



Casa abierta al tiempo

Universidad Autónoma Metropolitana

Unidad Xochimilco

División de Ciencias Biológicas y de la Salud

**Las tramas del derecho a la protección de la salud en Milpa Alta. El caso del pueblo
de Santa Ana Tlacotenco**

TESIS

Que para obtener el grado de Doctora en Ciencias en Salud Colectiva

PRESENTA

Ana Rita Castro

Comité de tesis

Director: Dr. Sergio López Moreno

Asesora: Dra. Oliva López Arellano

Asesor: Dr. José Alberto Rivera Márquez

Ciudad de México, Septiembre, 2018

A la memoria de mi madre,
para quien la salud siempre fue su mayor anhelo.
Y porque la AMO siempre.

*A las generaciones de hoy y las del futuro, para que la salud siempre sea un derecho y nunca una
mercancía.*



Agradecimientos

Esta trama que hoy presento ha sido tejida por muchas y muchos, pero los errores son de mi entera autoría. Que el derecho a la salud sea tejido siempre con corazón y a la izquierda, junto con el derecho a la protección de la salud.

Agradezco a Lo Más Sagrado por acompañarme a lo largo de todo este proyecto, a esa fuerza creativa que subyace a todo cuanto vive.

A México, gran país y pueblo, a su institucionalidad expresada en universidades y centros como el CONACYT, por todo el apoyo que me han brindado en mi formación.

A Eloísa, mi primer contacto con la UAM-Xochimilco, por su dedicación y disposición con buen humor para colaborar en todo lo que hiciera falta.

Al doctor Sergio López Moreno, tutor, profesor y amigo, primeramente, porque sus clases del doctorado fueron siempre un impulso y luego por aceptarme como su asesora. Ha sido un proceso fructífero en distintos sentidos. Su agudeza analítica, compromiso y enorme paciencia conmigo me hacen no solo admirarle, sino quererle mucho. A él y a su esposa, Alejandra, mis infinitos agradecimientos que no caben en estas páginas.

A la Dra. Oliva López Arellano, coordinadora del posgrado, asesora y sinodal, quien, con su dedicación, compromiso y cariño, siempre me alentó, sobre todo, en los momentos arduos y difíciles de esta tesis. Por su carisma y entrega a la concreción del derecho a la salud.

Al resto del equipo de profesoras y profesores que mostraron el camino sinuoso, pero esperanzador, de la Medicina Social y la Salud Colectiva. De manera especial, al Dr. Alejandro Cerda, por su asesoría en la primera parte del camino.

A mi otro asesor y sinodal comprometido con la concreción de los derechos, el Dr. José Alberto Rivera, por su atinados comentarios y su mirada crítica desde el campo de la Medicina Social y la Salud Colectiva.

A toda mi generación del doctorado, tan comprometida con la salud, desde distintas trincheras. Por los conocimientos y la amistad profundizada, especialmente, con Andrés Cuyul, Lucrecia Hernández Mack y Liliana Giraldo. También a Vicra, Adrián, Silvino, Eloy, Rafa, Andrea, Juan Carlos, Verónica e Irene.

Al Seminario del Derecho a la Salud de la UAM- Xochimilco, por su enorme contribución en el desarrollo de los preceptos más importantes de esta tesis. A todas y todos, gracias totales.

A la Jurisdicción Sanitaria de Milpa Alta y al centro de salud T-II de Santa Ana Tlacotenco, por permitirme hacer mi trabajo de campo, por abrirme las puertas a las dinámicas de una parte del complejo sistema de salud mexicano.

A mi informante clave en el pueblo de Santa Ana Tlacotenco y luego mi amigo, Jovany Iglesias, y a su familia, por abrirme las puertas de su casa y permitirme sumergirme en su cotidianidad sin la que no hubiese podido transitar por este pueblo, tejer tantas experiencias y relatos de las personas de allí, y cómo viven sus procesos salud-enfermedad-atención-cuidado. A Juan Carlos Loza, por su acercamiento a la historia de Milpa Alta y la lucha de sus pueblos originarios.

A mi otra familia “Sudacachat”. A Itza Varela Huerta, por imprimirme con mucha fuerza que sí podemos forjarnos un destino diferente, con la fuerza de las ancestras y la disciplina, pero, sobre todo, por quererme como soy. A Eduardo Paz, porque más que mi amigo, es mi hermano del corazón y de los conceptos, su búsqueda de la rigurosidad me contagia a ser mejor investigadora. A Manu Gutiérrez, porque es pasión andante de la Salud Colectiva, sus risas y palabras de aliento me acompañaron en los momentos más álgidos de este proceso.

A “Coyofamilia”, muy bien representada por mi querida Leslie Lemus, guatemalteca aguerrida y profundamente cariñosa, por compartir conmigo entre risas, bailes y lágrimas un buen trecho de esta tejida. A Sara Musotti, porque su alegría y compromiso equilibrado con la vida me sirvieron mucho de ejemplo, y gracias también por el cariño de su hija Maya.

A Paula Cámara y familia, porque sin ella, Oscar, y ahora Olivia, la verdad es que casi nada adquiriría sentido, son siempre especiales y referencias para mí.

A mis otras amistades que pintan de colores mi existencia aquí en este México lindo y querido. A Karla Ramírez, Manco y familia, Javier Mendoza, Pati Legarreta, Idalia León, Evelia Flores, Fidel Pérez, así como Adri y Oscar. Ellas y ellos sin saberlo me han acompañado en este trayecto y han contribuido mucho más de lo que pueden llegar a imaginar.

Al equipo Katz, por acobijarme en varios sentidos. Especial agradecimiento a Vic, Fer, Anaid, Viri, Jacob y Alejandrina y, por supuesto, a Chucho.

A mi peña Bou y a mi peña Pumas, porque tiñeron en varios momentos de azulgrana y azul y oro bastantes horas de este proceso. Menciono al presidente Sergi, el delegado Fidel, así como a Cholu, Ivancho y a mi querida tocaya, Analilia.

A Grisel Guerra y familia, a Carolina Tolosa y familia, y Ángel Arias Urrutia, por sus oraciones constantes, a pesar de la distancia -siempre geográfica- y nunca del corazón.

A mi Foro Azul, solo digo gracias, gracias, gracias.

A mi pequeña diáspora venezolana, mi grupo de “Amigas Polítologas” conformado por Carmen, Alejandra y Elizabeth, y también el pequeño Octavio.

A mi madrina, María Luisa, por su especial cariño y su disposición siempre a apoyarme en mi formación profesional.

A mis hermanas, Vanessa y Genesisbe, y a mi hermano, Marco Aurelio, porque siempre creyeron en mí y son un soporte en mi vida. A la mejor sobrinada del “mundo mundial”: Diego, Génesis, Sharliet, Sebastián, Matías y Marcela.

A mis tías y tíos, primas y primos que, desde la lejanía, me acompañaron de maneras diversas en este proceso. A quienes ya partieron, como mi abuela Luzmila, todo mi amor y reconocimiento. Asimismo, a toda la familia Castro, de la que siempre estaré orgullosa de pertenecer.

A mi compañero, Santiago Andrés Rodríguez, por su amor expresado en un apoyo prácticamente absoluto en esta tesis y, sobre todo, en la última etapa. Él, con su ejemplo, me empuja a ser mejor cada día en todo lo que haga.

Mi amor y admiración hacia su constancia, dedicación y su alto sentido de la excelencia me reafirman en mis compromisos en varios sentidos. A su familia también va mi agradecimiento, Andrés y Kuki, por aguardar ansiosos este cierre.

De manera especial, a mi mamá, Hulda, quien no llegó a estar físicamente en la culminación de este proceso; su vida, curiosamente, me llevó a conocer tempranamente los servicios de salud y a repensar la salud más allá de los mismos.

Resumen

Esta tesis se centró en el ejercicio del derecho a la protección de la salud, con sus actores y procesos, a través de identificar y analizar la percepción que tienen los distintos actores respecto con la prestación del servicio, mediante una serie de dimensiones como parte de la dimensión institucional de los servicios en el pueblo originario de Santa Ana Tlacotenco, en Milpa Alta. Se empleó un enfoque relacional, pues se consideraron a todos los actores comprendidos en la prestación de los servicios en el Centro de Salud ubicado en el pueblo: población usuaria, funcionarios, personal de salud y personal técnico- administrativo. La pregunta principal fue ¿Cómo perciben los diferentes actores la prestación del servicio en el Centro de Salud T-II, ubicado en el pueblo de Santa Ana Tlacotenco, en la delegación de Milpa Alta? ¿bajo una lógica de derechos? y orientó todo el proceso de investigación. Con un abordaje cualitativo, a partir de este estudio de caso, empleando las técnicas de la entrevista y observaciones en el propio centro y observaciones participantes en la comunidad, se concluye que los diferentes actores no perciben la prestación del servicio bajo un enfoque de derechos, y prevalece una racionalidad instrumental tanto en los funcionarios como en el personal de salud.

ABSTRACT

This thesis was focused on the exercise of health protection rights with all its actors and processes, identifying and analyzing the perception that the different actors have about the service provisioning, through a series of dimensions as part of the institutional dimension of services in the native town of Santa Ana Tlacotenco, in Milpa Alta. A relational approach was used, considering all the actors that provided services on the Health Center located in the town, like: user population, officials, health personnel and technical-administrative personnel. The main question was: How did the different actors perceive the provision of the service in Santa Ana Tacotenco T-II Health Center? The logistic of rights was used as primar key? This guided the entire research process. We boarded this study in a qualitative approach, using interview techniques, local community observations and from the involved Health Center. We concluded that the different personnel do not perceive the logistic of rights as a service approach, and an instrumental rationality prevails in officials and in health personnel.

Introducción

Esta tesis reúne dos de las grandes pasiones personales que, al mismo tiempo, son compromisos de vida: derecho y salud. Para tejer ambos, después de un largo tránsito de inquietudes con varios temas de la salud colectiva, finalmente fue posible encontrarse y empezar a tejer las tramas del derecho a la protección de la salud.

Otra cuestión es la apuesta al abordaje cualitativo en salud, pues interesa comprender los significados y los sentidos que las personas otorgan a sus padecimientos, las experiencias en los servicios de salud, las prácticas institucionales y de las propias personas en sus procesos salud-enfermedad-atención-cuidado, especialmente, cómo ejercen sus derechos a la salud y la protección de la salud; de esto último trata esta tesis.

Los servicios de salud constituyen una parte importante en la arquitectura del sistema público de salud. La prestación del servicio en un determinado centro de salud de la delegación de Milpa Alta, en la Ciudad de México, se convirtió en la unidad de observación, para mirar de cerca la expresión concreta de tal servicio de salud.

La pregunta que orienta la investigación es ¿cómo perciben los diferentes actores (funcionarios, personal de salud (médico-enfermería) y población usuaria) la prestación del servicio en el centro de salud T-II en Santa Ana Tlacotenco, delegación Milpa Alta?

Para dar respuesta y comprender lo que potencia, o no, así como los distintos mecanismos institucionalizados, o no, que intervienen en tal prestación y en la percepción de los diferentes actores, mediados por sus condiciones de vida y el propio sistema público de salud, se teje el horizonte de las condiciones de posibilidad para ejercer el derecho a la protección de la salud en este pueblo.

La tesis se estructura en tres partes siguiendo la metáfora de tejer: la primera parte es *Pespuntando la investigación*, donde se construye el objeto de estudio, pues, tejiendo, se llega al problema de investigación para hilvanar un eje de preguntas; se teje un andamiaje teórico que va desde los derechos como constructos históricos, reconocidos y no otorgados, producto de luchas.

Asimismo, se desarrolla, desde la propuesta de Ferrajoli (1999) -un destacado jurista italiano-, la salud como derecho humano fundamental, precisamente por lo que plantea este autor acerca de los derechos fundamentales y el garantismo. Se aborda el derecho a la salud y sus determinantes, y el derecho a la protección de la salud, con sus dimensiones para dar cuenta del mismo, así como las obligaciones del Estado mexicano y las vías que tienen las personas para exigir el cumplimiento de los derechos.

La segunda parte se titula *Tejiendo urdimbres*, comprende el diseño metodológico, el trabajo de campo y las técnicas de investigación, así como el contexto de la investigación, y la estrategia de investigación cualitativa representada en un estudio de casos de Milpa Alta, y el pueblo originario de Santa Ana Tlacotenco, para finalizar con el telar de las percepciones encontradas en los diferentes actores entrevistados acerca del servicio prestado y recibido.

La tercera y última parte trata sobre *Cerrando puntadas y ¿ahora qué sigue?*, para tejer el entramado del derecho a la protección de la salud a partir de lo que señala la normativa, los relatos de los diferentes actores, y algunos presupuestos teóricos-prácticos a la luz de las preguntas y los objetivos de esta tesis. Finalmente, se llega a las conclusiones y a marcar varios pendientes que se puntean dentro de una posible agenda futura de investigación, de cara al próximo sexenio, para que la salud sea siempre un derecho y no una mercancía.

Índice

Parte I. Pespuntando la investigación.....	16
Capítulo 1 Construcción del objeto de estudio.....	16
1.1 Tejiendo llegamos... al problema de investigación.....	20
1.2 Para hilvanar: el eje de preguntas y los objetivos de investigación.....	21
1.3 Relevancia de la investigación.....	22
Capítulo 2 La salud cosida con el derecho: derecho humano y derecho fundamental. Andamiaje teórico.....	27
Capítulo 3 Caja de costura: diseño metodológico	50
3.1 Abordaje metodológico cualitativo: trabajo de campo, técnicas y estrategia de análisis	50
3.2 Contexto de la investigación: un estudio de caso Milpa Alta.....	52
3.2.1 Datos sociodemográficos.....	59
3.2.2 Categoría indígena.....	60
3.2.3 Afiliación a servicios de salud en la Ciudad de México y Milpa Alta según condición de etnicidad.....	62
3.2.4 Población afiliada a servicios de salud por institución en la Ciudad de México y Milpa Alta según condición de etnicidad	64
3.2.5 Población usuaria de servicio de salud por institución en la Ciudad de México y Milpa Alta según condición de etnicidad	67
3.2.6 Medida de desigualdad en Salud: índices de disimilitud de la afiliación a servicios de salud y de la utilización de servicios de salud entre las personas que se “consideran indígena y hablan lengua indígena” y las personas que “no se consideran indígena y no hablan lengua indígena” en Milpa Alta	71
3.3 Población y unidad de estudio: el Centro de Salud T-II del pueblo de Santa Ana Tlacotenco	73

Capítulo 4 El telar: percepciones sobre el derecho a la protección de la salud desde los diferentes actores	75
4.1 Parte I. Actores y personas entrevistadas.....	75
4.2 Parte II. Análisis de las dimensiones con base en el trabajo de campo realizado..	79
Parte III. Cerrando puntadas y ¿ahora qué sigue ?	116
Capítulo 5 El entramado del derecho a la protección de la salud: discusión de los resultados y algunos hallazgos	116
6 Conclusiones y agenda futura de investigación.....	129
Referencias bibliográficas	132

Lista de tablas

Tabla 1. Esquema	27
Tabla 2. Sistema de Salud en México.....	33
Tabla 3. Niveles de Atención	34
Tabla 4. Derecho Fundamental y Humano	39
Tabla 5. El derecho a la salud en los instrumentos jurídicos a nivel internacional	40
Tabla 6. Dimensión Institucional del Derecho a la Protección	43
Tabla 7. El derecho a la protección de la salud en la normatividad nacional y local	44
Tabla 8. Tipos de Garantía	46
Tabla 9. Componentes básicos del diseño metodológico	51
Tabla 10. Variables sociodemográficas. Ciudad de México y Milpa Alta. Personas de 12 años y más. Distinguiendo el sexo	59
Tabla 11. Tipología de condición de etnicidad.....	61
Tabla 12. Distribución de la variable condición de etnicidad. Ciudad de México y Milpa Alta. Personas de 12 años y más. Distinguiendo el sexo.....	62
Tabla 13. Distribución porcentual de la afiliación a servicio de salud según condición de etnicidad. Ciudad de México	62
Tabla 14. Distribución porcentual de la afiliación a servicio de salud según condición de etnicidad. Ciudad de México	63
Tabla 15. Distribución porcentual de la afiliación a servicio de salud según condición de etnicidad. Milpa Alta	63
Tabla 16. Distribución porcentual de la afiliación a servicio de salud según condición de etnicidad. Milpa Alta	64
Tabla 17. Distribución porcentual de la población afiliada a servicios de salud por institución según condición de etnicidad, Ciudad de México 2015	64
Tabla 18. Distribución porcentual de la población afiliada a servicios de salud por institución según condición de etnicidad, Ciudad de México 2015	65
Tabla 19. Distribución porcentual de la población afiliada a servicios de salud por institución según condición de etnicidad, Milpa Alta 2015	66
Tabla 20. Distribución porcentual de la población afiliada a servicios de salud por institución según condición de etnicidad, Milpa Alta 2015	66

Tabla 21. Distribución porcentual de la población usuaria de servicios de salud por institución según condición de etnicidad, Ciudad de México 2015	67
Tabla 22. Distribución porcentual de la población usuaria de servicios de salud por institución según condición de etnicidad, Ciudad de México 2015	69
Tabla 23. Distribución porcentual de la población usuaria de servicios de salud por institución según condición de etnicidad, Milpa Alta 2015	69
Tabla 24. Distribución porcentual de la población usuaria de servicios de salud por institución según condición de etnicidad, Milpa Alta 2015	70
Tabla 25. Índices de disimilitud de la afiliación a servicios de salud según sexo	71
Tabla 26. Índices de disimilitud de la utilización de los servicios de salud según sexo	72
Tabla 27. Funcionarios (personal medio y directivo).....	76
Tabla 28. Personal médico-enfermería.....	77
Tabla 29. Población usuaria.....	77
Tabla 30. Personas que no se encontraban en el centro de salud T-II Santa Ana Tlacotenco	78
Tabla 31. Dimensiones e indicadores del derecho a la protección de la salud.....	80
Tabla 32. Saberes y formas de atención-cuidado	96
Tabla 33. Categorización cualitativa de calificar la calidad del servicio del centro de salud	110
Tabla 34. Matriz analítica de dimensiones del derecho a la protección de la salud	117
Tabla 35. Matriz analítica de las percepciones de los actores con respecto a la apropiación de la salud como derecho	122

Lista de figuras

Figura 1. Vías de exigibilidad de los derechos humanos	48
Figura 2. Exigibilidad en el derecho a la salud y el derecho a la protección de la salud	49
Figura 3. Milpa Alta: pueblos, asentamientos irregulares y áreas agrícola, urbana y ecológica, 2009	58
Figura 4. Respuesta Social Organizada en Milpa Alta: Primer Nivel de Atención.....	73
Figura 5. Actores sociales en la prestación del servicio	76

Parte I. Pespuntando la investigación

Capítulo 1

Construcción del objeto de estudio

Prácticamente, en la mitad del siglo pasado, la salud fue reconocida como un derecho humano, así, en este siglo XXI, aún es considerada un derecho plasmado en las constituciones de los Estados nacionales, en pactos y convenios internacionales, aunque con importantes desafíos, como el de asegurar un acceso igualitario, sin discriminación con una atención de calidad, esto constituiría el derecho a la protección de la salud; es considerable la distancia entre lo que está estipulado y la concreción del derecho.

Los esfuerzos no son solo en el ámbito nacional, principalmente, de la respuesta institucional, como los sistemas públicos de salud, y los diferentes programas y estrategias, sino en el ámbito internacional. A pesar de las iniciativas de los organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas (ONU)¹, la salud es un derecho con considerables déficits y brechas de implementación entre los distintos grupos sociales, por ejemplo, entre la población nacional y aquellos grupos que se reconocen como “pueblos y comunidades indígenas” y “pueblos originarios”.

El reconocimiento de la salud como un derecho significa que una norma jurídica asigna a un sujeto una expectativa positiva (de acción) o una expectativa negativa (de omisión), y crea sobre otros sujetos los correspondientes deberes u obligaciones (Pérez, 2012). En este caso, el sujeto obligado es el Estado nacional; el ejemplo que suele darse es que si una persona tiene el derecho a recibir tratamiento médico, esto significa en términos jurídicos que una norma convierte a esa persona en titular de esa expectativa y crea, análogamente en otro sujeto, la obligación de proporcionar tal tratamiento médico.

La vinculación entre la salud y el derecho, o los términos de esa relación, depende, en gran medida, del marco político y la noción de justicia, así, en el campo del derecho prima una noción liberal que concibe la justicia como “imparcialidad” “a partir de lo cual se considera

¹ “Salud para Todos en el año 2000”; “Objetivos de Desarrollo del Milenio para 2015” y los “Objetivos del Desarrollo Sostenible” para 2030.

que todos los ciudadanos deben tener los mismos derechos y obligaciones” (López *et al*, 2011, p. 80); esta es, *grosso modo*, parte de las tesis de Rawls.

Existe otra visión desde el derecho que considera a la justicia como equidad societal, es decir, que comprende un ejercicio redistributivo de la riqueza; esto, traducido al campo de la salud, buscaría a través de las políticas de salud “la satisfacción de las necesidades diferenciadas de los estratos sociales a partir de un enfoque que considera que ante necesidades o padecimientos similares, el Estado está obligado a garantizar una atención similar independientemente de la condición laboral o estrato socioeconómico al que pertenezcan los distintos sujetos” (Laurell, 2001 como se citó en López y Puentes, 2011, p. 80). Se agregarían otras dos cuestiones más, independientemente del género y la pertenencia étnica-cultural que se adjudiquen los diferentes grupos sociales.

Desde la Medicina Social - Salud Colectiva (MS-SC), se denuncia a las inequidades en el campo de la salud, generadas estas por el modo de producción capitalista dominante, lo que ocasiona daños diferenciados a la salud de los distintos estratos sociales, así como a la distribución diferenciada de los determinantes sociales del proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado (s/e/a/c) (López y Blanco, 2007; Breilh, 2003 como se citó en López y Puentes, 2011).

A pesar de los avances obtenidos, existen diferencias importantes en las condiciones de salud entre poblaciones. En general, la salud tiende a ser más precaria y el acceso a servicios de salud más limitado en las regiones rurales, zonas marginadas o en aquellos espacios geográficos donde estén asentados los pueblos o las comunidades indígenas (SSA, 2007 como se citó en Page, 2014). Asimismo, en el Informe Regional sobre Desarrollo Humano de América Latina y el Caribe 2016, del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), se muestra que los grupos de población, los pueblos afrodescendientes e indígenas de la región, además de sufrir de las llamadas exclusiones duras (que van más allá del ingreso), no se han visto beneficiados de la misma manera que el resto de la población.

De igual manera, la población rural con pobreza por ingresos experimentó pobreza crónica, en el periodo de 2003 a 2013 (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD], 2016).

El ejercicio del derecho a la salud de pueblos y comunidades indígenas o pueblos originarios está atravesado por los retos de cualquier sistema público de salud, la universalidad, la integralidad, la equidad, la calidad y la pertinencia cultural. Respecto con los pueblos indígenas, suele pensarse que la categoría cultural tiene relevancia en sí misma, y que a esta categoría debe subsumirse a otras, como la política y la económica. Para ilustrar esta cuestión, en el Sector Salud, se pensaría más que en políticas, en acciones que operacionalizarían “lo cultural” a través de cárteles en los idiomas de los grupos, y la presencia de intérpretes y facilitadores bilingües.

No se trata de descalificar este tipo de medidas, solo que no pueden ser tomadas como totalidad de la gubernamentalidad respecto con la salud y la alteridad, pues no son suficientes. El debate en salud con estos grupos debería partir de la misma premisa que para el resto de la población nacional: un sistema público único de salud, con tendencia a la universalización, con acceso oportuno e igualitario y con una atención de calidad. Un sistema que en la prestación de sus servicios dignifique a las personas usuarias y expanda su competencia a construir un florecimiento humano, a través de permitir y fortalecer el ejercicio de capacidades individuales y colectivas. La premisa sería la misma, pero con carácter de urgencia, pues estos grupos poseen los peores indicadores y condiciones de salud, por ende, en México constituyen lo siguiente.

“La población con los peores indicadores y condiciones de salud en términos de morbilidad y mortalidad, ya que tienen las más altas tasas de mortalidad general, infantil y preescolar, y materna así como la menor esperanza de vida. Gran parte de su mortalidad se debe a causas “evitables”, especialmente relacionadas con gastroenteritis y enfermedades respiratorias agudas. Dichos grupos son los que presentan los mayores índices no solo de desnutrición sino también de hambre. Son además los grupos con menos acceso a los servicios de salud de tipo biomédico”. (INI/ PNUD, 2000; SSA, 2001 como se citó en Menéndez, 2009, p. 134)

En México, expresó Menéndez, se cuenta con pocas investigaciones epidemiológicas sobre estos grupos, por lo que la información proviene de estudios cualitativos de la antropología

médica (Menéndez, 2009). Por ello, desde el Seminario del Derecho a la Salud², se postula que la justicia sanitaria no es solo una cuestión de redistribución, sino de escalas, en las que se incluyen, además de esta, el reconocimiento y la representación (Fraser, 2008). La equidad puede alcanzarse como uno de los principios del sistema público de salud, porque se requiere que en los diferentes servicios públicos existan tratamientos específicos y diferenciados para determinados grupos, los que apunten a disminuir la brecha de vulnerabilidad de estos grupos. Sin embargo, no basta con solo identificar los riesgos de estos grupos, así como las desigualdades y la falta de equidad, sino denunciar las prácticas racistas y discriminatorias, identificarlas y analizarlas. Arana, como se citó en Sánchez y Arana (2014), afirmó lo siguiente.

“Las condiciones de salud de una población son en gran medida resultado de la capacidad que tienen las personas y las poblaciones para ejercer sus derechos y que a su vez también reflejan el grado en que el Estado ha cumplido con sus obligaciones”. (p. 1)

En el campo de la salud³, se pregunta por el derecho a la protección de la salud que se relaciona con la prestación de los servicios de salud. En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) vigente está consagrado el derecho a la protección de la salud, en el Artículo 4. Para dar cuenta del ejercicio del derecho a la protección de la salud, es clave remitirse a un referente empírico y bajar la lupa a un determinado espacio geográfico. Es importante tomar en cuenta el contexto histórico, sociopolítico y cultural donde tiene lugar este ejercicio y las relaciones de poder en el que se estructuran, y las dinámicas institucionales y las no institucionales condensadas en los servicios de salud y la población usuaria de dichos servicios.

Dar cuenta del contexto histórico- político social y cultural donde se producen estas normas y prácticas en salud no es tarea menor, por ello, contribuye al examen de las políticas y los

² Este seminario se lleva a cabo en la Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Xochimilco, en el área de posgrado de MS-SC y es coordinado por el profesor e investigador de la propia universidad, Sergio López Moreno.

³ Se utiliza “campo de la salud” de manera amplia, como ese espacio de discursos y prácticas de diferentes actores, de distintos niveles y ámbitos público y privado, que despliegan acciones que den cuenta de procesos de salud/enfermedad/atención/ cuidado y determinantes sociales de la salud.

programas públicos en salud como expresiones de la implementación del derecho a la salud en localidades catalogadas como indígenas u originarias, a través de los agentes del Estado, pero no solo identificando a los distintos actores comprendidos en la prestación de los servicios, sino indagando sus percepciones respecto con la prestación de los servicios, con la finalidad de construir una matriz analítica que dé cuenta de las fortalezas, los recursos que se tienen y los procesos que obstaculizan el ejercicio del mismo, para trazar los desafíos y retos desde la institucionalidad pública, así como de los propios actores sociales.

Según Haro (2015), en México, a pesar que se documentan ciertos avances en materia sanitaria para los pueblos indígenas, como es el aumento en la cobertura de servicios y cambios en materia de legislación, es importante “advertir los rezagos, retrocesos y nuevos retos en materia de salud para las comunidades indígenas” (p. 33). Agregó que los nuevos retos serán difíciles de enfrentar por los procesos de transición demográfica y epidemiológica.

La mayoría de las investigaciones sobre salud, vinculadas con estos grupos considerados como pueblos y comunidades indígenas, o como pueblos originarios -más adelante es explicado este término-, han estado dirigidas sobre las prácticas de sus medicinas denominadas “tradicionales”, y el uso de plantas para curar padecimientos y enfermedades, así como sobre el principal agente de este tipo de medicina, el chamán. Resulta prioritario realizar otras investigaciones que, no dejando de lado estos aspectos, den cuenta de las prácticas institucionales y cotidianas en las que se inscriben estos sujetos en relación con los servicios públicos de salud y el ejercicio del derecho a la protección de la salud.

1.1 Tejiendo llegamos... al problema de investigación

Esta tesis se centró en el ejercicio del derecho a la protección de la salud, con sus actores y procesos, a través de identificar y analizar la percepción que tienen los distintos actores (estatales y sociales) respecto con la prestación del servicio, mediante una serie de dimensiones como parte de la dimensión institucional de los servicios en el pueblo originario de Santa Ana Tlacotenco, en Milpa Alta. Se empleó un enfoque relacional, pues se consideraron a todos los actores comprendidos en la prestación de los servicios en el Centro de Salud ubicado en el pueblo: población usuaria sin seguridad social, funcionarios y personal médico y de salud, personal técnico- administrativo.

Sistematizar y analizar las percepciones de los diferentes actores que interactúan en el momento del acceso y atención a la salud en una determinada localidad permitió contrastar con las condiciones de posibilidad y procesos condicionantes, o no, que obstaculizan un pleno ejercicio del mismo. La percepción de los funcionarios, el personal médico y de salud, así como el administrativo, permitió caminar en el mismo sentido e intentar trazar algunas rutas del derecho a la salud desde los diferentes actores, el papel de estos y el entramado del derecho a la protección de la salud.

Otro supuesto de esta tesis es que la dimensión teórica debe estar articulada con una dimensión empírica, por ello, se abordó esta investigación concentrándose en el nivel micro (aunque se da cuenta de los otros niveles de manera contextual), por lo que se seleccionó una delegación del Distrito Federal,⁴ de la Ciudad de México. La realidad es compleja y multidimensional, y exige una imperiosa necesidad de observar lo estructural a través de lo local, de reflexionar, teóricamente, a partir de las prácticas y los hechos.

En cuanto a la salud, se hace referencia al Sector Salud que comprende el ámbito de la salud pública, y de atención médica con sus instituciones, actores y políticas; esto comprende la respuesta institucional. El estudio se centró en los servicios de salud dirigidos a población sin seguridad social de Milpa Alta, a través de un estudio de caso del pueblo de Santa Ana Tlacotenco.

1.2 Para hilvanar: el eje de preguntas y los objetivos de investigación

Ante los planteamientos realizados, se plantearon las siguientes preguntas que constituyen el timón de la presente tesis:

Pregunta principal:

⁴ Aunque por la aprobación de la Constitución de la Ciudad de México no se habla del Distrito Federal, esta entra en vigencia a partir de septiembre de 2018. Por lo tanto, en el transcurso de esta investigación y cuando se realizó el trabajo de campo, en la práctica sigue funcionando como distrito con sus 16 delegaciones.

- ¿Cómo perciben los diferentes actores (funcionarios, personal médico y de enfermería y la población usuaria) la prestación del servicio en el Centro de Salud T-II, ubicado en el pueblo de Santa Ana Tlacotenco, en la delegación de Milpa Alta? ¿bajo una lógica de derechos?

Preguntas secundarias:

- ¿Cuáles son las percepciones de la población usuaria acerca de la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad y apropiación del derecho en el Centro de Salud T-II, ubicado en el pueblo de Santa Ana Tlacotenco, en la delegación de Milpa Alta?
- ¿Cuáles son las percepciones de los funcionarios acerca de la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad y apropiación del derecho en el Centro de Salud T-II, ubicado en el pueblo de Santa Ana Tlacotenco, en la delegación de Milpa Alta?
- ¿Cuáles son las percepciones del personal médico y de enfermería acerca de la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad y apropiación del derecho en el Centro de Salud T-II, ubicado en el pueblo de Santa Ana Tlacotenco, en la delegación de Milpa Alta?

Del anterior eje de preguntas, se desprenden los siguientes objetivos generales:

- Analizar las percepciones sobre el derecho a la protección de la salud entre los diferentes actores (población usuaria, funcionarios, personal médico y de enfermería), a partir de la prestación del servicio en el Centro de Salud T-II ubicado en el pueblo de Santa Ana Tlacotenco, en la delegación de Milpa Alta.
- Analizar las percepciones encontradas a la luz de la normativa vigente y de los presupuestos teórico-prácticos de la tesis, para identificar las condiciones de posibilidad y aquellos elementos que potencian u obstaculizan el ejercicio del derecho a la protección de la salud.

1.3 Relevancia de la investigación

La temática de investigación que aborda esta tesis es importante por las siguientes razones:

a) aborda a grupos sociales más desfavorecidos, b) política orientada al campo de los derechos y la salud y, por último, c) especificidades contextuales de la delegación Milpa Alta.

a) Grupos sociales más desfavorecidos

Existen grupos sociales dentro de un territorio nacional que poseen indicadores de salud peores que el resto, acompañados de condiciones de vida que son precarias, cuyo acceso a algunos recursos y bienes está limitado. Estos grupos sociales coinciden con las colectividades que se reconocen como pueblos indígenas y pueblos originarios, así como los pueblos afros.

Por ello, es importante estudiar las condiciones de vida de estos pueblos, los factores que condicionan su desarrollo e identificarlos como actores que, al mismo tiempo, estructuran y se estructuran en un entramado de relaciones de poder con otros actores. Estos grupos no pueden ser comprendidos fuera del Estado, pues ambos se construyen mutuamente en un proceso de conflicto y consenso.

Esta es una propuesta que se contrapone a cómo ha entendido la antropología mexicana la identidad indígena, en un antagonismo total con el Estado. Para López (2007), “el conocimiento de la posición de los pueblos indígenas es inconcebible fuera de una antropología del Estado mismo”⁵ (p. 182). La autora enfatiza que es preciso investigar más en el papel que desempeña el Estado en la conformación de identidades étnicas y locales.

Entonces, por un lado, se tiene a los grupos sociales que se reconocen como pueblos indígenas y pueblos originarios con los peores indicadores y condiciones de vida y de salud, así como el campo de los derechos indígenas y el campo de la salud como espacios privilegiados para el análisis.

b) El campo de los derechos y la salud

Desde las últimas décadas, se ha visto, en los Estados latinoamericanos, tanto aquellos de una tendencia política más de izquierda como los de derecha, una progresiva incorporación de derechos indígenas en las legislaciones nacionales. Esto ha sido producto de movilizaciones por parte de los pueblos, las comunidades y los movimientos indígenas de la región que proliferaron en la década de los ochenta, lo que los convirtió en actores cada vez

⁵ Esta cita es originalmente en inglés. La traducción que se presenta aquí es de autoría propia.

más visibles, en el plano local como en el internacional, con demandas por su reconocimiento como pueblos, y demandas territoriales y por la autodeterminación.

Ejemplos de este tipo de movimientos indígenas con acciones que impactaron en los respectivos Estados nacionales son el “Levantamiento indígena” en Ecuador en 1990 y las demás acciones que se originaron de este, la “Marcha por el territorio y la dignidad” en Bolivia en 1990 y el movimiento zapatista en México (Assies, 1999).

Son principalmente dos temas que han permeado la larga discusión sobre la reforma del Estado mexicano, la reforma judicial iniciada con la reforma constitucional de 1995, y el reconocimiento de la diversidad cultural y los derechos de los pueblos indígenas en México iniciada con la adición constitucional de 1992 y profundizada con la reforma del 2001.

Existe polémica en torno a si esta reforma en materia constitucional federal representó, para los pueblos indígenas, avances significativos. Por un lado, el modelo para tratar la problemática indígena en el país había sido el ‘indigenismo’ a través del Instituto Nacional Indigenista (INI) que daba señales de agotamiento después de casi cinco décadas.

Después de la reforma, se empezó a moldear un diseño institucional distinto a partir de la creación de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CNDPI) en 2003, la que varios autores han denominado “neointigenismo”.

Por otro lado, para la Academia Mexicana de Derechos Humanos (2006), en el Artículo 2 modificado no se otorga a los pueblos indígenas un estatus de sujetos de derecho público, sino como entidades de interés público, por lo que estos pueblos no tienen personalidad jurídica colectiva, lo que los deja siempre sujetos al arbitrio del Estado.

Estas transformaciones del Estado expresadas, principalmente, en el campo discursivo de las leyes no solo se han ‘ocupado’ de los pueblos indígenas, pues, en el campo de la salud, también se observaron cambios en la legislación y en su andamiaje institucional, a partir de las diferentes reformas en el sector salud.

Estos cambios obedecieron a una lógica de “la reorganización del capital a nivel mundial y el impulso a proyectos de reordenamiento societal basados en los preceptos de la economía neoclásica y de la ideología neoliberal” (Villareal, 1984, Andersen, 1995 como se citó en López, 2007, p. 1). El campo de la salud no fue una excepción en este sentido.

En México, a partir de la reforma constitucional de 2011, se estableció que los derechos humanos internacionalmente reconocidos por el país son “reglas obligatorias para todos los órganos de los tres poderes en los respectivos ámbitos de gobierno” (Ansolabehere *et al.*, 2015, p. 16). En este sentido, México ha firmado varios convenios y tratados internacionales en los que se concibe a la salud como uno de los derechos sociales fundamentales, de carácter universal, no solo el derecho a la atención; pese a ello, esta tesis no se centró en el derecho a la protección de la salud.

c) La delegación Milpa Alta y sus indicadores

Los pueblos indígenas, en este caso, los pueblos originarios (más adelante se expone la construcción de este término y cómo, desde cierta literatura, no son sinónimos) poseen indicadores de salud desfavorables, solo, por ejemplo, en Milpa Alta, el 52,99 % de la población es derechohabiente.

Por otra parte, Milpa Alta es un caso que reúne otras características que lo hacen viable para la investigación, puesto que es la delegación con mayor atraso en salud, y casi todas sus unidades territoriales se encuentran entre muy alto, alto o medio grado de marginación⁶. El riesgo de perder un año de vida saludable es mayor en los municipios de alta marginación que en los de baja; en las mujeres, el riesgo es 1,5 veces mayor y en los hombres 1,7 veces más elevado. El grupo de edad que más explica este diferencial es el de menores de cinco años y, en general, son las enfermedades propias del rezago las que más contribuyen a estas brechas (SSA, 2007 como se citó en Page, 2014). Milpa Alta es una delegación fundamentalmente rural, a pesar de pertenecer al Distrito Federal, una de las mayores urbes del mundo, no solo de Latinoamérica. Es el Distrito Federal.

“La entidad con la mayor concentración de servicios de salud en todo el país, sin embargo, persiste una desigualdad en cuanto al acceso oportuno y la atención pertinente para el tratamiento de las personas con algún padecimiento, ya que no se cuenta con la infraestructura médica suficiente para dar atención en las zonas periféricas donde se ubica la mayor parte de la población pobre”. (Informe de Evalúa DF, 2010, p. 16)

⁶ Informe de Evalúa DF (2010), elaborado bajo la supervisión del Dr. Alejandro Cerda.

Los servicios públicos de salud pueden ser unos espacios idóneos para detectar, oportunamente, problemas y atender de una forma adecuada, así, el estudio de la alteridad indígena en salud pública cada vez está más justificado, porque los países de América Latina “presentan tasas que apuntan para una peor situación de salud para los pueblos indígenas en comparación con las de la sociedad envolvente” (Langdon y Cardoso, 2015, p. 13),⁷ a pesar de que los datos epidemiológicos están incompletos.

Ante el panorama descrito, se supone que es una realidad la problemática del ejercicio del derecho a la protección de la salud que la mayoría de las veces se vulnera. Sin embargo, hay determinantes, condiciones y procesos que influyen en que, en un determinado espacio geográfico, esta situación sea más grave que en otros espacios. Es preciso conocer la percepción de los diferentes actores que den cuenta del grado de disfrute o realización del derecho a la protección de la salud en una delegación con las características de Milpa Alta.

⁷ Esta cita originalmente está en portugués. La traducción es de autoría.

Capítulo 2

La salud cosida con el derecho: derecho humano y derecho fundamental. Andamiaje teórico

Para el desarrollo de este capítulo, se siguió el siguiente esquema analítico que comprende los hilos conductores de esta tesis.

Tabla 1. Esquema

Esquema analítico	I. Introducción	¿De dónde vienen los derechos?
	II. Conceptos básicos	Derechos
		Salud
		Sistema de salud
		Niveles de atención
		Servicios de salud
	III. Conceptos centrales	Derecho a la salud y los determinantes
		Derecho a la protección de la salud y su dimensión institucional
		<ul style="list-style-type: none">• Disponibilidad• Accesibilidad• Aceptabilidad• Calidad
	IV. Obligaciones	Respetar
		Proteger
		Cumplir
	V. Garantías	Primarias
		Secundarias
	VI. Mecanismos de exigibilidad	Jurídica
Política		

I. Introducción

¿De dónde vienen los derechos?

Es una interrogante que puede ser abordada desde distintas perspectivas y disciplinas. Tilly (2004) partió de esta interrogante desde la historia política europea, así, en esta tesis, se rescata esa perspectiva para enfatizar dos cuestiones: los derechos son productos históricos como resultado de la resistencia y la lucha, y son producto de una doble tensión entre la acción colectiva y el Estado y su andamiaje institucional, como señaló Ferrajoli (1999).

“Ninguno de estos derechos cayó del cielo sino que todos fueron conquistados mediante rupturas institucionales: las grandes revoluciones americana y francesa, los movimientos decimonónicos por los estatutos, y, en fin, las luchas obreras, feministas, pacifistas, y ecologistas de este siglo”. (p. 54)

Asimismo, las diversas generaciones de derechos pueden corresponder con diversas manifestaciones de movimientos revolucionarios, “desde las revoluciones liberales contra el absolutismo real de los siglos pasados, hasta las constituciones de este siglo, incluidas la italiana de 1948 y la española de 1978, nacidas de la Resistencia y del rechazo del fascismo” (Ferrajoli, 1999, p. 54).

La constitución mexicana del 1917 no fue una excepción en ese sentido, de este modo, el origen de los derechos va aparejado con la historia de las luchas sociales, resultado esto de fuertes procesos de cuestionamiento, negociación, movilización y de presión para el cambio de la actuación estatal. Rastrear la historia de procesos de movilización y de acción colectiva es rastrear la trayectoria de reivindicaciones sociales que se cristalizaron en derechos.

Por ello, hay posturas que señalan que los derechos no pueden o no deberían divorciarse de las necesidades básicas y sociales. Fraser, desde mediados de los años ochenta, señalaba que solo una fracción de las necesidades sociales llega a transformarse en derechos, pese a la estrecha conexión entre los derechos y las necesidades (Fraser, 1991 como se citó en Ortiz, 2004).

La relación entre necesidades y derechos sirve para ejemplificar la interdependencia entre las primeras y los segundos, y para las conexiones entre los mismos derechos. Lo que se ha intentado esbozar aquí es la relación entre demandas producto de necesidades sociales

históricamente construidas y los derechos, lo que no es un proceso unívoco, sino que, como todo proceso de lucha, supone algunas exclusiones de unas demandas por otras.

II. Conceptos básicos

Entonces, ¿qué son los derechos?

En palabras de Ortiz (2004), siguiendo de cerca a Fraser (1991):

“Los derechos son aquellas necesidades que tras amplios procesos históricos de lucha por el poder han entrado al ámbito de la política, y por tanto, participan en los debates éticos y en los procesos de legitimación para, eventualmente, ser reconocidos en los ámbitos jurídico y legal. (p. 604)

Estas cuestiones permiten desembarcar en lo que Amartya Sen llamó “titularidades”, definiéndolas como “reivindicaciones que son susceptibles de cumplirse mediante la entrega de bienes, servicios o protección por parte de un “otro” específico” (Sen, 1981 como se citó en Tilly, 2004, p. 275).

“Tales titularidades se convierten en derechos de la ciudadanía cuando el objeto de la solicitud es un Estado o sus agentes y el solicitante exitoso califica por su simple membresía en una amplia categoría de personas sujetas a la jurisdicción del Estado”. (Tilly, 2014, p. 275)

Este constituiría un escalón de la escalera del derecho, así, esta tesis, adscribiéndose a la propuesta de Ferrajoli, indica que habría ciertos derechos considerados como derechos fundamentales que no se restringen a la pertenencia de una comunidad política, sino por el hecho de ser persona. En otras palabras, los derechos constan cuando una parte puede exigir con efectividad que otra parte (ese “otro”) otorgue bienes, servicios o protección, y que no haya otras partes (terceras) que obstaculicen dicho otorgamiento; entendido el derecho, de manera general, como el conjunto de normas de conducta, tiene ese rasgo característico: la bilateralidad. El derecho “no solo establece la obligación de una persona de observar esa conducta, sino que, al mismo tiempo, establece la facultad de otra persona para exigir el cumplimiento de dicha obligación” (Arévalo, 2001, p. 39).

¿Qué es la salud?

Como casi todos los conceptos en las ciencias sociales y las ciencias de la salud, este es un concepto en disputa, pues tal concepto y su definición han experimentado variaciones en el transcurso del tiempo. Como no es una de las finalidades de esta tesis hacer un esbozo sobre

el proceso histórico del concepto de salud, y ante la necesidad de considerar a la salud más allá de la enfermedad, de superar posiciones naturalistas y hasta normativistas, se entiende la salud como “la capacidad humana para tomar decisiones e involucrarse en proyectos de transformación, incluida la acción política” (Chapela, 2007 como se citó en López y Puentes, 2011, p. 82).

Esta definición permite reconocer la naturaleza multidimensional de la salud y desplazar la discusión de lo biológico a lo social, superando la visión dominante biologicista (en la medicina y la salud pública). Desde la perspectiva que trabaja esta tesis, la salud como capacidad humana permite algunos acercamientos, con mayor exactitud, cuando se trata de derecho y de derecho a la protección de la salud. Aunque es un debate abierto, en permanente construcción, uno de los principales desafíos que tiene el derecho es que si protege a la salud, ¿qué es la salud como bien jurídico? La conceptualización de la salud como capacidad humana permite condensar varios niveles, dimensiones y tipos de capacidades o subcapacidades que se requeriría para producir “salud”, así como elegir aquellas decisiones que más conduzcan al proyecto de vida que se desea.

De este modo, la salud es un concepto complejo, puede ser fenómeno, medida, valor, bien, praxis, pues no es solo la ausencia de la enfermedad ni la lucha contra la muerte a toda costa, debido a que contiene distintos niveles y dimensiones. Se reconoce la dimensión material, aquella que ocurre en los humanos en su expresión orgánica, biológica y social, y una dimensión subjetiva que se refiere a la interpretación y la forma como se enfrentan y se viven estos procesos. Se concibe la dimensión política que tiene que ver con procesos y prácticas de construcción de alternativas individuales y colectivas, en aras de un determinado proyecto.

Asimismo, es preciso señalar que una de las perspectivas teóricas de esta tesis es la medicina social latinoamericana (MS-SC), cuya premisa es que a cada sociedad corresponde un perfil específico de enfermedad y muerte que está relacionado, interiormente, con el modo de producción económica, y la forma en que se articulan la economía, la política y la cultura (López y Puentes, 2011); para la MS-SC, la desigualdad social influye más en los problemas de salud que la herencia biológica. La enfermedad no es solo un estado biológico, sino que está influenciada por otros factores y condiciones, por lo tanto, salud y enfermedad son partes

indisociables de un mismo fenómeno, a esto se denominó “proceso salud-enfermedad”, el que tiene que ser necesariamente analizado con el devenir histórico.

Si se asume que cada perfil de morbimortalidad está influenciado por las relaciones de propiedad con los medios de producción por parte de los diferentes grupos sociales, las expresiones singulares del proceso salud-enfermedad están atravesadas por esas *condiciones de vida* que serán diferentes en cada grupo social en un determinado espacio sociohistórico. Reconocer la relación de las condiciones de vida y salud fue una de las bases de la MS-SC, constituyéndose después en una de las líneas de investigación de la MS-SC, la que presenta varios abordajes, uno de ellos son las formas en que territorialmente se manifiesta su articulación con los procesos salud-enfermedad (Blanco y Sáenz, 1994, p. 22), lo que hace parte de una de las aristas de esta investigación.

Las *condiciones de vida* se refieren a las condiciones materiales de vida entendidas como “el grado de satisfacción de necesidades básicas, bienestar o privación en un periodo de observación (Blanco y col. 1997b como se citó en López, 2007). Este aspecto es importante para esta investigación, porque la brecha de implementación del derecho a la protección de la salud de la que se parte, es decir, la distancia entre lo que estipula el derecho (la norma jurídica) y el ejercicio del derecho, está determinada por lo que se conoce desde la filosofía del derecho como las *condiciones de posibilidad*, las que pueden ser objetivas y subjetivas, pues aluden a aquellas condiciones que permiten que las personas ejerzan su derecho a la protección de la salud en forma colectiva e individual.

Por su parte, las *condiciones de posibilidad* se entienden como “el conjunto de los condicionantes para que algo suceda o se concrete. Se llama posibilidad real a la vinculada indisolublemente con las condiciones concretas, gracias a lo cual dispone de todo lo necesario para su realización” (Castro, 2016, p. 21). Por lo tanto, existen condiciones de posibilidad que son generadas en un nivel macro social, de tipo estructurales; para esta tesis, estas solo se toman como contextuales para el análisis, pues guardan relación con los determinantes sociales como componentes del derecho a la salud. El foco está puesto en las condiciones del nivel microsociales que, además de contemplar una dimensión propiamente subjetiva del ejercicio del derecho a la protección de la salud (la apropiación del mismo por parte de las

personas usuarias), incluye la participación del Estado en la dimensión institucional del propio sistema público de salud, así como su expresión y dinámica en un centro de salud del primer nivel de atención.

¿Qué es un sistema de salud?

Según la OMS (2005), un sistema de salud se define de siguiente modo.

“Es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero”. (párr. 1)

Por ello, se dice que es la respuesta social organizada, la que va a cristalizar, en un momento determinado, la concepción acerca de la salud y lo social, y expresa la correlación de fuerza de los diferentes actores en el campo de la salud. Un sistema de salud es igual de importante y necesario como el sistema político democrático y un sistema judicial que sea justo, por lo tanto, es una institución social fundamental en cualquier sociedad (Naciones Unidas, Informe del Relator Especial, 2008).

Según varias investigaciones y evidencias sustentadas por la OMS y al interior de los diferentes países, en muchos países los sistemas de salud no logran sus objetivos, por ende, se está lejos de lograr un fortalecimiento de estos que pueda garantizar la concreción del ejercicio de los derechos. Es un pilar del derecho a la salud y del derecho a la protección de la salud, con lo que se requiere que sea eficiente, eficaz, integrado, con pertinencia cultural y perspectiva de género, es decir, un sistema de salud con enfoque de derechos, lo que significa, de primer orden, que los sujetos son titulares de derechos y no solo objetos de asistencia médica. En México, según la Ley General de Salud (LGS), el Sistema Nacional de Salud “está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud” (LGS, 1984, Art. 5). Asimismo, establece que la coordinación del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la

Secretaría de Salud (LGS, 1984, Art. 7) (ver Anexo 1). El Sistema de Salud de México está conformado por lo siguiente.

Tabla 2. Sistema de Salud en México

Sistema de Salud en México			
Sector público			
Población	Instituciones	Financiamiento	Prestación del servicio
Población con seguridad social (trabajadores formales de la economía)	<ul style="list-style-type: none"> - Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) - Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) - Petróleos Mexicanos (PEMEX) - Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) - Secretaría de Marina (SEMAR) 	Tres fuentes: contribuciones gubernamentales, contribuciones del empleador (que en el caso del ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR es el mismo Gobierno) y contribuciones de los empleados.	Cada una de las instituciones presta sus servicios en sus propias instalaciones y con su propio personal.
Población sin seguridad social	<ul style="list-style-type: none"> - Secretaría de Salud (SSa) - Servicios Estatales de Salud (SESA) - Seguro Popular de Salud (SPS) - Programa IMSS-Prospera (antes IMSS-Oportunidades) 	<ul style="list-style-type: none"> - Tanto la SSa como los SESA se financian con recursos del Gobierno federal y los Gobiernos estatales, además de una pequeña contribución que pagan los usuarios al recibir la atención (cuotas de recuperación). - El SPS se financia con recursos del Gobierno federal, los Gobiernos estatales y cuotas familiares, y compra servicios de salud para sus afiliados a la SSa y a los SESA (y en algunas ocasiones a proveedores privados) 	La SSa y los SESA cuentan con instalaciones propias y con personal propio.

Sector privado			
Población con capacidad de pago	Compañías aseguradoras	Pagos que hacen las personas usuarios al momento de recibir la atención y con las primas de los seguros médicos privados.	Prestadores de servicios de manera individual en consultorios, clínicas y hospitales privados o que se afilian a determinadas pólizas de seguros médicos privados, en forma de red. *comprende también a la medicina alternativa.

Nota. elaboración propia con base en Sistema de salud de México por Gómez *et al.*, 2011.

La atención que se demanda y se presta en el sistema de salud es por *¿niveles de atención? ¿cuántos son? ¿en qué consisten?*

El Sistema Nacional de Salud está organizado en tres niveles de atención: primer nivel de atención, segundo nivel de atención y tercer nivel de atención. Los números indican el grado de complejidad que se requiere en unidades médicas, tipo de servicios, insumos, y personal capacitado con grado de especialización; en la Tabla 3, se observa cómo se ejemplifican estos elementos.

Tabla 3. Niveles de Atención

Niveles de atención	Unidades prestadoras	Tipos de servicios y procedimientos	Fase de la salud
Primer nivel	Unidades de Medicina Familiar (IMSS), Centros de Salud (TI, TII, TIII) (SSa) y Clínicas Familiares (ISSSTE)	Servicios de salud básicos, aplicación de vacunas, campañas del uso de preservativos, entre otras. Medidas de salud preventiva, detección de enfermedades como cánceres de mama, cérvico uterino, de próstata o enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes, hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad. *Es la primera puerta del sistema de salud	Salud preventiva

Segundo nivel	Hospitales Generales, Regionales, Integrales, Comunitarios; también a los Hospitales Pediátricos, de Gineco-Obstetricia o Materno-Infantiles, así como los Hospitales Federales de referencia (concentrados en la Ciudad de México, para el resto del país).	<p>Procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación. Se aplican los métodos de diagnóstico: exámenes clínicos, radiografías, análisis de laboratorio, interconsultas con especialistas como cardiólogos, neurólogos, nefrólogos, gastroenterólogos, etcétera.</p> <p>También si se requiere internación o procedimiento quirúrgicos y clínicos específicos.</p> <p>*Generalmente se atienden a los pacientes remitidos por el primer nivel.</p>	Recuperar la salud/limitar el daño
Tercer nivel	<p>Red de hospitales de alta especialidad con avanzada tecnología.</p> <p>Son los Centros Médicos Nacionales (CMN), Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAES), los Institutos Nacionales de Salud que se concentran, en su mayoría, en la Ciudad de México, y los Hospitales Regionales de Alta Especialidad.</p>	<p>Servicios y procedimientos de un alto grado de especialización que traten enfermedades complejas, de baja prevalencia y de alto riesgo.</p> <p>*Se atiende a los pacientes que remiten los hospitales de segundo nivel.</p>	Rehabilitar la salud

Nota. Elaboración propia con base en *Guía para el paciente participativo: atrévete a exigir, atrévete a saber* por Burr et al., 2011.

El escenario ideal, y lo más conveniente desde un ámbito técnico, político, económico y social, es que en el primer nivel de atención se tuviera una alta capacidad resolutoria, de tal manera que las personas usuarias y/o pacientes no tuvieran que transitar al segundo nivel y mucho menos al tercer nivel. Por ello, la mejor política de salud será aquella con miras a fortalecer el sistema público de salud, sobre todo, el primer nivel de atención, con acceso universal, atención de calidad y que dignifique a la persona usuaria, pues no se trata de

“ciudadanizar las instituciones”, sino de humanizarlas y que sean expresión del ejercicio pleno de derechos.

Y ¿qué podemos decir sobre los servicios de salud?

Según el Reglamento de la Ley General de Salud [RLGS] (1986) en materia de prestación de servicios de atención médica, los servicios de salud “son el conjunto de acciones realizadas en beneficio del individuo en la sociedad, que tiene como finalidad proteger, promover y restaurar la salud” (p. 1)⁸.

Cabe señalar que la LGS clasifica a los servicios de salud en tres tipos: de atención médica, salud pública y asistencia social. Por atención médica se entiende “el conjunto de servicios que se proporcionen al individuo con el fin de proteger, promover y restaurar su salud” (RLGS, 1986); corresponde con la Secretaría de Salud el control de la prestación de los servicios de atención médica (RLGS, 1986).

Así, habrá servicios de salud ofrecidos en forma poblacional, los que serían catalogados como servicios de salud no personales que incluyen actividades de promoción de la salud, vigilancia epidemiológica, regulación sanitaria y acciones de protección ambiental, así como aquellos servicios de salud individuales que se clasificarían como servicios de salud personales, comprendiendo actividades preventivas, de diagnóstico, curativas, paliativas y de rehabilitación, es decir, de protección específica (López y Puentes, 2011).

Por lo tanto, cuando se alude a prestación del servicio, se hace referencia a ese conjunto de acciones y actividades que una persona debe recibir (sujeto titular del derecho), la persona usuaria y/o paciente en virtud de una obligación legal.

III. Conceptos centrales

El derecho a la salud y los determinantes

La salud como derecho humano fundamental fue establecida, desde 1948, por la ONU, así, es indispensable en el ejercicio de los demás derechos humanos. La Observación General N°

⁸ Última reforma publicada Diario Oficial de la Federación 17-07-2018.

14 (2000) que desarrolla el Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) señala, en el punto 1, que “todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente”.

Por esto, es posible identificar varias cuestiones: en primer lugar, la definición del derecho a la salud es casi tautológica, esto se presenta porque es complejo identificar el bien jurídico que protege, lo que hace la tarea de positivizar aún más difícil; esta cuestión, de algún modo, se ha adelantado en la sección sobre qué es la salud. La dificultad que existe para su conceptualización incide en esta definición, no obstante, se considera la salud como una capacidad humana y condición esencial para el desarrollo humano, la que permita disfrutar del más alto nivel posible de salud y desarrollar otras capacidades. Se estipula en el “Protocolo de San Salvador” (1988) que el derecho a la salud debe ser entendido como el disfrute al nivel más alto posible de bienestar físico, mental y social, con ello, se subraya lo ‘social’ porque permitiría considerar al individuo en su ámbito social y suponerlo como un ser social.

Otra cuestión es que el derecho a la salud debe permitir ‘vivir dignamente’, de este modo, la idea de dignidad humana expresa que el derecho humano de la salud tiene una idea de moralidad, o hay una moralidad genérica que respalda al conjunto de los derechos, en la que todos los seres humanos son vistos como fines y no como medios, y deben poseer una serie de condiciones de vida social que le permitan elegir libremente un tipo de vida que consideran ‘buena’ entre un abanico de opciones posibles (Peces-Barba, 1994, como se citó en Serrano y Vázquez, 2013).

En este sentido, la *salud es un derecho humano fundamental*, así, por *derechos humanos* se entiende lo siguiente.

“Aquellos horizontes normativos y proposiciones éticas que sirven de marco tanto para la acción estatal, al traducirse en mecanismos que generan expectativas y posibilidades de exigibilidad a través de los dispositivos jurídicos establecidos nacional e internacionalmente, como también para la acción colectiva [...] como recursos de movilización”. (Hincapié, 2015, como se citó en Hincapié, 2017, p. 101)

Los derechos humanos, desde el punto de vista objetivo, “son normas de derecho público constitucional [...] que protegen ciertos bienes jurídicos fundamentales que se consideran

inherentes a la personalidad humana” (Arévalo, 2001, p. 57). Conforme con Álvarez (2008), buscan proteger el conjunto de bienes materiales e inmateriales con los que se satisfacen las necesidades propias y efectivamente humanas de las personas, así, se refieren a las libertades, las reivindicaciones y las facultades a las que todo individuo debe tener acceso por el solo hecho de pertenecer a la especie humana.

Desde el punto de vista subjetivo, los derechos humanos “son las facultades que esta clase de normas otorgan a los titulares para que exijan a los obligados el cumplimiento de las obligaciones correspondientes” (Arévalo, 2001, p. 57). En el caso del derecho a la salud, el sujeto obligado es el Estado, por ello, es importante que el derecho a la salud, como derecho social, esté catalogado como un derecho humano, porque faculta a las personas (no solo a los ciudadanos) a exigir al Estado el cumplimiento de las obligaciones que se derivan del mismo.

¿Por qué también es un derecho fundamental? Según Ferrajoli (1999), son *derechos fundamentales* “todos aquellos derechos subjetivos que corresponden universalmente a todos los seres humanos en cuanto dotados del status de personas, de ciudadanos o personas con capacidad de obrar” (p. 37). Este autor señala que el derecho subjetivo es “cualquier expectativa positiva (de prestación) o negativa (de no sufrir lesiones) adscrita a un sujeto por una norma jurídica” (Ferrajoli, 1999, p. 37).

Para precisar qué distingue a los derechos fundamentales de los demás derechos, indistintamente de su contenido, es posible resumir en tres aspectos que señaló Ferrajoli: el primero es la forma universal de su atribución, el segundo su estatus de reglas generales y abstractas, y el tercero y último su carácter indisponible e inalienable (Di Castro, 2010).

De ahí que los derechos humanos son un tipo de derecho fundamental, por lo que la salud es un derecho humano y fundamental que supone una universalidad no absoluta, sino relativa dada por el “status” que es la “condición de un sujeto, prevista asimismo por una norma jurídica positiva, como presupuesto de su idoneidad para ser titular de situaciones jurídicas y/o autor de los actos que son ejercicio de estas” (Ferrajoli, 1999, p. 37); ese “todos” depende del estatus que le otorga la normativa. Así, “persona”, “ciudadano” y “capacidad de obrar” poseen, en el mismo plano, la igualdad en cuanto a la titularidad de todos los derechos fundamentales, porque reúnen la cualidad de ser adjudicado por el estatus exigido.

Esto sí representa un gran avance en cuanto al paso de los derechos del ciudadano a los derechos de las personas. El derecho a la salud como derecho humano fundamental es un derecho social que, aunque los sistemas de protección social de los diferentes países en cuanto a la seguridad social lo han atribuido a la condición de ciudadanía, a través del vínculo laboral, ya no sería así; otra característica que Ferrajoli señaló acerca de los derechos fundamentales es que deben ser inviolables.

El derecho a la salud sería un tipo de derecho fundamental, según la propuesta de Ferrajoli, clasificado como un derecho humano que constituye los derechos primarios de las personas, así, como derecho social, se caracteriza por un tipo de expectativas, las positivas, porque demanda prestaciones para su concreción; en la Tabla 4, se expone una síntesis que muestra la propuesta del autor.

Tabla 4. Derecho Fundamental y Humano

Salud como...	
Derecho fundamental	Derecho humano
Es un derecho subjetivo que corresponde, universalmente, con todos los seres humanos en su estatus de personas.	Primarios de todas las personas, sean o no ciudadanas o tengan o no capacidad de obrar
Es indisponible, se sustrae del intercambio mercantil, inviolable, inalienable, intransigible	Por subjetivo, exige prestaciones, porque es un derecho social de expectativa positiva
<ul style="list-style-type: none"> • Es su carácter de fundamental lo que lo lleva a un tipo de este, como derecho humano, que serían los derechos primarios de las personas (universalidad); así como del carácter fundamental que es subjetivo, siendo de expectativa positiva, porque exige prestaciones. • La salud como derecho fundamental y derecho humano va a exigir al Estado (sujeto obligado) que realice prestaciones a las personas (todas titulares) para perseguir, como valores, la dignidad, la libertad, la vida y la supervivencia. 	

Nota: Elaboración propia.

¿Cómo se puede concretar este derecho? El derecho a la salud no es sinónimo del derecho a estar sano, pues es un derecho que entraña libertades y derechos, según la Observación General 14 (2000), y no se restringe al derecho a la atención de la salud oportuna. Por el contrario, se reconoce que el derecho a la salud es un derecho inclusivo que abarca a los principales determinantes de la salud, tales como el acceso al agua limpia potable, las condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, la nutrición adecuada, la vivienda adecuada, las condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, el

acceso a la educación e información relacionada con cuestiones de salud y, por último, la participación de la población en todo el proceso de decisiones sobre asuntos relacionados con la salud en distintos ámbitos (local, nacional e internacional) (Observación General 14, 2000).

De esta manera, para que se cumpla el derecho a la salud, deben cumplirse otros derechos humanos, con la conjunción de diferentes condiciones (biológicas, socioeconómicas) y los recursos con los que cuenta el Estado, los que permitan que las personas alcancen el “más alto nivel posible de salud”.

Antes de pasar al derecho a la protección de la salud, que es el objeto de estudio de esta tesis, a continuación, en la Tabla 5, se presenta una síntesis de los instrumentos jurídicos a nivel internacional en los que se reconoce el derecho a la salud; es una especie de marco del derecho internacional respecto con la salud.

Tabla 5. El derecho a la salud en los instrumentos jurídicos a nivel internacional

Nº	Instrumento Jurídico	Año	Definición del derecho a la salud (artículo)	Observaciones
1	Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH)	1948	“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”. (Artículo 25).	En este artículo, el derecho a la salud no se restringe a los servicios y atención propiamente de salud, por el contrario, se menciona a la alimentación, vestido, vivienda y mecanismos de la seguridad social, para un nivel adecuado de salud y bienestar a la persona y su familia.
2	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)	1966	“1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el	En este artículo se menciona la creación de otras condiciones, no solo del tipo sanitarias, sino relacionadas con el trabajo, para lograr que la persona disfrute del

			<p>Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”. (Artículo 12).</p>	<p>más alto nivel posible de salud física y mental.</p> <p>México se adhirió el 23 de marzo de 1981.</p>
3	<p>Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de DESC, “Protocolo de San Salvador”</p>	1988	<p>“1.Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. 2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: a. la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad; b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado; c. la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; d. la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole; e. la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y f. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables”. (Artículo 10).</p>	<p>En este protocolo, el derecho a la salud al igual que las anteriores, se establece como el disfrute del más alto nivel de bienestar, pero se le agrega la palabra “social”.</p> <p>Ratificación en México, el 16 de abril de 1996.</p>
4	<p>Observación general N° 14 (sobre el Artículo 12 del PIDESC)</p>	2000	<p>Esta Observación General desarrolla el artículo 12 del PIDESC “el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, a través de cinco partes. En la parte I se centra en el contenido normativo del artículo 12,</p>	<p>El Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC), es el órgano que supervisa el PIDESC. En razón, de los muchos años recibiendo los informes de los</p>

		<p>en la parte II las obligaciones de los Estados partes, en la parte III las violaciones, la parte IV en la aplicación en el plano nacional y la última parte versa sobre las obligaciones de actores distintos de los Estados partes.</p>	<p>Estados partes, es que elabora esta Observación, con el fin de ayudar a los mismos en la aplicación del Pacto. No obstante, esta Observación no tiene carácter vinculante.</p> <p>Esta Observación General tiene un apartado sobre <i>Pueblos Indígenas</i>, en el que el Comité considera que los pueblos indígenas “tienen derecho a medidas específicas que les permitan mejorar su acceso a los servicios de salud y a las atenciones de la salud. Los servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista cultural.</p>
--	--	---	---

Nota: Elaboración propia.

En otros instrumentos internacionales, existe el reconocimiento del derecho a la salud, tales como la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (1965), la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979), la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), la Carta Social Europea (1961), la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (1981), y el Programa de Acción de Viena (1993).

El derecho a la protección de la salud

El derecho a la salud es un derecho multidimensional que abarca también el derecho a la protección de la salud, este es más específico y se enfila en la atención de la salud, básicamente a través de lo siguiente.

“Sistemas institucionalizados que promueven, previenen y atienden la enfermedad e incluyen diversas tareas que van desde la rectoría, regulación y normatividad, el financiamiento, organización, producción y prestación de servicios, hasta las modalidades de tutela del derecho y resolución de controversias”. (López, 2018, p. 1)

En México, en la CPEUM vigente, está reconocido el derecho a la protección de la salud (Artículo 4), no obstante, a raíz de la reforma constitucional en materia de derechos humanos de junio de 2011, se aprobó, en el artículo primero constitucional, la incorporación de los derechos humanos contenidos en tratados internacionales ratificados por México a la propia

Constitución. De este modo, a partir del 2011, los derechos humanos están garantizados por la Constitución Política, los Tratados Internacionales y los Tribunales Internacionales con competencia regional, correspondiendo en el caso mexicano la Corte Interamericana de Derechos Humanos (López y López, 2015).

El derecho a la protección de la salud sería un subderecho del derecho a la salud, lo que sigue la propuesta del “desempaquetado” de Serrano y Vázquez (2013), para ponerlo en acción según las obligaciones y los principios. Sin embargo, esta tesis se centró en la dimensión institucional del derecho a la protección conforme con la perspectiva de los diferentes actores involucrados en la prestación del servicio en un centro de salud, pues, en el país, existe un avance sustancial en trabajos e investigaciones que den cuenta del desarrollo de indicadores referidos con este derecho, el de la protección de la salud; de ahí, la importancia del enfoque de la investigación cualitativa empleado.

La Observación General 14 (2000) propone una serie de elementos esenciales e interrelacionados que deberán estar presentes en los servicios. Estos elementos se han considerado en la dimensión institucional del derecho a la protección de la salud, pues cada uno constituye una dimensión que puede tener, a su vez, componentes. En el capítulo empírico, se retoman las definiciones de cada una de estas dimensiones: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, lo que se expone en la Tabla 6.

Tabla 6. Dimensión Institucional del Derecho a la Protección

Dimensiones institucionales	Contenido
Disponibilidad	Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas.
Accesibilidad: <ul style="list-style-type: none"> • No discriminación • Accesibilidad física • Accesibilidad económica • Acceso a la información 	Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte.
Aceptabilidad	Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados.
Calidad	Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico, y ser de buena calidad.

Nota. Elaboración propia con base en la Observación General 14, 2000.

En la Tabla 7, se presenta lo dispuesto en el derecho a la protección de la salud, a nivel nacional y a nivel local, en este caso, el Distrito Federal (Ciudad de México), pues la delegación Milpa Alta forma parte de este.

Tabla 7. El derecho a la protección de la salud en la normatividad nacional y local

Nº	Instrumento Jurídico	Año	Derecho a la protección de la salud (artículo)	Observaciones
1	Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos	1917 (con varias reformas)	“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 de esta constitución” (Artículo 4).	
2	Ley General de Salud	1984	“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud en los términos del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, donde 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” (Artículo 1).	Última reforma en 2017
3	Ley de Salud para el Distrito Federal	2009	“Los habitantes del Distrito Federal, independientemente de su edad, género, condición económica o social, identidad étnica o cualquiera otro, tienen derecho a la protección a la salud. El Gobierno del Distrito Federal y las dependencias y entidades federales, en el ámbito de sus respectivas competencias, tiene la obligación de cumplir este derecho” (Artículo 2).	En el Artículo 1 de la presente ley se hace referencia a que, a través de esta ley, se legisla todo lo concerniente para garantizar el acceso a los servicios de salud.
4	Ley de Desarrollo Social del DF	2000	“Promover, proteger y garantizar el cumplimiento de los derechos sociales universales de los habitantes del Distrito Federal en particular en materia de alimentación, salud , educación, vivienda, trabajo e infraestructura social (Artículo 1, numeral II).	Se cita esta ley porque reitera la obligación del Estado en cuanto a la salud, como un derecho social de carácter universal.
5	Ley de Acceso Gratuito a los Servicios Médicos	2006	“El Gobierno del Distrito Federal, a través de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, deberá garantizar el acceso gratuito a las personas residentes en el Distrito Federal, que no estén incorporadas a algún régimen de seguridad social laboral, a los servicios	En esta ley se hace referencia al acceso a los servicios médicos, pero se hace énfasis en la ‘gratuidad’, porque va dirigida a las personas que no están incorporadas a

		médicos disponibles y a los medicamentos asociados que proporciona dicha dependencia de conformidad con sus atribuciones” (Artículo 2).	ningún régimen de seguridad social laboral.
--	--	---	---

Nota: Elaboración propia.

Existen otras leyes que no son específicas del campo de la salud, pero contemplan artículos que hacen referencia al derecho a la salud, como la Ley de Niños y Niñas, la Ley de Personas con Discapacidad, la Ley de Personas Adultas Mayores y la Ley de Jóvenes; en cada una de estas leyes, el énfasis está en el acceso a los servicios médicos.

IV. Obligaciones

Ahora bien, aún no existe una teoría de las obligaciones del derecho internacional de los derechos humanos, sino importantes avances y esfuerzos que, en palabras de Serrano y Vázquez (2013), tienen puntos de contacto, tensión y disenso, por ello, se podría decir que están en construcción.

Para esta tesis, a pesar que el Comité de los DESC (derechos económicos, sociales y culturales) utiliza, en sus Observaciones Generales, tres tipos de obligaciones: respetar, proteger y cumplir (a su vez comprende la obligación de facilitar, garantizar y promover), aquí se emplean las siguientes: respetar, proteger y satisfacer⁹.

Obligación de respetar

Respetar un derecho significa que los Estados se abstienen de limitarlo o interferir en su disfrute, en condiciones de igualdad y sin discriminación.

Obligación de proteger

Proteger un derecho implica adoptar medidas para evitar que cualquier entidad (pública o privada) obstaculice el acceso al derecho.

Obligación de satisfacer

⁹ Las mismas fueron tomadas de una presentación en dispositivas de López Moreno, Sergio, investigador profesor de la UAM-Xochimilco, en el SITUAM (Sindicato Independiente de Trabajadores de la Universidad Autónoma Metropolitana) en abril de 2018.

La satisfacción se lleva a cabo cuando el Estado dispone recursos para que las personas ejerzan, de manera suficiente y oportuna, su derecho (en esta estaría centrado el derecho a la protección de la salud).

En México, por la reforma constitucional en materia de derechos humanos en 2011, el Estado (representado por todas las autoridades en el párrafo tercero del artículo primero constitucional) tiene obligaciones específicas, obligaciones inmediatas y la obligación de adoptar medidas que contribuyan a la realización plena del derecho a la salud.

V. Garantías

La garantía de un derecho es la obligación que el ordenamiento impone a un sujeto determinado, en este caso, es el Estado. Siempre que se trate de derechos, las garantías “se desdoblán en un conjunto de obligaciones genéricas y específicas dentro de las cuales se encuentra, precisamente, la de “garantizar los derechos humanos” (Salazar, Ugarte, 2013 como se citó en Serrano y Vázquez, 2013, p. 28).

Las garantías deben ser creadas por el órgano que legisla, pues todos los derechos deben tener garantías, entonces, se requiere del establecimiento de garantías para el cumplimiento de los derechos y las obligaciones que portan. Las garantías permitirían ver si el sujeto obligado está cumpliendo con su obligación, para ello, en un sistema democrático, existirían unos órganos garantes que velan por tal cumplimiento. Estos órganos, para Salazar Ugarte, constituirían las “garantías secundarias” de los derechos y los jueces vendrían a ser los órganos garantes en última instancia (Salazar Ugarte, 2013 como se citó en Serrano y Vázquez, 2013). La Tabla 8 permite apreciar, resumidamente, los dos tipos de garantías y a qué se refieren.

Tabla 8. Tipos de Garantía

Primarias	Secundarias
Respeto, protección y satisfacción	Reparación, indemnización, prevención de nuevas violaciones

VI. Mecanismos de exigibilidad

“Si los derechos no son exigibles, no son propiamente derechos, sino simples aspiraciones o resultado de acciones caritativas” (Suárez, 2007 como se citó en López y López, 2015, p. 46). Por ello, en este andamiaje jurídico que se ha construido respecto con el derecho a la salud y el derecho a la protección de la salud -siguiendo de cerca el modelo de Ferrajoli-, la exigibilidad también es una pieza clave fundamental para los derechos en acción o en serio.

“La exigibilidad es un proceso social, político, y legal cuyo objetivo es lograr que el estado cumpla con sus obligaciones en materia de derechos” (López y López, 2015, p. 46). Existen, principalmente, dos vías para la exigibilidad, así, en el diagrama que se presenta, se puede apreciar cada una y los mecanismos con los que cuenta.

La *exigibilidad política* comprendería la acción colectiva de distintos grupos de la sociedad organizada que los convoca un asunto en concreto, así, los recursos de movilización más comunes son las marchas, las concentraciones y las vigilias. Asimismo, pueden presionar con informes y entrevistas a personas que gozan de cierta autoridad y legitimidad sobre el asunto en el que desean incidir.

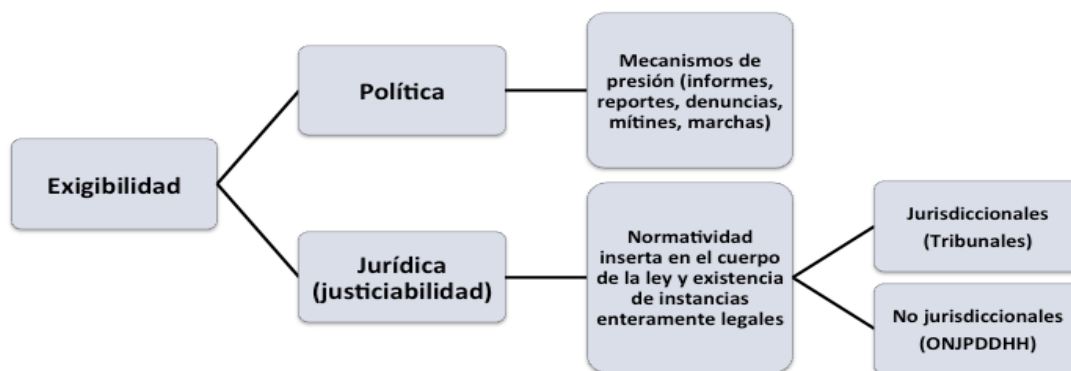
Actualmente, también se utilizan las redes sociales (Facebook, Twitter, Instagram), pues es otra forma de denunciar sobre un hecho y responsabilizar al agente comprometido en ello, así como una forma de presionar para conseguir acuerdos o, por ejemplo, la votación en el Congreso sobre una normativa que interesa. Un ejemplo claro del empleo de todos estos recursos y estrategias de movilización fue, recientemente, la experiencia para despenalizar el aborto en Argentina; la votación en ambas Cámaras (en momentos diferentes) desató una ola de acciones y presiones que traspasó las fronteras del propio país, esto hizo eco en diferentes países de varios continentes.

La estrategia comunicacional es clave en el proceso de exigibilidad política, así, en el caso citado, se desplegó una exitosa que constaba de un pañuelo verde y varias frases cortas que, en realidad, se podían resumir en que las mujeres tienen el derecho a decidir sobre su cuerpo. Este tema toca el derecho a la salud que entraña libertades y derechos, entre esa libertad, está el derecho a controlar la salud y el propio cuerpo en libertad sexual, pues las mujeres son sujetos titulares de derechos y este no puede ser la excepción. Finalmente, en la segunda Cámara (Senado), no se logró la mayoría y no pudo ser aprobado el proyecto de interrupción voluntaria del embarazo. La votación quedó con 38 senadores en contra, 31 senadores a favor,

dos abstenciones y un ausente, no obstante, las opiniones son de que significó un “proceso victorioso” porque sentó varios precedentes, como instalar el tema en la agenda pública y el capital social que se construyó alrededor de este; por supuesto, el afloramiento de las posiciones más conservadoras en este tema.

La otra *exigibilidad*, la *jurídica*, atañe, según la propia normatividad establecida y las instancias del andamiaje del Estado, a dos ámbitos, el jurisdiccional que comprende a los tribunales y otro no- jurisdiccional. Se considera que este tipo de exigibilidad es importante, pero debería, en un escenario ideal, agotarse primeramente otras vías, hasta llegar a esta. Con esto no se quiere restar importancia alguna a la posibilidad que los DESC, por ejemplo, puedan ser justiciables, todo este armazón hace parte de un sistema que se dice democrático, cuyo campo político se ensancharía con la presencia y la posibilidad de ejercer ambas vías.

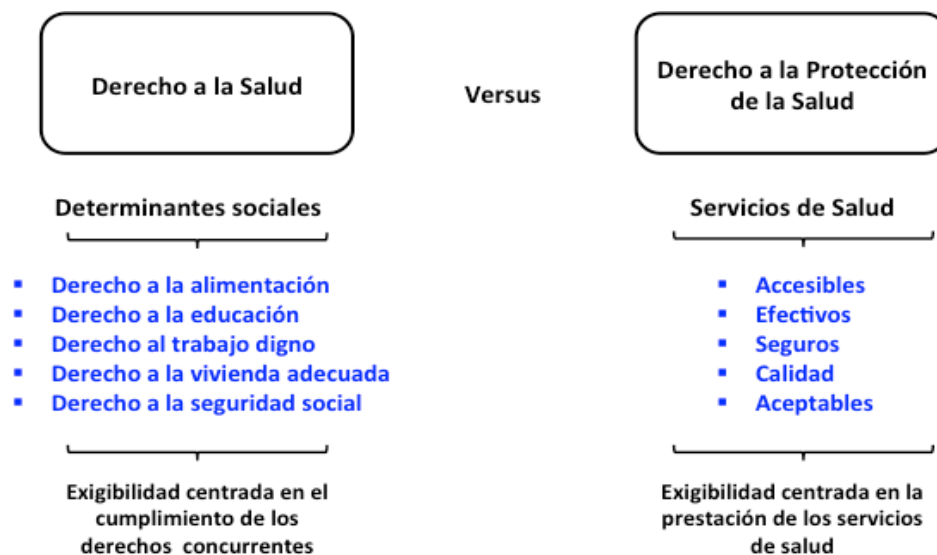
Figura 1. Vías de exigibilidad de los derechos humanos



Nota. Tomado de Derecho a la Salud en México por López y López, 2015.

Por último, a manera de cierre de este andamiaje teórico, se presentan ambos derechos (derecho a la salud y el derecho a la protección de la salud) y las diferencias en cuanto a la exigibilidad que cada uno requiere.

Figura 2. Exigibilidad en el derecho a la salud y el derecho a la protección de la salud



Nota. Tomado de Derecho a la Salud en México por López y López, 2015.

Capítulo 3

Caja de costura: diseño metodológico

8.1 Abordaje metodológico cualitativo: trabajo de campo, técnicas y estrategia de análisis

El diseño metodológico consiste en una estrategia cualitativa basada en la combinación de técnicas de recolección de datos: observaciones etnográficas en el hospital, recorrido por el pueblo, entrevistas semiestructuradas al personal de salud y personas usuarias en la propia sala de espera del centro de salud, así como charlas (pláticas) informales con algunas familias y grupo de mujeres.

El estudio de casos representa un enfoque dentro de la tradición de la investigación cualitativa, en la que se inscribe esta tesis, este supone un recorte empírico de la realidad social, subjetiva y parcial. “El caso es definido como un sistema delimitado en tiempo y espacio de actores, relaciones e instituciones sociales donde se busca dar cuenta de la particularidad del mismo en el marco de su complejidad” (Neiman y Quaranta, 2007, p. 220).

Una vez que se ha seleccionado el caso, de acuerdo con la pregunta de investigación que representa el eje en el que se estructura el estudio de caso, se establecieron las unidades de análisis y los actores, para realizar la observación, las entrevistas y, posteriormente, el trabajo de análisis de documentos y del material que se deriva de las entrevistas y observación participante.

Las etapas del diseño metodológico propuestas son las siguientes:

- 1) Selección de una temática.
- 2) Revisión teórica - estado del arte.
- 3) Construcción del problema /Definición de dónde se quiere observar.
- 4) Trabajo de campo exploratorio.
- 5) Diseño metodológico.
- 6) Trabajo de campo - Sistematización de entrevistas y del cuaderno de campo.

7) Análisis del material de entrevistas.

8) Escritura – Análisis –Conclusiones.

A continuación, se expone un esquema del diseño metodológico.

Tabla 9. Componentes básicos del diseño metodológico

Delimitación espacial y temporal de la investigación	<u>Espacial:</u> pueblo originario de Santa Ana Tlacotenco, en la delegación de Milpa Alta. <u>Temporal:</u> mediados 2015 – primer trimestre 2018
Tipo de investigación	Cualitativa
Principales categorías	Derecho a la protección de la salud Dimensiones: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad y apropiación del derecho.
Población de estudio y unidades de análisis	<u>Unidad de observación:</u> centro de salud T-II de Santa Ana Tlacotenco <u>Actores institucionales:</u> Funcionarios (director del centro de salud; jefa del personal de enfermería, encargado de epidemiología). Personal de salud: _médicos, médicas, enfermeras y odontólogos que laboren en el centro de salud. <u>Actores comunitarios:</u> Personas usuarias: personas que asistan al centro de salud (se calculó el promedio de asistencia por día y se determinó el número de personas a entrevistar). Representantes de la comunidad; comuneros; guardianes del bosque; parteras y otros agentes de medicina tradicional.
Fuentes de información a utilizar	Bibliográfica, hemerográfica y etnográfica
Técnicas e instrumentos que serán aplicados	Guía de entrevistas semiestructuradas y abiertas Guía de observación Conversaciones grupales
Estrategia de análisis que se propone	Análisis temático orientado por las cuestiones de la investigación Análisis documental

8.2 Contexto de la investigación: un estudio de caso Milpa Alta

A continuación, se contextualiza qué es Milpa Alta y qué representa la categoría de “pueblo originario” en esa región, así como en términos de las implicaciones que tendría para los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado. Asimismo, se incorpora la definición de territorio y territorialidad, porque constituye una dimensión analítica del proceso de construcción social de la identidad en la Milpa Alta. Posteriormente, se realiza una caracterización de Milpa Alta y de Santa Ana Tlacotenco con datos sociodemográficos, el sistema de salud en la delegación y algunos indicadores en cuanto a población usuaria de servicios de salud por institución, riesgos relativos de no afiliación y afiliación al Seguro Popular y el índice de disimilitud.

Milpa Alta en el contexto de la Ciudad de México

Milpa Alta, junto con Xochimilco, Tláhuac, Tlalpan y Magdalena Contreras, son las cinco delegaciones en las que se encuentran asentados los pueblos que se reconocen como “originarios” de la Ciudad de México, agrupados estos en 46 comunidades, cuyo origen se remite a la cultura náhuatl.

Es de las 16 delegaciones que conforman el Distrito Federal la segunda más grande (después de Tlalpan) en superficie territorial, con 28 375 hectáreas (15 000 son área de bosques); es la menor en población, con 130 582 habitantes. En el territorio de Milpa Alta están asentados, actualmente, 12 pueblos que se reconocen como “pueblos originarios”, cuyos nombres están compuestos por un santo o santa de la religión católica y el segundo es un nombre de origen náhuatl.

Estos pueblos son: Villa Milpa Alta (cabecera delegacional), San Pedro Actopan, San Bartolomé Xicomulco, San Salvador Cuauhtenco, San Pablo Oztotepec, San Lorenzo Tlacoyucan, San Antonio Tecómitl, San Agustín Ohtenco, San Francisco Tecoxpa, San Jerónimo Miacatlán, San Juan Tepenáhuac y Santa Ana Tlacotenco.

Desde la antropología, Salmorán (2015) realizó la siguiente división del territorio de la delegación en tres zonas, atendiendo a la geografía del lugar: Zona Centro (cabecera delegacional), Zona Montaña (los pueblos más alejados) y Zona Chinampera (pueblos más apegados a Xochimilco y Tláhuac).

Según la página web oficial de la administración del Distrito Federal, su principal característica es que han conservado un conjunto de instituciones políticas, culturales y sociales derivadas de una relación con la defensa de la integridad territorial y de los recursos naturales. Se les denomina así por ser descendientes en un proceso de compleja continuidad histórica de las poblaciones que habitaban antes de la conquista, lo que ahora es el Distrito Federal.

Las interacciones entre los 12 pueblos se dan con algunas tensiones, las que pueden leerse bajo la lógica de qué pueblo es más “tradicional”, en cuál pueblo se conservan más unas tradiciones u oficios que otros. Asimismo, están marcadas por los liderazgos y los desempeños en cuanto a la Representación General, la que es la instancia mayor de coordinación de los 12 pueblos (pendiente platicar con esposo de Esperanza, que es “originario” y trabaja allí).

La categoría de “originario”

Conforme con la historiografía y los trabajos etnográficos, los pueblos indígenas que habitaban los territorios que hoy son considerados parte del Distrito Federal y la Ciudad de México eran de origen náhuatl. Los pueblos que aún hoy habitan estos territorios han reivindicado este origen, historia e identidad indígena, acuñando el término de “originarios” y “pueblos originarios”.

Son pueblos que, a pesar de estar asentados en una de las más grandes urbes, conservan instituciones políticas y prácticas culturales que, aunado con la defensa de permanencia de una tierra que tiene carácter social, que es propiedad de todos, sirve como plataforma, para desarrollar iniciativas y procesos comunitarios múltiples que van desde grupos de danza, talleres de telar de cintura, ferias de elote, radio comunitaria, yerberos, reunión de las hijas de las curanderas hasta representaciones auxiliares que existe en cada uno de los 12 pueblos que conforman Milpa Alta.

En Milpa Alta, habitan y se reconocen 12 pueblos que se autodenominan “pueblos originarios”, así, este término busca reivindicar la identidad indígena en medio de la voracidad urbana en la que se encuentran inmersos. Esta delegación, a pesar de estar ubicada en el Distrito Federal, es eminentemente rural, por lo que una de sus principales actividades es la milpa y siembra del nopal.

En México, "originario" no es una categoría que se utiliza con frecuencia, pues aún son la de "pueblos indígenas" y "pueblos autóctonos" las que se emplean. Para construir esta categoría, es fundamental comprender el proceso por medio del que los pueblos de la metrópoli optaron por la designación de "pueblos originarios", lo que tiene como punto principal el reconocimiento a su organización comunitaria (Salmorán, 2015, p. 28):

Asimismo, Acevedo y López (2012) señalaron que construir y analizar la biografía de esta categoría de identificación remite al movimiento social iniciado en Milpa Alta, para después institucionalizarse dentro de la administración del Distrito Federal.

De igual forma, Mora (2007) ha adjudicado el surgimiento de este término a los pueblos asentados en Milpa Alta, sin embargo, no se ha hallado un documento que confirme dicha afirmación. Lo que sí existe es el acta de conformación del Primer Encuentro de Pueblos Originarios del Anáhuac, realizado en San Mateo Tlaltenango, delegación Cuajimalpa, donde está registrado el uso del término de "pueblos originarios".

Por su parte, Gómez et al. (2011) plantearon que el término de "pueblo originario" tiene una carga ideológica y política, además, permite a los pueblos reconocer lo indígena como un pasado, pero no su presente " eminentemente mestizo".

De este modo, Acevedo y López (2012), después de su trabajo de campo en Milpa Alta, indicaron que "los habitantes de Milpa Alta también utilizan la categoría "originario" bajo un registro más "político", en el sentido más ortodoxo del término, por ejemplo, en las asambleas del pueblo, donde varias veces observé cómo se les "ruega" a los avencidados no intervenir" (p. 294).

Para Moliner (1998), como se citó en López (2018), la palabra "originario" es un adjetivo que indica "el origen o principio de la cosa en cuestión; el lugar de proveniencia de una cosa o persona" (p. 201). En el discurso político, este significado es el que se mantiene cuando se hace referencia a los pueblos originarios, término que aparece en la retórica de algunas instancias internacionales, pero que ha sido adoptado, sobre todo, en otros países de América Latina y siempre con sinónimo (o eufemismo) de "indígena" o "indio"; León (1996) definió a un "pueblo originario" del siguiente modo.

"Aquellos que han vivido en un territorio antes de que cualquier otro penetrara en él, bien sea por conquistas, colonizaciones violentas o supuestamente

pacíficas, inmigraciones o de otras formas. Los descendientes de los pueblos originarios, como lo demuestra su historia, se han perdido en algunos casos y en otros se han mantenido formas de continuidad o diferencia cultural”. (p. 43)

Por su parte, Hernández (2009) propuso que los “pueblos originarios” “son las antiguas comunidades agrarias de raíz mesoamericana devoradas por la veloz expansión de la mancha urbana e incorporadas a su tejido institucional; transformadas sustancialmente por el desarrollo urbano y que han mantenido su identidad gracias a su organización” (p. 24).

De acuerdo con Aguilar (s.f), la identidad y la pertenencia en los pueblos contemporáneos se sustenta en cuatro pilares fundamentales:

- 1) La comunidad se sostiene de la tierra, pues lo comunal rige los derechos y las obligaciones entre los miembros.
- 2) Asambleas generales que, aunque no tienen reconocimiento legal, son la instancia máxima de decisión en las comunidades.
- 3) Trabajo comunal.
- 4) Disfrute de la fiesta.

Por ejemplo, Acevedo y López (2012) expresaron que, en “Milpa Alta, el adjetivo originario se volvió un sustantivo. Se es (o no) originario, apelando a la idea de origen. Este término designa a quienes estaban ahí al principio, los nativos del lugar” (p. 292).

Los autores agregaron que ser originario en Milpa Alta es reconocerse y ser reconocido como miembro de varias de las familias que tienen distintas generaciones nacidas en Milpa Alta, pues "aquí todos sabemos quién es quién".

En términos de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado y del ejercicio del derecho a la salud y el derecho a la protección de la salud ¿por qué resulta importante esta categoría de “pueblo originario”?

Primeramente, porque aquí se entiende la salud desde la perspectiva de la Medicina Social-Salud Colectiva que parte de una comprensión social, para reconocer y comprender la historicidad de los grupos o colectividades humanas. Si no se parte de este carácter, es poco probable entender el complejo proceso de salud y enfermedad, y qué hacen los grupos para atender y cuidarse frente a sus enfermedades y los significados que otorgan a todo el proceso.

Igualmente, la identidad cultural es importante tenerla presente en el análisis de la accesibilidad como un componente del derecho a la protección de la salud, debido a que supone que la dimensión cultural ha sido obviada en algunos modelos que se han implementado desde el campo de la salud pública. Todo aquello que forma parte de la subjetividad de los sujetos y de los grupos, y que no se puede medir y verificar cuantitativamente, no es incluido.

En algunos discursos del personal de salud, se considera la cultura como un obstáculo para que las personas puedan adquirir, pero la investigación no apoya este tipo de visión ni la de mirar a la cultura bajo la concepción de los factores de riesgo, en la que se jerarquizan los saberes en salud, tomando a los conocimientos de la biomedicina como los únicos verdaderos, correctos y buenos.

Territorio y territorialidad

La categoría “territorio” es importante y definitoria como elemento constitutivo de la identidad, y de forjar los horizontes de lucha y esperanza del actuar organizativo de los pueblos asentados en Milpa Alta. No se desea esencializar la categoría, pero esto no quiere decir que para los pueblos que no se identifican como habitantes indígenas, originarios o que reivindican un pasado prehispánico no represente una relación especial o importante. Así, se parte de no naturalizar las relaciones sociales que ocurren en un determinado espacio geográfico concreto, las que están siempre atravesadas por el conflicto; según cómo se construyen estas, será la relación de posesión con la tierra un elemento central.

Tiene la peculiaridad de contar con un régimen comunal de tenencia de la tierra y, por diversos procesos, es el mismo desde su fundación hace casi cinco siglos. “Esta peculiaridad ha resultado en una identidad cultural que desde siempre ha defendido la tierra, los bosques y el ambiente, en el entorno de una urbanización cada vez más agresiva que intenta imponerse” (Bonilla, 2009, p. 249).

La identificación con la historia de la fundación en Milpa Alta es fundamental y va unida con la delegación de Milpa Alta. Al respecto, Acevedo y López (2012) señalaron que, en el centro de la forma de identificación, se encuentra el patrimonio agrario, la tierra; este es el criterio más importante para distinguir al “originario” del “avecindado”, aquel que no pertenece a las familias que están “desde el origen” (así él haya llegado hace 20 años). Es una condición que

le impide participar, activamente, en las asambleas, no tiene voto y no puede postularse a ningún cargo, sea de la comunidad como de la delegación.

La categoría de territorio es central y transversal en toda la investigación, pues, al entrevistar a cualquier persona de Milpa Alta, es lo primero que comenta: la tenencia de la tierra es propiedad social y esto no ha permitido la entrada voraz de multinacionales de comida rápida, por ejemplo, McDonald's, Burger King, entre otras de este tipo, ni los Oxxo, tan presentes en el Distrito Federal. Es “el fundamento en la tenencia de la tierra colectiva, comunal y ejidal la condición que articula y que ha permitido, desde hace mucho tiempo, la reproducción social del lugar, aunque no sin fuertes contradicciones” (Bonilla, 2009, p. 251).

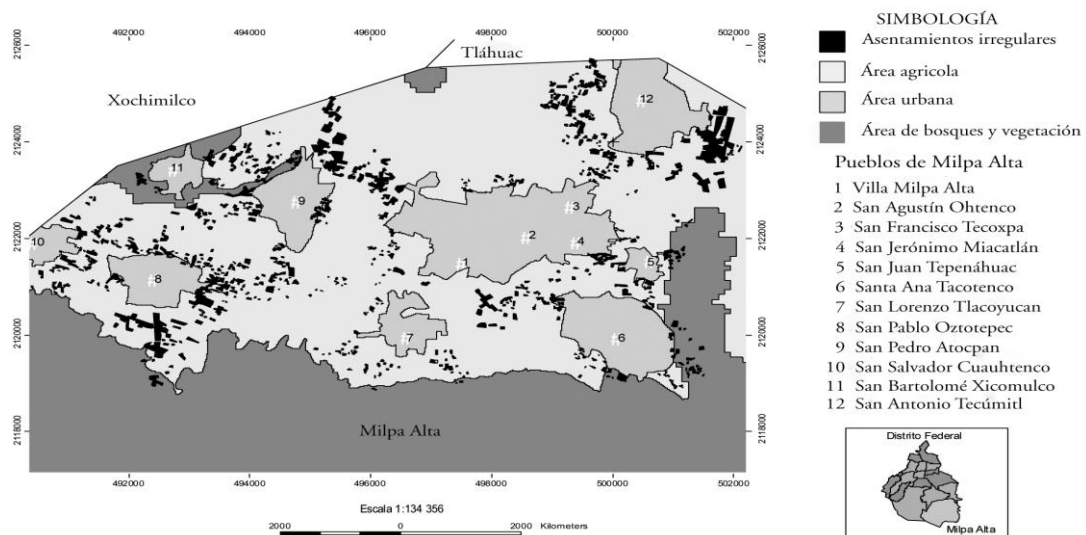
El investigador y originario de Milpa Alta, Loza (2014), señaló que en el territorio se encuentra la cohesión de estos pueblos, en el discurso de origen y el horizonte común de estos mismos pueblos que hoy siguen asentados en Milpa Alta. Al estar centrada la identidad de Milpa Alta en la propiedad comunal del territorio “[...] identidad fundada en la territorialidad [...]” (p. 7), ¿qué es lo que está en disputa? Está en disputa la vida de ellos a través de ser reconocidos, bajo su territorio, como los portadores de una historia, síntesis de varios procesos de defensa del territorio y su identidad.

La dimensión territorial, así como la dimensión cultural (cimentada principalmente en la identidad que estos pueblos reivindican), interesan para conocer cómo se expresan en términos de derechos, específicamente, en el derecho a la salud y a la protección de la salud. La territorialidad es esa relación entre los distintos sujetos, grupos y colectividades, con actores estatales y societales que disputan el acceso y la utilización de diferentes tipos de recursos, bienes y servicios que se administran por institucionalidades estatales y se gestan en un determinado espacio geográfico.

La salud se convierte en un campo de disputa, cuyas luchas casi siempre suponen formas de exclusión, aun cuando se logre el acceso a los servicios de salud pública. Milpa Alta es un ejemplo de ello, por ser una zona periférica, aunque, según la división política-administrativa, se estipule que es una delegación del Distrito Federal, los propios habitantes no tienen un sentido de pertenencia hacia la Ciudad de México, debido a que, al expresarse, mencionan como “allá”, “la ciudad”.

La delegación de Milpa Alta se ha consolidado como ejemplo de un proceso peculiar de urbanización rural que se ha organizado como una opción real de reproducción social de la población relacionada, primordialmente, con el cultivo del nopal, constituyéndose en lo que algunos autores han denominado “economía de sobrevivencia”, pues está basada en actividades agrícolas, dando como resultado la construcción social de un espacio diferenciado al interior de la delegación y en el contexto urbano del Distrito Federal (Bonilla, 2014). Toda esta información permite ir tejiendo el proceso de la determinación social de la salud en Milpa Alta, donde prevalece una economía de subsistencia y condiciones precarias de vida.

Figura 3. Milpa Alta: pueblos, asentamientos irregulares y áreas agrícola, urbana y ecológica, 2009



Nota. Elaborado con datos de la Secretaría del Medio Ambiente del Distrito Federal. Dirección de Ordenamiento Ecológico del Territorio y Manejo Ambiental del Agua (Oficio SAM/ DGPCP/ DOETMAA/238/2012).

8.2.1 Datos sociodemográficos

Milpa Alta es una delegación fundamentalmente rural, a pesar de pertenecer al Distrito Federal, una de las mayores urbes del mundo, no solo de Latinoamérica. Es el Distrito Federal “la entidad con la mayor concentración de servicios de salud en todo el país, sin embargo, persiste una desigualdad en cuanto al acceso oportuno y la atención pertinente para el tratamiento de las personas con algún padecimiento, pues no se cuenta con la infraestructura médica suficiente para dar atención en las zonas periféricas donde se ubica la mayor parte de la población pobre”¹⁰.

Por ello, es importante mostrar antes un panorama en términos de datos sociodemográficos de Milpa Alta en relación con Ciudad de México, para exponer evidencias de los procesos de estratificación y desigualdad social que hay dentro de la Ciudad de México. Esto permite enriquecer el análisis respecto con las condiciones que facilitan, o no, el ejercicio del derecho a la salud y a la protección de esta; esta caracterización descansa en los datos que provienen del Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2015).

Tabla 10. Variables sociodemográficas. Ciudad de México y Milpa Alta. Personas de 12 años y más. Distinguiendo el sexo

Variables	Ciudad de México		Milpa Alta	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Edad (promedio)	38.7	40.5	35.5	36.6
Situación conyugal				
Vive con su pareja en unión libre	15.5	13.8	24.5	23.2
Está separada(o)	3.6	6.9	3.6	9.1
Está divorciada(o)	2.0	3.2	0.7	1.4
Es viuda(o)	2.3	8.0	1.8	6.2
Está casada(o)	37.3	33.3	32.7	31.1
Está soltera(a)	39.3	34.8	36.7	29.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Número de hijos				
No tuvo hijos/as	-----	33.1	-----	29.1

¹⁰ Informe de Evalúa DF (2010), elaborado bajo la supervisión del Dr. Alejandro Cerda.

Un hijo/a	----	15.5	----	13.6
Dos hijos/as	----	21.4	----	20.4
Tres hijos o más	----	27.4	----	35.2
Omíte el tema	----	2.7	----	1.8
Total	----	100.0	----	100.0
Años de escolaridad (promedio)	11.0	10.5	9.1	9.0
Condición de actividad				
Activos	67.4	42.1	68.6	34.4
Inactivos	32.6	57.9	31.4	65.6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Categoría ocupacional				
Empleado(a) u obrero(a)	66.3	73.2	51.9	61.5
Jornalero(a) o peón	0.7	0.1	4.8	0.6
Ayudante con pago	3.5	2.5	7.2	4.4
Patrón o empleador	3.9	2.3	2.0	1.6
Trabajador por cuenta propia	25.0	21.1	32.6	30.5
Trabajador(a) sin pago	0.5	0.8	1.6	1.4
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

* El número de hijos se pregunta exclusivamente para las mujeres.

* La categoría ocupacional se pregunta solo para las personas que trabajan.

Fuente: elaboración propia con base en datos de la Encuesta Intercensal 2015 INEGI.

8.2.2 Categoría indígena

Es preciso considerar la identidad cultural de estos pueblos en el análisis, porque ellos reivindican un pasado en la cultura náhuatl y, actualmente, hay procesos de revitalización cultural que despliegan una serie de recursos simbólicos y de rescate de la lengua náhuatl, estos intentan luchar contra el olvido y las formas de la urbanidad que pueden dictar el complejo proceso de urbanización de la propia ciudad. Asimismo, podría reforzar la tesis de la triple inequidad a la que se refiere Jaime Breilh: clase, etnia, género; cabe señalar que algunos datos están desglosados en hombres y mujeres.

En las tablas expuestas, se menciona la etnicidad, aunque esta tesis no trabaja con esta categoría (sino con la de pueblo originario) solo que los datos se muestran según algunos criterios desarrollados por el INEGI. De igual manera, no se consideran los dialectos, pues

lo que hablan los habitantes que se identifican como indígenas u originarios son idiomas; dentro de cada idioma, pueden haber algunas variantes dialectales.

Tabla 11. Tipología de condición de etnicidad

"De acuerdo con su cultura, ¿(NOMBRE) se considera indígena?" "Autoadscripción"	"¿(NOMBRE) habla algún dialecto o lengua indígena?" "Habla lengua indígena"		
	Sí	No	*No especificado
Sí	Se considera indígena y habla lengua indígena	Se considera indígena y no habla lengua indígena	
Sí, en parte			
No	No se considera indígena y habla lengua indígena	No se considera indígena y no habla lengua indígena	
No sabe			
*No especificado			

Nota: Elaboración propia con base en documento del INEGI, 2015.

Esta tipología resulta de combinar las preguntas sobre la autoadscripción étnica y la condición de lengua indígena incorporadas en el cuestionario de la Encuesta Intercensal 2015 INEGI.

Se considera indígena y habla lengua indígena: se refiere a las personas que, de acuerdo con su cultura, se consideran indígenas (incluye la respuesta "sí, en parte") y hablan algún dialecto o lengua indígena.

Se considera indígena y no habla lengua indígena: se refiere a las personas que, de acuerdo con su cultura, se consideran indígenas (incluye la respuesta "sí, en parte") y no hablan algún dialecto o lengua indígena.

No se considera indígena y habla lengua indígena: se refiere a las personas que, de acuerdo con su cultura, no se consideran indígenas (incluye la respuesta "no sabe") y hablan algún dialecto o lengua indígena.

No se considera indígena y no habla lengua indígena: se refiere a las personas que, de acuerdo con su cultura, no se consideran indígenas (incluye la respuesta "no sabe") y no hablan algún dialecto o lengua indígena.

A continuación, en la Tabla 12 se presenta la distribución de la variable condición de etnicidad según sexo en la Ciudad de México y Milpa Alta.

Tabla 12. Distribución de la variable condición de etnicidad. Ciudad de México y Milpa Alta. Personas de 12 años y más. Distinguiendo el sexo

	Ciudad de México		Milpa Alta	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Se considera indígena y habla lengua indígena	1.1	1.1	3.6	2.9
Se considera indígena y no habla lengua indígena	10.5	10.1	21.2	21.6
No se considera indígena y habla lengua indígena	0.6	0.6	1.7	1.4
No se considera indígena y no habla lengua indígena	87.9	88.2	73.5	74.1
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Nota. Elaboración propia con base en datos de la Encuesta Intercensal 2015 INEGI.

Como podemos observar, Milpa Alta tendría una mayor condición de etnicidad con relación a la Ciudad de México, lo que la caracteriza con lo que ya hemos mencionado. Aunque solo nos sirve con fines de ofrecer un panorama de cómo está la población y su afiliación a los servicios de salud y utilización de los mismos, en términos comparativos con la Ciudad de México y esta delegación.

8.2.3 Afiliación a servicios de salud en la Ciudad de México y Milpa Alta según condición de etnicidad

En el siguiente apartado, se presentan tablas de contingencia que contrastan la afiliación a servicios de salud y la condición de etnicidad (% por columna) en la Ciudad de México y en Milpa Alta y se distingue por sexo.

Tabla 13. Distribución porcentual de la afiliación a servicio de salud según condición de etnicidad. Ciudad de México

Hombres	Se considera indígena y	Se considera indígena y no habla	No se considera indígena y	No se considera indígena y	Total

	habla lengua indígena	lengua indígena	habla lengua indígena	no habla lengua indígena	
Afiliado	63.6	75.7	69.3	76.2	75.9
No afiliado	36.4	24.4	30.7	23.8	24.1
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0 (213943)

Nota. 655 casos “No especificado” de la afiliación y 2626 casos “No especificado” de condición de etnicidad.

Tabla 14. Distribución porcentual de la afiliación a servicio de salud según condición de etnicidad. Ciudad de México

Mujeres	Se considera indígena y habla lengua indígena	Se considera indígena y no habla lengua indígena	No se considera indígena y habla lengua indígena	No se considera indígena y no habla lengua indígena	Total
	Afiliado	69.3	80.9	70.1	80.4
No afiliado	30.7	19.1	29.9	19.7	19.8
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0 (241341)

Nota. 700 casos “No especificado” de la afiliación y 3151 casos “No especificado” de condición de etnicidad.

Con relación a las tablas 13 y 14, en la Ciudad de México, se puede observar que el porcentaje de no afiliación cuando se considera y se habla lengua indígena es alto tanto en hombres como en mujeres, con respecto al otro extremo, es decir, cuando no se considera y no habla lengua indígena.

Tabla 15. Distribución porcentual de la afiliación a servicio de salud según condición de etnicidad. Milpa Alta

Hombres	Se considera indígena y habla lengua indígena	Se considera indígena y no habla lengua indígena	No se considera indígena y habla lengua indígena	No se considera indígena y no habla lengua indígena	Total
	Afiliado	70.6	75.8	76.5	78.1

No afiliado	29.4	24.2	23.5	21.9	22.7
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0 (7271)

Nota. 19 casos “No especificado” de la afiliación y 23 casos “No especificado” de condición de etnicidad.

Tabla 16. Distribución porcentual de la afiliación a servicio de salud según condición de etnicidad. Milpa Alta

Mujeres	Se considera indígena y habla lengua indígena	Se considera indígena y no habla lengua indígena	No se considera indígena y habla lengua indígena	No se considera indígena y no habla lengua indígena	Total
	Afiliado	88.1	80.8	78.6	83.9
No afiliado	11.9	19.2	21.4	16.1	16.8
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0 (7694)

Nota. 14 casos “No especificado” de la afiliación y 34 casos “No especificado” de condición de etnicidad.

Las tablas 15 y 16 respectivamente, nos muestran que en Milpa Alta, es alto el porcentaje de quienes se consideran y hablan lengua indígena y asimismo, se reflejan que es alto el porcentaje de los que están afiliados y afiliadas. Aunque en estas, no se precisa cual institución.

8.2.4 Población afiliada a servicios de salud por institución en la Ciudad de México y Milpa Alta según condición de etnicidad

Concluida la descripción general sobre la afiliación, a continuación, se presenta la distribución de la población afiliada a servicios de salud por institución según la condición de etnicidad para los hombres y las mujeres en la Ciudad de México y Milpa Alta.

Tabla 17. Distribución porcentual de la población afiliada a servicios de salud por institución según condición de etnicidad, Ciudad de México 2015

Se considera indígena y	Se considera indígena y no	No se considera indígena y	No se considera indígena y no	Total
-------------------------	----------------------------	----------------------------	-------------------------------	--------------

		habla lengua indígena	habla lengua indígena	habla lengua indígena	habla lengua indígena	
Hombres	Seguro Popular	55.5	34.7	41.8	26.7	28.1
	IMSS	27.1	42.6	35.7	46.7	45.9
	ISSSTE	10.8	15.7	12.9	14.3	14.4
	Pemex, Defensa o Marina	1.4	1.5	1.9	1.3	1.3
	Seguro privado	2.4	4.0	4.6	8.8	8.2
	Otra institución	2.7	1.6	3.1	2.2	2.1
	Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0 (162381)

Nota. 51,562 casos "No afiliados" (24.0%) y 2626 casos "No especificado" de condición de etnicidad.

Nota. 655 "No especificados".

Tabla 18. Distribución porcentual de la población afiliada a servicios de salud por institución según condición de etnicidad, Ciudad de México 2015

		Se considera indígena y habla lengua indígena	Se considera indígena y no habla lengua indígena	No se considera indígena y habla lengua indígena	No se considera indígena y no habla lengua indígena	Total
Mujeres	Seguro Popular	61.4	36.5	49.4	28.1	29.5
	IMSS	23.8	40.1	28.5	45.1	44.3
	ISSSTE	8.5	17.1	11.6	16.0	16.0
	Pemex, Defensa o Marina	1.0	1.4	1.4	1.3	1.3
	Seguro privado	2.5	3.6	5.6	7.6	7.1
	Otra institución	2.8	1.4	3.6	1.9	1.9
	Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0 (193562)

Nota. 47,779 casos "No afiliados" (19.7%) y 3161 casos "No especificado" de condición de etnicidad.

Nota. 700 "No especificados".

En las tablas 17 y 18, para la Ciudad de México, se observa respectivamente una distribución de más del 50% para el Seguro Popular (que contempla a la población abierta sin seguridad social) en la condición de se considera y habla lengua indígena. Y a quienes están en el otro extremo (no se consideran y no hablan lengua indígena), es el IMSS la institución que mayor porcentaje tiene.

Tabla 19. Distribución porcentual de la población afiliada a servicios de salud por institución según condición de etnicidad, Milpa Alta 2015

	Se considera indígena y habla lengua indígena	Se considera indígena y no habla lengua indígena	No se considera indígena y habla lengua indígena	No se considera indígena y no habla lengua indígena	Total	Riesgo relativo	
Hombres	Seguro Popular	75.7	64.9	75.8	64.9	65.5	1.17
	IMSS	6.4	12.7	3.3	14.2	13.4	0.45
	ISSSTE	16.3	19.8	19.8	15.5	16.5	-----
	Pemex, Defensa o Marina	0.5	1.4	0.0	1.1	1.1	-----
	Seguro privado	1.0	0.8	1.1	2.7	2.2	-----
	Otra institución	0.0	0.3	0.0	1.6	1.3	-----
	Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0 (5,618)	-----

Nota. 1653 casos "No afiliados" (22.7%) y 23 casos "No especificado" de condición de etnicidad.

Nota. 19 "No especificados".

Tabla 20. Distribución porcentual de la población afiliada a servicios de salud por institución según condición de etnicidad, Milpa Alta 2015

				Total	
--	--	--	--	--------------	--

	Se considera indígena y habla lengua indígena	Se considera indígena y no habla lengua indígena	No se considera indígena y habla lengua indígena	No se considera indígena y no habla lengua indígena		Riesgo relativo	
Mujeres	Seguro Popular	85.1	69.8	80.4	67.2	68.5	1.27
	IMSS	4.2	10.9	4.4	13.2	12.2	0.32
	ISSSTE	9.4	17.6	12.0	15.4	15.6	-----
	Pemex, Defensa o Marina	0.5	1.2	0.0	1.1	1.1	-----
	Seguro privado	0.9	0.5	0.0	1.9	1.6	-----
	Otra institución	0.0	0.1	3.3	1.3	1.1	-----
	Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0 (6404)	-----

Nota. 1290 casos "No afiliados" (16.7%) y 34 casos "No especificado" de condición de etnicidad.

Nota. 14 "No especificados".

En las tablas 19 y 20 que presentan la distribución porcentual de la población afiliada a servicios de salud por institución según condición de etnicidad en Milpa Alta se resalta que el mayor porcentaje se concentra en quienes se consideran y hablan una lengua indígena, en el Seguro Popular; no obstante, ahí también se concentra en quienes no se consideran y no hablan lengua indígena. El IMSS aparece con un bajo porcentaje tanto en hombres como mujeres, en quienes se consideran y hablan, pues se presume que no cuentan con un trabajo con contrato y prestaciones.

8.2.5 Población usuaria de servicio de salud por institución en la Ciudad de México y Milpa Alta según condición de etnicidad

Esta sección de la tesis se concentra en la distribución de la población usuaria de servicios de salud por institución, según condición de etnicidad distinguiendo el sexo en la Ciudad de México y Milpa Alta.

Tabla 21. Distribución porcentual de la población usuaria de servicios de salud por institución según condición de etnicidad, Ciudad de México 2015

	Se considera indígena y habla lengua indígena	Se considera indígena y no habla lengua indígena	No se considera indígena y habla lengua indígena	No se considera indígena y no habla lengua indígena	Total	
Hombre	IMSS	15.8	28.9	24.0	31.9	31.3
	ISSSTE	6.9	10.8	8.0	10.2	10.2
	Pemex, Defensa o Marina	1.0	1.1	1.5	1.0	1.0
	SSA	39.0	27.3	30.0	21.7	22.6
	Servicio Privado	13.3	16.2	17.4	20.8	20.2
	Consultorio de farmacia	22.9	14.6	17.9	13.2	13.6
	Otro lugar	1.1	1.1	1.3	1.2	1.2
	Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0 (209570)

Nota. 4,834 casos "No se atiende" y 194 casos "No especificado" y 2626 casos "No especificado" de condición de etnicidad.

En esta tabla, se puede apreciar como los hombres que se consideran y hablan lengua indígena, usan más los servicios de la Secretaría de Salud, que está dado en gran parte por los servicios que prestan los centros de salud. También el uso de los consultorios de las farmacias.

Tabla 22. Distribución porcentual de la población usuaria de servicios de salud por institución según condición de etnicidad, Ciudad de México 2015

		Se considera indígena y habla lengua indígena	Se considera indígena y no habla lengua indígena	No se considera indígena y habla lengua indígena	No se considera indígena y no habla lengua indígena	Total
Mujeres	IMSS	15.6	29.2	17.5	32.8	32.1
	ISSSTE	5.4	12.6	7.4	12.0	12.0
	Pemex, Defensa o Marina	0.7	1.1	1.1	1.0	1.0
	SSA	45.4	29.9	38.6	23.6	24.7
	Servicio Privado	12.3	13.9	17.6	18.5	17.9
	Consultorio de farmacia	19.3	12.1	16.2	11.0	11.3
	Otro lugar	1.4	1.1	1.5	1.1	1.1
	Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0 (239091)

Nota. 2,736 casos "No se atiende" y 214 casos "No especificado" y 3161 casos "No especificado" de condición de etnicidad.

En esta tabla, las mujeres de la Ciudad de México que se consideran y hablan lengua indígena, son más usuarias de los servicios de la Secretaría de Salud, que está representado por los servicios que ofrecen los centros de salud. Por no contar con un empleo formal, los otros servicios de las demás instituciones reflejan porcentajes menores.

Tabla 23. Distribución porcentual de la población usuaria de servicios de salud por institución según condición de etnicidad, Milpa Alta 2015

		Se considera indígena y habla lengua indígena	Se considera indígena y no habla lengua indígena	No se considera indígena y habla lengua indígena	No se considera indígena y no habla lengua indígena	Total	Riesgo relativo
Hombres	IMSS	4.0	8.0	2.6	9.7	9.0	0.41
	ISSSTE	9.1	11.2	13.0	10.4	10.6	-----
	Pemex, Defensa o Marina	0.4	1.0	0.0	0.8	0.8	-----

SSA	57.8	46.8	51.3	49.7	49.4	1.16
Servicio Privado	16.7	17.4	14.8	13.5	14.5	-----
Consultorio de farmacia	11.6	15.1	18.3	15.5	15.3	-----
Otro lugar	0.4	0.5	0.0	0.4	0.4	-----
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0 (7116)	-----

Nota. 171 casos "No se atiende" y 3 casos "No especificado" y 23 casos "No especificado" de condición de etnicidad.

Tabla 24. Distribución porcentual de la población usuaria de servicios de salud por institución según condición de etnicidad, Milpa Alta 2015

	Se considera indígena y habla lengua indígena	Se considera indígena y no habla lengua indígena	No se considera indígena y habla lengua indígena	No se considera indígena y no habla lengua indígena	Total	Riesgo relativo	
Mujeres	IMSS	3.4	7.3	4.4	9.9	9.1	0.34
	ISSSTE	6.3	10.9	7.8	10.9	10.7	-----
	Pemex, Defensa o Marina	0.4	1.1	0.9	1.0	1.0	-----
	SSA	70.6	54.3	59.1	53.8	54.5	1.31
	Servicio Privado	10.1	14.5	14.8	11.6	12.2	-----
	Consultorio de farmacia	9.2	11.8	12.2	12.5	12.3	-----
	Otro lugar	0.0	0.2	0.9	0.3	0.3	-----
	Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0 (7644)	-----

Nota. 61 casos "No se atiende" y 3 casos "No especificado" y 34 casos "No especificado" de condición de etnicidad.

En las tablas 23 y 24 respectivamente, en Milpa Alta, es de destacar el uso de los servicios de salud ofrecidos por la Secretaría de Salud, más del 55% en hombres y en mujeres 70%, para quienes se consideran y hablan lengua, pero llama la atención que es igualmente similar y mayoritario en el otro extremo, en quienes no se consideran y no hablan lengua indígena.

Es decir, prácticamente la totalidad de la población de Milpa Alta acude a estos servicios, sin importar su condición de “etnicidad”.

8.2.6 Medida de desigualdad en Salud: índices de disimilitud de la afiliación a servicios de salud y de la utilización de servicios de salud entre las personas que se “consideran indígena y hablan lengua indígena” y las personas que “no se consideran indígena y no hablan lengua indígena” en Milpa Alta

Los resultados del índice de disimilitud de la afiliación a servicios de salud por institución entre las personas que se “consideran indígena y hablan lengua indígena” y las personas que “no se consideran indígena y no hablan lengua indígena” según sexo indican lo siguiente. Veamos.

Tabla 25. Índices de disimilitud de la afiliación a servicios de salud según sexo, CDMX

		Se considera indígena y habla lengua indígena	No se considera indígena y no habla lengua indígena	Diferencia
Hombres	Seguro Popular	55.5	26.7	14.4
	IMSS (Seguro social)	27.1	46.7	9.8
	ISSSTE	10.8	14.3	1.8
	Pemex, Defensa o Marina	1.4	1.3	0.1
	Seguro privado	2.4	8.8	3.2
	Otra institución	2.7	2.2	0.3
		100.0	100.0	
			ID	29.5
		Se considera indígena y habla lengua indígena	No se considera indígena y no habla lengua indígena	Diferencia
Mujeres	Seguro Popular	61.4	28.1	16.6
	IMSS	23.8	45.1	10.7

ISSSTE	8.5	16.0	3.7
Pemex, Defensa o Marina	1.0	1.2	0.1
Seguro privado	2.5	7.6	2.6
Otra institución	2.8	1.9	0.5
	100.0	100.0	
		ID	34.2

Con ambos extremos, representados en las categorías de “se considera indígena y habla lengua indígena” y “no se considera indígena y no habla lengua indígena”, por sexo en la tabla 25, en la Ciudad de México se puede observar que hay una mayor desigualdad para el caso de las mujeres, según el índice de disimilitud arrojado, que representa 34.2%.

Tabla 26. Índices de disimilitud de la utilización de los servicios de salud según sexo, Milpa Alta

		Se considera indígena y habla lengua indígena	No se considera indígena y no habla lengua indígena	Diferencia
Hombres	IMSS	4.0	9.7	2.9
	ISSSTE	9.1	10.4	0.7
	Pemex, Defensa o Marina	0.4	0.8	0.2
	SSA	57.8	49.7	4.1
	Servicio Privado	16.7	13.5	1.6
	Consultorio de farmacia	11.6	15.5	1.9
	Otro lugar	0.4	0.4	0.0
	100.0	100.0		
		ID	11.4	

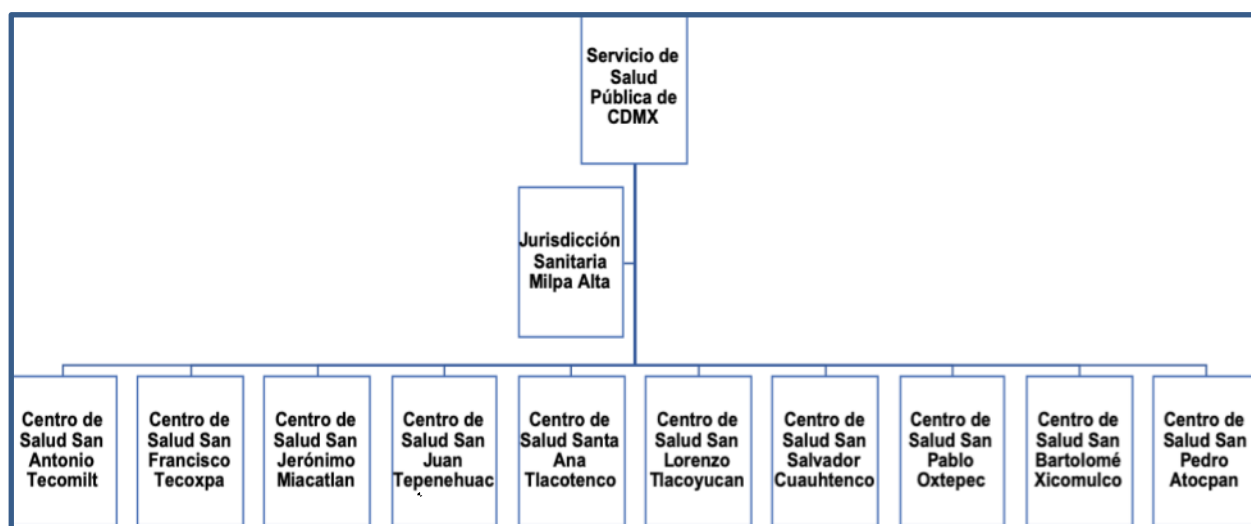
		Se considera indígena y habla lengua indígena	No se considera indígena y no habla lengua indígena	Diferencia
Mujeres	IMSS	3.4	9.9	3.3
	ISSSTE	6.3	10.9	2.3

Pemex, Defensa o Marina	0.4	1.0	0.3
SSA	70.6	53.8	8.4
Servicio Privado	10.1	11.6	0.8
Consultorio de farmacia	9.2	12.5	1.6
Otro lugar	0.0	0.3	0.2
	100.0	100.0	0.0
		ID	16.8

El índice de disimilitud de la tabla 26, para Milpa Alta, muestra que se mantiene la tendencia (vista en Ciudad de México) de que las mujeres presentan más desigualdades; no obstante aquí hombres y mujeres en ambos extremos y la utilización de los servicios de salud no hay grandes diferencias.

8.3 Población y unidad de estudio: el Centro de Salud T-II del pueblo de Santa Ana Tlacotenco

Figura 4. Respuesta Social Organizada en Milpa Alta: Primer Nivel de Atención



La respuesta social organizada en salud encuentra su principal vehículo en los sistemas de salud, en este sentido, es la arquitectura institucional disponible, la que permita mirar una

parte el ejercicio del derecho, específicamente, a la protección de la salud, lo que se relaciona con la prestación de los servicios públicos de salud.

La arquitectura institucional de la que esta tesis parte y en la que realiza la mayor parte de su trabajo de campo, para obtener el material empírico, es el Centro de Salud T-II de Santa Ana Tlacotenco, este pertenece al primer nivel de atención de la jurisdicción sanitaria de Milpa Alta que, a su vez, está subordinada por los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México; es un organismo descentralizado de la Administración Pública del Distrito Federal, sectorizado a la Secretaría de Salud del Distrito del gobierno de la Ciudad de México (según Gaceta Oficial del D.F. 31 de octubre de 2007).

El primer nivel de atención se encarga de la prevención, puesto que comprende los diferentes centros de salud y las jurisdicciones sanitarias de la Ciudad de México que prestan un servicio bajo el esquema del Seguro Popular en Salud, el cual entró en funcionamiento desde el 2004. (Esto ya fue abordado con un mayor nivel descriptivo en el apartado teórico).

Para el momento de la investigación, no se pudo obtener cuánto era la población usuaria del centro, pero en las observaciones se pudo constatar que desde muy temprano (se formaban desde la madrugada había un flujo grande de personas para atenderse allí).

Capítulo 4

El telar: percepciones sobre el derecho a la protección de la salud desde los diferentes actores

Este capítulo se tejió con las distintas voces sobre las percepciones de los diferentes actores con respecto a la prestación del servicio de salud en Milpa Alta, particularmente en el Centro de Salud T-II del pueblo de Santa Ana Tlacotenco, ubicado en esa delegación, como parte del ejercicio del derecho a la protección de la salud.

Es importante conocer lo que dicen los diferentes actores que se relacionan con el derecho a la protección de la salud, con el fin de identificar espacios de similitudes y diferencias entre unos y otros, y, sobre todo, determinar si esa prestación está bajo un enfoque de derechos. Sumado a lo anterior, reconocer y analizar cuáles son los obstáculos y las barreras que se presentan al momento de ejercer este derecho, que se expresa primariamente y casi de forma exclusiva en los servicios de salud.

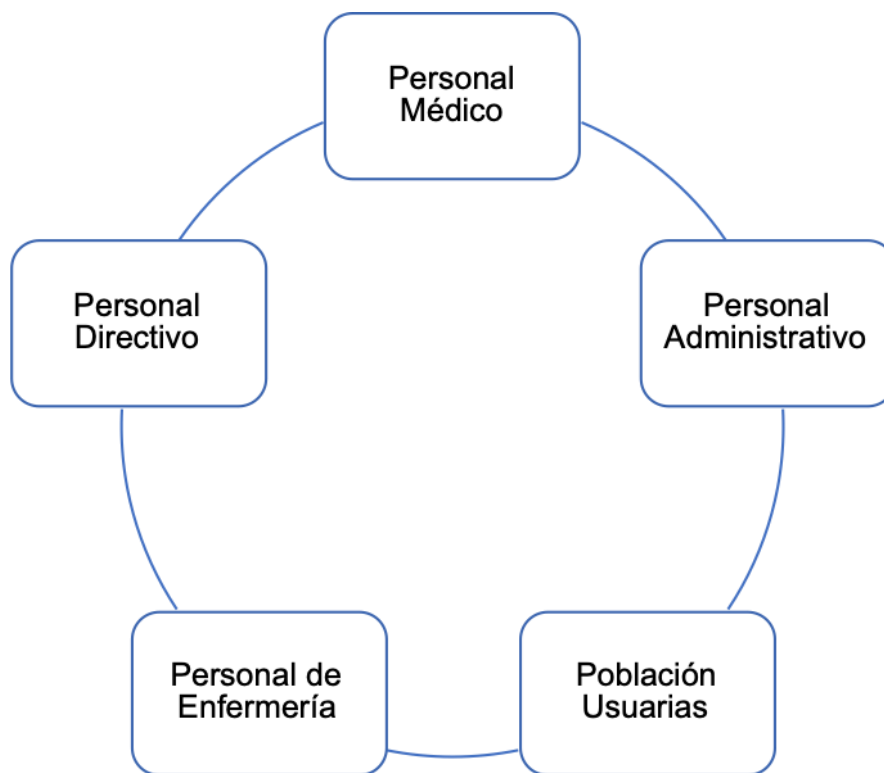
Este capítulo se dividió en dos partes: en la primera se presenta una definición básica de actor, así como se realizó una tipología de los actores seguida de una caracterización de las personas entrevistadas; por otro lado, en la segunda parte se exponen las dimensiones y componentes que permitieron analizar la información que se obtuvo en las entrevistas, a la luz de las categorías analíticas y conceptos que emplea esta investigación, los cuales versan sobre el derecho a la protección de la salud, un derecho prestacional, público y que demanda al Estado y procesos de exigibilidad por parte de las personas titulares.

9.1 Parte I. Actores y personas entrevistadas

Para efectos de investigación, *actor* es el sujeto (puede ser también una institución o grupo de sujetos) que ocupa un lugar en el espacio social, desempeña roles y tiene capacidad de

acción, asimismo, tiene iniciativa y puede decidir qué acciones realizar, esas acciones están dotadas de significados. Aquí se hace referencia únicamente a los diferentes actores que accionan e interactúan en el campo de la salud pública, en un primer nivel de atención.

Figura 5. Actores sociales en la prestación del servicio



Nota: Elaboración propia.

Entonces, se llevó a cabo la siguiente clasificación de los actores sociales en Milpa Alta, específicamente en el pueblo de Santa Ana Tlacotenco: *actores institucionales*, se refiere a todos aquellos trabajadores de salud que están dentro de la institucionalidad pública de salud; y *actores comunitarios*, representa a los individuales, colectivos y familias que son usuarios de tales servicios.

La caracterización de los *actores institucionales* entrevistados se detalla en las siguientes tablas:

Tabla 27. Funcionarios (personal medio y directivo)

Nombre (Seudónimo)	Sexo	Edad	Profesión / cargo	Originario / si vive en Milpa Alta
Diego Ávila	Hombre		Médico/Director del Centro de Salud	Originario de San Antonio Tecómitl/Vive en San Francisco (Milpa Alta)
Juan López	Hombre	63	Médico/Encargado de Epidemiología	No es originario/Vive en San Gregorio, Xochimilco

Tabla 28. Personal médico-enfermería

Nombre (Seudónimo)	Sexo	Edad	Ocupación / turno	Originario / si vive en Milpa Alta
José Luis Rodríguez	Hombre	35	Médico cirujano y partero / vespertino	No es originario / Vive en Tlalpan
Amarela Torres	Mujer	39	Enfermera (Somatometría) / vespertino	No es originaria / Vive en San Francisco Tecoxpa (hace 17 años)
Rosa Valencia	Mujer	41	Enfermera (Inmunizaciones y Curaciones / nivel técnico) / vespertino	No es originaria / Vive en Tláhuac

A continuación se expone la caracterización de los *actores comunitarios* entrevistados:

Tabla 29. Población usuaria

Nombre (Seudónimo)	Sexo	Edad	Pueblo de donde proviene o vive	Identidad y si habla náhuatl	Ocupación	Motivo de consulta
Pedro Flores	Hombre	45	San Lorenzo Tlacoyucan	- No se reconoció. - No dijo que hablaba	- Trabajador del campo - Grado de escolaridad: primaria	- Recoger resultados de los exámenes de la esposa - En el centro de salud de San Lorenzo no hay servicio de laboratorio y lo direccionaron hacia este centro
Guadalupe Hernández	Mujer	60	Santa Ana Tlacotenco	- Originaria - Entiende y habla un poco	- Actualmente ama de casa (antes se dedicó a comerciante en el mercado que	Mostrar unos estudios que un doctor (Alvarado) le indicó que se realizara, porque

					está en Villa Milpa Alta) - Grado de escolaridad: secundaria	presentaba un fuerte dolor en el talón del pie
Lisbeth Hidalgo	Mujer	32	Santa Ana Tlacotenco (vive hace cinco años)	- No es originaria (su esposo es el originario)	- Ama de casa - Grado de escolaridad: secundaria	Control de niño sano. Su hijo tiene un año y dos meses
María Pérez	Mujer	52	Villa Milpa Alta	Originaria	- Actualmente se dedica al hogar - Fue la 1ª Aval Ciudadana en la delegación - Grado de escolaridad: técnica en industria del vestido	Cita programada para la nieta de meses
Flor Andrade	Mujer	37	Santa Ana Tlacotenco	Vive hace 22 años, pero no se reconoce como originaria	- Vende pan en Villa Milpa Alta - Grado de escolaridad: secundaria	Llevó a su hija porque tenía fiebre. Agregó que su hija de más o menos nueve años presenta un problema desde que nació, pero no lo especifica.

Asimismo, se describen las personas que no se encontraban en el Centro de Salud T-II, pero que igualmente se entrevistaron para conocer su percepción acerca de la prestación del servicio que otorga el centro de salud e identificar los motivos y barreras que existen para no asistir a este en busca de atención.

Tabla 30. Personas que no se encontraban en el centro de salud T-II Santa Ana Tlacotenco

Persona con quien se platicó	Características
Jovany Iglesias López	- Originario de Santa Ana Tlacotenco - 34 años - Artista plástico, ceramista y fotógrafo - Dedicado a la revitalización de la cultura náhuatl

	- Integrante del Grupo de Danza “Las Tlacualeras”
Piedad López Flores	- Originaria de Santa Ana Tlacotenco Habla náhuatl - 68 años - Maestra de primaria jubilada - Coordinadora e Integrante Grupo de Danza “Las Tlacualeras”
Rolando Iglesias	- No es originario - 66 años - Jubilado de la Escuela de Artes Plásticas de Xochimilco - Integrante del Grupo de Danza “Las Tlacualeras”
María Constantina Sánchez Silva	- Originaria de Villa Milpa Alta - Entiende y habla un poco el náhuatl - Promedio 50 años - Vive en Santa Ana Tlacotenco hace 43 años - Integrante del Grupo de Danza “Las Tlacualeras”
Marcelina Bonilla	- Originaria de Santa Ana Tlacotenco - Entiende y habla un poco el náhuatl - Promedio 42 años - Maestra de primaria - Integrante del Grupo de Danza “Las Tlacualeras”
Juan Carlos Loza Jurado	- Originario de Villa Milpa Alta - 44 años - Entiende y habla un poco el náhuatl - Fundador del Grupo Cultural Contraviento y estudiante de posgrado de la Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco

9.2 Parte II. Análisis de las dimensiones con base en el trabajo de campo realizado

Se propusieron las siguientes dimensiones: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad y apropiación del lenguaje de derechos; con el fin de analizar la prestación del servicio que ofrece el Centro de Salud T-II de Santa Ana Tlacotenco. El análisis se realizó a

partir de la información que se recolectó con las entrevistas a los diferentes actores, así como en el trabajo de campo.

Seguido a esto, a manera de cierre del capítulo se presenta una matriz de similitudes y diferencias por cada actor, y en el capítulo siguiente se enlaza la discusión tanto con las condiciones de posibilidad como con las obligaciones del Estado mexicano en cuanto a la prestación del derecho a la protección de la salud que comprende la discusión y hallazgos de la investigación.

Tabla 31. Dimensiones e indicadores del derecho a la protección de la salud

Derecho	Dimensiones	Indicadores o componentes
Derecho a la protección de la salud	Disponibilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia física del establecimiento, bienes o servicios de salud • Existencia de programas • Horarios de atención
	Accesibilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Accesibilidad física: <ul style="list-style-type: none"> ○ Proceso-tiempo para obtener una cita ○ Tiempo de transporte / desplazamiento ○ Tiempo de espera • Accesibilidad económica • Acceso a la información • No discriminación
	Aceptabilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Pertinencia cultural: pluralismo médico, traductores e intérpretes, participación de los pueblos desde sus propias formas e instituciones

	Calidad	<p>Calidad técnica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personal de salud capacitado • Adecuada comunicación del personal de salud con las personas usuarias • Disponibilidad de medicamentos • Instalaciones, procedimientos y equipamiento <p>Calidad percibida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción con respecto al servicio (categorización cualitativa de evaluar la calidad del servicio)
	Apropiación de la salud como derecho	<ul style="list-style-type: none"> • Noción de la salud como derecho (reconocimiento) • Uso de la exigibilidad: vías para reclamar el cumplimiento

Disponibilidad:

La dimensión disponibilidad hace referencia a tener un número suficiente de establecimientos, bienes, servicios, centros de atención a la salud y programas (Observación General 14, 2000). Para ello, existen criterios y ciertos estándares que relacionan el número de habitantes y cuestiones del territorio (como dispersión) con los servicios y personal sanitario (personal médico y enfermero) que debería atender por cada 1000 habitantes.¹¹

Ahora bien, la unidad de estudio de esta tesis es el Centro de Salud tipo-II que se encuentra en la Avenida Zaragoza s/n, esquina Avenida Morelos s/n, en el barrio San Marcos del pueblo de Santa Ana Tlacotenco. Se creó en 1981 y a mediados del 2015 le hicieron una remodelación para ampliar su infraestructura. Después del Centro de Salud “Dr. Gastón Melo” en San Antonio Tecómitl, que es un T-III, donde se encuentra la Jurisdicción Sanitaria, el de Santa Ana Tlacotenco es uno de los más grande de toda la delegación (en la que hay un total de 11 centros de salud por el primer nivel de atención).

¹¹ Según estadísticas de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (2014), la oferta de trabajadores de la salud en México incrementó durante la última década. Igualmente, se mantiene baja para los estándares de la OCDE. Desde el año 2000, el número de médicos per cápita aumentó substancialmente en México, pasó de 1,6 médicos por cada 1000 habitantes en el 2000 a 2,2 en el 2012, sin embargo, esta cifra sigue siendo inferior al promedio de la OCDE de 3,2. Asimismo, también creció el número de enfermeras, aunque levemente, de 2,2 enfermeras por cada 1000 habitantes en el 2000 a 2,6 en el 2012. Esta cifra continua estando muy por debajo del promedio de la OCDE de 8,8 (OCDE, 2014)

Durante el período de observación en el Centro de Salud T-II de Santa Ana Tlacotenco, fue posible constatar que los programas y servicios que ofrece el centro son atención prenatal, atención a menos de cinco años con o sin IRA¹², control de niño sano, pacientes hipertensos y también con diabetes, adicionalmente vacunas, inmunizaciones, curaciones y el área de trabajo social e intendencia.

El Centro de Salud es tipo II, cuenta con cuatro consultorios, un consultorio dental, somatometría, séptico y un servicio de laboratorio (aunque es un servicio independiente del centro) que solo está disponible en las mañanas. El horario de funcionamiento es de lunes a viernes en dos turnos: de 8 a.m. a 4 p.m. y de 12 p.m. a 8 p.m.

Accesibilidad:

La Observación general 14 (2000) refiere que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles para todos, sin discriminación alguna. Para dar cuenta de esta dimensión fundamental en la prestación del servicio, se tomaron las dimensiones que propone la Observación general 14, los cuales se denominaron para esta tesis componentes de la accesibilidad: física, económica, a la información y no discriminación.

Antes de entrar en el detalle de cada componente, cabe aclarar qué significa que sean accesibles. Según la Real Academia Española, accesible es que “tiene acceso o que es de fácil acceso o trato”. Y se busca el término acceso lo define como “acción de llegar o acercarse” o “entrada o paso”. Entonces, aunque accesibilidad no es sinónimo de acceso, igual se indagó con los usuarios del centro de salud y con los trabajadores del centro, funcionarios y personal de salud.

- Accesibilidad física

¿Cómo es el acceso aquí al centro de salud?, guarda relación con describir cómo es el proceso para obtener una cita y el tiempo para ello. Además, reitera la idea de que no solo significa el ingreso de la persona al sistema o servicio de salud, sino que, en un sentido más amplio, comprende la necesidad o causa hasta que finaliza la atención médica.

¹² IRA significa Infecciones Respiratorias Agudas.

De acuerdo con lo que narraron algunas personas entrevistadas como población usuaria que se encontraban en el propio centro de salud, el proceso es “me anoté allá en la ficha y decirle que quiero pasar con el doctor, porque le traigo los resultados para que los examine[...]” (Vicenta Rosas Blanca, originaria, 60 años, comunicación personal).

Otra persona entrevistada en cuanto al proceso para obtener una cita señaló: “es muy desgastante, muy laborioso, entonces, yo no me explico para qué carambas hacen citas programadas si nos tienen las horas esperando aquí, gracias a Dios la niña nada más viene a revisión. No viene en gravedad ni nada de eso, porque imagínese[...]” (Martha Melo Ramírez, originaria, 52 años, comunicación personal).

Otra comentó que “la ficha una la entrega, uno cuando ya va a pasar a peso con Enfermería y ya después con el doctor” (Bernardina Morales, 37 años, comunicación personal).

El señor Pedro Flores, quien fue a recoger unos resultados de laboratorio comentó que “aquí depende del horario que uno llegue, si uno llega temprano, pues lo atienden primero al que llega [...] ya si llegan muchos después pues les toca después” (Pedro Flores, 45 años, comunicación personal).

Dentro del personal de salud entrevistado, el médico del turno de la tarde precisó lo siguiente:

“Para personas que vienen tienen que pasar a Archivos, para generar su ficha y ya posterior pasan a consulta o a Somatometría y de ahí ya con nosotros. O sea, llegan a Archivo, ellos mandan el expediente aquí a Somatometría y de ahí ya lo pasan a nosotros y hay casos que si es una persona embarazada o si estamos en control de niño sano o control de crónico como diabetes, hipertensión, nosotros le ponemos la cita y van al Archivo, ya les agendan y ahí les generan su cita, ya posterior vienen con citas programadas. Últimamente, ya se están dando ese tipo de cita vía telefónica, creo que es nuevo eso, que se puedan agendar las citas vía telefónica, pero de igual forma me parece que nada más son menores de cinco años, embarazadas y enfermedades crónicas” (José Luis Rodríguez, 35 años, médico cirujano y partero, comunicación personal).

También agregó que “las personas que llegan a cierta hora, las fichas las empiezan a generar a las 11 a.m. para el turno de la tarde, en la mañana es a las 7 a.m. me parece, no estoy tan seguro” (José Luis Rodríguez, 35 años, médico cirujano y partero, comunicación personal).

Por su parte, a este respecto la enfermera del turno vespertino mencionó:

“Para una cita pues pasan a Archivo y la agendan y ya según el espacio que tenga el médico es conforme se las dan [...] no sería tardado, el problema es cuando dan las fichas [...] antes no había por teléfono las citas y ahora ya no te vienes a formar y sacas tu cita, y mucha gente como quiere que se le atienda en ese momento, pues se prefiere formar y el que no quiere, pues no” (Amarela Torres, 39 años, enfermera, comunicación personal).

En relación con el número de fichas que entregan comentó lo siguiente: “es en la mañana y no sé cuántas, y en la tarde si no hay muchos citados, pues dan a lo mejor 15 fichas, según el espacio del médico” (Amarela Torres, 39 años, enfermera, comunicación personal).

A continuación se señala el proceso de acceso comentado por otro de los actores institucionales:

“Tienen que entrar a las 7:30 a.m., que es cuando empieza el personal a llegar y hay gente que empieza a tomar las fichas de las gentes para empezarles a pasar. Empiezan a buscarlos en Archivo para que busquen sus expedientes, pasan a Enfermería para que les hagan la medición del peso, talla, presión arterial y todo eso y, posteriormente, pasan los expedientes al médico. Comenzamos 7:30 a.m. para que cuando el médico ya llegue, ya tiene expedientes para empezar a atender a los pacientes” (Juan López González, 63 años, médico encargado del área de epidemiología del centro de salud, comunicación personal).

En el período de observación y etnografía en el centro de salud se constató que las personas empiezan a llegar al centro de salud a partir de las 5:00 y 5:15 a.m., y se forman por orden de llegada afuera del centro de salud. Cabe resaltar que a esa hora hace mucho en Santa Ana Tlacotenco. El policía abre las puertas del centro de salud aproximadamente entre las 6:30 y las 7:00 a.m. Las personas entran y van a la sala de espera, que tiene sillas metálicas en serie de cuatro, en total hay 24 sillas (unidades). Las personas seguían llegando y podían ir tanto a consulta como a laboratorio, este último es un servicio independiente que ofrece el centro de salud. La población usuaria que asiste con mayor frecuencia son mujeres con bebés y niños pequeños. A las 7:39 a.m. un trabajador del centro de salud, del área de Archivo Clínico (su nombre es César Josué Lugo de la Peña), entregó las fichas (ese mañana solo entregó nueve), luego dijo que entregaría las fichas hasta las 11:30 a.m. para el turno de la tarde. Este mismo trabajador, después de entregar las fichas, se ubicó en su puesto físico de Archivo Clínico y desde allí empezó a llamar “ficha 1”, y así sucesivamente. Al pasar al mostrador cada persona, detentando la ficha, él le solicitaba la credencial del Seguro Popular y la Cédula

de Gratuidad. Seguido a esto, ese expediente se lo pasó a la médica o médico de turno, lo que significa, que el usuario debía regresar a la sala de espera y aguardar allí hasta que el médico de turno lo llamara.

En cuanto a la accesibilidad física, esta reside en que los establecimientos y servicios sanitarios deben estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, es decir, a una distancia razonable, sobre todo cuando se trata de zonas rurales. La mayor parte del territorio del pueblo de Santa Ana Tlacotenco es rural. Por esa razón, para este componente se estableció el *tiempo de desplazamiento-transporte* como un indicador que permita valorar la accesibilidad física del centro de salud en cuestión.

Una usuaria del centro comentó lo siguiente:

“Pues vivo aquí en el mismo pueblo y sí, por ejemplo, me gusta caminar y entonces de donde yo vivo para acá hago 15 minutos caminando, o sea que vengo despacio y son 15 minutos. Me voy igual caminando 15 minutos, pero cuando es una urgencia o que ya se me hace tarde o como ahora que me duele el pie, pues tengo que venirme en taxi. También hay transporte, hay unos carros que se van a Milpa Alta y que vienen de allá para acá y le dicen “a Tlachichitla”, que es la parada de arriba, que es a donde llegan, pero tardan bastante, a lo mejor una hora. Entonces, si puedo llegar en 15 minutos mejor me vengo caminando y no me espero” (Vicenta Rosas Blanca, originaria, 60 años, comunicación personal).

De la misma forma, otra usuaria comentó: “ah bueno, el sistema de transporte mío es venir caminando, porque me queda cerca... como a 15 minutos caminando” (Esther Antonio Pascual, 32 años, comunicación personal).

“Mi hija se traslada desde allá arriba caminando [...] vive por acá en Santa Ana en pasaje flechica y ella baja caminando, se hará como 20 minutos para llegar acá. Yo tengo que subir al centro de Milpa Alta a tomar la pecera y venirme para acá” (Martha Melo Ramírez, originaria, 52 años, comunicación personal).

Otra usuaria también comentó lo mismo que las demás: “yo vivo aquí, me tardo como 15 minutos”, se refería a que se va al centro de salud caminando.

Bajo ese interrogante sobre cómo se trasladan al centro de salud, el personal de salud comentó lo siguiente:

“Pues en taxi o caminando, dependiendo, porque la zona pues los que viven hacia el monte no hay modo de que se trasladen, tienen que tomar un taxi si tienen y si no, pues caminando” (Amarela Torres, 39 años, enfermera turno vespertino, comunicación personal).

En cuanto al *tiempo de espera*, se separó en dos momentos: al ingresar al centro de salud, es decir, para acceder al centro de salud y ser atendido, y el otro momento es al interior del establecimiento. Esta división se realizó con fines metodológicos, porque para los usuarios es un *continuum*. Estos perciben todo como un proceso, como un conjunto que se refiere específicamente de llegar y ser atendido en el centro de salud. Con respecto al momento de ingresar, ya se señaló el proceso que cada actor describía. A saber, un usuario comentó lo siguiente:

“Aquí la cita nos la dan 10 para las 8. Nos venimos de allá para acá a las 6 a.m. para ser los primeros y llegamos a formarnos. Como 10 para las 8 dan los pases, y a las 8 ya te pasan” (Pedro Flores, 45 años, comunicación personal).

Por su parte, una usuaria afirmó “[...] pues sí, al momento de llegar te atienden, si hay que esperar un poco, pero te atienden [...]” (Esther Antonio Pascual, 32 años, comunicación personal). Otra persona contestó: “uno viene, se forma y le dan una ficha [...] a las 11 a.m. y como a las 2:30 p.m., un poco tarde” se refería a la hora que era atendida.

Al momento de encontrarse en el interior del establecimiento, en este caso, el Centro de Salud T-II, señalaron lo siguiente:

“Pues sí me espero a veces una hora, porque como ahora que es el pase de una ficha. Que hoy sí vine a sacar ficha por lo del problema del pie” y agregó “bueno sí, sí hay cola, pero estamos en el mismo pueblo y es un ratito, ya no atienden, conforme empiezan a llamarnos, rápido se va la cola” (Guadalupe Hernández, originaria, 60 años, comunicación personal).

Asimismo, uno de los usuarios precisó que “[...] es un proceso lento, pero sí, por ejemplo, los tiempos que uno viene y se tiene que esperar a que uno le toque y no es como que uno llega y luego lo atienden” (Pedro Flores, 45 años, comunicación personal).

Otra persona usuaria comentó su experiencia:

“Venimos el día de hoy con una cita con 20 minutos antes de entrar, era 20 para la 1, llegamos exactamente aquí. Pero había mucha fila, son más de las 3 tarde y hasta las 3 en punto pasamos a la consulta con el doctor. Unos escasos minutos

antes de dar las 3 de la tarde la señorita enfermera trajo el expediente apenas. Entonces, no se vale que nos tengan tanto tiempo aquí si venimos con una cita programada de 20 minutos antes y la cita era la 1 de la tarde” (Martha Melo Ramírez, originaria, 52 años, comunicación personal).

Sumado a lo anterior, algunas personas del pueblo de Santa Ana Tlacotenco que no se encontraban en el centro de salud comentaron que “La mayoría de las veces hay que esperar mucho, porque hay mucha gente. Hay que formarse como a las 5 a.m. y te van atendiendo como a las 11 a.m. De esto, de la espera, es de lo que la gente más se queja” (Jovany Iglesias López, originario, 34 años, comunicación personal).

Con respecto a los actores institucionales, el personal de salud comentó lo siguiente:

“La atención que nosotros damos en cuanto a tiempo, yo creo que es muy buena, es algo que me gustaría resaltar bastante, la atención es en tiempos muy cortos y en otorgar las citas, es en tiempos, son tiempos cortos porque nosotros tenemos que estar viendo a los pacientes”. Agregó “yo creo que es muy rápido aquí en el centro de salud es bastante rápido a diferencia del ISSSTE o del IMSS, porque estuve en los dos, esto fue mucho más rápido que en otros servicios de salud, por ejemplo, si aquí sacan su cita vía telefónica no se les tarda más de una semana, o sea es muy rápido a diferencia de otros servicios de salud” (José Luis Rodríguez, 35 años, médico cirujano y partero, comunicación personal).

Con relación a este punto, un funcionario precisó:

“El tiempo de consulta son 20 minutos, pero tiene que llegar muy temprano, a veces llega muy temprano, sobre todo cuando son certificados médicos, desde las 4-5 a.m. están formado y el servicio de atención médica empieza a las 8 a.m., entonces, la gente se forma afuera y posteriormente entran” (Juan López González, 63 años, médico encargado del área de epidemiología del centro de salud, comunicación personal).

- Accesibilidad económica

Esta subdimensión componente de la accesibilidad se refiere a que los pagos por servicios de atención sanitaria deben basarse en el principio de equidad y estar al alcance de todas las personas (Observación General 14, 2000). En ese sentido, para esta investigación la principal unidad de observación y estudio fue el Centro de Salud T-II de Santa Ana Tlacotenco, el cual pertenece al sistema del primer nivel de atención, que corresponde a la jurisdicción sanitaria de Milpa Alta. Por lo tanto, para este nivel, por ley corresponde el Seguro Popular de Salud,

el cual se convirtió en política de Estado a partir de 2004. Este constituye el brazo operativo del Sistema de Protección Social en Salud, que comenzó como programa piloto en el año 2001, en solo cinco entidades. Debido a las reformas a la Ley General de Salud, que el Congreso de la Unión aprobó en el 2003, se pudo implementar en todo el territorio mexicano en el 2004.

El Seguro Popular se convirtió en política y, a su vez, en un programa para la población abierta o no asegurada, es decir, la población que no son derechohabientes. El proceso para afiliarse no suele ser tan engorroso, según lo que relataron los usuarios del centro de salud. Además, no implica desembolso al momento de utilizar los servicios y comprende un número de intervenciones y de medicamentos en unidades médicas, no solo del primer nivel de atención, también en el segundo nivel, y están establecidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES).

Por lo tanto, para esta investigación la asequibilidad no es una dimensión relevante en el sentido de la percepción de los actores, pues la accesibilidad económica en la prestación del servicio que brinda el centro de salud en cuestión, se cumple bajo estas condiciones de homogenización de la implementación del Seguro Popular de Salud.

- Acceso a la información

Consiste en el derecho de solicitar, recibir y difundir información sobre cuestiones y temáticas relacionadas con la salud (Observación General 14, 2000). Esta dimensión está incluida dentro de la accesibilidad, de acuerdo con lo que dispone la Observación general 14. Esta dimensión es un derecho en sí mismo, el *derecho a la información*, el cual se comprende en la Carta de los Derechos Generales de las y los Pacientes, el derecho a “recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz” del personal de salud sobre las distintas etapas: diagnóstico, tratamiento y control o posibles intervenciones por medio de una comunicación clara, fluida y ajustada a la realidad (Gobierno de México, s.f.).

Este derecho no menoscaba el derecho a la confidencialidad del paciente y contempla, a su vez, el derecho a tener una segunda opinión médica, es decir, a recibir por escrito toda la información proveniente de su diagnóstico y también el derecho a expresar por escrito su consentimiento informado (o en algunos casos, sus responsables). Para ello, deberá recibir

toda la información completa de los pro y efectos secundarios o desventajas de los tratamientos o procedimientos que lo indique el personal de salud.

Gracias a la revisión bibliográfica realizada y el estado del arte, se sabe que para dar cuenta de esta dimensión/derecho, la consulta médica constituye el espacio idóneo para investigaciones cuyo objetivo sea dar cuenta de cómo los usuarios y pacientes ponen en práctica el derecho a la información. Asimismo, se considera que la mirada con respecto a los derechos y sobre todo en el campo de la salud debe ser relacional, por una parte, el ejercicio de un derecho con sus contenidos y, por otra, cómo se ponen en práctica no solo por los sujetos que son sus titulares, sino por todos aquellos actores que también lo hacen posible y que son necesarios para tal consecución.

Aunque esta mirada es abarcadora, en esta dimensión el énfasis está en las personas usuarias del servicio, puesto que se parte de que existe un Orden médico y de los médicos que lo encarnan, en el cual se constituyen el saber médico y la medicina como un discurso omnipresente y todopoderoso.

“La función de informante de la medicina que cumple cada enfermo no modifica en nada la preeminencia de la función del médico, porque es *él quien organiza las informaciones*¹³, que no vienen todas, ni con mucho, de lo que pueda decirle el enfermo mismo” (Clavreul, 1978, p. 45).

No obstante, con el objetivo de mostrar desde una perspectiva cualitativa cómo se expresan las diferentes dimensiones que contempla el derecho a la protección de la salud, aunado a la prestación del servicio en el Centro de Salud T-II en el pueblo de Santa Ana Tlacotenco, que permitiera reconstruir una percepción amplia del mismo derecho es que metodológicamente se decidió, no realizar observación no participante en el consultorio al momento de realizarse la consulta médica. También porque se considera que el recibir información oportuna no se restringe al personal médico, sino que puede involucrar a otro tipo de personal del centro de salud. Sin embargo, se presentaron algunas limitaciones.

Cuando se les preguntó a los usuarios afirmaron que sí recibieron la información correcta en su consulta, en tanto que “el médico es el que sabe”. “Te explica las cosas, así como son, a

¹³ Las cursivas son nuestras.

fondo, te da el por qué y te da una solución” (Esther Antonio Pascual, 32 años, comunicación personal).

Pero cuando se les preguntó si replicaban o solicitaban información adicional u de otro tipo, no respondían, se presentaban silencios. Otra usuaria comentó que “[...] el Dr. García, es breve [...] él nos explica muy bien, nos pone atención y nos da ante cualquier duda aclaración nos la hace” (Martha Melo Ramírez, originaria, 52 años, comunicación personal).

Del personal de salud comentaron lo siguiente:

“Porque, a veces, por la cantidad de pacientes que tenemos se nos olvida bajar un poquito el nivel y tenemos que verificar principalmente que se nos entienda, que el paciente nos comprenda en cuanto al uso del medicamento, en cuanto a cómo se lo va a tomar, qué medidas tiene que tomar el paciente para estar bien con su salud” (José Luis Rodríguez, médico cirujano y partero, 35 años, comunicación personal).

Con respecto a los funcionarios, uno de ellos precisó:

“Nosotros tenemos la obligación de explicarles no solamente las acciones que nosotros realizamos, los servicios que prestamos aquí dentro del centro de salud, explicarles acerca de su enfermedad, el tratamiento y sus medidas generales. Sí, tenemos mucho contacto con los pacientes” (Juan López , 63 años, médico encargado del área de epidemiología del centro de salud, comunicación personal).

El acceso a la información está mediado por el orden médico que, a su vez, lo constituye el poder médico y el propio sistema de salud pública que, en gran parte, es una expresión del mismo orden. El lenguaje es otro de esos elementos constitutivos, el cual opera como un mecanismo de subordinación en perjuicio de los usuarios de los servicios de salud frente al lenguaje técnico del personal de salud, que lo posiciona en una jerarquía mayor (Castro, 2016), de manera que necesita bajar un “tantito” para hacerse entender, tal como se observó en uno de los testimonios del médico entrevistado.

- No discriminación

Para hacer referencia a la no discriminación se precisa contar con una definición sobre qué es la discriminación. No es una labor fácil, pues las diferentes definiciones de discriminación no solo tienen implicaciones teóricas, sino también metodológicas, porque su significado

determinará el alcance de la investigación empírica y los métodos adecuados para su abordaje.

En términos generales, es posible afirmar que la discriminación es toda acción o práctica excluyente, que concierne desventajas entre individuos o entre grupos sobre la base de algún rasgo adscrito o percibido. Los comportamientos y las prácticas discriminatorias pueden surgir o deberse a los prejuicios y estereotipos, pero estos no tienen que dar lugar necesariamente a un trato o efecto diferencial.

El punto que se desea rescatar de todo el debate que existe acerca de la discriminación y del interés de las ciencias sociales de comprender este fenómeno social, es cuándo esa acción, acto, conducta o práctica discriminatoria limita los derechos y libertades de la persona o grupo de personas y cuándo ese trato desigual por motivos raciales, religiosos, políticos, sexuales coarta los derechos de las personas. De ahí que para esta investigación:

“La discriminación es una conducta culturalmente fundada, sistemática y socialmente extendida, de desprecio contra una persona o grupo de personas sobre la base de un prejuicio negativo o un estigma relacionado con una desventaja inmerecida, y que tiene por efecto (intencional o no) *dañar sus derechos y libertades fundamentales*” (Rodríguez, 2005, p. 26).

Por tanto, en la legislación internacional vigente se prohíbe toda discriminación con respecto al acceso a la atención de la salud “por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, estado de salud (incluidos el VIH/SIDA), orientación sexual y situación política, social o de otra índole que tengan por objeto o *por resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud*¹⁴” (Observación General 14, 2000, p. 6).

Por tal motivo, se considera que la accesibilidad debe comprender la no-discriminación en cualquiera de sus dimensiones o componentes. En consecuencia, “todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más

¹⁴ Las cursivas son nuestras.

vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos” (Observación General 14, 2000, p. 4).

Como se describió a lo largo de esta tesis, la delegación de Milpa Alta es un espacio social y geográfico que se encuentra en la periferia de la Ciudad de México, semi rural, cuya actividad económica principal es la agricultura, donde los grupos y familias que allí habitan -en su gran mayoría- reivindican una herencia cultural náhuatl, reconociéndose como pueblos originarios. Según numerosos trabajos desde la antropología y otras disciplinas afines, estos elementos indican cómo en México estos pueblos y comunidades han sido objeto de discriminaciones históricamente, y el campo de la salud pública no es ajeno a ello. Durante el trabajo de campo, varias de las personas del pueblo de Santa Ana Tlacotenco con las que se tuvo contacto relataban cómo la discriminación era “fuerte en aquellos tiempos” y “sentíamos vergüenza, quizá por eso se perdió hablar nuestra propia lengua” (Conversación grupal en casa de la familia Iglesias López, reunión del Grupo de Danza “Las Tlacualeras”).

“Pues hay que ver quién es el tonto, lo que pasa, porque los tontos somos los padres por no inculcarles este idioma tan bonito, y el error era del papá, por ejemplo, el náhuatl se está perdiendo porque *se nos trataba como marginados, decían el del cerro, es un pata rajada, no sabe, es un indio*¹⁵, pero cuando nos empiezan a conocer, los que valoran estos idiomas nos juntan para que platiquemos y no se pierda el dialecto y es así como nos comienzan a valorar” (Librado Victoria Reyes, originario, 68 años, comunicación personal¹⁶).

Estos testimonios ilustran de manera general la discriminación por ser o reconocerse indígena en Milpa Alta, específicamente en Santa Ana Tlacotenco. Por otro lado, varias personas también comentaron que esto cambió con el tiempo, es decir, ahora se sienten orgullosos de su cultura. A este respecto, la señora Bartola Padilla, originaria de Santa Ana Tlacotenco, comentó lo siguiente:

“Todavía hablo náhuatl y hay reuniones en el pueblo para seguir conservando la lengua de la cual me siento muy orgullosa. El grupo de personas que se reúne

¹⁵ Las cursivas son nuestras.

¹⁶ Esta entrevista se realizó en el marco de la práctica comunitaria que se llevó a cabo en el pueblo de Santa Ana Tlacotenco, de la asignatura Antropología del Cuidado, coordinada por la autora de esta tesis (Ana Rita Castro, como profesora de la asignatura) con estudiantes del 6° semestre de la licenciatura de Enfermería, de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM.

realiza traducciones para que quede registrado parte de las costumbres y tradiciones del pueblo” (Bartola Padilla, originaria, más de 60 años, comunicación personal).

Asimismo, precisó que no acude al hospital o centro de salud porque le da “pena”, sin embargo, su familia sí va a la clínica del ISSSTE o a otro establecimiento del Seguro Popular en Milpa Alta cuando se presenta una emergencia, pero que ella usa sus remedios naturales y así es como se cura y cuida. En este sentido, otra señora comentó: “me da pena ir con el doctor, mi mamá me curaba” (Marcelina Bonilla, originaria, más de 40 años, comunicación personal), quien comentó que su mamá, Catalina, fue partera y curandera, al igual que su bisabuela.

En relación con las percepciones de los usuarios del Centro de Salud T-II de Santa Ana Tlacotenco con respecto a la discriminación, no fue fácil abordar esta dimensión y, por ello, se hizo especial referencia a las personas que no se encontraban en el propio centro de salud para indagar sobre las razones de asistir o no a dicho centro de salud. En términos generales, le atribuyen un significado de exclusión a ese espacio “blanco”. Ya en las rejas de afuera, del Centro de Salud T-II Santa Ana Tlacotenco el señor Pedro Flores comentó que “a veces en el centro de salud, siento discriminación por trabajar en el campo, pero no puede ser así, ¿verdad?” (Pedro Flores, 45 años, comunicación personal).

En cuanto a las percepciones de los actores institucionales (funcionarios y personal médico y de enfermería), en las entrevistas no hubo mención específica con respecto a la identidad cultural o condición indígena expresada como ‘pueblo originario’ u ‘originario’ en Santa Ana Tlacotenco. En tal caso, la discriminación por esta condición puede estar soterrada y deberse a factores institucionales y estructurales.

Aceptabilidad:

En esta dimensión se especifica que los servicios de salud deben ser culturalmente apropiados, es decir, “respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades” (Observación General 14, 2000, p. 4). Deben concebirse para mejorar el estado de salud de las personas que acudan y se atienden en estos. En esta dimensión también se contempla un respeto a la ética médica, a los requisitos del género y el ciclo de vida. No obstante, para los fines de esta investigación, se hizo énfasis en lo “culturalmente apropiado”

por la singularidad que representa el estudio de caso, pero siempre en deuda con los otros aspectos que se mencionaron anteriormente, los cuales comprenden la aceptabilidad y se consideran que son igual de importantes en el momento de analizar el ejercicio del derecho a la protección de la salud.

- Pertinencia cultural

Esta es una categoría que permite analizar la aceptabilidad en el Centro de Salud T-II de Santa Ana Tlacotenco, cuyo pueblo se reconoce como ‘pueblo originario’ que reivindica la cultura náhuatl. Jovany Iglesias López, quien fue un informante clave en esta localidad, comentó que tanto él como su familia son originarios. En conjunto con su madre, fundadora del grupo cultural y de danza “Las Tlacualeras”, se dedican a conservar y revitalizar las prácticas de la cultura náhuatl en el pueblo.

“En Santa Ana Tlacotenco se conservan más las tradiciones, se habla más náhuatl y están más las costumbres tanto religiosas como culturales, como por ejemplo, el telar de cintura. Sin embargo, unas de las ancianas que daba el curso ya murió” (Jovany Iglesias López, originario, 34 años, comunicación personal).

Por su parte, la pertinencia “es la cualidad de un programa o acción de salud que lo hace apropiado, conveniente u oportuno para la atención de las necesidades de una población específica” (López et al., 2011, p. 56). Por consiguiente, si se habla de pertinencia cultural, se trata de aquellas acciones en salud que se definieron, luego de identificar las prioridades de comunidades indígenas o afrodescendientes, o también comunidades migrantes (pueden ser comunidades de migrantes extranjeros), cuyas necesidades las atiende el personal de salud y los propios servicios de salud pública. Sin embargo, lo que suele suceder es que las acciones del campo de la salud pública son pertinentes con relación a las necesidades técnicas de los programas y al modelo biomédico, pero se dejan a un lado las necesidades percibidas por las propias poblaciones a las se dirigen esas acciones en salud a través de los servicios y programas.

En ese sentido, se definieron ciertos componentes que permiten analizar la pertinencia cultural en concreto: el pluralismo médico, presencia de intérpretes y traductores, formas de participación propias del pueblo.

- Pluralismo médico

Se refiere a la utilización de diversos saberes médicos y formas de atención-cuidado (se agregó ‘cuidado’) por las personas y los grupos sociales para sus problemas de salud en una localidad determinada. Existe toda una variedad de saberes y formas de atención¹⁷ de los padecimientos, “que utilizan diferentes indicadores y técnicas de diagnóstico para la detección de problemas de salud, así como diversos tipos de tratamiento e inclusive diferentes criterios de curación” (Menéndez, 2016, p. 297).

En este aspecto, la apuesta teórica y metodológica de esta investigación es reconocer y visibilizar estos saberes y formas de atención-cuidado en Milpa Alta, específicamente en Santa Ana Tlacotenco, porque en el campo de la salud pública estos tiende a ignorarse, desecharse y hasta negarse la mayoría de las veces. Esto va más allá de las discusiones sobre eficacia técnica y simbólica que producen los diferentes saberes, temática en la que la antropología médica realizó aportaciones importantes. Esta investigación reconoce las aportaciones, sin embargo, no las retoma, puesto que su eje de análisis es otro.

La perspectiva es desde la MS-SC para contribuir a la implementación del derecho a la salud y, en este caso, el derecho a la protección de la salud, en espacios sociales y geográficos en los que conviven grupos sociales estratificados con un conjunto de especificidades culturales que, además, se enmarcan en procesos de revitalización de una identidad indígena por medio de la categoría de pueblo originario y originario, con un asidero real, que es un territorio de propiedad comunal.

El ejercicio del derecho a la protección de la salud necesariamente debería atravesar estas cuestiones. No son simples caprichos de la MS-SC o un puñado de buenos deseos, sino un compromiso para que la prestación de los servicios públicos de salud se brinde bajo una lógica de derechos con pertinencia cultural. En consecuencia, la dimensión cultural-simbólica se debe incorporar en los programas, políticas de salud y en la propia respuesta

¹⁷ Menéndez (2016) hizo una construcción de ‘modelo’, ‘saberes’ y ‘formas’, que son complementarias, pero con distintos niveles de abstracción. Para él, ‘saberes’ son las representaciones y prácticas organizadas como un saber que operan a través de curadores o sujetos y grupos legos. Las ‘formas’ son experiencias utilizadas por sujetos y grupos, cuyo interés está en obtener las trayectorias y experiencias individuales. Por último, en cuanto a ‘modelo’, esta es una construcción metodológica que hace alusión a los saberes para definir las características y funciones básicas.

social organizada, así como en el derecho positivo. El pluralismo médico debería constituirse en unos de los pilares de un sistema público de salud diferente en México.

Existe una gran diversidad de saberes y formas de atención-cuidado. Menéndez agrupó y propuso una clasificación que, como él señaló, no es estática y está lejos de agotarse. Se consideró útil realizar un cuadro sinóptico para presentar tal clasificación e insistir en lo que él precisó, estos saberes y formas se articulan en procesos dinámicos y complejos, que los distintos grupos sociales emplean para sus padecimientos y dolencias. Entenderlos como antagónicos (la biomedicina en oposición a saberes y formas de atención alternativos) podría empobrecer el análisis, y lo que sucede en la realidad es que las personas los usan de forma complementaria y se teje así un micro mundo de colaboraciones entre estos.

Tabla 32. Saberes y formas de atención-cuidado

Tipo de saberes y formas de atención-cuidado	Agentes (sujetos que lo implementan)
Saberes y formas de atención-cuidado de tipo biomédico	Personal médico, de enfermería, paramédicos de los tres niveles de atención.
Saberes y formas de atención-cuidado de tipo “popular” y “tradicional” (se incluye el papel curativo de los santos y otras figuras religiosas y de otros cultos)	Curanderos, parteras empíricas, hueseros, culebreros, brujos, espiritistas, yerberos, chamanes, personas pentecostales o carismáticos (realizan imposición de manos, por ejemplo).
Saberes y formas de atención-cuidado alternativos, <i>new age</i>	Sanadores y bioenergéticos.
Saberes y formas de atención-cuidado de otras tradiciones médicas académicas: acupuntura, medicina ayurvédica y medicina china	Agentes que implementan esos saberes médicos.
Saberes y formas de autoatención-autocuidado	Grupo doméstico y de autoayuda.

Nota. Elaboración propia con base en Menéndez, 2016.

Entonces, se considera que el pluralismo médico es un componente de la pertinencia cultural, porque las acciones y servicios de salud culturalmente apropiados deberán incorporar y reconocer las diferentes concepciones sobre salud, enfermedad, los diversos saberes y formas de atención-cuidado. Esto exigiría una organización diferente de los servicios y que los actores institucionales del sistema biomédico de salud (funcionarios y personal de salud) reconocieran otros saberes y formas de atención-cuidado con respeto y sin estigmatizaciones.

En las entrevistas, algunas de las personas del pueblo de Santa Ana Tlacotenco comentaron:

“No me gusta ir con los médicos, solo cuando me veo muy grave y, en tal caso, voy con médicos particulares. Tomo té medicinales de distintas plantitas, toronjil en sus variantes de colores que sirve para relajar, diente de león, gordolobo para la tos. Mucha infusión” (Piedad López Flores, originaria, 68 años, comunicación personal). “Quienes hacían limpia ya murieron y así curaban. Al igual que las parteras que ya murieron. El hospital está cerca, ya para qué” (María Constantina Sánchez Silva, originaria, 50 años, comunicación personal).

“Pues depende de si es muy fuerte la enfermedad vamos con el doctor, pero si es una gripa, pues tomamos té de canela con limón y nos hace sudar, tirar uno la enfermedad y ya después debe uno cuidarse de que le pegue frío” (Librado Victoria Reyes, originario, 68 años, comunicación personal).

En este mismo sentido, otros testimonios emplean saberes y formas de atención-cuidado tipo tradicional a través del uso de diferentes hierbas con fines medicinales, que en Milpa Alta se obtienen con facilidad, pues están en muchos de los patios de las diferentes casas. Bartola Padilla, originaria de Santa Ana Tlacotenco, relató un remedio para cuando le duele la garganta a ella o a su familia:

“Se hierve un jitomate y lo untamos en la parte interna de la garganta realizando una especie de raspado para retirar los granitos que se forman, y cuando la infección es más grave, le agregamos al jitomate mantequilla y un buen masaje en la parte del cuello dirigiéndolo hacia el brazo y el codo para tronar las amígdalas, y después se unta el jitomate en las coyunturas y plantas de los pies, y se coloca las calcetas para mantener caliente el cuerpo” (Bartola Padilla, originaria, más de 60 años, comunicación personal).

Por su parte, Yolanda Tapia, también habitante de Santa Ana Tlacotenco, comentó que el masaje descrito anteriormente es muy común y se utiliza con mucha frecuencia entre los habitantes del pueblo. Cuando su nieta Valentina (dos años) se enferma del estómago y no quiere comer, la curan del empacho y ella mejora. No obstante, la señora Yolanda Tapia mencionó que cuando ella llega a enfermarse, que por lo general se debe a problemas del estómago, sí acude al médico.

Por otro lado, Marcelina Bonilla relató varios ejemplos de saberes y formas de atención-cuidado tradicional y popular. Como se precisó, su mamá fue partera y curandera, al igual que su bisabuela.

“Antes se curaba el asma infantil con un remedio que consistía en preparar en caldo la carne del zorrillo. También servía para curar el mal de pinto (enfermedad

del vitíligo). Para el crecimiento del cabello se untaba aceite de víbora. Para la tos, agua de miel. Pericón para los bebés. El romero para los niños grandes que se orinan la cama. Penca de maguey para las estrías. Temazcal para la parturienta y su bebé. Pepitas de calabaza para los niños que tartamudean. La planta siempreviva para los dientes o problemas de la boca. Para los empachos, yo sobaba. El susto se curaba con cebo de carnero. Si un niño no quería comer, estaba pálido y triste, son los síntomas del susto. Mejor las plantitas, que los medicamentos” (Marcelina Bonilla, originaria, más de 40 años, comunicación personal).

El temazcal que ya refirió Marcelina Bonilla aún persiste en los patios de algunas de las casas en los diferentes pueblos de Milpa Alta. Aunque las personas comentaron que su uso disminuyó con el tiempo o se restringió a uso familiar. En Santa Ana Tlacotenco existen aproximadamente unos ocho temazcales. Asimismo, Caritina P., originaria, quien posee un temazcal en su casa, el cual se construyó el 22 de abril de 1984 “cuando se pone la primera piedra según el calendario, se le pone el nombre del santo al que corresponde dicho día al temazcal, y dicho nombre debe ser de mujer, porque son ellas quienes dan vida” (Caritina P., originaria, comunicación personal).

“El proceso de la práctica inicia prendiendo el hornillo con leña de pirul y una vez consumida la leña quedan las brasas, que es ahí donde se agrega pulque o agua dependiendo para qué se va a utilizar. Antes de meterse, se debe tapar con una tela de algodón el “ombligo” del temazcal para que el vapor no se escape, la persona que va a recibir el baño debe estar preferentemente desnudo, una vez adentro se recuesta en el centro del temazcal, puede recibir masajes y limpiezas con hierbas medicinales. Al salir, debe cubrirse, ya sea con cobijas o toallas, dependiendo de cada persona, y si decide introducir o no la cobija o toalla dentro del temazcal” (Caritina P., originaria, comunicación personal).

Varias personas mencionaron que el temazcal no solo es para las mujeres embarazadas, porque las “ayudará en su desarrollo y el niño va a nacer fuerte” (Caritina P., originaria) o en etapa de puerperio, sino que se puede ir por diferentes padecimientos y dolencias. Este representa un ritual sanador, espiritual y religioso, y constituye un buen ejemplo en el que confluyen saberes y formas de atención-cuidado tradicional con lo popular y los alternativos.

Así como se establecen transacciones de colaboración entre los distintos saberes y formas de atención-cuidado, también se podría decir que se encuentran resistencias por parte de alguna persona del grupo doméstico. Sixto Jerónimo Díaz Castañeda compartió su experiencia tras

el diagnóstico que una doctora le dio a su mujer (49 años), en el cual le aseguró que le quedaban dos años de vida.

“Le recomiendo e insisto a mi mujer que vayamos al médico, pero ella no quiere ya nada, [...] pero cuando sus conocidas le recomiendan tomar ciertos preparados de hierbas medicinales, ella los acepta y se los toma” (Sixto Jerónimo Díaz Castañeda, originario, 50 años, comunicación personal).

Para él, esta situación genera molestia y se muestra un tanto escéptico de estas prácticas curativas, pues agregó que su “mujer” se cuidó durante toda su vida, creyendo en lo que le decía su madre y algunas otras personas conocidas le recomendaban tomar con base en hierbas, para “limpiar la sangre, para los riñones, y para muchas otras cosas”, y a esto le atribuye su mal (Sixto Jerónimo Díaz Castañeda, originario, 50 años, comunicación personal).

“Trato mis males con hierbas, *a pesar de tener un hijo médico*¹⁸, pues en el centro de salud tardan mucho en atender y prefiero mis plantas. Todos los conocimientos acerca de las plantas son herencia de mis padres.[...] A mis hijos los trataba con plantas cuando eran chiquitos, ya que ahora ya tienen pareja, sus familias acuden al centro de salud” (Silvia Reyes, originaria, 63 años, comunicación personal¹⁹).

Asimismo, Silvia Reyes comentó que sufre de hipertensión y que la trata con alpiste y zapote, y gracias a esto se mantiene estable.

“La palabra ‘enfermedad’, la palabra ‘doctor’, la palabra ‘enfermero’, no estaban incluidas en nuestro vocabulario, no estaban en los diccionarios indígenas. En los últimos tiempos el término “originario” o “indígena” la misma comunidad ya no lo quiere aceptar, porque estamos abiertos a la modernidad. La modernidad tiene a veces sus obstáculos, el hecho de tener aparatos no quiere decir que estoy a la vanguardia, hay una confusión [...] En los tiempos de mis abuelos no había enfermedades, solo padecimientos que se resolvían por curanderos y por plantas

¹⁸ Las cursivas son nuestras.

¹⁹ Esta entrevista se realizó en el marco de la práctica comunitaria que se llevó a cabo en el pueblo de Santa Ana Tlacotenco, de la asignatura Antropología del Cuidado, coordinada por la autora de esta tesis (Ana Rita Castro, como profesora de la asignatura) con estudiantes del 6º semestre de la licenciatura de Enfermería, de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM.

de la tierra, se alimentaban de hierbas y frutos. El nopal doméstico no es originario, tenemos un cactus llamado “chamacuero”, es correoso, similar al nopal, solo a mi abuelo le escurría su moco, él lo limpiaba y era todo. No conocimos diabetes, cáncer, neumonía, éramos muy sanos, la tierra limpia, tú podías tirar tu carne o fruta y comérsela y no pasaba nada, pero ahora la contaminación acabó con esta inocuidad del entorno, la alimentación nos enfermó, los productos de los camiones, de las tiendas acabaron con nosotros[...]” (José Ortiz, originario, maestro de náhuatl, referente de la cultura en Santa Ana Tlacotenco, comunicación personal).

Si se plantea un *continuum* entre los diferentes saberes y formas de atención-cuidado, a saber, entre los saberes y formas tipo biomédico y los de tipo tradicional, el testimonio anterior, de todos los que se presentaron en esta dimensión, se tendría que ubicar necesariamente en un extremo. Sin embargo, se busca resaltar las percepciones de los actores con respecto a la prestación del servicio que realiza el Centro de Salud T-II de Santa Ana Tlacotenco. En este caso, sería si la utilización de las plantas medicinales para los problemas de salud son un impedimento o no; o en qué medida obstaculizan o no el asistir al centro de salud y apearse al tratamiento que indiquen; o en la trayectoria de su problema de salud, en qué momento decide ir con un agente del saber biomédico. Además, otro objetivo es demostrar en este apartado la presencia y uso de otros saberes y formas de atención distinta al biomédico en Milpa Alta. Por ello, se documentó con los ejemplos que se recolectaron durante el trabajo de campo. Asimismo, por el objetivo de esta investigación, el foco del análisis está en el ejercicio del derecho a la protección de la salud, cuya unidad de observación es el centro de salud para analizar la prestación que realiza, desde las valoraciones de los diferentes actores que hacen vida en este.

En este panorama sucinto sobre las prácticas relacionadas con la salud por parte de los habitantes de Milpa Alta, particularmente de Santa Ana Tlacotenco, se evidenció que hay una diversidad de saberes y formas de atención-cuidado: biomédico, tradicional, popular, alternativos, autoatención. Aunque existe un predominio del saber y forma tipo tradicional, especialmente mediante la utilización de las plantas con fines medicinales. En este orden de ideas, algunos habitantes piensan lo siguiente:

“Antes había más medicina tradicional. Actualmente hay parteras, curandero (Señor Juan Pérez en el pueblo de San Lorenzo Tlacoyucan), baños temazcal para parturientas, post parto, enfriamiento, reumatismos (barrio de Santa Marta,

Villa Milpa Alta). Aprovechamiento y cura por plantas medicinales en Santa Ana Tlacotenco y San Lorenzo Tlacoyucan” (Juan Carlos Loza, originario, comunicación personal).

Todos estos testimonios forman parte de los actores comunitarios que no se encontraban en el Centro de Salud T-II. A continuación se expone lo que comentaron algunas de los usuarios entrevistados en el propio centro de salud con respecto a esta temática.

“[...]por lo general es una gripe y nos la quitamos con remedios caseros o medicamentos que uno mismo se receta. [...] tomo té, juguitos, reposos, nada del otro mundo” (Pedro Flores, 45 años). “Yo estoy más contenta tratándome en lo natural, con la herencia de mis abuelos, a la herbolaria, la medicina de antes. [...] yo remedio casero, lo que son mis hierbas, té, sobadas y todo eso. [...] yo eso lo estoy transmitiendo con mis hijos. Tengo un hijo que sabe más de todo eso, es varón, él entiende, él sabe más por curar por lo tradicional” (Martha Melo Ramírez, originaria, 52 años, comunicación personal).

Con relación a los actores institucionales se encontró lo siguiente:

“Muchas personas todavía están aquí partidarias de la herbolaria y todo eso, entonces a veces viene y te dicen ya me estoy tomando un té de cualquier cosa y eso sería un inconveniente” (José Luis Rodríguez, 35 años, médico cirujano y partero). “Antes sabíamos que había parteras, pero ya no hay. Fallecieron hace como ocho años. Antes estaban bien identificadas y se les invitaba atender partos en el hospital. No trabajamos con médicos tradicionales. El centro de salud antes tenía una médica que usaba la fitoterapia, que daba masajes y tenía una gran demanda. Era el único centro que tenía este tipo de servicio” (Diego Ávila, originario, médico y director del centro de salud T-II, comunicación personal).

Por lo que se mencionó en cuanto al Orden médico, el campo de la salud pública y sus actores, se muestra (con o sin intencionalidad) renuente de aceptar y lejos de legitimar otros saberes y formas de atención-cuidado que no sean los propios, los biomédico. Una médica aseguró lo siguiente:

“La gente acude con las parteras. No estoy segura, pero hay algunas en el pueblo de San Jerónimo Miacatlán. Además, hay hueseros, sobadoras de empacho, las que limpian. Son los niños, los que más llevan a tratarse con esta gente. No estoy de acuerdo con estos agentes, pues desafortunadamente es gente que no tiene conocimiento médico” (Isabel Gómez (seudónimo), originaria de San Jerónimo de Miacatlán, médica del Servicio Médico de la Prepa en Milpa Alta, comunicación personal).

- Presencia de intérpretes y traductores

Este componente o indicador que se estableció dentro de la pertinencia cultural es importante para valorar el reconocimiento que realizan o no los servicios públicos de salud y sus actores, en cuanto a las especificidades culturales que reivindican grupos o colectividades que habitan en el territorio de competencia de gestión de dichos servicios.

Aunque en la delegación de Milpa Alta y sus diversos pueblos originarios se reconocen portadores de una herencia prehispánica, no es una población bilingüe en términos absolutos. No todas las personas, aun las que se reconocen originarias, hablan el náhuatl. Esto no necesariamente tendría que ser un obstáculo para que en los centros de salud de la jurisdicción sanitaria en Milpa Alta incorporaran algunos conceptos y prácticas del saber y forma tradicional, a saber, porque como se revisó, abundan ejemplos de atención y cuidado para los problemas de salud en este sentido.

Una de las medidas que se suele tomar desde un enfoque de interculturalidad en salud es incorporar intérpretes y traductores en los establecimientos y servicios del primer y segundo nivel de atención, quienes puedan servir de puente para canalizar a los que demandan la atención. Estos agentes o actores dentro del propio sistema de salud público también pueden inscribirse en programas de promoción de la salud, es decir, que estos promotores provengan de la propia localidad o comunidad que hablen su idioma indígena, y como conocedores de las prácticas y dinámicas de la comunidad pueden contribuir a servicios culturalmente apropiados.

Existen documentadas experiencias de este tipo en varios países de América Latina, como Venezuela, Ecuador, Bolivia, Perú, Chile, Guatemala y en México²⁰. Se conoce de cerca la experiencia de las Defensoras de la Salud (promotoras de la salud) en la Guajira venezolana

²⁰ Para mayor información consultar la obra de Campos Navarro, Roberto (2016) Antropología médica e interculturalidad. MG Graw Hill, UNAM, México. Así como las diferentes obras de Fernández Juárez, Gerardo acerca de salud e interculturalidad en América Latina.

y los facilitadores indígenas en hospitales, así como en Venezuela, y ambas fueron muy exitosas.

No hay intérpretes ni traductores en la delegación de Milpa Alta ni en el pueblo de Santa Ana Tlacotenco, y tampoco programas de promoción de la salud que involucre la participación y capacitación de los habitantes, para que sirvan de enlace entre el centro de salud y la comunidad. Ambos actores, institucionales como comunitarios, necesitan sensibilizarse y comprender que es necesario valorar los distintos saberes y formas, porque se aumenta la eficacia técnica y simbólica. Por ejemplo, que existiera un promotor de la salud de la propia comunidad, que las personas lo reconozcan y genere confianza, o por lo menos empatía de entrada, y pueda persuadir a las personas adultas mayores de que es indispensable su control en el centro de salud. Convencer a Silvia Reyes que, aunque tome alpiste y zapote y la mantenga estable, es necesario asistir a control médico para controlar su hipertensión.

- Participación desde las propias formas e instituciones de los pueblos y comunidades

Como ya se expuso, en Milpa Alta coexisten poderes de los diferentes actores sociales y políticos. En un mismo territorio convergen las instituciones políticas propias de los pueblos que son la representación general y las auxiliares que existen por cada pueblo, y también el poder delegacional, representado por la persona delegada y los demás representantes de las direcciones generales y coordinaciones que conforman la estructura delegacional.

Los representantes auxiliares se eligen cada tres años, y por lo menos el de Santa Ana Tlacotenco se eligió en asamblea general en el propio pueblo. Este debe ser originario, es decir, que sus abuelos, padres y él nacieran en Milpa Alta y en el pueblo del cual quiere ser representante auxiliar. También existe la figura del Enlace Territorial, que sirve precisamente de enlace entre la delegación y las comunidades y pueblos. En las asambleas se toman las decisiones sobre asuntos que conciernen a todos. Aunque hay algunas personas originarias que viven en Milpa Alta y que señalan que estas cada vez se realizan con menos frecuencia (Loza, 2016).

Durante el trabajo de campo, no se percibió ni registró que la salud fuera un problema prioritario dentro de los propios habitantes y tampoco para la representación general y el representante auxiliar. Sí aparece claramente como preocupación cuando una persona del

grupo doméstico se enferma y, sobre todo, cuando después de tomar sus remedios a base de plantas medicinales, no presenta mejoría considerable.

Por parte de la Jurisdicción Sanitaria de Milpa Alta, existen dos mecanismos que implican la participación de la sociedad civil o bien de las personas que hacen vida en la localidad. Estos son los Comités de Salud, que se reúnen una vez al mes. Cabe resaltar que no se consiguió la aprobación para estar presentes al menos en una de esas reuniones. El otro mecanismo o figura de participación es el Aval Ciudadano, que “es el representante de la sociedad civil en la Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad de los Establecimientos y Servicios de Atención Médica 2013-2018” (Gobierno de México, 2015, párr. 1). Este sirve de enlace entre las instituciones de salud y los usuarios, con el objetivo de escuchar a estas últimas y si es posible aplicar encuestas que le permitan conocer la opinión en cuanto a la calidad de la atención recibida, para así mejorar brindar un trato digno.

Precisamente, en el Centro de Salud T-II de Santa Ana Tlacotenco se entrevistó a la primera Aval Ciudadana en la delegación de Milpa Alta, quien fue Martha Melo Ramírez, originaria de Santa Ana Tlacotenco, que también participó en el Comité de Salud. Con respecto a su experiencia como Aval Ciudadana apuntó lo siguiente:

“Yo iba a pensar en lo que era el ISSSTE, en los centros de salud y en el hospital de Milpa Alta, andaba yo haciendo mi labor de preguntarle a los pacientes como veían el tiempo y eso si funcionó muy bien, mientras yo y mis compañeros que estuvimos como avales ciudadanos funcionó muy bien y estaba yo a cargo, en ese entonces por el director general del hospital de Milpa Alta, que era el doctor Ramón y el subdirector que era el doctor Olvera” (Martha Melo Ramírez, originaria, 52 años, comunicación personal) .

El Centro de salud T-II de Santa Ana Tlacotenco realiza esfuerzos por promover espacios de participación de los usuarios y del resto del pueblo, que se traduzcan en una mejora en la calidad de vida. Esta afirmación se basa en el hecho de que fue la primera comunidad de Ciudad de México en recibir la certificación de “Comunidad Saludable” en el 2014, placa que recibió de parte del Jefe de Gobierno en ese entonces, Miguel Ángel Mancera, y el Dr. Luis Alberto Erosa León.

Para obtener tal certificación, el programa de Comunidades Saludables parte de crear un Comité Local de Salud, que identificará las necesidades prioritarias y realizará un plan de

trabajo con las acciones por emprender para transformar los entornos de las escuelas, mercados, parques, lugares de trabajo y centros de salud, con el fin de convertirlos en una comunidad saludable, convocando a los diferentes actores que hacen vida en la delegación. En otras palabras, se trata de lo siguiente:

“Promover la organización de los colonos para evaluar las situaciones de salud y elegir a sus procuradores y agentes sanitarios comunitarios, quienes se encargarán de ayudar a orientar a los habitantes en cómo mejorar su salud y estilos de vida.

Para ello son capacitados por personal de la SEDESA en temas prioritarios como es la prevención de padecimientos como la obesidad, diabetes, hipertensión, alimentación correcta, higiene de alimentos y activación física; atención a infecciones respiratorias, detección de diversos tipos de cáncer, control de males gastrointestinales y aplicación de vacunas.

En educación sexual en temas de prevención del embarazo, maternidad sin riesgo, lactancia materna y crecimiento del niño, prevención de contagios como el VIH/Sida, así como orientación para inhibir la violencia familiar y las adicciones.

También en acciones de vacunación antirrábica y esterilización de perros y gatos, control de fauna nociva, mejoramiento de mercados, manejo y disposición adecuada de residuos sólidos, saneamiento en parques, plazas, panteones, entre otros aspectos” (Gobierno de México, s.f., p. 1).

No se duda de las buenas intenciones del programa, lo que surge como interrogante es que es un programa público que pareciera tener la premisa de asumir que las personas de las comunidades y pueblos no poseen conocimiento, saberes y formas de atención-cuidado sobre sus problemas de salud. Más bien, es el personal de salud de la secretaría encargada el que va a capacitar en un abanico amplio de temas, como se precisó en el párrafo anterior.

Según la bibliografía revisada y las notas de campo, en Milpa Alta existe una fuerte tradición de participación de los pueblos y comunidades.

“Lo que existe en cuanto a salud en infraestructura en la delegación, al igual que las escuelas, es producto de la demanda y gestión de las comunidades. Existe mucha organización comunitaria en Milpa Alta” (Juan Carlos Loza Jurado, originario, habitante en Villa Milpa Alta, comunicación personal).

Como se puede observar, se desdibujan un poco las formas organizativas de los pueblos y comunidades, y sus diferentes colectividades y grupos al interior con respecto a la participación en temas de salud y, sin duda, allí se presenta una clave importante para comprender y mejorar en la resolución de sus problemas de salud.

Calidad:

Los establecimientos, bienes y servicios deben ser de buena calidad, y para ello se requiere: personal médico capacitado, medicamentos y equipo médico hospitalario científicamente aprobados (Observación general 14, 2000, p. 4). Además de incluir la dimensión de la calidad técnica, también se consideró la calidad percibida por los usuarios o pacientes.

Para la calidad técnica, se tuvo en cuenta la propuesta que se planteó en la Observación General 14 (2000) y, según la información obtenida en campo, se seleccionaron los siguientes componentes.

- Personal de salud capacitado

Este abarca al personal médico y de enfermería del Centro de Salud T-II de Santa Ana Tlacotenco. Cuando se consultó a los usuarios sobre la capacitación del personal de salud, ya sea el médico o el de enfermería, durante el proceso de atención, no hubo mención expresa sobre el punto de si estaban bien capacitados. No hay quejas ni señalamientos al respecto en los testimonios de los usuarios entrevistados en el propio centro de salud, ni de las personas que se encontraban fuera de este. Asimismo, se evidenció un reconocimiento, en palabras de las usuarias al doctor Alvarado, al doctor García, por su ética y trabajo desempeñado en la consulta médica.

Además, varias expresaron que se sienten “tranquilas” de poder ir al centro de salud a controlarse, por lo menos una vez al mes, de la diabetes o hipertensión (Gregoria J.P., originaria, 56 años). Solo una usuaria contó una mala experiencia, pero con una médica del Hospital General de Milpa Alta.²¹

²¹ “Mi niña nació con problemas porque tardaron en atenderme, debieron hacerme cesárea y no esperar. Quería demandar a la doctora” (Flor Andrade Arce, 37 años, comunicación personal).

Con relación a los actores institucionales, el personal de salud y de enfermería no observan este componente como un aspecto a faltar en el centro de salud. No en cuanto a la capacitación, pero sí a la cantidad, pues es insuficiente el número que existe actualmente por el flujo de la demanda, señalaron las enfermeras entrevistadas. El policía de turno también convergió en esto, “la mayor demanda o sea el flujo de personas se da en la mañana, baja mucho en la tarde. De hecho solo se queda en la tarde, un médico, el doctor Alvarado (Alejandro Pérez, no originario²²). Con respecto al personal directivo entrevistado, uno de los funcionarios señaló “bueno, yo siento que la atención es buena, y pues que hay gente capacitada en este lugar, no solamente de enfermería, administrativos y médicos” (Juan López, 63 años, médico encargado del área de epidemiología del centro de salud, comunicación personal).

- Disponibilidad de medicamentos

En este componente los usuarios comentaron lo siguiente:

“Algunos ya pasamos de los sesentas, creo que sí, porque pues aquí nos dan medicamento, aquí pues un poquito despacio, pero sí nos atienden, ya tenemos el servicio, y con un doctor particular, pues siempre es carito ¿no?, medicamento y todo eso. Y que se cree luego dice uno “ay ese medicamento que me dieron ya se me acabó” o lo vuelve uno a ocupar y se da cuenta de lo carito que es y lo que se ahorra uno en venir aquí” (Guadalupe Hernández, originaria, 60 años, comunicación personal).

“Pues aquí, ve que acá nos están dando consulta gratuita, medicamento gratuito” (Bernardina Morales, 37 años, comunicación personal).

Cuando se les preguntó a los actores institucionales acerca de mencionar dos (2) aspectos negativos y dos (2) positivos del servicio que presta el Centro de Salud, los del personal de salud coincidieron en la falta de medicamentos. A ese respecto, uno de ellos apuntó lo siguiente:

²² Alejandro Pérez es policía del Centro de Salud T-II Santa Ana Tlacotenco. No es originario, reside en Tláhuac, en San Juan Ixtayopan. No quiso ser entrevistado, solo platicó algunas cosas. No quiso ser grabado. Le inquietaba mi presencia y observación en el centro de salud, a pesar de la aprobación del director del centro de salud el Dr. Francisco Alva.

“Yo creo que una de ellas, en cuestión mala sería la falta de insumos, falta de medicamento principalmente, medicamento que a veces no tenemos. [...] yo que estoy con crónicos, hay algunos que es como el enalapril, eso sería algo que carecemos acá y *es de siempre*”²³ (José Luis Rodríguez, 35 años, médico cirujano y partero, comunicación personal).

Por su parte, la enfermera relató:

“pues la mala a lo mejor no es la calidad, sería a lo mejor que *no hay medicamento*²⁴ y quisiéramos que en ese momento que el paciente viene porque viene por algo, quisiéramos que se fuera con su tratamiento completo, pero desafortunadamente hay veces que no hay lo necesario en farmacia como para que el paciente no tuviera que gastar, eso sería lo malo e igual con las vacunas, si no hay vacunas pues obviamente el niño se va sin su esquema completo”. (Amarela Torres, 37 años, enfermera, comunicación personal)

- Instalaciones, procedimientos y equipamiento

Durante la observación no participante que se realizó en el Centro de Salud T-II de Santa Ana Tlacotenco, con relación al estado de las instalaciones en dicho centro se puede mencionar que se encuentran en buen estado y con una buena higiene. Los sanitarios cuentan con agua limpia aunque, según el policía, el asunto del agua potable se agravó después del pasado sismo del 19 de septiembre de 2017. Asimismo, se considera que la sala de espera debería contar con unas sillas más confortables, porque como es una zona fría, y en la época de invierno las temperaturas bajan drásticamente, el metal se enfría mucho y sin ningún tipo de soporte, resulta un poco incómodo. Sin embargo, este tipo de apreciación no apareció en los testimonios de las personas usuarias.

Entonces, con respecto a las instalaciones del centro de salud no hay quejas ni cuestionamientos por parte de los actores. El director del centro de salud señaló que hay una remodelación pendiente.

En cuanto a los procedimientos, la investigación se enfocó en si eran adecuados los procesos diagnósticos y terapéuticos empleados en el centro de salud, y en las respuestas de los

²³ Las cursivas son nuestras.

²⁴ Las cursivas son nuestras.

usuarios no hay queja en este sentido, cuando se les preguntó precisaron: “sí, la atención es buena” y no ahondaron más en el asunto.

A continuación se mencionan algunas percepciones del personal de salud:

“Sí, de hecho sí, aquí lo que nos funciona es que somos bastante clínicos, el mismo tipo de pacientes que tenemos nos hace ser más clínicos y yo creo que es bastante bueno” (José Luis Rodríguez, 35 años, médico cirujano y partero, comunicación personal).

Otra integrante del personal de salud comentó:

“Pues teniendo las herramientas yo digo que sí, pero todo depende de cuando el paciente quiera seguir al pie de la letra las indicaciones del médico, porque hay veces que aunque el médico le diga lo que tiene que hacer esto y el paciente es renuente y dice “no, pues”, aunque le des la mejor calidad aquí, pues también no coopera” (Amarela Torres, 37 años, enfermera, comunicación personal).

En el mismo sentido, otra respuesta evidencia que sí son adecuados los procedimientos empleados:

“Creo que está bien, antes de colocar las vacunas, les explico a las madres, que enfermedad previene la vacuna, qué debe esperar. Igual antes de colocarla, les preguntó si tomó algún medicamento el pequeño, porque hay algunos que no se puede, por ejemplo si está usando dexametasona” (Rosa Valencia, 41 años, enfermera, comunicación personal) .

Con relación al equipamiento en el centro de salud, ambos actores, comunitarios e institucionales, solo hicieron alusión a los servicios de laboratorio que, aunque son independientes del centro de salud, resuelven lo asociado con la toma y análisis de muestras.

“Sí, los servicios que les llamamos del metro, es unos laboratorios que no sé cómo funcionan en realidad, pero son los laboratorios que tienen, por ejemplo, lo que tenemos en Taxqueña. [...] Están un poquito separados de nosotros, pero también nos apoyan en la toma de muestras. [...] hay días exclusivos en que les vienen a tomar sus muestras [...] los citan parece que es martes y jueves, es cuando se las toman y se las llevan para procesarlas” (Juan López González, 63 años, médico encargado del área de epidemiología del centro de salud. comunicación personal).

Calidad percibida:

Para esta dimensión de la calidad, se determinó como componente el grado de satisfacción en cuanto a la prestación del servicio, es decir, se evaluó la atención recibida según las

percepciones de los usuarios y también se consultó con los diferentes actores institucionales (funcionarios y personal de salud) sobre cómo perciben el servicio que presta el centro de salud en el que desempeñan sus funciones y tareas.

- Grado de satisfacción con respecto al servicio

Se les solicitó a los usuarios determinar cuán satisfechos se encontraban con la calidad de la atención recibida del servicio, esto a través de una escala de 1 al 5, donde 1 es muy mala y 5 es muy buena.

Tabla 33. Categorización cualitativa de calificar la calidad del servicio del centro de salud

Rango	Categoría
1	Muy mala
2	Mala
3	Regular
4	Buena
5	Muy buena

“Yo diría que un número 3, no es como uno quisiera, que uno va y paga y lo atienden inmediatamente, es un proceso lento, pero sí” (Pedro Flores, 45 años).
 “Como el 3, porque [...] en otro lugar, en el que voy a hacerme estudios allá [...], entonces como que es una agilidad, es rápido, atienden bonito y yo veía que casi no tienen gente y que la gente que llegaba, pues rápido la pasaban y eso es lo que a mí me gustaría, pero bueno no es así, entonces, por eso digo que es como un 3, no es un 5” (Vicenta Rosas Blanca, originaria, 60 años, comunicación personal).

“Yo lo calificaría como en 4, porque lo único que a mí no me gusta es, por ejemplo, que te citan un horario y te llegan a pasar después de media o cuarenta minutos después. Pero de lo demás, de los otros servicios si me consta que está bien” (Esther Antonio Pascual, 32 años).

“Pues con un 4, sí, porque se tardan para atender, ese sería el único problema, en pasar, [...] es la molestia para mí, que nos tarden bastante” (Martha Melo Ramírez, originaria, 52 años, comunicación personal).

Otra usuaria respondió: “como un 8” y se le reiteró que era del 1 al 5, así pues, su respuesta fue “con 5, aunque me gustaría que tuviéramos una especialidad acá de niños, pediatra, porque no hay” (Bernardina Morales, 37 años, comunicación personal).

Ahora bien, las respuestas del personal de salud fueron las siguientes:

“Pues, como todo tiene sus carencias, creo que sería un 4, porque tenemos nuestra carencia, a lo mejor pues nuestros pacientes quieren que cuando lleguen ya tengan la atención, pero pues en ninguna parte, ni en particular que llego y me atienden, entonces por ese sentido también te digo que es muy buena nuestra atención” (José Luis Rodríguez, 35 años, médico cirujano y partero, comunicación personal).

Otro del personal de salud contestó:

“sería un 4.3 tal vez, porque por lo mismo de que hay situaciones que pues, aunque quisiera uno la mejor atención sobre el paciente hay veces que por el tiempo pues no podemos, o sea por la demanda e igual si hubiera más personal se relajaría un poco más la consulta” (Amarela Torres, 39 años, enfermera, comunicación personal).

Un funcionario apuntó: “yo diría que 4, no puedo decirle que estamos en la excelencia, no estamos así, yo puedo decir que tenemos una buena atención” (Juan López González, 63 años, médico encargado del área de epidemiología del centro de salud, comunicación personal).

Con la propuesta de la escala no se buscó medir la magnitud de la satisfacción de la calidad del servicio en términos cuantitativos, sino valorar desde una perspectiva cualitativa la percepción de los diferentes actores y, en consecuencia, destacar las razones que sustentan el número que le otorgan al servicio prestado. En este sentido, de los actores comunitarios, que son sobre todo los usuarios, es posible concluir que la mayoría otorgó un grado de satisfacción de 3, es decir, califican la calidad del servicio del centro de salud como “regular”, y ello obedece a un denominador común que es el tiempo de espera, lo deben esperar para ser atendidos por el personal de salud.

Asimismo, durante las entrevistas los usuarios, a pesar de quejarse del tiempo de espera, reiteraban que la atención que recibían era buena, por ende, se puede afirmar que la calidad del servicio del establecimiento de salud es buena o incluso muy buena, pese a no estar satisfechos con el servicio.

Por otro lado, todos los actores institucionales calificaron la calidad del servicio con un 4, lo que se traduce como de calidad “buena”. De alguna manera, ellos contraargumentaron lo que expusieron los usuarios al señalar que la atención que se brinda en el centro es buena, porque el tiempo que esperan sería un tiempo razonable, que ni en un particular llegan y se les atiende de una vez y, además, el personal de enfermería coincidió en que el tiempo es por la demanda

y la falta de personal. No es un asunto de voluntad, de no querer que sea ágil los tiempos en el centro de salud.

Apropiación del lenguaje de derecho:

En esta última dimensión se quiso dar cuenta de las percepciones sobre el derecho a la salud de los usuarios del Centro de Salud T-II de Santa Ana Tlacotenco, así como del personal de salud y los funcionarios. Estas percepciones están ligadas a los significados que cada persona le otorga al derecho a la salud desde su rol, posición social e historia de vida.

Se hace la salvedad que aunque esta investigación se enfocó en el derecho a la protección de la salud, la pregunta que se realizó fue: ¿qué significa para usted el derecho a la salud? Esto con la finalidad de saber si existe una noción de la salud como derecho y qué implica eso, en qué acciones se traduce. Por lo tanto, si esa noción de derecho conlleva a exigir la prestación del servicio con calidad, y de no ser así, qué acciones se toman y cuáles mecanismos se presentan para hacer viables las distintas exigencias.

- Noción de la salud como derecho (reconocimiento)

Para analizar si hay una noción de la salud como derecho, ya sea en sentido amplio o en sentido estricto (como sería el derecho a la protección de la salud), los usuarios comentaron lo siguiente:

“No, no le sabría explicar²⁵” “no es como uno quisiera, que uno va y paga y lo atienden inmediatamente” (Pedro Flores, 45 años), “entonces el doctor de aquí va y nos visita y es como nos va tomando en cuenta para que cada mes nos esté viendo aquí. ¿Por qué? porque somos personas con enfermedades de diabetes, hipertensión, otro tipo de enfermedades que pues *nos hace el favor de ver²⁶*” (Guadalupe Hernández, originaria, 60 años), “cuando yo me enfermo normalmente pues no sé, tengo un hospital particular, por decir” (Esther Antonio Pascual, 32 años, comunicación personal).

Sumado a lo anterior, se agrega esta respuesta:

²⁵ Las cursivas son nuestras.

²⁶ Las cursivas son nuestras.

“Pues sí, ve que acá nos están dando consulta gratuita, medicamento gratuito. [...] bueno, no, no realmente, no sé” (Bernardina Morales, 37 años, comunicación personal).

Y, por último, se añade una más:

“Pues lo que digo, si el gobierno dice que tenemos derecho a trato digno y salud ¿dónde está? ¿en qué cabeza? o ¿cómo se les puede manifestar, como terapia con los niños y agarrarles de la manita a la señoritas enfermeras, ya vine a mi consulta, pásame por favor o ¿cómo les puede decir? Si lo están diciendo, nos están bombardeando, el señor Presidente, Prospera y todo eso, que trato digno y justo, entonces donde están esas palabras o son de oídos sordos” (Martha Melo Ramírez, originaria, 52 años, comunicación personal).

A continuación se señalan las respuestas del personal de salud:

“El derecho a la salud, para mí, es que todos y todas las personas puedan acudir a los servicios de salud, sin distinción alguna, que ahorita lo que se está marcando, que ISSSTE –ISSSTE, IMSS –IMSS, Seguro Popular –Seguro Popular, el derecho a la salud todas las personas lo deben de tener, no importa si tienes ISSSTE o IMSS, podrías poder acudir a los centros de salud, sin distinción alguna, sin importar nada” (José Luis Rodríguez, 35 años, médico cirujano y partero, comunicación personal).

“Yo creo que es una parte fundamental, que pues dicen es un derecho que todo ser humano requiere, ¿no? Entonces, pues sí es una prioridad para todos” (Amarela Torres, 39 años, enfermera); “creo que todos tenemos ese derecho, niños y adultos, y uno mismo se tiene que cuidar, pues abarca todo desde la alimentación, los cuidados” (Rosa Valencia, 41 años, enfermera., comunicación personal).

“Es algo que todos debemos de tener ese acceso, todos tenemos el derecho de vivir sanos, a pesar de las circunstancias en las que vivimos, merecemos - tengamos o no un servicio médico- una atención médica. Habrá gente que no tiene con que costearse una consulta y habrá un lugar donde se le pueda atender, yo creo que no todo es dinero, yo digo que es la atención, nosotros debemos darles a nuestros compañeros seres humanos en lo que quiera que estén, como nuestro propio” (Juan López , 63 años, médico encargado del área de epidemiología del centro de salud, comunicación personal).

De esta manera, es factible afirmar que por parte de los actores comunitarios, en este caso los usuarios que se encontraban en el Centro de Salud T-II Santa Ana Tlacotenco, hay una

ausencia de la noción de la salud y su prestación como derecho. Por consiguiente, es muy difícil pasar al otro componente que se dispuso para esta dimensión de la apropiación del lenguaje de derecho, que sería la exigibilidad, punto medular de los derechos.

Por parte de los actores institucionales se observa que sí existe una noción de la salud como derecho, es ese algo al que todos y todas deben tener acceso y que “todo ser humano requiere”. En las respuestas que brindaron no hay ni una sola mención al Estado, gobierno o a la institución pública. De hecho, cuando se le preguntó a una de las enfermeras sobre quién tendría que otorgar ese derecho, respondió lo siguiente:

“Yo digo que cualquiera, o sea porque nosotros que estamos de este lado como personal de salud, pues obviamente, tenemos que brindar esa atención, ¿por qué? pues porque la gente te la está demandando, ¿cómo? pues como su derecho a la atención médica” (Amarela Torres, 39 años, enfermera, comunicación personal).

No obstante, ambos médicos apuntaron a dos cuestiones importantes: la primera se refiere a la universalización de los servicios, al señalar que se debe poder acudir a cualquier centro de salud, sin importar si eres derechohabiente o no y a qué régimen pertenezcas; la segunda cuestión se centra en las condiciones materiales de existencia, las cuales se relacionan con los determinantes sociales de la salud que, como ya se mencionó, es una de las perspectivas teóricas-metodológicas de esta tesis, la cual se considera parte sustancial para la concreción del derecho a la salud y a la protección de esta. Así pues, esta cuestión la señaló el encargado de epidemiología al expresar que a pesar de las circunstancias en las que se vive, todas las personas tienen derecho a la atención médica cuenten o no con un servicio médico.

- Exigibilidad

Esta se puede entender como la “capacidad de los titulares del derecho (beneficiarios potenciales) para reclamar al Estado el cumplimiento de sus obligaciones en la materia” (López, 2018). Con la información que se obtuvo en las entrevistas y el trabajo de campo realizado, no se mencionaron ni experiencias en este sentido, que pudieran dar luces acerca de algunas acciones individuales o colectivas que exigieran el derecho a la protección de la salud. Asimismo, no se encontraron casos de reclamos que utilizaran mecanismos institucionales para presentar algún tipo de queja como, por ejemplo, contactar el Aval Ciudadano o el buzón de quejas que se encuentra en una de las paredes del centro de la salud. Además, tampoco se hallaron casos de exigibilidad política ni de exigibilidad jurídica.

Es muy poco probable que si no se tiene una noción sobre derecho a la salud y el derecho a la protección de la salud, no hay una apropiación del lenguaje de derecho, de una concepción de personas como titulares de derechos que merecen una vida digna, así pues, es más difícil que se exija el cumplimiento de los derechos. ¿Cómo exigir algo que se cree que es *un favor*?, ¿a quién se le exige?, ¿cuál es ese sujeto que le corresponde, que estaría obligado? Pues, mejor no se dice nada, porque se está recibiendo “consulta gratuita, medicamento gratuito”.

Parte III. Cerrando puntadas y ¿ahora qué sigue ?

Capítulo 5

El entramado del derecho a la protección de la salud: discusión de los resultados y algunos hallazgos

Este capítulo tuvo como objetivo discutir las percepciones de los diferentes actores de Milpa Alta, con énfasis en el pueblo de Santa Ana Tlacotenco, a la luz de los presupuestos teóricos-prácticos de esta tesis. Para ello, se organizó el presente capítulo de la siguiente manera: una primera parte donde se muestra una matriz analítica con las dimensiones que se abordaron del derecho a la protección de la salud, lo que estipula la Observación General 14 (2000) y las valoraciones hechas a partir de lo que se encontró en los relatos de los diferentes actores entrevistados.

Y una segunda parte en la que se analizó e interpretó la matriz, tejiendo entre lo dispuesto en las normativas legales, las percepciones y herramientas conceptuales que permitan establecer la relación entre las condiciones de posibilidad y las obligaciones del Estado mexicano en cuanto al derecho a la protección de la salud en un contexto concreto. Más que observar si el derecho se satisface o no, si es efectivo a través de la prestación del servicio, es determinar los procesos que lo potencian u obstaculizan, identificando los nudos que impiden su realización.

I. Matrices analíticas

Tabla 34. Matriz analítica de dimensiones del derecho a la protección de la salud

Dimensiones	¿Qué dice el instrumento legal?	¿Qué dicen los actores?
Disponibilidad	<p>“Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte” (Observación General 14, 2000: 4).</p>	<p>Funcionarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crítica sobre el número de programas que lleva el centro. • Explosión de la demanda (certificados médicos). <p>Personal médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Racionalidad instrumental. • Falta de insumos. • Atención inmediateista que solicita la población. <p>Personal de enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Creciente demanda. • Falta de insumos y herramientas. • Atención inmediateista que solicita la población. <p>Usuarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actitud positiva por la existencia del centro de salud. • Deseo de otras especialidades médicas.

<p>Accesibilidad</p>	<p>“Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte” (Observación General 14, 2000, p. 4). La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas, como lo señaló la Observación o componentes como se denominaron en esta investigación: accesibilidad física, económica, a la información (junto con una adecuada comunicación del personal de salud) y no discriminación.</p>	<p>Funcionarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Racionalidad instrumental con relación al tiempo de espera. • Presentación credencial de Gratuidad y Seguro Popular. • Comunicación en el plano del deber ser y unidireccional (del médico al paciente). • Atención a todos (no se discrimina a persona que sea derechohabiente en el IMSS o ISSTE, solo que debe pagar el servicio y no recibe medicamento). <p>Personal médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Celeridad en el proceso de acceso y obtención de citas. • Tiempos de acceso y atención cortos. • Comunicación tipo paternalista (con base en su conocimiento el profesional toma las decisiones a solas). • Atención a todos (no discriminación por ser derechohabiente o migrante). <p>Personal de enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acceso según problema de salud. • Tiempo de espera depende del flujo de la demanda. • Comunicación buena, a veces con dificultades, pues los pacientes no cooperan. • Atención a todos (no discriminación por ser derechohabiente o migrante).
----------------------	---	--

		<p>Usuarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insatisfacción en la fase inicial del proceso de atención médica. • Mucho tiempo de espera. • Sistema de fichas insuficiente.
<p>Aceptabilidad</p>	<p>“Todo los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos de género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate” (Observación General 14, 2000, p. 4).</p> <p>En la investigación presente planteamos como componente principal de esta dimensión la pertinencia cultural.</p>	<p>Funcionarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poco reconocimiento a otros saberes y formas de atención diferentes a las de la biomedicina. <p>Personal médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crítica al uso de la herbolaria por parte de la población que asiste al centro. <p>Personal de enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poco reconocimiento a otros saberes y formas de atención. <p>Personas usuarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento en el ámbito doméstico del uso de hierbas y otras prácticas para recuperar la salud. • Temor por mencionar en el propio centro de salud el uso de hierbas y plantas para prevenir y curar.

<p>Calidad</p>	<p>“Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas” (Observación General 14, 2000, p. 4).</p>	<p>Funcionarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personal de salud capacitado. • Racionalidad instrumental. <p>Personal médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de personal médico y de enfermería. • Carencia de medicamentos (sobre todo para los pacientes con enfermedades crónicas). • Falta de insumos. • Buena calidad de la atención otorgada (énfasis en “tiempos cortos”). <p>Personal de enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de personal de salud (médico y de enfermería). • Carencia de medicamentos. • Buena calidad de la atención (con el personal y herramientas que se cuentan). <p>Usuarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insatisfacción del servicio por el tiempo de espera. • Personal de salud ético y responsable (referencia al personal médico). • Buena calidad de la atención.
----------------	--	---

Tabla 35. Matriz analítica de las percepciones de los actores con respecto a la apropiación de la salud como derecho

Dimensión	Componentes	Valoraciones de los actores
Apropiación de la salud como derecho	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento de la salud como derecho (lenguaje). • Uso de mecanismos de exigibilidad (reclamo del cumplimiento del derecho). 	<p>Funcionarios y personal de la salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Derecho entendido como acceso de todas las personas sin distinción alguna (énfasis en referencia a si una persona es derechohabiente). • No hay mención del Estado. • No hay mención de procesos de exigibilidad. <p>Usurarios o pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No se tiene noción de la salud como derecho. • La prestación del servicio público de salud como dádiva. • Ausencia del rol del Estado en su discurso. • Carencia de “lo público” en el discurso. • No se menciona la palabra derecho. • Resignación al servicio que reciben,

II. Tejiendo el entramado del derecho a la protección de la salud

Desde la perspectiva de estas dimensiones, el derecho a la protección de la salud, primeramente, permite dar cuenta del papel relevante de los servicios de salud en el andamiaje del sistema público de salud como espacios del ejercicio del derecho a la protección de la salud. Asimismo, se convierten en espacios privilegiados del análisis en el campo de la salud y los derechos, para avanzar en la teorización sobre estos como especie de bisagra entre el personal de salud y sus usuarios, y que estas puedan ejercer sus derechos realmente.

En segundo lugar, posibilita identificar el sistema público de salud como un determinante más de la salud y un eje transaccional clave en la trayectoria del ejercicio del derecho, el cual comprende las diversas interacciones que se tejen -sin intencionalidad o no- al momento del acceso y utilización de los servicios de salud. Tal como señaló el Relator Especial Hunt (2008):

“El pilar central del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud descansa en un sistema de salud eficaz e integrado que abarque la atención de salud y los factores subyacentes determinantes de la salud, que responda a las prioridades nacionales y locales y que sea accesible para todos” (p. 1).

Estos serían los retos y desafíos que siguen presentes en Milpa Alta, específicamente en el pueblo de Santa Ana Tlacotenco. El trabajo de campo con la observación no participante y las entrevistas a los diferentes actores permitieron comprender el ejercicio del derecho a la protección de la salud en una unidad social concreta, como es el Centro de Salud T-II de Santa Ana Tlacotenco. En este contexto, el sistema público de salud se constituye en un determinante más del derecho a la salud y un condicionante para el derecho a la protección, porque como parte de la institucionalidad estatal pública, debe asegurar en buena medida lo que está dispuesto en la norma. En esta doble tarea, la expresión más cercana o la puerta de entrada al sistema público de salud son los centros de salud del primer nivel de atención. De acuerdo con los datos, en estos se presentan el 80 % de los padecimientos.

Las matrices o la gran matriz analítica (se puede conjuntar la pequeña con la más grande que contempla las dimensiones institucionales) arrojó información valiosa interpretada a la luz de lo que establece el instrumento internacional jurídico y los relatos de los diversos actores, institucionales y comunitarios. Así pues, las dimensiones se diluyen para dar paso a las tramas del derecho a la protección de la salud, concretamente en la experiencia del Centro de Salud T-II en Santa Ana Tlacotenco.

Trama 1: Acceso con rejas y policía vs. accesibilidad simbólica

El acceso en salud como categoría analítica y empírica permite hacer una correcta evaluación sobre el sistema público de salud. También es factible señalar que es una dimensión del derecho a la salud (en sentido amplio) y del derecho a la protección de la salud (en el sentido restringido). En realidad, prácticamente de todos los derechos y, además, podría ser un subderecho.

El acceso a los servicios de salud es parte fundante del propio derecho a la protección de la salud. Sin el acceso sería una tarea épica dar cuenta si ese derecho es efectivo o cómo se cumple, si es que se satisface. Adicionalmente, el acceso no solo denota la entrada de la persona al sistema, sino que también comprende la necesidad de buscar ayuda hasta la culminación de la consulta médica. Lo que se pretende enfatizar en este punto es que representa un proceso.

En concordancia con Rodríguez (2018), las barreras al acceso se definen como “los obstáculos que impiden que las personas transiten adecuadamente por este proceso, se identifican en dos grupos: las de oferta (impuestas por el prestador médico o por el sistema) o las de demanda (atribuidas al individuo)” (p. 6). En el caso del Centro de Salud T-II de Santa Ana Tlacotenco, operan las de la oferta, es decir, las que impone el sistema. Ya se encuentra muy “naturalizado” que cuando una persona llega al centro de salud en horas de la madrugada, los primeros contactos son la reja y el policía, quien canaliza la entrada al centro, y luego se aguarda en la sala de espera. Esta imagen también imprime una dimensión simbólica de violencia, cuyo mensaje es “yo soy la fuerza, y el que pone las reglas. Atentamente: el sistema”.

Otro elemento del acceso puede ser el la disponibilidad del transporte, pues en Milpa Alta es insuficiente y el que existe demora mucho. Por ello, se considera que el sistema de transporte representa una barrera para de acceso al centro de salud. Con esto no se asegura que depende del propio centro, sino que son cuestiones de tipo estructural como delegación y retos como parte de la Ciudad de México.

Por otra parte, la accesibilidad simbólica queda relegada en los diseños institucionales y debe ser tan importante como la accesibilidad geográfica, bebido a que es igual de necesaria, pues se refiere lo siguiente:

“Una relación entre los servicios y los sujetos en la que, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse [...] Este vínculo surge de una combinatoria entre las condiciones y discursos de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios” (Stolkiner et al. 2000, citado en Comes y Stolkiner 2005, como se citó en Castro, 2016, p. 59).

Trama 2: Tiempo de espera ¿dominación, subordinación o resignación?

De lo que más se quejan los usuarios es del tiempo de espera para ser atendidos. Esto es lo que más señala la población en cuanto al servicio que presta el Centro de Salud T-II de Santa Ana Tlacotenco. La sala de espera constituye parte de la trayectoria angustiosa para el ejercicio del derecho a la atención médica, aunque para muchas personas se expresa en el paso al consultorio.

Esto se divide en dos tiempos: uno para obtener una cita y otro para ser atendido. Para acceder es necesario tener una cita, pero aun teniendo la cita se debe esperar. Estos tiempos de espera son los que Auyero (2013) denominó como los procesos temporales, en los que se reproduce la subordinación y va aparejada la dominación. Esto conduce a la dimensión simbólica del velo y la manipulación del tiempo.

Estos usuarios del primer nivel de atención sin ninguna gravedad se convierten en *pacientes del Estado*. Por la experiencia de campo en el centro de salud, es posible afirmar que se presentan dos tiempos: el institucional y el de los sujetos, aunado al tiempo de la agencia (el de los usuarios). Hay un punto crítico en estos y no se sabe si se pueda llegar a resolver la tensión. Este es otro reto que presenta un sistema público de salud: el manejo del tiempo y la temporalidad como forma de democratizar lo público.

Trama 3: Pluralismo médico a medias

No obstante, el campo de la salud pública debe reconocer la existencia de otros saberes y formas de atención que, sin lugar a dudas, coadyuva en una mejor prestación del servicio al comprender los significados que las personas le asignan tanto a la enfermedad y como a los padecimientos.

Para los usuarios resulta más difícil que mencionen el uso de plantas medicinales en el propio centro de salud, por temor a que escuche el personal de salud, debido a que rechazan este tipo de prácticas porque las consideran “atrasadas”, y que entran en conflicto con los postulados y las prácticas de la biomedicina.

Además, en Milpa Alta no solo hay saberes y prácticas tradicionales indígenas, sino que es un escenario donde confluye lo mágico-religioso en una especie de sincretismo. La iglesia del pueblo de Santa Ana Tlacotenco es un espacio importante de significaciones y significados, que guarda una estrecha relación con la atención de dolencias, padecimientos y enfermedades.

Asimismo, existe una falta de adecuación cultural en los servicios, que no solo reivindique los saberes y prácticas de la medicina tradicional o indígena, sino que reconozca, incorpore y valore otros de la medicina alternativa y de la casera. El temazcal también podría incorporarse en las prácticas terapéuticas y sanadoras, y de cuidado de la salud, debido a que aunque en los últimos años se utiliza menos, aún es una práctica que emplea la población con un sentido holístico.

Trama 4: Satisfacción entre costuras

Con respecto a la afirmación que la calidad del centro de salud es buena, a pesar de no estar satisfechos con el servicio, puede indicar cómo todo el proceso de la prestación del servicio es un *continuum*, que solo lo de afuera separan como recurso metodológico. Los usuarios entrevistados solo manifestaron sentirse insatisfechos en una fase del proceso de la atención médica y de la prestación del servicio, que sería antes de entrar al consultorio.

En cuanto a la calidad recibida, según lo que dispone la Observación general 14 (2000), se puede deducir que priva más un enfoque técnico, administrativo y gerencial. Excluye la voz

y opiniones de los usuarios o pacientes. Realmente la participación de la población es muy marginal, puesto que no existen mecanismos eficaces capaces de promoverla.

Lo anterior no quiere decir que lo técnico no importa, en salud es muy relevante, pero en relación con la prestación de la atención sanitaria en servicios públicos de salud, para una mejora continua las voces de los usuarios son fundamentales y pueden servir de mucha ayuda para repensar horarios, funcionamiento y otras rutinas de trabajo, que no se han pensado desde el contexto en el que se encuentran. A saber, en el Centro de Salud T-II de Santa Ana Tlacotenco la mayor afluencia de demanda es por las mañanas. Aun así, los turnos siguen organizados de la misma forma y con igual cantidad de personal designado para cada turno.

Trama 5: Apropiación de la salud como derecho requisito sine qua non para su exigibilidad

“La toma de conciencia de que la salud es un derecho de la persona” (Berlinguer, 1978, p. 50, como se citó en Magalhaes y Carvalho, 2007, p. 306) implica un proceso de construcción. Antes de la toma de conciencia, tiene lugar un reconocimiento de este, es decir, que haya una noción -aunque vaga- sobre la salud como un derecho. Esa noción podría conllevar a un reconocimiento de la salud como derecho. Seguido a eso, vendría un proceso de afirmación y, así interiorizado con conciencia de este, es que podría emitir algún reclamo a la autoridades competentes en la obligación del derecho.

La posibilidad de exigir está intermediada por la “autorización” de las figuras dominantes y el personal de salud, principalmente los médicos y enfermeras. “La posibilidad de reclamo de derechos por parte de los sujetos depende en gran medida de la subjetividad que se ha construido en la relación histórica que las instituciones estatales han establecido con la ciudadanía” (Herrera, 2010, p. 96). En ese sentido, los servicios públicos de salud no se entienden como una expresión del derecho, sino como una dádiva, ayuda o simple beneficencia por parte de los usuarios. “Si tuviera dinero fuera a un privado”, afirmó una señora en una oportunidad se encontraba en el centro de salud.

Es necesario emprender procesos de capacitación y educación en derechos humanos, no solo a los usuarios, para que puedan apropiarse y exigirlo, sino a todos los profesionales de salud y también todos los trabajadores del sector salud: desde el policía, personal de limpieza, los administrativos y trabajadores sociales.

A manera de cierre, las y los usuarios del Centro de Salud T-II de Santa Ana Tlacotenco no perciben la prestación del servicio bajo un enfoque de derechos, y prevalece una racionalidad instrumental tanto en los funcionarios como en el personal de salud. De ahí que sea el seno del propio sistema de salud, en su expresión más concreta, se juega su doble rol: como determinante del derecho a la salud y como una dimensión institucional clave del derecho a la protección de la salud. Es decir, es la bisagra entre uno y otro.

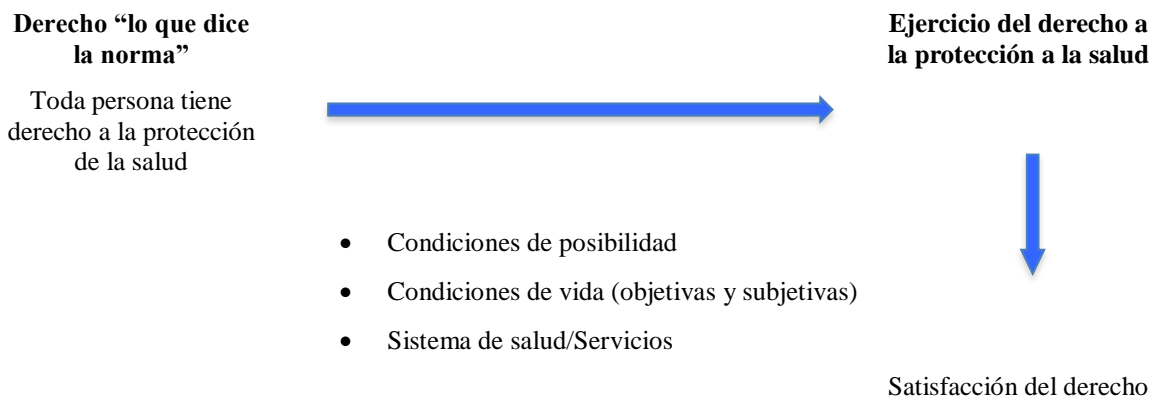
Asimismo, se considera que uno de los principales retos que enfrenta el sector salud en México radica en que los diseños institucionales estatales actuales no tienen en cuenta los contextos geográficos y las dinámicas locales, por ende, un problema que se identificó en el sistema de salud es el de la organización de los servicios. Al Estado como ensamble institucional le cuesta asumir como principio rector y operativo la heterogeneidad social. Bajo esta lógica se diseñaron los mejores programas sectoriales y las más lúcidas políticas públicas, solo que resultaron inviables, porque la localidad con sus habitantes representó un espacio socio-geográfico muy distinto al pensado.

Las implicaciones en la organización de los servicios de salud deben advertir no solo la racionalidad del modelo médico hegemónico (el biomédico), sino incorporar otros de acuerdo con los de la población a la que se dirigen. Además, debe contemplar una mayor participación de la población en la planificación, organización y evaluación de los servicios de salud. Así se podrá asegurar, en buena parte, la consecución del derecho a la protección de la salud.

Conclusiones y agenda futura de investigación

Las tramas del derecho a la protección de la salud se develaron en esta investigación en un nivel micro. Las razones por las que se observaron las relaciones e interacciones entre los diferentes actores a un nivel micro, el centro de salud, radica en que esa es la unidad social concreta más pequeña del andamiaje del sistema público de salud en México y también forma parte de la dinámica multinivel del Estado. Esto permitió describir de manera más directa cómo es el acceso y la atención entre personal de salud y usuarios, y cómo se da ese intercambio de recursos materiales y simbólicos para lograr la prestación del servicio.

A lo largo de esta tesis, se observó y vivenció de cerca a través de la prestación del servicio cómo es la trayectoria entre lo que dispone el derecho y la concreción de este, del papel a la práctica.



La flecha entre lo que dicta la norma y el ejercicio es larga intencionalmente, porque representa la brecha de implementación, la distancia aún considerable para que el derecho a la protección de la salud sea efectivo para la población. Se evidenció que el ejercicio del derecho es limitado en el pueblo de Santa Ana Tlacotenco y, además, existe una *igualdad de derecho*, aquella en la que toda persona es titular de un derecho fundamental, pero en la práctica no ocurre una *igualdad sustantiva*, que supone el pleno ejercicio de los derechos y la capacidad de hacerlos efectivos en la cotidianidad.

Pese a que en los últimos años la cobertura de los servicios públicos en México aumentó considerablemente, las inequidades regionales se siguen profundizando no solo en términos

de cobertura, sino también en la calidad de la atención de los propios servicios de salud (Sánchez y Arana, 2014). Las inequidades y desigualdades en salud además de impedir un ejercicio pleno el derecho, son condicionantes para ambos derechos: el de la salud y el de la protección de la salud. En ese sentido, es factible señalar cómo las condiciones de posibilidad más de tipo estructurales, las macro sociales, también obstaculizan el cumplimiento del derecho. Estos pueblos originarios de Milpa Alta acumularon una serie de desventajas históricas en varios sentidos, que pesan en su agencia en cuanto a la capacidad autónoma que poseen.

La triple determinación de la salud (modos de vida-condiciones de vida-estilos de vida) se evidenció en lo que se observó en Milpa Alta, lo que condiciona el ejercicio de los derechos. Esta, anudada a una doble inequidad: la de la clase social y la de pertenencia cultural indígena, configuran un entramado poco deseable que perpetúa la brecha de implementación. También se cree que la agencia de las personas y las colectividades juegan un papel importante en la consecución de los derechos. No obstante, se encontró que no hay un proceso de concientización sanitaria en Santa Ana Tlacotenco, en el que exista un reconocimiento del derecho como tal, su afirmación y una apropiación para ejercerlo, sino para reclamar al Estado (en su institucionalidad concreta) el cumplimiento de sus obligaciones.

Sin la noción de derechos es muy difícil considerar la institucionalidad pública como parte del derecho y el espacio de la realización de este, que también lo asegura en buena medida. Asimismo, sin esta noción, el exigir se hace aún más cuesta arriba, ¿por qué se va a exigir?, ¿a quién se va a exigir? Las personas piensan que no son merecedores de este servicio, situación que se agrava doblemente debido a la condición de pertenencia cultural indígena, por ser una población que reivindica un pasado indígena náhuatl, que se dedica a las labores del campo en su mayoría, ellos se reconocen “somos campesinos”, y por la condición de clase social “somos pobres, pues trabajamos el campo”, entonces, “no tenemos seguro, solo nos queda venir al centro, que nos hagan el favor”.

En el pueblo de Santa Ana Tlacotenco la salud como capacidad humana está mermada e impide una vida plena y digna, elegida libremente entre múltiples opciones. En este sentido, el derecho a la salud y a la protección de la salud deberán transitar la escala de justicia que propuso Fraser (2008) de una mayor distribución de bienes y servicios en salud, de un

reconocimiento mayúsculo a estos pueblos originarios y una mejor representación en las diferentes instancias de la institucionalidad pública, para así avanzar hacia una importante democratización en salud.

II. Agenda futura de investigación e investigación aplicada

- Abordar los otros pueblos originarios presentes en la delegación de Milpa Alta.
- Observar las prácticas de una institución de salud en el sector privado, que permita realizar comparaciones con el sector público.
- Promover más investigaciones sobre el derecho a la protección de la salud desde la perspectiva cualitativa, que dé cuenta no solo de espacialidades rurales, sino también en espacios urbanos (80 % de la población es urbana).
- Elaborar programas de capacitación sobre los derechos humanos para el personal de salud y población usuaria.
- Construir programas de promotoras y promotores de salud con un enfoque de derechos humanos.
- Diseñar un modelo de las dimensiones para analizar la política de salud desde la perspectiva de la Medicina Social-Salud Colectiva.
- Documentar y acompañar procesos de exigibilidad que emprendan comunidades rurales, pueblos originarios, colectividades indígenas y afros.

Referencias bibliográficas

- Acevedo, A., y López, P. (2012). *Ciudadanos inesperados*. El Colegio de México, A.C.
- Arévalo, L. (2001). *El concepto jurídico y la génesis de los derechos humanos*. Universidad Iberoamericana Puebla y Universidad Iberoamericana Ciudad de México.
- Assies, W. (1999). *Pueblos indígenas y reforma del Estado en América Latina*. Colegio de Michoacán.
- Auyero, J. (2013). *Pacientes del Estado*. Eudeba.
- Blanco, J., y Sáenz, O. (1994). *Espacio urbano y salud*. Doble Luna Editores e Impresores.
- Bonilla, R. (2009). Agricultura y tenencia de la tierra en Milpa Alta. *Estudios Críticos De La Sociedad*, (61), 249-283.
- Burr, C., Piñó, A., Quiroz, L., y Martín, E. (2011). *Guía para el paciente participativo: atrévete a exigir, atrévete a saber*. LID Editorial Mexicana.
- Castro, M. (2016). *En letras chiquitas: construcción de la ciudadanía y el derecho a la información en salud*. El Colegio de Sonora.
- Clavreul, J. (1978). *El Orden médico*. Editorial Argot.
- Di Castro, E. (2010). Derechos sociales, democracia y justicia. En P. Dieterlen, *Los derechos económicos y sociales: una mirada desde la filosofía*. Instituto de Investigaciones Filosóficas.
- Ferrajoli, L. (1999). *Derechos y garantías. La ley del más débil*. Editorial Trotta.
- Fraser, N. (1991). La lucha por las necesidades: esbozo de una teoría crítica socialista-feminista de la cultura política del capitalismo tardío. *Debate Feminista*, 3, DOI: <https://doi.org/https://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.1991.3.1493>.
- Fraser, N. (2008). *Escalas de Justicia*. Herder Editorial.
- Gobierno de México. (2015). *Propósito, Objetivos y Funciones del Aval Ciudadano*. <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/proposito-objetivos-y-funciones-del-aval-ciudadano>

- Gobierno de México. (s.f.). *Carta de los Derechos Generales de las y los Pacientes*.
https://www.inr.gob.mx/g23_03.html
- Gobierno de México. (s.f.). *Home*. <http://www.promocion.salud.gob.mx/cdn/?p=24102>
- Gómez, O., Sesma, S., Becerril, V., Knaul, F., Arreola, H., y Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Revista de Salud Pública de México*, 54(2), 220-232.
- Haro, J. (2015). *Salud para los pueblos indígenas de México, avances y retrocesos a la vuelta del milenio*. Universidade Federal de Santa Catarina.
- Herrera, C. (2010). *De “pacientita” a ciudadana: el largo y sinuoso camino de las mujeres frente al orden médico en México*. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias-UNAM/ Universidad de la República.
- Hincapié, S. (2017). Acción colectiva de las mujeres y derechos humanos en México: movilizándolo el dolor en medio del conflicto armado. *Estudios Socio-Jurídicos*, 19(2), 97- 127.
- Hunt, P. (2008). *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. Consejo de Derechos Humanos, séptimo período de sesiones.
- Informe de Evalúa DF. (2010). *Elaborado bajo la supervisión del Dr. Alejandro Cerda*.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2015). *Encuesta Intercensal 2015*.
<https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/>
- Langdon, E., y Cardoso, M. (2015). *Saúde Indígena: Políticas Comparadas na América Latina*.
<https://ds.saudeindigena.icict.fiocruz.br/bitstream/bvs/4601/2/052046486.pdf>
- López, L. (2007). *Interculturalidad, educación y ciudadanía*. Plural.
- López, O. (2018). *Política, institucionalidad, derechos y exigibilidad. Un estudio de casos*. Ponencia presentada en el Congreso de LASA.
- López, O., y López, S. (2015). *Derecho a la Salud en México*. Universidad Autónoma Metropolitana.

- López, S., y Puentes, E. (2011). *Observatorio de la salud pública en México 2010*. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.
- Loza, J. (2014). *Territorio y Cultura en la comunidad indígena de Milpa Alta. Huellas de una identidad en resistencia*. UAM.
- Magalhaes, M., y Carvalho, K. (2007). *El derecho a la salud y la participación popular: una comparación de las perspectivas de profesionales y usuarios de la red pública de servicios de salud*. Lugar Editorial.
- Medina, A. (2009). La transición democrática en la ciudad de México. *Argumentos*, 22(59), 11-41.
- Menéndez, E. (2009). De racismos, esterilizaciones y algunos otros olvidos de la antropología y la epidemiología mexicanas. *Salud Colectiva*, 5(2), 155-179.
- Neiman, G., y Quaranta, G. (2014). *Los estudios de caso en la investigación sociológica*. Gedisa.
- OECD. (2014). *Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014 México en comparación*. <https://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-MEXICO-2014-in-Spanish.pdf>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2005). *Home*. <https://www.who.int/features/qa/28/es/>
- Ortiz, A. (2004). Elementos y obstáculos a tomar en cuenta en la conceptualización y apropiación de los derechos sexuales y reproductivos. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 57, 599-637.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD]. (2016). *Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe*. PNUD.
- Rodríguez, J. (2005). Definición y concepto de la no discriminación. *El Cotidiano*, 134, 23-29.
- Sánchez, H., y Arana, M. (2014). La muerte materna en Chiapas: una historia inacabada. *Medicina Social*, 9(1), 48-44.

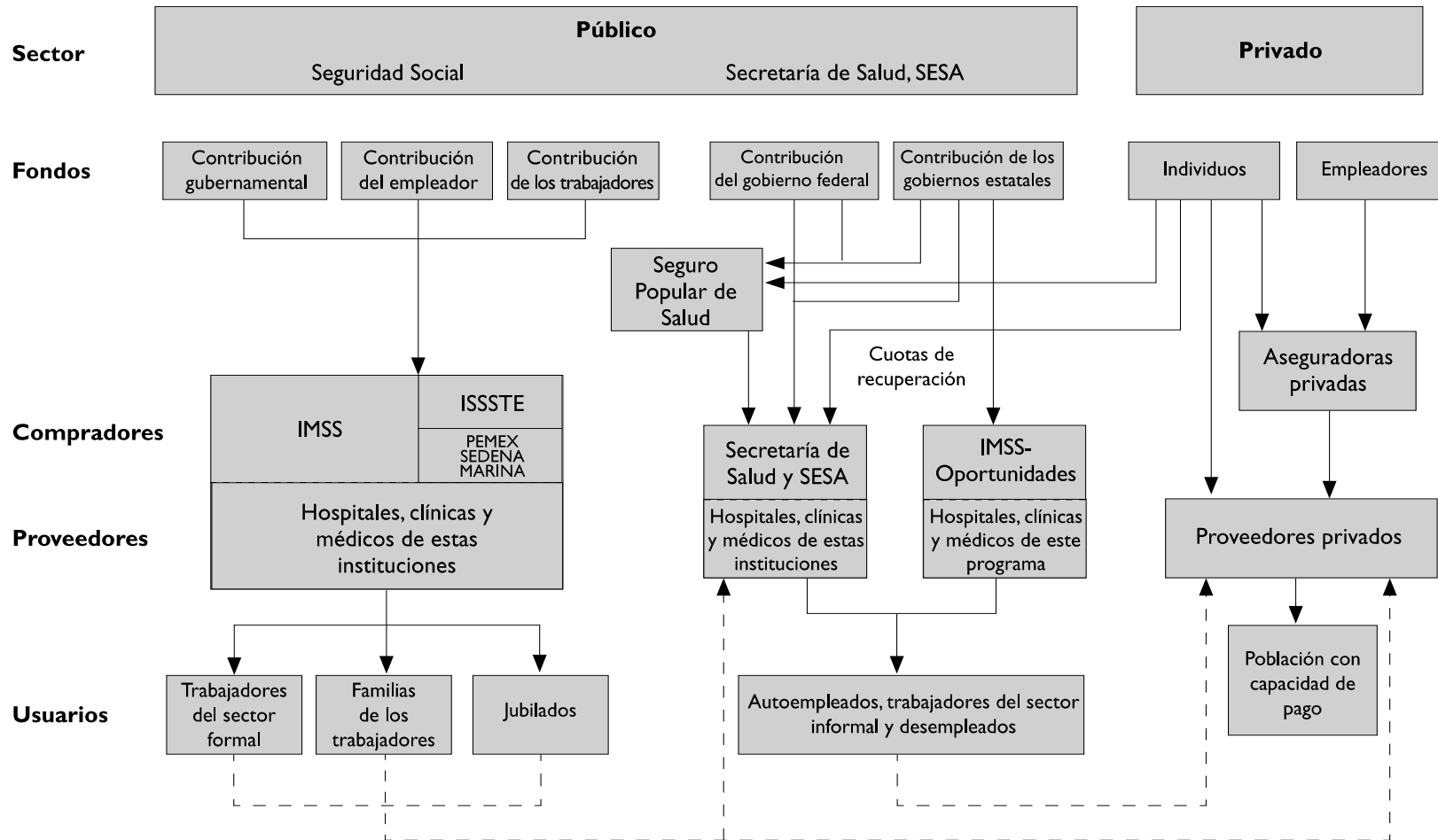
Serrano, S., y Vázquez, D. (2013). *Principios y obligaciones de derechos humanos: los derechos en acción*. Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.

Tilly, C. (2004). ¿De dónde vienen los derechos? . *Sociológica*, 19(55), 273-300 .

UNODC. (2013). *Aportes para el proceso de revisión de las reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos*. http://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/CELS_Y_CONECTAS.pdf

Anexos

Anexo 1. Diagrama del sistema de salud de México



Anexo 2



Consentimiento informado

Al firmar este documento acepto la participación yo _____, en la presente investigación, la cual tiene por finalidad conocer y analizar la percepción sobre el derecho a la protección de la salud en cuanto a la prestación del servicio en el Centro de Salud, ubicado en Santa Ana Tlacotenco, en Milpa Alta, Ciudad de México. Por lo que autorizo a la tesista _____ quien está desarrollando esta investigación, para que realice las preguntas pertinentes con relación al acceso y prestación. Se me ha informado que no corro ningún riesgo, que mi participación es voluntaria y puedo retirarme cuando así lo decida, como también estoy consciente de que se respetara la privacidad, los derechos como ser humano y que la información que proporcione será confidencial únicamente en poder de la persona encargada de la investigación, así mismo los resultados de investigación me serán proporcionados si lo solicito y que a la responsable de esta información puedo contactar por su número de teléfono, el cual me fue entregado aparte.

Nombre y Firma

Ciudad de México a __ de _____ del __