Este periodo coincidió con un programa de nacionalización y la promesa de democratización para 1980. En los años noventa se iniciaron modificaciones a la Constitución para cumplir con los compromisos ante la ONU y buscar una mayor protección a la población indígena.

¹⁰³ Cfr. R. Gamarra, *Information about Peru*, Washington, D.C., 1997, 11 pp.

¹⁰⁴ J.C. Mariátegui, *op. cit.*

¹⁰⁵ *Idem.*

¹⁰⁶ R. Gamarra, *op. cit.*

Hasta el momento persisten para la población indígena la sobrevivencia en un medio de gran pobreza, falta de acceso a fuentes de agua potable, limitados recursos alimenticios, epidemias constantes de cólera y disentería, falta de acceso a medicamentos y atención médica, falta de protección legal e irregularidad en la tenencia de la tierra. Todo esto ha propiciado su movilidad hacia las zonas urbanas.¹⁰⁷

Brasil

La población indígena de Brasil se redujo de unos ocho millones en el siglo XVI a 220,000 en el momento actual. Las razones de esta reducción fueron la esclavitud, la violencia, conflictos por la tierra y los problemas de salud. La población indígena se agrupa actualmente en 180 grupos étnicos con 170 grupos de lenguas, que representan el 0.1 por ciento del total de la población,¹⁰⁸ el 53 por ciento de la población es blanca (en su mayor parte de origen portugués), el 34 por ciento mestiza y el 11 por ciento negra.

Durante la época colonial, el rey de Portugal promulgó la Carta Regia bajo la cual se establecía la protección de los derechos de los pueblos indígenas en las colonias ocupadas en América, pero al igual que en las colonias españolas, esta protección sólo fue documental, pues en realidad vivieron aislamiento y sujeción al dominio colonial. A finales del siglo XIX un etnólogo alemán, Curt Nimuendaju, inició el estudio de los grupos indígenas y descubrió unos 1,400. En 1945 se realizó la primera delimitación de áreas protegidas para indígenas.¹⁰⁹

En 1988 se promulgó la nueva Constitución brasileña que sustituía la de 1967; en el artículo 215 se reconoce la obligación del Estado del pleno ejercicio de los derechos culturales y acceso a la cultura nacional de la población indígena.¹¹⁰ En esta nueva

¹⁰⁷ Cfr. Peruvian Amazon Indian Institute, *The Latin American Alliance*, 1997, p. 1.

¹⁰⁸ Cfr. Pilot Program to Conserve the Brazilian Rain Forest, *Indigenous peoples of the Amazon. Pilot Program to Conserve the Brazilian Rain Forest*, 1998.

¹⁰⁹ Cfr. *Povos indígenas no Brasil*, Documentaca o indigenista e ambiental, Brasilia, 1997.

¹¹⁰ Constituição 1988 de 05 de outubro de 1988. <http://www.iphan.gov.br/legislac/const88.htm>

Constitución se ponía especial énfasis en los derechos humanos, entre los cuales se incluyó la garantía a los mismos de la población indígena; en su artículo 231 se reconoce el derecho territorial y cultural de los indígenas basados en su herencia tradicional. Derivado de este compromiso se inició la demarcación de territorios indígenas en octubre de 1993, se demarcaron 291 y quedaron por revisar 559. Progresivamente se fueron integrando otros pocos territorios, se formó la Fundación Nacional India (Funai) que se encargaría de hacer los estudios de evaluación territorial.¹¹¹

A pesar de que existen actualmente 380 reservas, el 70 por ciento se encuentran en áreas de mayor riesgo en las que constantemente se dan violaciones por agrupaciones habitacionales, buscadores de oro y talamontes, que en muchas de las ocasiones han terminado violentamente en contra de los indígenas, sin la protección de las autoridades.¹¹²

Bolivia

Con la conquista del imperio inca por los españoles se pusieron en evidencia los diversos grupos étnicos que habitaban Perú y Bolivia; esto dio por resultado la movilidad de la población aymará y quechua en gran escala. Las reglas españolas crearon una sociedad estratificada racialmente, en la cual los blancos y mestizos controlaron a los indígenas, al servicio de los blancos o en vida libre en las tierras menos deseables del territorio.¹¹³

Con la independencia hubo cambios y, aunque la pequeña élite blanca mantuvo el control, los indígenas pasaron del régimen de encomienda a ser trabajadores de las haciendas. Sin embargo, la estratificación étnica se ha mantenido hasta la fecha.¹¹⁴ El 55 por ciento de la población boliviana es indígena, el 30 por cien-

¹¹¹Cfr. B. Borges, G. Combrisson, *Indigenous rights in Brazil: Stagnation to political impasse*, South and Meso American Indian Rights Center, SAIRC, San Francisco, 1998, 7 pp.

¹¹²Cfr. B. Weinberg, *Demarcation of indigenous land threatened by new decree in Brazil*, Amanaka 'a Amazon Network, 1996.

¹¹³Cfr. Ministry of Foreign Affairs. *Bolivia. Strategy for Danish-Bolivian Development Cooperation*, Dinamarca, 1998, 35 pp.

¹¹⁴Ministry of Foreign Affairs, *Bolivia. Strategy for Danish-Bolivian Development Cooperation*, op. cit.

to es mestiza y el 15 por ciento blanca (de origen español y a partir de los años cuarenta, alemanes en una gran proporción).

A partir de los años sesenta se inició un desarrollo parcial de los indígenas a través de profesiones como la del magisterio. En los años ochenta se formaron asociaciones indígenas para promover los derechos indígenas, llevaron a Víctor Hugo Cárdenas,¹¹⁵ miembro de la nación aymará a la vicepresidencia de la República en 1993.¹¹⁶

En 1994 se logró una reforma constitucional que reconoce la composición multiétnica y diversidad cultural con respeto a la protección de los derechos indígenas. Se iniciaron algunas acciones para reducir la pobreza mediante desarrollo social y económico para las poblaciones más desfavorecidas en las áreas rurales, específicamente las indígenas. En diciembre de 1995 se llevaron a cabo elecciones locales en las cuales resultaron electos 400 representantes indígenas.¹¹⁷

Paraguay

El territorio estaba poblado en gran parte por guaraníes; a la llegada de los españoles los guaraníes se aliaron a ellos para enfrentar a los guaicurús del Chaco, lo que propició el mestizaje temprano, de consideraciones locales para los mestizos similares a las de los españoles. Mientras tanto, los indígenas se mantuvieron aislados en los territorios y progresivamente fueron evangelizados y congregados en misiones (reducciones) que los protegían de los encomenderos. Con la independencia se dieron otros cambios, aunque, persistió la marginación de los indígenas.

El 65 por ciento de la población es amerindia (guaraní, unos tres millones de personas), el 30 por ciento es mestiza y el 5 por ciento restante, población de ascendencia española e inmigrante europea (sobre todo alemana a partir de los años cuarenta).

¹¹⁵ Líder del Movimiento Revolucionario Túpac Katari de Liberación que se alió con el Movimiento Nacional Revolucionario para asegurar la Presidencia de la República con Gonzalo Sánchez de Lozada y la mayoría en el Congreso. Bolivia's Political and Economic Situation. <http://www.um.dk>

¹¹⁶ Cfr. Ministry of Foreign Affairs, *op. cit.*

¹¹⁷ *Idem.*

En 1992 se promulgó la nueva Constitución, en la que se consagraron los derechos de los pobladores indígenas, los cuales abarcan de los artículos 62 a 67, que consignan la identidad étnica, propiedad comunitaria, derecho a la participación, de la educación, la asistencia y de la exoneración y la elevación del guaraní junto con el español como idiomas oficiales.¹¹⁸

A pesar de estas modificaciones las condiciones de discriminación, marginación y retraso se mantienen, continúan las formas artesanales de pesca, vivienda, siembra y recolección como mecanismos de sostenimiento económico; asimismo, constantemente se ven afectados por los invasores de terreno (ya que sólo 20 por ciento de los territorios indígenas se encuentran legalmente protegidos y sólo un pequeño porcentaje de ellos tienen condiciones para una buena calidad de explotación), expansión de compañías de caza y agricultura, así como condiciones de vida y salud más deficientes que la mayoría nacional, sobre todo en las regiones rurales.¹¹⁹

Australia

En Australia existen 24 grupos indígenas diseminados ampliamente en el gran territorio. La relación con estos grupos había sido de indiferencia debido a que la población dominante inglesa llegó al territorio en los siglos XVI y XVII como castigo, en exilio, en prisión y para la administración. Posteriormente se fueron integrando nuevos inmigrantes de otras áreas del Reino Unido y de Europa.

La evolución social australiana e internacional favoreció el respaldo jurídico para la defensa de los derechos de la población indígena australiana, a través la Constitución y el Acta Federal Nativa (1993). Asimismo, se han desarrollado esfuerzos en el sentido académico por establecer mejores condiciones de vida y

¹¹⁸Cfr. Constitución del Paraguay, Asunción, Paraguay, 1992, 57 pp.

¹¹⁹Cfr. Coordinadora de Pueblos Indígenas, *Conclusions of the First Meeting of Indigenous Peoples*, Asunción, Paraguay, 1995.

analizar la problemática de esta población, uno de ellos es a través de la Universidad de Australia, de la cual depende el Centro para la Investigación Política Económica de la Población Indígena, que desde 1991 publica periódicamente los trabajos que realizan sus investigadores y los de otros países en este sentido.¹²⁰

Las investigaciones abarcan algunas poblaciones en especial, debido a que existen grupos más numerosos que otros, como es la población de Torres Strait, la cual tiene su propio comisionado de justicia, también existe la Comisión Aborigen de Torres Strait Islander.¹²¹

Nueva Zelanda

En Nueva Zelanda existe en forma mayoritaria la población maorí, cuyos derechos ya son protegidos por la Constitución, la Ley de Recursos. Sin embargo, al igual que en muchos países del mundo, el sistema de justicia está influido en muchos casos por la discriminación y el racismo institucional, pero en su organización social moderna, los pobladores maorís, han logrado establecer mecanismos de protección, entre ellos la edición y difusión del *Maori Law Review*.¹²²

China

En la República Popular China existen 56 grupos étnicos reconocidos, que representan aproximadamente el 7 por ciento de la población total del país; se trata de minorías que en conjunto suman más de 90 millones de habitantes. Cada uno tiene características de identidad particulares en cuanto a su situación cultural, que incluye vestido, religión e idioma, región geográfica y nivel de desarrollo. La existencia de los grupos étnicos chinos (o minorías nacionales) está protegida por la Constitución de la República Popular de China desde 1982, que determina que se

¹²⁰T.M. Ciolek, *Australian Aboriginal Studies*, Australia, 1994.

¹²¹*Idem*.

¹²²Cfr. T.M. Ciolek, *op. cit.*

trata de un Estado multinacional unitario en el que existe conjuntamente gente de todas las nacionalidades, bajo las relaciones socialistas de equidad, unidad y asistencia mutua.¹²³

La educación, salud y servicios son brindados en forma general a toda la población; sin embargo, en las zonas indígenas, la educación es monolingüe en el idioma local hasta el nivel bachillerato, con opción de aprender el idioma oficial (chino mandarín). Si se desea una educación superior se acude al Instituto de las Minorías Nacionales o a las universidades de cada estado para recibir educación en chino mandarín.¹²⁴

El gobierno chino sostiene una política cercana a los grupos étnicos minoritarios para mantener tratamiento dócil y promoción política gubernamental progresiva hacia la asimilación, a la que se oponen las minorías. La que más se conoce en el extranjero es la tibetana, por su deseo de independencia, lo que ha propiciado la intervención militar en la provincia, que ha sido la más difundida en el ámbito internacional.¹²⁵

LA LEGISLACIÓN INTERNACIONAL SOBRE ASUNTOS INDÍGENAS

Los derechos humanos se han estudiado en los entornos legal y político; sin embargo, los concernientes específicamente a los pueblos indígenas se mantuvieron sumergidos en las sociedades coloniales dominantes las cuales controlaron el acceso a los foros legales nacionales e internacionales.

Francisco de Vitoria y Bartolomé de las Casas fueron los primeros comentaristas sobre derechos indígenas en el derecho internacional. Promovieron derechos iguales para la población indígena y los conquistadores; los opositores a esta búsqueda fueron Sepúlveda y los virreyes de la Nueva España, quienes ignoraron y rechazaron activamente las regulaciones reales en

¹²³ Cfr. Constitution of the People's Republic of China, 1982. *Inside China Today*, agosto de 1996.

¹²⁴ Cfr. *Frontiers Focus*, vol. 4, núm. 3, 1996.

¹²⁵ Cfr. EASC, *Teacher Guide to China*, Indiana University, agosto de 1997.

favor de la protección a los indígenas y favorecieron la explotación.¹²⁶

Más tarde en Sudáfrica y Australia se empleó la doctrina de *Terra nullius*, según la cual las tierras vacías, despobladas o subdesarrolladas podían ser reclamadas para su explotación. Muchos de los problemas ambientales actuales provienen de la aplicación de esa doctrina.¹²⁷ En contraste, otras colonias, como las de Indochina y África, no pudieron desplazar a las poblaciones indígenas, mientras que en Norteamérica, las enfermedades y el exterminio provocaron el despoblamiento.

Desde los años cincuenta la Organización Internacional del Trabajo se preocupó por los derechos indígenas, y se realizaron varias reuniones de expertos:

- Sesión 39, Condiciones de vida y trabajo de las poblaciones indígenas en países independientes, 1955.
- Sesión 40, Condiciones de vida y trabajo de las poblaciones indígenas en países independientes, 1956.
- Protección e integración de indígenas y otras poblaciones tribales y semitribales en países independientes, 1956.

En 1957 se promulgó la Convención 107 sobre "Condiciones de Trabajo y Vivienda para Poblaciones Indígenas". Según este tratado, los gobiernos se obligaban a desarrollar programas de protección para las poblaciones indígenas y para su integración.¹²⁸ Esta convención no tuvo una aplicación real, por lo que en 1980 se reiniciaron movimientos promotores de los derechos indígenas, mediante la revisión de los documentos de trabajo de los años cincuenta y nuevas propuestas.

En la sesión 76 de 1989 se concretaron las revisiones en el Convenio 169 sobre los Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, que es uno de los documentos de apoyo inter-

¹²⁶Cfr. S.C. Perkins, *Researching Indigenous Peoples rights under International Law*, 1992, Annual Meeting of the American Association of Law Libraries, University of Cincinnati, 41 pp.

¹²⁷*Idem.*

¹²⁸Cfr. T.E.D. Estrada, *Administración de justicia y derechos indígenas en México*, tesis profesional de abogacía, Escuela Libre de Derecho, México, 2000, 162 pp.

nacionalmente reconocidos para los asuntos indígenas,¹²⁹ el cual pretende hacer valer el principio moral y jurídico de la igualdad, con las posibilidades de variación entre individuos y colectividades, respeto a su capacidad para el desarrollo y control de sus propias instituciones.¹³⁰

A raíz de que las Naciones Unidas declararon 1993 como el Año Internacional para los Derechos Indígenas, se iniciaron algunas investigaciones sobre los derechos de los pueblos indígenas bajo la óptica del derecho internacional.¹³¹

El derecho internacional por sí mismo ha considerado los derechos de los pueblos indígenas en forma separada de sus temas propios, y se trata de un área nueva en desarrollo, inserta en la legislación internacional sobre derechos humanos, ya que todos los estados garantizan a sus ciudadanos derechos civiles, políticos y sociales y dentro de esos ciudadanos se considera a los indígenas.¹³²

El marco legal para los derechos humanos en general considera:

- Declaración universal de los derechos humanos.
- Convenios sobre derechos políticos y civiles.
- Convenios sobre derechos culturales, económicos y sociales.
- Declaración Americana de los Deberes y Derechos del Hombre.
- Convención Americana de los Derechos Humanos.
- Convención Europea de los Derechos Humanos.
- Acta final de Helsinki.
- Cartera africana de derechos humanos y de los pueblos.

Las agrupaciones y organizaciones más activas en la investigación sobre derechos indígenas son: la Organización de las Naciones Unidas, el Consejo de Europa, la Organización de los Estados Americanos, el Instituto Indigenista Interamericano, Amnistía Internacional, Cultural Survival, Four Directions Council, Grand Council of the Cree, Indian Law Resource Center,

¹²⁹Cfr. S.C. Perkins, *op. cit.*

¹³⁰Cfr. T.E.D. Estrada, *op. cit.*

¹³¹Cfr. S.C. Perkins, *op. cit.*

¹³²*Idem.*

Indigenous World Association, International Indian Treaty Council, International Workgroup for Indigenous Affairs, Inuit Circumpolar Conference, Minority Rights Group, National Aboriginal and Islanders Legal Services, National Indian Youth Council, South and Meso American Indian Information Center, Survival International, World Council of Indigenous Peoples.

Específicamente sobre derechos indígenas el marco jurídico:

- Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes (1989).¹³³
- Convenio Internacional de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Naciones Indígenas (1994).¹³⁴
- Borrador de la Declaración de los Derechos de los Pueblos Indios, pendiente de aprobación de las Naciones Unidas (1998).¹³⁵

La evolución de la investigación y actividades sobre derechos indígenas a futuro se estima que en la próxima década estará orientado hacia:

- La autodeterminación, que constituye uno de los tópicos más difíciles y que determinará una nueva geografía del mundo.
- La propiedad intelectual de los derechos sobre medicamentos desarrollados con base en las plantas y prácticas de las medicinas tradicionales de los pueblos indígenas.
- La explotación de los recursos naturales localizados en las tierras tradicionalmente indígenas.
- Protección de las tradiciones culturales y lenguajes como una alta prioridad de la mayoría de las poblaciones indígenas.
- Compensaciones por las invasiones de tierras producidas por las poblaciones no indígenas.

BIBLIOGRAFÍA

ADAMS, Richard N., *Etnias en evolución social*, Universidad Autónoma Metropolitana, México, 1995, 439 pp.

¹³³ International Labour Organisation, Convention 169, *op. cit.*

¹³⁴ Cfr. *International Covenant on the Rights of Indigenous Nations*, Geneva, 1994.

¹³⁵ Cfr. *Draft Declaration on the Rights of Indigenous Peoples*, International Indian Treaty Council, San Francisco, 1998.

- AGUIRRE B.,G., citado en H. Díaz Polanco, F.J. Guerrero, V. Bravo *et al.*, *Indigenismo modernización y marginalidad. Una revisión crítica*, Juan Pablos Editor, México, 1987.
- ANTILEO, A., "Seminario sobre identidad e imagen. Universidad de Extremadura en Identidad casi perdida", *Reforma*, México, 17 de julio de 1998.
- BANCO MUNDIAL, *Directriz Operacional OD 4.20, Pueblos Indígenas*, septiembre de 1991.
- BORGES, B. y G. Combrisson, *Indigenous rights in Brazil: Stagnation to political impasse*, South and Meso American Indian Rights Center, SAIIC, San Francisco, 1998, 7 pp.
- BRANDON, W., *Indians Reservations*, American Heritage, Nueva York, 1985, pp. 382-399.
- BURROWS, J., *Confederation of Indigenous Governments*, Center for World Indigenous Studies Publication, 1997.
- , *Grand Chief George Manuel, Shuswap Nation*, Center for World Indigenous Studies, 1995.
- , *Universal Declaration of the Indigenous Aboriginal Nations of Canada*, Center for World Indigenous Studies Publication, 1997.
- CANADIAN COASTAL CONFERENCE, Abstracts Comptes rendus de la conférence canadienne sur le littoral 1997, Résumés.
- CASO, A., "¿Qué es el indio?", en INI, *Acción Indigenista*, Instituto Nacional Indigenista, México, núm. 270, diciembre de 1975, 8 pp.
- CIOLEK, T.M., *Australian Aboriginal Studies*, Australia, 1994.
- CONSTITUCIÓN DEL PARAGUAY, Asunción, Paraguay, 1992, 57 pp.
- "Constitution of the People's Republic of China", 1982, *Inside China Today*, agosto de 1996.
- CONTRERAS, J., "El cambio cultural", en *Las razas humanas*, Instituto Gallach, Barcelona, 1995, pp. 943-970.
- COORDINADORA DE PUEBLOS INDÍGENAS, *Conclusions of the First Meeting of Indigenous Peoples*, Asunción, Paraguay, 1995.
- COSSÍO D., J.R, J.F. Franco González S. y J. Roldán X., *Derechos y cultura indígena. Los dilemas del debate jurídico*, Miguel Ángel Porrúa, México, 1998, pp. 150-151.

- DÍAZ POLANCO, H., F.J. Guerrero, V. Bravo *et al.*, *Indigenismo, modernización y marginalidad. Una revisión crítica*, Juan Pablos Editor, México, 1987.
- Draft Declaration on the Rights of Indigenous Peoples*, International Indian Treaty Council, San Francisco, 1998.
- EASC, *Teacher Guide to China*, Indiana University, agosto de 1997.
- ESTRADA, T.E.D., *Administración de justicia y derechos indígenas en México*, tesis profesional de abogacía, Escuela Libre de Derecho, México, 2000, 162 pp.
- FLORESCANO, E., *Etnia, Estado y nación*, Aguilar, México, 1997, 507 pp.
- FRANK, A.G. y E. Wolf, "Sentido de pertenencia", en INI, *Acción Indigenista*, Instituto Nacional Indigenista, México, núm. 270, diciembre de 1975, 8 pp.
- Frontiers Focus*, vol. 4, núm. 3, 1996.
- GAMARRA, R., *Information about Peru*, Washington, D.C., 1997, 11 pp.
- <http://www.em.doe.gov/stake/natinfo.html>
- <http://info.jurídicas.unam.mx/navjus/infojur.htm>
- <http://www.britannica.com/seo/i/indigenismo/>
- <http://www.tribunal.uqro o.mx/tribunal/>
- <http://www.um.dk>
- HUNTINGON, S.P., *El choque de las civilizaciones*, Paidós, Barcelona, 1997, p. 30.
- INI, "Día del Indio", *INI-Acción Indigenista*, Instituto Nacional Indigenista, núm. 261, marzo de 1975, 8 pp.
- , "Población indígena en América", *México Indígena*, Instituto Nacional Indigenista, núm. 59, marzo de 1982, pp. 5-8.
- , "Presencia y significación de los pueblos indígenas en América", *Boletín INIndigenista*, Instituto Nacional Indigenista, año 1, núm. 1, 1989, pp. 12-18.
- International Covenant on the Rights of Indigenous Nations*. Geneva, 1994.
- INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION, *Convention 169. Convention concerning indigenous and tribal peoples in independent countries*, Naciones Unidas, 1989, 12 pp.

- LARIOS, T.J., "El INI. A cuarenta años de su fundación", *México indígena*, otoño de 1988, pp. 7-9.
- Las razas humanas*, Instituto Gallach, Barcelona, 1995, tomos 1 al 8.
- MALVIDO, E. y M.E. Morales, *Historia de la salud en México*, INAH, CNCA, México, 1996, 350 pp.
- MARIÁTEGUI, J.C., *7 Ensayos de interpretación de la realidad indígena*, Emp. Edit. Amauta, Lima, Perú, 1996, pp. 1-3.
- MATON, W.F., *The Royal Proclamation by The King George R.*, Londres, octubre 7 de 1763/20, febrero de 1996.
- MINISTRY OF FOREIGN AFFAIRS, *Bolivia. Strategy for Danish-Bolivian Development Cooperation*, Dinamarca, 1998, 35 pp.
- NACIONES UNIDAS, *El ABC de las Naciones Unidas*, Naciones Unidas, Nueva York, 1988, p. 136.
- , *Labor de la Subcomisión de Prevención de Discriminaciones y Protección a las Minorías*, Comisión de los Derechos Humanos, 1997/22.
- , *Mensaje de prensa del Día Internacional de la Población Indígena del Mundo*, 9 de agosto de 1997.
- , *Minuta de la Asamblea General A/49/444. Programa de Actividades de la Década Internacional para la Población Indígena del Mundo*, 28 de septiembre de 1994.
- , *Minuta de la reunión de la Comisión de Derechos Humanos HR/CN/733 para considerar los derechos de la población indígena*, 9 de abril de 1996.
- , *Minuta de la reunión de la Comisión de Derechos Humanos HR/CN/785 para la discusión de los derechos humanos de la población indígena*, 10 de abril de 1997.
- , *Minuta de la reunión del Grupo de Trabajo sobre población indígena HR/4332*, Sesión Anual en Ginebra, 25 de julio de 1997.
- , *Minuta de la reunión GA/SHC/3383 Requerimientos de progresos en la declaración de derechos, foro permanente para la población indígena*, 11 de noviembre de 1996.
- , *Minuta de la reunión GA/SHC/3442 Progresos en la elaboración del borrador de Declaración de Derechos de la Población Indígena*, 11 de noviembre de 1997.

- , *Un foro permanente para las poblaciones indígenas en el sistema de las Naciones Unidas*, Comisión de los Derechos Humanos, 1997/30.
- OEHMICHEN B., M.C., *Reforma del Estado. Política social e indigenismo en México. 1988-1996*, Universidad Nacional Autónoma de México, IIA, México, 1999, 259 pp.
- OIT, Actas provisionales, septuagésima sexta reunión, Ginebra, 1989.
- OLVERA, S.C. y D. Poliakoff, "Opiniones sobre la Ley reglamentaria al artículo cuarto constitucional", *Cuadernos de Antropología Jurídica*, 5, INI, México, 1994, p. 50.
- PERKINS, S.C., *Researching Indigenous Peoples rights under International Law*, 1992 Annual Meeting of the American Association of Law Libraries, University of Cincinnati, 41 pp.
- PERUVIAN AMAZON INDIAN INSTITUTE, *The Latin American Alliance*, 1997, p. 1.
- PILOT PROGRAM TO CONSERVE THE BRAZILIAN RAIN FOREST, *Indigenous peoples of the Amazon*, Pilot Program to Conserve the Brazilian Rain Forest, 1998.
- Povos indígenas no Brasil*, Documentaca o indigenista e ambiental, Brasilia, 1997.
- QUAILE, G. y P. Smith, *An Aboriginal Perspectiva on Canada's Progress Toward Meeting its National Commitments To Improve Aboriginal Participacion in Sustainable Forest Management*, XI World Forestry Congress, FAO, Turquía, 13-22 de octubre de 1997.
- Reforma*, "Crean foro indígena en la ONU. Promete Robinson darles voz en el seno del órgano", *Reforma*, México, 30 de julio de 2000, p. 2-A.
- TAYLOR, T.W., *American Indian Policy*, Lomond Publications, Inc, Maryland, 1983, pp. 1-159.
- WEINBERG, B., *Demarcation of indigenous land threatened by new decree in Brazil*, Amanaka' a Amazon Network, 1996.

El desarrollo social en México

INTRODUCCIÓN

En este capítulo se revisa el concepto de desarrollo social en el contexto mundial y su aplicación en México, en donde además se analizan los diversos programas enfocados al desarrollo, la salud y combate a la pobreza, aplicados durante los últimos 60 años y su impacto en la situación indígena.

Se analizan sus antecedentes históricos, los conceptos y sus contenidos, sus líneas básicas y beneficios potenciales, y asimismo, las limitaciones que presentan.

Se revisan las acciones que están incluidas en los programas de desarrollo social y la participación que cada dependencia pública o privada, así como algunos de los efectos que han tenido a lo largo de 70 años en las diversas áreas laboral, productiva, educativa, de salud en las zonas urbana, suburbanas, rural e indígena.

Como parte de la política social se analiza la política de salud y se detalla la legislación que existe en esta materia.

La palabra desarrollo se hizo común a partir de 1945 para explicar los niveles de vida y bienestar en el Tercer Mundo o en las zonas periféricas de la economía mundial. En el mundo capitalista, antes de los años sesenta, se hablaba de "progreso". El concepto de desarrollo se relaciona con los de progreso, la modernidad y la Revolución Industrial, caracterizados todos ellos a partir del siglo XVIII por la mecanización de una o varias ramas de la producción, la transformación social y económica, el aumento de la producción agrícola, el incremento de la población y su subsiguiente urbanización.¹³⁶

Después de la Segunda Guerra Mundial los países se clasificaron en dos categorías: "subdesarrollados" que serían apoyados para alcanzar los niveles de avance de los países "desarrollados" de acuerdo con la política internacional de la Organización de las Naciones Unidas (ONU).¹³⁷

Los parámetros que han sido utilizados para determinar qué países son desarrollados y cuáles no, se enfocan a la determinación de "mejora" una situación en términos materiales (para algunos autores) y políticos (aumento de los derechos civiles).¹³⁸ De modo que se consideran como sociedades desarrolladas a las que poseen una alta tasa de ahorro y acumulación de capital, progreso tecnológico y elevación continua de las condiciones generales de vida de sus pobladores, derivados de mayor trabajo, eficiencia, equilibrio demográfico, impulso a la educación, avances científicos y tecnológicos, así como la distribución equitativa del ingreso.¹³⁹

Otro término relacionado con el nivel de desarrollo de los países es el crecimiento, el cual se ha enfocado al ámbito econó-

¹³⁶Cfr. I. Wallerstein, *Impensar las ciencias sociales*, Ed. Siglo XXI, CICH-UNAM, México, 1998, 310 pp.

¹³⁷V. Arredondo, Ponencia "Desarrollo social: exclusión", V Convención Internacional de Trabajo Social, El Desarrollo social: una deuda pendiente para el nuevo milenio, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, México, 1998.

¹³⁸I. Wallerstein, *op. cit.*

¹³⁹*Idem.*

mico y se refiere al aumento de los índices globales de producción; en tanto que el concepto de desarrollo se emplea más en el ámbito social y se refiere al crecimiento en la economía que lleve consigo una mejoría en los niveles y condiciones generales de vida de la población.¹⁴⁰

En el desarrollo existe interdependencia entre los individuos, los grupos y las naciones, ya que los actos individuales tienen repercusión de orden colectivo;¹⁴¹ es un proceso dinámico, centrado en los sectores humanos, orientado al mejoramiento constante de las condiciones y la calidad de vida de la población y que requiere de un entorno económico y político favorable.¹⁴² Las brechas entre los que más tienen y los que no, limitan la productividad y el crecimiento económico y demoran los procesos de democratización y modernización de los Estados.¹⁴³

Para lograr el desarrollo de un país es imprescindible que exista crecimiento económico, estabilidad monetaria, equilibrios económicos y financieros, ya que sin ellos no existen los medios para apoyar el desarrollo social. Sin embargo, éstos no son sostenibles en el mediano y largo plazos si no se produce un desarrollo social activo¹⁴⁴ que incluya:

1. Acciones de asistencia y promoción que se orienten principalmente a los sectores de la población más vulnerables o a los que tienen acceso limitado a los servicios-beneficios sociales (véase figura 8).
2. Generación de empleo productivo y salarios que permitan al trabajador generar capacidad de ahorro y consumo (véase figura 8).
3. Servicios-beneficios sociales para elevar las condiciones de vida de la población, a partir del acceso a: educación, salud, vivienda, seguridad social, alimentación y cultura, entre otros (véase figura 8).

¹⁴⁰Cfr. G.S. Alvarado, "Desarrollo y desafío", *Trabajo Social*, ENTS-UNAM, núm. 21, 1998, pp. 46-50.

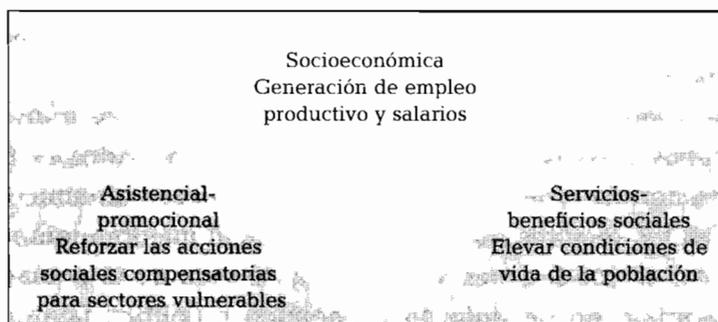
¹⁴¹*Idem*.

¹⁴²Cfr. R. Carrasco, "Retos en México, Desarrollo Social", *Trabajo Social*, ENTS-UNAM, núm. 21, 1998, pp. 4-13.

¹⁴³Cfr. B. Klisberg, "Repensar el Estado para el desarrollo social", *Enlace*, núm. 47, Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública, A.C. México, marzo-abril de 1998, pp. 19-40.

¹⁴⁴*Idem*.

FIGURA 8
INTERRELACION DE LAS PRINCIPALES
LÍNEAS DE ACCIÓN EN EL DESARROLLO SOCIAL



Fuente: Interpretación libre de la autora.

Desde su fundación, la Organización de las Naciones Unidas se preocupó por analizar los problemas sociales que enfrentaba el Tercer Mundo y diseñar estrategias que aminoraran los problemas y promovieran su proceso de desarrollo. El modelo de la ONU se concentraba en los problemas sociales más visibles como son la delincuencia juvenil, la prostitución y la drogadicción. De tal forma se crearon programas educativos enmarcados dentro del concepto de planeación del desarrollo.¹⁴⁵

A finales de la década de los cincuenta se criticaba el modelo de bienestar social propuesto por la ONU, motivo por el cual el Consejo Económico y Social inició una revisión y evaluación de las actividades que se realizaban en esa materia. Se abandonó el espíritu protector y correctivo, mientras que las políticas se reorientaron hacia el reforzamiento de la capacidad administrativa del Tercer Mundo, para que los países diseñaran sus propios programas.¹⁴⁶

Entre 1945 y 1980, los países capitalistas desarrollados pudieron realizar importantes avances en la expansión de las condiciones de bienestar de su población, gracias a la aplicación de políticas económicas con la intervención del Estado, quien financiaba, diseñaba, implementaba, supervisaba y

¹⁴⁵ Cfr. J. Sobrino y C. Garrocho, *Pobreza, política social y participación ciudadana*, El Colegio Mexiquense, A.C., Sedesol, México, 1995, 377 pp.

¹⁴⁶ *Idem.*

evaluaba¹⁴⁷ las acciones redistributivas para compensar los desequilibrios sociales originados por la modernización capitalista.

La primera reunión internacional para tratar específicamente los problemas de bienestar y desarrollo social se realizó en 1968 (Conferencia Internacional de Ministros Encargados de los Servicios de Bienestar Social). En 1969 se aprobó por la Asamblea General de la ONU la Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social.

A partir de esos eventos se incrementaron los programas orientados a la protección durante la enfermedad, la vejez y el desempleo, así como a brindar servicios preventivos y de desarrollo comunitario.¹⁴⁸ El seguimiento del desarrollo se realizó a través de indicadores diseñados para el conocimiento específico de sus potenciales, y en los años setenta se puso en evidencia que el crecimiento económico no era suficiente para lograr el desarrollo social. Otras reuniones cumbre de gran relevancia para el tema se realizaron en 1987 y en 1995.

Aunque no existe un consenso en la definición de desarrollo social, en la Cumbre Mundial para el Desarrollo de 1995, se pusieron de manifiesto los atributos asociados con este concepto:

la mejoría en la calidad de vida de todos los habitantes, la existencia de instituciones democráticas, el respeto a los derechos humanos, la equidad, el respeto y aplicación de la ley, el respeto a la diversidad cultural y a las minorías, como un proceso dinámico centrado en las personas mediante un entorno económico y político favorable.¹⁴⁹

Para el logro del desarrollo, habitualmente el Estado ejerce acciones de política económica, de seguridad y social.¹⁵⁰ La política

¹⁴⁷ Cfr. B.C. Arteaga, "Políticas sociales en México", *Trabajo Social*, núm. 21, 1998, ENTS-UNAM, México, pp. 28-36.

¹⁴⁸ Cfr. Naciones Unidas, *La política de bienestar social. Tendencias, problemas y enfoques actuales*, Lumen, Argentina, 1995, 122 pp.

¹⁴⁹ Cfr. Naciones Unidas, *Informe de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social*, Copenhague, Dinamarca, 6-12 de marzo de 1995.

¹⁵⁰ Cfr. Escuela Nacional de Trabajo Social, "Reidentificación de las políticas sociales", *III Encuentro Nacional de Trabajo Social en el área de la salud*, ENTS-UNAM, mayo de 1997.

social constituye el conjunto de acciones que realiza el Estado para promover el desarrollo e incluye aspectos relacionados con el bienestar social¹⁵¹ y la atención a grupos rezagados, como son:¹⁵²

- vivienda;
- alimentación-nutrición;
- atención a marginados urbanos y rurales;
- política laboral, organización y participación social;
- demografía;
- educación;
- salud-seguridad social.

La política social tiene como funciones:¹⁵³

- Disminuir y eliminar las diferencias socioeconómicas entre los grupos de una sociedad determinada.
- Paliar y atenuar los efectos sociales del desarrollo, compensando a los excluidos y marginados.
- Incidir en la reproducción de la fuerza de trabajo y en la legitimación y ampliación del poder del Estado sobre los actores sociales.
- Asegurar la cohesión, el consenso, la estabilidad social y la gobernabilidad.

El bienestar se clasifica en diversos tipos,¹⁵⁴ vinculados a la salud física y psicológica, el económico, el político, el urbano y el cultural.

- El bienestar físico y psicológico incluye los programas de salud pública, dotación de agua potable, disponibilidad de drenaje, asistencia médica e investigación en salud.

¹⁵¹ Bienestar es un estado de plena satisfacción física y mental del individuo. Un estado deseable o agradable de conciencia (M. Nussbaum y A. Sen, *La calidad de vida*, United Nations University-Fondo de Cultura Económica, México, 1993, 588 pp.). Bienestar social es el bienestar del conjunto de la sociedad (J. Sobrino y C. Garrocho, *Pobreza, política social y participación ciudadana*, El Colegio Mexiquense, A.C., Sedesol, México, 1995, 377 pp.).

J. Sobrino y C. Garrocho, *Pobreza, política social y participación ciudadana*, op. cit.

¹⁵² Cfr. E. Evangelista M. y A.E. Castro S., "Investigación en políticas sociales", *Trabajo Social*, ENTS-UNAM, núm. 21, 1998, pp. 19-27.

¹⁵³ *Idem*.

¹⁵⁴ Cfr. R.S. Garduño y V.G. González, *Los indicadores de bienestar en México. 1940-1995*, Instituto de Investigación Económica y Social Lucas Alamán", A.C., México, 158 pp.

- El bienestar económico se refiere al poder adquisitivo de los salarios, accesibilidad al empleo, remuneración adecuada, a la disponibilidad de bienes, estabilidad de precios, niveles de tasas de interés y fortaleza en las tasas de cambio.
- El bienestar político garantiza el derecho a la elección de gobernantes, estabilidad institucional y respeto al estado de derecho.
- El bienestar urbano se refiere a la disponibilidad de infraestructura urbana como mercados, vías de comunicación, recolección de basura, seguridad pública, parques y jardines.
- El bienestar cultural es el que fortalece el desarrollo de las actividades y expresiones espirituales de la sociedad, disponibilidad de bibliotecas, universidad, eventos, periódicos.

En términos generales, toda sociedad participa en mayor o menor grado en un engranaje de piezas que articulan el desarrollo de una nación, ya sea en el ámbito del bienestar social, de la producción o desarrollo específico a través de líneas de acción.¹⁵⁵

Para conocer el nivel de desarrollo de una nación o región del mundo se requiere contar con indicadores de disponibilidad y calidad de servicios de salud, educación y trabajo; privilegios legales y políticos de los ciudadanos; relaciones familiares, entre géneros, qué es lo que las personas pueden hacer y ser, así como cuál es su capacidad para funcionar.¹⁵⁶

Para medir los niveles de satisfacción de la población en relación con los niveles de bienestar y desarrollo social bajo los que viven se deben utilizar diversos parámetros: los indicadores pueden ser objetivos o subjetivos y varían de acuerdo con los aspectos considerados para interpretar el fenómeno (véase cuadro 7):

¹⁵⁵J. Sobrino y C. Garrocho, *op. cit.*

¹⁵⁶Cfr. M.Nussbaum y A. Sen, *La calidad de vida*, United Nations University-Fondo de Cultura Económica, México, 1993, 588 pp.

CUADRO 7
ALGUNOS INDICADORES
PARA INVESTIGAR EL BIENESTAR

Aspecto	Integrantes	Indicadores objetivos	Indicadores subjetivos
Necesidades materiales e impersonales	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos económicos: ingreso y riqueza • Condiciones de vivienda: espacio disponible y comodidades en ella • Empleo: ocurrencia o ausencia • Condiciones de trabajo: ruido, temperatura, rutina, grado de presión psicológica • Salud: existencia de síntomas, disponibilidad de ayuda médica • Educación: años de educación formal 	Medidas objetivas del nivel de vida y de las condiciones ambientales	Sentimientos subjetivos de insatisfacción/satisfacción con las condiciones de vida
Necesidades sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Arraigo y contactos con la comunidad • Apego a la familia y parientes • Patrones activos de amistad • Relaciones y contactos con compañeros miembros en asociaciones y organizaciones • Relaciones con compañeros de trabajo 	Medidas objetivas de las relaciones con otras personas	Sentimientos de infelicidad/felicidad en las relaciones sociales
Necesidades de desarrollo personal	<ul style="list-style-type: none"> • Participación en las decisiones y actividades que influyen en su vida • Actividades políticas • Actividades recreativas • Vida significativa en el trabajo • Disfrute de la naturaleza 	Medidas objetivas de la relación de las personas con la sociedad y con la naturaleza	Sentimientos subjetivos de aislamiento/desarrollo personal

Fuente: Modificado de M. Nussbaum y A. Sen, *La calidad de vida*, United Nations University-Fondo de Cultura Económica, México, 1993, 588 pp.

Cuando no hay posibilidad de satisfacer los niveles mínimos de bienestar, las personas padecen privaciones conocidas o ubicadas en la categoría de pobreza,¹⁵⁷ el cual es un término rela-

¹⁵⁷ *Idem.*

tivo que depende de los parámetros que se utilicen para caracterizar, y que por lo general indica la carencia de algo necesario entre la población.¹⁵⁸

El Banco Mundial señala que la mitad de la población del mundo se encuentra en situación de extrema pobreza, ya que sus ingresos no alcanzan más de dos dólares por día y el costo de emprender acciones es mayor que los beneficios que brindan.¹⁵⁹

Por su parte, la pobreza en América Latina es un problema estructural que se remonta a la época colonial, se acentúa con el inicio del capitalismo a finales del siglo pasado y se consolida a partir de los años treinta. Es así, que las desigualdades entre las clases sociales están enraizadas en el fondo cultural latinoamericano.¹⁶⁰

De acuerdo con la CEPAL, en América Latina hay 211 millones de personas pobres. De ellas, algo más de 89 millones se encuentran bajo la línea de la indigencia. Hacia 1999, el 43.8 por ciento de las personas (35.3 por ciento de los hogares) carecía de los recursos para satisfacer sus necesidades básicas y el 18.5 por ciento (13.9 por ciento de los hogares) se encontraba en una situación de indigencia o pobreza extrema; vale decir, no contaban con un ingreso suficiente que les permitiera adquirir al menos la canasta básica de alimentos¹⁶¹ (véase cuadro 8).

Durante la segunda mitad de los años noventa, México, República Dominicana y la mayoría de los países centroamericanos evidenciaron un sostenido crecimiento económico, y varios de ellos consiguieron avances importantes en la lucha contra la pobreza. En Sudamérica, en tanto, predominó un proceso de desaceleración, estancamiento y posterior recuperación, que en

¹⁵⁸Cfr. Instituto del Tercer Mundo, "Países del Mundo. 1991-1992", *Guía del Tercer Mundo*, tomo II, Instituto del Tercer Mundo, Uruguay, 1992, 640 pp.

¹⁵⁹Cfr. Banco Mundial, *Día Internacional contra la pobreza*, 17 de octubre de 1999, en www.todito.com/páginas/noticias

¹⁶⁰Cfr. V.M Soria, "Una alternativa integral para la lucha contra la pobreza", en G.E .Gutiérrez, *El debate nacional*, vol. 5, *La política social*. UdeG-Diana, México, 1997, pp. 319-349.

¹⁶¹CEPAL, *Panorama Social de América Latina 2000-2001*, 25 de septiembre de 2001. <http://www.eclac.cl/>

algunos casos se tradujo en manutención o deterioro de las condiciones de vida. No obstante, en un grupo importante de países de esta subregión la recuperación del año 2000 fue débil.¹⁶²

En este entorno de bajo crecimiento, los porcentajes de hogares pobres e indigentes mostraron una leve reducción entre 1997 y 1999. En el caso de la pobreza, el porcentaje disminuyó de 35.5 a 35.3 por ciento de los hogares, mientras que la indigencia cayó de 14.4 a 13.9 por ciento. No obstante, la proporción de personas pobres mostró una evolución distinta, al aumentar de 43.5 a 43.8 por ciento. A su vez, el porcentaje de personas indigentes se redujo de 19.0 a 18.5 por ciento.¹⁶³

CUADRO 8
PORCENTAJES DE POBREZA EN AMÉRICA LATINA,
1989-2001

País	1980*	1986*	1989**	1994**	1996**	2001***
América Latina			41	38	36	35
Bolivia			49	46	47	55
Brasil	39	40	41	37	29	29
Costa Rica	22	25	24	21	20	18
Honduras			75	73	74	74
México	32	30	39	36	43	38
Perú	46	52	52	41	37	-
Venezuela	22	27	34	42	42	44

*CEPAL, *Magnitud de la pobreza en América Latina en los años ochenta*, CEPAL, Chile, 1991, 177 pp.

**CEPAL en I. Melgar, "Aumenta pobreza en México", CEPAL, *Reforma*, 12 de junio de 1999, p. 2-A.

***CEPAL, *Panorama social de América Latina, 2000-2001. Logros y desafíos de la lucha contra la pobreza*, 2001, <http://www.eclac.cl/>

Estas cifras muestran el promedio nacional de pobreza. Sin embargo para la CEPAL,¹⁶⁴ Del Val¹⁶⁵ y Meier,¹⁶⁶ existen diferencias

¹⁶² *Idem.*

¹⁶³ *Idem.*

¹⁶⁴ Cfr. CEPAL, *Magnitud de la pobreza en América Latina en los años ochenta*, CEPAL, Chile, 1991, 177 pp.

¹⁶⁵ Cfr. E. del Val B., ponencia "Desarrollo social y programas de combate a la pobreza", V Convención Internacional de Trabajo Social, *El Desarrollo social: una deuda pendiente para el nuevo milenio*, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, 1998.

¹⁶⁶ Cfr. R. Meier, en *La pobreza en las grandes ciudades*, Salvat Editores, Barcelona, 1973, 143 pp.

marcadas entre la pobreza urbana y la rural. En opinión de los investigadores la pobreza rural es aún más grave, ya que existen menos elementos para enfrentarla y sus efectos son más severos.

A su vez, el empleo que es un factor determinante del desarrollo y del bienestar es insuficiente y su carencia fomenta la pobreza. La OIT señaló que existen 18 millones de desempleados en América Latina (9.1 por ciento), con un aumento de 0.9 por ciento en un año ya que en 1997 y 1998 la cifra fue de 8.2 por ciento.¹⁶⁷

Entre muchos de los efectos directos de la pobreza, destaca la desnutrición por los efectos colaterales que tiene en la salud y desarrollo del individuo. En América Latina existen 53 millones de desnutridos graves, que además no tienen disponibilidad de alimentos; de acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) el país con más altos índices de desnutridos es Perú.¹⁶⁸

Las acciones de la política social fueron diseñadas en un principio para ofrecer una mejor distribución de la riqueza y atender las necesidades básicas de la población. Sin embargo, con el paso del tiempo su enfoque ha cambiado, el contenido redistributivo y de promoción laboral¹⁶⁹ ha sido sustituido por el de compensación social¹⁷⁰ con lo que se diluye el concepto de desarrollo (véase figura 9).

Este nuevo enfoque utilizado a partir de los años noventa, orienta las acciones de política social en dos vertientes:

- Concentrada hacia los grupos de pobreza y alta vulnerabilidad, marginados de los mecanismos de integración del mercado y la

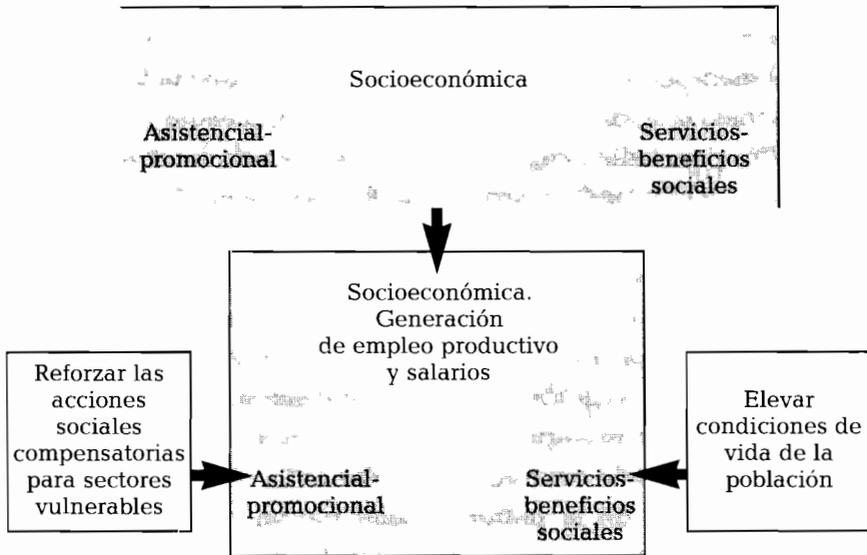
¹⁶⁷Cfr. V. Tockman, "Informe de la Organización Internacional del Trabajo en Reforma. En América Latina 18 millones sin empleo", *Reforma*, México, 26 de agosto de 1999, p. 29-A.

¹⁶⁸Cfr. *Reforma*, "790 millones de desnutridos en el mundo. FAO. Hambruna", *Reforma*, México, viernes 15 de octubre de 1999, p. 32-A.

¹⁶⁹Cfr. T. Incháustegui y FA Martínez, "Política social y cambios de finales de siglo: contexto y valores en la relación", en *Las políticas sociales de México en los años noventa*, UNAM-Flacso-Plaza y Valdés, México, 1998, pp. 161-174.

¹⁷⁰Cfr. C.M. Vilas, "De ambulancias, bomberos y policías: la política social del neoliberalismo (notas para una perspectiva macro)", en *Las políticas sociales de México en los años noventa*, UNAM-Flacso-Plaza y Valdés, México, 1998, pp. 111-135.

FIGURA 9
TRANSFORMACIÓN DE LA POLÍTICA SOCIAL
EN LOS NOVENTA



Fuente: Interpretación libre de la autora.

educación. Es la línea marcada por el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo.

- Orientada a proporcionar bienes y servicios autogestionados impulsada por organizaciones civiles (ONG, voluntariados, organizaciones populares, redes ciudadanas).

La pobreza es un problema muy complejo, su atención requiere el desarrollo de diversas estrategias y líneas de acción complementarias, orientadas a mejorar tanto el ingreso de las familias, como los bienes o servicios públicos básicos proporcionados por el Estado.¹⁷¹

EL DESARROLLO SOCIAL EN MÉXICO

En México, después de la revolución se cristalizaron los rasgos medulares del sistema político que trazó la estrategia oficial

¹⁷¹Cfr. P.C. Carrillo, "Destacan cambios en estrategias contra la pobreza", *Reforma*, México, 20 de abril de 1998.

para el crecimiento. Los vínculos entre política y economía, explican las repercusiones del sistema político en la economía nacional y por tanto en el gasto público aplicado al desarrollo.¹⁷²

El proyecto nacional se postula en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y da sustento a los objetivos del desarrollo,¹⁷³ tiene su base en las aspiraciones y demandas de los mexicanos, señalados claramente en los artículos 25¹⁷⁴ y 26.¹⁷⁵ Bajo la rectoría del Estado, a través del Plan Nacional de Desarrollo, se integra la plataforma de principios para hacer frente a los problemas inmediatos, así como para seguir construyendo un país más fuerte en lo económico y más equitativo en lo social, a partir del fomento de igualdad de oportunidades, distribución de la riqueza, cumplimiento de obligaciones individuales y sociales, impartición de justicia y goce de libertades.¹⁷⁶

Como puntos centrales para el desarrollo social se establecen la promoción de condiciones adecuadas para el bienestar de los individuos, familias, comunidades, pueblos indígenas, trabajadores y sectores productivos, que se aplican en ámbitos como educación, salud, acceso a la justicia, al trabajo, vivienda digna y protección a la familia y a la infancia.¹⁷⁷

Así, el Estado mexicano progresivamente ha movilizad recursos destinados al desarrollo, a elevar la tasa de ahorro nacional, a restablecer el crédito internacional, alentar la inversión extranjera y el cambio tecnológico, para estimular el desarrollo

¹⁷²Cfr. B. Mabire, reseña A. de Maddison *et al.*, *La economía política de la pobreza, la equidad y el crecimiento: Brasil y México*, FCE, México, 1992, en *La revista del Colegio*, año IV, núm. 6, 1996, pp. 175.

¹⁷³M.P. Zorrilla, en seminario de posgrado "Administración para el Desarrollo", FCPYS-UNAM, México, 1998.

¹⁷⁴Art. 25. Corresponde al Estado la rectoría del desarrollo nacional para garantizar que éste sea integral, que fortalezca la soberanía de la Nación y su régimen democrático y que, mediante el fomento del crecimiento económico y el empleo y una más justa distribución del ingreso y la riqueza... (*Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, Ed. Porrúa, México, 1996).

¹⁷⁵Art. 26. El Estado organizará un sistema de planeación democrática del desarrollo nacional que imprima solidez, dinamismo, permanencia y equidad al crecimiento de la economía para la independencia y la democratización política, social y cultural de la Nación... (*idem*).

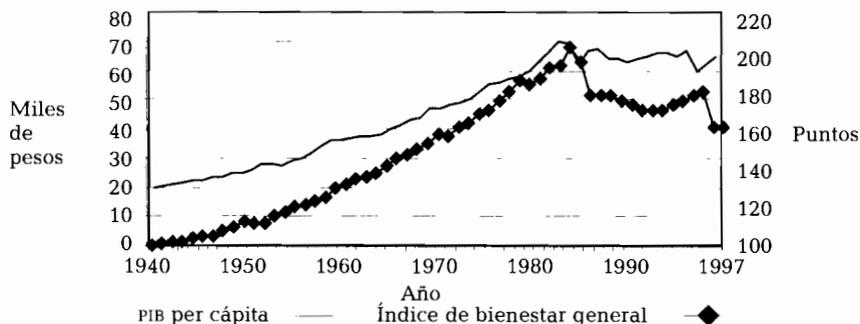
¹⁷⁶Cfr. M.A. Moreno, "La política de bienestar social y la salud", *Revista de Administración Pública*, INAP, México, 1987, núm. 69-70, pp. 71-86.

¹⁷⁷Poder Ejecutivo Federal, *Plan Nacional de Desarrollo 1994-2000*, Secretaría de Gobernación, México, 1994.

de la industria privada con base en créditos, incentivos especiales, subsidios y protección comercial.¹⁷⁸

Los programas de combate a la pobreza intentan aminorar los efectos que manifiesta la geografía de la exclusión (ubicación de los lugares con mayores índices de marginación), asimismo, buscan una integración social mediante una política pública estatal.¹⁷⁹ El crecimiento económico en México fue considerable entre 1940 y 1980. Su mayor impulso se dio en los años setenta,¹⁸⁰ iniciando su caída en los ochenta (véase figura 10).¹⁸¹

FIGURA 10
EVOLUCION DEL PIB PER CÁPITA Y EL INDICE
DE BIENESTAR GENERAL.¹⁸⁷
1940-1997



Fuente: R.S. Garduño y V.G. González, *Los indicadores de bienestar en México. 1940-1995*, Instituto de Investigación Económica y Social "Lucas Alamán", A.C., México, 158 pp.

En 1970, periodo de gobierno de Luis Echeverría, se enarbolaba la bandera de la redistribución. El gobierno siguió aumentando la inversión pública al tiempo que abandonaba la cautela

¹⁷⁸B. Mabire, reseña A. de Madison et al., op. cit.

¹⁷⁹Idem.

¹⁸⁰C.J. Preciado, *Combate a la pobreza en México: una geografía de la exclusión*, op. cit.

¹⁸¹E. del Val B., ponencia "Desarrollo social y programas de combate a la pobreza".

¹⁸²El índice de bienestar general refleja los resultados de los programas de salud pública, los efectos de una mejor educación y los efectos del ingreso en el corto plazo, está integrado por los indicadores de: índice general de supervivencia, definido como la relación entre la mortalidad del año en estudio y la población total de ese mismo año; la supervivencia infantil, como la relación entre la mortalidad de menores de un año y los nacimientos; el índice de población alfabeta y la relación de la participación de los salarios en el PIB per cápita (R.S. Garduño y V.G. González, *Los indicadores de bienestar en México. 1940-1995*, Instituto de Investigación Económica y Social Lucas Alamán, A.C., México, 158 pp.).

fiscal y monetaria. Esto llevó a desestabilizar la actividad económica sin alcanzar los objetivos políticos y sociales.¹⁸³

En esos años se crearon programas orientados a mejorar las condiciones de vida de los marginados, como fue el Programa Integrado de Desarrollo Rural (Pider), que funcionó de 1973 a 1984 y buscaba favorecer el arraigo, mediante el desarrollo local, promovido bajo la coordinación federal-estatal.¹⁸⁴ Estas acciones convergieron en el siguiente sexenio en la Comisión de Planeación para Áreas Marginadas (Coplamar), que generó una variada gama de políticas sectoriales relacionadas con la alimentación, aseguramiento de productores agropecuarios.¹⁸⁵

En 1977 se formó Coplamar, que en 1982 se anexó al IMSS¹⁸⁶ en su componente de solidaridad social, para brindar servicios básicos de infraestructura, salud y nutrición a las áreas rurales marginadas: bajo su operación se crearon los primeros indicadores básicos y ubicación cartográfica de la pobreza en México.¹⁸⁷

Durante el gobierno de López Portillo se territorializó la política social y se incorporó a los gobiernos estatales y municipales en su diseño y aplicación, mediante el Convenio Único de Coordinación.¹⁸⁸ Sin embargo, la expansión excesiva de la economía (hecha posible con base en los recursos petroleros), la sobrevaluación del peso y los conflictos entre el Presidente y los empresarios, culminaron en una aguda crisis económica.

Para combatir esa crisis, durante el periodo 1982-1988, el presidente De la Madrid redujo el gasto público, generando con ello una fuerte recesión.¹⁸⁹ Desde entonces, y en forma recurrente, las políticas restrictivas han contenido la fuga de capitales, pero a un costo social desmedido.¹⁹⁰ Como política social se propuso descentralizar las labores de Coplamar para las 31 entidades

¹⁸³ B. Mabire reseña A. de Maddison *et al.*, *op. cit.*

¹⁸⁴ E. del Val B., *op. cit.*

¹⁸⁵ C.J. Preciado, *op. cit.*

¹⁸⁶ IMSS-Coplamar cambió en 1983 su nombre a IMSS-Solidaridad y persiste a la fecha brindando servicios de salud en zonas marginadas rurales.

¹⁸⁷ E. del Val B., *op. cit.*

¹⁸⁸ C.J. Preciado, *op. cit.*

¹⁸⁹ Crf. B. Mabire, reseña A. de Maddison *et al.*, *op. cit.*

¹⁹⁰ *Idem.*

federativas, siguiendo la estrategia de planeación democrática y la reforma municipal, cada comité desarrollaría sus propias acciones.¹⁹¹

Durante el periodo 1988-1994, el Pronasol se desarrolló como una política orientada a combatir la pobreza,¹⁹² específicamente a fortalecer el desarrollo productivo en comunidades pobres mediante la realización de obras; apoyo a los campesinos; rehabilitación a escuelas; estímulos escolares y becas para la realización del servicio social; rehabilitación y construcción de hospitales, vías de comunicación y otras obras de infraestructura y beneficio principalmente al ámbito municipal.¹⁹³

En el sexenio 1994-2000 se estableció la política social y el combate a la pobreza en México, que corresponde a los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 para propiciar la igualdad de oportunidades y de condiciones que aseguren a la población el disfrute de los derechos individuales y sociales, elevar los niveles de bienestar y la calidad de vida y, de manera prioritaria, disminuir la pobreza y la exclusión social.¹⁹⁴ Esta política considera dos grandes vertientes que incluyen el desarrollo de las capacidades de las personas y las familias, construcción de infraestructura básica municipal y la creación de oportunidades de empleo e ingreso a través de:

- Cobertura general o acciones amplias como educación, salud, seguridad social, capacitación laboral y vivienda.
- Acciones dirigidas hacia el combate a la pobreza y apoyo a grupos vulnerables y regionales con alto grado de marginación.

Durante su periodo, el presidente Zedillo, en Cardonal, Hidalgo, en 1997, puso en marcha el Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá) que dará apoyos económicos y de servi-

¹⁹¹ Cfr. C.J. Preciado, *op. cit.*

¹⁹² *Idem.*

¹⁹³ Cfr. C. Álvarez, "Preocupa a OCDE disparidad", *Reforma*, México, 17 de abril de 1998, p. 2-A.

¹⁹⁴ Sedesol, *La política social y el combate a la pobreza en México*, <http://www.sedesol.gob.mx/desreg/supob.html> México, 1999.

cios en educación, alimentación y salud en su primera etapa, pero se pretende que se extienda a seguridad social, capacitación laboral, vivienda y otros servicios básicos. El retraso en la presentación del programa eje de la política social, 48 semanas a partir del Segundo Informe de Gobierno,¹⁹⁵ los constantes desacuerdos entre los gabinetes de 1995-1997 generaron los retrasos,¹⁹⁶ por encima de la prioridad de la población.

El Progresá inició su operación el 8 de agosto de 1997, en ese año se pretendía atender a 400,000 familias en situación de pobreza extrema que hasta 1999 era de 2.3 millones;¹⁹⁷ se trabajó con 301,000 familias de 6,344 localidades en 357 municipios. Para determinar las familias en condición de alta marginación que serían las beneficiarias del programa en noviembre de 1997, Sedesol llevó a cabo una encuesta sobre las condiciones socioeconómicas de las familias mexicanas de las zonas rurales,¹⁹⁸ se utilizaron indicadores de nivel local: analfabetismo e instrucción incompleta en personas de 15 años o más, inasistencia a la escuela de niños entre seis y 14 años, viviendas con piso de tierra, sin agua, drenaje, energía eléctrica, promedio de ocupantes por cuatro y población ocupada en el sector primario. Las familias seleccionadas estarían comprometidas a participar activamente en las acciones del programa.¹⁹⁹

En materia de salud, todos los integrantes de las familias seleccionadas tendrían acceso gratuito a un paquete básico de servicios que incluye, entre otros, planificación familiar, atención prenatal, vigilancia de nutrición y manejo de casos de diarrea en el hogar; se administraría también un suplemento nutricional a

¹⁹⁵ Cfr. E. Quintana, "Del PASE al Progresá", *Reforma*, México, 8 de agosto de 1997.

¹⁹⁶ Cfr. W. Torre, "La pobreza como laboratorio", *Reforma*, México, 26 de diciembre de 2000, p. 4-A.

¹⁹⁷ Cfr. I. Melgar, "Comparece Carlos Jarque ante comisiones. Une a los partidos crítica a Progresá", *Reforma*, México, 28 septiembre de 1999, p. 2-A.

¹⁹⁸ Se empleó un estudio de evaluación aleatorio, cuasi experimental, en el que se integraron 320 localidades al programa y 186 localidades de iguales características fueron empleadas como control. Los grupos de tratamiento y control cumplían con los criterios de elegibilidad para participar en el Progresá (W. Torre, "La pobreza como laboratorio", *Reforma*, México, 26 de diciembre de 2000, pp. 1 y 4-A.)

¹⁹⁹ Cfr. M. Pérez, "Exhorta Zedillo a apoyar el nuevo programa social", *Reforma*, México, 6 de agosto de 1997, p. 11-A.

las madres embarazadas o en lactancia y a los niños menores de dos años. En el rubro de alimentación se proporcionó a las madres de familia un apoyo monetario de 220 a 250 pesos mensuales para complementar los ingresos familiares. En educación se proporcionaron becas educativas y apoyos para la adquisición de útiles para alentar la asistencia escolar de los niños y jóvenes.²⁰⁰

Es un esquema diseñado para atender a las familias de mayor marginación entre los pobres. Los recursos destinados son insuficientes para cubrir las carencias de los más de 20 millones de mexicanos ubicados en la pobreza extrema y no es una estrategia integral.²⁰¹

Otros programas de infraestructura están dirigidos a promover el desarrollo a nivel municipal, como es el caso de la inversión en carreteras; sin embargo, su impacto es más difícil de evaluar en términos del nivel de vida de las familias. Tal es el caso de los Ramos 26²⁰² y 33²⁰³ del presupuesto federal. El Ramo 26 corresponde a las acciones del Fondo de Desarrollo Social Municipal distribuido a través de los Consejos de Desarrollo Municipal. El Ramo 33 corresponde a las aportaciones federales para entidades federativas y municipios que establece la infraestructura social municipal.

Por un lado se integraron recursos para el Progreso y, en contraste, se han realizado recortes a los subsidios; el de la tortilla bajó de 1,310 a 801 millones de pesos y el de la leche de 5.4 millones de niños beneficiados en 1996 a 4.2 millones. Estos sub-

²⁰⁰ E. Zedillo P.L., *Programa de Educación, Salud y Alimentación. Progreso*, Gobierno de la República-SEP-SSA-Sedesol, México, 6 de agosto de 1997.

²⁰¹ Cfr. R. de la Torre, "Será insuficiente el Progreso", en F. Gazcón, *Negocios, Reforma*, México, 11 de agosto de 1997, p. 5- A.

²⁰² Los recursos del Ramo 26, que hasta 1997 se denominó Superación de la Pobreza y que a partir de 1998 se denominaron Desarrollo Social y Productivo en Regiones de Pobreza, se orientan principalmente a proyectos de alcance regional y social, así como a propiciar la generación de empleos y el mejoramiento de las actividades productivas de las zonas y grupos de mayor pobreza. En este año los recursos se transfirieron al Ramo 20: Desarrollo Social (<http://www.sedesol.gob.mx./desreg/derpro.htm>).

²⁰³ Ramo 33, cuenta con 100,200 millones de pesos, administrados al 100 por ciento mediante tres fondos por los estados y municipios, los fondos de desarrollo social, municipal y de prioridades estatales (Sedesol, *Estrategia de combate a la pobreza y resultados por programa 1995-1998*, <http://www.sedesol.gob.mx>).

sidios llegaban no sólo a la población en condiciones de pobreza extrema, sino también a la población pobre en general.²⁰⁴ Los indicadores que determinan quiénes son los beneficiarios del programa se describen como nota.²⁰⁵

La política social del gobierno mexicano ha marcado en el periodo posrevolucionario los lineamientos para la promoción de la educación, alimentación, salud y desarrollo social, como factores imprescindibles para el bienestar, y como condición indispensable para una participación plena y productiva del ser humano en cualquier actividad económica o social. Sin embargo, hasta el momento no se ha logrado una política integral de atención a la pobreza. Se comienza y concluye cada sexenio, con programas de apoyo como la Alianza para el Campo, Fidelist, Niños en Solidaridad, Pronasol, Progresá, que en realidad no corrigen el problema y tampoco favorecen el desarrollo.

A un año de haber iniciado el gobierno del presidente Vicente Fox, se presentó el Programa Nacional de Desarrollo Social 2001-2006, subtítulo "Superación de la pobreza una

²⁰⁴I. Melgar, "Comparece Carlos Jarque ante comisiones...".

²⁰⁵"3. Criterios para la inclusión de localidades en el Programa. La identificación de las familias beneficiarias de Progresá consta de tres etapas: en primer lugar hay una focalización geográfica, a través de la cual se determinan las localidades con mayor marginación y se verifica su acceso a servicios de educación básica y salud; en segundo lugar, en todas las localidades seleccionadas se recolecta, a modo de censo, información socioeconómica de cada hogar, con la cual se identifica a las familias beneficiarias; finalmente, una vez hecha la identificación, la relación de las familias resultante se presenta a las comunidades en asamblea para que, en su caso, emitan opiniones para su depuración o sugerencias de inclusiones.

Los criterios para la selección de localidades en las que opera Progresá toman en cuenta el nivel de marginación, dando prioridad a la selección y atención de localidades con los más elevados niveles de marginación, que indiquen una alta presencia de hogares en condición de pobreza extrema. En casos específicos, se identifican zonas determinadas que se caracterizan por sus condiciones de alta marginación dentro de localidades con bajos niveles de marginación.

Conjuntamente con el análisis de marginación por localidad, se comparan datos geográficos y estadísticos que permiten definir zonas en las que se concentran localidades con mayor marginación, tanto en términos de número de localidades, como de densidad poblacional. El propósito de este proceso es identificar agrupamientos geográficos de comunidades en los cuales se puedan alcanzar mayores beneficios con la puesta en marcha de Progresá para los hogares que experimentan pobreza extrema.

Al establecer la distribución territorial de las localidades marginadas, se pueden delimitar regiones cuyos contornos no necesariamente coinciden con límites estatales o municipales. (Acuerdo que establece las Reglas de Operación del Programa de Educación, Salud y Alimentación, [Progresá]. <http://www.sedesol.gob.mx/nove2000/reglas2000/progresá.htm>).

tarea contigo". Se trata de una estrategia global de política social, que abarca no sólo a las regiones más pobres, sino a todo el país.²⁰⁶

Una de las principales innovaciones se refiere a la transformación de Diconsa y Liconsa, a fin de que las tiendas rurales impulsen la economía local, comercialicen productos de la región y vendan paquetes alimentarios de la marca "Contigo".

Se pretende la atención a 1,333 municipios de alta y muy alta marginación y con alta concentración de población indígena, en los cuales se instalarán centros estratégicos comunitarios. En estas regiones se priorizará la dotación de agua potable, telefonía, drenaje, piso de cemento y electricidad, así como la instalación de centros de salud y escuelas y la puesta en marcha de proyectos productivos. Asimismo, propiciará la creación de Agencias de Desarrollo Urbano en las 121 ciudades mayores de 50,000 habitantes, con el fin de que ahí mismo se pongan en marcha nuevos programas de ordenación.

Se calculaba que para la tercera semana de mayo de 2001 podría estar completa la primera etapa del listado de las 5'150,000 familias, aproximadamente 28 millones de mexicanos, que recibirían la compensación de 110.00 (ciento diez pesos) mensuales por el cobro del IVA (en caso de que fuera aceptado el gravamen a medicina y alimentos), a través del Sistema de Compensación Nacional Tributaria del Gasto (Contigo).²⁰⁷

Los programas principales dentro de la estrategia Contigo son: Programa de Empleo Temporal, Programa de Empleo Temporal (emergente), Superación de la Pobreza Urbana, Expertos en Acción, Atención a Jornaleros Agrícolas, Mujeres Jefas de Familia, Iniciativa Ciudadana, Microrregiones, Programas Estatales por Demanda, Oportunidades Productivas, Programas Regionales en Zonas de Alta Marginación, Jóvenes por México, Identidad Jurídica, Desarrollo de los Pueblos Indígenas y Capacitación a Indígenas en Legislación Ambiental.

²⁰⁶ C. González, "Crean nuevo «sello» contra pobreza", *Reforma*, México, 14 de febrero de 2002.

²⁰⁷ Sedesol, Importante avance en el listado de beneficiarios del Sistema "Contigo". Comunicado núm. 054/2001, Sedesol, México, 27 de abril de 2001.

México ha vivido en los últimos años una de las peores crisis económicas de su historia, lo cual ha dificultado el cumplimiento de objetivos de recuperación del crecimiento, de estabilidad económica y, sobre todo, de mayor bienestar social.²⁰⁸

Los retos enfrentados en los diferentes órdenes del quehacer nacional han obligado a trazar las adecuaciones a la política económica que la coyuntura ha exigido, procurando siempre tener a la vista la imagen buscada para el país a largo plazo, a partir de un diagnóstico de los problemas del país y de un amplio proceso de discusión, participación y diálogo.

El problema se inicia a partir de la definición y determinación de la magnitud. Melgar, en 1998, señaló que en los años setenta 61.6 por ciento de las familias eran pobres, en 1981 había bajado a 52.5 por ciento en 1984 se incrementó a 64 por ciento y en 1992 a 61.7 por ciento, en 1994 a 64.2 por ciento. Entre 1984 a 1995, se incrementaron los hogares con bajo nivel de vida: pasaron de 53.2 a 57.6 por ciento.²⁰⁹

El Consejo Consultivo del Programa Nacional de Solidaridad del régimen salinista subestimó la incidencia de la pobreza entre 1981 y 1987. Entre 1981 y 1988 hubo un dramático aumento de 11.5 millones de pobres, de los cuales 4.2 fueron de pobres extremos y 5.7 no extremos.²¹⁰

Santiago Levy (INEGI/CEPAL) realizó una estimación de la pobreza extrema de 19.5 y de 10.08 por ciento en pobreza extrema modificada (1999); mientras que Hernández Laos realizó un estudio similar con resultados de 29.9 por ciento de pobreza extrema y Boltvinik²¹¹ encontró cifras de 64 a 66 por ciento en total, 83.13 por ciento de pobres.²¹² Boltvinik en 1999 presentó una estimación de

²⁰⁸ I. Melgar, "Comparece Carlos Jarque ante comisiones...".

²⁰⁹ Cfr. I. Melgar, "México. Fábrica de pobres", *Reforma*, México, 11 de octubre de 1998.

²¹⁰ V.M. Soria, "Una alternativa integral para la lucha contra la pobreza", en G. Gutiérrez, *op. cit.*

²¹¹ J. Boltvinik, "La pobreza en México. I. Metodologías y Evolución", *Salud pública de México*, vol. 37, núm. 4, México, julio-agosto de 1995, pp. 288-297.

²¹² V.M. Soria, "Una alternativa integral para la lucha contra la pobreza", en G. Gutiérrez, *op. cit.*

83.3 por ciento de pobres, de los cuales 36.5 millones se encuentran en situación de pobreza extrema;²¹³ en contraste con las de Sedesol existen 46 millones de pobres, de los cuales 26.6 millones se encuentran en situación de extrema pobreza.²¹⁴

Como se puede observar, las diversas fuentes presentan notables diferencias, ya que los indicadores seleccionados y las combinaciones empleadas para los cálculos, con pequeñas modificaciones, hacen variar notablemente las cifras totales de pobres y pobres extremos. Sin embargo, independientemente de las cifras es evidente que existe un sustrato de pobres que han quedado rezagados desde hace sexenios, a los que se agregan nuevos pobres, por lo que el problema ha tomado proporciones desastrosas sobre la vida de millones de personas.²¹⁵ Se puede tener mayor o menor número de pobres o pobres en situación extrema, no obstante cada día se incrementan, principalmente en las zonas rurales y la mayoría son indígenas; en las áreas urbanas la mayoría son también indígenas.

De 1997 a 1998, la población del país aumentó en 2.2 millones de habitantes; sin embargo, la población en pobreza extrema aumentó cuatro millones. México produce anualmente casi un millón de pobres extremos (109 por hora).²¹⁶

En México, existen déficit de siete millones de viviendas, de los alumnos de primaria que no concluyen la escuela el 40 por ciento se encuentran en las áreas urbanas y 80 por ciento en áreas rurales e indígenas. En las pequeñas poblaciones rurales existe un índice de mortalidad infantil de 103 por cada 1,000 menores de cinco años. Deterioro del bienestar general (sobrevivencia, salud, educación y salarial) en 20.6 por ciento. Asimismo, existe un déficit del 4 por ciento en el índice de desarrollo humano.²¹⁷

²¹³Cfr. J. Boltovnik, "Pobreza y distribución del ingreso en México", en L.G. Hernández, "Margina error de Levy a 30 millones de pobres", *Reforma*, México, lunes 22 de noviembre de 1999, p. 8-A.

²¹⁴I. Melgar, "Comparece Carlos Jarque ante comisiones...".

²¹⁵C.J. Preciado, *Combate a la pobreza en México: una geografía de la exclusión*, op. cit.

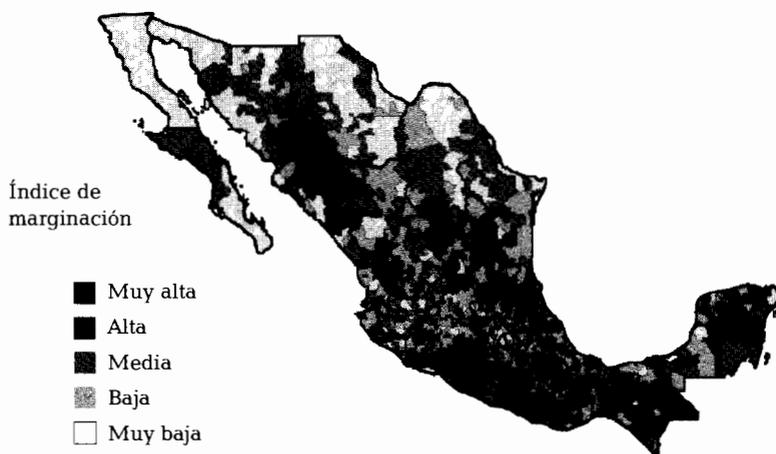
²¹⁶I. Melgar, "México. Fábrica de Pobres", op. cit.

²¹⁷Es un índice compuesto que utilizan los expertos de la ONU para medir el logro general de un país en tres dimensiones: longevidad, conocimientos y el nivel de vida (índice de pobreza, porcentajes de desigualdad entre hombres y mujeres, participación en economía, política, toma de decisiones, etcétera) (I. Melgar, "Indicadores del bienestar en México", *Reforma*, México, 18 de octubre de 1998, p. 17-A).

De las 105,749 localidades de México 77,813 (más del 72 por ciento) se encuentran dentro de los márgenes de alta y muy alta marginación; la mayoría de ellas se concentran en Veracruz, Chiapas, Oaxaca, Puebla, Guerrero, Michoacán y México (véase cuadro 9).²¹⁸

Es evidente que la pobreza, pobreza extrema y marginación están interrelacionadas y coinciden con un bajo nivel educativo y alto índice de desnutrición. A pesar de que en diversos periodos gubernamentales se han aplicado programas enfocados a corregir estos problemas, la situación no ha mejorado como serían los deseos de la población (véase figura 11). Las medidas desarrolladas son parciales, temporales, no hay seguimiento a los proyectos productivos, incluyen sólo a una parte de la población que lo requiere y a la vez no generan la productividad necesaria para hacer autosostenibles esas medidas.

FIGURA 11
MAPA DE LAS ZONAS CON MAYOR
MARGINACIÓN EN EL PAÍS



Fuente: Conapo, 2000.

²¹⁸E. Barajas, "Alta marginación en 70 por ciento de localidades", Conapo, *Reforma*, México, 6 de julio de 1998.

OCDE, "Desarrollo regional y política estructural en México", *Perspectivas*, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, Francia, 1998, pp. 24-27.

CUADRO 9
INDICADORES COMPARATIVOS SELECCIONADOS
PARA LAS ENTIDADES CON MAYOR MARGINACIÓN

<i>Estado</i>	<i>Marginación más alta</i>	<i>Por ciento de pobreza rural</i>	<i>Por ciento de pobreza urbana</i>	<i>Municipios de mayor desnutrición</i>	<i>Municipios de los 100 más pobres</i>	<i>Años de escolaridad promedio</i>	<i>Índice de alta reprobación >130/1000</i>	<i>Por ciento de analfabetismo</i>	<i>Por ciento de deserción</i>
Chiapas	Sí	64	12	60	12	5.6	Sí	22.8	6.3
Guerrero	Sí	60	19	31	13	6.2	Sí	22.7	4.8
Puebla	Sí	59	9	46	15	7	-	14.7	2.6
Hidalgo	Sí	58	6	-	1	6.4	-	15.6	2
Oaxaca	Sí	57	13	331	44	6	Sí	19.7	4.2
Yucatán	-	57	12	42	-	6.8	Sí	14.6	3.7
Veracruz	Sí	55	11	24	14	7.3	Sí	14.4	4.1

Fuente: R.S. Garduño y O.G. González, *Indicadores de bienestar 1940-1995*, Instituto de Investigación Económica y Social "Lucas Alamán", A.C., México, 1998.

Conapo, *Indicadores socioeconómicos e índice de marginación municipal*, 1990, Conapo, México.

G.A. Chávez, Encuesta Nacional de Alimentación, Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán-SSA, México, 1996.

P. Méndez, "Educación, compromiso incumplido", *Reforma*, México, 22 de julio de 1999, pp. 16-17A.

La evolución del concepto de salud, su significado social, su vinculación con las políticas de desarrollo, así como la dinámica institucional de los servicios de salud, han estado determinados por la concepción que el Estado mexicano ha adoptado sobre el desarrollo y su conducción;²¹⁹ es decir, ha correspondido a la transformación de la naturaleza y fines del Estado mexicano, de su tránsito de un estado de derecho a un estado social de derecho.

La rectoría del Estado en materia de salud se estableció en México, desde la promulgación de la Constitución de 1917, aunque sus antecedentes se encuentran en 1820, cuando se otorgan facultades a los gobiernos municipales para combatir la insalubridad, desarrollar el saneamiento básico, limpiar las calles y disposición de la basura, entre otras.²²⁰

Los derechos sociales contenidos en ella brindan al poder público un nuevo ámbito de actuación que cumplan la planeación, conducción, coordinación y orientación de la actividad económica nacional dentro de las libertades y garantías consignadas en la Constitución.

La salud dentro de la política social no es un elemento aislado, sino que se vincula, depende y, a la vez, determina otros aspectos del bienestar como son la alimentación, el vestido, la vivienda y su entorno, así como la educación. La política de salud desde los años setenta establece que la atención se orientará a lograr una cobertura nacional de los servicios, a mejorar el nivel de salud de la población, a contribuir a un crecimiento demográfico más racional y a promover la protección social para incrementar el bienestar de las personas de escasos recursos. El cumplimiento de estas metas se sustenta en seis estrategias básicas: acciones preventivas, reorganización y modernización de los servicios de salud, reestructuración de la asistencia social, formación y capacitación de recursos humanos e investigación.²²¹

²¹⁹L.R. Ortega, "La rectoría del Estado y la política nacional de salud", *Revista de Administración Pública*, núms. 69-70, 1987, pp. 35-60.

²²⁰*Idem.*

²²¹*Idem.*

Con respecto a la seguridad social, las estrategias se encauzan a promover que la totalidad de los trabajadores, bajo una relación laboral formal, se incorporen al sistema; a fomentar el mejoramiento de las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo, y a ampliar la cobertura de los servicios.²²²

El gobierno federal, al configurar la política de salud vigente, partió del reconocimiento de los factores que determinan los niveles de salud y enfermedad, analizó hechos estructurales, económicos y sociales, conjugados con características bioecológicas y con los patrones socioculturales. Con base en ello, se tradujeron propuestas en planteamientos concretos y en acciones operativas.²²³

Para el diseño de la política de salud, a partir de 1983 se han identificado los avances logrados anteriormente, pero también la ineficiencia e ineficacia de algunas acciones emprendidas, y las carencias y desigualdades existentes en el otorgamiento de los servicios, lo que ha permitido ir consolidando los programas y acciones, mantener una continuidad e incrementar el impacto.

Así, se plantea mejorar las condiciones de salubridad del país al impulsar preferentemente las acciones preventivas, consolidar un sistema integral, así como desconcentrar y descentralizar los servicios de salud. Todo ello, contemplando criterios específicos para incrementar la productividad y la eficiencia en la asignación y uso de los recursos. Para la satisfacción de este objetivo es indispensable que concurren todos los sectores de la sociedad y no sólo el gobierno; el esfuerzo planteado tiene el firme propósito de lograr un crecimiento armónico que contribuya en la lucha contra la desigualdad.

Sin embargo, se debe estar consciente de que la solución a la problemática generada por los desequilibrios sociales en general, y de salud en particular, aún está lejos de encontrarse, volviéndose más difícil en épocas de crisis, en las que se agudizan los daños correspondientes a la esfera sanitaria, a pesar del

²²² *Idem.*

²²³ *Idem.*

enfoque estratégico que se ha propuesto para enfrentar la problemática estructural en la materia.

Por otro lado, en las zonas indígenas coexisten dos grupos sociales con formas de vida distintas, los mestizos y los indios. Viven en simbiosis socioeconómica y en lo que a atención de problemas de salud se refiere, acuden al médico alópata o a los agentes comunitarios que hacen uso de la medicina tradicional.

Las diferencias de acento que las medicinas occidental e indígena dan al contexto cultural se ven incrementadas por divergencias, de tanta o más consideración, en el enfoque del fenómeno de la enfermedad; por ideas distintas sobre limpieza y contaminación, sobre imagen y función del cuerpo; y por una notable desigualdad en los papeles desempeñados por los especialistas de una y otra medicina.²²⁴

MARCO JURÍDICO DE LA SALUD Y DE LA SALUD INDÍGENA

La situación jurídica de la población indígena en lo relativo a su situación de bienestar y de salud tiene algunos antecedentes de gran importancia.

La protección a la salud en general inició su regulación con el artículo 25 de la Sexta Ley Constitucional de 1836, el cual presentaba un carácter centralista. En él, se otorgaba a los ayuntamientos facultades relativas a la "policía de salubridad". Posteriormente, en el año de 1843, apareció el concepto de "salubridad pública", en el texto del artículo 134, fracción XI, de las Bases Orgánicas de la República Mexicana.²²⁵

A pesar de que la Constitución de 1857 no previó que la Federación legislara en materia sanitaria, surgieron diversos instrumentos jurídicos y organismos encargados al respecto. El 15 de julio de 1891, durante el régimen de Porfirio Díaz, se

²²⁴Cfr. B.G. Aguirre, *Programas de salud en la situación intercultural*, FCE-UNI-Universidad Veracruzana, México, 1994, pp. 35-40.

²²⁵Cfr. D.V.R. González, "El nuevo marco jurídico de la salud. Un enfoque de modernización", *Revista de Administración Pública*, núms. 69/70, 1987, pp. 61-75.

expidió el primer Código Sanitario, el cual contemplaba el funcionamiento del Consejo Superior de Salubridad, que operaba en el Distrito Federal, integrado por 23 comisiones correspondientes a las materias de mayor importancia.²²⁶

Debido a la necesidad de desarrollar actividades sanitarias en todo el país, en 1908 el Ejecutivo federal envió al poder reformador una iniciativa de ley en la que se planteaba una reforma a la fracción XXI del artículo 72, de la Carta Magna, con la finalidad de otorgarle al Congreso de la Unión facultades para dictar leyes en materia de salubridad general para toda la República. La iniciativa se aprobó y fue publicada el 12 de noviembre de 1908. Con anterioridad a esta fecha ya eran tres los códigos sanitarios que había tenido el país: el del 15 de julio de 1891, el del 10 de septiembre de 1894 y el tercero, que en ese entonces se encontraba en vigor, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* del 30 de diciembre de 1902.²²⁷

La Constitución de 1917, en el artículo 73, fracción XVI, otorgó al Congreso de la Unión la facultad de legislar en materia de salubridad general sobre cuatro bases, entre las que destacan la creación del Consejo de Salubridad General y las medidas en contra del alcoholismo y "la venta de sustancias que envenenan al individuo y degeneran la raza".²²⁸

En 1926 se expidió el cuarto código sanitario, que fue abrogado por el que se expidió el 20 de agosto de 1943. El sexto código sanitario se expidió el 31 de diciembre de 1949; el séptimo el 29 de diciembre de 1954, y el octavo y último el 13 de marzo de 1973.²²⁹ Bajo la vigencia de todos estos códigos sanitarios se expidieron gran cantidad de disposiciones jurídicas en favor de la población general, sin distinción de especificidades étnicas.

El acuerdo presidencial del 24 de agosto de 1981 marcó un nuevo derrotero en la organización de la salud en México, ya que se creó la Coordinación de los Servicios de Salud de la Presidencia

²²⁶ *Idem.*

²²⁷ *Idem.*

²²⁸ *Idem.*

²²⁹ *Idem.*

de la República, a quien se le encomendó la tarea de determinar los elementos normativos, técnicos, financieros y administrativos, con el fin de dar una cobertura de los servicios públicos de salud a toda la población, integrando dichos servicios en un Sistema Nacional de Salud.²³⁰ En 1982, el marco jurídico de la salud se integraba con el artículo 73, fracción XVI, de la Constitución; por el código sanitario y un cúmulo de disposiciones dispersas que reglamentaban el antecedente inmediato de la Ley General de Salud que fue publicada en 1983. El 28 de diciembre de 1982 se reformaron los artículos 37 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.²³¹

El avance jurídico más trascendental en materia de salud, para beneficio de toda la población del país, fue la propuesta del Ejecutivo federal de modificar la Constitución para adicionar el artículo 4o. en su párrafo tercero, a fin de contemplar una nueva garantía social que consagra "el Derecho a la Protección de la Salud de todos los Mexicanos". Esta reforma fue aprobada y publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el día 3 de febrero de 1983.²³²

Ahora bien, por lo que se refiere a la población indígena, constituye entre el 7 y el 20 por ciento de la población nacional. Su localización geográfica no se limita a las áreas marginadas del país, han migrado a todas las grandes urbes del país; asimismo, un gran contingente de grupos indígenas vive en el extranjero, en ciudades como Los Ángeles o San Diego en California.²³³ En 1989, por iniciativa del Instituto Nacional Indigenista, se modificaría y adicionaría el artículo 4o. constitucional, lo cual se concretó en 1992, en el reconocimiento de que México tiene una composición pluricultural y por lo tanto "el Estado Mexicano protegerá y preservará las lenguas, culturas, costumbres y formas de organización social de las comunidades indígenas y garantizará los mecanismos de acceso a la justicia".²³⁴

²³⁰ *Idem.*

²³¹ *Idem.*

²³² *Idem.*

²³³ V. Zúñiga, "Los «otros» mexicanos («indios» y «pochos»): la cuestión de la diferencia en México", en G.E. Gutiérrez, *El debate nacional*, vol. 4: *Los actores sociales*, UdeG-Diana, México, 1997, pp. 245-265.

²³⁴ Comisión Nacional de los Derechos Humanos, *op. cit.*

Los principales documentos jurídicos vigentes que abordan temas relacionados con el marco jurídico indígena y específicamente a la salud se presentan a continuación (véase cuadro 10):

CUADRO 10
MARCO JURÍDICO BÁSICO DE LA SALUD
Y DE LA SALUD INDÍGENA²³⁵

Documentos	Artículos y fracciones
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos ²³⁶	De las garantías individuales. Artículo 1o. En los Estados Unidos Mexicanos todo individuo gozará de las garantías que otorga esta Constitución, las cuales no podrán restringirse ni suspenderse, sino en los casos y con las condiciones que ella misma establece. Está prohibida la esclavitud en los Estados Unidos Mexicanos. Los esclavos del extranjero que entren al territorio nacional alcanzarán, por este solo hecho, su libertad y la protección de las leyes.
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos ²³⁷	Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las capacidades diferentes, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas. Artículo 2o. La Nación Mexicana es única e indivisible. La Nación tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas que son aquellos que descienden de poblaciones que habitaban en el territorio actual del país al iniciarse la colonización y que conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas. La conciencia de su identidad indígena deberá ser criterio fundamental para determinar a quienes se aplican las disposiciones sobre pueblos indígenas. Son comunidades integrantes de un pueblo indígena, aquellas que formen una unidad social, económica y cultural, asentadas en un territorio y que reconocen autoridades propias de acuerdo con sus usos y costumbres. El derecho de los pueblos indígenas a la libre determinación se ejercerá en un marco constitucional de autonomía que asegure la unidad nacional. El reconocimiento de los pueblos y comunidades indígenas se hará en las constituciones y leyes de las entidades federativas, las que deberán tomar en cuenta, además de los principios generales establecidos en los párra-

²³⁵ M.F. Alarcón y H.M. Robles, *Marco jurídico mexicano en materia de salud*, documento facsimilar, México, 1996. T.E.D, Estrada, *op. cit.*

²³⁶ *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1917*, con reformas de 2001. <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/9/5.htm?s=>

²³⁷ *Idem.*

fos anteriores de este artículo, criterios etnolingüísticos y de asentamiento físico.

- A. Esta Constitución reconoce y garantiza el derecho de los pueblos y las comunidades indígenas a la libre determinación y, en consecuencia, a la autonomía para:
 - I. Decidir sus formas internas de convivencia y organización social, económica, política y cultural.
 - II. Aplicar sus propios sistemas normativos en la regulación y solución de sus conflictos internos, sujetándose a los principios generales de esta Constitución, respetando las garantías individuales, los derechos humanos y, de manera relevante, la dignidad e integridad de las mujeres. La ley establecerá los casos y procedimientos de validación por los jueces o tribunales correspondientes.
 - III. Elegir de acuerdo con sus normas, procedimientos y prácticas tradicionales, a las autoridades o representantes para el ejercicio de sus formas propias de gobierno interno, garantizando la participación de las mujeres en condiciones de equidad frente a los varones, en un marco que respete el pacto federal y la soberanía de los estados.
 - IV. Preservar y enriquecer sus lenguas, conocimientos y todos los elementos que constituyan su cultura e identidad.
 - V. Conservar y mejorar el hábitat y preservar la integridad de sus tierras en los términos establecidos en esta Constitución.
 - VI. Acceder, con respeto a las formas y modalidades de propiedad y tenencia de la tierra establecidas en esta Constitución y a las leyes de la materia, así como a los derechos adquiridos por terceros o por integrantes de la comunidad, al uso y disfrute preferente de los recursos naturales de los lugares que habitan y ocupan las comunidades, salvo aquellas que corresponden a las áreas estratégicas, en términos de esta Constitución. Para estos efectos las comunidades podrán asociarse en términos de ley.
 - VII. Elegir, en los municipios con población indígena, representantes ante los ayuntamientos.
Las constituciones y leyes de las entidades federativas reconocerán y regularán estos derechos en los municipios, con el propósito de fortalecer la participación y representación política de conformidad con sus tradiciones y normas internas.
 - VIII. Acceder plenamente a la jurisdicción del Estado. Para garantizar ese derecho, en todos los juicios y procedimientos en que sean parte, individual o colectivamente, se deberán tomar en cuenta sus costumbres y especificidades culturales respetando los preceptos de esta Constitución. Los indígenas tienen en todo tiempo el derecho

a ser asistidos por intérpretes y defensores que tengan conocimiento de su lengua y cultura.

Las constituciones y leyes de las entidades federativas establecerán las características de libre determinación y autonomía que mejor expresen las situaciones y aspiraciones de los pueblos indígenas en cada entidad, así como las normas para el reconocimiento de las comunidades indígenas como entidades de interés público.

- B. La Federación, los estados y los municipios, para promover la igualdad de oportunidades de los indígenas y eliminar cualquier práctica discriminatoria, establecerán las instituciones y determinarán las políticas necesarias para garantizar la vigencia de los derechos de los indígenas y el desarrollo integral de sus pueblos y comunidades, las cuales deberán ser diseñadas y operadas conjuntamente con ellos.

Para abatir las carencias y rezagos que afectan a los pueblos y comunidades indígenas, dichas autoridades, tienen la obligación de:

- I. Impulsar el desarrollo regional de las zonas indígenas con el propósito de fortalecer las economías locales y mejorar las condiciones de vida de sus pueblos, mediante acciones coordinadas entre los tres órdenes de gobierno, con la participación de las comunidades. Las autoridades municipales determinarán equitativamente las asignaciones presupuestales que las comunidades administrarán directamente para fines específicos.
- II. Garantizar e incrementar los niveles de escolaridad, favoreciendo la educación bilingüe e intercultural, la alfabetización, la conclusión de la educación básica, la capacitación productiva y la educación media superior y superior. Establecer un sistema de becas para los estudiantes indígenas en todos los niveles. Definir y desarrollar programas educativos de contenido regional que reconozcan la herencia cultural de sus pueblos, de acuerdo con las leyes de la materia y en consulta con las comunidades indígenas. Impulsar el respeto y conocimiento de las diversas culturas existentes en la nación.
- III. Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional, así como apoyar la nutrición de los indígenas mediante programas de alimentación, en especial para la población infantil.
- IV. Mejorar las condiciones de las comunidades indígenas y de sus espacios para la convivencia y recreación, mediante acciones que faciliten el acceso al financiamiento público y privado para la construcción y mejoramiento de vivienda, así como ampliar la cobertura de los servicios sociales básicos.

- V. Propiciar la incorporación de las mujeres indígenas al desarrollo, mediante el apoyo a los proyectos productivos, la protección de su salud, el otorgamiento de estímulos para favorecer su educación y su participación en la toma de decisiones relacionadas con la vida comunitaria.
- VI. Extender la red de comunicaciones que permita la integración de las comunidades, mediante la construcción y ampliación de vías de comunicación y telecomunicación. Establecer condiciones para que los pueblos y las comunidades indígenas puedan adquirir, operar y administrar medios de comunicación, en los términos que las leyes de la materia determinen.
- VII. Apoyar las actividades productivas y el desarrollo sustentable de las comunidades indígenas mediante acciones que permitan alcanzar la suficiencia de sus ingresos económicos, la aplicación de estímulos para las inversiones públicas y privadas que propicien la creación de empleos, la incorporación de tecnologías para incrementar su propia capacidad productiva, así como para asegurar el acceso equitativo a los sistemas de abasto y comercialización.
- VIII. Establecer políticas sociales para proteger a los migrantes de los pueblos indígenas, tanto en el territorio nacional como en el extranjero, mediante acciones para garantizar los derechos laborales de los jornaleros agrícolas; mejorar las condiciones de salud de las mujeres; apoyar con programas especiales de educación y nutrición a niños y jóvenes de familias migrantes; velar por el respeto de sus derechos humanos y promover la difusión de sus culturas.
- IX. 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.
- Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones señaladas en este apartado, la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión, las legislaturas de las entidades federativas y los ayuntamientos, en el ámbito de sus respectivas competencias, establecerán las partidas específicas destinadas al cumplimiento de estas obligaciones en los presupuestos de egresos que aprueben, así como las formas y procedimientos para que las comunidades participen en el ejercicio y vigilancia de las mismas. Sin perjuicio de los derechos aquí establecidos a favor de los indígenas, sus comunidades y pueblos, toda comunidad equiparable a aquéllos tendrá en lo conducente los mismos derechos tal y como lo establezca la ley.

Constitución
Política de los
Estados Unidos
Mexicanos

Artículo 4o. (Se derogó párrafo primero por reforma del 14-08-01).
El varón y la mujer son iguales ante la ley. Ésta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.

CUADRO 10 (Continuación)

Documentos	Artículos y fracciones
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	<p>Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.</p> <p>Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la Fracción XVI del Artículo 73 de esta Constitución.</p> <p>Toda familia tiene derecho a disfrutar de vivienda digna y decorosa. La ley establecerá los instrumentos y apoyos necesarios a fin de alcanzar tal objetivo.</p> <p>Es deber de los padres preservar el derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental. La ley determinará los apoyos a la protección de los menores, a cargo de las instituciones públicas.</p> <p>Artículo 13. Nadie puede ser juzgado por leyes privativas ni por tribunales especiales...</p>
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	<p>Artículo 18.</p> <p>Los sentenciados, en los casos y condiciones que establezca la ley, podrán purgar sus penas en los centros penitenciarios más cercanos a su domicilio, a fin de propiciar su reintegración a la comunidad como forma de readaptación social.</p>
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	<p>Artículo 27....</p> <p>VI. Los estados y el Distrito Federal, lo mismo que los municipios de toda la república, tendrán plena capacidad para adquirir y poseer todos los bienes raíces necesarios para los servicios públicos.</p>
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	<p>VII. Se reconoce la personalidad jurídica de los núcleos de población ejidales y comunales y se protege su propiedad sobre la tierra, tanto para el asentamiento humano como para actividades productivas. La ley protegerá la integridad de las tierras de los grupos indígenas, límites señalados en la Fracción xv. La asamblea general es el órgano supremo del núcleo de población ejidal o comunal, con la organización y funciones que la ley señale...</p>
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	<p>Artículo 73. El Congreso tiene facultad: ...</p> <p>XVI. Para dictar leyes sobre nacionalidad, condición jurídica de los extranjeros, ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la República.</p>
	<ol style="list-style-type: none"> 1. El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país. 2. En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, el Depar-

	tamento de Salubridad tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el Presidente de la República.
	3. La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del país.
	4. Las medidas que el Consejo haya puesto en vigor en la campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo o degeneran la especie humana, así como las adoptadas para prevenir y combatir la contaminación ambiental, serán después revisadas por el Congreso de la Unión, en los casos que le competan; ...
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	Artículo 115. Fracción III Último párrafo Las comunidades indígenas, dentro del ámbito municipal, podrán coordinarse y asociarse en los términos y para los efectos que prevenga la ley.
Ley Orgánica de la Administración Pública Federal ²³⁸	Artículo 1o. La presente ley establece las bases de organización de la administración pública federal, centralizada y paraestatal. La Presidencia de la República, las secretarías de Estado, los departamentos administrativos y la consejería jurídica del Ejecutivo federal, integran la administración pública centralizada....
Ley Orgánica de la Administración Pública Federal	Artículo 39. A la Secretaría de Salud, corresponde el despacho de los siguientes asuntos: I. Establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general... II. Crear y administrar establecimientos de salubridad... VI. Planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y proveer a la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presten servicios de salud, a fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud. Asimismo, propiciará y coordinará la participación de los sectores social y privado en dicho sistema nacional de salud y determinará las políticas y acciones de inducción y concertación correspondientes; VII. Planear, normar y controlar los servicios de atención médica, salud pública, asistencia social y regulación sanitaria que correspondan al sistema nacional de salud; XXI. Actuar como autoridad sanitaria, ejercer las facultades en materia de salubridad general que las leyes le con-

²³⁸ Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, 29 de diciembre de 1976. Última reforma aplicada 18 de mayo de 1999. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, México, 2000. <http://www.cddhcu.gob.mx/leyinfo/161/1.htm>

CUADRO 10 (Continuación)

Documentos	Artículos y fracciones
Ley de Planeación ²³⁹	<p>fieren al Ejecutivo federal, vigilar el cumplimiento de la Ley General de Salud, sus reglamentos y demás disposiciones aplicables y ejercer la acción extraordinaria en materia de salubridad general;...</p> <p>Artículo 2o. La planeación deberá llevarse a cabo como un medio para el eficaz desempeño de la responsabilidad del Estado sobre el desarrollo integral del país y deberá tender a la consecución de los fines y objetivos políticos, sociales, culturales y económicos contenidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Para ello, estará basada en los siguientes principios:...</p> <p>III. La igualdad de derechos, la atención de las necesidades básicas de la población y la mejoría, en todos los aspectos, de la calidad de la vida, para lograr una sociedad más igualitaria;</p> <p>IV. El respeto irrestricto de las garantías individuales, y de las libertades y derechos sociales y políticos.</p>
Ley de Planeación	<p>Artículo 16. A las dependencias de la Administración Pública Federal les corresponde:</p> <p>I. Intervenir respecto de las materias que les competan, en la elaboración del Plan Nacional de Desarrollo;</p> <p>II. Coordinar el desempeño de las actividades que en materia de planeación correspondan a las entidades paraestatales que se agrupen en el sector que, conforme a la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, determine el Presidente de la Republica;</p> <p>III. Elaborar programas sectoriales, tomando en cuenta las propuestas que presenten las entidades del sector y los gobiernos de los estados, así como las opiniones de los grupos sociales interesados;...</p> <p>VI. Considerar el ámbito territorial de las acciones previstas en su programa, procurando su congruencia con los objetivos y prioridades de los planes y programas de los gobiernos de los estados;...</p>
Ley General de Salud ²⁴⁰	<p>Artículo 1o. La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.</p>

²³⁹ Ley de Planeación, 5 de enero de 1983, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, México, 2000, <http://www.cddhcu.gob.mx/leyinfo/64/1.htm>

²⁴⁰ Se transcriben sólo las partes directamente relacionadas con la salud indígena. Por la importancia del ordenamiento se sugiere revisar la totalidad del texto. Ley General de Salud, 7 de febrero de 1984, última reforma aplicada el 31 de mayo de 2000. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, México, 2000, <http://www.cddhcu.gob.mx/leyinfo/150/>

Artículo 2o. El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

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

Artículo 3o. En los términos de esta ley, es materia de salubridad general:...

- II. La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables;...

Artículo 5o. Para los efectos de esta ley, se considera usuario de servicios de salud a toda persona que requiera y obtenga los que presten los sectores público, social y privado, en las condiciones y conforme a las bases que para cada modalidad se establezcan en esta ley y demás disposiciones aplicables.

Artículo 51. Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

Artículo 52. Los usuarios deberán ajustarse a las reglamentaciones internas de las instituciones prestadoras de servicios de salud, y dispensar cuidado y diligencia en el uso y conservación de los materiales y equipos médicos que se pongan a su disposición.

Artículo 53. La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, establecerán los procedimientos para regular las modalidades de acceso a los servicios públicos a la población en general y a los servicios sociales y privados.

Artículo 3o. El trabajo es un derecho y un deber sociales. No es artículo de comercio, exige respeto para las libertades y dignidad de quien lo presta y debe efectuarse en condiciones

Ley Federal del Trabajo²⁴¹

²⁴¹Ley Federal del Trabajo, 1o. de abril de 1970. Última reforma aplicada el 23 de enero de 1998. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, México, 2000, <http://www.cddhcu.gob.mx/leyinfo/133/1.htm>

Documentos	Artículos y fracciones
Ley Forestal ²⁴²	<p>que aseguren la vida, la salud y un nivel económico decoroso para el trabajador y su familia. No podrán establecerse distinciones entre los trabajadores por motivo de raza, sexo, edad, credo religioso, doctrina política o condición social... [...]</p> <p>Artículo 13. El aprovechamiento con fines comerciales de los recursos naturales no maderables que señalen las normas oficiales mexicanas, requerirá de un aviso que el interesado presente por escrito en la secretaría, en los términos del reglamento de esta ley. El aprovechamiento de recursos y materias primas forestales para uso doméstico, así como las actividades silvopastoriles en terrenos forestales, se sujetarán a las normas oficiales mexicanas que expida la Secretaría. Se considerarán de uso doméstico aquellos recursos y materias primas forestales que utilicen las comunidades indígenas en sus rituales. [...]</p>
Chiapas	1990. Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Chiapas. ²⁴³ Artículo 13.
Jalisco	1991. Procuraduría para Asuntos Indígenas del Estado de Jalisco. ²⁴⁴
Oaxaca	1990, 1998. Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca. ²⁴⁵
Chihuahua	1994. Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Chihuahua. ²⁴⁶ Artículo 10.
Oaxaca	1994. Procuraduría para la Defensa del Indígena del Estado de Oaxaca. ²⁴⁷
Chiapas	1994. Ley de Amnistía del Estado de Chiapas.
Campeche	1994. Comisión de Desarrollo Integral y Justicia Social para el Pueblo Indígena Maya y Otras Etnias Indígenas Asentadas en el Estado de Campeche. ²⁴⁸
Campeche	1996. Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Campeche. ²⁴⁹ Artículo 7o.

²⁴² *Diario Oficial de la Federación*, del 20 mayo de 1997.

²⁴³ *Periódico Oficial* de la entidad federativa del 9 de octubre de 1990.

²⁴⁴ Publicado en el *Periódico Oficial del Estado* del 12 de enero de 1991. Entró en vigor el 13 de enero de 1991.

²⁴⁵ <http://info.juridicas.unam.mx/navjus/infojur.htm>

²⁴⁶ *Periódico Oficial* de la entidad federativa del 1o. de octubre de 1994.

²⁴⁷ Publicado en el *Periódico Oficial* de fecha 8 de octubre de 1994, número 41. Este documento entró en vigor al día siguiente de su publicación.

²⁴⁸ Publicado en el *Periódico Oficial* el día 29 de enero de 1994. Entró en vigor al día siguiente de su publicación.

²⁴⁹ *Periódico Oficial* de la entidad federativa del 6 de julio de 1996.

Quintana Roo	1997. Ley de Justicia Indígena de Quintana Roo. ²⁵⁰
Oaxaca	1998. Ley de Derechos de los Pueblos y Comunidades Indígenas del Estado de Oaxaca. ²⁵¹
Quintana Roo	1998. Ley de Derechos, Cultura y Organización Indígena del Estado de Quintana Roo. ²⁵² Leyes de procedimientos penales o equivalentes con menciones específicas sobre tratamiento a indígenas en 27 entidades federativas (véase anexo 2).

Fuente: M.F. Alarcón y H.M. Robles, *Marco jurídico mexicano en materia de salud*, documento facsimilar, México, 1996.

T.E.D. Estrada, *Administración de justicia y derechos indígenas en México*, tesis profesional de abogacía, Escuela Libre de Derecho, México, 2000, 162 pp.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1917, con reformas de 1998. <http://www.georgetown.edu/pdba/Constitutions/Mexico/mexico1998.html>

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, actualizada al día 2 de agosto de 2000, <http://www.cddhcu.gob.mx/leyinfo/refcns/>

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, 29 de diciembre de 1976. Última reforma aplicada el 18 de mayo de 1999, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, México, 2000, <http://www.cddhcu.gob.mx/leyinfo/161/1.htm>

Ley de Planeación, 5 de enero de 1983, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, México, 2000, <http://www.cddhcu.gob.mx/leyinfo/64/1.htm>

Ley General de Salud, 7 de febrero de 1984, última reforma aplicada el 31 de mayo de 2000. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, México, 2000, <http://www.cddhcu.gob.mx/leyinfo/150/>

Ley Federal del Trabajo, 1o. de abril de 1970. Última reforma aplicada el 23 de enero de 1998, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, México, 2000, <http://www.cddhcu.gob.mx/leyinfo/133/1.htm>

BIBLIOGRAFÍA

Acuerdo que establece las Reglas de Operación del Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresas).

<http://www.sedesol.gob.mx/nove2000/reglas2000/progresas.htm>

²⁵⁰ Ley Reglamentaria del Artículo 13 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Quintana Roo, publicada en el *Periódico Oficial del Estado* de fecha 14 de agosto de 1997, entró en vigor el día de su publicación.

²⁵¹ En 1990 se reformó la Constitución de Oaxaca para reconocer la composición étnica plural de la sociedad oaxaqueña. En 1998 se modificó el artículo 16 de la Constitución estatal para reforzar las modificaciones de 1990 y hacer más específicas las responsabilidades del Estado hacia las poblaciones indígenas y promulgación de una ley específica (T.E.D. Estrada, *Administración de justicia y derechos indígenas en México*, tesis profesional de abogacía, Escuela Libre de Derecho, México, 2000, 162 pp.).

²⁵² Publicada el 30 de julio de 1998, reglamentaria del último párrafo de la ley que protegerá, regulará y validará el desarrollo y ejercicio de sus lenguas, cultura, usos, costumbres, actos, recursos y formas específicas de organización social y garantizará a sus integrantes el efectivo acceso a la jurisdicción del Estado; <http://www.tribunal.uqro.o.mx/tribunal/s>

- AGUIRRE B., G., *Programas de salud en la situación intercultural*, FCE-INI-Universidad Veracruzana, México, 1994, pp. 35-40.
- ALARCÓN, M.F. y H.M. Robles, *Marco jurídico mexicano en materia de salud*, documento facsimilar, México, 1996.
- ALVARADO, G.S., "Desarrollo y desafío", *Trabajo Social*, ENTS-UNAM, núm. 21, 1998, pp. 46-50.
- ÁLVAREZ, C., "Preocupa a OCDE disparidad", *Reforma*, México, 17 de abril de 1998, p. 2-A.
- ARREDONDO, V., ponencia *Desarrollo social: exclusión*, V Convención Internacional de Trabajo Social. El Desarrollo social: una deuda pendiente para el nuevo milenio, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, México, 1998.
- ARTEAGA, B.C., "Políticas sociales en México", *Trabajo Social*, núm. 21, 1998, ENTS-UNAM, México, pp. 28-36.
- BANCO MUNDIAL, *Día Internacional contra la Pobreza*, 17 de octubre de 1999, en www.todito.com/páginas/noticias
- BARAJAS, E., "Alta marginación en 70 por ciento de localidades. Conapo", *Reforma*, México, 6 de julio de 1998.
- BOLTVINIK, J., *Pobreza y distribución del ingreso en México*, en L.G. Hernández, "Margina error de Levy a 30 millones de pobres", *Reforma*, México, lunes 22 de noviembre de 1999, p. 8-A.
- , "La pobreza en México. I. Metodologías y Evolución", *Salud Pública de México*, México, julio-agosto de 1995, vol. 37, núm. 4, pp. 288-297.
- CARRASCO, R., "Retos en México. Desarrollo Social", *Trabajo Social*, ENTS-UNAM, núm. 21, 1998, pp. 4-13.
- CARRILLO, P.C., "Destacan cambios en estrategias contra la pobreza", *Reforma*, México, 20 de abril de 1998.
- CEPAL, en I. Melgar, "Aumenta pobreza en México. CEPAL", *Reforma*, 12 junio de 1999, p. 2-A.
- , *Magnitud de la pobreza en América Latina en los Años Ochenta*, CEPAL, Chile, 1991, 177 pp.
- , *Panorama social de América Latina 2000-2001*, 25 de septiembre de 2001, <http://www.eclac.cl/>

- CONAPO, *Indicadores socioeconómicos e índice de marginación municipal*. 1990, Conapo, México.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1917*, con reformas de 2001, <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/9/5.-htm?s=>
- CHÁVEZ, G.A., *Encuesta Nacional de Alimentación*, Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán-SSA. México, 1996.
- DE LA TORRE, R., "Será insuficiente el Progreso", en F. Gazcón *Negocios, Reforma*, México, 11 de agosto de 1997, 5-A.
- DEL VAL B., E., ponencia *Desarrollo social y programas de combate a la pobreza*, V Convención Internacional de Trabajo Social. El Desarrollo social: una deuda pendiente para el nuevo milenio, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, 1998.
- ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL, "Reidentificación de las políticas sociales", *III Encuentro Nacional de Trabajo Social en el área de la salud*, ENTS-UNAM, mayo de 1997.
- ESTRADA, T.E.D., *Administración de justicia y derechos indígenas en México*, tesis profesional de abogacía, Escuela Libre de Derecho, México, 2000, 162 pp.
- EVANGELISTA, M.E. y A.E. Castro S., "Investigación en políticas sociales", *Trabajo Social*, ENTS-UNAM, núm. 21, 1998, pp. 19-27.
- GARDUÑO, R.S. y V.G. González, *Los indicadores de bienestar en México. 1940-1995*, Instituto de Investigación Económica y Social "Lucas Alamán", A.C., México, 158 pp.
- GONZÁLEZ, D.V.R., "El nuevo marco jurídico de la salud. Un enfoque de modernización", *Revista de Administración Pública*, 69/70, 1987: 61-75.
- GONZÁLEZ, C., "Crean nuevo sello contra pobreza", *Reforma*, México, 14 de febrero del 2002.
- <http://info.juridicas.unam.mx/navjus/infojur.htm>
- <http://www.sedesol.gob.mx./desreg/derpro.htm>
- <http://www.tribunal.uqro.o.mx/tribunal/>
- INCHÁUSTEGUI, T. y F.A. Martínez, "Política social y cambios de finales de siglo: contexto y valores en la relación", en *Las políticas sociales de México en los años noventa*, UNAM-Flacso-Plaza y Valdés, México, 1998, pp. 161-174.

- INSTITUTO DEL TERCER MUNDO, "Países del mundo. 1991-1992", *Guía del Tercer Mundo*, tomo II, Instituto del Tercer Mundo, Uruguay, 1992, 640 pp.
- KLIKSBERG, B., "Repensar el Estado para el desarrollo social", *Enlace*, núm. 47, marzo-abril de 1998, Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública, A.C., México, pp. 19-40.
- Ley de Planeación, 5 de enero de 1983, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, México, 2000.
<http://www.cddhcu.gob.mx/leyinfo/64/1.htm>
- Ley Federal del Trabajo, 1o. de abril de 1970, última reforma aplicada el 23 de mayo de 1998, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, México, 2000.
<http://www.cddhcu.gob.mx/leyinfo/133/1.htm>
- Ley General de Salud, 7 de febrero de 1984, última reforma aplicada 31 de mayo de 2000, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, México, 2000.
<http://www.cddhcu.gob.mx/leyinfo/150/>
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, 29 de diciembre de 1976, última reforma aplicada 18 de mayo de 1999, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, México, 2000.
<http://www.cddhcu.gob.mx/leyinfo/161/1.htm>
- Ley reglamentaria del Artículo 13 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Quintana Roo*, publicada en el *Periódico Oficial del Estado* de fecha 14 de agosto de 1997, entró en vigor el día de su publicación.
- MABIRE, B., reseña A. de Maddison *et al.*, "La economía política de la pobreza, la equidad y el crecimiento: Brasil y México", FCE, México, 1992, en *La revista del Colegio*, año IV, núm. 6, 1996, p. 175.
- MEIER, R., *La pobreza en las grandes ciudades*, Salvat Editores, Barcelona, 1973, 143 pp.
- MELGAR, I., "Aumenta pobreza en México. CEPAL", *Reforma*, 12 junio de 1999, p. 2-A.

- , "Comparece Carlos Jarque ante comisiones. Une a los partidos crítica a Progresista", *Reforma*, México, 28 septiembre 1999, p. 2-A.
- , "Indicadores del bienestar en México", *Reforma*, México, 18 de octubre de 1998, 17-A.
- , "México. Fábrica de pobres", *Reforma*, México, 11 de octubre de 1998.
- MÉNDEZ, P., Educación, compromiso incumplido", *Reforma*, México, 22 de julio de 1999, pp. 16-17 A.
- MORENO, M.A., "La política de bienestar social y la salud", *Revista de Administración Pública*, INAP, México, 1987, núm. 69-70, pp. 71-86.
- NACIONES UNIDAS, *Informe de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social*, Copenhague, Dinamarca, 6-12 de marzo de 1995.
- , *La política de bienestar social. Tendencias, problemas y enfoques actuales*, Lumen, Argentina, 1995, 122 pp.
- NUSSBAUM, M. y A. Sen, *La calidad de vida*, United Nations University-Fondo de Cultura Económica, México, 1993, 588 pp.
- OCDE, "Desarrollo regional y política estructural en México", *Perspectivas*, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, Francia, 1998, pp. 24-27.
- ORTEGA, L.R., "La rectoría del Estado y la política nacional de salud", *Revista de Administración Pública*, 69/70, 1987: 35-60.
- PÉREZ, M., "Exhorta Zedillo a apoyar el nuevo programa social", *Reforma*, México, 6 de agosto de 1997, p. 11-A.
- PODER EJECUTIVO FEDERAL, *Plan Nacional de Desarrollo 1994-2000*, Secretaría de Gobernación, México, 1994.
- PRECIADO, C.J., *Combate a la pobreza en México: una geografía de la exclusión*.
- QUINTANA, E., "Del PASE al Progresista", *Reforma*, México, 8 de agosto de 1997.
- REFORMA, "790 millones de desnutridos en el mundo. FAO. Hambruna", *Reforma*, México, viernes 15 de octubre de 1999, p. 32-A.

- SEDESOL, Estrategia de combate a la pobreza y resultados por programa 1995-1998. <http://www.sedesol.gob.mx>
- , *La política social y el combate a la pobreza en México*. <http://www.sedesol.gob.mx/desreg/supob.html> México, 1999.
- , "Importante avance en el listado de beneficiarios del Sistema «Contigo»", comunicado núm. 054/2001, Sedesol, México, 27 de abril de 2001.
- SOBRINO, J. y C. Garrocho, *Pobreza, política social y participación ciudadana*, El Colegio Mexiquense, A.C., Sedesol, México, 1995, 377 pp.
- SORIA, V.M., "Una alternativa integral para la lucha contra la pobreza" en G.E. Gutiérrez, *El debate nacional*, vol. 5. *La política social*, UdeG-Diana, México, 1997, pp. 319-349.
- TOCKMAN, V., "Informe de la Organización Internacional del Trabajo en Reforma. En América Latina 18 millones sin empleo", *Reforma*, México, 26 de agosto de 1999, p. 29-A.
- TORRE, W., "La pobreza como laboratorio", *Reforma*, México, 26 de diciembre de 2000, pp. 1 y 4-A.
- VILAS, C.M., "De ambulancias, bomberos y policías: la política social del neoliberalismo (notas para una perspectiva macro)", en *Las políticas sociales de México en los años noventa*, UNAM-Flacso-Plaza y Valdés, México, 1998, pp. 111-135.
- WALLERSTEIN, I., *Impensar las ciencias sociales*, Ed. Siglo XXI, CICH-UNAM, México, 1998, 310 pp.
- ZEDILLO P.L., E., *Programa de Educación, Salud y Alimentación. Progresá*, Gobierno de la República-SEP-SSA-Sedesol, México, 6 de agosto de 1997.
- ZORRILLA, M.P., en seminario de posgrado "Administración para el desarrollo", FCPYS-UNAM, México, 1998.
- ZÚNIGA, V., "Los otros mexicanos («indios» y «pochos»): la cuestión de la diferencia en México", en G.E. Gutiérrez, *El debate nacional*, vol. 4: *Los actores sociales*, UdeG-Diana, México, 1997, pp. 245-265.

La política gubernamental indigenista

INTRODUCCIÓN

En este capítulo se revisan los antecedentes históricos de la política indigenista. Se detallan las acciones del desarrollo social, incluido el indigenismo en México, identificadas en orden cronológico, para lo cual se han dividido los periodos posteriores a la revolución y se revisan brevemente los programas específicos en todas las áreas como laboral, productiva, educativa y de salud en las zonas indígenas.

Asimismo, se detalla la evolución de la población indígena a lo largo de 500 años, integrando en ello situaciones epidémicas que propiciaron la reducción de la población indígena, así como algunas políticas de salud que modificaron el número de pobladores.

Se presentan también los documentos legales y artículos seleccionados que permiten establecer un marco jurídico simplificado.

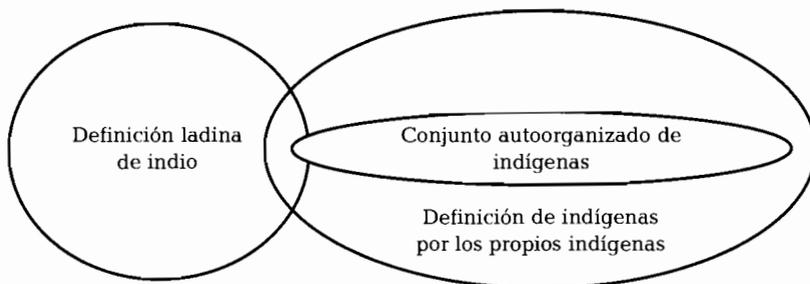
Se analiza la creación y acciones del Instituto Nacional Indigenista, su evolución y principales logros. Se revisan las acciones en materia indigenista básicamente de salud, su evolución y las limitaciones que se han presentado, así como los periodos de gran crecimiento y los de disminución de las acciones o de estancamiento y, finalmente, sus tendencias actuales en México.

LA POLÍTICA INDIGENISTA.
QUINIENTOS AÑOS DE AVATARES

Durante 500 años de contacto entre la población indígena, la española y la mestiza, se ha pasado por numerosas etapas de política indígena que se han caracterizado por la mezcla de tendencias políticas derivadas del pensamiento prevalente en la época respectiva, desconocimiento de la idiosincrasia y cultura²⁵³ indígenas, así como de confusión en la interpretación de los factores que determinan esa identidad.

La línea de demarcación entre la población propiamente indígena y el resto de la sociedad no es fácil de trazar. Se trata más bien de una amplia zona de interfase con distintas graduaciones de mestizaje e integración a la vida media del país (véase figura 12).

FIGURA 12
DIFERENTES CONCEPCIONES DE INDÍGENA



Fuente: Modificado de R.N. Adams, *Etnias en evolución social*, Universidad autónoma Metropolitana, México, 1995, 439 pp.

Para propósitos operativos se puede utilizar el concepto lingüístico y de región. Los indígenas se ubican en ciertas regiones geográficas del país, donde predominan entre el 40 y el 70 por ciento dependiendo del autor y estudio de referencia,

²⁵³Cultura, en antropología, son los patrones de conducta y pensamiento de la gente que vive en grupos. Incluye sus creencias, reglas de comportamiento, lenguaje, rituales, arte, tecnología, estilos de vida, mecanismos de producción, cocina, religión, y sistemas políticos y económicos (J.H. Bodley, *Cultural Anthropology: Tribes, States, and the Global System and Anthropology and Contemporary Human Problems*).

y se caracterizan porque hablan la lengua del grupo étnico que se esté estudiando.²⁵⁴

El empleo de lengua indígena como variable de clasificación data de 1895, fecha en la que se realizó el primer censo general moderno de población reconocido en México. Aunque la lengua sola no es suficiente para definir étnicamente al indígena, es una característica útil para la identificación de la población a estudiar.

De acuerdo con diversos estudios se considera que la población indígena en México se localiza principalmente en el sureste: Oaxaca, Chiapas, Veracruz, Yucatán y Quintana Roo donde se concentra alrededor del 56 por ciento de los indígenas; en el centro: Puebla, Estado de México, Hidalgo, San Luis Potosí y el Distrito Federal se ubica el 28 por ciento; en el suroeste: Guerrero y Michoacán otro 8 por ciento; y el 8 por ciento restante en el norte²⁵⁵ del país.

En la actualidad, se preservan y utilizan 62 lenguas autóctonas. Las más habladas son 12: el náhuatl (23 por ciento), maya (14.2 por ciento), zapoteco (8.7 por ciento), mixteco (7.6 por ciento), otomí (5.6 por ciento), tzeltal (5.3 por ciento), tzotzil (4.6 por ciento), totonaca (4.1 por ciento), mazateco (3.2 por ciento), huasteco (2.3 por ciento), mazahua (2.8 por ciento) y chol (2.4 por ciento)²⁵⁶ con numerosas variantes dialectales, lo que permite compartir una lengua y tradiciones.

Las seis lenguas con mayor número de hablantes rebasan los 2.1 millones de habitantes y sus núcleos más importantes se encuentran en los estados de Puebla, Veracruz, Hidalgo, San Luis Potosí, Estado de México, Querétaro, Distrito Federal y Guerrero. En su gran mayoría (81.3 por ciento), la población que habla alguna lengua indígena es bilingüe.²⁵⁷ La incorporación del español en la cultura indígena obedece a diversos factores, entre los que destacan la educación escolar formal, la integración a los mercados

²⁵⁴Cfr. L.M. Valdés, *Los indios en los censos de población*, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1995, 275 pp.

²⁵⁵Cfr. M. Bronfman, A. Embriz, Gómez de León *et al.*, *La salud de los pueblos indígenas. Una conquista impostergable*, Cuadernos de Salud, núm. 1, SSA, México, 1994.

²⁵⁶Cfr. Conapo, *La situación demográfica de México*, 1998, Conapo, México, 1998, 185 pp.

²⁵⁷Cfr. *idem*.

laborales y los movimientos migratorios.²⁵⁸ La población indígena a lo largo de 500 años ha pasado por diferentes etapas que la han llevado a la situación de vida que tiene actualmente.

Durante la Colonia, los intereses del grupo dominante obligaron a los indígenas a incorporar algunos elementos de la nueva cultura debido a que los conquistadores al sustituir a la élite dirigente trataron de eliminar los rasgos culturales procedentes del grupo original. El cambio fue radical debido a las grandes diferencias que existían entre ambas culturas.²⁵⁹

Para lograr alguna defensa ante la arbitrariedad española, se crearon algunos instrumentos legales en el siglo XVI. Los emperadores Carlos V y Felipe II promulgaron las leyes que crearon las repúblicas de indios,²⁶⁰ con su dotación paralela de tierras y la declaratoria del fundo legal que demarcaba la propiedad territorial de cada pueblo, como una medida de protección a la vida comunitaria y la reproducción de la población indígena. Asimismo, promulgaron las Leyes de Indias y se ordenó la creación del Juzgado General de Indios (1592), instituciones que protegían los derechos de esos pueblos y permitieron también la formación de indígenas "letrados", expertos en el manejo del español y de los procedimientos legales europeos. Sin embargo, su acción se vio limitada por los intereses de los conquistadores.

Las Leyes de Indias fueron producto de las mediaciones del régimen colonial, donde la propiedad comunal y los pueblos tuvieron reconocimiento en un intento por mediatizar el creciente poder que iban adquiriendo los conquistadores.²⁶¹ Se tomaron una serie de medidas puestas en vigor para destruir su base cultural, los antiguos gobernantes indígenas se transformaron en intermediarios o autoridades indirectas, se estructuró una economía feudal que impuso al indígena cargas y tributos específicos. En el periodo

²⁵⁸M. Bronfman, A. Embriz, Gómez de León *et al.*, *op. cit.*

²⁵⁹Cfr. H. Díaz P, F.J. Guerrero, V. Bravo *et al.*, *Indigenismo, modernización y marginalidad. Una revisión crítica*, Juan Pablos Editor, México, 1987, 222 pp.

²⁶⁰Cfr. E. Florescano, *Etnia, Estado y nación*, Aguilar, México, 1997, pp. 279-289.

²⁶¹Cfr. J.J. Flores F, *La revuelta por la democracia. Pueblos indios, política y poder en México*, Universidad Autónoma Metropolitana-El Atajo, México, 1998, pp. 124.

de segregación, los trabajadores indígenas fueron sometidos y utilizados, bajo un trato despectivo y racista. La pugna entre las culturas europea colonial e indígena hizo posible la emergencia de una cultura nueva.²⁶²

El camino hacia la independencia de México del dominio español se dirigió a consolidar los logros de la cultura emergente del contacto entre conquistadores y los indígenas remanentes.²⁶³ Los ideales de igualdad nacional determinaron que se iniciaran las discusiones sobre utilizar o no el término indígena, y por lo tanto realizar una diferencia de esa población, situación que chocaba con el ideal de igualdad que implicaba la guerra de independencia,²⁶⁴ proceso que se había iniciado desde el siglo XVIII a raíz de la reforma borbónica,²⁶⁵ en que se estableció el castellano como única lengua, el catolicismo como medio de cohesión y la reducción progresiva de los beneficios especiales que les habían proporcionado las leyes en búsqueda de la igualdad.

La evolución política durante todo el siglo XIX tendía a la desaparición de conceptos como indígena y su eventual traducción en un trato especial de los grupos indígenas sobrevivientes a la época de dominación y colonia, con el consecuente afán igualitario.²⁶⁶ La sociedad mestiza procuró una transformación cultural a través de las instituciones y la predominancia social del individuo.²⁶⁷

En el siglo XIX existía la idea de "nación" como asimilación, similar a la norteamericana. La idea en México no funcionó más que en el discurso jurídico y político, se sostenía en conceptos legítimos como la igualdad y la inclusión. A partir de ese momento se fomentó la idea de nacionalismo mexicano. Un México que "armo-

²⁶²Cfr. A. Caso, S. Zavala, S. Miranda y N.M. González, *La política indigenista en México*, tomo I, INI-Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, México, 1991, pp. 202-206

²⁶³Cfr. G. Aguirre B., *Obra antropológica VI. El proceso de aculturación*, Universidad Veracruzana, INI, Gobierno del Estado de Veracruz y FCE, México, 1992, p. 132.

²⁶⁴Cfr. V. Zúñiga, "Los «otros» mexicanos («indios» y «pochos»): la cuestión de la diferencia en México", en G.E. Gutiérrez, *El debate nacional*, vol. 4, *Los actores sociales*, UdeG-Diana, México, 1997, pp. 245-265.

²⁶⁵E. Florescano, *op. cit.*

²⁶⁶*Idem.*

²⁶⁷A. Caso, S. Zavala y N.M. González, *op. cit.*

niza, lo mejor de Occidente con los valores positivos de un remoto pasado indio".²⁶⁸

Se dieron luchas posteriores entre liberales y conservadores para determinar si se debería brindar o no derechos especiales a la población indígena; entre ellos Carlos María de Bustamante, planteaba: "Me parece oír insistentemente que ya no hay indios, que todos somos mexicanos, vaya ilusión que no remediará males muy graves y muy actuales."²⁶⁹

Estos procesos a lo largo del siglo XIX propiciaron problemas interétnicos, ya que algunos buscaban la igualdad y otros trataban de proteger sus comunidades, territorios y cultura. Esta discrepancia se daba desde los altos niveles políticos hasta la población en sí. Por ejemplo, Servando Teresa de Mier y Carlos María de Bustamante pugnaban por una nación con sustrato indígena, mientras que Lucas Alamán la proponía basada en su legado hispánico.²⁷⁰

Esas discusiones promovieron un ambiente antiindígena, en lucha contra sus derechos tradicionales, principalmente las tierras comunales (Chihuahua, Jalisco, Zacatecas, Chiapas, Veracruz, Puebla, Michoacán, Estado de México), lo que provocó resistencia y disturbios. En la época de la reforma se insistió en esa política, tratando de integrarlos a la población nacional, fomentando un espíritu de nacionalismo, reverencia a los héroes y a la historia indígena.

Un planteamiento intermedio de esa situación se presentó en 1864, cuando Maximiliano de Habsburgo llegó a México como emperador, y desde el principio mostró interés por la cultura, lenguas y costumbres de los pueblos autóctonos. Ordenó la enseñanza bilingüe simultánea en las poblaciones indígenas. Sus discursos se imprimieron en español y náhuatl y otorgó becas a los jóvenes indígenas que desearan llegar a la ciudad de México a estudiar.²⁷¹ "Queremos mucho a los indios y son muy

²⁶⁸Cfr. V. Zúñiga, *op. cit.*

²⁶⁹Cfr. J.F. Báez, "Los grupos étnicos y las políticas indigenistas de la colonia", *México Indígena*, Instituto Nacional Indigenista, vol. 5, núm. 26, enero-febrero de 1989, pp. 10-17.

²⁷⁰E. Florescano, *op. cit.*

²⁷¹Cfr. M.T. Bermúdez, "Maximiliano y la educación para los indios", *México Indígena*, año III, núm. 17, 1987, México, p. 9.

dignos de ser queridos. ¿Qué es México sin indios? Casi nada... en el indio habrá de hallarse el más seguro garante de la nacionalidad mexicana.¹¹²⁷²

En 1865, Maximiliano emitió una Ley de Protección Rural que obligaba a los hacendados a proporcionar vivienda y agua a sus trabajadores, asistencia médica y medicamentos incorporados a su salario, así como escuelas gratuitas por cada 20 familias que estuvieran a su cargo.²⁷³

Con la reinstalación del gobierno republicano, con Benito Juárez, la política del gobierno buscó eliminar las distinciones raciales; sin embargo, cambió esta diferencia por la de ricos y pobres, con ello concluyó esa primera etapa de la política indigenista. A aquellos que buscaban la defensa de los indios se les calificó de reaccionarios y opuestos a la unidad nacional.²⁷⁴

Los ayuntamientos, estaban compuestos por ciudadanos ilustres que tomaban el poder²⁷⁵ mientras que el pueblo, indígena y no indígena, tenía escasa o nula intervención en el gobierno municipal.²⁷⁶

Más adelante, durante el porfiriato se dio la supresión de la propiedad colectiva, que había sido una de las únicas protecciones que habían conservado los indígenas desde la época de la colonia, se sistematizó su persecución para lograr el despojo de sus tierras pretextando inferioridad, disminución de capacidad y falta de moral.²⁷⁷

Ese sistema se vino abajo con el triunfo de la revolución y con el establecimiento de las primeras instituciones nacionales, se inició una política social dirigida a la población indígena, el indigenismo; inicialmente orientado a lograr la homogeneización

²⁷²Cfr. Maximiliano de Habsburgo, "El pájaro verde. 22 de enero de 1867", en M.T. Bermúdez, *op. cit.*

²⁷³*Idem.*

²⁷⁴J.F. Báez, *op. cit.*

²⁷⁵Cfr. G. Aguirre B., *op. cit.* A. Caso, S. Zavala, y N.M. González, *op. cit.*

²⁷⁶Cfr. T.J. Larios, "El INI. A cuarenta años de su fundación", *México Indígena*, México, otoño de 1988, pp. 7-9.

²⁷⁷J.F. Báez, *op. cit.*

de la población, a través de la enseñanza del idioma español y la alfabetización.²⁷⁸

La antropología social se convirtió en una fuerza que suministró los fundamentos teóricos y los instrumentos prácticos para la elaboración e implementación de una política social y económica de integración nacional que recibe hoy la designación de *política indigenista*.²⁷⁹ A partir de ese momento se ejecutaron las acciones en favor de los grupos marginados que incluían indios e indios ladinizados y se concretó el concepto.²⁸⁰

Se iniciaron los primeros estudios antropológicos, con la aplicación de las ciencias al estudio de los grupos indígenas, principalmente la antropología, sociología, historia, lingüística, psicología y medicina social, con la intención de definir y caracterizar el ser "indio" y la política indigenista, que se orientara hacia la aculturación²⁸¹ y la igualdad social.²⁸²

Algunas de las políticas se orientaron a ofrecer respuesta a las reivindicaciones agrarias, como lo hizo la Comisión Nacional Agraria, la Ley del 6 de enero de 1915 dictada por Venustiano Carranza y el mismo artículo 27 constitucional.²⁸³ Otras se dirigieron por la vía de la educación: las misiones culturales, los internados indígenas o la casa del estudiante indígena son muestra de ello. Asimismo se fundaron instituciones como el Departamento de Asuntos Indígenas y el Instituto Nacional Indigenista.

Desde una óptica oficial la política indigenista está enfocada a la defensa de los indios, de sus bienes espirituales y materiales, de sus derechos históricos, morales, civiles y políticos, de carácter colectivo e individual. Esta defensa la encabeza desde 1949 el Instituto Nacional Indigenista (INI), mediante acciones

²⁷⁸M.C. Oehmichen B., *Reforma del Estado. Política social e indigenismo en México. 1988-1996*, UNAM-IA, México, 1999.

²⁷⁹H. Díaz P., F.J. Guerrero, V. Bravo et al., *Indigenismo, modernización y marginalidad*.

²⁸⁰Cfr. G. Aguirre B. y A.R. Pozas, *La política indigenista en México*, tomo II, INI-Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, México, 1991, pp. 13-17.

²⁸¹Es un proceso por el cual el contacto continuo entre dos o más sociedades causa un cambio cultural.

²⁸²V. Zúñiga, *op. cit.*

²⁸³J.J. Flores F., *op. cit.*

tendientes a evitar o resarcir los daños que se les infligen, se lleva a cabo a través de procesos de índole diversa, dirigidos por la autoridad (federal, estatal o municipal) o encaminados a llamar la atención de la opinión pública con el propósito de invocar comprensión, solidaridad y obtener apoyos para solucionar problemas específicos. Incluye los rubros de educación, salubridad, agricultura, procuración de justicia, crédito, comunicación y el reconocimiento de la población indígena, básicos para el desempeño del gobierno.²⁸⁴

Muchos autores consideran la política indigenista como paternalista, ya que impide su participación en la conducción de sus asuntos y en el desarrollo de sus capacidades de autogestión,²⁸⁵ de modo que se ha constituido en una práctica asistencialista, supuestamente benefactora, que ha generado explotación y control político de las comunidades,²⁸⁶ despojo de sus tierras para la construcción de presas, carreteras u otras construcciones de beneficio nacional, pero sin beneficios directos para los pueblos indígenas. Implica asimismo, la emigración forzada de sus comunidades hacia las grandes ciudades de México y Estados Unidos en busca de sobrevivencia.²⁸⁷

Otros investigadores ven en las acciones indigenistas, políticas de control mestizas y de intereses privados sobre los indígenas. En algunos países de Centroamérica, derivado de la participación de activistas norteamericanos, se promueve la autonomía del vínculo estatal.²⁸⁸

A raíz de la crítica a la política de integración indígena, durante los años ochenta se inició el planteamiento del "indigenismo de participación" orientado a respetar la diversidad cultural y apoyar el desarrollo autónomo y autogestivo de los pueblos.²⁸⁹

²⁸⁴Cfr. E. Malvido y M.E. Morales, *Historia de la salud en México*, INAH, Conca, México, 1996, 350 pp.

²⁸⁵Cfr. G. López y R., *Nación y pueblos indios en el neoliberalismo*, Universidad Iberoamericana-Plaza y Valdés, México, 1995, 171 pp.

²⁸⁶Cfr. R.N. Adams, *Etnias en evolución social*, Universidad Autónoma Metropolitana, México, 1995, 439 pp.

²⁸⁷Cfr. G. López y R., *op. cit.*

²⁸⁸Cfr. R.N. Adams, *op. cit.*

²⁸⁹M.C. Oehmichen B., *op. cit.*

A partir de los años noventa, se habló del respeto a sus culturas y de la naturaleza pluricultural del país, lo que se plasmó en las modificaciones al artículo 4o. constitucional, que plantea además del respeto cultural y garantía educativa, el dominio sobre la propiedad de sus tierras en una situación de libre mercado y apertura comercial²⁹⁰ (previamente revisados en el capítulo 2 legislación internacional sobre asuntos indígenas, véase cuadro 11).

CUADRO 11
PRINCIPALES AVANCES LEGISLATIVOS EN MEXICO PARA
LA PROTECCIÓN INDÍGENA

Año	Legislación
1992	Modificación al artículo 4o. constitucional, que el 28 de enero de 1992 adicionó un párrafo donde se reconoce la composición pluricultural del país, sustentada por la presencia de los pueblos indios ²⁹¹
2001	Decreto por el que se aprueba el diverso por el que se adicionan un segundo y tercer párrafos al artículo 1o., se reforma el artículo 2o., se deroga el párrafo primero del artículo 4o.; y se adicionan un sexto párrafo al artículo 18, y un último párrafo a la fracción tercera del artículo 115 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 14 de agosto de 2001
1994	Modificación al artículo 1o., 2o. ²⁹² se derogó párrafo primero por reforma del 14-08-01
1990	Reforma a la Constitución de Oaxaca
1990	Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Chiapas. ²⁹³ Artículo 13
1991	Procuraduría para Asuntos Indígenas del Estado de Jalisco ²⁹⁴
1994	Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Chihuahua. ²⁹⁵ Artículo 10
1994	Procuraduría para la Defensa del Indígena del Estado de Oaxaca ²⁹⁶
1994	Ley de Amnistía del Estado de Chiapas
1994	Comisión de Desarrollo Integral y Justicia Social para el Pueblo Indígena Maya y otras Etnias Indígenas Asentadas en el Estado de Campeche ²⁹⁷

²⁹⁰*Idem.*

²⁹¹S.C. Olvera, y D. Poliakoff, "Opiniones sobre la Ley reglamentaria al artículo cuarto constitucional", *Cuadernos de Antropología Jurídica*, 5, INI. México, 1994, p. 50.

²⁹²Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1917 con reformas de 2001. <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/led/9/5.htm?s=>

²⁹³*Periódico Oficial* de la entidad federativa del 9 de octubre de 1990.

²⁹⁴Publicado en el *Periódico Oficial del Estado* el 12 de enero de 1991. Entró en vigor el 13 de enero de 1991.

²⁹⁵*Periódico Oficial* de la entidad federativa del 1o. de octubre de 1994.

²⁹⁶Publicado en el *Periódico Oficial* de fecha 8 de octubre de 1994, número 41. Este documento entró en vigor al día siguiente de su publicación.

²⁹⁷Publicado en el *Periódico Oficial* el día 29 de enero de 1994. Entró en vigor al día siguiente de su publicación.

Año	Legislación
1996	Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Campeche. ²⁹⁸ Artículo 7
1997	Ley de Justicia Indígena de Quintana Roo ²⁹⁹
1998	Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca ³⁰⁰
1998	Ley de Derechos de los Pueblos y Comunidades Indígenas del Estado de Oaxaca ³⁰¹
1998	Ley de Derechos, Cultura y Organización Indígena del Estado de Quintana Roo ³⁰²

Fuente: INI, "Presencia y significación de los pueblos indígenas en América", *Boletín INIndigenista*, Instituto Nacional Indigenista, año 1, núm. 1, 1989, pp. 12-18. Comisión Nacional de Derechos Humanos, *Las costumbres jurídicas de los indígenas en México*, CNDH, México, 1994, p. 15, UNAM-ILJ, 1998.

<http://info4.juridicas.unam.mx/adprojus/est/8/default.htm>

A pesar de los esfuerzos gubernamentales y de los propios indígenas, las comunidades continúan sometidas a la pobreza y al rezago social y aún hoy, padecen la discriminación y el menosprecio. Por diversas razones, ni las autoridades ni los legisladores,³⁰³ incluyendo a la sociedad mexicana no cree en los indios y no consideran respetable ni valioso cuanto ellos representan.³⁰⁴ Este hecho se hizo público y evidente con la aparición del Ejército Zapatista de Liberación Nacional, lo que puso aún más en tela de juicio el éxito de las acciones gubernamentales indigenistas.

²⁹⁸*Periódico Oficial* de la entidad federativa de 6 de julio de 1996.

²⁹⁹Ley Reglamentaria del Artículo 13 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Quintana Roo. Publicada en el *Periódico Oficial del Estado* de fecha 14 de agosto de 1997, entró en vigor el día de su publicación.

³⁰⁰<http://info.juridicas.unam.mx/navjus/infojur.htm>

³⁰¹En 1990, se reformó la Constitución de Oaxaca para reconocer la composición étnica plural de la sociedad oaxaqueña. En 1998 se modificó el artículo 16 de la Constitución estatal para reforzar las modificaciones de 1990 y hacer más específicas las responsabilidades del Estado hacia las poblaciones indígenas y promulgación de una ley específica (T.E.D. Estrada, *Administración de justicia y derechos indígenas en México*, tesis profesional de abogacía, Escuela Libre de Derecho, México, 2000. 162 pp.).

³⁰²Publicada el 30 de julio de 1998, reglamentaria del último párrafo de la ley protegerá, regulará y validará el desarrollo y ejercicio de sus lenguas, cultura, usos, costumbres, actos, recursos y formas específicas de organización social y garantizará a sus integrantes el efectivo acceso a la jurisdicción del Estado. <http://www.tribunal.uqro.o.mx/tribunal/>

³⁰³En una encuesta desarrollada a senadores integrantes de la Comisión de Asuntos Indígenas del Senado, desconocen diversos aspectos de la situación de los grupos étnicos del país (personalidad jurídica del indígena en la Constitución, fecha de la última modificación constitucional sobre los derechos indígenas, total de lenguas y etnias del país) (F. del Collado, "Ignoran Senadores problemas básicos de los indígenas", *Enfoque*, 11 de febrero de 2001, p. 1-A).

³⁰⁴Cfr. R.M. Limón, "El indigenismo actual", *México Indígena*, México, 1988, pp. 3-6.

Pese a los intentos por integrar progresivamente a la población indígena a los patrones de organización social y legal de la población en general, existen rezagos reconocidos de gran importancia en derechos humanos y aplicación de la ley. Por sus condiciones particulares de orden económico, social, cultural³⁰⁵ y de interpretación de entornos como justicia y legalidad;³⁰⁶ los indígenas sufren desventajas que han tratado de equilibrarse a través modificaciones a las leyes, pero también es necesario modificar los criterios que los funcionarios del Poder Judicial emplean en la interpretación y aplicación de las normas civiles, penales y electorales en muchos de los ámbitos federal, estatal y local.

Las características de la estructura social actual se dan en término de un grupo superior (los ladinos) y un grupo subordinado (los indígenas). La relación es de dominación, de explotación de los ladinos hacia los indígenas. Las regiones donde se ubican los grupos indígenas, en general, ecológicamente constituyen territorios hostiles, alrededor de una ciudad ladina que constituye el epicentro de dominación. Económicamente tampoco existe independencia, los indios y ladinos viven en simbiosis socioeconómica, sin que por esto pierdan unos u otros su identidad. El indígena vive bajo una estructura de subsistencia y el ladino se orienta hacia el lucro y la acumulación de bienes de capital.

Para Margarita Nolasco, la relación indomestiza (los mestizos sustituyen a los antiguos dominantes españoles) se da en ámbitos regionales socialmente demarcados: las regiones específicas (áreas indígenas), con estratificación étnica y separación social entre los grupos, con variaciones en las relaciones de clase.³⁰⁷ Aunque la migración a las grandes ciudades puede extender y eventualmente modificar la interacción entre indígenas y mestizos.

La actitud gubernamental hacia los indios, por lo menos los últimos 100 años, es considerarlos como poseedores de iguales derechos que cualquier otro ciudadano. Sin embargo, las accio-

³⁰⁵R.S. García, "Consideración especial sobre indígenas", en *Proceso penal y derechos humanos*, Ed. Porrúa-UNAM, México, 1993, pp. 201-222.

³⁰⁶R.S. García, *Justicia penal*, *op. cit.*

³⁰⁷Cfr. H. Díaz P., F.J. Guerrero, V. Bravo *et al.*, *op. cit.*

nes e instituciones indigenistas nunca han tenido los recursos y organización necesarios para realizar proyectos que pudieran tener un impacto significativo y determinante en su población de responsabilidad.³⁰⁸

A raíz de la gestión de la actual presidencia se han desarrollado algunas acciones de reorientación a la política indigenista. En primer término, se creó la Oficina de la Presidencia para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas a cargo de Xóchitl Gálvez Ruiz,³⁰⁹ con los objetivos de disminuir la desnutrición infantil grave, la deficiencia de hierro, la mortalidad infantil y el analfabetismo.³¹⁰

Asimismo, por primera vez desde su creación, el INI ha sido dirigido por indígenas, Marcos Matías Alonso,³¹¹ quien al momento de su renuncia se quejó de falta de apoyos y fue sustituido por otro indígena, Huberto Aldaz Hernández,³¹² ambos en su momento manifestaron el objetivo de continuar realizando las tareas del INI, fortalecerlas y reorientarlas para terminar con el paternalismo, promover la Ley de la Cocopa y enlazar sus actividades con las de la Oficina de la Presidencia.

LA POBLACIÓN INDÍGENA MEXICANA Y SU EVOLUCIÓN

Hacia finales de la época prehispánica la población de Mesoamérica era de alrededor de 20 millones de personas, concentradas en áreas de gran desarrollo cultural. En el momento en que se suscitó el contacto del hombre de occidente con la pobla-

³⁰⁸Cfr. R.N. Adams, *op. cit.*

³⁰⁹Empresaria, especialista en telecomunicaciones. De origen otomí, aprendió español a los nueve años, en 1994 obtuvo el premio a la "Empresaria del Año" (I. Melgar, "Xóchitl Gálvez. Coordinadora Indigenista. La lucha desde el origen", *Reforma*, México, 25 de agosto de 2000, p. 16-A).

³¹⁰I. Melgar, "Definen tareas a favor de etnias", *Reforma*, México, 6 de diciembre de 2000, p. 8-A.

³¹¹Marcos Matías Alonso es indígena náhuatl de 44 años, antropólogo con maestría en desarrollo social (D. Millán, "Preside un náhuatl Instituto Indigenista", *Reforma*, México, 12 de diciembre de 2000, p. 13-A).

³¹²Huberto Aldaz Hernández es indígena mixe, ingeniero agrónomo egresado de la Universidad de Chapingo, a partir de diciembre de 2001 fue nombrado director general del INI.

CUADRO 12
LISTADO DE 57 DIVERSOS GRUPOS ÉTNICOS DE MÉXICO

<i>Tipo</i>	<i>Familia lingüística</i>	<i>Nombre común del grupo étnico</i>	<i>Autonombre</i>	<i>Significado</i>
I	Algonkina	Kikapú	Metswsérene	Gente de la propia tierra
II	Hokalteca	Paipai	Akwa'ala	
II	Hokalteca	Kiliwa	Ko'lew	Hombre cazador
II	Hokalteca	Cochimí		
II	Hokalteca	Cucapá		
II	Hokalteca	Kumiai		
II	Hokalteca	Seri (Yaqui)	Konkaak	Gente
II	Hokalteca	Tequistlateco (N*)	F'ane	Caracoles
II	Hokalteca	Tlapaneco (N*)		Lugar rojo
III	Yuto-Azteca	Pápago	Tono-ooht'am	Gente del desierto
III	Yuto-Azteca	Pima	Otam	Negación
III	Yuto-Azteca	Tepehuano (N*)	Odame	Gente nativa
III	Yuto-Azteca	Tarahumara	Rarámuri	Pies ligeros
III	Yuto-Azteca	Varohío		
III	Yuto-Azteca	Yaqui	Yoreme	
III	Yuto-Azteca	Mayo	Yoreme	
III	Yuto-Azteca	Huichol	Wixarika	Curandero
III	Yuto-Azteca	Cora	Nayari	Del reino Nayar
III	Yuto-Azteca	Náhuatl		Sagaz, astuto
IV	Otomangue	Pame	Siuc	Ya no
IV	Otomangue	Chichimeca-jonaz (N*)	Uza	Linaje de perros
IV	Otomangue	Otomí (N*)	Hñahñú	Flechador de pájaros
IV	Otomangue	Mazahua	Hñatso	Los que tienen venados
IV	Otomangue	Ocuilteco (N*)		Lugar de gusanos
IV	Otomangue	Matlatzinca (N*)		Lugar de redes
IV	Otomangue	Chinanteco (N*)		Las casas de caña
IV	Otomangue	Zapoteco (N*)	Didxaza	Nube
IV	Otomangue	Mixteco (N*)	Hñuu dabi	Pueblo de lluvia
IV	Otomangue	Chatino	En'cha'cna	Gente de palabras útiles
IV	Otomangue	Cuicateco (N*)		Cantores
IV	Otomangue	Triqui	Tinujei	Señor Supremo/ Hermano Mío.
IV	Otomangue	Amuzgo (N*)	Ha tzá tzhnoa	Lugar de los libros
IV	Otomangue	Popoloca (N*)		Tartamudos
IV	Otomangue	Mazateco (N*)	Cotateho	Gente del nido de águilas
IV	Otomangue	Ixcateco (N*)		Lugar de algodones
IV	Otomangue	Chocho		
V	Maya-tononaco	Huasteco (N*)	Tenek	Los guajes/ Hombre
V	Maya-tononaco	Maya	Maya	
V	Maya-tononaco	Lacandón	Hach winik	Hombre verdadero

Tipo	Familia lingüística	Nombre común del grupo étnico	Autonombre	Significado
V	Maya-totonaco	Chontal de Tabasco (N*)	Yoko wonik	Extranjero
V	Maya-totonaco	Chol	Ch'lo	
V	Maya-totonaco	Tzeltal	Batsil winik	Hombre verdadero
V	Maya-totonaco	Tzotzil	Batzil winik	Hombre verdadero
V	Maya-totonaco	Tojolabal	Tojol winik	Hombre auténtico
V	Maya-totonaco	Chuj	Lolonel	
V	Maya-totonaco	Jacalteco (N*)	Absubal	Lo que es para oír
V	Maya-totonaco	Mame	Gyool	Nuestra palabra
V	Maya-totonaco	Motzintleco (N*)	Mocho	
V	Maya-totonaco	Kanjobal	K'an jobal	Lo que es para hablar
V	Maya-totonaco	Mixe	Aywk	Gente que habla mixe
V	Maya-totonaco	Zoque		
V	Maya-totonaco	Ixil		
V	Maya-totonaco	Tjuantecos	Gatlok	Nuestra lengua
V	Maya-totonaco	Totonaco (N*)	Tutunakuj	Tres corazones
V	Maya-totonaco	Tepehua (N*)	Huasmásipini	Dueños de los montes
VI	Tarasca	Tarasco (N*)	Purépecha	Yerno/suegro
VI	Tarasca	Huave	Meroikood	Verdadero, nosotros

N. De origen náhuatl.

Fuente: G. Anaya, "El nombre verdadero", *México Indígena*, vol. 14, núm. 22, mayo-junio, México, 1988, pp. 3-6.

G. Anaya, "Lenguas de México: su clasificación. Historia de las lenguas", *México Indígena*, vol. 13, núm. 17, julio-agosto, México, 1987, pp. 3-7.

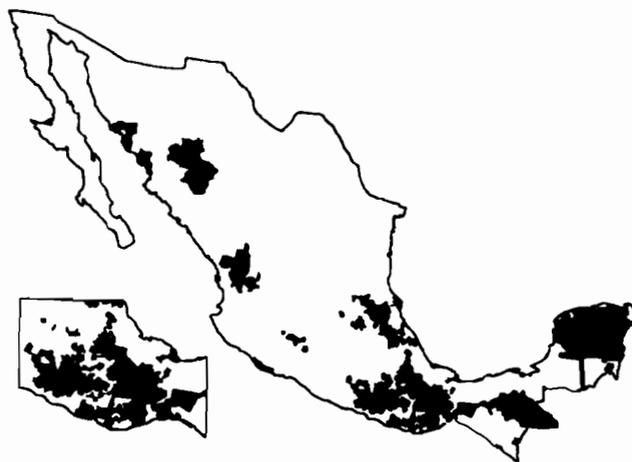
ción indígena, existía una gran diversidad de grupos étnicos. De acuerdo con algunos autores había por lo menos 125 idiomas distintos con un sinnúmero de variaciones dialectales.

La sociedad azteca antes de la llegada de los españoles, estaba integrada por 38 provincias que le pagaban tributo, era más

una confederación flexible de ciudades-Estado con situaciones políticas muy diversas. Esta confederación de ciudades englobaba una gran cantidad de poblaciones caracterizadas por lenguas muy diferentes, en la que los aztecas ejercían su hegemonía sobre pueblos muy variados.³¹³ Esta dominación se puede observar en el nombre asignado a cada grupo.³¹⁴ A la llegada de los españoles empleaban el nombre asignado por los aztecas, el cual se castellanizó y permanece hasta la fecha, por lo que no coincide con el que muchos de los grupos se asignan a sí mismos³¹⁵ (véase cuadro 12 y figura 13).

A su llegada los españoles encontraron grandes estados o confederaciones, con un grado de complejidad social muy alto, que facilitó a los conquistadores el dominar a las comunidades indígenas.³¹⁶

FIGURA 13
MAPA CON LA DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE
LOS PRINCIPALES GRUPOS INDÍGENAS DE MÉXICO



³¹³T. Carrasco y S. Nahmad, *Perfil de los pueblos indígenas de México*, BM-Sedesol, México, 1997, <http://www.sedesol.gob.mx/perfiles/>

³¹⁴Cfr. G. Anaya, "Lenguas de México: su clasificación. Historia de las lenguas", *México Indígena*, vol. 13, núm. 17, México, julio-agosto, 1987, pp. 3-7.

³¹⁵Cfr. G. Anaya, "El nombre verdadero", *México Indígena*, vol. 14, núm. 22, México, mayo-junio, 1988, pp. 3-6.

³¹⁶Cfr. J.I. Vasconcelos, *Medio milenio de hispanidad americana*, Edamex, México, 1991, 61 pp.

La separación geográfica de la población indígena del nuevo continente creó un perfil epidemiológico especial, aislado de muchas enfermedades que en la Edad Media en Europa constituían endemias como la peste, viruela, sarampión,³¹⁷ para las que la población indígena no había creado un mecanismo de inmunidad ni conocimientos terapéuticos para solucionarlas o mitigarlas, al no haber tenido contacto con ellas. De la misma forma, existían en el nuevo continente enfermedades con las que los españoles no habían tenido contacto, como la malaria y la fiebre amarilla.³¹⁸

Esta independencia en la evolución biológica-cultural de la salud y la enfermedad en el continente americano, terminó al suscitarse el contacto con las poblaciones europea y africana. Enfermedades como la viruela, asolaron a la población indígena, quienes por la falta de inmunidad, condiciones de inanición y desánimo, fueron diezmados y quedaron desorganizados,³¹⁹ ya que por la elevada mortalidad, las personas que ocupaban los cargos variaban con frecuencia.³²⁰

Al llegar los conquistadores españoles, las diferencias culturales que previamente existían entre los diversos pueblos mesoamericanos se fueron diluyendo de manera paulatina, ante la creación de una masa indiferenciada de "indios" subordinados y explotados, creada por la política colonial. Si bien se mantuvieron las identidades étnicas, se sobrepusieron a éstas las nuevas identidades coloniales (religiosas, súbditos del rey, trabajadores de haciendas, minas y obrajes).³²¹

A lo largo del siglo XVI, como resultado de la conquista se presentó una crisis. La población descendió tanto que sólo quedó un millón de habitantes. En tres siglos de Colonia con el proceso de mestizaje la población llegó a seis millones concentrados en el cen-

³¹⁷F. Ocaranza, "Las grandes epidemias del siglo XVI, en la Nueva España en México durante el siglo XVI", en E. Florescano y E. Malvido, *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*, IMSS, México, 1992, tomo I, pp. 201-204.

³¹⁸A.G. d'Somolinos, "Las epidemias en México durante el siglo XVI", en E. Florescano y E. Malvido, *op. cit.*, pp. 205-214.

³¹⁹Cfr. G. Aguirre B., *Antropología médica*, Fondo de Cultura Económica-Instituto Nacional Indigenista-Universidad Veracruzana, México, 1994, p. 60.

³²⁰J. Lockhart, *Los nahuas después de la Conquista. Historia social y cultural de la población indígena del México central, siglos XVI-XVIII*, Fondo de Cultura Económica, México, 1999, 717 pp.

³²¹Cfr. G. Aguirre B., *Antropología médica*, *op. cit.*

tro del territorio, y en el siguiente siglo se llegó a 13 millones (véase figura 14).

En el curso del siglo xx, la población mexicana creció hasta sextuplicarse, al pasar de 13.6 millones en 1900 a 81.3 millones en 1990 (véase figura 14). En la actualidad, México es el undécimo país más poblado del mundo y el tercero en América, después de los Estados Unidos y Brasil.

Para 1995, había 91.1 millones de habitantes³²² y para el año 2000, 95.7 millones.³²³ La población indígena también ha tenido un crecimiento continuo a partir de los años veinte, y según la fuente que se utilice existían entre 5.4 y 10 millones de hablantes de alguna lengua indígena³²⁴ (véase figura 14), con ubicación dispersa, en las zonas más recónditas de la república, en algunas zonas urbanas y en algunos casos en el extranjero.³²⁵

En el año 2000, de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda del INEGI existían 8.6 millones de indígenas, que equivalen al 8.8 por ciento del total de la población nacional. Esta población está integrada por hablantes de lengua indígena mayores de cinco años que equivalen a 6.2 millones, 1.3 millones no hablan la lengua indígena, pero se califican a sí mismos como pertenecientes a algún grupo y 1.1 millones son niños nacidos en las comunidades indígenas menores de cinco años (véase cuadro 13).

Los grupos indígenas de México han mantenido parte de su cultura. Sin embargo, han desarrollado un proceso de mestizaje variable, lo que lo hace muy distinto del que prevalecía en la época colonial e incluso hace 30 años, ya que está en constante evolución. La cultura indígena se expresa en formas de vida comunitaria, comunicación oral a través de su lengua, relación con la naturaleza, medicina y una sabiduría ancestral.³²⁶

³²²INEGI, *Estados Unidos Mexicanos. Censo de Población y Vivienda 1995. Resultados definitivos. Tabulados básicos*, INEGI, México, 1996.

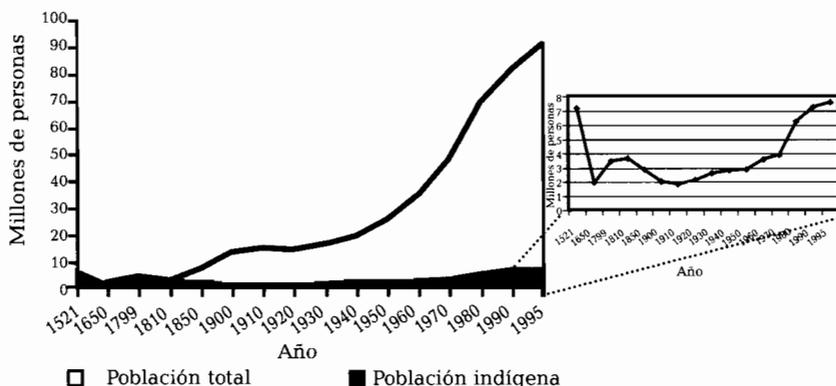
³²³*Idem*.

³²⁴Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, *Hablantes de Lengua Indígena*, INEGI, 1993, 516 pp.

³²⁵L.M. Valdés, *Los indios en los censos de población*, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1995, 275 pp.

³²⁶T. Carrasco y S. Nahmad, *Perfil de los pueblos indígenas de México*, BM-Sedesol.

FIGURA 14
POBLACIÓN INDÍGENA Y SU RELACION EN LA POBLACIÓN NACIONAL,
1521-1995



Fuente: Datos para integrar las figuras:
M. Nolasco, "La migración y los indios en los censos", *México Indígena*, año 2, núm. 13, noviembre-diciembre de 1986.
L.M. Valdés, *Los indios en los censos de población*, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1995, 275 pp.
INEGI, *Estados Unidos Mexicanos. Censo de Población y Vivienda 1995. Resultados definitivos. Tabulados básicos*, INEGI, México, 1996.
A.M. Victoria J., *Agenda de Salud del Distrito Federal, SSA-SSPDF*, México, 1993, 40 pp.

CUADRO 13
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN INDÍGENA
SEGÚN INFORMACIÓN Y CRITERIOS CENSALES DE 2000

Rubro	Cantidad (millones de habitantes)	Porcentaje
Habla lengua indígena	6.2	72.1
No habla lengua indígena, pero se autocalifica como perteneciente a grupo indígena	1.3	15.1
Nacidos en comunidad indígena menores de cinco años	1.1	12.8
Total	8.6	100

Fuente: INEGI, *XII Censo General de Población y Vivienda 2000*, México, 2000, 346 pp.

EL INSTITUTO NACIONAL INDIGENISTA,
50 AÑOS DE BUENOS DESEOS

En 1936 se creó el Departamento de Asuntos Indígenas, dependiente de la Secretaría de Educación Pública, con una cobertura a

nivel nacional en las zonas reconocidas como indígenas. Sus principales actividades eran educación, gestoría y defensoría de los intereses indígenas, obras de mejoramiento de la vivienda, organizaciones comunales para el desarrollo, creación de talleres, dotación de agua y servicios médicos. Asimismo, en el ámbito local, los gobiernos estatales proveían algunos apoyos extraordinarios para comunidades específicas.³²⁷

En 1940, se efectuó en Pátzcuaro, Michoacán, el Primer Congreso Indigenista Interamericano, con el auspicio del presidente Lázaro Cárdenas. Uno de los acuerdos de la asamblea plenaria fue crear institutos indigenistas en cada uno de los países participantes. En julio de ese año se llevó a cabo la conferencia de organización del Instituto Indigenista Mexicano, nombre que se pensaba dar al organismo. En esta reunión el Departamento de Antropología, de la Escuela Nacional de Ciencias Biológicas, del Instituto Politécnico Nacional, presentó el "Proyecto de estatutos para la creación del Instituto Indigenista Mexicano", filial del Instituto Indigenista Interamericano y que tenía como finalidad el estudio de los problemas de la población indígena del país.³²⁸

En la conferencia se designó una comisión para elaborar el proyecto de estatutos, mismo que fue presentado a la consideración de la asamblea plenaria, el día 17 de julio. En ese proyecto se indicaba que el Instituto Indigenista Mexicano tendría como objetivo principal "estudiar y promover la solución de los problemas actuales de la población indígena de México". La comisión estuvo integrada por Alfonso Caso, Ramón G. Bonfil, Daniel T. Rubín de la Borbolla, Francisco Trejo y Miguel Othón de Mendizábal.

El Decreto de Creación del Instituto Nacional Indigenista fue promovido en diciembre de 1948 y la fundación de una institución fue posible hasta 1949,³²⁹ año en que se expidió la ley creadora del actual Instituto Nacional Indigenista. Varios factores influyeron en este retraso; sobre todo que meses después del Congreso de Pátz-

³²⁷O.L. Chávez, *Informe de actividades al Gobierno del Estado de Hidalgo. 1939*, México, 1939, 10 pp.

³²⁸T.J. Larios, "El INI. A cuarenta años de su fundación", *op. cit.*

³²⁹INI, *Acción Indigenista*, Instituto Nacional Indigenista, núm. 1, julio de 1953, México, p. 1.

cuaro concluía el periodo presidencial del general Lázaro Cárdenas, sin haber sometido a la Cámara de Diputados el proyecto de ley correspondiente. Con ese decreto se plasmó en la legislación nacional el reconocimiento de la diversidad nacional e indígena y que contiene la primera norma positiva federal que utilizó los términos "núcleos indígenas" y "comunidades indígenas".³³⁰

Durante el gobierno del licenciado Miguel Alemán se acentuó la política del régimen anterior en detrimento de las clases populares y, entre ellas, de los indígenas. Fue durante este régimen cuando se reformó el artículo 27 constitucional, referente a la tenencia de la tierra, afectando seriamente a los pueblos y comunidades indígenas.

A pesar de esta situación, el doctor Alfonso Caso logró que el presidente Alemán enviara a la Cámara de Diputados el proyecto de ley para crear el INI. De conformidad con la ley, el primer trabajo consistió en llevar a cabo investigaciones que le permitieran conocer la localización de las regiones del país con mayor concentración de grupos indígenas.

Simultáneamente, el Instituto programó la atención de los problemas sociales y económicos que aquejaban las regiones indígenas y determinó las características que debían tener las oficinas regionales responsables de aplicar programas.

El primer centro coordinador se estableció en los Altos de Chiapas, entre otras razones por ser esta una región de alta concentración indígena, por contar ya con estudios sobre su población y por el interés que mostró la Secretaría de Salubridad y Asistencia que a principios de 1948 había llevado a cabo un estudio sobre las condiciones médico-sanitarias en los municipios de San Juan Chamula y Amatenango del Valle.³³¹ Se consideraban diversos servicios para atender problemas educativos, promoción de actividades agropecuarias, explotación de los bosques, talleres de carpintería, herrería y servicios médicos. Desde entonces, se continuó la creación de los centros coordinadores

³³⁰Cfr. T.E.D. Estrada, *Administración de justicia y derechos indígenas en México*, tesis profesional de abogacía, Escuela Libre de Derecho, México, 2000, 162 pp.

³³¹G. Aguirre B. y A.R. Pozas, *op. cit.*

indigenistas y otras oficinas regionales que integran la infraestructura del INI.

En los años setenta, se propuso la creación del Consejo Nacional de Pueblos Indígenas como una forma de organización propiciada por el Estado y orientada a promover órganos de representación indígena en todo el país, mediante la formación de consejos supremos correspondientes a los diversos grupos étnicos. Paralelamente a la formación de estos consejos, se creó la Alianza Nacional de Profesionales Indígenas Bilingües (ANPIBAC) en 1976.³³²

Durante la segunda reunión de Barbados en 1977, tuvieron lugar nuevas reflexiones y acontecimientos que tuvieron a los indígenas como protagonistas centrales y comenzaron a dar un nuevo perfil a la política social. A partir de esa reunión se asume que el problema de la marginalidad y atraso de los pueblos indígenas incluye –además de los problemas técnicos, económicos y culturales– un planteamiento fundamentalmente político, que dé respuesta a sus demandas de participación real en la estructura de poder político y económico.

También, se formuló la teoría del desarrollo, entendido como "...el ejercicio de la capacidad social de un pueblo para construir su futuro, aprovechando para ello las enseñanzas de su experiencia histórica y los recursos reales y potenciales de su cultura, de acuerdo con un proyecto que se defina según sus propios valores y aspiraciones".³³³

Desde la fundación del INI, en los diversos periodos presidenciales, el desarrollo de infraestructura para apoyar a las comunidades indígenas no ha sido uniforme. En el periodo de gobierno del presidente Luis Echeverría, se crearon 58 centros coordinadores, 10 en promedio por año, mientras que en los cuatro regímenes anteriores, únicamente se establecieron 12 centros en 20 años, algunos centros más se establecieron a lo largo de veinte años, pero no tuvo la magnitud de los años setenta (véase figura 15).³³⁴

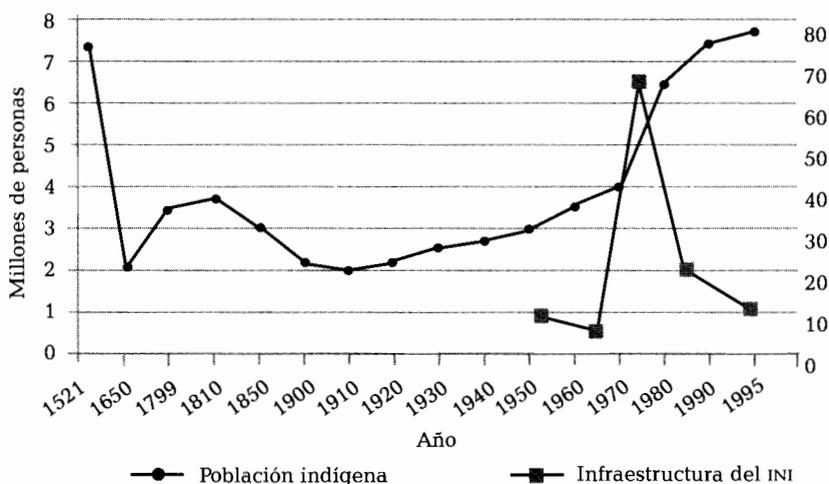
³³²*Idem.*

³³³*Idem.*

³³⁴INI, "Infraestructura del Instituto Nacional Indigenista", *INI-Acción Indigenista*, México. vol. 1, julio de 1953, 8 pp. INI, "Infraestructura del Instituto Nacional Indigenista", *INI-Acción Indigenista*, México, vol. 228, junio de 1972, 8 pp. INI, "Infraes-

En el transcurso de 50 años, el INI ha creado infraestructura de apoyo, distribuida en todas las regiones indígenas del país. Para el trabajo interdisciplinario, algunas oficinas cuentan con antropólogos, médicos, abogados, ingenieros civiles, trabajadores sociales, técnicos medios y profesores normalistas.

FIGURA 15
EVOLUCIÓN DE LA CONSTRUCCIÓN DE INFRAESTRUCTURA DEL INI, 1949-1999,
EN RELACIÓN CON LA POBLACIÓN INDÍGENA, 1521-1999



Fuentes: Gráfico de población:
M. Nolasco, "La migración y los indios en los censos", *México Indígena*, año 2, núm. 13, noviembre-diciembre de 1986.

L.M. Valdés, *Los indios en los censos de población*, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1995, 275 pp.

INEGI, *Estados Unidos Mexicanos. Censo de Población y Vivienda 1995. Resultados definitivos. Tabulados básicos*, INEGI, México, 1996.

Evolución de la infraestructura:

INI, "Infraestructura del Instituto Nacional Indigenista", *INI-Acción Indigenista*, México, vol. 1, julio de 1953, 8 pp.

INI, "Infraestructura del Instituto Nacional Indigenista", *INI-Acción Indigenista*, México, vol. 228, junio de 1972, 8 pp. INI, "Infraestructura del Instituto Nacional Indigenista", *INI-Acción Indigenista*, México, vol. 244, octubre de 1973, 8 pp.

INI, "Infraestructura del Instituto Nacional Indigenista", *INI-Acción Indigenista*, México, vol. 268, octubre de 1975, 8 pp.

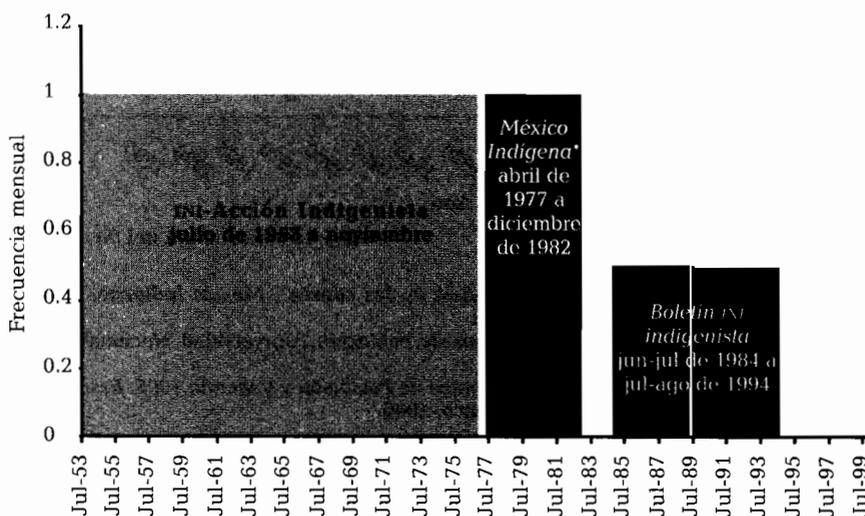
INI, "Infraestructura del Instituto Nacional Indigenista", *México Indígena*, México, vol. 1, núm. 1, abril de 1977, 8 pp.

INI, *Directorio de Unidades del Instituto Nacional Indigenista*, México, 1997, 24 pp.

Infraestructura del Instituto Nacional Indigenista", *INI-Acción Indigenista*, México, vol. 244, octubre de 1973, 8 pp. INI, "Infraestructura del Instituto Nacional Indigenista", *INI-Acción Indigenista*, México, vol. 268, octubre de 1975, 8 pp. INI, "Infraestructura del Instituto Nacional Indigenista", *México Indígena*, México, vol. 1, núm. 1, abril de 1977, 8 pp. INI, *Directorio de Unidades del Instituto Nacional Indigenista*, México, 1997, 24 pp.

La difusión institucional a través del órgano oficial de información cultural y de referencia sobre sus funciones, tampoco ha sido constante. Inició el *Boletín INI. Acción Indigenista* con la emisión de más de 280 números consecutivos, mensuales. Más adelante cambió a *México Indígena*, que fue el órgano oficial del Instituto hasta 1982, en que continuó su publicación mensual, pero bajo el auspicio de una organización no gubernamental. De 1982 a 1984 no hubo órgano oficial de divulgación, a partir de 1984 se inició la publicación del *Boletín INI Indigenista* que concluyó en 1994, y desde entonces hasta julio de 1999 no ha habido una publicación oficial que dé cuenta de la política indigenista (véase figura 16).

FIGURA 16
EVOLUCIÓN DE LAS PUBLICACIONES OFICIALES DEL INI,
1953-1999



Fuente: Investigación propia realizada en la Biblio-Hemeroteca del Instituto Nacional Indigenista, México, 1999.

En el ámbito jurídico-legal, en 1992, a iniciativa del INI se modificó y adicionó el artículo 4o. constitucional, en el que se reconoce que México tiene una composición pluricultural, por lo tanto "el Estado Mexicano protegerá y preservará las lenguas, culturas, costumbres y formas de organización social de las comunidades

indígenas y garantizará los mecanismos de acceso a la justicia".³³⁵ Estos logros constituyen un gran avance en la búsqueda de la justicia, por su reconocimiento constitucional, federal y de derecho consuetudinario indígena.³³⁶

Posteriormente, el gobierno mexicano promulgó la Ley de Derechos y Cultura Indígena que fue aprobada por el Congreso y ratificada con el voto dividido de los estados, y rechazada por la guerrilla zapatista, el cual se opuso al texto legislativo por considerarlo no acorde con los Acuerdos de San Andrés.

En el ámbito internacional comenzó a otorgársele cada vez mayor importancia a los derechos de los pueblos indígenas dentro de las sociedades de los países y en 1989, la OIT adoptó el Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales que entró en vigor en México en 1991. En 1992, en el contexto del quinto centenario de la llegada de los españoles al nuevo continente, se facilitó la denuncia, movilización y confluencias de etnias, lo que favoreció la reforma el artículo 40. de la Constitución.

El movimiento armado dirigido por el Ejército Zapatista de Liberación Nacional iniciado en el estado de Chiapas en 1994 y que hasta el año 2001 no ha concluido, llevó al gobierno y a la sociedad mexicana a tomar conciencia y replantear la política indigenista del país. A lo largo del siglo xx se habían presentado movimientos violentos con participación indígena que habían sido rápidamente acallados y habían pasado desapercibidos por la población urbano-mestiza. Sin embargo, éste logró trascender y obtener la simpatía de diversos grupos urbanos, sobre todo en la capital del país y en el extranjero, lo que obligó a las autoridades a buscar nuevas formas de resolver la controversia que se presentaba.

De modo que la política indigenista oficial, en la época actual, promueve la participación indígena en el desarrollo nacional, expresado en la modernización y concebido como deseable. Sin

³³⁵Cfr. J.A. González G., *El Estado y las etnias nacionales. La relación entre el derecho estatal y el derecho consuetudinario*, IJ-UNAM, 1995, pp. 86-94.

³³⁶Cfr. Comisión Nacional de Derechos Humanos, *Las costumbres jurídicas de los indígenas en México*, CNDH, México, 1994, p. 15.

embargo, es ostensible el rezago en que aún se encuentran los pueblos indígenas, reconocido públicamente en los más altos niveles gubernamentales:

En la política social –que ha desplegado durante muchas décadas el gobierno de la República, y que indudablemente ha tenido claros éxitos para atender a los habitantes de las ciudades, y también a muchos pobladores del medio rural–, en la fila de los reclamos, en la fila de las demandas, se ha dado atención a las comunidades indígenas únicamente al final de esa fila. No podemos engañarnos: en la cola, en el final de los reclamantes de la política social del gobierno siempre han estado los indígenas, siempre han sido ellos los últimos en recibir, si acaso, los beneficios de esa política social.³³⁷

En el periodo presidencial de Ernesto Zedillo Ponce de León, él manifestó que debía existir una nueva relación del Estado a través de todos los niveles gubernamentales, de los sectores sociales, con los hombres y mujeres indígenas.³³⁸ Este compromiso y necesidad no es de esta década, ni de este año, corresponde a cinco siglos de retraso. Tampoco se refiere a un solo aspecto de la vida, incluye la tenencia de la tierra, la educación, la salud, la alimentación, la administración de justicia, los derechos políticos. Todos estos aspectos tienen por lo menos 80 años de compromiso oficial y a casi 60 años de promesas que no se han logrado concretar.

En 1937, Ignacio Lucero, un gobernador yaqui, le envió una carta al presidente Lázaro Cárdenas. Le recordó que eran ya más de 400 años, desde 1533, que la tribu yaqui estaba reclamando legítimamente el derecho a poseer su propia tierra. El presidente Cárdenas –al conocer aquella misiva, su contenido y sus argumentos– tomó la decisión política fundamental de responderles a ustedes. Cuatro meses después de haber recibido aquella carta, él le contestó a su gobernador. Con la prudencia que le caracterizaba, les ofreció estudiar el asunto, analizarlo, pero, eso sí con un profundo sentido

³³⁷E. Zedillo P.L., *Discurso: La política social debe atender especialmente a las comunidades indígenas*, Jesús María del Nayar, Nayarit, 24 de agosto de 1995.

³³⁸E. Zedillo P.L., *Discurso: Una nueva relación de toda la sociedad con las comunidades indígenas*, México, D.F., 22 de mayo de 1996.

de justicia. Aquel proceso culminó, en una resolución en la que quedaban determinados los deslindes de las propiedades que adjudicaba, en aquel acto de justicia, el gobierno de la República a la tribu yaqui.³³⁹

En el afán de equilibrar y reducir el rezago, la política social gubernamental pretende brindar el apoyo a las comunidades indígenas de todo el país, aunque en su objetivo se habla genéricamente de la población en general, mediante un compromiso federal para crear las condiciones jurídicas e institucionales para forjar una nueva relación y estimular a las propias comunidades a ser protagonistas de su desarrollo, en el marco de la unidad de la nación y de los principios constitucionales, con el respeto a las tradiciones y prácticas comunitarias de los pueblos indígenas, su cultura y el cultivo de su idioma.³⁴⁰ Esta situación ha llevado a la política indigenista de los últimos años a replantear sus acciones, así como la orientación que había prevalecido y que, en síntesis, pretendía que dejaran de ser indios para poder convertirse en mexicanos prósperos.³⁴¹

Por su parte los institutos políticos ofrecen su visión sobre la problemática que afrontan los pueblos indígenas. Para algunos el tema indígena es uno de los temas que más han sensibilizado a la sociedad nacional, para otros constituye una coyuntura electoral.³⁴² La política indigenista está a la orden del día, pero junto a esa reivindicación sana y necesaria de la causa indígena, se está configurando un proceso político e intelectual, que si se lleva al extremo puede llevar a una especie de fundamentalismo que puede alimentar las tensiones étnicas en México, tal vez inclusive inducir las.³⁴³

³³⁹E. Zedillo P.L., *Discurso: Establecer una nueva relación entre el Estado mexicano y los pueblos y las comunidades indígenas*, BÁCUM, Son., 10 de enero de 1997.

³⁴⁰E. Zedillo P.L., *Discurso: La política social es un esfuerzo institucional de todos y para todos*, México, D.F., 17 de febrero de 1997.

³⁴¹*Idem*.

³⁴²Cfr. J.G. Mejía, "La causa indígena. ¿Bandera o disputa partidista?", *Reforma*, México, 12 de octubre de 1997, p. 10-A.

³⁴³E. Krauze, "Neoindigenismo: fundamentalismo".

De manera descriptiva y general se puede resumir la situación contemporánea de las comunidades indígenas bajo las siguientes características:³⁴⁴

- La población indígena recibe menos del 1 por ciento del ingreso nacional, como resultado de su desigual distribución, pese a la considerable aportación productiva de los indios, sobre todo, como fuerza de trabajo.
- Baja productividad agropecuaria a consecuencia de la falta de obras de infraestructura, así como precariedad de recursos para trabajar los territorios a los que han sido reducidos. Es frecuente la mala calidad de la tierra que han podido preservar y el empobrecimiento progresivo de los suelos por no contar con técnicas adecuadas de cultivo.
- Migración y proliferación de grupos jornaleros agrícolas que prestan su fuerza de trabajo en condiciones de vida muy precarias.
- Explotación de sus recursos naturales en beneficio de particulares y empresas ajenas a las comunidades.
- Sistema que comercializa y empobrece a causa de procedimientos de compraventa que propician el intermediarismo y el acaparamiento de cosechas y otros productos.
- Muy bajos niveles en los índices de bienestar: vivienda, salud, higiene, educación, considerados tanto desde el punto de vista occidental como desde su propia cultura.
- Precoz incorporación a la fuerza de trabajo: niños entregados desde muy temprana edad al pastoreo y la recolección.
- Manipulación por parte de ladinos que utilizando justos reclamos de reivindicación van en busca de dominio y poder al interior de las comunidades. Son los mismos que con frecuencia apoyan a explotadores para obtener beneficios personales y luego acallan las demandas legítimas de las comunidades.
- Una permanente y desconcertante penetración de sectas y grupos religiosos que agreden al derecho más sagrado de las comunidades, pues destruyen la armonía simbólico-religiosa, base de toda su cultura.

³⁴⁴G.L. Young y C.J. Young, "Atención de salud en minorías étnicas rurales. Algunas observaciones antropológicas", *Bol. of Sanit. Panam.*, 95 (4), 1983, pp. 333-342.

La ONU desde 1997 recomendó a México asegurar un trato de igualdad e imparcialidad frente a la justicia, a todas las personas, especialmente a las que provienen de grupos indígenas. México debería legislar para tipificar como delito todos los actos de racismo que se presenten en el país. México se caracteriza por una extrema pobreza que golpea a numerosas poblaciones en su mayoría autóctonas, especialmente en la provincia.

El quehacer indigenista del Instituto Nacional Indigenista se orienta a:³⁴⁵

1. Aprovechar la planeación democrática para diseñar una política para los indígenas y con la participación de ellos.
2. Preservar las culturas y las tradiciones indígenas.
3. Detener el proceso de reducción de los territorios indígenas mediante la plena conservación y aprovechamiento de sus recursos actuales.
4. Orientar los programas de capacitación, producción y empleo de acuerdo con la naturaleza de los recursos y las tradiciones de la comunidad.
5. Ampliar la cobertura de los servicios básicos donde existen los mayores rezagos. La provisión de servicios básicos debe acelerarse en las comunidades indígenas a pesar de la austeridad que la economía del país impone.
6. Combatir toda forma de intermediarismo. El intermediarismo excesivo impide la plena participación de los indígenas en el proceso general, frustra los esfuerzos de democratización, deprime el ingreso y limita el bienestar.
7. Aplicar en los hechos, a favor de los grupos indígenas, las garantías individuales y los derechos sociales que consagra la Constitución para todos los mexicanos.

El fin claro y terminante que pretende la política indigenista moderna es acelerar la evolución de la comunidad para integrarla cuanto antes a la vida económica, cultural y política de México, acelerar el cambio sin destruir la cultura indígena, sobre todo preservar sus aspectos más positivos como son la soli-

³⁴⁵Cfr. R.M. Limón, *op. cit.*

daridad, la producción artística, sus trajes regionales, aspectos de profunda raíz y caracterización de cada grupo.

Se pretende que la política indigenista reconozca la función que los indios deben cumplir al interior del país y dentro de la organización social en general. La política pluricultural postula que la diversidad fortalece al conjunto, y que es imprescindible buscar junto con los indios las fórmulas que garanticen la autenticidad de su participación en el diseño y ejecución de los programas destinados a beneficiarlos. Respetar la identidad no implica hacer perdurable la pobreza, supone más bien salir de ella, salvando principios y tradiciones a las que la imposición y el rechazo –nacidos de la ignorancia– lesionan irremediablemente.

En el ámbito de la administración pública federal, el INI no es la única dependencia que desarrolla acciones de defensa de los pueblos indígenas, existen otras que dirigen acciones y programas para promover su desarrollo (véase cuadro 14).

A raíz del cambio de régimen presidencial, Vicente Fox manifestó la obligación de su gobierno de lograr la paz en Chiapas, dar cumplimiento a los compromisos asumidos con los indígenas chiapanecos y el resto de los grupos étnicos.³⁴⁶ Para tal fin, creó la Oficina de la Presidencia para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, con la intención de atender las demandas de estos pueblos en forma concreta y eficiente.³⁴⁷

Para ello se contó con información básica de la población indígena:³⁴⁸

- De los 2,416 municipios del país 807 tienen más de 30 por ciento de pobladores indígenas.
- 54 por ciento de los hogares indígenas cuenta con menos de un salario mínimo para la subsistencia familiar.
- Más del 60 por ciento de los indígenas se dedican a actividades agrícolas.

³⁴⁶G. Irizar y M. López, "Plantea Fox sus motivos", *Reforma*, 6 de diciembre de 2000, p. 6-A.

³⁴⁷I. Melgar, "Definen tareas a favor de etnias", *Reforma*, *op. cit.*

³⁴⁸I. Melgar, "Cuentan con diagnóstico con cifras inéditas. Califican de alarmante pobreza de indígenas", *Reforma*, México, 6 de diciembre de 2000, p. 8-A.

CUADRO 14
 PRINCIPALES DEPENDENCIAS CON ACCIONES
 DE POLÍTICA GUBERNAMENTAL INDIGENISTA ³⁴⁹

<i>Secretaría o dependencia</i>	<i>Programa o acción explícitos</i>
Secretaría de Gobernación	Negociación con grupos indígenas subversivos (EZLN)
Conapo	Programa Nacional de Población
Secretaría de Relaciones Exteriores	Firma de los convenios internacionales y de las Naciones Unidas sobre derechos indígenas
Secretaría de la Defensa Nacional	No se localizó alguno
Secretaría de Marina	No se localizó alguno
Secretaría de Hacienda y Crédito Público	No se localizó alguno
Secretaría de Desarrollo Social	Manejo de todos los programas sociales de apoyo: Fidelist, Progresá, Fondo para el Desarrollo Productivo, Fondo para Impulsar el Desarrollo Regional Sustentable, Fondo para Atender a Grupos Prioritarios, Fondo de Conversión Social y Desarrollo Comunitario
Instituto Nacional Indigenista	"Incorporación" del indígena en el desarrollo nacional, protección de las lenguas, derechos y cultura indígena. Fondo Nacional para el Fomento de las Artesanías
Liconsa	Abasto social de leche a zonas de alta marginación (incluye zonas rurales e indígenas)
Diconsa	Abasto social de productos básicos a zonas de alta marginación (incluye zonas rurales e indígenas)
Secretaría de Medio Ambiente, Recursos Naturales y Pesca	No se encontró alguno
Secretaría de Agricultura, y Ganadería y Desarrollo Rural	La Alianza para el Campo (incluye zonas rurales e indígenas). Programa de la mujer rural
Secretaría de Comunicaciones y Transportes	No se encontró alguno
Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo	Evaluación del Programa de Contraloría Social en los Fondos Regionales para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas
Secretaría de Educación Pública	Dirección General de Educación Indígena que brinda educación bilingüe en los niveles preescolar y primaria. Programa de atención educativa a niños indígenas migrantes
Secretaría de Salud	Coordinación del Progresá en el aspecto de salud en el Programa de Atención a Zonas Vulnerables (incluye zonas rurales e indígenas)
Secretaría de Trabajo y Previsión Social	No se localizó alguno

³⁴⁹Hoja web del gobierno mexicano <http://www./.../gob.mx>

CUADRO 14 (Continuación)

<i>Secretaría o dependencia</i>	<i>Programa o acción explícitos</i>
Secretaría de la Reforma Agraria	Programa de Certificación de Derechos Ejidales y Titulación de Solares Urbanos (Procede) ³⁵⁰
Secretaría de Turismo	Promoción de atracciones turísticas, algunas ubicadas en zonas indígenas
Gobierno del Distrito Federal	Programa de Protección a Población Indígena
Consejería Jurídica del Ejecutivo Federal	No se localizó ninguno
Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia	Asistencia social, apoyo nutricional a grupos marginados urbanos y rurales (incluye indígenas)
Comisión Nacional de Derechos Humanos	Protección de los derechos humanos de la población indígena

- Alrededor del 30 por ciento de las viviendas indígenas carece de energía eléctrica.
- 58 por ciento de las viviendas carece de agua entubada.
- Sólo 10 por ciento de las viviendas cuenta con drenaje.
- 44.2 por ciento de la población indígena mayor de 15 años es analfabeta.
- La jornada laboral de las mujeres representa unas 18 horas, combina actividades domésticas y trabajo en la parcela familiar, cría de animales y elaboración de ropa, utensilios y artesanías.

Entre las metas principales de esta oficina se encuentran:³⁵¹

- Disminuir del 41 al 30 por ciento la desnutrición infantil grave.
 - Disminuir del 18 al 12 por ciento la deficiencia de hierro entre los niños.
 - Abatir de 43 a 30 por ciento la mortalidad infantil por cada 1,000 nacidos vivos.
 - Reducir del 44 al 29 por ciento el analfabetismo de la población mayor de 15 años.
- Para el logro de estas metas se han planteado como acciones operativas:³⁵²
- Conformar el Consejo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.
 - Instaurar un programa de educación bilingüe intercultural.

³⁵⁰Sector Agrario, *La transformación agraria. Origen, evolución, retos*, vol. 1, Secretaría de la Reforma Agraria, México, 1997, 237 pp.

³⁵¹1. Melgar, "Definen tareas a favor de etnias", *Reforma*.

³⁵²*Idem*.

- Aplicar un Programa de actualización y mejoramiento del personal docente en las escuelas de las comunidades indígenas.
- Impulsar un programa de prevención de anemia.
- Adecuar los apoyos del Progresá con un enfoque cultural de respeto a las comunidades.
- Integrar un programa de salud reproductiva.
- Establecer un fideicomiso con cobertura nacional que permita la instalación y desarrollo de pequeñas y microindustrias en lugares estratégicos de las regiones indígenas.
- Difundir los derechos humanos de las mujeres en sus lenguas maternas.
- Diseñar un programa de seguimiento a la impartición de justicia en el caso de violencia intrafamiliar.
- Poner especial énfasis en el desarrollo de capacidades y habilidades de las mujeres a través de la capacitación.
- Incorporar el enfoque de género en el financiamiento para el desarrollo de proyectos productivos.

Mientras tanto el INI bajo la nueva dirección, pretende estrechar los lazos de trabajo con la Oficina de la Presidencia para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, apoyar las iniciativas para el desarrollo de las comunidades de Chiapas, Oaxaca y Guerrero; continuar realizando las actividades que le corresponden por su ley orgánica; establecer coordinación y enlace con las secretarías de Estado para sensibilizarlos y convencerlos de comprometer recursos hacia los indígenas.³⁵³

Aunque el objeto de estudio de ambas dependencias son los grupos indígenas, los directivos de ambas entidades consideran sus acciones complementarias y orientadas a diferentes niveles de acción.

BIBLIOGRAFÍA

ADAMS, R.N., *Etnias en evolución social*, Universidad Autónoma Metropolitana, México, 1995, 439 pp.

³⁵³D. Millán, "Preside un náhuatl Instituto Indigenista", *Reforma*.

- AGUIRRE B., G., *Antropología médica*, Fondo de Cultura Económica-Instituto Nacional Indigenista-Universidad Veracruzana, México, 1994, p. 60.
- , A.R. Pozas, *La política indigenista en México*, tomo II, INI-Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, México, 1991, pp. 13-17.
- , *Obra antropológica VI. El proceso de aculturación*, Universidad Veracruzana, INI, Gobierno del Edo. de Veracruz y FCE, México, 1992, p. 132.
- ANAYA, G., "El nombre verdadero", *México Indígena*, México, vol. 14, núm. 22, mayo-junio de 1988, pp. 3-6.
- , "Lenguas de México: su clasificación. Historia de las lenguas", *México Indígena*, México, vol. 13, núm. 17, julio-agosto de 1987, pp. 3-7.
- BÁEZ, J.F., "Los grupos étnicos y las políticas indigenistas de la colonia", *México Indígena*, Instituto Nacional Indigenista, vol. 5, núm. 26, enero-febrero de 1989, pp. 10-17.
- BERMÚDEZ, M.T., "Maximiliano y la educación para los indios". *México Indígena*, año III, núm. 17, México, 1987, p. 9.
- BODLEY, J.H., *Cultural Anthropology: Tribes, States, and the Global System and Anthropology and Contemporary Human Problems*. <http://encarta.msn.com>
- BRONFMAN, M., A. Embriz, Gómez de León *et al.*, *La salud de los pueblos indígenas. Una conquista impostergable*, Cuadernos de Salud, núm. 1, México, SSA, 1994.
- CARRASCO, T. y S. Nahmad, *Perfil de los Pueblos Indígenas de Mexico*, BM-Sedesol, México, 1997, <http://www.sedesol.gob.mx/perfiles/>
- CASO, A., S. Zavala, S. Miranda y N.M. González, *La política indigenista en México*, tomo I, INI-Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, México, 1991, pp. 202-206.
- CHÁVEZ, O.L., *Informe de actividades al Gobierno del Estado de Hidalgo. 1939*, México, 1939, 10 pp.
- COMISIÓN NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS, *Las costumbres jurídicas de los indígenas en México*, CNDH, México, 1994, p. 15.

- CONAPO, *La Situación demográfica de México, 1998*, Conapo, México, 1998, 185 pp.
- DÍAZ P, H., F.J. Guerrero y V. Bravo *et al.*, *Indigenismo, modernización y marginalidad. Una revisión crítica*, Juan Pablos Editor, México, 1987, 222 pp.
- ESTRADA, T.E.D., *Administración de justicia y derechos indígenas en México*, tesis profesional de abogacía, Escuela Libre de Derecho, México, 2000, 162 pp.
- FLORES F, J.J., *La revuelta por la democracia. Pueblos indios, política y poder en México*, Universidad Autónoma Metropolitana-El Atajo, México, 1998, 124 pp.
- FLORESCANO, E., *Etnia, Estado y nación*, Aguilar, México, 1997, pp. 279-289.
- GARCÍA, R.S., "Consideración especial sobre indígenas", en *Proceso penal y derechos humanos*, Porrúa-UNAM, México, 1993, pp. 201-222.
- GONZÁLEZ G., J.A., *El Estado y las etnias nacionales. La relación entre el derecho estatal y el derecho consuetudinario*, IJ-UNAM, 1995, pp. 86-94.
- Hoja web del gobierno mexicano <http://www./.../gob.mx>.
<http://info.juridicas.unam.mx/navjus/infojur.htm>
<http://www.tribunal.uqro.o.mx/tribunal/>
- INEGI, *Estados Unidos Mexicanos. Censo de Población y Vivienda 1995. Resultados definitivos. Tabulados básicos*, INEGI, México, 1996.
- , *Estados Unidos Mexicanos. Censo de Población y Vivienda 2000. Resultados preliminares. Tabulados básicos*, INEGI, México, 2000.
- , *Hablantes de lengua indígena*, INEGI, 1993, 516 pp.
- , *Acción Indigenista*, Instituto Nacional Indigenista, núm. 1, julio de 1953, México, p. 1.
- , *Directorio de Unidades del Instituto Nacional Indigenista*, México, 1997, 24 pp.
- , "Infraestructura del Instituto Nacional Indigenista", *INI-Acción Indigenista*, México, vol. 1, julio de 1953, 8 pp.

- , "Infraestructura del Instituto Nacional Indigenista", *INI-Acción Indigenista*, México, vol. 228, junio de 1972, 8 pp.
- , "Infraestructura del Instituto Nacional Indigenista", *INI-Acción Indigenista*, México, vol. 244, octubre de 1973, 8 pp.
- , "Infraestructura del Instituto Nacional Indigenista", *INI-Acción Indigenista*, México, vol. 268, octubre de 1975, 8 pp.
- , "Infraestructura del Instituto Nacional Indigenista", *México Indígena*, México, vol. 1, núm. 1, abril de 1977, 8 pp.
- , "Presencia y significación de los pueblos indígenas en América", *Boletín INIndigenista*, Instituto Nacional Indigenista, año 1, núm. 1, 1989, pp. 12-18.
- IRÍZAR G. y M. López, "Plantea Fox sus motivos", *Reforma*, 6 de diciembre de 2000, p. 6-A.
- LARIOS, T.J., "El INI. A cuarenta años de su fundación", *México indígena*, México, otoño de 1988, pp. 7-9.
- LIMÓN, R.M., "El indigenismo actual", *México Indígena*, México, 1988, pp. 3-6.
- LOCKHART, J., *Los nahuas después de la Conquista. Historia social y cultural de la población indígena del México central, siglos XVI-XVIII*, Fondo de Cultura Económica, México, 1999, 717 pp.
- LÓPEZ y R., G., *Nación y pueblos indios en el neoliberalismo*, Universidad Iberoamericana-Plaza y Valdés, México, 1995, 171 pp.
- MALVIDO, E. y M.E. Morales, *Historia de la salud en México*, INAH, Conca, México, 1996, 350 pp.
- MEJÍA, J.G., "La causa indígena. ¿Bandera o disputa partidista?", *Reforma*, México, 12 de octubre de 1997, p. 10-A.
- MELGAR, I., "Cuentan con diagnóstico con cifras inéditas. Califican de alarmante pobreza de indígenas", *Reforma*, México, 6 de diciembre de 2000, p. 8-A.
- , "Definen tareas a favor de etnias", *Reforma*, México, 6 de diciembre de 2000, p. 8-A.
- , "Xóchitl Gálvez. Coordinadora indigenista. La lucha desde el origen", *Reforma*, México, 25 de agosto de 2000, p. 16-A.

- MILLÁN, D., "Preside un náhuatl Instituto Indigenista", *Reforma*, México, 12 de diciembre de 2000, p. 13-A.
- NOLASCO, M., "La migración y los indios en los censos", *México Indígena*, año 2, núm. 13, noviembre-diciembre de 1986.
- OCARANZA, F., "Las grandes epidemias del siglo XVI, en la Nueva España en México durante el siglo XVI", en E. Florescano, y E. Malvido, *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*, IMSS, México, 1992, tomo I, pp. 201-204.
- OEHMICHEN B., M.C., *Reforma del Estado. Política social e indigenismo en México. 1988-1996*, UNAM-IIA, México, 1999.
- OLVERA, S.C. y D. Poliakoff, "Opiniones sobre la Ley reglamentaria al artículo cuarto constitucional", *Cuadernos de Antropología Jurídica*, 5, INI, México, 1994, p. 50.
- SECTOR AGRARIO, *La transformación agraria. Origen, evolución, retos*, vol. I, Secretaría de la Reforma Agraria, México, 1997, 237 pp.
- SOMOLINOS, A.G. d', "Las epidemias en México durante el siglo XVI", en E. Florescano y E. Malvido, *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*, IMSS, México, 1992, tomo I, pp. 205-214.
- UNAM-IIJ, 1998, <http://info4.juridicas.unam.mx/adprojus/est/8/default.htm>
- VALDÉS, L.M., *Los indios en los censos de población*, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1995, 275 pp.
- VASCONCELOS, J.I., *Medio milenio de hispanidad americana*, Edamex, México, 1991, 61 pp.
- VICTORIA J., A.M., *Agenda de Salud del Distrito Federal*, SSA-SSPDF, México, 1993, 40 pp.
- YOUNG, G.L. y C.J. Young, "Atención de salud en minorías étnicas rurales. Algunas observaciones antropológicas", *Bol. of Sanit. Panam.*, 95 (4), 1983, pp. 333-342.
- ZEDILLO P.L., E., *Discurso: La política social debe atender especialmente a las comunidades indígenas*, Jesús María del Nayar, Nayarit, 24 de agosto de 1995.
- , *Discurso: Una nueva relación de toda la sociedad con las comunidades indígenas*, México, D.F., 22 de mayo de 1996.

- , *Discurso: Establecer una nueva relación entre el Estado mexicano y los pueblos y las comunidades indígenas*, Bécum, Son., 10 de enero de 1997.
- , *Discurso: La política social es un esfuerzo institucional de todos y para todos*, México, D.F., 17 de febrero de 1997.
- ZÚÑIGA, V., "Los «otros» mexicanos («indios» y «pochos»): la cuestión de la diferencia en México", en G.E. Gutiérrez, *El Debate Nacional*, vol. 4 *Los actores sociales*, UdeG-Diana, México, 1997, pp. 245-265.

La situación de salud-enfermedad y la atención de los grupos indígenas de México

INTRODUCCIÓN

En este capítulo se analizan las principales etapas de evolución de las condiciones de salud y enfermedad de la población indígena. Estas etapas se dividieron en tres periodos: el primero, corresponde a la época preinstitucional que abarca las épocas precolonial, colonial, independiente, revolucionaria y a partir de la posrevolucionaria.

Como segundo periodo se analiza la época institucional (1940-1990), a partir de la cual se integran los principales elementos que dan origen a las organizaciones gubernamentales y su participación en la atención de los procesos de salud y enfermedad de los diversos grupos indígenas.

Finalmente, la época actual, 1990 a 2000, en la que surgen las opiniones de los indígenas entrevistados, así como los planteamientos de las necesidades y requerimientos para atender la salud indígena.

PERIODOS PREINSTITUCIONALES

Época precolombina. Origen y sustento de la medicina tradicional mexicana

Existen pocas crónicas acerca de los padecimientos epidémicos de la población en la época prehispánica; sin embargo, debe considerarse

que la vida y la explicación que se daba a las enfermedades estaban asociadas a los fenómenos circundantes, sobre todo aquellos determinados por la naturaleza, como eran: eclipses, cometas, temblores, inundaciones, sequías y otras calamidades que afectaban la salud.³⁵⁴

En las historias narradas por el pueblo azteca previo a la conquista, se encuentran relatos de epidemias con elevada mortalidad, asociadas con desnutrición debido a las sequías, otras con infecciones de vías respiratorias, febriles y erupciones cutáneas.³⁵⁵ A ellas se atribuyen la emigración hacia el sur del pueblo de Huehetlapallan durante el siglo VI, y la destrucción del reino de Tula en el siglo XII,³⁵⁶ así como el abandono de Chicomoztoc por los aztecas y los mayas.³⁵⁷

En el siglo XV, en la Gran Tenochtitlán se reportó una gran hambruna acompañada de una epidemia (catarro pestilencial, entre otras) que tuvo una duración aproximada de cinco años. Tal era el desabasto de alimentos, que propició que la gente se alquilara a cambio de maíz en el mercado de Tlaltelolco para tener algún medio de subsistencia.³⁵⁸ En el año 1450 hubo heladas de unos 50 cm, lo que destruyó plantas, árboles, e inclusive las casas se cayeron. En 1451 heló nuevamente afectando al maíz tierno. La destrucción de las cosechas y los cambios climatológicos pudieron ser la causa de la mortandad de los animales acuáticos, lo que aumentó el hambre y la aparición de enfermedades. Al parecer la catástrofe duró cinco años.³⁵⁹

En las lenguas indígenas existían, y hasta la fecha se conservan, vocablos para expresar conceptos de plaga o epidemia,

³⁵⁴Cfr. R.R. Hernández, "Epidemias y calamidades en el México prehispánico", en E. Florescano y E. Malvido, *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1982, pp. 139-156.

³⁵⁵*Idem.*

³⁵⁶Cfr. P.J. Somolinos, "Las epidemias en México (siglo XVI)", *Revista Médica del IMSS*, 23(3), 1985, *op. cit.*

³⁵⁷R.R. Hernández, "Epidemias y calamidades en el México prehispánico", *op. cit.*

³⁵⁸Cfr. T.C. Viesca, "Hambruna y epidemia en Anáhuac (1450-1454) en la época de Moctezuma Ilhuicamina", en E. Florescano y E. Malvido, *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1982, pp. 157-169.

³⁵⁹*Idem.*

e incluso palabras específicas como "cocoliztle" para identificar a distintas enfermedades epidémicas.³⁶⁰

A la llegada de los españoles a Mesoamérica, la medicina náhuatl era representativa³⁶¹ y es de la que más información se tiene, ya que había acumulado la experiencia médica de todos los pueblos conquistados.³⁶² Existían sistemas médicos organizados, con claras descripciones de patologías y su terapéutica. Mediante la subespecialización de los médicos se logró un gran desarrollo de la botánica, pues existían médicos (tlama, tepati, ticitl); cirujanos (texoxotla); sangradores (texoc, tezoani, textimani); boticarios (papiani, panamacani) y las parteras (tlatmatqui, temixnitiani). La enseñanza de la higiene se realizaba en la casa y la escuela, independientemente del grupo social al que se perteneciera. El arte de la medicina era hereditario y la obstetricia siempre estuvo en manos de las mujeres.³⁶³

La medicina era una combinación técnica-religiosa, y existían dioses específicos asociados a ellas, por ejemplo, para los mayas el dios Citolustun, para los aztecas, la diosa Tzapotlaténam.³⁶⁴ La enfermedad para los indígenas implicaba desórdenes que afectaban tanto al cuerpo como al alma y, sobre todo, las relaciones que éstos sostienen con el universo.³⁶⁵ Tenía una representación básicamente religiosa. Estaba interrelacionada con la polaridad frío-calor, encarnando las propiedades características del inframundo y lo celeste, y su interpretación estaba relacionada con fenómenos naturales.³⁶⁶

De acuerdo con Francisco Hernández, existía un arsenal de 1,200 variedades de plantas utilizadas en terapéutica; las crónicas señalan que la obstetricia y la cirugía se encontraban también

³⁶⁰Pandemia se usa para citar una epidemia extendida a todas o casi todas las regiones de la tierra (p.ej. influenza, cólera, peste) (V.R. Guerrero, C.L. González y L.E. Medina, *Epidemiología*. Fondo Educativo Interamericano, México, 1986, p. 94).

³⁶¹A.A. López, *Textos de medicina náhuatl*, UNAM, México, 2000, 227 pp.

³⁶²Cfr. C. Viesca, "De la medicina indígena a la medicina tradicional", *México Indígena*, Instituto Nacional Indigenista, México, núm. 9, marzo-abril de 1986, pp. 3-5.

³⁶³Cfr. F.A. Flores y T., *Historia de la medicina en México desde la época de los indios hasta el presente*, 1886, IMSS, México, 1988, tomos I y II.

³⁶⁴*Idem*.

³⁶⁵M. Antochiw, "La medicina indígena", *México Indígena*, Instituto Nacional Indigenista, México, núm. 9, marzo-abril de 1986, p. 8.

³⁶⁶Cfr. C. Viesca, *De la medicina indígena a la medicina tradicional*, op. cit.

muy adelantadas.³⁶⁷ Las representaciones de algunas plantas medicinales en esculturas, pinturas y cerámica han proporcionado valiosa información sobre las especies utilizadas por los pueblos mesoamericanos,³⁶⁸ como el cacao, estafiate, gordolobo, prodigiosa, nopal,³⁶⁹ barbasco, ceiba, chaya.³⁷⁰

Enfermedades como la fiebre amarilla, la malaria o la desnutrición se encuentran en una gran gama de problemas de salud. Finlay, descubrió datos de fiebre amarilla precortesiana estudiando códices y tradiciones indígenas de las costas del golfo. También la malaria, al parecer se encontraba presente en la población del continente americano antes de la conquista.³⁷¹ Otras enfermedades eran frecuentes, como las infecciosas intestinales y respiratorias,³⁷² dermatológicas y traumáticas, ya que en su mayoría, los pobladores en sus diversos grupos indígenas se veían envueltos en guerras.³⁷³

La era colonial. El choque de dos civilizaciones y dos formas de practicar la medicina

Nuevas enfermedades en Mesoamérica se presentaron a la llegada de los españoles, que aunadas al exceso de trabajo, miseria, y desplazamiento de la población autóctona a otros ambientes, en muchas ocasiones diferentes a aquellos a los que estaban acostumbrados, diezmaron gravemente a la población. Entre estas enfermedades se encontraban la viruela, la peste bubónica, la desnutrición, y una gran cantidad de nuevas enfermedades, que progresivamente fueron reduciendo a la población indígena.³⁷⁴

³⁶⁷F.A. Flores y T., *Historia de la medicina en México*, op. cit.

³⁶⁸Cfr. A.M. Velasco L., "Representación de algunas plantas medicinales en la arqueología", *Arqueología Mexicana*, vol. VII, núm. 39, México, 1999, pp. 24-29.

³⁶⁹*Herbolaria mexicana. Noroeste de México*, núm. 4, pp. 18-29.

³⁷⁰*Herbolaria mexicana. Sur de México*, núm. 6, pp. 32-36.

³⁷¹Cfr. P.J. Somolinos, "Las epidemias en México (siglo XVI)", *Revista Médica del IMSS*, 23(3), 1985.

³⁷²H.M.T. Sepúlveda, *La medicina entre los purépecha prehispánicos*, UNAM, México, 1988, 186 pp.

³⁷³P.J. Somolinos, "Las epidemias en México (siglo XVI)", op. cit.

³⁷⁴Cfr. E. Florescano y E. Malvido, *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*, IMSS, 1981, p. 61.

Al parecer, la viruela fue el primer mal epidémico introducido en América. La enfermedad llegó a las islas muy poco tiempo después del asentamiento de los españoles en las Antillas. Las referencias señalan que existió un brote epidémico grave en la Española en 1518, el mismo año pasó a la isla de Cuba y el siguiente brote fue en 1519 en Cozumel y luego en Yucatán.³⁷⁵

En el centro de Mesoamérica un negro ladino (Francisco Eguía) de la tropa de Narváez, desembarcó enfermo de viruela en 1520 en las playas de Chalchihuecan e introdujo el mal en el cacicazgo totonaca de Cempoala, en el estado de Veracruz, de donde se extendió violentamente por todo el altiplano, arrasando con la población.³⁷⁶ La epidemia le costó la vida a miles de indígenas; entre ellos a Cuitláhuac, hermano del emperador Moctezuma, a quien había sucedido en la jefatura del pueblo azteca. Los españoles identificaron rápidamente la enfermedad, aunque para ellos no significó el mismo riesgo, ya que tenían grados variables de inmunidad, en tanto que los indígenas le asignaron el nombre de *hueyazhuatl* (gran lepra). Con su presencia se inició una sucesión terrible de calamidades.³⁷⁷

El sarampión fue el segundo mal epidémico introducido en la Nueva España, entre 1528 y 1531. Los cronistas franciscanos señalaron en sus obras que un español venía enfermo, transmitió la enfermedad en las Antillas y posteriormente a las colonias. Los indios la llamaron *tepitonzahuatl* (pequeña pestilencia), porque la mortandad fue menor que la producida por la viruela, aunque no dejó de producir grandes estragos.³⁷⁸

El tercer mal epidémico fue el tifo exantemático (*matlalzahuatl*), conocido por los españoles como tabardillo, que se caracterizaba por una erupción cutánea en forma de red. Atacó, en primer lugar, a los habitantes del valle de México, en donde murieron más de 80,000 indígenas.³⁷⁹

³⁷⁵Cfr. G. Aguirre B., *Antropología médica, op. cit.*

³⁷⁶*Idem.*

³⁷⁷Cfr. P.J. Somolinos, "Las epidemias en México (siglo XVI)", *op. cit.*

³⁷⁸Cfr. G. Aguirre B., *Antropología médica, op. cit.* Cfr. P.J. Somolinos, "Las epidemias en México (siglo XVI)", *op. cit.*

³⁷⁹*Idem.*

La sífilis, al parecer, fue introducida en América por los esclavos negros traídos de África, cuyo comercio humano, tanto de esclavos varones y mujeres, así como el mestizaje de éstos con blancos e indígenas y la introducción de nuevos patrones de conducta, organización social y negocios como la prostitución, incrementó la circulación entre la población.³⁸⁰

La cuarta epidemia sucedió en 1564, pero se desconoce la causa, sólo se sabe que causó una gran mortandad.³⁸¹ La quinta, sucedió en 1576, al parecer por tabardillo (matlazáhuatl) o tifus exantemático.³⁸²

La creación de las instituciones hospitalarias

Al inicio del régimen colonial persistió un personaje indígena que brindaba atención a la salud tanto de la población autóctona, como de algunos españoles. Con el tiempo, la medicina también sufrió mestizaje, se integraron a los productos curativos locales, algunas plantas españolas o sus equivalentes americanos, y posteriormente sustancias y conceptos.³⁸³ Algunas concepciones fueron compatibles, por ejemplo, la teoría de los humores³⁸⁴ que no era tan distinta del modelo frío-calor-humedad-sequedad de la medicina indígena.³⁸⁵

³⁸⁰Cfr. G. Aguirre B., *Antropología médica, op. cit.*

³⁸¹Cfr. J. Muriel, *Hospitales de la Nueva España*, UNAM-Cruz Roja, México, 1990, tomos I y II.

³⁸²*Idem.*

³⁸³Cfr. C. Viesca, "De la medicina indígena a la medicina tradicional", *México Indígena*, Instituto Nacional Indigenista, México, núm. 9, marzo-abril de 1986, pp. 3-5.

³⁸⁴El cuerpo humano tenía cuatro humores: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra- que a su vez se relacionaban con órganos particulares (corazón, cerebro, hígado y bazo), a los cuales se atribuían ciertas cualidades elementales (calor y humedad como el aire para el primero; frío y humedad como el agua para el segundo; calor y sequedad como el fuego para el tercero; y frío-sequedad como la tierra para el último humor). La enfermedad era el resultado del desequilibrio de estos humores. Para la recuperación de la armonía perdida el médico se servía de cuatro métodos: el reposo, la alimentación, la farmacopea, y el uso de otras técnicas como sangrías, aplicación de ventosas, flebotomías, operaciones de ciertos miembros o suturación de heridas de diversa etiología (A. Enríquez de Guzmán, "Libro de la vida y costumbres de Alonso Enríquez de Guzmán", Ed. H. Keninston, BAE, Madrid, Ed. Atlas, 1960, en T. Castro, *La alimentación en las crónicas castellanabajomedievales*, Universidad de Granada 1996, <http://www.terra.es/personal/tdcastro/personal/tdcastro/home2.htm>).

³⁸⁵Cfr. C. Viesca, *De la medicina indígena a la medicina tradicional, op. cit.*

Casi simultáneamente se inició la creación de instituciones de salud, en donde se utilizaba la visión europea para atender prioritariamente a la población española, además de tratar de ayudar a la población indígena, desintegrada por la destrucción de su sistema de vida.³⁸⁶ La asistencia hospitalaria, así como la social, fue proporcionada por benefactores particulares, comerciantes, congregaciones religiosas, y virreyes, bajo diversas formas de hospicios, asilos, hospitales y casas de expósitos.³⁸⁷

A pocos años de consumarse la conquista, Hernán Cortés creó la primera cofradía bajo la advocación de Nuestra Señora,³⁸⁸ entre cuyos fines se contemplaba la fundación del hospital de Jesús Nazareno. A partir de ello, el establecimiento de nuevas congregaciones se sucedió con rapidez; la atención prioritariamente era de orden privado, pero el gobierno virreinal también estableció instituciones para que proporcionaran servicios de salud a la población en general,³⁸⁹ como el hospital Real de Naturales, el hospital Real de San José, el hospital de Jesús, el de San Hipólito y San Lázaro. Éstos se ubicaron principalmente en la ciudad de México y en otras más pequeñas, como Puebla, Tlaxcala y Guanajuato.³⁹⁰

Los hospitales y otros establecimientos que brindaban atención médica, cumplían con diversos fines, no se limitaban únicamente a otorgar servicios de salud. Se encontraban asociados a los conventos, sus prioridades eran la evangelización, adoctrinamiento, cambio de hábitos de vida de la población indígena y asistencia social,³⁹¹ sobre todo en las épocas de epidemias (véase figura 17).

³⁸⁶Cfr. J. Muriel, *Hospitales de la Nueva España*, UNAM-Cruz Roja, México, 1990, tomos I y II.

³⁸⁷Cfr. J.M. Andrade, *Informe sobre los establecimientos de beneficencia y corrección de esta capital*, México, Moderna Librería Religiosa, 1907, IMSS, "Hospital de San Antonio Abad de México, hospital de Jesús de México, hospital del Espíritu Santo y Nuestra Señora de los Remedios, hospital de Nuestra Señora de Montserrat", *Revista Médica del IMSS*, 22(2), 1984.

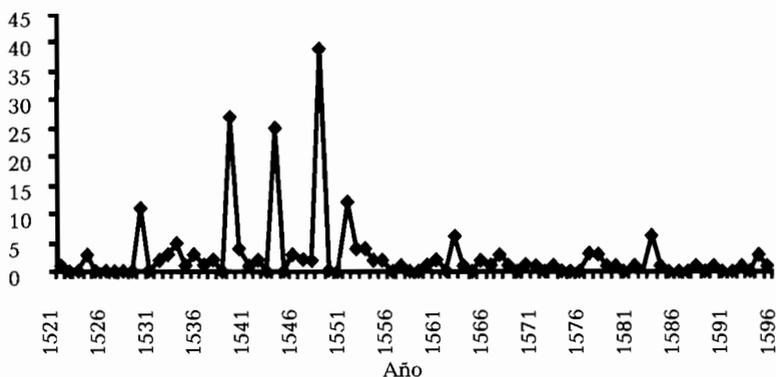
³⁸⁸IMSS, "La tradición hospitalaria en México", *Revista Médica del IMSS*, 22(5), 1984.

³⁸⁹Cfr. IMSS, "Las epidemias en México", *Revista Médica del IMSS*, 23(3), 1985.

³⁹⁰IMSS, "Hospital del Amor de Dios de México", *Revista Médica del IMSS*, 23(1), 1985.

³⁹¹J. Muriel, *Hospitales de la Nueva España*, op. cit.

FIGURA 17
EVOLUCIÓN DE LA CONSTRUCCIÓN
DE ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS,
1521-1600



Fuente: J. Muriel, *Hospitales de la Nueva España*, UNAM-Cruz Roja, México, 1990, tomos I y II.

Los procedimientos de atención médica eran mixtos. La mayoría de los enfermos eran atendidos por médicos indígenas, frailes y voluntarios con algún tipo de conocimiento europeo. Poco a poco comenzaron a mezclarse los conocimientos, iniciándose el mestizaje adaptando a los rezos tradicionales, las oraciones cristianas y los medicamentos nuevos que les parecieron útiles.³⁹²

La Corona estableció entre sus monopolios el mercado de hierbas curativas y prohibió el cultivo de las especies medicinales europeas en los jardines mexicanos. Su cultivo sólo fue permitido a las órdenes religiosas que atendían en conventos y nosocomios. Por tal motivo, los pobladores buscaron hierbas mexicanas equivalentes y en menor grado, la siembra clandestina y el mercado negro.³⁹³

En algunos hospitales se integraron médicos españoles, religiosos y civiles. El intercambio y aprendizaje se expandió hacia

³⁹²C. Viesca, *De la medicina indígena a la medicina tradicional*, op. cit.

³⁹³Cfr. E. Malvido y S. del Amo, "Médicos y farmacéuticos mexicanos en el siglo XIX", *Arqueología Mexicana*, México, vol. VII, núm. 39, 1999, pp. 47-51.

el mundo español. Por ejemplo, el *Códice de la Cruz Badiano*,³⁹⁴ elaborado en 1552, contiene numerosos remedios indígenas combinados con sustancias europeas. Este códice fue escrito para enviárselo al rey de España y mostrarle los avances que los alumnos indígenas tenían en el uso de la lengua, así como en el manejo de conocimientos médicos.³⁹⁵

En 1527, el doctor Pedro López presentó los poderes otorgados por los protomédicos de Madrid para ejercer como médico en la ciudad de México. Sin embargo, por la gran cantidad de permisos otorgados por los regidores para ejercer la medicina, había discrepancias entre los médicos regulados por el protomedicato de Madrid y los de la ciudad de México. Para solucionar dichas diferencias, la Real Universidad de México nombró al doctor López, catedrático de la Prima de Medicina, encargado de las funciones del protomedicato (examinar a los aspirantes a médicos, farmacólogos, obstetras y flebotomos), así como de expedir licencias e imponer castigos.³⁹⁶

Posteriormente, el Real Tribunal del Protomedicato instituido en 1628 y la Real Universidad de México, regularon durante 200 años la formación y práctica de médicos y boticarios, de acuerdo con los estándares españoles y con gran desprecio a la práctica tradicional indígena.³⁹⁷ Sin embargo, el marqués de Guadalcázar, virrey de Nueva España se quejó con amargura de la escasa clientela que tenían los médicos universitarios, pues todos los indios y muchos españoles acudían con curanderos para atenderse.³⁹⁸

Durante los siglos XVII y XVIII, la construcción de hospitales fue menor (véase figura 18), debido a que las acciones evangelizadoras se redujeron y los hospitales dejaron de estar asociados

³⁹⁴Cfr. *Universal*, "El primer libro de herbolaria. *Códice Badiano*", *Universal*, México, 25 de agosto de 1996, p. 14.

³⁹⁵Cfr. X. Lozoya, "Elaboración del Libellus de medicinalibus indorum herbis o *Códice Badiano*", *Arqueología Mexicana*, México, vol. VII, núm. 39, 1999, pp. 22-23.

³⁹⁶Cfr. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, *Salud pública en México, 1521-1943*, Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, México, 1990, documento facsimilar, 27 pp.

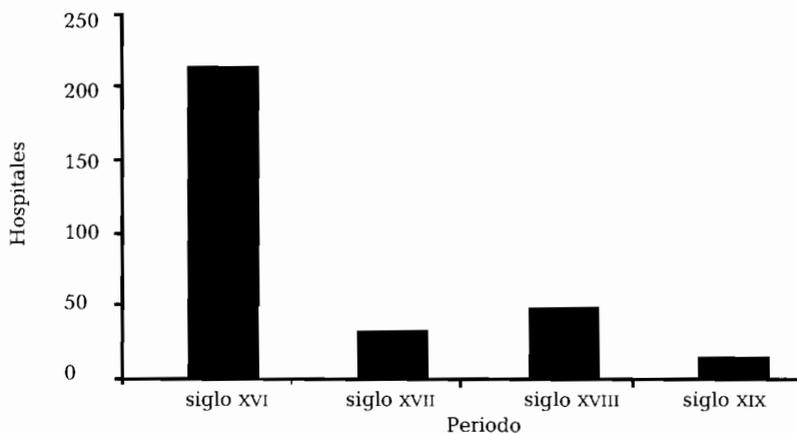
³⁹⁷E. Malvido y S. del Amo, *Médicos y farmacéuticos mexicanos en el siglo XIX*, op. cit.

³⁹⁸C. Viesca, *De la medicina indígena a la medicina tradicional*, op. cit.

a los conventos.³⁹⁹ Las epidemias se mantuvieron presentes con enfermedades como el tifo exantemático, influenza, tifoidea, disentería,⁴⁰⁰ fiebre amarilla, viruela y sarampión.⁴⁰¹

En 1798 Eduardo Jenner dio a conocer al mundo sus observaciones acerca del *cow-pox*⁴⁰² y demostró la eficacia de la vacuna contra la viruela. Francisco Xavier de Balmis viajó a completar sus estudios a Europa e inició desde España una expedición por los territorios españoles en América.

FIGURA 18
EVOLUCIÓN DE LA CONSTRUCCIÓN DE ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS
DURANTE LA ÉPOCA COLONIAL



Fuente: J. Muriel, *Hospitales de la Nueva España*, UNAM-Cruz Roja, México, 1990, tomos I y II.

³⁹⁹J. Muriel, *Hospitales de la Nueva España*, op. cit.

⁴⁰⁰Cfr. M.E. Bustamante, "Cronología epidemiológica mexicana, en el siglo XIX", en E. Florescano y E. Malvido, *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1982, pp. 417-424.

⁴⁰¹Cfr. G., Aguirre B. "La medicina indígena en el siglo XIX", *México Indígena*, Instituto Nacional Indigenista, México, núm. 9, marzo-abril de 1986, pp. 6-7.

⁴⁰²Eduardo Jenner observó que los manejadores de vacas mostraban inmunidad accidental a la viruela, relacionada con una infección benigna del ganado vacuno similar a la humana. Experimentalmente inoculó el líquido de las pústulas (linfa) del ganado en niños sanos. Esta medida daba lugar a una infección limitada, poco grave, con mortalidad muy baja en relación con la producida por un brote epidémico y que posteriormente libraba al sujeto de adquirir la viruela (G.A. Escobar, "Historia de las vacunas y las vacunaciones", en G.A. Escobar, G.J.L. Valdespino y A.J. Sepúlveda, *Vacunas. Ciencia y salud*, SSA, México, 1992, pp. 9-28).

Balmis vacunó en Maracaibo, Isla Margarita y Cumaná, en Venezuela, La Guayra, La Habana y de allí a Yucatán. Llegó al puerto de Sisal, donde inició la vacunación, pasó a Campeche, envió a un ayudante a Tabasco y él siguió a Veracruz y luego a la ciudad de México.

Estableció varias juntas vacunales y se capacitó a los médicos locales en Puebla, Durango, Valladolid, Guadalajara, San Luis Potosí y después se dirigió a Manila, Cantón y Macao en Asia y en Europa a Inglaterra para regresar a México.

De 1804 a 1810 logró consolidar las juntas de vacunación y se obtuvieron financiamientos de particulares para sostener las inmunizaciones, que llegaron desde la alta California hasta Perú. Al comenzar la guerra de independencia en la Nueva España se interrumpió la ola de vacunación; sin embargo, los logros previos fueron muy satisfactorios, ya que se redujo la mortalidad que generaba la viruela y disminuyó el número e intensidad de las epidemias por esta enfermedad.⁴⁰³

En el siglo XIX antes de la consumación de la independencia se construyeron sólo cinco hospitales para atender los brotes epidémicos de fiebre amarilla, viruela, influenza, paludismo y tifo que se acentuaron en todo el país. Estas epidemias afectaban con mayor intensidad a los grupos más pobres, quienes además de vivir en hacinamiento y con falta de higiene tenían desnutrición crónica.⁴⁰⁴

Época independiente

A lo largo de la vida independiente continuó la confrontación entre la medicina europea y la indígena, lo que mantuvo su evolución separada. Los criollos formaban el 15 por ciento de la población, impusieron sus formas de atención médica occidental. La medicina universitaria se orientó hacia la versión france-

⁴⁰³C.F. Fernández, "Don Francisco Xavier de Balmis y los resultados de su expedición vacunal a América", en E. Florescano y E. Malvido, *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1982, pp. 329-335.

⁴⁰⁴M.E. Bustamante, *Cronología epidemiológica mexicana en el siglo XIX*, op. cit.

sa, que era la forma científica moderna, y se utilizó para atender a la población más privilegiada.⁴⁰⁵

En 1822 se inició la sustitución del protomedicato y concluyó en 1831, año en que se estableció la Facultad Médica del Distrito Federal, que tomó a su cargo todas las atribuciones del protomedicato y trató de elaborar un código sanitario para el país.⁴⁰⁶

La población indígena restringida a las áreas más marginadas e inhóspitas del país, mantuvo cierto aislamiento ante algunas epidemias, pero se intensificaron sus condiciones de pobreza, desnutrición, tuberculosis, complicaciones de la viruela, tifo, parasitosis, elevada mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales y respiratorias, así como las complicaciones por parto. En 1833 a todas estas calamidades se agregó la presencia del cólera.⁴⁰⁷

En 1833 se fundó el Establecimiento de Ciencias Médicas (antecedente de la actual Facultad de Medicina de la UNAM), para actualizar la enseñanza y el ejercicio de las artes médicas. Entre sus funciones se encontraba el examinar a médicos extranjeros y la revalidación de títulos.⁴⁰⁸

En 1841 se instituyó el Consejo Superior de Salubridad. El objetivo de este consejo era el cuidado de la salud pública del país, controlar las actividades profesionales de quienes ejercían la medicina, el funcionamiento de los establecimientos médicos, el uso de los medicamentos, promover la vacunación contra la viruela,⁴⁰⁹ la vigilancia de los recursos terapéuticos, uso de los medios botánicos y herbolarios, establecer las medidas de control y tratamiento del cólera, la vigilancia de la junta de catedráticos de

⁴⁰⁵G. Aguirre B., *La medicina indígena en el siglo XIX*, op. cit.

⁴⁰⁶Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, *Salud Pública en México, 1521-1943*, op. cit.

⁴⁰⁷G. Aguirre B., *La medicina indígena en el siglo XIX*, op. cit.

⁴⁰⁸Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, *Salud Pública en México, 1521-1943*, op. cit.

⁴⁰⁹Para ese momento ya se había logrado conservar la linfa vacunal en glicerol y capilares de vidrio, lo que permitía vacunar a un mayor número de personas. G.A. Escobar, *Historia de las vacunas y las vacunaciones*, op. cit.

establecimientos de ciencias médicas.⁴¹⁰ Sin embargo, entre los grupos indígenas persistió la costumbre de atenderse con sus propios recursos.⁴¹¹

El movimiento de la población indígena con grandes migraciones originadas por las guerras de independencia, la de la intervención norteamericana y la de reforma,⁴¹² provocó su establecimiento en zonas periurbanas con acceso de algunos a la medicina moderna. Otros movimientos armados como el del pueblo yaqui que inició en 1825, fue apaciguado parcialmente y posteriormente se reintensificó en 1877 hasta 1904⁴¹³ y la Guerra de las Castas, que inició en 1847 en Campeche y Yucatán dejó a miles de personas sin hogar y dieron como resultado la destrucción de grandes zonas indígenas. Después, los mayas se refugiaron en las selvas de Quintana Roo de donde sostuvieron una especie de guerrilla que duraría 50 años.⁴¹⁴

Las fundaciones religiosas (concepcionistas, franciscanas, capuchinas, jerónimas, agustinas, dominicas, carmelitas y del

⁴¹⁰Cfr. C.F. Martínez, *De los miasmas y efluvios al descubrimiento de las bacterias patógenas. Los primeros 50 años del Consejo Superior de Salubridad*, Bristol-Myers Squibb, México, 1993, pp. 113-150.

⁴¹¹"Durante el siglo decimonono, la medicina indígena como producto de aculturación, afrontó el reto de las graves enfermedades infecto-contagiosas heredadas de la Colonia ... Todo el espacio comprendido por la centuria aludida se encuentra ocupado por males que recidivan y azotan con violencia a los grupos étnicos nativos: cobran una cuantiosa suma de víctimas en óbitos y en morbilidad y mantienen... Las viejas epidemias del siglo de la Conquista -tifo exantemático, fiebre amarilla, viruela, sarampión- se suceden unas a otras, inexorablemente, al lado de un nuevo y terrífico mal, el cólera morbus. Las medicinas paralelas, tanto la occidental galénica cuanto la indígena americana, son impotentes, ambas, frente a estas pestes que con el paso de los años disminuyen su virulencia y se extinguen, en la primera mitad del presente siglo, al mejorar las condiciones generales de vida en el campo y la ciudad. La medicina universitaria, no obstante sus obvias limitaciones muestra un profundo desdén por las posibilidades de la medicina indígena: la cataloga como simple superstición y a sí misma se estima como racional, científica, verdadera" (B.G. Aguirre, "La medicina indígena en el siglo XIX", *México indígena*, México, núm. 9, marzo-abril de 1986, pp. 6-7).

⁴¹²"Las décadas que siguieron a la desaparición del Estado colonial fueron violentas y generaron flujos de aprensión entre campesinos e indígenas..." "...el vacío político que entonces se creó fue ocupado por una disputa por el poder entre las élites del centro y las regionales..." "...muchos estados de la república incluyeron en sus constituciones leyes que ponían fin a la propiedad comunal de los pueblos" (E. Florescano, *Etnia, Estado y nación. Ensayo sobre las identidades colectivas en México*, Aguilar, México, 1997, 512 pp.).

⁴¹³"Detalles de las campañas contra los indios en los informes de Porfirio Díaz al Congreso de la Unión (1878 a 1904)", en F. Báez-Jorge, *Memorial del etnocidio*, Universidad Veracruzana, México, 1996, 391 pp.

⁴¹⁴<http://www.ccu.umich.mx/mmaya/introduccion/los-mayas3.html>

Salvador) continuaron brindando la atención a la salud⁴¹⁵ que habían iniciado desde la época de la Colonia, hasta que las Leyes de Reforma, promulgadas en 1859, para complementar las emitidas en la Constitución de 1857, dispusieron entre otras cosas, la nacionalización de los bienes eclesiásticos y la supresión de las órdenes religiosas.⁴¹⁶

Las órdenes abandonaron en 1861 sus establecimientos; sus bienes y propiedades fueron destinados para el sostenimiento de los hospitales. Se formó la Dirección General de los Fondos de la Beneficencia Pública,⁴¹⁷ dependiente del Ministerio de Gobernación, que centralizó la administración, dirección y cuidado de los hospitales, casas de asistencia y de corrección, en el Distrito Federal y en los estados, a través de los gobiernos respectivos.⁴¹⁸

En 1862, en el Distrito Federal se asignaron todos los establecimientos médicos al ayuntamiento de la ciudad de México y Maximiliano de Habsburgo organizó una junta protectora de las clases menesterosas, para proporcionar servicios asistenciales, que desapareció al concluir el imperio.⁴¹⁹ La población indígena ante la mayoría de sus dolencias se atendía en su propia comunidad, con sus recursos tradicionales.

En 1872, el Consejo Superior de Salubridad fue transformado y se crearon juntas de salubridad en cada uno de los estados. En 1894 se expidió el primer código sanitario, que concedió autoridad al Ejecutivo federal sobre puertos, fronteras y asuntos migratorios. En 1899 entró en vigor la Ley de Beneficencia Privada para el Distrito y Territorios Federales.

⁴¹⁵En el siglo XVI la única orden hospitalaria era la de los hermanos de la caridad de San Hipólito. En el siglo XVII y XVIII participaron los juaninos, los betlemitas, los hipólitos. Las órdenes hospitalarias no poseían bienes, vivían de la limosna pública o de los bienes que cada hospital poseía para sustento de sus enfermos y personal. Estos bienes eran otorgados por personas ricas que donaban bienes para que se aplicaran a instituciones de salud (J. Muriel, *Hospitales de la Nueva España*, UNAM-Cruz Roja, México, 1990, tomos I y II).

⁴¹⁶Cfr. G.O.J.F. Alonso, *Guía del Fondo Conventos*, Archivo Histórico de la SSA, México, 1989, pp. I-XV.

⁴¹⁷*Idem.*

⁴¹⁸Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, *Salud pública en México. 1521-1943*, op. cit.

⁴¹⁹*Idem.*

A principios del siglo xx, el presidente Porfirio Díaz ordenó la construcción de hospitales gubernamentales modernos con todos los avances que a esa fecha se tuvieran al alcance a nivel mundial, tales como el Hospital General de México⁴²⁰ (como una institución de asistencia privada), el Hospital Juárez,⁴²¹ y el Manicomio General "La Castañeda".⁴²² Su construcción estuvo a cargo de arquitectos franceses en coordinación con los médicos mexicanos más connotados de la época. Se creó el primer consultorio médico público gratuito; sin embargo, la mayor parte de la población vivía una situación económica crítica y carecía de acceso a los servicios científicos institucionales de salud.⁴²³

En 1907 se inició la construcción de la Cruz Roja Mexicana como una sociedad nacional y siguiendo las características de organizaciones similares en Francia, Japón y España. La Cruz Roja Mexicana realizó su primera acción en Monterrey, el 3 de septiembre de 1909, donde hubo una tromba e inundación que afectó más del 50 por ciento de la ciudad.⁴²⁴

En 1908 se reformó la Constitución para ampliar la competencia federal y encomendar a los poderes de la Unión "la salubridad general de la República", lo que constituyó la primer modificación constitucional en relación con la salud.

Era revolucionaria

A raíz del inicio de revueltas cada vez mayores entre los grupos rurales, se agregaron los indígenas, quienes en algunas zonas

⁴²⁰El Hospital General de México es desde su fundación, el 5 de febrero de 1905, la institución médico-asistencial más grande del país. Su organización, en pabellones o unidades clínicas autónomas, son reflejo de los planos del Hospital Rudolf Virchow de Berlín inaugurado en 1903 y traídos a México (<http://www.facmed.unam.mx/hgm/historia.html>).

⁴²¹En oficio de fecha 16 de agosto de 1847 del general Manuel María Lombardini dirigido a don José Urbano Fonseca, le informó que había girado órdenes para que el ayuntamiento de la ciudad de México pudiera disponer del edificio del Colegio de los Agustinos de San Pablo, para que fuera destinado como hospital de sangre. Desde su fundación, el hospital de San Pablo el 23 de agosto de 1847 fue dirigido por Hermanas de la Caridad. En 1872 se le cambió el nombre a Hospital Juárez de México. Con los temblores de 1899 y 1900, el edificio quedó casi destruido, motivo por el que se ordenó su construcción nueva (http://www.facmed.unam.mx/hjm/fra_historia.html).

⁴²²G.O.J.F. Alonso, *Guía del Fondo Hospitales*, Archivo Histórico de la SSA, *op. cit.*

⁴²³Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, *Salud pública en México*, *op. cit.*

⁴²⁴Cruz Roja Mexicana, *Una obra de mexicanos en beneficio de la humanidad. 85 años de la historia de la Cruz Roja Mexicana*, México, 1995, 180 pp.

específicas habían tenido sus propios levantamientos previos a la revolución, como los chatinos de Oaxaca en 1895, los yaquis de Sonora que desde 1900 se habían levantado en armas y se unieron a la revolución, y los indígenas serranos ixtepejanos que se unieron a las tropas federales huertistas (1914) y dieron un golpe de estado en Oaxaca.⁴²⁵

El panorama sanitario de la época revolucionaria se agravó debido a las condiciones de inestabilidad y pobreza; movimientos migratorios determinaron la movilización de enfermedades infecciosas y grandes epidemias diezmaron a toda la población, no sólo a la indígena, la desnutrición atacó a todos los grupos de habitantes del país, acompañada con gran frecuencia de tuberculosis, peste, fiebre amarilla y tifo, también se detectó un crecimiento sin precedente de las enfermedades de transmisión sexual.⁴²⁶

El sistema sanitario se encontró inactivo entre 1910 y 1917,⁴²⁷ las capitales de muchos estados y la ciudad de México estuvieron sustraídas a la acción del gobierno constitucionalista, el Consejo Superior de Salubridad redujo sus labores, pero tuvo que actuar para combatir epidemias de viruela, paludismo y tifo.

Entre 1910 y 1912 se organizaron las acciones de la Cruz Roja Mexicana. En 1912 se integraron las primeras ambulancias de la Cruz Roja, que eran automóviles particulares. Con el paso de los días se extendieron las acciones armadas, por lo que iniciaron también las acciones de la Cruz Roja para atender a los heridos de guerra.⁴²⁸

A su acción se unieron las enfermeras estadounidenses y canadienses; en Chihuahua se organizó la brigada sanitaria de la División del Norte con objeto de atender a los heridos de la campaña de Torreón, integrada mayoritariamente por extran-

⁴²⁵G.V. Vázquez, *El movimiento indigenista en México. 50 años de revolución. II. La vida social*, Fondo de Cultura Económica, México, 1961, pp. 163-202.

⁴²⁶A.J. Álvarez, M.E. Bustamante, P.A. López y F. Fernández del C, *Historia de la salubridad y la asistencia en México, SSA*, México, 1960, pp. 11-43.

⁴²⁷R.X. de la Riva, *Salubridad y asistencia médico-social en México. 50 años de revolución. II. La vida social*, Fondo de Cultura Económica, México, 1961, pp. 381-442.

⁴²⁸Cruz Roja Mexicana, *Una obra de mexicanos en beneficio de la humanidad*, op. cit.

jeros y que en 1916 dio origen a la Escuela Constitucionalista Médico Militar.⁴²⁹

En 1917 tuvo lugar una grave epidemia de gripe, la influenza española, que inició en Acapulco y afectó todo el país con una gran mortalidad.⁴³⁰

Era posrevolucionaria

Con la conclusión de la guerra civil revolucionaria no se acabó con la inestabilidad política y económica. Sin embargo, se dio inicio a cierto desarrollo sanitario y mejoraron las condiciones de alimentación de la población. Asimismo, los avances de la ciencia permitieron iniciar el control de algunas enfermedades y reducir la aparición de brotes epidémicos.

Consecuentes con la Constitución de 1917, se concretó la construcción de los hospitales modernos,⁴³¹ se concluyeron el Hospital General de México y el Hospital Juárez que se dedicaron a la atención pública;⁴³² se establecieron las funciones del Consejo Superior de Salubridad y el Departamento de Salubridad Pública, las responsabilidades municipales sobre salubridad y atención de la salud, la construcción de establecimientos de salud como hospitales y clínicas, a cargo de los gobiernos estatales y municipales, en las grandes ciudades del país.⁴³³ Sin embargo, las conquistas sociales no llegaron a toda la población, las zonas rurales y las áreas indígenas permanecieron al margen de estos avances, atendándose con sus recursos comunitarios.⁴³⁴

En 1924 se publicó el reglamento general del Departamento de Salubridad Pública con funciones federales y locales, con pre-

⁴²⁹G.G. Villa, "Las enfermeras, otro rostro de la revolución", *Sólo historia*, Instituto Nacional de Estudios Históricos de la Revolución Mexicana, núm. 8, abril-junio de 2000, México, pp. 47-52.

⁴³⁰R.X. de la Riva, *Salubridad y asistencia médico-social en México*, op. cit.

⁴³¹G. Aguirre B., *Antropología médica*, op. cit.

⁴³²G.O.J.F. Alonso, *Guía del Fondo Conventos*, op. cit.

⁴³³*Idem*.

⁴³⁴G. Aguirre B., *Programas de salud en la situación intercultural*, op. cit. G. Aguirre B., *Antropología médica*, op. cit.

dominancia en la aplicación de medidas preventivas, y acciones de atención relacionadas con la salud pública. Bajo su cargo quedaron el Instituto de Higiene, el Instituto Antirrábico, los dispensarios para tuberculosos y enfermos venéreo-sifilíticos, la Escuela de Salubridad, la Inspección Sanitaria y el Hospital Morelos.⁴³⁵

El departamento organizó brigadas móviles que visitaban poblaciones rurales a las que ofrecían servicios de consulta, vacunación contra la viruela y la tifoidea.⁴³⁶ También, organizaron las unidades sanitarias cooperativas, y establecieron programas prioritarios de atención al paludismo, contra la tuberculosis y el alcoholismo, higiene preescolar y enfermeras visitadoras,⁴³⁷ así como el de protección a la infancia operado por la Asociación Civil la "Gota de Leche".

Para brindar servicios a las zonas rurales se contaba con dos áreas involucradas: la Dirección General de Salubridad Federal y Servicios Coordinados y la Dirección General de Higiene Rural y Medicina Social. En 1927 se creó el Programa de Obras Sociales por Cooperación, a través de un convenio para las zonas de producción agrícola del país, a fin de brindar atención médico-quirúrgica básica, preventiva, curativa, inmunizaciones y medicamentos. Los estados beneficiados fueron Baja California, Coahuila, Colima, Chiapas, Guanajuato, Michoacán, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas y Veracruz. Las zonas seleccionadas originalmente eran rurales y no predominantemente indígenas, sin embargo, se integraron algunas de ellas, como son: el Valle del Yaqui, en Sonora, y Cuatotolapan, en Veracruz.⁴³⁸

En 1926 se promulgó un nuevo código sanitario. En 1927 se expidió la nueva Ley de Beneficencia Pública. En 1929 se creó

⁴³⁵Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, *Salud pública en México, op. cit.*

⁴³⁶Cfr. J. Kumate R. y G. Soberón A., *La salud para todos. Utopía o realidad*, El Colegio de México, México, 1996, p. 80.

⁴³⁷Cfr. C.I. Betanzos, "Apuntes acerca de la construcción del edificio del Departamento de Salubridad Pública", *Cuadernos para la historia de la salud*, Archivo Histórico de la SSA, México, 1993, pp. 99-114.

⁴³⁸M.V. Fernández, *Memoria 1942-1943 del Departamento de Salubridad Pública*, México, 1943.

la Secretaría de la Asistencia Pública, con funciones de asistencia social, educativa y de apoyo a la familia. Se encargó de operar centros de asistencia infantil, jardines de niños, maternidades, hogares infantiles, comités de voluntarias, hospitales, centros de protección social, dormitorios públicos, desayunos escolares, y hogares sustitutos. En ese año se estableció la Asociación Nacional de Protección a la Infancia.⁴³⁹ En 1930 se formaron los servicios sanitarios coordinados en los estados y territorios, con el propósito de hacer llegar la política sanitaria general a todo el país.

En 1934 entró en vigor la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios de Salubridad y el Código Sanitario, mediante los cuales se establecieron la unificación, coordinación y cooperación de los servicios de salud en la República mexicana.⁴⁴⁰ Ese mismo año se iniciaron dos estudios piloto en el medio rural, para el establecimiento de servicios sanitario-asistenciales que otorgaran atención a la población campesina; uno en Zacapu y otro en Morelia, ambos ubicados en el estado de Michoacán.⁴⁴¹

En 1936 se crearon los servicios sanitarios ejidales; se instalaron 34. Para su financiamiento la Federación aportaba el 9 por ciento y el 8 por ciento restante se obtenía por cooperación de los ejidatarios.⁴⁴² De 1937 a 1938 se crearon 104 servicios más, que inicialmente se instalaron en casas improvisadas con carácter temporal, hasta 1952, fecha en que se decidió establecer los hospitales rurales.⁴⁴³

En 1937 se creó la Secretaría de Asistencia Pública que fusionaba la antigua Beneficencia Pública con el Departamento de Asistencia Social Infantil para hacerse cargo de la higiene

⁴³⁹Poder Ejecutivo Federal, *Programa Nacional de Salud 1984-1988*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, 1984, pp. 11-18.

⁴⁴⁰Poder Ejecutivo Federal, *Programa Nacional de Salud 1984-1988*, op. cit.

⁴⁴¹Cfr. SSA, *Memoria de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. 1958-1964*, Archivo Histórico de la SSA, México, 1965, 288 pp.

⁴⁴²Poder Ejecutivo Federal, *Programa Nacional de Salud 1984-1988*, op. cit.

⁴⁴³Cfr. SSA, *Memoria de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. 1952-1958*, Archivo Histórico de la SSA, México, 1959, 575 pp.

prenupcial, prenatal y posnatal, de la maternidad y de la educación preescolar en toda la República, especialmente para atender a la población de mayor marginación.⁴⁴⁴ Ahí se iniciaron los programas sistematizados de atención a áreas rurales de mayor marginación y zonas indígenas.

Además de los programas normales que brindaba la Secretaría de Asistencia Pública, en 1940 se estableció un convenio de coordinación con el Departamento de Asuntos Indígenas, para fundar 14 hogares-escuela en poblados como San Juan Telecingo, Guerrero; Comalco Temohaya, México; Coyomeapan, Puebla, y Los Remedios Ixmiquilpan, Hidalgo. La secretaría brindó la asesoría para la construcción, lineamientos de requerimientos higiénico-sanitarios y la alimentación completa, mientras que los servicios médicos eran cubiertos por cuenta del departamento.⁴⁴⁵

EL SURGIMIENTO DE LAS INSTITUCIONES

A partir de los años cuarenta, la institucionalización de la medicina promovió la reducción de muchas de las enfermedades prevenibles por vacunación, como: viruela, sarampión, poliomielitis y difteria. El descubrimiento de nuevos medicamentos, como los antibióticos, permitió disponer de herramientas para luchar contra infecciones de transmisión sexual, respiratorias y gastrointestinales.

La operación del Instituto Mexicano del Seguro Social dio inicio en 1941 para brindar servicio a los trabajadores. A su vez la fusión y centralización de los servicios estatales y municipales de salud dio origen a la Secretaría de Salubridad y Asistencia en 1943 (desde 1983 Secretaría de Salud). Como complemento, en 1959 se fundó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.

⁴⁴⁴Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, *Salud Pública en México, op. cit.*

⁴⁴⁵Cfr. G. Baz P., *Informe de labores presentado al H. Ejecutivo de la Secretaría de Asistencia Pública, 1940-1941*, México, 1941.

Algunos programas de atención a la población abierta de la Secretaría de Salubridad y Asistencia llegaron a recónditos parajes del país, incluyendo las áreas rurales e indígenas. Destacando los programas de vacunación y educación para la salud básica, los comunitarios pagados por cuotas pequeñas o trabajo comunitario (obras sociales por cooperación) que lograron llevar por primera vez la atención institucional a la población indígena.⁴⁴⁶

Para los grupos indígenas la creación del Instituto Nacional Indigenista también marcó la disposición de unidades de atención médica dentro de las unidades indigenistas.⁴⁴⁷ Además en 1979 la estrategia de solidaridad social se orientó hacia la creación del IMSS-Coplamar⁴⁴⁸ y en 1982 se transformó en IMSS-Solidaridad.

De la Secretaría de Salubridad y Asistencia a la Secretaría de Salud

En 1941 la Secretaría de Asistencia Pública se dedicó a construir la infraestructura hospitalaria moderna en las entidades federativas: se construyeron 32 hospitales en 20 entidades, en su mayoría regionales, con radios geográficos determinados para zonas urbana y rural, esta última incluía las zonas indígenas y hospitales centrales de concentración con el mayor nivel de especialización⁴⁴⁹ (véase figura 19).

Las zonas indígenas se atendieron a través de los servicios cooperativos que funcionaban con un esquema de unidades básicas de trabajo, representadas por un médico, una partera, una enfermera, un farmacéutico y un oficial sanitario. Los servi-

⁴⁴⁶G. Aguirre B., *Programas de salud en la situación intercultural*, op. cit. B.G. Aguirre, *Antropología médica*, op. cit.

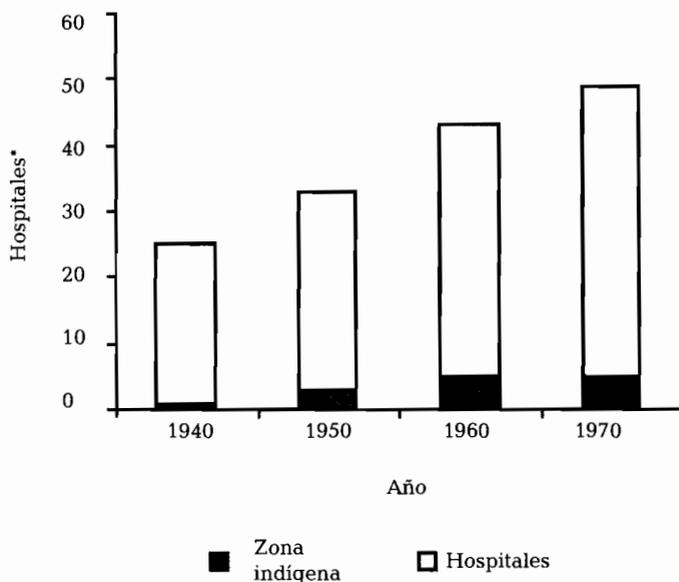
⁴⁴⁷Cfr. T.J. Larios, "El INI. A cuarenta años de su fundación", *México Indígena*, México, otoño de 1988, pp. 7-9.

⁴⁴⁸El 17 de enero de 1977 se creó la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Coplamar). Coplamar y el IMSS convinieron, en 1979, extender sustancialmente la cobertura a la población rural con servicios médicos del primero y segundo niveles de atención.

⁴⁴⁹G. Baz P., *Informe de labores presentado al H. Ejecutivo de la Secretaría de Asistencia Pública, 1942-1943*, México, 1944.

cios que se otorgaban eran de atención médica y quirúrgica, partos supervisados, curaciones, inmunizaciones, suministro de medicamentos y mejoramiento del medio.⁴⁵⁰

FIGURA 19
EVOLUCIÓN DE LAS UNIDADES HOSPITALARIAS
CON INFLUENCIA EN ZONAS INDÍGENAS,
1940-1970



Fuente: G. Baz P, *Informe de labores presentado al H. Ejecutivo de la Secretaría de Asistencia Pública 1941-1942*, México, 1943.

G. Baz P, *Informe de labores presentado al H. Ejecutivo de la Secretaría de Asistencia Pública 1942-1943*, México, 1944.

Departamento de Salubridad Pública, *Informe de labores 1942-1943*, México, 1944.

G. Baz P, *Informe de labores presentado al H. Ejecutivo de la Secretaría de Asistencia Pública 1943-1944*, México, 1945.

G. Baz P, *Memoria 1944-1945*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, 1945.

SSA, *Memoria de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1958-1964*, México, 1965, p. 288.

SSA, *La salud pública de México, 1959-1982*, México, 1983, p. 850.

* Hospitales generales, regionales y centrales.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia en 1943 se formó de la fusión de dos dependencias federales, el Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia Pública. A par-

tir de 1983 con una reestructuración operativa y funcional cambió su denominación a Secretaría de Salud.

La fusión mantuvo los programas cooperativos en forma permanente y se albergaron en el Programa de Bienestar Social Rural, para proseguir la búsqueda de soluciones que permitieron proporcionar bienestar a los habitantes del país. Este programa progresivamente se fue acercando a los grupos indígenas con acciones básicas de salud y después, se transformó en (los) programa(s) de extensión de cobertura, mismos que han llevado atención materno-infantil y métodos de planificación familiar, aunado a otras medidas preventivas, a la población ubicada en zonas marginales, entre las que destacaron los diversos grupos indígenas.

Durante la década de los años cuarenta se crearon el Hospital Infantil de la Ciudad de México (1943),⁴⁵¹ Instituto Nacional de Cardiología (1944),⁴⁵² Hospital de Enfermedades de la Nutrición (1946),⁴⁵³ en los años cincuenta el Centro Materno-Infantil "Maximino Ávila Camacho" y el hospital "Manuel Gea González".

Las unidades con influencia en zonas indígenas eran puestos de socorro en las regiones más alejadas, que después de los años sesenta se transformaron en casas de salud; el siguiente eslabón en la cadena de atención eran los centros de salud rurales, después los centros de salud rurales con hospitalización y finalmente los hospitales generales, regionales y centrales.⁴⁵⁴

⁴⁵¹Durante el periodo de don Abelardo Rodríguez como Presidente de la República, se inició la construcción de un hospital en la ciudad de México, pero debido a problemas económicos y políticos se suspendió el proyecto, el que culminó durante la gestión del presidente Manuel Ávila Camacho. Así se fundó el Hospital Infantil de México el 30 de abril de 1943 (<http://www.facmed.unam.mx/infantil/Historia.htm>).

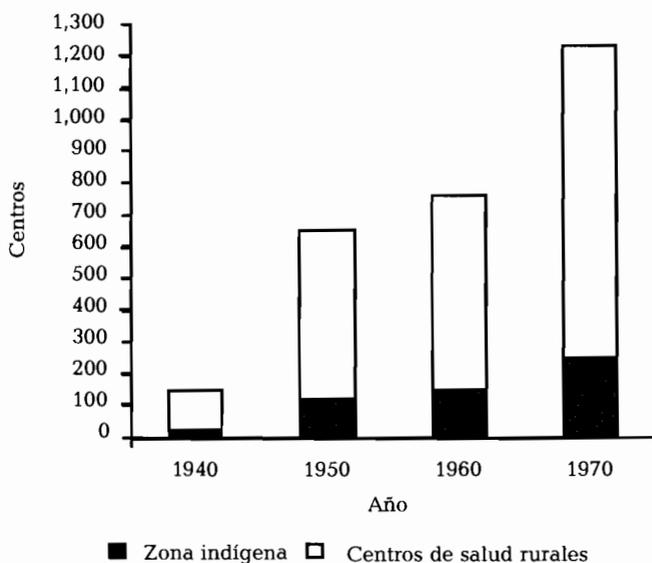
⁴⁵²El instituto nació del pabellón 21 de cardiología del Hospital General de México, primera especialidad ahí establecida. Ahora cumplía el doctor 47 años. Se inauguró como Instituto Nacional de Cardiología el 18 de abril de 1944, siendo presidente Manuel Ávila Camacho (http://cenids.ssa.gob.mx/insti_hosp/cardio.htm).

⁴⁵³Se inauguró el 12 de octubre de 1946 con el nombre de Hospital de Enfermedades de la Nutrición. Al extenderse sus funciones hacia otros campos, en 1978 se le cambió el nombre por el de Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán que se utilizó hasta junio de 2000, fecha en que se le dio el nombre actual. Su fundador y primer director fue el doctor Salvador Zubirán quien dirigió la institución hasta 1980. (<http://www.innsz.mx/>).

⁴⁵⁴SSA, *La salud pública de México. 1959-1982*, México, 1983, 850 pp.

Los centros de salud con hospitalización y sin hospitalización formaban parte de una red, que a su vez se apoyaba en otra red más numerosa que incluía casas de salud y unidades móviles (véase figura 20) las cuales brindaban atención sanitario-asistencial simplificada a las comunidades más pequeñas, rurales, marginadas e indígenas.

FIGURA 20
EVOLUCIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD RURALES
CON INFLUENCIA EN ZONAS INDÍGENAS,
1940-1970



Fuente: G. Baz P, *Informe de labores presentado al H. Ejecutivo de la Secretaría de Asistencia Pública 1941-1942*, México, 1943.

G. Baz P, *Informe de labores presentado al H. Ejecutivo de la Secretaría de Asistencia Pública 1942-1943*, México, 1944.

Departamento de Salubridad Pública, *Informe de labores 1942-1943*, México, 1944.

G. Baz P, *Informe de labores presentado al H. Ejecutivo de la Secretaría de Asistencia Pública 1943-1944*, México, 1945.

G. Baz P, *Memoria 1944-1945. Secretaría de Salubridad y Asistencia*, México, 1945.

SSA, *Memoria de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1958-1964*, México, 1965, 288 pp.

SSA, *La salud pública de México. 1959-1982*, México, 1983, 850 pp.

Los principales problemas de salud de las comunidades indígenas en este periodo de institucionalización, básicamente eran las enfermedades transmisibles, tales como: infecciones intesti-

nales, parasitosis, infecciones respiratorias y neumonía, poliomielitis, sarampión, tosferina, difteria, tétanos neonatal, tuberculosis, tifoidea, y en regiones específicas paludismo, tifo y mal del pinto,⁴⁵⁵ elevada incidencia de alcoholismo⁴⁵⁶ y en muchas zonas homicidio y lesiones como segunda causa de mortalidad.⁴⁵⁷

Uno de los factores predominantes que propiciaba esta situación de salud tan deficiente era la desnutrición, que en las zonas indígenas resultaba agravada en comparación con la preexistente en las zonas urbanas, con cifras de 55 a 62 por ciento de desnutrición grave. Las zonas indígenas más afectadas por el problema eran la maya en Yucatán, tzeltal y tzotzil de Chiapas, zapoteca y mixteca de Oaxaca, náhuatl de Puebla, huasteca en Veracruz y San Luis Potosí, mientras que en las zonas no indígenas las cifras no rebasaban el 38.5 por ciento. Otro indicador de desnutrición crónica fue la talla baja, que en las zonas indígenas llegó a ser del 73.6 por ciento mientras que en las rurales no indígenas el máximo fue de 50.9 por ciento.⁴⁵⁸

Otro indicador de que la situación de salud en las zonas indígenas era más grave fue la mortalidad infantil, que en las diversas estadísticas vitales mostró siempre ser mayor que la general del país y mucho mayor que la de las grandes ciudades con gran urbanización. Por ejemplo, 58.4 defunciones por 1,000 nacidos vivos en la zona maya de Valladolid,⁴⁵⁹ nuevamente por las condiciones de vida, de educación para la salud y alimentación tan deficientes.

Del Instituto Nacional Indigenista

El primer centro coordinador se estableció en 1951 en los Altos de Chiapas. Esta ubicación entre otras razones, porque se trata-

⁴⁵⁵INI, "Situación de salud y enfermedad", *INI Acción Indigenista*, México, núm. 68, febrero, 1969, 8 pp.

⁴⁵⁶Cfr. INI, "Reunión de expertos", *INI Acción Indigenista*, México, núm. 26, agosto, 1955, 8 pp.

⁴⁵⁷Cfr. INI, "Mixteca-Nahua-Tlapaneca", *INI Acción Indigenista*, México, núm. 161, noviembre, 1966, 8 pp.

⁴⁵⁸INNSZ, *Encuesta Nacional de Alimentación y Nutrición en el Medio Rural, 1958*, México, Instituto Nacional de la Nutrición Doctor Salvador Zubirán, México, 1958.

⁴⁵⁹INI, "Situación de salud y enfermedad", *INI Acción Indigenista*, *op. cit.*

ba de una región de alta concentración indígena, se contaba ya con estudios sobre su población y existía un interés mostrado por la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) –integrante del Consejo Directivo del instituto– que a principios de 1948 había realizado un estudio sobre las condiciones médico-sanitarias existentes en los municipios de San Juan Chamula y Amatenango del Valle.⁴⁶⁰ Se crearon cuatro clínicas con cuatro médicos, cinco enfermeras, cuatro oficiales sanitarios y nueve auxiliares de enfermería con capacidad de traducción del tzeltal y del tzotzil.⁴⁶¹ El segundo centro se construyó en 1952⁴⁶² en la Sierra Tarahumara, en Guachochi, Chihuahua.

A partir de la creación de esos centros se iniciaron en esas zonas actividades médicas, preventivas y curativas. Entre las preventivas se encontraban la vacunación, desinfección del agua, campañas antirrábicas y en general, la fumigación con DDT y la educación higiénica.⁴⁶³ La atención curativa comprendía consultas, entrega de medicamentos, curaciones, inyecciones, cirugía menor, atención de partos⁴⁶⁴ y más tarde se agregó la atención odontológica.⁴⁶⁵

A diferencia de las regiones mestizas, las regiones indígenas eran y siguen siendo dispersas, con dependencia de seis miembros al núcleo social y creencias mágico-religiosas. Eran contadas las veces en que llegaban las campañas de vacunación en respuesta a brotes epidémicos y sus viviendas a la fecha continúan siendo frágiles, con deficiente luz y ventilación, así como vestido escaso y costoso,⁴⁶⁶ tienen difícil acceso a los centros de

⁴⁶⁰Cfr. G. Aguirre B. y A.R. Pozas, *La política indigenista en México*, tomo II, INI-Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, México, 1991, pp. 13-17. Cfr. A. Caso, S. Zavala, S. Miranda y N.M. González, *La política indigenista en México*, tomo I, INI-Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, México, 1991, pp. 202-206. Cfr. T.J. Larios, "El INI. A cuarenta años de su fundación", *México Indígena*, otoño de 1988, pp. 7-9.

⁴⁶¹Cfr. INI, "Fundación del Instituto Nacional Indigenista, Creación de los centros comunitarios indigenistas", *INI Acción Indigenista*, México, núm. 1, julio de 1953, 8 pp.

⁴⁶²Cfr. INI, "Centros comunitarios indigenistas", *INI Acción Indigenista*, México, núm. 244, octubre de 1973, 8 pp.

⁴⁶³Cfr. INI, "La salud", *INI Acción Indigenista*, México, núm. 21, julio de 1955, 8 pp.

⁴⁶⁴*Idem*.

⁴⁶⁵Cfr. INI, "Medicina social en las comunidades indígenas", *INI Acción Indigenista*, México, núm. 197-198, noviembre, 1972, 8 pp. Cfr. INI, "Informe del Departamento de Mínimos de Bienestar Social", *México Indígena*, México, núm. 69, diciembre de 1982.

⁴⁶⁶Cfr. INI, *Medicina social en las comunidades indígenas*, op. cit.

salud y por lo mismo les tienen desconfianza, prefiriendo recurrir, para atender sus problemas de salud, a la medicina tradicional. En contraste, las zonas mestizas cuentan con centros de salud y la población se encuentra habituada a consultar afecciones con los médicos.

Para lograr la aceptación de los servicios de salud y que los mensajes educativos llegaran y fueran accesibles para la población, se crearon herramientas interesantes tales como el uso del teatro guiñol.⁴⁶⁷ Para 1960 ya existían 15 pequeños hospitales y ocho puestos médicos manejados por el INI, totalmente gratuitos que realizaban acciones preventivas y dotación de agua potable.⁴⁶⁸

Para 1964 se observaron algunos efectos de las acciones continuas de salud realizadas por los centros comunitarios, como son reducción de la morbilidad, incremento de las acciones preventivas, tales como vacunación, mayor atención materno-infantil y un gran número de acciones de educación higiénica.⁴⁶⁹

En 1978 se tenían registradas 74 clínicas, 505 puestos médicos y 134 casas de salud bajo la responsabilidad del INI.⁴⁷⁰ En 1981 a través del convenio IMSS-Coplamar se incrementó la cobertura y se consolidó el sistema de cooperación comunitaria, mediante 52 clínicas hospitales de campo y mil unidades médicas rurales⁴⁷¹ (véase figura 21).

⁴⁶⁷Cfr. INI, "Aceptación de los servicios", *INI Acción Indigenista*, México, núm. 84, junio de 1960, 8 pp. Cfr. INI, "Teatro «Petul»", *INI Acción Indigenista*, México, núm. 24, junio de 1955, 8 pp.

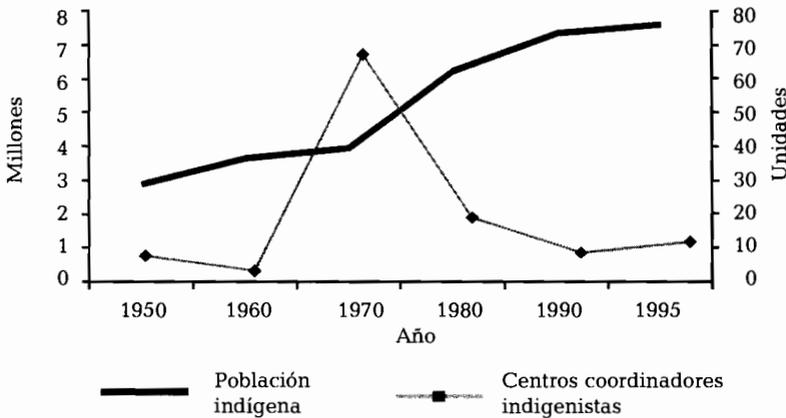
⁴⁶⁸Cfr. INI, "¿Qué hace el INI para mejorar la vida de los indios?", *INI Acción Indigenista*, México, núm. 88, octubre de 1960, 8 pp.

⁴⁶⁹Cfr. INI, "Las acciones de los CCI en salud", *INI Acción Indigenista*, México, núm. 138, diciembre de 1964, 8 pp.

⁴⁷⁰Cfr. INI, "Infraestructura y equipamiento", *México indígena*, México, núm. 18, septiembre de 1978.

⁴⁷¹Cfr. R.M. Lara M., "Atención de la salud y antropología de la comunidad", *México Indígena*, México, suplemento julio de 1981.

FIGURA 21
CREACIÓN DE LOS CENTROS COMUNITARIOS INDIGENISTAS
Y EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN INDÍGENA, 1950-1995



Fuente: M. Nolasco, "La migración y los indios en los censos", *México Indígena*, año 2. núm. 13, noviembre-diciembre de 1986.

L.M. Valdés, *Los indios en los censos de población*, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1995, 275 pp.

INEGI, *Estados Unidos Mexicanos. Censo de Población y Vivienda 1995. Resultados definitivos. Tabulados básicos*, INEGI, México, 1996.

INI, "Centros coordinadores indígenas", *INI-Acción Indigenista*, INI, México, núm. 228, junio de 1972.

INI, "Centros coordinadores indígenas", *INI-Acción Indigenista*, INI, México, núm. 244, octubre de 1973.

INI, "Centros coordinadores indígenas", *INI-Acción Indigenista*, INI, México, núm. 268, octubre de 1975.

INI, *Directorio de Unidades del INI*, INI, México, 1999.

Del IMSS-Coplamar al IMSS-Solidaridad

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) tiene a su cargo la salud de los obreros de México, pero dado el desarrollo económico de algunas regiones del campo nacional y la índole especial de la productividad de algunos giros agrícolas, se permitió la filiación de los cañeros en 1963 y de los henequeneros en 1972.

En 1973 se incorporó a la Ley del IMSS el concepto de solidaridad social y al año siguiente se inició la prestación de servicios médicos de primer nivel, en 310 instalaciones de la Comisión Nacional de Subsistencias Populares (Conasupo), dirigidos a la

población rural no cotizante, que retribuía la atención recibida con su participación en acciones de salud comunitaria.

El 1o. de diciembre de 1976, el presidente José López Portillo asumió una actitud positiva hacia los pueblos indios, por lo cual diseñó y creó el 17 de enero de 1977 la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Coplamar), que operaría bajo su encomienda particular y protección.

En el nuevo organismo se reunieron, participaron y se coordinaron las dependencias gubernamentales que se ocupaban específicamente de los grupos étnicos, de los trabajadores que se ganaban la vida tejiendo palma, tallando candelilla o en otras actividades de bajos ingresos.

La coordinación del programa y la dirección del Instituto Nacional Indigenista recayeron en la misma persona,⁴⁷² toda vez que los indios eran concebidos como marginados. Coplamar dispuso de sumas presupuestales importantes a nivel de las secretarías de Estado, para ser empleadas para atención a los marginados.⁴⁷³

La Coordinación General del Coplamar y el IMSS convinieron, en 1979, extender sustancialmente la cobertura a la población rural con servicios médicos del primero y segundo niveles de atención, hasta cubrir a 10 millones de personas residentes en zonas marginadas, mediante un órgano dependiente del IMSS, responsabilizado de operar el programa, llamado IMSS-Coplamar, a través del cual se regionalizó la atención médica y abarcó a parte de las regiones de refugio indias donde el INI desarrollaba también sus actividades.

En el primer año se establecieron 890 unidades médicas rurales y urbanas, al año siguiente 800 más y 10 clínicas hospital de campo. En 1981 se construyeron 12 clínicas hospital de

⁴⁷²El licenciado Ignacio Ovalle Fernández, de 1976 a 1982 fue simultáneamente director general del Instituto Nacional Indigenista y coordinador general del Programa IMSS-Coplamar.

⁴⁷³Cfr. G. Aguirre B., *Antropología Médica*, Fondo de Cultura Económica-Instituto Nacional Indigenista-Universidad Veracruzana, México, 1994.

campo.⁴⁷⁴ Las principales actividades desarrolladas fueron: atención continua e integral de promoción, protección y recuperación de la salud; consulta externa, asistencia farmacéutica, atención materno-infantil, planificación familiar, educación para la salud, orientación nutricional, promoción del saneamiento, inmunizaciones y control de enfermedades transmisibles. En las clínicas-hospital se otorgaba además atención odontológica, hospitalización de gineco-obstetricia, pediatría, cirugía general y medicina interna.⁴⁷⁵

Su estructura de organización funcional se dividió en siete áreas básicas: 1. planeación y difusión, 2. servicios médicos, 3. construcción y mantenimiento, 4. administración, 5. control financiero, 6. verificación de la operación y 7. evaluación.⁴⁷⁶ Las actividades se llevaron a cabo mediante una estructura mixta, institucional y comunitaria. El personal médico institucional para las unidades médicas rurales se cubría con médicos pasantes, en servicio social, procedentes de las diversas escuelas de medicina del país. El personal auxiliar de enfermería se cubría con jóvenes residentes de cada localidad, y bilingües si se trataba de comunidades indígenas, capacitados durante dos meses en los hospitales regionales. Los médicos residentes en medicina familiar y de algunas de las especialidades básicas del IMSS, fungían como asesores auxiliares de las unidades rurales o como médicos en las clínicas-hospital de campo.⁴⁷⁷ La comunicación entre las unidades rurales y la clínica hospital de campo que les correspondía se estableció mediante radiocomunicación en 74 por ciento de las unidades. Los estudios realizados por Coplamar y el IMSS-Solidaridad estimaron que el 90 por ciento de los municipios donde se ubicaron estas unidades médicas eran de alta y muy alta marginación y correspondían a zonas indígenas.⁴⁷⁸

⁴⁷⁴Cfr. IMSS, *Diez años de solidaridad social: expresión de la doctrina mexicana de seguridad social integral*, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1984, 50 pp.

⁴⁷⁵*Idem.*

⁴⁷⁶Cfr. J. Kumate R. y G. Soberón A., *La salud para todos. Utopía o realidad*, El Colegio de México, México, 1996, 80 pp.

⁴⁷⁷IMSS, *Diez años de solidaridad social*, op. cit.

⁴⁷⁸IMSS, *Diagnóstico de salud en las zonas marginadas rurales de México, 1986-1991*, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1991, 171 pp.

En abril de 1983 desapareció Coplamar y el IMSS tomó la responsabilidad completa del programa, con el nuevo nombre de IMSS-Solidaridad.

En 1984 el programa tenía registradas unidades ubicadas en las zonas de residencia de los 56 grupos étnicos del país.⁴⁷⁹ A partir de 1985 se inició la descentralización de los servicios de salud en 15 entidades, entregando la administración de estas unidades a los gobiernos estatales.

En los otros 17 estados, aún funciona con unidades de primero (3,540) y segundo nivel de atención (69), bajo la denominación IMSS-Solidaridad y atiende según sus estimaciones al 11 por ciento de la población nacional. Otorga asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria integral, con mayor énfasis en las acciones médico preventivas y curativas de mayor demanda y con la participación activa de la comunidad. Sirve en la actualidad a más de 16,000 localidades de menos de 2,500 habitantes en zonas geográficas de difícil acceso.

CULTURA Y MEDICINA TRADICIONAL

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha señalado que el concepto salud y enfermedad en comunidades indígenas depende de una serie de factores íntimamente relacionados con las condiciones de vida.⁴⁸⁰ Las medicinas tradicionales forman parte de un conjunto amplio de cultura, no se reducen a una serie de recetas para hacer infusiones o curarse un dolor, sino que tienen mucho que ver con la concepción del mundo, de la enfermedad y del cuerpo humano, que ocupan un lugar en la creación y embona con ellas.⁴⁸¹ Galinier en sus investigaciones encontró que la representación de la enfermedad no puede separarse de

⁴⁷⁹Cfr. IMSS, *Diagnóstico de salud en las zonas marginadas rurales de México, 1984*, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1984, 111 pp.

⁴⁸⁰OPS, "El concepto de salud y enfermedad en comunidades indígenas andinas", *Bol. Of. Sanit. Panam.*, 103 (4), 1987, pp. 402-404.

⁴⁸¹L. Herrasti y A. Ortiz, "Entrevista a Andrés Fábregas. Medicina Tradicional y cultura indígena". *México Indígena*, núm. 9, marzo-abril de 1986, México, pp. 10-15.

la visión del mundo particular de cada pueblo, los actos terapéuticos se confunden con las ceremonias religiosas o una clase de ritos.⁴⁸²

Por ejemplo, en Bolivia, el 49 por ciento de la población es rural, pertenece a los grupos étnicos quechua y aymará y habla un solo idioma nativo. La comunidad andina percibe la realidad de sus condiciones de vida a través de una serie de filtros culturales que modifican esa realidad y ocultan o disimulan su angustia con actitudes fatalistas para interpretar hechos como altas tasas de mortalidad infantil.⁴⁸³

Según los quechuas y aymarás la enfermedad siempre tiene una causa externa viva que en forma maligna ataca el cuerpo o afecta el alma. El concepto mágico de la enfermedad y la muerte de los quechuas y aymarás se mantiene en todo momento, de modo que se puede hacer una doble clasificación de las enfermedades en naturales y míticas, y en frías y calientes.⁴⁸⁴

Las enfermedades naturales son lesiones físicas producidas por agentes que actúan "desde afuera", que no penetran en el cuerpo ni se apoderan del espíritu del enfermo. Las enfermedades míticas tienen su origen en ámbitos hostiles que producen lesiones permanentes en el alma del enfermo arrebatándole el espíritu, llevándolo fuera del cuerpo y dejándolo vagar en los alrededores mientras el cuerpo va perdiendo progresivamente su vitalidad.⁴⁸⁵

Estas mismas enfermedades también se clasifican en frías y calientes. Es decir, la enfermedad suele percibirse como algo que hace reaccionar al cuerpo a través del frío o del calor. La pérdida de ánimo suele considerarse como una enfermedad fría; en cambio, una infección con temperatura o fiebre es claramente signo de calor, enfermedad febril o infecciosa.⁴⁸⁶

⁴⁸²J. Galinier, "Cosmología e interpretación de la enfermedad", *México Indígena*, núm. 9, marzo-abril de 1986, México, pp. 23-25.

⁴⁸³OPS, "El concepto de salud y enfermedad en comunidades indígenas andinas", *Bol. of Sanit. Panam.*, 103 (4), 1987, pp. 402-404.

⁴⁸⁴*Idem.*

⁴⁸⁵*Idem.*

⁴⁸⁶*Idem.*

Concepciones similares se observan en la medicina tradicional mexicana, las cuales para resolver el estado de ansiedad y los trastornos que ocasiona la enfermedad se han especializado a través de la experiencia empírica. La medicina tradicional constituye el resultado de un proceso de aculturación entre las creencias y práctica de la medicina prehispánica y las de la medicina europea y africana. Mezcla de conceptos basados en el calor, humedad, sequedad y frío, así como los humores a los que se agregaron los mismos y en la actualidad los microorganismos, con lo que se ha incrementado la complejidad de la explicación que da la medicina tradicional sobre las enfermedades, así como la participación de la emotividad y el poder sobrenatural del alma positiva o negativamente.⁴⁸⁷

De la misma forma la especialización de los médicos tradicionales se ha incrementado. En México existen hechiceros (nahuales, sukurúames, iloles), curanderos (17.4 por ciento), parteras (38.8 por ciento), hueseros (12.6 por ciento), yerberos (3.9 por ciento), y otros tipos de terapeutas tradicionales (27.3 por ciento) (rezanderos y limpiadores).⁴⁸⁸

Las medicinas tradicionales no han permanecido estáticas, son dinámicas y se han ido adaptando a las influencias culturales ajenas a su grupo, al descubrimiento de nuevas plantas, en resumen, responden a la dinámica social.⁴⁸⁹ Dado que salud y enfermedad son dos componentes básicos a tomar muy en cuenta en todo programa de desarrollo de la comunidad, el concepto de coordinación multisectorial debe comenzar por la orientación del personal directamente responsable de las actividades de atención primaria. Es necesario para ello tomar en cuenta las necesidades sentidas por una comunidad y también tener pre-

⁴⁸⁷C.F. Martínez, *De los miasmas y efluvios al descubrimiento de las bacterias patógenas. Los primeros 50 años del Consejo Superior de Salubridad*, Bristol-Myers Squibb, México, 1993, pp. 113-150.

⁴⁸⁸Cfr. L.C. Zolla, "Terapeutas, enfermedades y recursos vegetales", *México Indígena*, núm. 9, marzo-abril de 1985, México, pp. 16-19.

⁴⁸⁹L. Herrasti y A. Ortiz, "Entrevista a Andrés Fábregas, Medicina tradicional y cultura indígena", *op. cit.*

sente que "las necesidades de la población no necesariamente están en el área convencional de salud". Los programas de atención se han hecho más flexibles con participación en diversos grados de los médicos tradicionales de las comunidades.⁴⁹⁰

Se considera que las poblaciones rurales en general son las que sufren más enfermedades y al mismo tiempo consumen menor cantidad de atención médica.⁴⁹¹ La OPS señala que cuando una población rural pertenece a un grupo étnicamente distinto a la mayoría de la población, cabe preguntarse en qué medida las diferencias en la utilización de recursos médicos son consecuencia de los valores culturales.⁴⁹² Coincidentemente con la literatura y de acuerdo con una encuesta realizada por el IMSS-Coplamar, el 71 por ciento de los pacientes enfermos en las zonas indígenas y rurales de México, acuden en primer término con alguno de los recursos terapéuticos tradicionales.⁴⁹³

En muchas investigaciones sociológicas y antropológicas realizadas entre 1960 y 1970, se buscaba saber por qué la población indígena utiliza en menor proporción los recursos institucionalizados de salud; la respuesta a esta pregunta era que la cultura tradicional del grupo étnico, y en particular las creencias y prácticas médicas nativas, eran la causa de la resistencia de los grupos a adoptar prácticas de salud y un tratamiento médico moderno.

Esto lleva a señalar que el conocimiento que se tiene de la salud en las comunidades indígenas es incompleto, ya que algunos de los estudios dirigidos a conocer la cultura de la salud en los grupos indígenas son parciales, se enfocan a los efectos de la enfermedad o a los efectos sociales, pero no a ambos. Asimismo, una de las dificultades para mejorar la salud indíge-

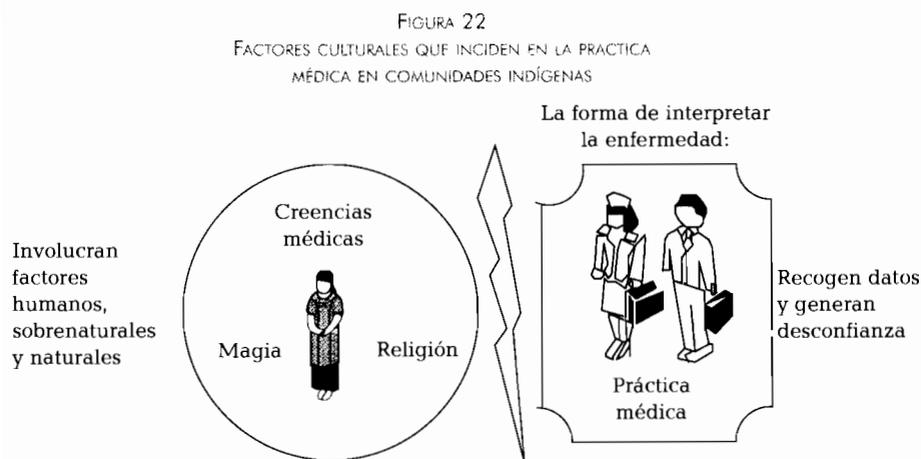
⁴⁹⁰Cfr. S.P.H. Moreno, "Exposición crítica de los enfoques estadounidenses para el análisis de las políticas públicas", *Revista de Administración Pública*, INAP, México, 1993, núm. 84, pp. 9-19. Cfr. DGEIE, *Mortalidad 1990*, DGEIE-SSA, México, 1991. Cfr. P.J. Miranda, *Promoción de la salud*, IMSS-Coplamar, Serie 14, México, 1977, pp. 15-17.

⁴⁹¹Roemer, *Rural Health Care*, Saint Louis-Mosby Co., 1976.

⁴⁹²Cfr. OPS, "Epidemiología y antropología en la atención primaria", *Bol. of Sanit. Panam.*, 95 (2), 1983: 186-189.

⁴⁹³G. Balam, "Medicina indígena en la península yucateca", *México Indígena*, núm. 9, marzo-abril de 1986, pp. 20-21.

na está en la imposibilidad de modificar concepciones, mitos, supersticiones y creencias que caracterizan la cultura indígena⁴⁹⁴ y que en algunos casos pueden ser negativos o no saludables, como la aplicación de cataplasmas en los cordones umbilicales de los recién nacidos, que aumentaba la incidencia de tétanos neonatal. Por otro lado, los investigadores que acuden a las comunidades a realizar levantamiento de datos, investigan, dan información parcial que a veces confunde o genera desconfianza hacia las acciones institucionales (véase figura 22).



Fuente: Diseño conceptual de la autora.

Las limitantes al uso de servicios están constituidas por barreras culturales,⁴⁹⁵ pobreza en la comunidad que les impide asistir y pagar los servicios⁴⁹⁶ y lejanía de las localidades donde están ubicados los centros asistenciales. La falta de acceso a los servicios implica una limitante en la participación plena en la economía nacional y un círculo vicioso de pobreza crónica.

⁴⁹⁴Cfr. P.J. Miranda, "Lineamientos sobre salud pública para poblaciones indígenas", *Informédica*, p. 81.

⁴⁹⁵Cfr. G.L. Young y C.J. Young, "Atención de salud en minorías étnicas rurales. Algunas observaciones antropológicas", *Bol. of Sanit. Panam.*, 95 (4), 1983, pp. 333-342.

⁴⁹⁶Cfr. T. Mc Keown, "El camino hacia la salud. Prioridades en la investigación", *Bol. of Sanit. Panam.*, 107 (3), 1989, pp. 264-269.

Si bien los habitantes de esas comunidades están integrados a la economía nacional por la necesidad de utilizar dinero para obtener mercancías y porque constituyen una reserva de la fuerza laboral necesaria para el desarrollo nacional, estructuralmente están muy apartados de los centros que controlan los recursos económicos y, por lo tanto, no participan de los beneficios de ese desarrollo. Esta marginalidad es la que conduce a los índices inferiores de utilización de los modernos servicios terapéuticos, en la medida en que éstos están orientados hacia las ciudades y se facilitan fundamentalmente sobre una base de pago por servicio.

De esta forma, los sistemas tradicionales de creencias y prácticas médicas, y el recurso de los curanderos indígenas, persisten en gran medida porque satisfacen necesidades que no están cubiertas por otros sistemas, como son el amplio conocimiento de las enfermedades locales y la herbolaria, la calidez, el apoyo psicológico,⁴⁹⁷ el respeto al pudor,⁴⁹⁸ la asistencia a domicilio y la gratuidad o el pago en especie;⁴⁹⁹ aspectos que el sistema oficial de atención de salud no tiene, lo que dificulta su aceptación.⁵⁰⁰

Existen diversas aproximaciones teórico-prácticas que intentan modificar las formas de búsqueda de tratamiento. Por un lado, el modelo de las barreras culturales ha considerado que el cambio en las creencias de la gente es un requisito previo para modificar su comportamiento en relación con la enfermedad. Por otra parte, la perspectiva de marginalidad indica que la creación de verdaderas oportunidades para un cambio en el comportamiento ha de ser la base sobre la cual ocurran después los cambios en las creencias asociadas. La posición de las barreras culturales atribuye la responsabilidad primaria de

⁴⁹⁷Luis G. Benavides, "Medicina indígena: entre la ciencia y la magia", *México Indígena*, núm. 9, marzo-abril de 1986, pp. 30-33.

⁴⁹⁸B.J. Félix y L. Collín, "Antropología y medicina. Programa de solidaridad social por cooperación comunitaria", *México Indígena*, núm. 46, enero de 1981, pp. 55-59.

⁴⁹⁹J. Arias, "Medicina del alma", *México Indígena*, núm. 9, marzo-abril de 1986, pp. 55-59.

⁵⁰⁰B.J. Félix y L. Collín, "Antropología y medicina", *op. cit.*

los bajos índices de utilización de los servicios gubernamentales de salud, a las propias personas; la posición del enfoque de marginalidad atribuye la responsabilidad a los prestadores de la atención.⁵⁰¹

La prevalencia de la enfermedad en las comunidades indígenas ha determinado considerarla una parte de la vida cotidiana, constituye una parte del ciclo al que han de enfrentarse, una calamidad más de la vida. La doctora Raquel Páez que ha trabajado con comunidades indígenas migrantes desde 1987 encontró que los indígenas mazahuas y triquis, que son las comunidades más numerosas en su área de trabajo comunitario,⁵⁰² tienen otras prioridades como la vivienda, la venta de sus artesanías, en fin, la obtención de los medios económicos de supervivencia inmediatos, y que la salud queda relegada, por lo general, en un último plano. En un testimonio que describe casos que le causaron gran impacto y recuerda:⁵⁰³

En 1987, cuando iniciamos el programa de hidratación oral en las calles de la Merced, dábamos pláticas ambulantes de control de diarreas, tratamiento oportuno y el uso del "vida suero oral"; buscábamos intencionadamente casos e invitábamos a las madres de familias urbanas y a las mazahuas y triquis a que escucharan las conferencias y nos permitieran revisar a sus niños, la mayor parte del tiempo las madres de familia migrantes se negaban y aunque viéramos que sus niños estaban evidentemente enfermos, no lográbamos convencerlas de acudir a la consulta en el centro de salud que se encuentra caminando a cinco o diez minutos. La mayor parte de las veces nos decían que luego iban, que tenían que trabajar.

Con las mujeres mazahuas tuvimos un gran avance, pronto logramos que nos tuvieran confianza, tal vez porque tenían muchos años en la ciudad de México, estaban ya muy urbanizadas

⁵⁰¹Cfr. G.L. Young y C.J. Young, "Atención de salud en minorías étnicas rurales", *op. cit.*

⁵⁰²V.R. Bengochea, "Trabajo médico en comunidades indígenas. Entrevista con la doctora Raquel Páez Balderas", *Boletín de los Servicios de Salud Pública en el D.F.*, vol. 1, núm. 1, enero-febrero de 1994, pp. 14-15.

⁵⁰³A.M. Victoria J., Entrevista actual a la doctora Raquel Páez Balderas encargada del Programa de Atención a la Población Indígena (PAPI) en la Jurisdicción Sanitaria Venustiano Carranza, 2000.

y eran empresarias; tenían su empresa "Flor de Mazahua" en un local arriba del mercado donde tenían su taller de artesanías, trabajaban, comercializaban, tenían una independencia económica, aunque limitada. Cuando las conocí ya habían tenido en sus instalaciones un consultorio médico totalmente equipado, atendido por un herbolario, constantemente iban y venían del Barrio del Pintado, San Felipe del Progreso a México, el médico los ayudaba allá y desde el principio me invitaron. Fui con ellas hasta su pueblo y establecimos una "Casa de Hidratación Oral", me tenían ya lista una avalancha de enfermos a los que pudimos atender y su "Casa de Hidratación Oral" se quedó. Generosamente, la comunidad la sostiene y con sus recursos tradicionales y los sobres de hidratación oral, han logrado mitigar la gravedad de los casos de diarrea.

Más adelante, en 1992, a fuerza de verme diariamente e insistir en hablar con ellas, empecé a entablar amistad con algunas de las mujeres triquis y me enteré que varios de los niños que veíamos enfermos en el día y que no nos permitían tratar, fallecían durante la noche y se los llevaban a enterrar a su pueblo envueltos en el rebozo, con un aire de resignación y naturalidad. Así lo quería Dios. Nunca entré en contradicción con sus creencias porque de otra forma, no hubiera logrado convencerlas de asistir a consulta y establecer las medidas educativas de higiene mínimas. Nuestro trato siempre fue de mutuo respeto.

Cuando un varón de la comunidad triqui de La Merced, el señor Simón, evitó que me atacaran los perros del terreno donde se ubica la comunidad, me permitió pasar a su casa y ver a sus hijas, sentí que finalmente había logrado romper la barrera de la desconfianza. Me confesó que no les gusta recibir mucho a trabajadores institucionales, no importa su adscripción o especialidad, desconfían de sus motivos, sus intenciones generalmente son usarlos para beneficio de sus instituciones, no traen ninguna ayuda a las personas o la comunidad. Fue la primera familia triqui que acudió al centro de salud a consulta, a la que pudimos darle el servicio.

Luego de esta primera familia, pude entrar con mi enfermera e iniciar pequeñas actividades en la comunidad, detección de enfermos y su traslado al centro de salud para completar los estudios o los tratamientos, algunas recomendaciones sobre el saneamiento del terreno de la comunidad.

Un día recién que inicié mis actividades en la comunidad, me llevaron a ver a un enfermo que estaba en cama, muy deteriorado físicamente, evidentemente muy enfermo, le pregunté qué tenía y

me dijo "la enfermedad ésa", yo le pregunté ¿cuál?, y me insistió "ésa" con un tono extraño, le dije ¿SIDA?, asintió con su cabeza, le pregunté ¿cómo podía estar seguro?, me contestó "yo sé". Fue la última vez que lo vi, lo tenían aislado, y la comunidad lo veía con desprecio; él se fue de repente de la comunidad y nadie supo a dónde, ni si falleció o no.

Otra ocasión había un niño con desnutrición de tercer grado, fue derivado a la institución Cruz Blanca, que atiende a niños con estado de desnutrición avanzada y los recupera. El niño estuvo internado dos meses y regresó a su casa, sus padres estaban convencidos de que al niño no le gustaba la casa, por eso se enfermaba, nuevamente recaía y volvían a internarlo, lo recuperaban y regresaba a su casa, hasta que murió. Cuando hablé con ellos me explicaron que eso era natural, puesto que al niño no le gustaba estar con ellos en esa casa. Ese caso todavía me duele y me preocupa que pueda repetirse.

En 1994, alguna vecina de la comunidad triqui me avisó que había una recién nacida enferma, pasé a saludar a la mamá, una niña de quince años, y me costó mucho trabajo que me dejara ver a la bebé, después de un buen rato, me dijo que a la niña "se le salía la leche por la nariz", me dejó verla y encontré una tumoración en la parte superior de la nariz, y al parecer la tumoración impedía que respirara adecuadamente y que deglutiera, por eso se le salía la leche. Le dije que había que llevarla con el especialista y se negó, casi me echó de su casa, decía que estaba bien y que había que esperar lo que fuera. Busqué a Juan Méndez (†qepd), líder de la comunidad, le expliqué que la niña estaba grave y que había que llevarla al hospital, que por favor hablara con la mamá de la niña para convencerla.

Juan Méndez convocó a una reunión de la comunidad para que los mayores se encargaran de analizar la situación y ayudaran a definir si era necesario llevar a la niña al hospital o no. Después de mucho discutir e insistir con la mamá, se logró convencerla y que las recibieran en el Hospital Infantil de México, donde la licenciada Silvia Leyva nos ayudó para que les facilitaran los trámites y no hicieran difícil el internamiento, yo temía que en cualquier momento la mamá se llevara a la niña. Finalmente la internaron, le hicieron los primeros estudios y encontraron que no era una tumoración, sino un defecto en la base del cráneo que permitía la salida de las meninges y de la masa cerebral hacia la nariz, había que operarla.

En cuanto la mamá supo que había que operarla, se llevó a su niña, sin avisar, sin tomar opinión de nadie y con la preocupación de todo el servicio. Volví a buscarla a la comunidad, volvimos a hablar con Juan Méndez a enviarle los documentos de los médicos para que estuvieran conscientes de la gravedad de la enfermedad y el riesgo; de cualquier forma, inclusive operándola temían que tuviera secuelas. Otra vez, una gran labor de convencimiento para que pudiera llevar a la niña al hospital y finalmente operarla. Afortunadamente, todo salió bien y la niña no tuvo daño cerebral. Ahora el problema es convencer a la mamá de que hay que reoperarla para completar la curación.

Hace poco íbamos por la avenida Congreso de la Unión rumbo a la comunidad cuando nos encontramos una familia triqui que llevaba dos niños, se detuvieron a saludarnos y vi a uno de sus niños, como de un año y medio y lo encontré muy amarillo, con aspecto enfermo, le pedí que me dejara verlo con más cuidado y lo encontré con ictericia muy intensa, la mamá dijo que sí, que así había amanecido, le pedí que lo lleváramos al hospital ya que estaba muy grave. De inicio se negaron porque tenían que ir a trabajar, además no tenían dinero para pasajes, nosotras tampoco llevábamos ni bolsa ni dinero. De repente pasó una patrulla y le hicimos señales para que se detuviera, paró y nos preguntaron si teníamos algún problema, le expliqué que el niño estaba muy grave y que había que llevarlo al hospital. Preguntaron a qué hospital lo queríamos llevar, al infantil de Coyuya respondí, nos subieron y nos llevaron; al bajar, el papá de los niños le preguntó si debía algo, y le contestaron que no, que era parte de su trabajo. Ingresaron al niño de inmediato, la mamá se quedó con los niños y el papá se fue a trabajar. El niño se quedó internado dos meses hasta que falleció por la gravedad de su enfermedad hepática.

En estos 13 años de trabajo comunitario con población indígena he visto día a día el cambio en los conceptos de los indígenas hacia sus enfermedades y las prioridades que tenían. En un principio las enfermedades no eran atendidas, las dejaban avanzar hasta que tenían complicaciones muy graves, muchas veces irreversibles y no acudían a ninguna institución.

Cuando inicié las actividades, para ellos las diarreas y las infecciones respiratorias eran normales, no había ninguna preocupación por la evolución o avance de ellas; esa situación ha cambiado, ya se atienden en las primeras fases de la enfermedad, acuden a la consulta, solicitan los sobres de suero oral por su cuenta y ahora son contados los casos de diarrea con complicaciones graves. De la

misma forma, las infecciones respiratorias son una causa frecuente de consulta médica, les preocupa que se les "vaya a podrir el oído" cosa que antes era muy frecuente, veíamos muchos casos de supuración del oído y nadie se asustaba, ahora las propias madres de los niños me piden saber si el oído está bien. Este es un avance muy grande, sin embargo, enfermedades como la parasitosis intestinal, las parasitosis de la cabeza y el alcoholismo son cotidianas, todavía no hemos logrado los mismos avances que en las dos anteriores, pero seguimos insistiendo. Sin embargo, desde que los conozco, tienen mucho temor a enfermedades como la diabetes y el cáncer, al parecer ya desde sus pueblos habían tenido familiares con esas enfermedades a las que consideran nuevas y al ver lo devastadoras que son, han generado mucho miedo en la comunidad.

En México, se tienen algunos ejemplos de las experiencias de trabajo conjunto con presencia de medicina tradicional y medicina occidental en forma simultánea, en los que el INI ha tenido una participación de coordinación de las agrupaciones de médicos tradicionales y la medicina institucional ha sido brindada a través de la Secretaría de Salud, en estados como Oaxaca, Chiapas, Puebla y Chihuahua.

En Cuetzalan del Progreso, sierra norte de Puebla, municipio con 45,000 habitantes, de los cuales 80 por ciento son indígenas, el INI, alrededor de 1990, estableció un hospital mixto atendido por personal del INI y por médicos tradicionales indígenas de la Organización Nahua-Totonaca de la región Cuetzalteca, que proporciona atención médica (cirugías programadas, apoyo de la Secretaría de Salud para el Programa de Tuberculosis y el IMSS-Solidaridad para el traslado de pacientes al hospital de Zacapoaxtla en caso necesario),⁵⁰⁴ atención académica y científica, así como medicina indígena tradicional, además, se han desarrollado investigaciones médicas y botánicas.⁵⁰⁵ Este hospital concluyó su transferencia de servicio a la Secretaría de Salud en 1999.⁵⁰⁶

⁵⁰⁴www.sedesol.gob.mx

⁵⁰⁵www.socbot.org.mx/resumenes

⁵⁰⁶www.ini.gob.mx/ini/progra05_2html

En 1991 se crearon otros modelos semejantes en regiones indígenas. El Programa Regional de Salud en el municipio de El Nayar, Nayarit, donde se creó el hospital rural mixto de Jesús María, en la región cora-huichol, posteriormente el de Calpulalpan (Oaxaca) y Yaxcabá (Yucatán). También existen otras clínicas de médicos tradicionales como la San Juan Chichicaxtepec en la zona mixte de Oaxaca y más de 100 farmacias comunitarias.⁵⁰⁷

De forma exclusiva de medicina tradicional, desde 1990 funciona en San Cristóbal de las Casas el Centro de Desarrollo de la Medicina Tradicional Maya, de la Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas (OMIECH).⁵⁰⁸

En 1994, el IMSS-Solidaridad estableció un acuerdo de colaboración para el fortalecimiento y desarrollo de la medicina indígena tradicional en el contexto de la atención primaria de salud con el Consejo Estatal de Médicos Indígenas Tradicionales de Oaxaca que agrupa 19 organizaciones de tipo médico, con esto se consolidan los esfuerzos por integrar de forma respetuosa y más eficiente los recursos de ambas medicinas.⁵⁰⁹

Para el reconocimiento y sistematización de la atención a las virtudes de la medicina tradicional mexicana han existido algunos esfuerzos, como la creación en 1888 del Instituto Médico Nacional para el estudio de la flora medicinal mexicana y su eventual incorporación a la terapéutica nacional,⁵¹⁰ sin embargo, ese esfuerzo no fructificó. Ya en el siglo xx, en 1975, se creó el Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales (Imeplan) que en 1980 pasó a formar parte del área de investigación médica del IMSS y que funciona hasta la fecha.⁵¹¹

Aunque se ha tratado de difundir el conocimiento que generó la investigación sobre las plantas medicinales, a través del

⁵⁰⁷www.sedesol.gob.mx

⁵⁰⁸www.sedesol.gob.mx

⁵⁰⁹Cfr. IMSS-Solidaridad, *Acuerdo de colaboración para el fortalecimiento de la medicina indígena tradicional*, IMSS-Solidaridad-CEMIT, México, 1995, 17 pp.

⁵¹⁰A.E. Rivera, "Investigación reciente sobre plantas medicinales mexicana", *Arqueología Mexicana*, vol. VII, núm. 39, México, 1999, pp. 54-59.

⁵¹¹A.E. Rivera, "Investigación reciente sobre plantas medicinales mexicana", *op. cit.*

propio IMSS-Solidaridad, con un esquema sencillo y sustentado científicamente, no se ha logrado sobrepasar todavía el conocimiento empírico de los médicos tradicionales y tampoco se ha logrado modificar notablemente la actitud negativa de los médicos modernos hacia la medicina tradicional.⁵¹²

En otro campo, el de las parteras empíricas o tradicionales, sí ha habido una gran evolución, ya que no sólo se les ha reconocido, sino que en muchos casos se ha mejorado la eficacia y calidad de su atención mediante la capacitación. Esos elementos miembros de la comunidad ya capacitados se han transformado en un gran apoyo para los programas de extensión de cobertura, no sólo en el campo de atención de mujeres embarazadas y parto, sino con la aplicación de las acciones más elementales de salud.⁵¹³ Su participación ha sido documentada como de gran ayuda y cada vez más eficiente como lo señala la participación en las reuniones de evaluación de planificación familiar⁵¹⁴ y en las dos reuniones nacionales de Vigilancia Epidemiológica Simplificada.⁵¹⁵

Las parteras empíricas se han empleado como auxiliares de salud, el primer eslabón en la estrategia de extensión de cober-

⁵¹²Cfr. T.R. Pérez, "La medicina alopática y las otras medicinas", *México Indígena*, núm. 18, marzo de 1991, pp. 16-20.

⁵¹³Cfr. SSA, *El perfil de la partera tradicional*, Organización Panamericana de Salud-Secretaría de Salud, México, 1994, 139 pp.

⁵¹⁴El Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000, establece que la información y prestación de servicios deberá realizarse atendiendo a la diversidad cultural y étnica del país. Con el objetivo de implementar un programa de salud reproductiva en comunidades indígenas, la Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Salud Reproductiva, convocó a un taller nacional para definir los lineamientos y estrategias de acción en conformidad con sus tradiciones culturales y costumbres. El taller se llevó a cabo en Oaxaca en julio de 1994 con la activa participación de las instituciones del Sector Salud, la Secretaría de Educación Pública, el Instituto Nacional Indigenista, el Consejo Nacional de Población, el Colegio de México, universidades e institutos de investigación, organizaciones no gubernamentales y representantes de organismos internacionales.

La prestación de servicios de salud reproductiva en comunidades indígenas, incluye dos estrategias participativas, con el propósito de motivar a la gente que funjan como agentes de cambio de los servicios de salud, fomentando el trabajo coordinado entre todos los involucrados, para la disminución de problemas de salud en sus comunidades, identificando su problemática y resolviéndola con esfuerzos coordinados entre la población indígena, los curadores comunitarios y los prestadores de servicios institucionales (Dirección General de Salud Reproductiva. <http://cenids.ssa.gob.mx/dgstr/>).

⁵¹⁵SSA, *Memoria de la Segunda Reunión Nacional de Vigilancia Epidemiológica Simplificada*, Guanajuato, México, 1990, 150 pp.

tura, mediante la cual se hacen llegar las acciones sanitarias a las comunidades más alejadas con una población calculada de 150 a 300 personas. El o la auxiliar de salud es un personaje de la localidad que se elige en asamblea comunitaria, recibe capacitación sobre el programa, el paquete básico,⁵¹⁶ la logística de aplicación y el sistema de información.⁵¹⁷

En el Programa de Atención a la Población Indígena implantado en 1994 en la Dirección General de Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal, se identificaron las necesidades sentidas por la población. Una de ellas fue la capacitación de algún voluntario de la comunidad en "primeros auxilios". Para solucionarlo, se les ofreció capacitar uno o varios voluntarios como promotores de salud a través del Programa "La Salud Empieza en Casa"; la comunidad designó para que se capacitara a una de las madres de familia, partera tradicional joven, con preparación de secundaria completa y que cumplía las funciones de intérprete ante el personal de salud, quien completó su preparación, colaboró ampliamente en la difusión de los mensajes de salud y atención de la comunidad combinando sus técnicas tradicionales y los nuevos conocimientos.⁵¹⁸

También se ofreció a las comunidades capacitar a las parteras tradicionales en la atención higiénica del parto con un programa teórico y práctico con sede en el Centro de Salud y avalado por la Dirección General de Atención Materno-Infantil. Del grupo triqui, al inicio dos parteras de edad avanzada se negaron a asistir sin embargo, poco a poco se les insistió y con-

⁵¹⁶El paquete básico de servicios de salud es un conjunto de 12 estrategias de salud diseñadas para contener los daños con mayor prevalencia en la población: saneamiento básico a nivel familiar, planificación familiar, atención prenatal, del parto y puerperio y del recién nacido; vigilancia de la nutrición y crecimiento infantil, inmunizaciones, manejo de casos de diarrea en el hogar, tratamiento antiparasitario a las familias, manejo de infecciones respiratorias agudas, prevención y control de la tuberculosis pulmonar, prevención y control de la hipertensión arterial y de la diabetes mellitus, prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones, capacitación comunitaria para el autocuidado de la salud (SSA, *Programa de ampliación de cobertura. Lineamientos de operación*, México, 1996, 127 pp.).

⁵¹⁷*Op. cit.*, SSA, *Programa de ampliación de cobertura. Lineamientos de operación*.

⁵¹⁸A.M. Victoria J. y B.R. Páez, Programa para la Atención a la Salud de la Población Indígena en el D.F., Congreso de Otopames, Museo Nacional de Antropología e Historia, México, 1998.

venció con la ayuda de la partera-intérprete y se capacitaron las tres en un curso de tres meses.

Las tres parteras capacitadas continúan utilizando sus mecanismos tradicionales de atención, mediante herbolaria y la atención tradicional del parto; sin embargo han incluido los conocimientos adquiridos en sus capacitaciones,⁵¹⁹ básicamente la atención higiénica del parto y la detección oportuna de complicaciones, además, apoyan a sus comunidades de origen, ya que regresan continuamente y sus conocimientos también se aplican allá, inclusive más que en la ciudad.⁵²⁰

En los documentos revisados se encuentra una mención constante de la integración de voluntarios de la comunidad a los servicios de salud y su utilidad. Se identificó⁵²¹ que existe disponibilidad al trabajo comunitario en salud; se pueden entrenar en ciertas actividades, sobre todo las de promoción, como son educación para la salud, una mejor nutrición, manejo adecuado del agua y saneamiento ambiental, atención materna e infantil, vacunación, prevención, tratamiento y control de enfermedades endémicas, así como de enfermedades y lesiones sencillas.⁵²² Aunque es de esperarse que sean muy útiles como elementos de introducción de la participación comunitaria en salud

⁵¹⁹*Idem.*

⁵²⁰Ya que por el incremento en el robo de infantes, las madres de familia prefieren obtener la atención y documentación del hospital, para poder realizar en forma más sencilla el registro de los niños, lo que con las parteras tradicionales es un trámite de gran complejidad.

⁵²¹WHO, *Traditional Healers as Community Health Workers*, SHS/DHS/91.6. World Health Organization, Geneva, 1991, 39 pp.

⁵²²OPS, *Participación de la comunidad en la salud y el desarrollo en las Américas. Análisis de estudios de casos seleccionados*, Publicación científica 473, OPS, Washington, EUA, 1984, 91 pp.

W. Scott, "Community-based health reporting", *Rapp. Trimest. Statist. Sanit. Mond.*, núm. 41, 1988, pp. 26-30.

Poder Ejecutivo Federal, *Programa Nacional de Salud. 1984-1988*, México, 1984, 306 pp.

INI, *Manual para médicos indígenas*, INI, UNICEF, Gobierno del Estado de Oaxaca, México, 1990, 296 pp.

WHO, *The Role of the Division of Strengthening of Health Services in response to the Changing Needs of Countries*, WHO, Geneva, 1994, 29 pp.

E. Tarimo, y E.G. Webster, *Primary Health Care Concepts and Challenges in a Changing World. Alma-Ata revisited*, WHO/ara/cc/97.1, World Health Organization, Geneva, 1996, 118 pp.

SSA, *Programa de ampliación de cobertura. Lineamientos de operación*, op. cit.

y de acciones de salud, para continuar el desarrollo, es necesario que se haga una evaluación de la efectividad de sus acciones en ámbitos rural, urbano o indígena, específicamente, sensibilización de la comunidad, extensión de la educación para la salud, mejoramiento de su medio a través de acciones de saneamiento básico y mejoramiento ambiental y apoyo en medidas básicas de diagnóstico y tratamiento. Asimismo, tienen gran interés en seguirse capacitando y recibir apoyo de los servicios de referencia.⁵²³ Quedaría pendiente realizar la evaluación de los voluntarios indígenas, específicamente para determinar el impacto de sus acciones y reacción de la comunidad.

Aún resta el reconocimiento abierto y la legalización de los médicos tradicionales mediante el aval y reconocimiento institucional, como ha sido el caso de las parteras tradicionales⁵²⁴ y los refuerzos periódicos,⁵²⁵ además de mucho trabajo por consolidar para poder tener una coexistencia eficiente, ya sea integrados o no a las estructuras institucionales.

La OPS organizó un congreso en el que se realizó una evaluación de las diferentes formas culturales que asume la medicina tradicional en América Latina y el Caribe,⁵²⁶ y se señaló la importancia que ésta reviste para la utilización de los servicios de salud, por parte de la población. De él se desprendieron algunos objetivos fundamentales para futuras acciones en relación con el desarrollo de formas alternativas de organización de los servicios de salud y de participación de la comunidad:

1. formular recomendaciones para la cooperación técnica;
2. revisar las tendencias en investigación y formular recomendaciones para países y programas;
3. analizar las estrategias de sobrevivencia de las poblaciones rurales y periurbanas en relación con las crisis económicas, con las

⁵²³WHO, *Traditional Healers as Community Health Workers*, SHS/DHS/95.6, World Health Organization, Geneva, 1995, p. 141.

⁵²⁴Cfr. INI, "Foro sobre reconocimiento y legalización de la medicina tradicional", *México Indígena*, núms. 16-17, enero-febrero de 1991, p. 13.

⁵²⁵Entrevista a Maricela Navarrete, especialista en Atención Materno-Infantil y el Programa de Parteras Empíricas, Dirección General de Servicios de Salud Pública del D.F., 1990-1996.

⁵²⁶OPS, "Cultura médica tradicional", *Bol. of Sanit. Panam.*, 96 (2), 1984, pp. 180-181.

situaciones de conflicto, la expansión de la agricultura y de la explotación de los recursos naturales, y

4. Revisar las pautas de migración y aculturación.

En ese foro, al analizar los modelos bioculturales y su uso potencial en la articulación entre los datos biológicos y los datos psicológicos, sociales y culturales, se hace hincapié en la importancia de la estructura de los sistemas tradicionales para las estrategias de atención de salud, la medicina clínica y preventiva y el adiestramiento de recursos humanos.⁵²⁷

Los esfuerzos por flexibilizar los criterios exclusivamente alópatas e institucionales y permitir la interacción de la medicina occidental con la medicina tradicional, aún son limitados por problemas persistentes:⁵²⁸

- No se les reconoce e inclusive se les persigue. Entre la población mestiza existe mucho desconocimiento del trabajo de los médicos tradicionales, hay confusión entre las actividades de un médico tradicional y los brujos, es cierto que ambos trabajan en muchas ocasiones con herbolaria, pero sus actividades son muy distintas; sin embargo, la mayoría de la población no indígena no distingue la diferencia y aplica los mismos calificativos y actitudes de desaprobación a ambos.⁵²⁹ Esta situación tiene un origen antiguo, el Tribunal de la Santa Inquisición tenía una clasificación no muy clara de delitos como:⁵³⁰
 1. hechicería, superstición, embuste;
 2. curandería, hierbas, suciedad y alcahuetería;
 3. agorería, sortilegio y adivinación;
 4. maleficio e inducción a él;
 5. brujería, pacto, trato y comercio con el diablo;
 - 6) blasfemias, apostasía, idolatría.
- No existe apoyo para la difusión de los jardines botánicos.⁵³¹
- Los coyotes y caciques en muchas comunidades multan a los practicantes por curar aduciendo que se trata de una actividad ilegal.⁵³²

⁵²⁷OPS, "Cultura médica tradicional", *Bol. of Sanit. Panam.*, 96 (2), 1984, pp. 180-181, *op. cit.*

⁵²⁸V.I. Cardeña, "Primer Congreso de Médicos Indígenas", *Boletín iniindigenista*, México, año 2, núm. 4, enero-febrero de 1990, pp. 2-4.

⁵²⁹Testimonios de los médicos indígenas en el II Congreso de Médicos Indígenas en el Palacio de Medicina, México, D.F., 1992.

⁵³⁰B.M.C. Anzures, *La medicina tradicional en México. Proceso histórico, sincretismos y conflictos*, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1989, 214 pp.

⁵³¹V.I. Cardeña, "Primer Congreso de Médicos Indígenas", *op. cit.*

⁵³²*Idem.*

- Los médicos alópatas se pelean con ellos. Al ser médicos tradicionales, los médicos alópatas los desprecian, desconocen sus métodos de trabajo y los desautorizan *a priori*.⁵³³ Una de las médicas tradicionales señaló que su casa está junto al centro de salud donde una pasante estaba llevando a cabo su servicio social. La médica tradicional se había acercado a la médica pasante y la había invitado a su casa a tomar café, a platicar, a limar las asperezas y dejarle saber que cada una tiene su campo de atención y pueden ser complementarios, en la fecha del congreso estaba esperando ver los resultados.⁵³⁴
- Cuando las autoridades son de otras religiones como los evangélicos o testigos de Jehová o de grupos como Visión Mundial, impiden la aplicación de sus sistemas curativos y los prohíben al resto de los miembros de la comunidad.⁵³⁵
- Se les acusa falsamente de narcotráfico por el uso de hierbas medicinales.⁵³⁶

Consideran que es necesaria la capacitación con medidas prácticas de la medicina occidental, la legalización de la medicina indígena y el reconocimiento real de todas las instituciones como el INI, la SSA, el IMSS.⁵³⁷

PARTICIPACIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL

Las organizaciones civiles en México

Las organizaciones civiles (OC), según Luis Méndez, tienen una larga historia en México, que él divide en cuatro periodos.⁵³⁸ El primer periodo va del siglo XIX a los años cincuenta, en que participaron las organizaciones asistenciales dedicadas a la educación y protección social, en su mayoría instituciones de asis-

⁵³³B.M.C. Anzures, *La medicina tradicional en México*, op. cit.

⁵³⁴Testimonios de los médicos indígenas en el II Congreso de Médicos Indígenas en el Palacio de Medicina, México, D.F., 1992.

⁵³⁵V.I. Cardeña, "Primer Congreso de Médicos Indígenas", op. cit.

⁵³⁶*Idem*.

⁵³⁷B.J. Félix y L.Collin, "Antropología y medicina. Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria", *México Indígena*, México, núm. 46, enero de 1981.

⁵³⁸M.J.S. Méndez, "El tercer sector y las organizaciones civiles en México. Evolución reciente y perspectivas", *Sociedad Civil. Análisis y Debates*, México, vol. II, núm. 1, 1997, pp. 103-124.

tencia privada (IAP) relacionadas con la Iglesia católica; el segundo empezó en los años sesenta, posterior a la crisis de 1968; el tercero a finales de los años ochenta, posterior a las elecciones de 1988; y el último a partir de 1994, posterior a la crisis del mismo año, todos coincidentes con hechos políticos de gran trascendencia en México.

Las instituciones de asistencia privada (IAP) cuentan con un estatus legal, las rige la Ley de Asistencia Privada de cada entidad federativa, y están controladas por sus consejos que verifican que los recursos sean canalizados hacia actividades no lucrativas.⁵³⁹

Según la Secretaría de Gobernación, en 1994 había alrededor de 150 IAP en México, incluidos los partidos políticos. Todas estas organizaciones están exentas del pago de impuestos y obligaciones establecidas en la ley del ramo para el Distrito Federal, y pueden dar recibos deducibles de impuestos por las donaciones que reciben. Existen otras denominaciones con las que se hace referencia a ellos como son: organizaciones no gubernamentales (ONG), organizaciones de la sociedad civil (OSC), organizaciones de servicio u organizaciones civiles de desarrollo (OCD).

Cualquiera que sea el nombre que se les otorgue, su significado es "un grupo de ciudadanos organizados para actuar en el campo de lo público".⁵⁴⁰ La mayoría están organizadas legalmente bajo la denominación de asociación civil (AC), sin embargo, otras se encuentran organizadas *de facto* sin un respaldo legal.

El Centro Mexicano para la Filantropía es una organización que desde 1988 promueve la participación de la sociedad organizada, cuenta con directorios y hoja electrónica en internet para la consulta de las organizaciones filiales inscritas, en 1995 enlistó 2,300 y en 1999 cerca de 5,000;⁵⁴¹ los campos de intervención de esas organizaciones son muy variados, por ejemplo, derechos humanos, medio ambiente, educación, salud, ayuda a

⁵³⁹*Idem.*

⁵⁴⁰V.E. Brito, "Sociedad civil en México. Análisis y debates", *Sociedad Civil. Análisis y Debates*, México, vol. II. núm. 1, 1997, pp. 185-204.

⁵⁴¹Cemefi, *Acerca del Cemefi*. www.cemefi.org

los pobres, desarrollo rural, desarrollo micro-empresarial, derechos de las mujeres, vivienda, asistencia a refugiados.

Las organizaciones civiles tienen objetivos nobles en su ideario y están orientados a la ayuda a la comunidad. Dada su gran apertura no existe una garantía de que todas sean legítimas o que su participación paralela al ejercicio gubernamental sea más eficiente que este último.⁵⁴² Sin embargo, constituyen un recurso real que cada día va tomando mayor fuerza y reconocimiento de modo que se ha convertido en un nuevo sector social que responde a la crisis de falta de beneficios en sectores marginados de la sociedad.⁵⁴³

Este sector cuenta además con el interés de los voluntarios ciudadanos como una nueva forma de participación social, que brinda a las organizaciones civiles o no gubernamentales características de versatilidad que el aparato gubernamental no puede tener tan fácilmente, flexibilidad para reaccionar y adaptarse, independencia relativa para asumir nuevas tareas ignoradas por otros, confianza de la sociedad, accesibilidad y receptividad por su contacto estrecho con la comunidad.⁵⁴⁴

Entre las principales características de estas organizaciones se encuentran:⁵⁴⁵

- Atención de necesidades sociales trabajando por el bien común.
- En su mayoría están institucionalizadas y tienen personalidad jurídica.
- Institucionalmente privadas, separadas del gobierno. No pertenecen al aparato gubernamental.
- Son no lucrativas.
- Son autogobernables.
- Convocan al trabajo voluntario ya sea a nivel de consejo y, o a nivel del personal.

⁵⁴²M.P. Zorrilla, Seminario de Investigación para el Desarrollo, FCPYS-UNAM, México, 1998.

⁵⁴³Cemefi, *Acerca del Cemefi*. www.cemefi.org

⁵⁴⁴*Idem*.

⁵⁴⁵V.E. Brito, "Sociedad civil en México. Análisis y debates", *op. cit.*

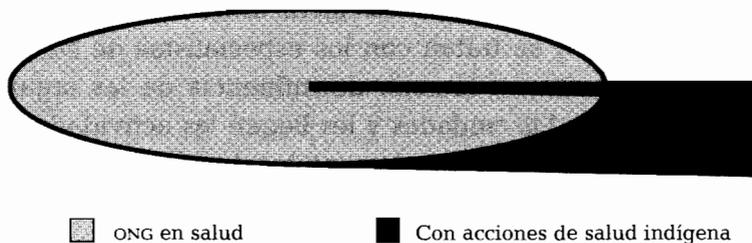
Entre sus retos se encuentra la necesidad de regulación jurídica, ya que actualmente la reglamentación que las controla es dispersa y discrecional. Además tienen una falta de profesionalización.⁵⁴⁶

La participación de la sociedad civil en la salud indígena

El importante papel que juegan estas agrupaciones es innegable, son una forma básica de participación popular, gestión y representación, tienen ciertas ventajas por su forma de operar y los apoyos a los que tienen acceso.

Con base en la información que se tiene del Cemefi, se encontró que existen 1,271 agrupaciones que realizan acciones de salud, reconocidas en sus estatutos y de ellas sólo el 2 por ciento están orientadas a brindar apoyos para promover la salud indígena (véase figura 23).

FIGURA 23
ACTIVIDADES DE SALUD INDÍGENA DENTRO DE
LAS ONG DEDICADAS A SALUD



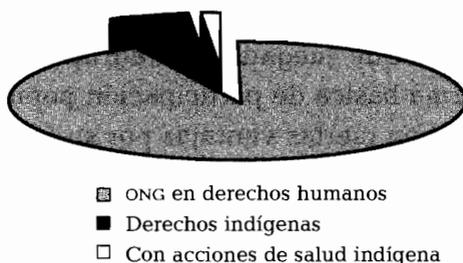
Fuente: Cemefi, Acerca del Cemefi, www.cemefi.org

Las organizaciones dedicadas a la promoción de los derechos humanos han ido extendiendo su ámbito de acción hacia otros problemas prioritarios de las comunidades. Entre ellas se buscaron las dedicadas a apoyar a grupos indígenas específicamente en el

⁵⁴⁶Cemefi, *Acerca del Cemefi*. www.cemefi.org

campo de la salud, y se encontraron 485 organizaciones, de las cuales el 6 por ciento se dedican a apoyar los derechos indígenas, y específicamente de salud el 1.4 por ciento (véase figura 24).

FIGURA 24
ONG DEDICADAS A DERECHOS HUMANOS Y SU RELACIÓN
CON DERECHOS INDÍGENAS Y SALUD INDÍGENA



Fuente: Cemefi, *Acerca del Cemefi*, www.cemefi.org

SITUACIÓN ACTUAL DE LA POBLACIÓN INDÍGENA EN MÉXICO

Los indígenas habitan en comunidades dispersas con cierta interdependencia con el núcleo rector, poseen una cultura distinta a la nacional. Sus creencias y prácticas médicas derivan de conceptos mágico-religiosos y se tratan con los especialistas de su propia comunidad; constituyen la zona de influencia de las organizaciones de salud de las ciudades y les llegan las actividades eminentemente preventivas y las elementales de orden curativo.

En el campo indígena, la atención del enfermo y de la parturienta se llevan a cabo en el ambiente hogareño. No existe la posibilidad de una intervención quirúrgica oportuna y sólo en los casos de lesiones que implican la comisión de un delito, se ven obligados a aceptar la atención impersonal del hospital de la urbe.⁵⁴⁷

Uno de los primeros estudios sistemáticos y completos sobre la salud de los grupos indígenas fue realizado y publicado en 1992,⁵⁴⁸ abarcó 542 municipios del país cuya población está

⁵⁴⁷G. Aguirre B., *Programas de salud en la situación intercultural*, op. cit.

⁵⁴⁸A.J. Sepúlveda, P.M. Bronfman, A. Embriz et al., *La salud de los pueblos indígenas en México*, SSA e INI, México, 1992, 42 pp.

compuesta por 40 por ciento o más de hablantes de alguna lengua autóctona, señala que la población indígena de nuestro país vive en condiciones notablemente más precarias que el resto de la sociedad nacional.

Estos resultados coinciden con otros obtenidos en diversos análisis sociodemográficos realizados en México.⁵⁴⁹

Para el 2002, la situación de rezago persiste, en los hogares indígenas los niños, las mujeres y los ancianos viven en condiciones de mayor riesgo; por ejemplo, la mortalidad infantil es 58 por ciento mayor a la promedio del país, la desnutrición crónica es del 44 por ciento de los menores de cinco años en comparación con el 17.7 por ciento nacional, las muertes maternas de las mujeres indígenas triplican a las de mujeres no indígenas y la esperanza de vida es cuando más de 69 años en comparación con los 74 años del promedio nacional.⁵⁵⁰

De acuerdo con el Censo Rápido de Población de 1995, la población indígena era de 6'411,972 que representaba el 7.9 por ciento del total nacional, con una tasa anual de crecimiento de 2.7 por ciento durante el periodo 1970-1990.⁵⁵¹ Convencionalmente el territorio indígena se considera perteneciente al ámbito rural sin una diferenciación específica. Los estudios y estimaciones de datos se realizan al considerar a los municipios con presencia indígena y a los municipios de alta concentración indígena. Las cifras de población indígena más actualizadas según diversas fuentes son las siguientes:

- 5.3 millones de hablantes de alguna lengua indígena en 1990.⁵⁵²
- 5.48 millones en 1995.⁵⁵³

⁵⁴⁹H.P. Fernández, *Elementos para una caracterización socioeconómica de la población indígena*, CEPS-SSA, México, 1994, p. 2.

H.P. Fernández, *La mortalidad infantil indígena en 1990: una estimación a través de municipios predominantemente indígenas*, CEPS-SSA, México, 1994, pp. 1-21.

⁵⁵⁰Poder Ejecutivo Federal, *Programa Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. 2001-2006*, INI, México, 2002.

⁵⁵¹H.P. Fernández, *La mortalidad infantil indígena en 1990*, op. cit.

⁵⁵²Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, *Hablantes de lengua indígena*, INEGI, 1993, 516 pp.

⁵⁵³Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, *Censo de Población y Vivienda 1995. Resultados definitivos. Tabulados básicos*, INEGI, 1997, 567 pp.

- 10.04 millones de indígenas en 1995.⁵⁵⁴
- 8.6 millones de mexicanos indígenas en el año 2000.⁵⁵⁵
- 20 millones de indígenas.⁵⁵⁶

Aunque existen diferencias marcadas en estas cifras, es evidente que es la mayor población indígena en América Latina, equivale a por lo menos el 10 por ciento de la población total del país y es la población que se encuentra en situación de mayor marginación. Baste citar que el índice de analfabetismo entre los mayores de 15 años de edad, es de 38.4 por ciento, la inasistencia escolar es de 27.8 por ciento entre los niños y jóvenes de 5 a 14 años.⁵⁵⁷ En el Censo de 2000, el 34 por ciento de los analfabetas de 15 y más años del país son indígenas, triplica el promedio nacional y las mujeres están en mayor desventaja, sobre todo en Guerrero, Chihuahua y Chiapas.⁵⁵⁸ Asimismo, la tasa de participación en la actividad económica productiva es baja en términos generales, con niveles inferiores al 30 por ciento en los municipios estudiados.

Las condiciones sanitarias de las viviendas también son deplorables y de impacto negativo en la salud: el 61.8 por ciento tiene piso de tierra, 61.9 por ciento carecen de agua entubada y 84.3 por ciento no tienen drenaje.⁵⁵⁹

La dinámica demográfica de los pueblos indígenas se ha caracterizado por altas tasas de fecundidad, alta mortalidad y fuerte emigración de sus comunidades, por lo que se ha ido conformando una población predominantemente joven, específicamente infantil y femenina. De acuerdo con el censo del 2000, la población indígena, sobre todo en las localidades con rango de 70 por ciento y más de densidad indígena, existe una población sin derecho a servicios

⁵⁵⁴L.M. Valdés, *Los indios en los censos de población*, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1995, 275 pp.

⁵⁵⁵Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, *XII Censo General de Población y Vivienda 2000*, INEGI, 2000, 350 pp.

⁵⁵⁶Asamblea Nacional Indígena Plural por la Autonomía, "Los indígenas en México...", *Reforma*, México, 12 de septiembre de 1997, p. 1-A.

⁵⁵⁷A.J. Sepúlveda, P.M. Bronfman, A. Embriz *et al.*, *op. cit.*

⁵⁵⁸INEGI, *Anexo del Primer Informe de Gobierno*, 2001.

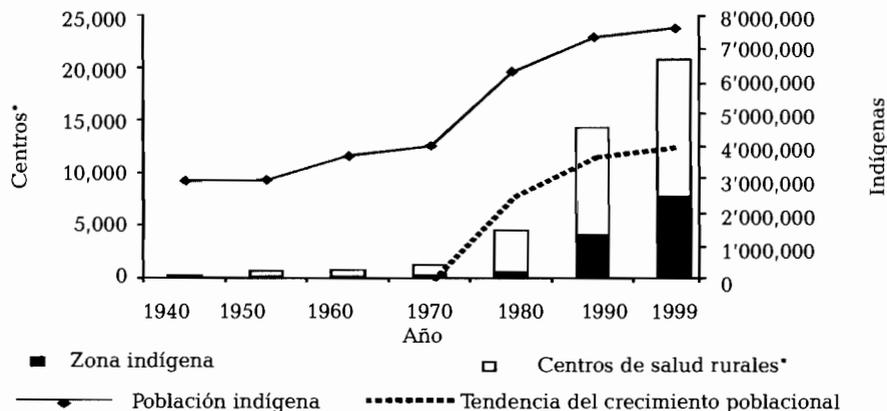
⁵⁵⁹A.J. Sepúlveda, P.M. Bronfman, A. Embriz *et al.*, *op. cit.*, H.P. Fernández, *Elementos para una caracterización socioeconómica*, *op. cit.*, Poder Ejecutivo Federal, *Programa Nacional para el Desarrollo de los Pueblos*, *op. cit.*

de salud de casi cuatro millones, más casi dos millones en comunidades de 30 a 60 por ciento de densidad indígena.⁵⁶⁰

La distribución de la población es mayor al 85 por ciento entre los grupos menores de 50 años. Este tipo de estructura por edad se caracteriza por una alta demanda de servicios educativos por su gran proporción de niños, así como alta demanda de servicios de salud para los niños, mujeres y personas de edad avanzada. La fuerte concentración de población con menos de 15 y más de 50 años conlleva a que las personas en edad de trabajar tengan a su cargo, en promedio, el sostenimiento de 0.9 menores de 15 años y de 0.3 personas de 50 años o más.⁵⁶¹

La evolución de la infraestructura médica ha tomado en consideración la evolución demográfica de esta población y se observa un crecimiento (véase figura 25).

FIGURA 25
EVOLUCIÓN DEL CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN Y SU COMPARACIÓN
CON LA EVOLUCIÓN DEL CRECIMIENTO DE LAS UNIDADES
ELEMENTALES DE SALUD. COMPARACIÓN DE LA TENDENCIA



Fuente: IMSS, *Diez años de solidaridad social: expresión de la doctrina mexicana de seguridad social integral*, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1984, 50 pp.

IMSS, *Diagnóstico de salud en las zonas marginadas rurales de México 1986-1991*, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1991, 171 pp.

Poder Ejecutivo Federal, *Quinto Informe de Gobierno. 1999*, México.

*Centros de salud rurales concentrados, dispersos, unidades médicas rurales y unidades auxiliares.

⁵⁶⁰INEGI, *XII Censo General de Población y Vivienda*, 2000.

⁵⁶¹H.P. Fernández, *Elementos para una caracterización socioeconómica*, op. cit.

Para la atención de la salud de las comunidades indígenas ubicadas en las zonas rurales existen las formas más elementales de la organización institucional, centros de salud rurales concentrados y dispersos, unidades médicas auxiliares (SSA), y unidades médicas rurales (IMSS-Solidaridad). De acuerdo con el *Cuarto Informe de Gobierno de 1998*, las unidades rurales se ubican en un 60 por ciento en las zonas indígenas,⁵⁶² a través del Programa Nacional de Solidaridad se incrementó la infraestructura en zonas rurales en más del 50 por ciento y se agregó el Programa de Cirugía Extramuros.

Como se observa en la figura 25, el crecimiento de la población indígena ha sobrepasado a la infraestructura ubicada en las zonas, motivo por el cual puede deducirse la falta de cobertura, ya sea por insuficiencia de unidades o lejanía de las mismas. A ello se agrega la falta de personal médico pasante que habitualmente cubre las unidades médicas más distantes, ya que el número de egresados pasantes de medicina se ha reducido progresivamente los últimos 20 años en relación con los requerimientos.

Los casos que sobrepasan la capacidad resolutive de las unidades más elementales se remiten a unidades de mayor complejidad y equipamiento como son los hospitales rurales, centros de salud con hospitalización, hospitales regionales y centros hospitalarios urbanos de concentración (véase figura 26).

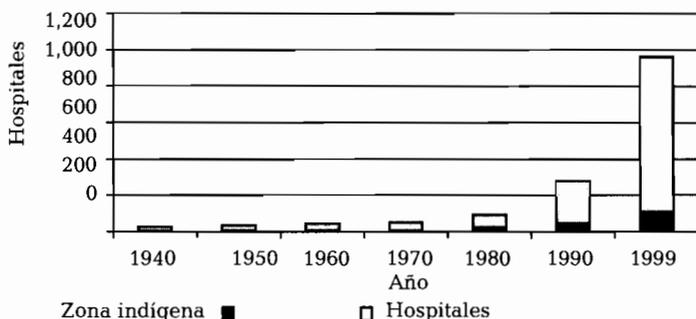
A la dispersión y lejanía de las comunidades indígenas se agrega la marginación, ya que se estima que de las 13,466 localidades con población indígena, el 95.6 por ciento se encuentra dentro de los índices de alta y muy alta marginación, en los estados de Chiapas, Oaxaca, Veracruz, Puebla y Guerrero.⁵⁶³

Esta marginación determina efectos en la salud, como son la disminución de la esperanza de vida o la alta mortalidad en general y en especial la infantil. Las condiciones de pobreza en Oaxaca y Chiapas hacen que el promedio de vida entre sus pobladores

⁵⁶²Poder Ejecutivo Federal, *Cuarto Informe de Gobierno. 1998*, México, versión tomada de Internet.

⁵⁶³E. Barajas, "Alta marginación en 70 por ciento de localidades. Conapo", *Reforma*, México, 6 de julio de 1998.

FIGURA 26
EVOLUCIÓN DEL CRECIMIENTO DE UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN
Y SU RELACIÓN CON LA POBLACIÓN INDÍGENA, 1940-1999



Fuente: IMSS, *Diez años de solidaridad social: expresión de la doctrina mexicana de seguridad social integral*, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1984, 50 pp.

IMSS, *Diagnóstico de salud en las zonas marginadas rurales de México 1986-1991*, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1991, 171 pp.

Poder Ejecutivo Federal, *Quinto Informe de Gobierno*, 1999, México.

sea inferior al del resto de los mexicanos y que los índices de mortalidad infantil dupliquen la media nacional. Mientras en 1930 la esperanza de vida de los mexicanos era de 36.5 años, en la actualidad es de 74, sin embargo, en los estados de alta proporción indígena es 12 años menor.⁵⁶⁴ A su vez, la mortalidad infantil indígena en 1990 se estimó en 55.10 defunciones por 1,000 nacimientos, mientras que a nivel nacional, se estimó en 34.82 (Gómez de León y Partida, 1992) a 29,⁵⁶⁵ por lo que la tasa indígena correspondía a la mortalidad infantil observada alrededor de 1982 en el nivel nacional.⁵⁶⁶

El grupo étnico a nivel nacional con la tasa más elevada de mortalidad infantil es el de los huicholes de Jalisco con 100.01, en tanto que la más baja se presentó en un grupo zapoteco de Oaxaca con 34.15. Debido a la dispersión y atomización de las comunidades indígenas, los índices correspondientes a los integrantes de un mismo grupo étnico, con ubicación relativamente

⁵⁶⁴E. Barajas, "Provoca la pobreza mortalidad infantil. Chiapas y Oaxaca, los más afectados", *Reforma*, México, 10 de julio de 1998.

⁵⁶⁵H.P. Fernández, *La mortalidad infantil indígena en 1990: una estimación a través de municipios predominantemente indígenas*, op. cit.

⁵⁶⁶DGEIE, *Mortalidad 1990*, DGEIE-SSA, México, 1991. Poder Ejecutivo Federal, *Programa Nacional para el Desarrollo de los Pueblos*, op. cit.

cercana, pueden tener variaciones notables. En Guerrero los diversos grupos étnicos tienen tasas de mortalidad infantil elevada y muestran considerables diferencias entre sí; los amuzgos, que también se extienden hacia Oaxaca tienen la menor tasa de mortalidad, con 56.71. La tasa en la región náhuatl es de 59.87 y entre los tlalpanecos asciende a 71.96.⁵⁶⁷

Oaxaca con su diversidad étnica, es el estado que presenta más contrastes en mortalidad infantil indígena. Dentro de las regiones con baja mortalidad infantil están la de los chinantecos (45.67), zapotecos del valle (42.20), triquis (50.76), y zapotecos (42.53). En contraste, las regiones de cuicatecos (77.85), huaves (72.69) y chochos (79.10) son de elevada mortalidad.⁵⁶⁸

En cuanto a su perfil epidemiológico, la población indígena en general tiene una elevada incidencia de padecimientos infectocontagiosos y desnutrición. La atención a la salud es otorgada a través de la cobertura institucional que brindan a la fecha el Programa IMSS-Solidaridad y la Secretaría de Salud, no se incluye la atención del Instituto Nacional Indigenista, ya que sus responsabilidades institucionales, oficialmente no incluyen la atención médica, aunque desarrollan algunas actividades en este sentido, tanto preventivas como curativas, pero con una extensión limitada.

A pesar del incremento en la cobertura de servicios, la dispersión de muchas de estas comunidades y sus características culturales hacen necesario reconsiderar los estándares convencionales de los modelos de atención para población abierta.

En el ámbito municipal en 1997, los problemas de salud persistían con una mayor incidencia y prevalencia en las comunidades indígenas en comparación con las comunidades rurales y urbanas. La mayoría de los casos analizados muestran que en las zonas indígenas la mortalidad infantil es mayor que en las zonas rurales y a su vez en las zonas urbanas (véase cuadro 15).

Ya que a las comunidades indígenas se les incluye en el ámbito rural y aún los estudios municipales no discriminan entre poblaciones étnicamente diferentes, el nivel de aproximación que se obtuvo

⁵⁶⁷H.P. Fernández, *La mortalidad infantil indígena en 1990*, op. cit. Poder Ejecutivo Federal, *Programa Nacional para el Desarrollo de los Pueblos*, op. cit.

⁵⁶⁸H.P. Fernández, *La mortalidad infantil indígena en 1990*, op. cit.

CUADRO 15
ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA MORTALIDAD INFANTIL ENTRE DIVERSOS GRUPOS
INDÍGENAS Y POBLACIONES RURALES Y URBANAS VECINAS, 1997

Grupo étnico	Municipio de alta concentración indígena	Municipio rural vecino	Municipio urbano cercano
Huichol (Jalisco)	21.7	16.5	12.1
Chocho (Oaxaca)	30.2	28.1	19.2
Huave (Oaxaca)	19.9	5.4	4.7
Tlapaneco (Guerrero)	39.1	27.5	9.6
Amuzgo (Guerrero)	7.8	4.4	4.0
Triqui (Oaxaca)	8.3	11.8	24.5
Zapoteco del Valle (Oaxaca)	24.9	24.1	22.2

Fuente: Datos para elaborar el cuadro de SSA, *Cifras municipales en salud. Bases de Información, 1998*, DGEI-SSA, México, 1999, 336 pp.

fue de municipios con presencia indígena (de 30 a 69 por ciento de indígenas) y municipios de concentración indígena (70 por ciento y más de población indígena). Esta falta de desagregación en la información de salud, provenientes de zonas rurales, puede desviar las evaluaciones sobre las acciones que actualmente se llevan a cabo, ya que impiden saber si la demanda en realidad está siendo determinada por grupos indígenas o por los grupos rurales y algunos indígenas. Por tal motivo, la información del cuadro que es nacional difiere de los estudios señalados en las páginas previas, que corresponden a estimaciones y estudios locales en campo.

La separación de la información permitiría evaluar con precisión el impacto de los programas y acciones de salud, y solucionar los problemas emergentes identificados a través del trato con la comunidad.

Y... ¿QUÉ OPINAN LOS INDÍGENAS SOBRE LAS ENFERMEDADES Y LOS SERVICIOS DE SALUD?

Para investigar la situación de salud en las zonas indígenas se realizó una aproximación indirecta⁵⁶⁹ a través de informantes

⁵⁶⁹G. Nigenda y A. Langer, "Métodos cualitativos para la investigación en salud pública. Situación actual y perspectivas", en *Métodos cualitativos para la investigación en salud pública*, Instituto Nacional de Salud Pública, México, 1995.

clave indígenas que respondieron a la "Encuesta para la identificación de factores de migración indígena y servicios de salud",⁵⁷⁰ para identificar algunas características del acceso, morbilidad recordada, uso de recursos terapéuticos, disponibilidad de infraestructura educativa en diversas comunidades indígenas.

La encuesta se realizó por medio de una entrevista individual que incluye datos de identificación; procedencia geográfica, en la que se investigan grupo étnico y localización geográfica de las comunidades de origen; tiempo y causa o causas de migración, sitios de migración previa; infraestructura educativa, principales enfermedades y disponibilidad de recursos de salud antes de la migración; infraestructura educativa, principales enfermedades y disponibilidad de recursos de salud actual; opinión sobre los servicios de salud y sugerencias para mejorar la atención en su comunidad en su sitio de residencia actual.

- Criterios de inclusión:
Indígenas, que hablen español, que contesten voluntariamente a la encuesta, que regresen a su comunidad por lo menos una vez por año, que estén al tanto de la situación⁵⁷¹ en sus comunidades.
- Criterios de exclusión:
No regresar por lo menos una vez al año a sus comunidades, que desconozcan la situación de su comunidad o que no desearan participar.

Se utilizaron como informantes clave a los indígenas identificados a través del Directorio de Organizaciones No Gubernamentales Indígenas en el Distrito Federal,⁵⁷² los localizados aleatoriamente en sitios conocidos como de concentración de inmigrantes indígenas (mercado de la Merced, La Ciudad-

⁵⁷⁰ Adaptada de: C.A. García, I. Goto, S.E. Hernández *et al.*, *Necesidades sentidas de salud y opinión*, Instituto Nacional de Salud Pública, 1985.

SSA., *Encuesta Nacional de Salud*, DGE-SSA, México, 1988. MSH, *Encuesta de opinión de usuarias de servicios de salud y planificación familiar. Actualidad Gerencial en Planificación Familiar*, MSH, EE.UU., 1996.

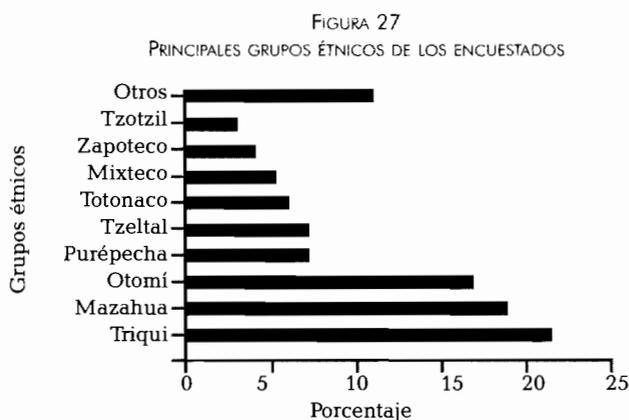
⁵⁷¹ Para los requerimientos del proyecto se consideró como el conjunto de circunstancias, condiciones y acontecimientos que tienen lugar en su comunidad como las relaciones sociales, familiares, económicas y de desarrollo. Para interrogar sobre la "situación" se recomendó a los encuestadores preguntar: ¿Sabe usted lo que pasa en su comunidad?

⁵⁷² INI, *Directorio de Organizaciones no Gubernamentales Indígenas en el Distrito Federal*, INI, México, 1998, 80 pp.

la)⁵⁷³ y otros sitios de comercio identificados por los encuestadores, que fueron jóvenes graffiteros voluntarios (con nivel de bachillerato o universitarios) y enfermeras de campo.

Se levantaron 305 entrevistas individuales, de las cuales se eliminaron 96 debido a que estaban incompletas o no cumplían con el requisito de regresar por lo menos una vez por año a su comunidad.

Se analizó la información de 209 formatos, la mayor parte de los entrevistados pertenecían al grupo étnico (véase figura 27): triqui (21.5 por ciento), mazahua de Michoacán (10.0 por ciento), mazahua del Estado de México (8.6 por ciento), otomí del Estado de México (8.6 por ciento), otomí de Querétaro (7.1 por ciento) y otomí de Hidalgo (1.4 por ciento).

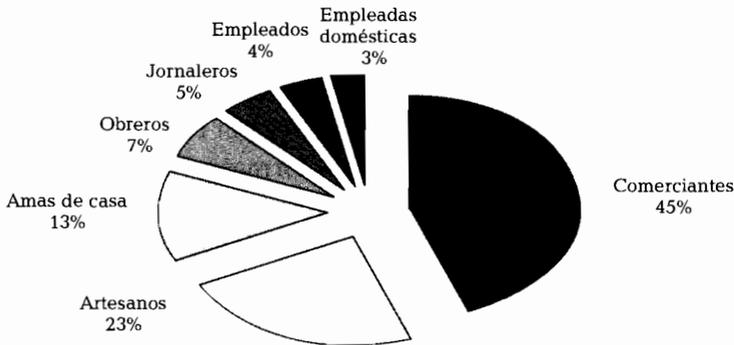


Las principales actividades a las que se dedican los entrevistados son (véase figura 28):

-Comerciantes	(43.5 por ciento)
-Artesanos	(22.9 por ciento)
-Amas de casa	(12.9 por ciento)
-Obreros	(6.7 por ciento)
-Jornaleros	(4.7 por ciento)
-Empleados	(4.3 por ciento)
-Empleadas domésticas	(2.9 por ciento)

⁵⁷³A.M. Victoria J., B.R. Páez y G.G. Torres, "Experiencia en la aplicación de estudios sociomédicos a población indígena en situación intercultural", *Espacios Públicos*, Facultad de Ciencias Políticas y Administración Pública-UAEM, año 2, núm. 4, julio de 1999, pp. 53-67.

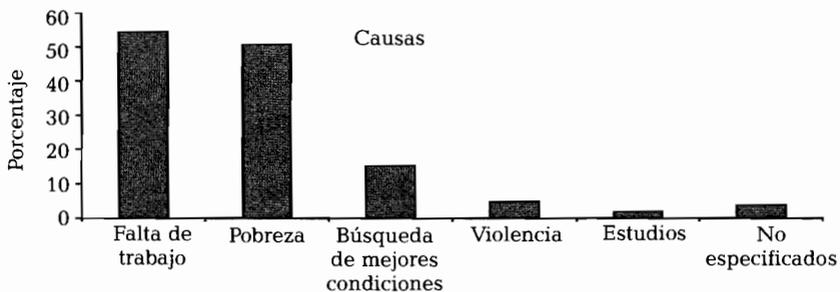
FIGURA 28
PRINCIPALES ACTIVIDADES DE LOS ENCUESTADOS



El promedio de años de haber emigrado de sus comunidades de origen es de 21 años, la mayoría alrededor de 15 años. Las causas principales para emigrar de sus comunidades fueron (véase figura 29):

-Falta de trabajo	54.5 por ciento
-Pobreza	50.7 por ciento
-Búsqueda de mejores condiciones	15.3 por ciento
-Violencia	4.8 por ciento
-Estudios	2.0 por ciento

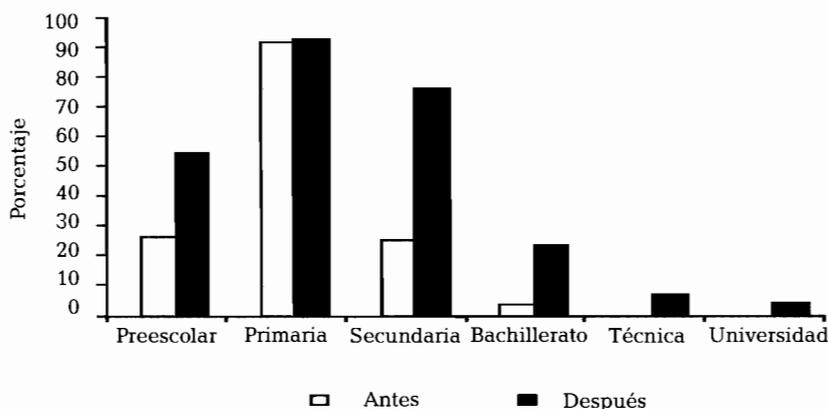
FIGURA 29
PRINCIPALES CAUSAS PARA EMIGRAR



Al analizar la disponibilidad de establecimientos escolares antes de la migración (21 años en promedio) y la actual (véase figura 30). Se encontró que se dieron cambios, algunos muy significativos, por ejemplo:

- La disponibilidad de establecimientos de educación preescolar antes era de 20 por ciento y ahora es de más de 50 por ciento,
- secundaria cambió de 20 por ciento antes a 74.6 por ciento ahora,
- bachillerato de 3 por ciento antes a 20 por ciento ahora y
- se agrega ahora 6 por ciento de escuelas técnicas y 3 por ciento de acceso a universidades que antes no existían,
- los cambios de primarias son de 1.4 por ciento únicamente, ya que la disponibilidad antes era cercana al 89.9 por ciento, y la de 91.3 por ciento ahora.

FIGURA 30
DISPONIBILIDAD COMPARADA DE ESTABLECIMIENTOS ESCOLARES EN
COMUNIDADES INDÍGENAS ANTES*-DESPUÉS.



* Antes: 21 años en promedio.

En relación con las cinco principales enfermedades que los encuestados recordaban existían al momento de su emigración (21 años en promedio): infecciones respiratorias, diarrea, fiebre, anemia y parasitosis. Llama la atención que los problemas del embarazo se encontraban como la sexta causa antes y ahora se ha movido a la octava posición, mientras que la diabetes ha ascendido como sexta causa de enfermedad. Ahora se integran como otras causas importantes la desnutrición, el alcoholismo, el cáncer y el reumatismo (véase cuadro 16).

Para atender estas enfermedades la mayoría de los entrevistados refirieron que antes (21 años en promedio) se atendían con el curandero (44.9 por ciento) y a través de unidades de la Secretaría

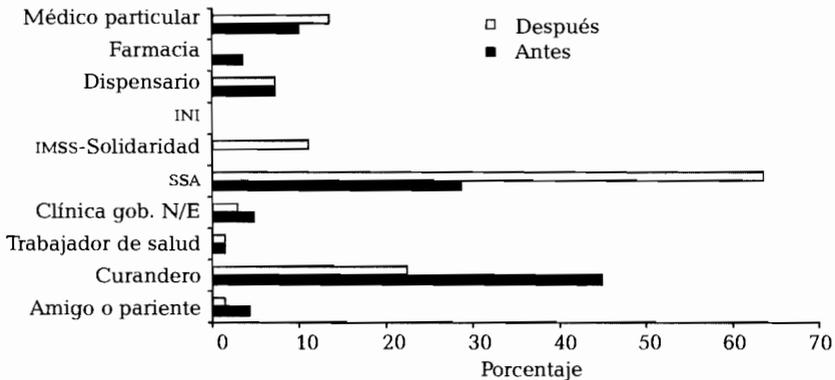
CUADRO 16
ANÁLISIS COMPARATIVO ANTES*-DESPUÉS DE
LAS PRIMERAS CAUSAS DE ENFERMEDAD

Orden	Antes	Después
Primera	Infecciones respiratorias	Infecciones respiratorias
Segunda	Diarrea	Diarrea
Tercera	Fiebre	Fiebre
Cuarta	Anemia	Anemia
Quinta	Parasitosis	Parasitosis
Sexta	Problemas del embarazo o parto	Diabetes mellitus
Séptima	Tuberculosis	Hipertensión arterial
Octava	Diabetes mellitus	Problemas del embarazo o parto
Novena	Paludismo	Paludismo
Décima	Hipertensión arterial	Tuberculosis
Otras	Desnutrición	Desnutrición
	Sarampión	Alcoholismo
	Tosferina	Cáncer
	Alcoholismo	Reumatismo

* Antes: 21 años en promedio.

de Salud (28.7 por ciento), estas tendencias han cambiado y actualmente la mayor proporción se atiende en unidades de la Secretaría de Salud (63.6 por ciento), con el curandero (22.4 por ciento) y en unidades del IMSS-Solidaridad (11 por ciento, antes IMSS-Copla-mar) que al interrogar antes no fueron mencionadas. En las encuestas, ninguno de los entrevistados refirió atención antes o después en las unidades del INI (véase figura 31).

FIGURA 31
DISPONIBILIDAD DE RECURSOS DE ATENCIÓN EN LAS
COMUNIDADES INDÍGENAS ANTES*-DESPUÉS

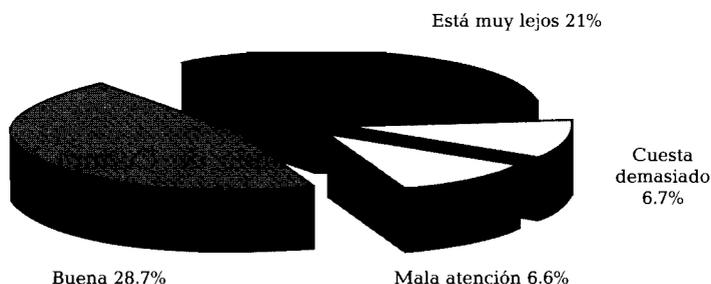


* Antes: 21 años en promedio.

La asistencia y uso de servicios de salud tiene relación con la opinión sobre la atención recibida (véase figura 32):

- El 28.7 por ciento de los encuestados consideró que la atención es buena y sólo el 6.6 por ciento consideró que es mala.
- El primer motivo de opinión es la falta de medicamentos en las unidades gubernamentales (29.7 por ciento).
- El 21.0 por ciento de los entrevistados refirió que las unidades de salud se encuentran muy lejanas de sus comunidades, entre dos y ocho horas de traslado, en algunos casos a pie.
- El costo de la atención implica un peso para los enfermos y sus familiares, porque está compuesto no sólo del costo de la consulta médica que en las unidades gubernamentales es bajo e inclusive en algunos estados gratuito, sino que hay que agregar el costo de los transportes y los medicamentos, aunque esto sólo fue mencionado por un 6.7 por ciento de los encuestados.

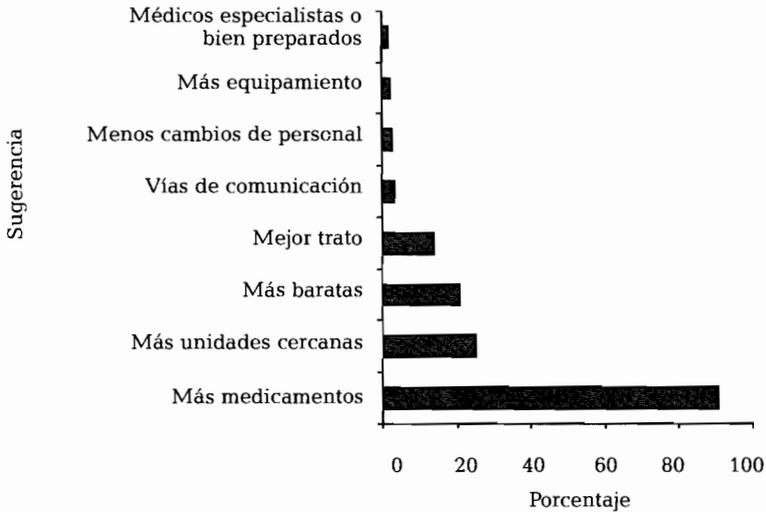
FIGURA 32
OPINIÓN SOBRE LA ATENCIÓN EN
LAS UNIDADES MÉDICAS



Las sugerencias de los entrevistados para mejorar la atención en las unidades de sus comunidades (véase figura 33), en su mayoría se refieren a:

- La dotación de medicamentos (90.2 por ciento);
- crear unidades más cercanas (25.0 por ciento);
- que el servicio sea más barato o gratuito (21.0 por ciento);
- y que el trato hacia ellos sea más humano (14 por ciento).

FIGURA 33
SUGERENCIAS PRINCIPALES PARA MEJORAR LA
ATENCIÓN EN LAS COMUNIDADES INDÍGENAS



BIBLIOGRAFÍA

AGUIRRE B., G., "La medicina indígena en el siglo XIX", *México Indígena*, Instituto Nacional Indigenista, México, núm. 9, marzo-abril de 1986, pp. 6-7.

———, *Antropología médica*, Fondo de Cultura Económica-Instituto Nacional Indigenista-Universidad Veracruzana, México, 1994.

——— y A.R. Pozas, *La política indigenista en México*, tomo II, INI-Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, México, 1991, pp. 13-17.

ALONSO, G.O.J.F., *Guía del Fondo Conventos*, Archivo Histórico de la SSA, México, 1989, pp. I-XV.

ÁLVAREZ, A.J., M.E Bustamante, P.A. López y F. Fernández del C., *Historia de la salubridad y la Asistencia en México*, SSA, México, 1960, pp. 11-43.

ANDRADE, J.M., *Informe sobre los establecimientos de beneficencia y corrección de esta capital*, México, Moderna Librería Religiosa, 1907.

- ANTOCHIW, M., "La medicina indígena", *México Indígena*, Instituto Nacional Indigenista, México, núm. 9, marzo-abril de 1986, p. 8.
- ANZURES, B.M.C., *La medicina tradicional en México. Proceso histórico, sincretismos y conflictos*, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1989, 214 pp.
- ARCHIVO HISTÓRICO DE LA SECRETARÍA DE SALUD, *Salud pública en México, 1521-1943*, Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, México, 1990, Documento facsimilar, 27 pp.
- ARIAS, J. "Medicina del alma", *México Indígena*, núm. 9, marzo-abril de 1986, pp. 55-59.
- ASAMBLEA NACIONAL INDÍGENA PLURAL POR LA AUTONOMÍA, "Los indígenas en México...", *Reforma*, México, 12 de septiembre de 1997, p. 1-A.
- BÁEZ, Jorge F., *Memorial del etnocidio*, Universidad Veracruzana, México, 1996, 391 pp.
- BALAM, G., "Medicina indígena en la península yucateca", *México Indígena*, núm. 9, marzo-abril de 1986, pp. 20-21.
- BARAJAS, E., Alta marginación en 70 por ciento de localidades. Conapo, *Reforma*, México, 6 de julio de 1998.
- , "Provoca la pobreza mortalidad infantil. Chiapas y Oaxaca, los más afectados", *Reforma*, México, 10 de julio de 1998.
- BAZ P, G., *Informe de labores presentado al H. Ejecutivo de la Secretaría de Asistencia Pública, 1942-1943*, México, 1944.
- , *Informe de labores presentado al H. Ejecutivo de la Secretaría de Asistencia Pública, 1940-1941*, México, 1941.
- , *Informe de labores presentado al H. Ejecutivo de la Secretaría de Asistencia Pública, 1941-1942*, México, 1943.
- , *Informe de labores presentado al H. Ejecutivo de la Secretaría de Asistencia Pública, 1943-1944*, México, 1945.
- , *Memoria 1944-1945*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, 1945.
- BENAVIDES, Luis G. "Medicina indígena: entre la ciencia y la magia", *México Indígena*, núm. 9, marzo-abril de 1986, pp. 30-33.

- BENGOCHEA, V.R., "Trabajo médico en comunidades indígenas." Entrevista con la doctora Raquel Páez Balderas, *Boletín de los Servicios de Salud Pública en el D.F.*, vol. 1, núm. 1, enero-febrero de 1994, pp. 14-15.
- BETANZOS, C.I., "Apuntes acerca de la construcción del edificio del Departamento de Salubridad Pública", *Cuadernos para la historia de la salud*, Archivo Histórico de la SSA, México, 1993, pp. 99-114.
- BRITO, V.E., "Sociedad civil en México. Análisis y debates", *Sociedad Civil. Análisis y Debates*, México, vol. II, núm. 1, 1997, pp. 185-204.
- BUSTAMANTE, M.E., "Cronología epidemiológica mexicana, en el siglo XIX", en E. Florescano y E. Malvido, *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1982, pp. 417-424.
- CARDEÑA, VI. "Primer Congreso de Médicos Indígenas", *Boletín INIindigenista*, México, año 2, núm. 4, enero-febrero de 1990, pp. 2-4.
- CASO, A, S. Zavala, S. Miranda, N.M. González, *La política indigenista en México*, tomo I, INI-Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, México, 1991, pp. 202-206.
- CRUZ ROJA MEXICANA, *Una obra de mexicanos en beneficio de la humanidad. 85 años de la historia de la Cruz Roja Mexicana*, México, 1995, 180 pp.
- DE LA RIVA, R.X., *Salubridad y asistencia médico-social en México. 50 años de revolución. II. La vida social*, Fondo de Cultura Económica, México, 1961, pp. 381-442.
- DEPARTAMENTO DE SALUBRIDAD PÚBLICA, *Informe de labores 1942-1943*, México, 1944.
- DGEIE, *Mortalidad 1990*, DGEIE-SSA, México, 1991.
- ENRÍQUEZ DE GUZMÁN, A., "Libro de la vida y costumbres de Alonso Enríquez de Guzmán", Ed. H. Keninston, BAE, Madrid, Ed. Atlas, 1960, en T. Castro, *La alimentación en las crónicas castellanas bajomedievales*, Universidad de Granada, 1996, <http://www.terra.es/personal/tdcastro/personal/tdcastro/home2.htm>

- ESCOBAR, G.A., "Historia de las vacunas y las vacunaciones", en G.A. Escobar, G.J.L. Valdespino, A.J. Sepúlveda, *Vacunas. Ciencia y salud*, SSA, México, 1992, pp. 9-28.
- FÉLIX, B.J. y L. Collín, "Antropología y medicina. Programa de solidaridad social por cooperación comunitaria", *México Indígena*, núm. 46, enero de 1981, pp. 55-59.
- FERNÁNDEZ, C.F., "Don Francisco Xavier de Balmis y los resultados de su expedición vacunal a América", en E. Florescano y E. Malvido, *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1982, pp. 329-335.
- FERNÁNDEZ, H.P., *Elementos para una caracterización socioeconómica de la población indígena*, CEPS-SSA, México, 1994, p. 2.
- , *La mortalidad infantil indígena en 1990: una estimación a través de municipios predominantemente indígenas*, CEPS-SSA, México, 1994, pp. 1-21.
- FERNÁNDEZ, M.V., *Memoria 1942-1943 del Departamento de Salubridad Pública*, México, 1943.
- FLORES, T.F.A., *Historia de la Medicina en México desde la época de los indios hasta el presente, 1886*, IMSS, México, 1988, tomos I y II.
- FLORESCANO, E., *Etnia, Estado y nación. Ensayo sobre las identidades colectivas en México*, Aguilar, México, 1997, 512 pp.
- y E. Malvido, *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*, IMSS, 1981, p. 61.
- GALINIER, J., "Cosmología e interpretación de la enfermedad", *México Indígena*, núm. 9, marzo-abril de 1986, México, pp. 23-25.
- GARCÍA, C.A., I. Goto, S.E. Hernández et al., *Necesidades sentidas de salud y opinión*, Instituto Nacional de Salud Pública, 1985.
- GUERRERO, V.R., C.L. González y L.E. Medina, *Epidemiología*, Fondo Educativo Interamericano, México, 1986, p. 94.
- Herbolaria mexicana*, Noroeste de México, núm. 4, pp. 18-29.
- Herbolaria mexicana*, Sur de México, núm. 6, pp. 32-36.
- HERNÁNDEZ, R.R., "Epidemias y calamidades en el México prehispánico", en E. Florescano E. Malvido, *Ensayos sobre la*

historia de las epidemias en México, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1982, pp. 139-156.

HERRASTI, L. y A. Ortiz, "Entrevista a Andrés Fábregas. Medicina tradicional y cultura indígena", *México Indígena*, núm. 9, marzo-abril de 1986, México, pp. 10-15.

<http://cenids.ssa.gob.mx/dgsr/>

http://cenids.ssa.gob.mx/insti_hosp/cardio.htm

<http://www.ccu.umich.mx/mmaya/introduccion/los-mayas3.html>

<http://www.cemefi.org>

<http://www.facmed.unam.mx/hgm/historia.html>

http://www.facmed.unam.mx/hjm/fra_historia.html

<http://www.facmed.unam.mx/infantil/Historia.htm>

http://www.ini.gob.mx/ini/progra05_2html

<http://www.innsz.mx/>

<http://www.sedesol.gob.mx>

<http://www.socbot.org.mx/resumenes>

II CONGRESO DE MÉDICOS INDÍGENAS, Palacio de Medicina, México, D.F., 1992.

IMSS, *Diagnóstico de salud en las zonas marginadas rurales de México. 1986-1991*, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1991, 171 pp.

———, *Diagnóstico de salud en las zonas marginadas rurales de México. 1984*, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1984, 111 pp.

———, *Diez años de solidaridad social: expresión de la doctrina mexicana de seguridad social integral*, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1984, 50 pp.

———, "Hospital de San Antonio Abad de México, hospital de Jesús de México, hospital del Espíritu Santo y Nuestra Señora de los Remedios, hospital de Nuestra Señora de Montserrat", *Revista Médica del IMSS*, 22(2), 1984.

———, "Hospital del Amor de Dios de México", *Revista Médica del IMSS*, 23(1), 1985.

———, "La tradición hospitalaria en México", *Revista Médica del IMSS*, 22(5), 1984.

- , "Las epidemias en México", *Revista Médica del IMSS*, 23(3), 1985.
- , *Solidaridad, Acuerdo de colaboración para el fortalecimiento de la medicina indígena tradicional*, IMSS-Solidaridad-CEMIT, México, 1995, 17 pp.
- INEGI, *Anexo del Primer Informe de Gobierno*, 2001.
- INI, "¿Qué hace el INI para mejorar la vida de los indios?", *INI Acción Indigenista*, México, núm. 88, octubre de 1960, 8 pp.
- , "Foro sobre reconocimiento y legalización de la medicina tradicional", *México Indígena*, núms. 16-17, enero-febrero de 1991, p. 13.
- , "Aceptación de los servicios", *INI Acción Indigenista*, México, núm. 84, junio de 1960, 8 pp.
- , "Centros comunitarios indigenistas", *INI Acción Indigenista*, México, núm. 244, octubre de 1973, 8 pp.
- , "Centros coordinadores indigenistas", *INI-Acción Indigenista*, INI, México, núm. 228, junio de 1972.
- , "Centros coordinadores indigenistas", *INI-Acción Indigenista*, INI, México, núm. 244, octubre de 1973.
- , "Centros coordinadores indigenistas", *INI-Acción Indigenista*, INI, México, núm. 268, octubre de 1975.
- , *Directorio de Organizaciones no Gubernamentales Indígenas en el Distrito Federal*, INI, México, 1998, 80 pp.
- , *Directorio de Unidades del INI*, INI, México, 1999.
- , "Fundación del Instituto Nacional Indigenista, Creación de los centros comunitarios indigenistas", *INI Acción Indigenista*, México, núm. 1, julio de 1953, 8 pp.
- , "Informe del Departamento de Mínimos de Bienestar Social", *México Indígena*, México, núm. 69, diciembre de 1982.
- , "Infraestructura y equipamiento", *México Indígena*, México, núm. 18, septiembre de 1978.
- , "La salud", *INI Acción Indigenista*, México, núm. 21, julio de 1955, 8 pp.
- , "Las acciones de los CCI en salud", *INI Acción Indigenista*, México, núm. 138, diciembre de 1964, 8 pp.

- , *Manual para médicos indígenas*, INI, UNICEF, Gobierno del Estado de Oaxaca, México, 1990, 296 pp.
- , "Medicina social en las comunidades indígenas", *INI Acción Indigenista*, México, núms. 197-198, noviembre de 1972, 8 pp.
- , "Mixteca-nahua-tlapaneca", *INI Acción Indigenista*, México, núm. 161, noviembre de 1966, 8 pp.
- , "Reunión de expertos", *INI Acción Indigenista*, México, núm. 26, agosto de 1955, 8 pp.
- , "Situación de salud y enfermedad", *INI Acción Indigenista*, México, núm. 68, febrero de 1969, 8 pp.
- , "Teatro «Petul»", *INI Acción Indigenista*, México, núm. 24, junio de 1955, 8 pp.
- INNSZ, *Encuesta Nacional de Alimentación y Nutrición en el Medio Rural. 1958*, México, Instituto Nacional de la Nutrición Doctor Salvador Zubirán, México, 1958.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA, *Conteo de Población y Vivienda 1995. Resultados definitivos. Tabulados básicos*, INEGI, 1997, 567 pp.
- , *Hablantes de lengua indígena*, INEGI, 1993, 516 pp.
- , *XII Censo General de Población y Vivienda 2000*, INEGI, 2000, 350 pp.
- KUMATE R., J. y G. Soberón A., *La salud para todos. Utopía o realidad*, El Colegio de México, México, 1996, p. 80.
- LARA, M.R.M., "Atención de la salud y antropología de la comunidad", *México Indígena*, México, suplemento, julio de 1981.
- LARIOS, T.J., "El INI. A cuarenta años de su fundación", *México Indígena*, México, otoño de 1988, pp. 7-9.
- LÓPEZ, A.A., *Textos de medicina náhuatl*, UNAM, México, 2000, 227 pp.
- LOZOYA, X., "Elaboración del *libellus de medicinalibus indorum herbis* o *Código Badiano*", *Arqueología Mexicana*, México, vol. VII, núm. 39, 1999, pp. 22-23.
- MALVIDO, E., S. del Amo, "Médicos y farmacéuticos mexicanos en el siglo XIX", *Arqueología Mexicana*, México, vol. VII, núm. 39, 1999, pp. 47-51.

- MARTÍNEZ, C.F., *De los miasmas y efluvios al descubrimiento de las bacterias patógenas. Los primeros 50 años del Consejo Superior de Salubridad*, Bristol-Myers Squibb, México, 1993, pp. 113-150.
- MCKEOWN, T., "El camino hacia la salud. Prioridades en la Investigación", *Bol. of Sanit. Panam.*, 107 (3), 1989, pp. 264-269.
- MÉNDEZ, M.J.S. "El tercer sector y las organizaciones civiles en México. Evolución reciente y perspectivas", *Sociedad Civil. Análisis y debates*, México, vol. II, núm. 1, 1997, 103-124.
- MIRANDA, P.J., "Lineamientos sobre salud pública para poblaciones indígenas", *Informédica*, p. 81.
- , *Promoción de la salud*, IMSS-Coplamar, serie 14, México, 1977, pp. 15-17.
- MORENO, S.P.H., "Exposición crítica de los enfoques estadounidenses para el análisis de las políticas públicas", *Revista de Administración Pública*, INAP, México, 1993, núm. 84, pp. 9-19.
- MSH, *Encuesta de opinión de usuarias de servicios de salud y planificación familiar. Actualidad Gerencial en Planificación Familiar*. MSH, EE.UU., 1996.
- MURIEL, J., *Hospitales de la Nueva España*, México, UNAM-Cruz Roja, 1990, tomos I y II.
- NIGENDA, G. y A. Langer, *Métodos cualitativos para la investigación en salud pública. Situación actual y perspectivas en Métodos cualitativos para la investigación en salud pública*, Instituto Nacional de Salud Pública, México, 1995.
- NOLASCO, M., "La migración y los indios en los censos", *México Indígena*, año 2. núm. 13, noviembre-diciembre de 1986.
- OPS, "Cultura médica tradicional", *Bol. of Sanit. Panam.*, 96 (2), 1984, pp. 180-181.
- , "El concepto de salud y enfermedad en comunidades indígenas andinas", *Bol. of Sanit. Panam.*, 103 (4), 1987, pp. 402-404.
- , "Epidemiología y antropología en la atención primaria", *Bol Of Sanit Panam.*, 95 (2), 1983, pp. 186-189.
- , *Participación de la comunidad en la salud y el desarrollo en las Américas. Análisis de estudios de casos seleccionados*,

- publicación científica 473, OPS, Washington, EE.UU., 1984, 91 pp.
- PÉREZ, T.R., "La medicina alopática y las otras medicinas", *México Indígena*, núm. 18, marzo de 1991, pp. 16-20.
- PODER EJECUTIVO FEDERAL, *Cuarto Informe de Gobierno*, 1998, México, versión tomada de Internet.
- , *Programa Nacional de Salud 1984-1988*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, 1984, pp. 11-18.
- , *Programa Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, 2001-2006*, INI, México, 2002.
- , *Quinto Informe de Gobierno*. 1999, México.
- RIVERA, A.E., "Investigación reciente sobre plantas medicinales mexicana", *Arqueología Mexicana*, vol. VII, núm. 39, México, 1999, pp. 54-59.
- ROEMER, *Rural Health Care*, Saint Louis-Mosby Co., 1976.
- SCOTT, W., "Community-based health reporting", *Rapp. Trimest. Statist. Sanit. Mond.*, núm. 41, 1988, pp. 26-30.
- SEPÚLVEDA, A.J., P.M. Bronfman, A Embriz et al., *La salud de los pueblos indígenas en México*, SSA e INI, México, 1992, 42 pp.
- SEPÚLVEDA, H.M.T., *La medicina entre los purépecha prehispánicos*, UNAM, México, 1988, 186 pp.
- SOMOLINOS, P.J., "Las epidemias en México (siglo XVI)", *Revista Médica del IMSS*, 23(3), 1985.
- SSA, *El perfil de la partera tradicional*, Organización Panamericana de Salud-Secretaría de Salud, México, 1994, 139 pp.
- , *Encuesta Nacional de Salud*, DGE-SSA, México, 1988.
- , *La salud pública de México, 1959-1982*, México, 1983, 850 pp.
- , *Memoria de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. 1952-1958*, Archivo Histórico de la SSA, México, 1959, 575 pp.
- , *Memoria de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. 1958-1964*, Archivo Histórico de la SSA, México, 1965, 288 pp.
- , *Memoria de la Segunda Reunión Nacional de Vigilancia Epidemiológica Simplificada*, Guanajuato, México, 1990, 150 pp.

- , *Programa de ampliación de cobertura. Lineamientos de operación*, México, 1996, 127 pp.
- TARIMO, E., y E.G. Webster, *Primary Health Care Concepts and Challenges in a Changing World. Alma-Ata revisited*, WHO/ara/cc/97.1, World Health Organization, Geneva, 1996, 118 pp.
- UNIVERSAL, "El primer libro de herbolaria. *Códice Badiano*", *Universal*, México, 25 de agosto de 1996, p. 14.
- VALDÉS, L.M., *Los indios en los censos de población*, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1995, 275 pp.
- VÁZQUEZ, G.V., *El movimiento indigenista en México. 50 años de revolución. II. La vida social*, Fondo de Cultura Económica, México, 1961, pp. 163-202.
- VELASCO, L.A.M., "Representación de algunas plantas medicinales en la arqueología", *Arqueología Mexicana*, vol. VII, núm. 39, México, 1999, pp. 24-29.
- VICTORIA, J., A.M., Entrevista a la doctora Raquel Páez Balderas encargada del Programa de Atención a la Población Indígena (PAPI), en la Jurisdicción Sanitaria Venustiano Carranza, 2000.
- y B.R. Páez, *Programa para la Atención a la Salud de la Población Indígena en el D.F.*, Congreso de Otopames, Museo Nacional de Antropología e Historia, México, 1998.
- , B.R. Páez y G.G. Torres, "Experiencia en la aplicación de estudio sociomédicos a población indígena en situación intercultural", *Espacios Públicos*, Facultad de Ciencias Políticas y Administración Pública-UAEM, año 2, núm. 4, julio de 1999, pp. 53-67.
- VIESCA, C., "De la medicina indígena a la medicina tradicional", *México Indígena*, Instituto Nacional Indigenista, México, núm. 9, marzo-abril de 1986, pp. 3-5.
- VIESCA, T.C., "Hambruna y epidemia en Anáhuac (1450-1454) en la época de Moctezuma Ilhuicamina", en E. Florescano y E. Malvido, *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1982, pp. 157-169.

- VILLA, G.G., "Las enfermeras, otro rostro de la revolución", *Sólo historia*, Instituto Nacional de Estudios Históricos de la Revolución Mexicana, núm. 8, México, abril-junio de 2000, pp. 47-52.
- WHO, The Role of the Division of Strengthening of Health Services in response to the Changing Needs of Countries, WHO, Geneva, 1994, 29 pp.
- , *Traditional Healers as Community Health Workers*, SHS/DHS/91.6, World Health Organization, Geneva, 1991, 39 pp.
- , *Traditional Healers as Community Health Workers*, SHS/DHS/95.6, World Health Organization, Geneva, 1995, 141 pp.
- YOUNG, G.L. y C.J. Young, "Atención de salud en minorías étnicas rurales. Algunas observaciones antropológicas", *Bol. of Sanit. Panam.*, 95 (4), 1983 pp. 333-342.
- ZOLLA, L.C., "Terapeutas, enfermedades y recursos vegetales", *México Indígena*, núm. 9, México, marzo-abril de 1985, pp. 16-19.
- ZORRILLA, M.P., *Seminario de Investigación para el Desarrollo*, FCPYS-UNAM, México, 1998.

Conclusiones y recomendaciones

INTRODUCCIÓN

En este capítulo se presentan las conclusiones y recomendaciones fundamentadas en los resultados del análisis de las acciones implementadas en los diversos periodos históricos y de los modelos de atención a la salud desarrollados a nivel institucional.

Este capítulo es un producto que sigue pasos coincidentes con la metodología propuesta al inicio. Es un producto pragmático, sencillo y que se ha flexibilizado para integrar los beneficios que proporcionan los conceptos académicos revisados en esta investigación y al mismo tiempo tratar de adecuarlos a la realidad mexicana.

Derivado del análisis de los éxitos y deficiencias que los diversos modelos de atención han presentado, se plantean algunas recomendaciones orientadas al eventual desarrollo de un modelo de aplicación en tres escenarios, con variaciones acordes a su utilidad potencial, ventajas y desventajas que cada uno presenta con base en un modelo teórico que busca opciones para brindar atención a la salud de la población marginada de las zonas rurales.

CONCLUSIONES SOBRE LA PROBLEMÁTICA DE SALUD INDÍGENA

Las investigaciones antropológicas actuales relacionadas con la salud de la población realizadas por diversos sectores,⁵⁷⁴ son de interés común para los antropólogos médicos y para los educadores de la salud que trabajan con poblaciones indígenas.⁵⁷⁵ Cuando se consideran las necesidades que se han de estudiar para evaluar los factores que influyen sobre el uso de los servicios primarios de salud, sobresalen las siguientes:

- diferenciar el aspecto "étnico", del comportamiento en materia de salud, de otras influencias como el uso de la herbolaria o la interpretación de los factores que causan enfermedad, como en el caso de los médicos occidentales que interpretan la enfermedad causada por virus, bacterias, lesiones químicas o mecánicas, efectos autoinmunes, mientras que para los indígenas y otras formas de medicina tradicional, por ejemplo la china, los factores que causan enfermedad pueden ser el frío, el calor, el viento, la pérdida del alma y los tratamientos respectivos están orientados a resolver esas causas;
- proporcionar a las minorías étnicas conocimientos útiles para su autoatención, y
- estudiar la posible integración de las formas tradicionales e institucionales existentes para la atención de la salud individual y colectiva de la población indígena.

Evolución de la infraestructura de atención médica

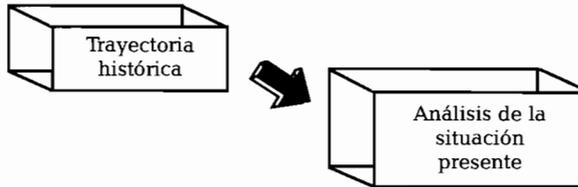
Basado en la metodología planteada al inicio de la investigación, era necesario, en la fase I, analizar la trayectoria histórica de la evolución de los servicios de salud a la población indígena (véase figura 34).

⁵⁷⁴Cfr. OPS, "Cultura médica tradicional", *Bol. of Sanit. Panam.*, 96 (2), 1984, pp. 180-181.

⁵⁷⁵G.L. Young y C.J. Young, "Atención de salud en minorías étnicas rurales. Algunas observaciones antropológicas", *Bol. of Sanit. Panam.*, 95 (4), 1983, pp. 333-342.

FIGURA 34
CONCEPTUALIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO
DE LA TRAYECTORIA HISTÓRICA DE
LOS SERVICIOS DE SALUD

FASE 1
Diagnóstico



Fuente: Modificado de L.I. Arbesú, "Política gubernamental y planeación", *Rev. IAPEM*, 32, 1996.

De acuerdo con la información analizada procedente de estimaciones y revisión de los registros, se puede evidenciar que la disponibilidad de instituciones de salud orientadas a la atención de la población indígena no ha sido constante, ha sido determinada por factores externos, no siempre en respuesta directamente a los problemas de salud que ha presentado la población indígena.

En la primera etapa de la época colonial, se vio determinada por las epidemias que asolaron a la población sobreviviente de las guerras. Sin embargo, el periodo en que se encuentra mayor disponibilidad de inmuebles dedicados a la salud fue alrededor de 1650, época en que existía el objetivo de evangelizar a toda la población indígena, para lo cual se construían intensivamente conventos y misiones que entre otros beneficios brindaban atención médica (punto A en la figura 35). Al cambiar el objetivo de la evangelización y de las órdenes religiosas se redujo la construcción de los hospitales religiosos.

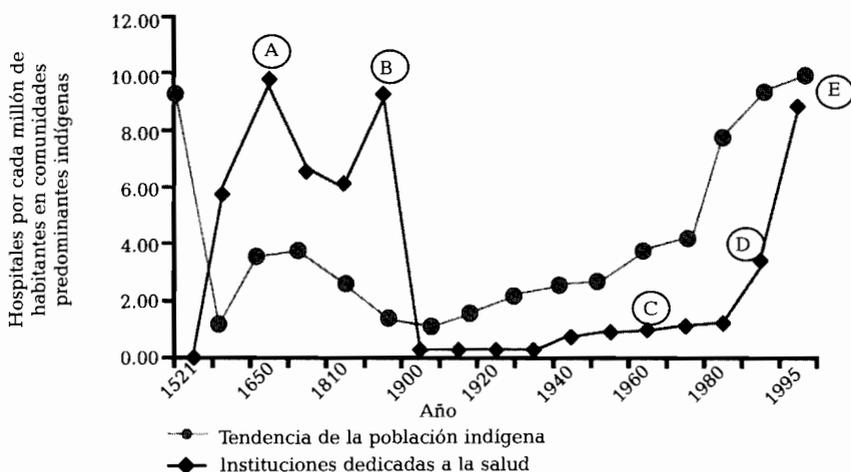
Las instituciones de salud crecieron nuevamente en la época independiente como organizaciones privadas, caritativas y religiosas (punto B en la figura 35), las cuales se redujeron en número y actividad en el momento de la secularización de los bienes de la Iglesia.

La baja proporción de instituciones de salud persistió hasta los años 40 del siglo xx, periodo en el que comenzaron a crearse instituciones tanto de salud como de atención a la población indígena, lo que permitió acercarla a algunos de los servicios básicos de salud (punto C en la figura 35).

En los años setenta y ochenta se dio el mayor crecimiento de la infraestructura de salud⁵⁷⁶ en áreas rurales e indígenas; sin embargo, también se dio el mayor crecimiento de la población, de tal forma que el indicador de disponibilidad de hospitales por cada millón de habitantes no muestra una cobertura total (punto C en la figura 35).

En los años noventa a raíz del establecimiento del Programa Nacional de Solidaridad se dio un nuevo impulso al crecimiento de infraestructura, por lo que el indicador volvió a tener un repunte (puntos D al E de la figura 35).

FIGURA 35
PROPORCIÓN DE HOSPITALES POR CADA
MILLÓN DE HABITANTES EN COMUNIDADES
PREDOMINANTEMENTE INDÍGENAS



Fuente: Las citadas en las figuras 16 a 21 y 25 a 26.

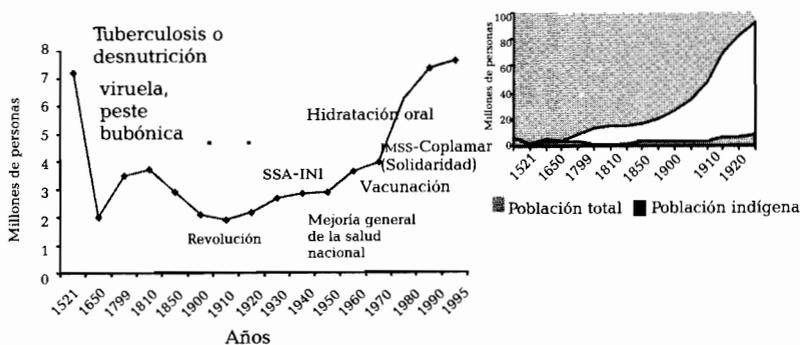
⁵⁷⁶Para el análisis de la información se empleó el número de hospitales y no de todas las unidades para hacerlo comparativo con el de otras épocas, se empleó como criterio la hospitalización.

Si se compara la disponibilidad de hospitales con la población indígena, se observa que la evolución en el crecimiento de la población ha variado en diferentes épocas (línea de tendencia de la población en la figura 35).

De la misma forma han variado otros aspectos que han influido en los daños a la salud en diferentes épocas. En cada una de ellas se pueden analizar y observar aciertos y desaciertos, situación que corresponde al planteamiento metodológico inicial (véase cuadro 17).

En la figura 36 se observa una versión gráfica de los principales hechos epidemiológicos y sociales que han tenido mayores efectos sobre la evolución de la población indígena.

FIGURA 36
EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN INDÍGENA Y PRINCIPALES ASPECTOS
EPIDEMIOLÓGICOS O SOCIALES MÁS SIGNIFICATIVOS, 1521-1995



Fuente: Datos para integrar las figuras.

M. Nolasco, "La migración y los indios en los censos", *México Indígena*, año 2, núm. 13, noviembre-diciembre de 1986.

L.M. Valdés, *Los indios en los censos de población*, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1995, 275 pp.

INEGI, *Estados Unidos Mexicanos. Censo de Población y Vivienda 1995. Resultados definitivos. Tabulados básicos*, INEGI, México, 1996.

A.M. Victoria J., *Agenda de Salud del Distrito Federal, SSA-SSPDF*, México, 1993, 40 pp.

P.G. Baz, *Informe de labores presentado al H. Ejecutivo de la Secretaría de Asistencia Pública 1941-1942*, México, 1943.

P.G. Baz, *Informe de labores presentado al H. Ejecutivo de la Secretaría de Asistencia Pública 1942-1943*, México, 1944.

Departamento de Salubridad Pública. *Informe de labores 1942-1943*, México, 1944

P.G. Baz, *Informe de labores presentado al H. Ejecutivo de la Secretaría de Asistencia Pública 1943-1944*, México, 1945.

P.G. Baz, *Memoria 1944-1945. Secretaría de Salubridad y Asistencia*, México, 1945.

SSA, *Memoria de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1958-1964*, México, 1965, 288 pp.

SSA, *La salud pública de México, 1959-1982*, México, 1983, 850 pp.

Periodo	Aciertos	Desaciertos	Consecuencias
Precolombino	<p>Existían sistemas médicos organizados, con claras descripciones de patologías y su terapéutica. Mediante la subespecialización de los médicos se logró un gran desarrollo de la botánica y otras herramientas terapéuticas.</p>		<p>Enfermedades como la fiebre amarilla, la malaria o la desnutrición se encuentran entre una gran gama de problemas de salud tales como las patologías infecciosas intestinales y respiratorias, dermatológicas y traumáticas.</p>
Colonial	<p>Se inició la creación de establecimientos hospitalarios que cumplían con diversos fines, entre otros, los de atención médica. Se encontraban asociados a los conventos, sus prioridades eran la evangelización, adoctrinamiento, cambio de hábitos de vida de la población indígena y asistencia social. Francisco Xavier de Balmis inició una expedición de vacunación para prevenir la viruela en todos los territorios españoles en América.</p>	<p>Se inició una marginación de la población indígena derivada del nuevo régimen. El Real Tribunal del Protomedicato instituido en 1628 y la Real Universidad de México, regularon durante 200 años la formación y práctica de médicos y boticarios, de acuerdo con los estándares españoles y con gran desprecio a la práctica tradicional indígena. Persecución de los médicos tradicionales por el Tribunal de la Santa Inquisición. Durante los siglos xvii y xviii, la construcción de hospitales fue menor debido a que las acciones evangelizadoras se redujeron y los hospitales dejaron de estar asociados a los conventos.</p>	<p>Nuevas enfermedades como la viruela, la peste bubónica y el sarampión, diezmaron a la población. La participación de médicos indígenas en muchos de los hospitales de los conventos, generó que poco a poco comenzaran a mezclarse los conocimientos, iniciándose el mestizaje de la medicina indígena, adaptando a los rezos tradicionales, las oraciones cristianas y los medicamentos nuevos que les parecieron útiles con los que manejaban tradicionalmente. Las epidemias se mantuvieron presentes con enfermedades como el tifo exantemático, influenza, tifoidea, disentería, fiebre amarilla, viruela, sarampión, y paludismo se acentuaron en todo el territorio de la Nueva España. De 1804 a 1810 logró consolidar la organización y funcionamiento de las juntas de vacunación y se obtuvieron financiamientos de particulares para sostener las inmunizaciones, que llegaron desde la Alta California hasta Perú.</p>

CUADRO 17 (Continuación)

Periodo	Aciertos	Desaciertos	Consecuencias
Posrevolucionario	<p>Los servicios dedicados a la atención pública. Se establecieron las funciones del Consejo Superior de Salubridad y del Departamento de Salubridad Pública.</p> <p>El Departamento de Salubridad Pública con funciones federales y locales, medidas preventivas y acciones de salud pública, organizó brigadas móviles que visitaban poblaciones rurales a las que ofrecían servicios de consulta, vacunación contra la viruela y la tifoidea.</p> <p>En 1936 se crearon los servicios sanitarios ejidales, ahí se iniciaron los programas sistematizados de atención a áreas rurales de mayor marginación y zonas indígenas.</p>		<p>Pocas de las acciones de salud llegaron a la población indígena.</p> <p>Las zonas indígenas se atendieron a través de los servicios cooperativos, que funcionaban con un esquema de unidades básicas de trabajo, representadas por un médico, una partera, una enfermera, un farmacéutico y un oficial sanitario. Los servicios que se otorgaban eran de atención médica y quirúrgica, partos supervisados, curaciones, inmunizaciones, suministro de medicamentos y mejoramiento del medio.</p>
1940-1950	<p>La fusión y centralización de los servicios estatales y municipales de salud dio origen a la Secretaría de Salubridad y Asistencia en 1943.</p> <p>Instituto Nacional Indigenista también marcó la disposición de unidades de atención médica dentro de las unidades indigenistas.</p>	<p>Falta de participación indígena en la planeación de las acciones de salud.</p> <p>Falta de integración de la medicina tradicional a las acciones de salud institucionales.</p> <p>Sin información específica sobre la salud de la población indígena.</p> <p>Sin información sistematizada sobre la salud y causas de enfermedad de la población indígena.</p>	<p>Tuvieron gran relevancia los programas de vacunación y educación para la salud básica, los comunitarios pagados por cuotas pequeñas o trabajo comunitario (obras sociales por cooperación) que lograron llevar por primera vez la atención institucional a la población indígena.</p> <p>Atención médica preventiva, curativa y orientación nutricional.</p>

En 1822 se inició la sustitución del protomedicato y concluyó en 1831, año en que se estableció la Facultad Médica del Distrito Federal. Las Leyes de Reforma, dispusieron la nacionalización de los bienes eclesiásticos y la supresión de las órdenes religiosas.

Los criollos reforzaron sus formas de atención médica universitaria y se utilizó para atender a la población más privilegiada.

Limitación de acceso a medidas preventivas y de higiene mínima para la población general e indígena.

Las órdenes abandonaron en 1861 sus establecimientos, bienes y propiedades que fueron destinados para el sostenimiento de los hospitales.

La población indígena restringida a las áreas más marginadas del país, mantuvo cierto aislamiento ante algunas epidemias, pero se intensificaron sus condiciones de pobreza, desnutrición, tuberculosis, complicaciones de la viruela, tifo, parasitosis, elevada mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales y respiratorias, así como las complicaciones por parto. En 1833 se agregó la presencia del cólera. Se profesionalizó la prestación de servicios médicos para la población criolla y mestiza.

Se redujo notablemente la disponibilidad de servicios de salud que brindaban las órdenes religiosas, lo que dejó sin cobertura a la atención de la salud a la población indígena, que era uno de los beneficiarios de estos servicios.

A principios del siglo xx, el presidente Porfirio Díaz ordenó la construcción de hospitales gubernamentales modernos, como el Hospital General de México, Hospital Juárez, y el Manicomio General "La Castañeda", con todos los avances que a esa fecha se tuvieran al alcance a nivel mundial.

Se concluyó la construcción de los hospitales que habían quedado inconclu-

La guerra de revolución impidió que se concretara la construcción de los hospitales.

El sistema sanitario se encontró inactivo entre 1910 y 1917.

El Consejo Superior de Salubridad redujo sus labores, pero tuvo que actuar para combatir epidemias de viruela, paludismo y tifo.

Se quedó la población en general sin atención médica sistemática y organizada.

El panorama sanitario de la época revolucionaria se agravó debido a las condiciones de inestabilidad y pobreza, movimientos migratorios determinaron la movilización de enfermedades infecciosas y grandes epidemias como tuberculosis, peste, fiebre amarilla, tifo y las enfermedades de transmisión sexual.

CUADRO 17 (Continuación)

<i>Periodo</i>	<i>Aciertos</i>	<i>Desaciertos</i>	<i>Consecuencias</i>
1970-1980	<p>Inicio del estudio serio de la medicina tradicional indígena, capacitación de parteras tradicionales y su contacto con las instituciones.</p> <p>En 1979 la estrategia de solidaridad social del IMSS se orientó a fusionarse con las actividades de Coplamar, lo que dio origen al IMSS-Coplamar. El director general del INI y del IMSS-Coplamar era el mismo, con apoyo gubernamental.</p>	<p>Sin información específica sobre la salud de la población indígena.</p> <p>Sin información sistematizada sobre la salud y causas de enfermedad de la población indígena.</p> <p>Cobertura mayor para las áreas rurales. Falta de coordinación de las acciones, duplicidad en algunas comunidades y ausencia en otras.</p> <p>Falta de participación indígena en la planeación de las acciones de salud.</p> <p>Sin información específica sobre la salud de la población indígena.</p>	<p>tradicional y los servicios institucionales.</p> <p>Atención médica preventiva, curativa, de primero y segundo nivel que llegó a muchos grupos indígenas que previamente no se habían atendido. Se logró una mayor cobertura de los servicios.</p>
1980-1990	<p>El IMSS-Coplamar se transformó en IMSS-Solidaridad y quedó exclusivamente a cargo del IMSS (1983).</p> <p>Se logró aplicar el Programa de Extensión de Cobertura de la SSA en comunidades rurales e indígenas con el apoyo de auxiliares de la comunidad.</p> <p>Recopilación de la información de las comunidades atendidas.</p> <p>Inicio de la participación de las comunidades indígenas en la planeación y organización de algunas actividades de salud.</p> <p>Capacitación de parteras tradicionales y su contacto con las instituciones. Extensión de actividades de salud básicas a elementos clave de las comunidades indígenas.</p>	<p>A partir de 1985 se inició la descentralización de los servicios de salud, entregando la administración de unidades del IMSS-Solidaridad a los gobiernos estatales para integrar las funciones de salud.</p> <p>Sin información específica sobre la salud de la población indígena.</p> <p>Las auxiliares comunitarias no siempre fueron autóctonas de la comunidad, lo que impidió que la atención fuera acorde con los planes y dejaba sin cobertura a las comunidades.</p>	<p>Inicialmente la descentralización fue muy útil y proporcionó una gran infraestructura independiente a los estados; posteriormente, la falta de un presupuesto suficiente para sostener las acciones, mantener las unidades y equipos, propició la menor capacidad resolutive de las unidades.</p> <p>Se logró extender las acciones básicas de salud a comunidades de menos de 250 habitantes a través de auxiliares comunitarias.</p> <p>Organización de los grupos médicos tradicionales para la sistematización y difusión de su práctica médica y eventualmente su aceptación por la medicina oficial.</p>

1960-1970

A través de las unidades de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y las del Instituto Nacional Indigenista se brindaba atención médica a las comunidades indígenas.

No se logró extender la cobertura de las unidades a la totalidad de las comunidades indígenas.

Falta de participación indígena en la planeación de las acciones de salud.

Falta de integración de la medicina tradicional a las acciones de salud institucionales.

Sin información específica sobre la salud de la población indígena.

Los principales problemas de salud de las comunidades indígenas en este periodo, básicamente eran las enfermedades transmisibles, tales como: infecciones intestinales, parasitosis, infecciones respiratorias y neumonía, poliomielitis, sarampión, tosferina, difteria, tétanos neonatal, tuberculosis, tifoidea, y en regiones específicas paludismo, tifo y mal del pinto, elevada incidencia de alcoholismo y en muchas zonas homicidio y lesiones como segunda causa de mortalidad.

Uno de los factores que propiciaba esta situación era la desnutrición con cifras de 55 a 62 por ciento de desnutrición grave.

Las zonas indígenas más afectadas por el problema eran la maya en Yucatán, tzeltal y tzotzil de Chiapas, zapoteca y mixteca de Oaxaca, náhuatl de Puebla, huasteca en Veracruz y San Luis Potosí, mientras que en las zonas no indígenas las cifras no rebasaban el 38.5 por ciento. Otro indicador de desnutrición crónica fue la talla baja, que en las zonas indígenas llegó a ser del 73.6 por ciento mientras que en las rurales no indígenas el máximo fue de 50.9 por ciento. Con un grave efecto en la mortalidad infantil.

1970-1980

Se creó el mayor número de unidades del INI. Para 1978 se tenían registradas 74 clínicas, 505 puestos médicos y 134 casas de salud bajo responsabilidad del INI. Se tuvo un apoyo presupuestal superior a otros años.

Cobertura mayor pero incompleta.

Falta de coordinación de las acciones, duplicidad en algunas comunidades y ausencia en otras.

Falta de participación indígena en la planeación de las acciones de salud.

Atención médica preventiva, curativa, de primer nivel, que llegó a muchos grupos indígenas que previamente no se habían atendido. Se logró una mayor cobertura de los servicios. Inicio de la relación entre la medicina

1990-1994

A través del Programa Nacional de Solidaridad, creció la infraestructura de salud en las comunidades rurales y en las indígenas.

Participación de las comunidades indígenas en la gestión de infraestructura y organización de actividades de salud.

Se lograron extender las acciones de salud, se consolidó el Programa de Vacunación Universal, lo que permitió certificar la vacunación, especialmente en búsqueda de la erradicación de la poliomielitis.

Se logró extender el Programa de Planificación Familiar y el de Hidratación Oral y Lucha Contra el Cólera.

1994-2000

En el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa para la Reforma del Sector Salud se establecieron líneas de acción específicas para la atención de la salud indígena.

Falta de coordinación de acción entre las diversas instituciones y gobiernos locales y estatales para el cumplimiento de las acciones.

Falta de participación indígena en la planeación y aceptación de las acciones de salud.

Sin información específica sobre la salud de la población indígena.

Persiste la falta de coordinación entre las instituciones que brindan servicios a los indígenas, entre ellas las de salud.

Los indicadores de evaluación de impacto en salud aunque han mejorado persisten inferiores a los de la población nacional, menores a los de la población rural y mucho menores a la población urbana.

Los principales factores que han marcado la evolución de la salud en México y su impacto en los aspectos demográficos de la población indígena, pueden agruparse de la siguiente manera:

- Las epidemias introducidas en América por la población española diezmaron casi totalmente a la población indígena,
- El aislamiento geográfico protegió en parte a las comunidades indígenas de las epidemias que se presentaron durante la Colonia. Sin embargo, las malas condiciones de vida, marginación extrema y jornadas excesivas de trabajo durante la vida en el México independiente y el porfiriato mantuvieron una elevada mortalidad y por lo tanto el crecimiento de la población indígena fue limitado.
- El punto más bajo del crecimiento de la población indígena se observa durante el periodo revolucionario, que afectó tanto a grandes zonas rurales como a las indígenas.
- Durante los años cuarenta se inició una serie de acciones en beneficio de las comunidades rurales e indígenas, aplicando medidas preventivas sistemáticas, como vacunación y saneamiento ambiental.
- La vacunación creció desde los años ochenta en coberturas, progresivamente mayores y consolidando las áreas hasta casi lograr la vacunación universal en los años noventa.
- En 1979 se creó el IMSS-Coplamar (desde 1983 IMSS-Solidaridad) que estuvo orientado a brindar atención a las comunidades rurales e indígenas.
- A partir de 1986 se implantaron acciones para reducir la mortalidad por diarreas y deshidratación, con lo que se redujo el impacto negativo de estos padecimientos.

Se encontró que la población indígena, después de cinco siglos de evolución a partir de la conquista, ha logrado recuperar el número de sus integrantes a una cantidad que se estima similar a la existente en la época precolombina, pese a las condiciones adversas en las que se han desarrollado y a que algunas de las medidas de salud pública aplicadas a la población en general han logrado llegar a la población indígena y que las ha incorporado a su experiencia en la autoatención y manejo de la medicina tradicional.

A pesar de estos esfuerzos, la cobertura y la atención de la salud todavía es deficiente, lo cual se evidencia en algunos indicadores como son los mayores índices de mortalidad en comparación con la población rural vecina y la urbana.

Asimismo, la disponibilidad de centros de atención en las zonas indígenas es menor que en otro tipo de localidades, ya que los centros de salud se encuentran a una distancia que implica traslados más prolongados y mayores costos en transporte; por otro lado, la falta de medicamentos que es un problema generalizado en las unidades institucionales, tiene un mayor impacto en las localidades indígenas, ya que requiere de mayores costos de transporte y difícil acceso a otros sitios donde puedan adquirirse los medicamentos.

La situación de salud de las comunidades indígenas en gran parte es un reflejo de su situación de vida, la cual tiene una mayor marginación, deficiencia de disponibilidad de servicios, problemas de menor acceso a los servicios educativos, en fin, todos los problemas que causa la pobreza crónica y la marginación (véase cuadro 18).

RECOMENDACIONES PARA UNA INTERVENCIÓN EN SALUD INDÍGENA

Para la integración de una intervención de salud indígena se consideraron los resultados de la fase I, lo que permite plantear los objetivos a desarrollar en la fase II (véase figura 37).

Para la elaboración de una intervención en salud indígena se tomaron en consideración los resultados del diagnóstico sobre la situación de salud de la población indígena, así como su relación con la cobertura de servicios y se complementó con los resultados de la "Encuesta para la identificación de factores de migración indígena y servicios de salud".⁵⁷⁷ De esta forma se pudieron identificar las necesidades sentidas más importantes, los problemas de salud preeminentes y las prioridades de atención.

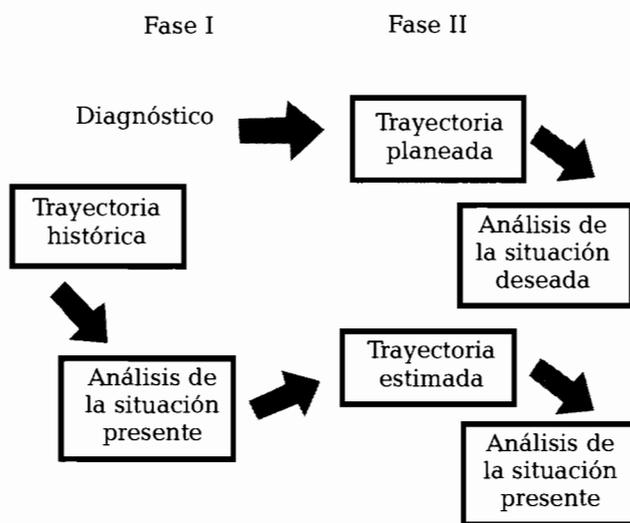
⁵⁷⁷Los resultados de la encuesta se analizan en el capítulo 5.

<i>Servicio de salud</i>	<i>Nacional</i>	<i>Rural</i>	<i>Indígena</i>
Promoción de salud y educación para la salud	Disponibilidad urbana completa	Menor disponibilidad	Muy baja disponibilidad tanto rural como en zonas marginadas urbanas
Agua potable y saneamiento ambiental	Disponibilidad de agua entubada de 98 por ciento en zonas urbanas.	Menor disponibilidad de hasta 70 por ciento	Muy baja disponibilidad en zonas rurales y en zonas marginadas urbanas
Atención materno-infantil	Disponibilidad urbana completa	Disponibilidad rural en comunidades mayores a 1,000 habitantes	Baja disponibilidad en zonas rurales y en zonas marginadas urbanas
Planificación familiar	Disponibilidad urbana completa	Disponibilidad rural en comunidades mayores a 1,000 habitantes	Baja disponibilidad en zonas rurales y en zonas marginadas urbanas
Tratamiento y control de enfermedades y lesiones	Disponibilidad urbana	Disponibilidad rural para problemas sencillos en comunidades mayores a 1,000 habitantes	Baja disponibilidad para problemas sencillos en zonas rurales y en zonas marginadas urbanas
Tratamiento y control de infecciones respiratorias agudas	Disponibilidad urbana	Disponibilidad rural en comunidades mayores a 1,000 habitantes	Baja disponibilidad en zonas rurales y en zonas marginadas urbanas
Tratamiento y control de enfermedades diarreicas	Disponibilidad urbana	Disponibilidad rural en comunidades mayores a 1,000 habitantes	Baja disponibilidad en zonas rurales y en zonas marginadas urbanas
Tratamiento y control de tuberculosis	Disponibilidad urbana	Disponible en áreas rurales concentradas	Baja disponibilidad en zonas rurales y en zonas marginadas urbanas
Tratamiento y control de SIDA	Disponibilidad urbana completa	No disponible	No disponible
Tratamiento y control de malaria	Disponibilidad urbana en regiones afectadas	Disponible en áreas rurales concentradas de regiones afectadas	Baja disponibilidad en zonas rurales y en zonas marginadas urbanas
Tratamiento y control de lepra	Disponibilidad urbana en regiones afectadas	Disponible en áreas rurales concentradas de regiones afectadas	Baja disponibilidad en zonas rurales y en zonas marginadas urbanas
Tratamiento y control de diabetes mellitus	Disponibilidad urbana completa	Disponible en áreas rurales concentradas	Baja disponibilidad en zonas rurales y en zonas marginadas urbanas
Tratamiento y control de oncosis	Disponibilidad urbana en regiones afectadas	Disponible en áreas rurales concentradas	Baja disponibilidad en zonas rurales y en zonas marginadas urbanas
Rehabilitación y apoyo de discapacidades	Disponibilidad urbana en centros de concentración	No disponible	No disponible
Medicamentos esenciales	Disponibilidad urbana incompleta	Disponibilidad incompleta	Baja disponibilidad en zonas rurales y en zonas marginadas urbanas
Información de salud	Disponibilidad urbana	No disponible en forma directa se hacen estimaciones	No disponible en forma directa se hacen estimaciones o estudios locales

Fuente: Datos para integrar el cuadro provenientes del capítulo 5.

⁵⁷⁸Seleccionadas de acuerdo con las recomendaciones de Alma-Ata, revisión crítica III. E. Tarimo, E.G. Webster, *Primary Health Care concepts and Challenges in a Changing World, Alma-Ata revisited*, WHO, Geneva, 1994, 118 pp.

FIGURA 37
FASES I Y II DE UNA INTERVENCIÓN EN SALUD INDÍGENA



Fuente: Modificado de L.I. Arbesú, "Política gubernamental y planeación", *Rev. IAPEM*, 32, 1996.

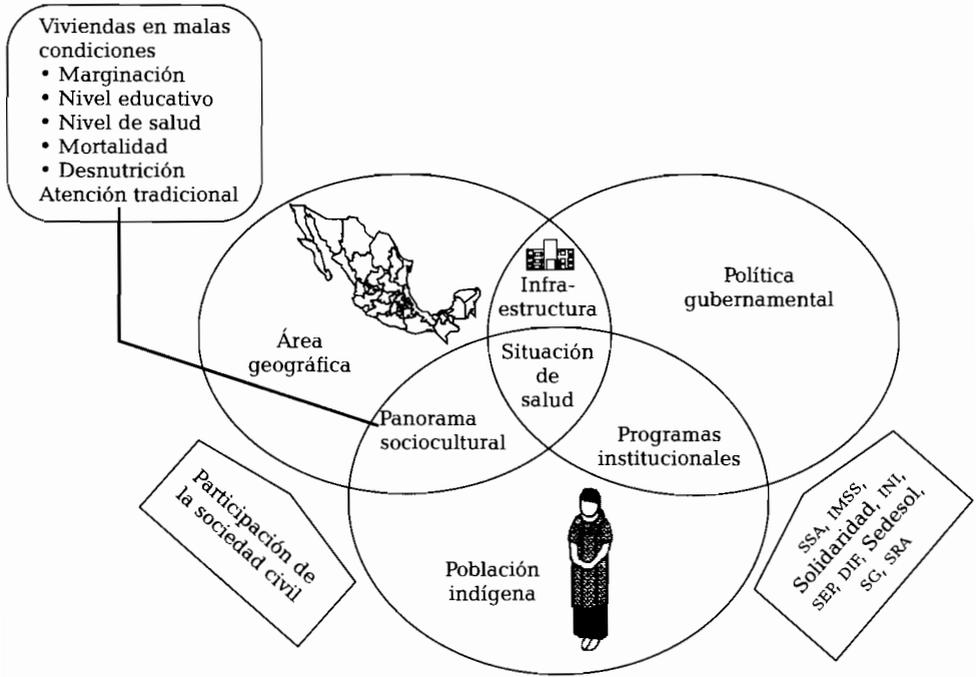
En la figura 38 se muestra el diseño conceptual, metodológico y la utilización virtual de los resultados producidos por la investigación. Se observa el impacto de la infraestructura existente y su relación con la evolución de la salud de la población atendida descrita en el capítulo 5. Asimismo, se señala la situación socioeconómica y el panorama sociocultural, el nivel de participación de la sociedad civil, así como de las dependencias gubernamentales, con programas específicos.

Tomando en cuenta los aspectos generales que han marcado la evolución de la salud indígena y las ausencias de servicios e indicadores de salud y enfermedad de esa población, se plantea como agenda de salud indígena, la siguiente:

Derivado de la información obtenida, para la definición del problema de salud indígena se jerarquizaron las prioridades y se realizó la ubicación física de las comunidades indígenas.

FIGURA 38

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN PARA INTEGRAR EL DIAGNÓSTICO DE SALUD



Se encontró que existen coincidencias geográficas entre los patrones de distribución de las comunidades y las de marginación extrema. Si se sobreponen las imágenes de ambas variables, se pone en evidencia que su ubicación es prácticamente idéntica (véase figura 39).

El mapa de la distribución de la marginación (véase figura 39 mapa inferior) muestra cinco categorías, marginación muy alta y alta, media, baja y muy baja acorde con los parámetros del Consejo Nacional de Población (Conapo), en color negro se muestran las zonas de muy alta marginación y en gris oscuro las de alta marginación, estas zonas geográficamente coinciden con la distribución geográfica de los principales grupos indígenas (véase figura 39, mapa superior), como puede observarse que no hay comunidades indígenas en las zonas identificadas como de media, baja o muy baja marginación. Es decir, no hay concentraciones indígenas que no estén marginadas o muy marginadas.

FIGURA 39
DISTRIBUCIÓN COMPARATIVA ENTRE GRUPOS
INDÍGENAS Y ZONAS DE MARGINACIÓN



Como un factor de marginación, la falta de atención a la salud se evidencia y plantea que la población indígena requiere de atención médica y opciones de desarrollo, ambas de importancia e interrelación innegables. Sin embargo, la percepción de la población sobre este requerimiento no siempre está presente y se pueden señalar las siguientes características:

- en el III Congreso Indigenista Interamericano de 1954⁵⁷⁹ se señaló que las prioridades de desarrollo eran las únicas que se mencionaban, la salud no estaba incluida;
- en 1975,⁵⁸⁰ la necesidad de acceso a atención médica era la prioridad once;
- en los Acuerdos de Larráinzar de 1994,⁵⁸¹ la salud tampoco se menciona específicamente entre los derechos y cultura indígena.

⁵⁷⁹INI, III Congreso Indigenista Interamericano 2-12 agosto de 1954, *INI Acción indigenista*, México, núm. 15, septiembre de 1954, 8 pp.

⁵⁸⁰INI, Primer Congreso Nacional de Pueblos Indígenas, Pátzcuaro, Michoacán 7-10 de octubre, 1975, *INI Acción indigenista*, México, núm. 268, octubre de 1975.

⁵⁸¹Poder Ejecutivo Federal, *Informe de resultados de la Consulta Nacional sobre Derechos y Participación Indígenas*, Poder Ejecutivo Federal-Congreso de la Unión, México, 1996.

Las prioridades entre las necesidades sentidas de las comunidades indígenas no incluyen a la salud en los primeros lugares; debido en gran medida a que la enfermedad forma parte de la vida diaria⁵⁸² y que la necesidad de subsistencia inmediata es mayor, requieren obtener los medios para alimentarse cada día, sólo cuando se les interroga intencionadamente consideran sus necesidades de salud.⁵⁸³

Las acciones que han incluido los programas institucionales de salud, en general, son correctas, han permitido abatir las cifras de mortalidad, morbilidad en la población infantil y de otros grupos de edad; el acceso e impacto de estas acciones en la población indígena es lo que ha quedado rezagado, se han logrado algunos resultados, los programas de extensión de cobertura han permitido algunos avances, pero no han sido sistemáticos y no han permeado en las comunidades en su totalidad.

La aceptación todavía es limitada y requiere de grandes esfuerzos de tiempo, persistencia y comunicación para hacer evidentes esos avances. Por tal motivo, los programas de salud como tales requieren adecuaciones para la atención de la población indígena.

Opciones para una intervención en salud

Las encuestas y la revisión de los diversos autores, muestran la necesidad de desarrollar las siguientes áreas de acción, con mayor o menor amplitud, dependiendo del escenario potencial que se analice:

- Programas emergentes de atención preventiva y curativa básica, auxiliados por los voluntarios de la propia comunidad.
- Programas de capacitación para profesionalizar acciones que ya se llevan a cabo en la comunidad.
- Esquemas de organización de la población.

⁵⁸²A.M. Victoria J., *Servicios de salud para población indígena en grandes urbes: el caso de los triquis*, tesis para obtener el grado de maestra en Investigación de Servicios de Salud, UNAM, México, 1996.

⁵⁸³A.M. Victoria J., Entrevista actual a la doctora Raquel Páez Balderas encargada del Programa de Atención a la Población Indígena (PAPI) en la Jurisdicción Sanitaria Venustiano Carranza, 2000.

- Procedimientos para detectar las necesidades sentidas más urgentes por la comunidad y el compromiso de participación para su solución en forma conjunta por todos los afectados.
- Mecanismos de referencia a unidades médicas cercanas con prioridad y acceso simplificado.
- Sistema de información local que involucre a las unidades médicas de referencia que permita el seguimiento y evaluación de las intervenciones de salud que se implementan.
- Considerar la diversidad cultural y étnica y responder a las exigencias de las propias comunidades.⁵⁸⁴

En todas las líneas de acción antes señaladas es indispensable integrar los elementos que aportan la medicina tradicional, la medicina institucional y la medicina doméstica, asimismo, se debe de considerar la interpretación de las necesidades generales y de salud de las comunidades indígenas.⁵⁸⁵

Para su aplicación se requiere además de una reorientación de la organización, sobre todo en el ámbito local, el fortalecimiento de la infraestructura de salud y una nueva ola de sensibilización para el personal y la población indígena.

El planteamiento es acorde con los objetivos y funciones de la Oficina de la Presidencia para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas y los objetivos del Instituto Nacional Indigenista, coincide también con las observaciones y sugerencias del Banco Mundial en materia de salud indígena.⁵⁸⁶

⁵⁸⁴L.C. Zolla, "La salud en las comunidades indígenas", *Boletín INIindigenista*, año 1, núm. 1, nueva época, 1989, pp. 10-11.

⁵⁸⁵La población indígena, con frecuencia expresa sus necesidades sentidas mediante el léxico común en el medio donde se encuentra, al estar en situación de comunicación con diferentes grupos con cultura y aplicación de términos diferentes, puede generar confusión o interpretación errónea por alguna de las partes, por ejemplo, cuando se habla de primeros auxilios. A.M. Victoria J., B.R. Pérez y C.G. Torres G., "Experiencia en la aplicación de estudios sociomédicos a población indígena en situación intercultural", *Espacios Públicos*, Facultad de Ciencias Políticas y Administración Pública-UAEM, México, año 2, núm. 4, julio de 1999, pp. 53-67.

⁵⁸⁶M.M. Giugale, O. Lafourcade y V.H. Nguyen, *México. A Comprehensive Development Agenda for The New Era*, World Bank, Washington, D.C., 2001.

- Apoyo a la capacidad de construcción de instituciones indígenas y redes de profesionales indígenas.
- Apoyo amplio a los servicios de educación y salud a través de mayor participación en el diseño, trabajo y control de los servicios por las comunidades indígenas.
- Adaptación de la descentralización y mejora de los mecanismos regionales de planeación para conocer las necesidades de las comunidades indígenas.
- Apoyar las necesidades de investigación y la investigación de políticas.

En el ámbito estatal permite la participación activa de cada entidad federativa a través de las constituciones estatales e inclusive llegar al nivel municipal mediante las estructuras administrativas existentes, las cuales tienen contacto directo con la comunidad y pueden potencializar los resultados.

En el ámbito internacional el modelo se apega a los compromisos establecidos por el gobierno de México en el sentido de mejorar sus condiciones de vida, trabajo, salud y educación con su participación y cooperación.

El actual modelo de atención a la salud para población abierta de la SSA y el Programa de Solidaridad Social por cooperación comunitaria del IMSS-Solidaridad han realizado grandes cambios, favorables y con un gran impacto en la población rural y tangencialmente en la población indígena. Ha sido un esfuerzo que rindió frutos; ha creado una cultura de salud que día a día permite a la población una elección más informada sobre su salud.

A lo largo de 60 años se ha trabajado sobre la base de algunas premisas generalizadas que tal vez pueden funcionar en el ámbito rural, pero que en el ámbito indígena dificultan la aplicación y éxito de las acciones:

- Que las comunidades rurales debido a su naturaleza reaccionarían igual ante estímulos similares, sin embargo, esta población rural al no ser homogénea, no es probable que reaccione homogéneamente ante las acciones y establecimientos de salud.
- Que la razón determinará la conducta humana y la conducta en salud. Es evidente que al tratarse de comunidades culturalmente diferentes, su forma de interpretar circunstancias probablemente es diferente a la de la población urbana que plantea las conductas de salud.
- Que el paciente puede tratarse sólo en el aspecto físico para curarlo en forma aislada del contexto físico, social y cultural. La antropología y la sociología en sus diversos estudios han mostrado que las comunidades indígenas en sus formas de curación tienen en gran estima los aspectos psicológicos y ambientales, ese factor puede determinar la aceptación de los servicios.

Al proporcionar atención a la población indígena, se está atendiendo a un reclamo social de justicia, brindar atención a los más pobres de entre los marginados, la solución a sus necesidades elementales beneficiaría de casi seis a 20 millones de personas. Una de las interrogantes elementales que obligan a establecer acciones directas sobre el manejo de la información relacionada con esta población es la disparidad que existe de cifras y fuentes existentes. En el caso específico de la salud, los datos que se manejan sobre atención a indígenas, por lo menos en el ámbito nacional, en su mayoría son estimaciones de las actividades realizadas por las unidades rurales. En el ámbito estatal se realizan acciones locales que probablemente permitan tener cifras más cercanas a la población indígena beneficiada.

Estrategias

Para poder integrar las acciones de salud previstas por las instituciones y por la propia comunidad, se sugieren las siguientes estrategias básicas como parte del modelo.

Coordinación interinstitucional

En el capítulo 3 se identificaron las acciones y programas que ya se realizan a favor de la población indígena. En el capítulo 4 se mencionan varias instituciones dentro del área de la salud que tienen acciones establecidas y funcionan a veces simultáneamente en las mismas localidades o en sitios cercanos. Por ello, es necesario reforzar las actividades de coordinación interinstitucional nacional, estatal y municipal, para ubicar las localidades no atendidas por alguna institución y distribuir mejor los recursos que obviamente son escasos y aún más escasos en las comunidades rurales o indígenas. En este sentido, es necesario establecer nuevos acuerdos de colaboración o reforzar los ya existentes.

Por sus atribuciones legales corresponde a la Secretaría de Salud la responsabilidad de llevar a cabo el programa y coordinarse con instituciones como el IMSS-Solidaridad, el INI y el DIF, confirmar y hacer el seguimiento de los compromisos de cada insti-

tución y el compromiso político de las autoridades para apoyar los procesos de este programa, como son la asignación de recursos médicos a estas comunidades en forma prioritaria y preferencial.

Otra forma de coordinación es la intersectorial, en la que otros sectores gubernamentales que desarrollan acciones o que potencialmente pueden desarrollarlas y la coordinación con el sector social, que ya lleva a cabo acciones y puede aprovecharse su potencial de gestión para apoyar a las comunidades en actividades específicas.

Participación comunitaria

La estrategia de participación comunitaria que se inició dentro del ámbito de la salud desde los años setenta, en México, en realidad retoma y moderniza acciones desarrolladas desde la época colonial, en especial en las comunidades indígenas. Es esta característica la que ha permitido, en gran parte, que la cultura y población indígena, en franca desventaja con el resto de la población haya sobrevivido y logrado adaptarse cada día a más retos de vida.

Por este motivo, el planteamiento de estas sugerencias están orientadas a aprovechar todo ese bagaje participativo en beneficio de sus propias comunidades. Asimismo, es necesario conciliar las necesidades de salud determinadas por las autoridades con las que plantea la comunidad. La mayoría de las veces se habla del mismo problema y las mismas necesidades, pero cada parte con su particular enfoque.

Se pueden retomar los apoyos comunitarios para las unidades médicas que ya se están dando y reorientar la manifestación de las comunidades sobre sus necesidades y formas de interpretar cómo solventarlas.

Sistema de información propio y simplificado para la comunidad

Para poder conocer el perfil de salud y enfermedad de la población indígena y establecer con claridad las tendencias e impacto de las acciones que se lleven a cabo a través de un programa, es

necesario poder contar con un sistema de información propio, que funcione con los mismos lineamientos del Sistema Nacional de Información en Salud. Pero que agregue las variables indispensables de grupo étnico o indígena para identificar con exactitud los casos de enfermedades por las que particularmente asisten a las unidades y preparar las medidas específicas que se requieran.

Es evidente que los avances de información que existen en este campo ya permiten conocer una aproximación muy cercana a estos datos; al contar con un sistema de información que llega a nivel municipal se pueden deducir las comunidades que cuentan con una mayor concentración indígena, sin embargo, no existen comunidades puras ni indígenas, ni rurales o mestizas, por lo tanto un avance mayor sería poder contar con un indicador que permita una mejor planeación y aplicación de los programas y una evaluación más cercana.

Asimismo, otra de las estrategias que se han manejado a lo largo de más de 20 años, de forma institucional, es la participación de los promotores de la comunidad; para poder contar con los datos relativos a las acciones que realizan, es necesario elaborar formatos simplificados que no compliquen su actividad y favorezcan la periodicidad y veracidad de la información emitida.

Capacitación y sensibilización al equipo de salud

La capacitación y sensibilización del personal médico que labora en las unidades más distantes es trascendental, para que los programas tengan los resultados que se esperan. En el caso de las unidades ubicadas cerca o dentro de las comunidades indígenas, esta necesidad es aún mayor, ya que no sólo tendrá que emplear sus conocimientos médicos sino su capacidad de trato y sensibilidad ante comunidades culturalmente diferentes.

Fortalecimiento de la infraestructura de salud y dotación de medicamentos

Uno de los requerimientos señalados a través del análisis de la cobertura y las encuestas es la necesidad de contar con mayor

infraestructura y más cercana, que tenga la capacidad de solventar las necesidades de salud de las comunidades.

No obstante los esfuerzos y avances logrados a lo largo de 60 años, la cobertura total es difícil, tanto por el acceso geográficamente limitado como por la dificultad de la inversión financiera para la construcción, equipamiento y habilitación de recursos humanos para estas localidades. Por tal motivo, es necesario establecer medidas de coordinación más intensas, que permitan obtener los apoyos de otros sectores gubernamentales, para favorecer actividades que sin ser propiamente de salud permitan un acceso más sencillo a las unidades ya existentes, como vías de comunicación y transportes, que corresponden a otros ámbitos de desarrollo en zonas indígenas.

Actividades de salud generales y flexibles a las necesidades de la comunidad (regionales o culturales)

El paquete básico de salud que se ha manejado durante los últimos 20 años, corresponde a las actividades básicas que se llevaban a cabo tradicionalmente por las instituciones de salud desde que se iniciaron en los años cuarenta, algunas de estas acciones eran gratuitas desde los años ochenta, por ejemplo, las acciones de programas como atención materno-infantil, vigilancia del niño sano, hidratación oral, inmunizaciones, etcétera.

El hecho de que se haya sistematizado y formado un solo paquete facilita la aplicación de estas medidas que ya se llevaban a la población, pero al integrarlas facilita su manejo para los prestadores de servicio; sin embargo, la forma de interpretar los componentes del paquete es diferente para cada población, entre las necesidades sentidas se señalan, por ejemplo, la enseñanza de "primeros auxilios", que con ese nombre no existen dentro de las actividades institucionales; sin embargo, al interrogar la interpretación que tiene la comunidad indígena al respecto, sorprende que su deseo es en realidad que un voluntario o voluntaria de la comunidad se capacite en los problemas de salud más frecuentes

como fiebre, diarrea o infecciones respiratorias y pueda contar con los medicamentos elementales para atender esas necesidades.⁵⁸⁷

De modo que es necesario también explicar a las comunidades indígenas sobre los componentes del paquete y la gratuidad de estos servicios para incrementar la confianza de esta población y acercarla a las unidades.

Capacitación a los voluntarios indígenas

El promotor voluntario⁵⁸⁸ es una de las figuras más tradicionales dentro de la extensión de acciones de salud para las comunidades rurales e indígenas, en el campo de la salud se delimitó, para las comunidades rurales menores de 500 habitantes, con una cobertura de 50 a 100 personas por promotor⁵⁸⁹ con actividades directamente en la comunidad para promover mejores niveles de salud, con medidas educativas, preventivas y tratamientos elementales. En muchas ocasiones el promotor voluntario es el profesor bilingüe o la partera de la comunidad.

Estos promotores ya han hecho un camino y se debe aprovechar este recurso humano con la capacitación e incentivos más adecuados, no obligatoriamente la monetaria; pueden establecerse opciones de capacitación y profesionalización de estos voluntarios. La participación de los promotores no sustituye las obligaciones institucionales, pero sí facilita que las acciones más elementales de salud lleguen a las comunidades más alejadas.

⁵⁸⁷A.M. Victoria J., B.R. Páez y C.G. Torres G., "Experiencia en la aplicación de estudios sociomédicos a población indígena en situación intercultural", *Espacios Públicos*, Facultad de Ciencias Políticas y Administración Pública-UAEM, México, año 2, núm. 4, julio de 1999, pp. 53-67.

⁵⁸⁸Desde 1921 los promotores indígenas participaron en obras de mejoramiento de sus comunidades y prepararon los primeros maestros rurales que posteriormente se transformaron en normalistas. En 1953, se inició la detección de jóvenes para ser preparados como promotores culturales de alfabetización, matemáticas elementales y conocimientos prácticos para la comunidad (INI, "El promotor", *INI Acción Indigenista*, INI, México, núm. 17, noviembre de 1954, 8 pp.

⁵⁸⁹J. Kumate R. y G. Soberón A., *La salud para todos. Utopía o realidad*, El Colegio de México, México, 1996, p. 80.

Acciones operativas propuestas

Para el desarrollo de una intervención en salud indígena se plantean como indispensables las acciones operativas que pueden desarrollarse:

- Establecimiento de un programa operativo a través de un paquete básico diseñado para cumplir las necesidades de la comunidad.⁵⁹⁰

–Para el establecimiento del programa se requiere la participación de la comunidad, de intervención interinstitucional y multisectorial, acorde con los requerimientos y la interpretación de los mismos.

Se dispone del paquete básico de servicios, los cuales pueden explicarse a la comunidad para sensibilizarse y permitirles aceptar las acciones básicas de salud importantes, por ejemplo, las de vacunación, las de saneamiento ambiental, de orientación nutricional, control y tratamiento de enfermedades diarreicas, respiratorias y las de importancia local; atención materna-infantil y planificación familiar.

- Consulta / medicamentos gratuitos.

–Las consultas y medicamentos en el caso de las comunidades indígenas, se justifica la gratuidad, ya que si se realizan los estudios médico-sociales se encuentra generalmente que son usuarios catalogados como exentos. Sería más sencillo y permitiría facilitar el acceso, reducir los trámites y estimular la demanda de la población indígena,⁵⁹¹ asimismo, reducir el impacto negativo que tiene el esfuerzo de trasladarse ya que implica gastos a veces muy significativos para la población.

- Capacitación a personal y voluntarios eminentemente preventiva.

–Una vez identificados los conceptos de servicios y las necesidades sentidas por las comunidades, se puede seleccionar a un voluntario de la comunidad y brindarle la capacitación necesaria para apoyar las actividades de salud, bajo la responsabilidad de las autoridades locales y estatales, de modo que reciban los apoyos audiovisuales, materiales didácticos y apoyos mientras dure su capacitación.

- Establecimiento de medidas especiales locales (unidades móviles terrestres o acuáticas).

⁵⁹⁰J. Frenk, *Hacia un México más saludable*, Funsalud, México, 1997.

⁵⁹¹A.M. Victoria J., *Servicios de salud para población indígena en grandes urbes: el caso de los triquis*, op. cit.

–Debido a la dispersión y ubicación en zonas alejadas de las grandes ciudades, se puede establecer un sistema de unidades móviles ya sea terrestres o acuáticas (en zonas de acceso por esa vía) para incrementar la cobertura de servicios y apoyar en el traslado de los pacientes a otros niveles de atención, que en las condiciones actuales, constituye uno de los principales problemas para la población indígena en zonas rurales dispersas.

- Educación y prevención.

–Preparar en las lenguas indígenas de las regiones, los materiales audiovisuales que existen para brindar las acciones de educación para la salud, apoyados en los voluntarios indígenas, lo que permitirá un mayor impacto de las acciones educativas y mayor aceptación de las medidas preventivas.

- Información e investigación.

–Para la difusión y actualización de los mensajes de salud en las comunidades indígenas se requiere de la sensibilización del personal médico, ya que para la interacción con las comunidades indígenas se requiere de una capacitación que sensibilice y permita hacer más receptivo al personal médico que facilite realizar las actividades cotidianas con una actitud más positiva hacia la población indígena.

–Asimismo, la realización de actividades de investigación, requiere de sensibilización y consideración de las particularidades comunitarias para no afectar su vida, brindar información correcta y no parcial que con frecuencia desorienta.

- Cooperación internacional.

–Las aportaciones de la investigación en comunidades indígenas mexicanas y la extensión a otras comunidades puede ser de gran utilidad en el ámbito internacional, de la misma forma, el intercambio de experiencias en países donde se aplican intervenciones en las poblaciones indígenas con aportaciones médicas o de desarrollo social pueden ser de gran utilidad.

Sugerencia de desarrollo de algunas acciones

Para el establecimiento de una intervención o programa de salud indígena se sugieren una serie de acciones con una breve revisión de las ventajas y desventajas potenciales, a continuación se resumen los aspectos conceptuales que se consideraron para cada una (véase cuadro 19).

Acciones	Ventajas	Desventajas
<p>Establecer un compromiso al más alto nivel federal, para promover el programa y establecer un compromiso de trabajo con las comunidades indígenas y la sociedad civil.</p>	<p>De contar con ese apoyo la operación del programa se simplifica.</p>	<p>En caso de contar con ese apoyo las acciones requerirán mayores esfuerzos y concertaciones.</p>
<p>Crear la Dirección General de Salud Indígena, Rural y para Zonas de Extrema Marginación.</p>	<p>Contar con una dependencia exclusiva para la planeación, organización, dirección y evaluación de las acciones. Favorecer el conocimiento de las generalidades del programa.</p>	<p>Requiere del presupuesto acorde con las necesidades de personal, recursos materiales y de apoyo para las acciones. Requiere tiempo para llegar a todos los niveles y la participación responsable de todos los niveles.</p>
<p>Difundir el programa en las diversas instancias participantes.</p>	<p>Clarificar las acciones y cumplir con los objetivos planteados en el programa.</p>	<p>No desventaja propiamente, sino precaución de establecer la coordinación interinstitucional.</p>
<p>Operativizar el programa en los ámbitos nacional, estatal, municipal y local de cada comunidad.</p>	<p>Las acciones responderán a los lineamientos generales del programa. Contar con la participación voluntaria.</p>	<p>Requieren invertir tiempo en sesiones de trabajo. Los promotores tienen otras actividades y puede dificultarse interesarlos en participar.</p>
<p>Elaborar un plan de trabajo nacional, estatal, municipal y locales de las comunidades Detectar promotores comunitarios interesados en participar en el programa.</p>	<p>Este es el paso decisivo para integrar la participación comunitaria y apoyar la ejecución y compromiso con las acciones.</p>	<p>Los promotores no siempre están preparados y requerirá tiempo y recursos para su capacitación (tal vez mediante becas).</p>
<p>Capacitar a los promotores y elaborar con ellos un diagnóstico comunitario y derivado de ello un plan de trabajo local. En el escenario limitado puede apoyarse en las organizaciones no gubernamentales para extender las acciones de capacitación de acuerdo con el programa. Coordinar acciones en cada dependencia para completar los lineamientos generales del programa. Seleccionar al personal que será designado responsable de la ejecución del programa en el ámbito nacional, estatal, municipal. Elaborar los lineamientos generales para un plan de capacitación al personal de salud.</p>	<p>Conocer claramente las responsabilidades que cada dependencia tendrá. Una persona en cada ámbito se responsabilizará de la ejecución del programa. Contar con un instrumento general para la sensibilización y capacitación.</p>	<p>Requieren invertir tiempo en sesiones de trabajo. Requiere tiempo para identificar a los personajes con un perfil adecuado, con la sensibilidad y capacidad para el puesto. Requiere la participación de expertos en las áreas para la elaboración de un guión acorde con las necesidades.</p>
<p>Concertar la información que requiere ser agregada al Sistema Nacional de Información en Salud.</p>	<p>Al estar integrado al sistema institucional se automatiza su captura, difusión y facilita el análisis.</p>	<p>Requiere tiempo y apoyo institucional para el diseño y modificación a los programas existentes.</p>
<p>Elaborar los formatos correspondientes derivados de las concertaciones. Para el escenario limitado puede apoyarse en los niveles locales y de organizaciones no gubernamentales la reproducción de los formatos.</p>	<p>Al estar integrado al sistema institucional se automatiza su captura, difusión y facilita el análisis.</p>	<p>La inversión en papelería implica un costo adicional en impresión y capacitación en el uso de los formatos nuevos.</p>

Diseñar, elaborar y aplicar los diagnósticos de salud comunitarios de las localidades a trabajar.

De acuerdo con el escenario que se trate puede hacerse más amplio o más breve el diagnóstico, en algunas comunidades ya existen y pueden simplemente actualizarse.

Diseñar las acciones comunitarias urgentes y las de plazo medio y largo, para establecer las medidas de prevención, de capacitación, de atención, de información y de investigación.

Creación de incentivos para el personal de salud que se ubica en las zonas indígenas, mediante becas de capacitación, acceso a la publicación de trabajos de investigación, estímulos económicos, reconocimiento en tiempo de servicio social y facilitar el acceso de este personal a la definitividad laboral.

En el caso de un escenario limitado para muchas de estas acciones, se podría solicitar el apoyo de organizaciones no gubernamentales que apadrinen algunas comunidades y apoyen económicamente al personal que labore en esas zonas.

Aprovechar foros como las semanas nacionales de salud para promover la sensibilización y establecer puestos de salud preferentes en las zonas indígenas con el apoyo de transportación y movilización de la población para este evento.

Se requiere el apoyo de la sociedad civil.

Elaboración de materiales didácticos y audiovisuales para la capacitación de los voluntarios.

Elaboración de materiales de información bilingües en las diversas lenguas y con el apoyo didáctico para imágenes adaptadas a la cultura indígena sobre los temas más importantes de salud, tanto para entrega en unidades, domicilios y ubicación en lugares de tránsito de las comunidades.

Para incrementar la creatividad y variedad de materiales, podrían organizarse Concursos Nacionales de Carteles y folletos, en los que pueden participar estudiantes de las escuelas de comunicación, antropología y

Conocer la situación real en cuanto a requerimientos, necesidades sentidas por la población indígena, posibilidades, limitantes, recursos tradicionales que colaboren.

Al realizar los diagnósticos y realizar un trabajo directo con participación comunitaria se favorece la participación.

Con la creación de incentivos se facilita el apoyo del personal.

Facilitar el acceso de las comunidades y establecer un primer paso amistoso de los servicios hacia las comunidades más alejadas que tradicionalmente tienen dificultades en ese tipo de campañas y que los trabajadores de salud no alcanzan a cubrir.

Con los materiales disponibles para los voluntarios se simplifica su capacitación y entrenamiento.

Se facilita la difusión de información y favorece el trabajo de los promotores.

Se requiere la participación de personal previamente capacitado y con conocimiento de las diversas regiones con la participación de traductores y de las instituciones participantes.

No desventaja propiamente, sino precaución, ya que requiere tiempo y la participación de los responsables para realizar un trabajo sencillo pero completo en extensión.

Requiere de una mayor inversión y la búsqueda de apoyos alternativos como los de la sociedad civil.

Es necesario el apoyo de las organizaciones privadas para poder cumplir los requerimientos.

Se requiere de una inversión en la elaboración de los materiales por expertos, traductores y la distribución de los materiales.

Se requiere de una inversión en la elaboración de los materiales por expertos, traductores y la distribución de los materiales.

Acciones	Ventajas	Desventajas
<p>diseño gráfico, inclusive los propios grupos indígenas. Se cumpliría con un ahorro de recursos y su orientación hacia el premio a los mejores materiales y difusión a nivel nacional.</p> <p>Elaboración de mensajes de radio bilingües en las lenguas con mayor porcentaje de hablantes para su transmisión en el sistema nacional de radio, con la difusión de mensajes de los principales problemas de salud y su prevención.</p> <p>Los recursos pueden provenir de apoyos gestionados en la sociedad civil y las compañías de radio.</p>	<p>Aumentará el impacto de los mensajes de salud y reivindicará la importancia de esta población.</p>	<p>Requiere una inversión económica y la participación de expertos y traductores especializados.</p>
<p>Elaboración de videos bilingües en las lenguas con mayor porcentaje de hablantes en las redes nacionales de televisión, con la difusión de mensajes de los principales problemas de salud y su prevención.</p> <p>Para incrementar la creatividad y variedad de materiales, podrían organizarse concursos nacionales de videos en los que pueden participar estudiantes de las escuelas de comunicación, antropología y diseño gráfico, inclusive los propios grupos indígenas. Se cumpliría con un ahorro de recursos y su orientación hacia el premio a los mejores materiales y difusión a nivel nacional.</p> <p>Los recursos pueden provenir de apoyos gestionados en la sociedad civil y las compañías privadas de televisión.</p>	<p>Aumentará el impacto de los mensajes de salud y reivindicará la importancia de esta población.</p>	<p>Requiere una inversión económica y la participación de expertos y traductores especializados.</p>
<p>Cursos de capacitación con reconocimiento de nivel técnico para promotores voluntarios de la comunidad mediante el sistema de becas y un programa de estudio elaborado especialmente.</p> <p>Establecimiento de un comité consultivo de expertos para valorar la investigación en salud indígena.</p> <p>Desarrollo de investigaciones interdisciplinarias específicas en el campo de la salud indígena con apoyos financieros institucionales hacia los problemas de salud más apremiantes y formas innovadoras de intervención.</p>	<p>Se contará con personal capacitado de acuerdo con los requerimientos institucionales.</p> <p>Contar con expertos en el área para promover la investigación.</p> <p>Contar con información específica que actualmente no existe.</p>	<p>Requiere de apoyos económicos y la sistematización de la capacitación con la participación de expertos.</p> <p>Se requiere establecer apoyos específicos financieros para este rubro.</p>

El número y variedad de investigaciones estará determinado por el escenario que se trate y los apoyos logrados para financiar en forma preferente estas investigaciones.

Se puede ofrecer un premio nacional de investigación en salud indígena con un apoyo económico atractivo y la posibilidad de promover los resultados de la investigación incluso a nivel internacional. Con la obligación bilateral de implantar y difundir los resultados de investigación.

Evaluación periódica de los avances del programa en los ámbitos nacional, estatal, municipal y local.

Establecimiento de coloquios o reuniones nacionales sobre salud indígena en que se presenten los avances más relevantes en este campo, acciones, resultados de investigación y testimonios de las comunidades.

El número y extensión de los eventos estará determinado por el escenario que se trate.

Establecer el estímulo nacional al trabajador de la salud indígena en sus versiones institucional de campo y promotor comunitario.

Premio económico y de reconocimiento nacional para el personal que se haya distinguido por su labor entusiasta y responsable, así como nuevas aportaciones en el campo de la salud indígena.

El monto del premio estará determinado por la disponibilidad de recursos y los patrocinadores que se consigan.

Difusión de mensajes publicitarios para promover el programa en breves cápsulas en versiones bilingües de radio, televisión y folletos.

El número y extensión de los mensajes estará determinado por el escenario y la disponibilidad económica.

Información actualizada sobre resultados y alcances. Permite la reorientación de acciones.

Permite establecer foros para la difusión de los logros y nuevas ideas a aplicar en las comunidades.

Reconocer el trabajo y acciones de los actores en trabajo de campo.

Dar a conocer las acciones de salud.

Inversión de tiempo para cumplir con los informes.

Financiamiento para la organización, transporte de los participantes, becas para los asistentes.

Búsqueda del recurso financiero.

Inversión económica.

Al concluir el desarrollo de una intervención o programa de salud indígena, la evaluación permitirá identificar los alcances y limitaciones generados por este proyecto, y de ahí fundamentar la continuación y generalización de la misma, ya fuera íntegra o parcialmente.

El objetivo es brindar atención a la salud de esta población, al irse cumpliendo los objetivos, para determinar ese grado de cumplimiento se pueden analizar cualitativa y cuantitativamente los avances.

Se pueden evaluar las etapas del programa para poder analizar los aciertos, las deficiencias y reorientar oportunamente el proyecto para la obtención de mejores resultados.

BIBLIOGRAFÍA

FRENK, J., *Hacia un México más saludable*, Funsalud, México, 1997.

GIUGALE, M.M., O. Lafourcade y V.H. Nguyen *México. A Comprehensive Development Agenda for The New Era*, World Bank, Washington, D.C., 2001.

INI, "El promotor", *INI Acción Indigenista*, INI, México, núm. 17, noviembre de 1954, 8 pp.

———, III Congreso Indigenista Interamericano 2-12 de agosto de 1954, *INI Acción Indigenista*, México, núm. 15, septiembre de 1954, 8 pp.

———, "Primer Congreso Nacional de Pueblos Indígenas, Pátzcuaro, Michoacán 7-10 de octubre, 1975", *INI Acción indigenista*, México, núm. 268, octubre, 1975.

KUMATE R., J. y G. Soberón A., *La salud para todos. Utopía o realidad*, El Colegio de México, México, 1996, p. 80.

OPS, "Cultura médica tradicional", *Bol. of Sanit. Panam.*, 96 (2), 1984, pp. 180-181.

PODER EJECUTIVO FEDERAL, *Informe de resultados de la Consulta Nacional sobre Derechos y Participación Indígenas*, Poder Ejecutivo Federal-Congreso de la Unión, México, 1996.

- TARIMO E. y E.G. Webster, *Primary Health Care concepts and Challenges in a Changing World. Alma-Ata revisited*, WHO, Geneva, 1994, 118 pp.
- VICTORIA J., A.M., Entrevista actual a la doctora Raquel Páez Balderas encargada del Programa de Atención a la Población Indígena (PAPI) en la Jurisdicción Sanitaria Venustiano Carranza, 2000.
- , *Servicios de salud para población indígena en grandes urbes: el caso de los triquis*, tesis para obtener el grado de maestra en investigación de Servicios de Salud, UNAM, México, 1996.
- , Páez B.R. y C.G. Torres G., "Experiencia en la aplicación de estudios sociomédicos a población indígena en situación intercultural", *Espacios Públicos*, Facultad de Ciencias Políticas y Administración Pública-UAEM, México, año 2, núm. 4, julio de 1999, pp. 53-67.
- YOUNG, G.L. y C.J. Young, "Atención de salud en minorías étnicas rurales. Algunas observaciones antropológicas", *Bol. of Sanit. Panam.*, 95 (4), 1983: 333-342.
- ZOLLA, L.C., "La salud en las comunidades indígenas", *Boletín INdigenista*, año 1, núm. 1, nueva época, 1989, pp. 10-11.

Sobre la autora

ANA MARÍA Victoria Jardón, médico cirujano de la Universidad Nacional Autónoma de México que realizó la especialidad en medicina tradicional china, becada por el gobierno chino, en el Beijing College of Traditional Chinese Medicine. Posteriormente, llevó a cabo la maestría en investigación de servicios de salud con la tesis *Servicios de salud para población indígena en grandes urbes. El caso de los triquis*, y el doctorado en administración pública con el tema *Desarrollo de una política pública para la atención de la salud de población indígena*, ambos en la Universidad Nacional Autónoma de México, por la que recibió la distinción Medalla Alfonso Caso de la UNAM 2001.

Ha desarrollado proyectos en salud indígena en el trabajo institucional dentro de la Secretaría de Salud y derivado de ello se publicaron con la licenciada Lucía Esther Leroux Romero las monografías con los *Perfiles de salud y nutrición de los niños chontales*, *Perfiles de salud y nutrición de los niños otomíes*, y *Perfiles de salud y nutrición de los niños chichimecas*; igualmente se desarrolló *Modelo de vigilancia de riesgos nutricionales en población indígena por métodos no convencionales*.

Más adelante, en el Distrito Federal, se publicó con la doctora Raquel Páez Balderas y la doctora Rocío Flores González el *Perfil de*

salud de la población triqui en la ciudad de México y con la licenciada Concepción Guadalupe Torres García y Virginia Pérez Godínez, el *Perfil de salud de la población mazahua en la ciudad de México* en el *Prontuario para la Atención de Salud de la Población Indígena*; con la doctora Raquel Páez Balderas y la licenciada Concepción Guadalupe Torres García se publicó la *Experiencia en la aplicación de estudios sociomédicos en población indígena en situación intercultural* dentro de la publicación *Espacios públicos*.

Siendo miembro desde 1997 de la Red para el reforzamiento de la información en salud de la OMS y miembro del Sistema Nacional de Investigadores desde 1998.

Índice

INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO 1	
ELEMENTOS PARA LLEGAR AL DIAGNÓSTICO DE LA SALUD INDÍGENA EN MÉXICO	15
Introducción	15
Descripción de la situación actual	15
Diseño retrospectivo	18
Bibliografía	26
CAPÍTULO 2	
EL INDIGENISMO EN EL MUNDO Y LOS GRUPOS INDÍGENAS	29
Introducción	29
El estado del arte de las políticas sobre asuntos indígenas en el plano internacional	30
La población indígena del mundo y el indigenismo	30

La política internacional en asuntos indígenas	40
Tendencias de las Naciones Unidas	40
La política indigenista en América	44
Países seleccionados	48
Canadá	48
Estados Unidos	50
Perú	51
Brasil	52
Bolivia	53
Paraguay	54
Australia	55
Nueva Zelanda	56
China	56
La legislación internacional sobre asuntos indígenas	57
Bibliografía	60

CAPÍTULO 3

EL DESARROLLO SOCIAL EN MÉXICO

Introducción	65
Desarrollo, subdesarrollo y política social	66
El desarrollo social en México	76
La pobreza en el México contemporáneo	85
La política de salud	89
Marco jurídico de la salud y de la salud indígena	91
Bibliografía	103

CAPÍTULO 4

LA POLÍTICA GUBERNAMENTAL

INDIGENISTA	109
-------------	-----

Introducción	109
La política indigenista. Quinientos años de avatares	110
La población indígena mexicana y su evolución	121
El Instituto Nacional Indigenista, 50 años de buenos deseos	127
Bibliografía	141

CAPÍTULO 5	
LA SITUACIÓN DE SALUD-ENFERMEDAD Y LA ATENCIÓN DE LOS GRUPOS INDÍGENAS DE MÉXICO	147
Introducción	147
Periodos preinstitucionales	147
Época precolombina. Origen y sustento de la medicina tradicional mexicana	147
La era colonial. El choque de dos civilizaciones y dos formas de practicar la medicina	150
Época independiente	157
Era revolucionaria	161
Era posrevolucionaria	163
El surgimiento de las instituciones	166
De la Secretaría de Salubridad y Asistencia a la Secretaría de Salud	167
Del Instituto Nacional Indigenista	171
Del IMSS-Coplamar al IMSS-Solidaridad	174
Cultura y medicina tradicional	177
Participación de la sociedad civil	194
Las organizaciones civiles en México	194
La participación de la sociedad civil en la salud indígena	197
Situación actual de la población indígena en México	198
Y... ¿qué opinan los indígenas sobre las enfermedades y los servicios de salud?	205
Bibliografía	212
 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	 223
Introducción	223
Conclusiones sobre la problemática de salud indígena	224
Evolución de la infraestructura de atención médica	224
Recomendaciones para una intervención en salud indígena	235

Opciones para una intervención en salud	240
Estrategias	243
Acciones operativas propuestas	248
Sugerencia de desarrollo de algunas acciones	249
Bibliografía	254
SOBRE LA AUTORA	257

500 años de salud indígena

se terminó de imprimir en la ciudad de México durante el mes de diciembre del año 2004.

La edición, en papel de 75 gramos, consta de 2,000 ejemplares más sobrantes para reposición y estuvo al cuidado de la oficina litopográfica de la casa editora.





En el siglo XXI el avance médico ha llegado hasta la comprensión del código genético, como una oportunidad para combatir las enfermedades congénitas incluso antes de que se presenten los síntomas. Para nuestra mentalidad racional la noción de lo "objetivo", lo demostrable a través de método científico, es la verdad por excelencia.

La medicina tradicional, más allá de la tradición en sí, destaca el valor de lo mágico, de lo subjetivo, y cuenta con todo un sistema simbólico a través del cual no sólo se preserva o restaura la salud, sino que es una manera de entender el mundo. Cuenta con una experiencia de cientos de años y es el remedio habitual de muchísimas personas ante las enfermedades.

La respuesta oficial se ha expresado en la creación de instituciones y en la extensión de la cobertura a la población fuera de los regímenes de la seguridad social. A pesar de estos esfuerzos existen aún sectores de población mexicana que carecen de servicios formales de salud. Uno de estos sectores es el indígena, que acude a la medicina tradicional inclusive cuando vive en las grandes ciudades, y también, en el proceso de urbanización, puede acceder a los servicios formales mediante una labor adecuada de promoción y sensibilización.

En este libro Ana María Victoria Jardón presenta la situación de salud-enfermedad y la atención de los pueblos indígenas en México a través de los resultados de una investigación basada en un diagnóstico del problema de la salud indígena en México, las diferentes visiones indigenistas, el desarrollo social en nuestro país y la política gubernamental indigenista; pero sobre todo es un apasionado cuadro vivo de mexicanos que viven en condiciones de marginalidad que contradicen aquella vieja idea que nos hacía pensar que vivir en el campo es fácil pues "sólo hay que estirar la mano para cachar naranjas y frutas que, pródigas, caen generosamente de los árboles".

MIGUEL ÁNGEL GODÍNEZ GUTIÉRREZ

