

Capítulo **1**

Estudio sobre el derecho a la salud para los chatinos de Santa Cruz Zenzontepec, Sola de Vega, Oaxaca

Ofelia Ruiz Cortés

DOI: <https://doi.org/10.61728/AE20258641>



Resumen

La investigación realizada, de la cual surge este artículo, revela una clara y preocupante discrepancia entre la protección legal del derecho a la salud en México y su aplicación en la realidad para el pueblo indígena chatino de Santa Cruz Zenzontepec, municipio de Sola de Vega, Oaxaca, México.

A pesar de que el artículo 4.º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos garantiza la protección de la salud como un derecho humano fundamental, los chatinos, habitantes de la comunidad de Santa Cruz Zenzontepec, municipio de Sola de Vega, Oaxaca, enfrentan serias deficiencias que impiden su goce efectivo.

El estudio realizado, a través de la investigación de campo, confirmó que el centro de salud del municipio opera bajo condiciones precarias.

Entre los principales problemas identificados se encuentran que el centro de salud carece de una infraestructura adecuada y tiene una escasez constante de medicamentos esenciales y personal médico especializado; existe una falta general de calidad en los servicios médicos, lo que genera insatisfacción y desconfianza, y existe deficiencia en la omisión y gestión inadecuada por parte de las autoridades municipales y del comité del centro de salud, quienes no promueven el bienestar de la comunidad.

La investigación concluye que esta situación de vulnerabilidad obliga a los chatinos a buscar atención en otros municipios o a recurrir a la automedicación, lo que agrava sus problemas de salud y económicos. El caso de los habitantes indígenas de Santa Cruz Zenzontepec es un ejemplo de cómo la discriminación histórica y la falta de políticas públicas culturalmente sensibles se traducen en la violación constante del derecho a la salud de los pueblos indígenas.

Introducción

El derecho a la salud, en su sentido más amplio, trasciende la mera ausencia de enfermedad. Es un derecho humano de segunda generación, reconocido internacionalmente, que implica el acceso a servicios de atención médica de calidad, medicamentos esenciales y condiciones sanitarias dignas. Este derecho, al igual que el acceso a la educación, es un pilar fundamental para el desarrollo humano y la calidad de vida de las personas y las comunidades. Su garantía efectiva es una obligación ineludible del Estado, que debe velar por el bienestar de todos sus ciudadanos, sin distinción de origen, etnia o condición social.

La investigación realizada se enfocó en la realidad de este derecho en una de las poblaciones más vulnerables de México: el pueblo indígena chatino de Santa Cruz Zenzontepec, en el estado de Oaxaca.

El estudio buscó no solo describir la situación del acceso a los servicios de salud, sino también realizar un análisis jurídico y social para identificar las causas de las deficiencias y proponer soluciones efectivas.

La elección de este municipio no es casual; su historia de marginación, pobreza y aislamiento geográfico lo convierte en un caso emblemático de los desafíos que enfrenta México para garantizar el acceso universal a la salud.

El municipio de Santa Cruz Zenzontepec, ubicado en la Sierra Sur de Oaxaca, es uno de los 16 municipios que conforman el distrito de Sola de Vega. Es hogar de una comunidad indígena chatina, cuyo nombre, cha'tñan, se traduce como "palabras en voz baja", un rasgo que, de manera poética, podría reflejar la silenciosa lucha de sus habitantes por el reconocimiento y la garantía de sus derechos.

A lo largo de los años, los chatinos han enfrentado problemas multifactoriales, incluyendo la pobreza, la falta de empleo y una deficiente calidad educativa. Sin embargo, uno de los problemas más acuciantes es la falta de acceso a un sistema de salud de calidad. A pesar de la existencia de un centro de salud en el municipio citado, los servicios que se ofrecen son insuficientes y precarios. Los habitantes se encuentran con una infraestructura deficiente, la ausencia de médicos y personal especializado, y una escasez crónica de medicamentos esenciales para tratar enfermedades de alto riesgo.

Esta situación de abandono institucional es una clara violación del derecho a la protección de la salud, consagrado en el artículo 4.º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. El Estado, a través de sus diferentes niveles de gobierno, tiene la obligación de proveer servicios de salud de calidad, así como los medicamentos necesarios. La falta de estos recursos no solo pone en riesgo la vida de los chatinos, sino que también genera un ciclo de enfermedades, pobreza y desigualdad que es difícil de romper.

La relevancia del estudio realizado radica en su enfoque en una población históricamente marginada como son los chatinos. Al analizar las condiciones de salud del pueblo indígena referido, esta investigación contribuye a la visibilización de una problemática que a menudo es ignorada. Los resultados obtenidos pueden servir como una herramienta para la comunidad, proporcionándoles un diagnóstico fundamentado con el cual pueden exigir a las autoridades el cumplimiento de sus responsabilidades.

La justificación del estudio se basa en la necesidad de defender los derechos humanos de las poblaciones indígenas. La Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas establece que los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, pero también a acceder, sin discriminación, a todos los servicios sociales y de salud. Por lo tanto, el Estado mexicano tiene una doble responsabilidad: respetar las prácticas de salud ancestrales y garantizar el acceso a la atención médica moderna. Este estudio buscó demostrar que ambas responsabilidades están siendo incumplidas.

El propósito de la investigación fue realizar un análisis jurídico sobre el derecho a la salud para el pueblo indígena chatino de Santa Cruz Zenzontepec, Sola de Vega, Oaxaca, y se propuso como hipótesis que en el pueblo indígena chatino de Santa Cruz Zenzontepec no existe una calidad de servicios adecuada en el Centro de Salud municipal. Esto se debe a que el presidente municipal y el comité del Centro de Salud no realizan ninguna acción para equipar en medicamentos, infraestructura y personal médico a este Centro de Salud, lo que resulta en la falta de calidad en los servicios y la carencia de medicamentos necesarios para tratar enfermedades de alto riesgo.

El derecho a la salud como pilar fundamental de los derechos humanos

El derecho a la salud es una piedra angular de los derechos humanos y un componente indispensable de lo que se entiende por una vida digna (López, 2014). Este derecho, entendido como el disfrute del nivel más alto posible de salud física y mental, no es una noción reciente. Fue proclamado por primera vez a nivel internacional en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud OMS en 1946 (Corzo, 2009).

La OMS define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades” (Corzo, 2009). Según Narro (2001), el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

Este derecho se reafirma en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 (artículo 25) y fue reconocido explícitamente como derecho humano en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales PIDESC de 1966 (Carmona, 2010). El artículo 12 del PIDESC destaca el “derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (Ávila, 2013).

Para Valles (2015), el derecho a la salud es de importancia universal, dado que casi todos los Estados han ratificado al menos un tratado que lo reconoce y se han comprometido a su protección en marcos internacionales, leyes nacionales y conferencias (Valles, 2015; Moreno, 2015). Dworkin (2004) y Peces (2004) sostienen que el derecho a la salud tiene un fundamento en valores históricos y se relaciona directamente con la “adaptabilidad social a una vida plena”, exigiendo salud preventiva y correctiva para todos (Dworkin, 2004; Peces, 2004).

Se describe el derecho a la salud como un derecho fundamental de carácter universal, considerado un derecho humano primario para todas las personas, sin importar su ciudadanía o capacidad de obrar (Ferrajoli, 2000). Castro (2016) subraya que la salud como derecho humano fundamental, establecida por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en 1948, es indispensable para el ejercicio de los demás derechos

humanos. La Observación General número 14 del PIDESC enfatiza que “todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente” (Castro, 2016; Ochoa, 2017).

Esta noción de vivir dignamente, señalada por Peces (2004), implica una moralidad genérica que ve a todos los seres humanos como fines y no como medios. Además, Cedeño (2014) considera la salud una capacidad humana y condición esencial para el desarrollo humano.

El derecho a la salud se estipula en el “Protocolo de San Salvador” de 1988 como el disfrute del nivel más alto posible de bienestar físico, mental y social, subrayando la dimensión social del individuo (Protocolo de San Salvador, 1988). Vázquez (2022) lo califica como un derecho humano fundamental que debe garantizar condiciones de vida social para que las personas elijan libremente una vida “buena”. Como derecho social y humano, faculta a las personas a exigir al Estado el cumplimiento de las obligaciones que se derivan de él (Álvarez, 2009; Flores, 2006).

Ferrajoli (2000) define los derechos fundamentales como aquellos que corresponden universalmente a todos los seres humanos por su estatus de personas o ciudadanos. Serrano (2018) añade que los derechos fundamentales deben ser inviolables, y el derecho a la salud, clasificado como derecho humano y primario, demanda prestaciones para su concreción.

En México, el derecho a la protección de la salud fue incorporado de forma parcial en 1983 en el artículo 4.º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (López, 2014; Arellano, 2015). Posteriormente, la Ley General de Salud de 1984 y las modificaciones de 2003 para la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) en 2004 reflejan una evolución del sistema (Montes, 2016; Gómez, 2013).

Sin embargo, a pesar de la constitucionalización del derecho a la salud, el problema del acceso equitativo a los servicios de salud en México no se ha resuelto de fondo (Salazar, 2012). La inequidad y fragmentación del sistema de salud se observan desde los años 50 (Ramírez, 2009). La población se agrupa según su vínculo con el mercado laboral, lo que determina las formas de acceso al servicio de salud (Molina, 1997). Aquellos en la economía informal, por ejemplo, son reconocidos legalmente solo por su actividad y no como parte del Estado mexicano con derechos plenos (Bustamante, 2016). Esto genera una marcada desigualdad en salud y un aumento persistente de inequidades (Luna, 2014).

El sistema público mexicano de atención a la salud se caracteriza por una cobertura parcial y grandes duplicaciones, con una parte de la población que utiliza servicios para población abierta siendo derechohabiente de la seguridad social, o con acceso a múltiples servicios públicos (García, 2021). Es un sistema de financiamiento mixto, con una descentralización incompleta y parcial, que presenta múltiples modelos de atención y una calidad heterogénea (Maceira, 2014; Arredondo, 2003). Existe un predominio de lo curativo sobre lo preventivo y una estructura autoritaria que limita la participación de los usuarios (Durán, 2009).

En México, persisten profundas desigualdades entre mujeres y hombres, manifestándose en brechas en las condiciones de vida, la supervivencia a enfermedades prevenibles y el acceso diferenciado a servicios básicos como educación, salud e infraestructura (Escobar, 2013).

Los derechos humanos ofrecen un marco poderoso para la intervención en salud al apelar a los valores de justicia social y equidad (Escobar, 2013). Los gobiernos tienen la obligación de proteger a las mujeres de muertes tempranas y evitables, en particular las maternas, así como de abusos sexuales, embarazos no deseados y condiciones laborales peligrosas (Espinosa, 2009). La mortalidad materna es incluso considerada una violación a los derechos humanos (Cruz, 1997).

La Declaración Universal de Derechos Humanos, de mediados del siglo XX, ya consagraba derechos fundamentales como la salud, la integridad personal, la no discriminación y el trato digno, todos ellos cruciales para la atención de la salud de las mujeres indígenas (Carrasco, 2012). La Organización de las Naciones Unidas (2003) se compromete a promover el “respeto universal a los derechos humanos y a las libertades fundamentales de todos, sin hacer distinción de raza, sexo, idioma o religión” (Freyermuth, 2009).

A pesar de estos principios, las mujeres indígenas a menudo sufren problemas de salud de manera más aguda que las no indígenas, llegando a ser víctimas de negligencia médica (Flores, 2006). La Cumbre del Milenio de 2000 asumió compromisos para erradicar la desigualdad social y la pobreza extrema, destacando la necesidad de mejorar el acceso a la salud como una prioridad en México (Vázquez, 2022). La salud de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio es fundamental, asegu-

rando que todas, especialmente las históricamente marginadas, gocen de un acceso efectivo a estos servicios, respetando principios como la igualdad, privacidad, autonomía y dignidad (Charvel, 2012).

Organizaciones como la Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas de México (CONAMI) tienen una larga trayectoria en la lucha por los derechos de las mujeres y pueblos indígenas, promoviendo la inclusión del enfoque de género e interculturalidad y garantizando atención de salud de calidad desde la cosmovisión indígena (Pérez, 2000). Es crucial visibilizar los problemas de salud de las mujeres indígenas, ya que hay pocas investigaciones y formas limitadas de registro (Ayala, 1994). Los principios de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas se centran en un enfoque integral de la salud, el derecho a la autodeterminación, el respeto y revitalización de las culturas indígenas, y la participación sistemática (Sánchez, 2006).

Los pueblos indígenas tienen el derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluyendo la conservación de recursos naturales. Asimismo, tienen derecho a acceder, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud, y a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental (Villoro, 2006).

A nivel global, muchas personas enfrentan barreras para acceder a una atención sanitaria de calidad, siendo la discriminación un obstáculo persistente (Hurtado, 2013). Esta discriminación rara vez se limita a una única característica y a menudo es intersectorial, múltiple o combinada, impulsada por diversos factores (Arredondo, 2003). Grupos vulnerables y poblaciones clave siguen sufriendo estigmatización, discriminación, criminalización y malos tratos en los establecimientos de salud debido a su estado de salud, raza, condición socioeconómica, edad, sexo, orientación sexual o identidad de género (Cobos, 2010).

El derecho internacional de los derechos humanos establece la responsabilidad de los Estados de adoptar medidas para abordar todas las formas de discriminación y garantizar el acceso a la atención sanitaria sin discriminación (Valdés, 2013). El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU ha observado que todas las instalaciones sanitarias deben ser accesibles para todas las personas sin discriminación, lo que implica garantizar la accesibilidad física y económica de las poblaciones más vulnerables (Riojas, 2013; Vargas, 2022).

La discriminación se define como cualquier acto o comportamiento que tenga por objeto o resultado menoscabar el disfrute de derechos humanos fundamentales, incluido el acceso a servicios de salud, en igualdad de condiciones (García, 2002). El derecho a la no discriminación implica un trato respetuoso de la dignidad humana, la autonomía, la privacidad y la confidencialidad, así como la protección contra la coerción y el abuso en la atención sanitaria (Martínez, 2006).

La discriminación puede ser directa, es decir, un trato menos favorable, o indirecta, refiriéndose a leyes o prácticas neutrales en apariencia que tienen un efecto desproporcionado en ciertos grupos, como la necesidad de una dirección permanente para obtener prestaciones de salud, que afecta a migrantes (Rodríguez, 2007; Mark, 2004; Meléndez, 2009; Mendoza, 2001).

Para lograr la igualdad sustantiva, no basta con asegurar un trato idéntico; debe existir un entorno propicio que tenga en cuenta las diferencias biológicas, sociales y culturales, y que aborde las causas subyacentes de la discriminación (Arredondo, 2003). La falta de acceso a la educación, el analfabetismo, la falta de sensibilización, la carencia de poder económico y el sesgo de género son algunas de las barreras estructurales que obstaculizan el acceso a la justicia y, por ende, a la salud (Riojas, 2013).

Los Estados tienen la obligación jurídica inmediata de abordar la discriminación en la atención sanitaria y en el lugar de trabajo, independientemente de sus limitaciones de recursos (Contreras, 2015). La discriminación en la atención sanitaria no se limita a la negativa de servicios, sino que incluye también la facilitación de información errónea, la necesidad de autorizaciones de terceros, la falta de privacidad y el incumplimiento de la confidencialidad (Navarro, 2012).

La organización de la atención a la salud en México se divide en instituciones públicas y privadas, las primeras operando de manera desarticulada y las segundas con coordinación insuficiente (Gutiérrez, 2010). El financiamiento público es limitado, apenas el 2.9 % del PIB (Molina y Carbajal, 2010), y la dispersión de instituciones y programas explica el rendimiento limitado y la ineficiencia del sistema (Molina y Carbajal, 2010; Bautista, 2019). Existen enormes e injustas disparidades en el financiamiento público, con diferencias significativas en el gasto por derechohabiente entre distintas instituciones (Vélez, 2007).

El crecimiento de la población y la esperanza de vida en México, que llevó de 13 millones de habitantes en 1900 a más de 100 millones en 2000, se logró gracias a las inversiones en salud de los gobiernos postrevolucionarios (Welti, 2012; Martínez, 2013). Sin embargo, la política social del Estado, basada en la afiliación a organismos de seguridad social, entró en crisis en los años ochenta, con la emergencia de un sector informal difícil de absorber (Moreno, 2015).

El principal reto para garantizar el derecho a la salud consiste en universalizar la cobertura sin crear nuevas asimetrías debido a la heterogeneidad en la calidad y oferta de prestaciones (Altamirano, 2018). La consolidación de un Sistema Nacional Público de Salud (SNPS) requiere identificar fuentes y montos de recursos públicos, diseñar una fase de transición y definir los paquetes de atención (Zabaleta, 2013). Un SNS universal fortalecería el primer nivel de atención, permitiendo un viraje hacia la prevención y un uso más eficiente de los recursos (Salazar, 2012; Repullo, 2006).

La violación de los derechos humanos puede manifestarse a través de la corrupción, como la solicitud de sobornos para acceder a servicios públicos o justicia, el pago de sobornos para realizar acciones prohibidas o la generación de sobrepagos en adquisiciones públicas (López, 2002; Reyes, 2012; Sánchez, 2006). Estas circunstancias facilitan la violación del derecho humano a la salud (Martínez, 2006). Las violaciones pueden ser complejas, implicando redes de actores gubernamentales, empresarios, crimen organizado y líderes locales (Corvera, 2014). El Estado, como garante del derecho a la salud, está obligado a promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos (Montes, 2016). No basta con regular los medios para resolver conflictos; se requiere una ampliación de la cobertura de los servicios de salud y medidas de prevención efectivas (Flores, 2006).

La salud posee una importancia fundamental tanto a nivel individual como poblacional (Bolaños, 2013). Un individuo con un nivel de salud deficiente ve limitada su capacidad de desarrollar su potencial y disfrutar de la vida (Bolaños, 2013). Colectivamente, la salud es un indicador clave del grado de desarrollo de una nación y es un requisito previo indispensable para alcanzarlo, existiendo una clara relación bidireccional entre salud y desarrollo (Rueda, 2021).

La salud se constituye así en un verdadero valor individual y colectivo, recayendo la responsabilidad en las personas y en los Estados nacionales (Villanueva, 2016). Es inadmisibles equipararla a una mercancía o someterla a las leyes de la oferta y la demanda, ya que esto acentúa las disparidades en la atención (Villanueva, 2016; Borbolla, 2007). El cuidado de la salud en las naciones modernas representa una parte significativa de las inversiones sociales, tanto públicas como privadas (Romero, 1999). A pesar de que la salud no resuelve por sí misma las desigualdades sociales, es imposible combatirlas sin niveles adecuados de salud (Santos, 2010).

Los grandes derechos humanos —la vida, la libertad, la autodeterminación, la igualdad y la no discriminación— solo pueden ser ejercidos a plenitud si existen niveles convenientes de salud en la población (Luna, 2014). Por ello, los Estados modernos tienen la responsabilidad de generar políticas públicas en materia de salud que permitan mejorar las posibilidades de que personas y sociedades alcancen los niveles de salud posibles en la actualidad (Valles, 2019; González, 2018).

En México, aunque ha habido avances importantes en los últimos 25 años, persisten problemas básicos como una alta mortalidad infantil y materna, así como una elevada mortalidad por enfermedades infecciosas y crónico-degenerativas como la diabetes, que afecta desproporcionadamente a la población (Navarro, 2008; Hernández, 2016; Quevedo, 2009). Estos problemas se exacerban en las comunidades rurales e indígenas, donde la pobreza y la exclusión de servicios básicos son una realidad (Castillo, 1996).

La protección de la salud, inscrita en el artículo 4 de la Constitución mexicana desde 1983 (García, 2006; Cárdenas, 2009), establece las bases y modalidades para el acceso a servicios y la concurrencia de los niveles de gobierno. Es responsabilidad del Estado mexicano asegurar el cuidado y atención de la salud como uno de los derechos sociales fundamentales (Fernández, 2010).

El acceso a los servicios de salud es un derecho esencial para el fortalecimiento de la ciudadanía y el desarrollo (Vázquez, 2022). Cada Estado debe procurar la prestación equitativa y eficiente de estos servicios para todos, especialmente para las comunidades indígenas, respetando su cosmovisión y combatiendo las barreras que impiden el disfrute pleno de este derecho.

Metodología

Se comenta que la investigación científica, por su parte, es un método riguroso y sistemático para generar conocimiento válido y confiable. Según Guevara (2020), la investigación es una actividad que busca la solución de problemas y respuestas a preguntas mediante el empleo de procesos científicos.

García (2011) la define como una actividad inherente a la naturaleza humana, pero que, a diferencia de la indagación empírica, se distingue por la aplicación de métodos y técnicas específicos.

En el marco de este estudio sobre el derecho a la salud en el pueblo indígena chatino, la metodología es el pilar que sostiene la validez de los hallazgos. Se basa en una aproximación científica para pasar del conocimiento popular —que reconoce el problema de la falta de salud en la comunidad— al conocimiento científico, que busca las causas y principios subyacentes a través de una rigurosa revisión y análisis.

Tal como afirma Gallego (2008), existen distintos tipos de conocimiento que se clasifican según el nivel de profundidad que se alcanza. Para esta investigación, se consideraron tres tipos principales.

El primer tipo lo define Rojas (2009) como conocimiento popular, natural o vulgar, que es el conocimiento ordinario y cotidiano que se adquiere sin profundizar en las causas de los fenómenos. En este caso, el conocimiento popular de la comunidad es que el centro de salud no funciona adecuadamente, que faltan medicamentos y que los médicos no siempre están presentes. Este conocimiento inicial sirvió como punto de partida y como justificación para la necesidad de una investigación más profunda.

El segundo tipo, de acuerdo con Zepeda (2012), es el conocimiento científico, racional y filosófico. Este tipo de conocimiento es el que descubre las causas y principios de los fenómenos siguiendo una metodología rigurosa. Esta investigación se enmarca en este tipo de conocimiento, ya que busca ir más allá de la simple observación del problema para encontrar las causas jurídicas y sociales de la vulneración del derecho a la salud. Se utiliza el método científico para analizar las normativas, las políticas públicas y las condiciones reales en el municipio.

Y el tercer tipo, Rojas (2009) lo considera el conocimiento de divulgación y se define como aquel que se transmite a través de medios impresos o grabados. Este tipo de conocimiento es relevante en la fase de difusión de los resultados de la investigación, ya que permite que los hallazgos sean accesibles no solo para la academia, sino también para la comunidad chatina, las autoridades y el público en general, con el fin de generar un impacto real en la solución del problema.

La investigación realizada adoptó un enfoque mixto, que combina elementos cualitativos y cuantitativos para obtener una comprensión integral del problema. Se utilizaron encuestas y entrevistas, el enfoque cuantitativo, que de acuerdo con Reinhardt (1986), sirve para recopilar datos sobre las percepciones de la comunidad, el acceso a servicios y la disponibilidad de medicamentos.

De manera simultánea, se utilizó un enfoque cualitativo, que para Lemelin (2005) sirve para interpretar estos datos, analizando el contexto social, cultural y jurídico del pueblo chatino.

El estudio se clasifica como una investigación jurídica, ya que, a decir de Rivera (2007), se enfoca en el análisis del marco normativo que rige el derecho a la salud en México. Esto implica una revisión exhaustiva de leyes, reglamentos y jurisprudencia para determinar el alcance de la obligación del Estado.

En cuanto al diseño, se empleó un diseño no experimental, ya que, según Lara (2010), no se manipuló ninguna variable. La investigación se limitó a observar y analizar la realidad tal como se presenta en la comunidad de Santa Cruz Zenzontepec. Se utilizaron métodos descriptivos para caracterizar la situación actual del centro de salud y analíticos para examinar la relación entre las políticas públicas y el acceso a la salud.

La investigación se sustentó en la hipótesis de que en el pueblo indígena chatino de Santa Cruz Zenzontepec no hay calidad de servicios en el Centro de Salud. Esto se debe a que el presidente municipal y el comité del Centro de Salud no promueven el bienestar del pueblo indígena chatino de Santa Cruz Zenzontepec. Por lo cual el pueblo chatino no cuenta con calidad de servicios de salud, mucho menos con medicamentos necesarios para tratar enfermedades de alto riesgo.

Esta hipótesis sirvió como la brújula metodológica de la investigación. A partir de ella, se establecieron los objetivos y se diseñaron los

instrumentos de recolección de datos, como las encuestas y las entrevistas. Cada uno de los objetivos específicos se formuló para contrastar o confirmar un elemento de la hipótesis, desde la calidad de los servicios hasta la disponibilidad de medicamentos esenciales.

De acuerdo con Hernández (2020), se debe hacer una recopilación de manera sistemática y cuidadosa, adaptada a características de la comunidad, en este caso la comunidad chatina.

Para la recolección de datos se utilizaron diferentes técnicas como la investigación documental, las encuestas y las entrevistas.

La investigación documental, de acuerdo con Armenta (1997), se refiere a una estrategia donde se observa y reflexiona sistemáticamente sobre realidades (teóricas o no) usando para ello diferentes tipos de documentos. En esta investigación se realizó una extensa revisión de documentos jurídicos, incluyendo la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud y los tratados internacionales sobre derechos humanos. Este paso fue crucial para establecer el marco legal y comparar la teoría con la práctica en la comunidad.

Otra técnica utilizada fue la encuesta, que de acuerdo con Guevara (2020), permite estudiar temas en un momento determinado. Se aplicaron encuestas a los habitantes de la comunidad citada para conocer su percepción sobre la calidad de los servicios, la disponibilidad de medicamentos y la atención recibida. Esto permitió obtener datos cuantitativos que respaldan los hallazgos.

Además, se utilizaron entrevistas semiestructuradas con miembros del comité del Centro de Salud, autoridades municipales y líderes comunitarios.

La entrevista, de acuerdo con Carballo (2008), es la técnica con la cual el investigador pretende obtener información de una forma oral y personalizada. Estas entrevistas proporcionaron información cualitativa valiosa, permitiendo comprender las causas detrás de las deficiencias del servicio de salud.

La codificación de los datos, tal como lo define Monge (2015), es un proceso de análisis sistemático y riguroso. Los datos recolectados se codificaron y se categorizaron para identificar patrones y temas emergentes. Finalmente, se realizó un análisis comparativo entre el marco legal

y la realidad de la comunidad, lo que permitió confirmar la hipótesis y generar conclusiones bien fundamentadas.

Resultados

Para la realización de esta investigación se dividió el trabajo de campo en dos partes, la perspectiva de las autoridades y la de los habitantes de la comunidad indígena.

En relación a las autoridades, las cuatro autoridades encuestadas tenían edades entre 43 y 52 años, con niveles de estudio predominantemente de primaria, excepto uno con bachillerato.

Sus cargos incluían presidente municipal, síndico, regidor de salud y un integrante del Comité del Centro de Salud.

En relación a la situación que guarda el derecho humano a la salud en la comunidad, todas las autoridades reconocieron la existencia de un problema de falta de atención a la salud en la comunidad.

Respecto al personal del centro de salud, las opiniones estuvieron divididas: el 50 % consideró que había suficiente personal, mientras que el otro 50 % afirmó que se necesitaba más para mejorar la atención.

Un punto crítico revelado fue la disponibilidad de medicamentos: el 75 % de las autoridades indicó que no hay suficientes medicamentos en el centro de salud, señalando que es obligación de la Secretaría de Salud proveerlos o que, en su defecto, deben recurrir a otros municipios con hospitales.

En cuanto a la atención de los enfermeros, el 50 % la calificó de buena, el 25 % de regular y el 25 % de mala, mencionando que a veces descuidan a los pacientes por otras labores. Sin embargo, se destacó la amabilidad y profesionalismo del personal.

La calidad del servicio del Centro de Salud fue calificada como “mala” por el 75 % de las autoridades y “regular” por el 25 %, sin que nadie la considerara buena. Esta percepción negativa se atribuye a la carencia de medicamentos, personal, sala de espera y equipamiento para tratar enfermedades graves.

Se les pidió que aportaran alguna propuesta para mejorar la situación, a lo que expresaron que debería haber más apoyo de la Secretaría de

Salud del estado de Oaxaca para contar con instalaciones adecuadas; que se debería recopilar y analizar datos de salud de la comunidad para identificar problemas y comprender la infraestructura; que se debería evaluar el centro de salud y solicitar todo lo necesario, incluyendo medicamentos e insumos; también debía de contratarse personal adecuado y evaluar al existente para mejorar la atención; que era necesario buscar apoyos gubernamentales para adquirir camillas, sillas y otros equipos; que se tendría que garantizar la equidad en el acceso a la atención y asegurar la sostenibilidad financiera; propusieron crear modelos de atención integral de enfermedades no transmisibles; y asegurar que los servicios sean eficaces, seguros, centrados en las personas, equitativos y eficientes, lo cual requiere una fuerte orientación nacional y apoyo subnacional.

También se quiso conocer la perspectiva de los habitantes, por lo que se encuestaron a 20 habitantes, cuyas edades oscilaban entre 28 y 72 años. La mayoría tenía estudios de primaria, algunos de secundaria y bachillerato.

Predominaban las ocupaciones de ama de casa y campesinos, y la mayoría estaba casada. La mayoría de habitantes entrevistados —17 de 20— son originarios de Santa Cruz Zenzontepec. Informaron respecto a sus visitas al Centro de Salud; la mayoría acude varias veces con sus familias, otros pocas veces y algunos solo una vez al mes para citas médicas. Sin embargo, la percepción del servicio es abrumadoramente negativa: el 80 % de los habitantes no está de acuerdo con el servicio del centro de salud, debido principalmente a la falta de médicos, especialistas y personal de enfermería necesarios.

Un hallazgo crucial es que el 90 % de los encuestados consideran que el Estado no está garantizando el derecho a la protección de la salud. Argumentan que el Estado no cumple su obligación de asegurar igualdad en la prestación del servicio y facilitar el acceso a toda la población, especialmente a quienes están en condiciones socioeconómicas desfavorables. Además, sienten que no se respetan sus derechos al no contar con un centro de salud digno y con servicios de calidad. En cuanto a la necesidad de más personal, el 60 % de los habitantes cree que sí se debería contratar más personal, especialmente con especialidades.

A pesar de las deficiencias, el 85 % de los habitantes sí acude al centro de salud cuando se enferma, y algunos lo hacen para prevenir enfermedades.

Las propuestas de los habitantes incluyen contar con métodos y estrategias de atención en salud, enfatizando la prevención y protección, y ayudar a madres y recién nacidos a mantenerse vivos y sanos, ya que el municipio no cuenta con hospital; garantizar recursos y equipos para atención médica de calidad, como camas, medicamentos, infraestructura y equipos indispensables para atender enfermos o realizar cirugías.

La mayoría considera que la Secretaría de Salud no está cumpliendo con su deber al no otorgar medicamentos, insumos y materiales.

Dos habitantes específicos mencionaron que la Secretaría de Salud no ha dado respuesta a los problemas del centro de salud en cuanto a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

Algunos habitantes señalaron que el Centro de Salud no tiene la capacidad ni el personal capacitado para tratar enfermedades graves, lo que obliga a los pacientes a trasladarse a hospitales, a menudo privados, para ser atendidos en urgencias.

Tanto autoridades como habitantes coinciden en que existe un grave problema con el Centro de Salud, manifestado en la falta de medicamentos, personal (especialmente especialistas), infraestructura adecuada y calidad de servicio.

La percepción general es que el derecho a la salud, aunque plasmado en la ley, no se aplica en la realidad de la comunidad.

La crisis del sistema de salud en México se ve influenciada por factores económicos, políticos, sociales, científicos, tecnológicos y culturales, que exigen una urgente coordinación e inversión, entendiéndose esta no como un gasto público, sino como una inversión para el país.

Un sistema de salud eficaz debe abordar las limitaciones en la contratación de personal capacitado, la infraestructura, los productos de salud, la logística, el seguimiento y el financiamiento.

La investigación concluye que los habitantes de Santa Cruz Zenzontepec conocen el problema del Centro de Salud y sus Derechos Humanos y los medios de protección para defenderlos y exigirlos.

Sin embargo, la formulación y aplicación de la salud en el Estado de Oaxaca es deficiente y violatoria de derechos.

El derecho público, a pesar de promover el derecho humano a la salud en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (artículos

1, 4 y 18) y tratados internacionales, no se aplica debido a la falta de recursos, negligencia, corrupción, sobornos e incumplimientos de obligaciones por parte del Estado. Se destaca que la Secretaría de Salud y el Gobierno del Estado de Oaxaca no están promoviendo ningún plan u otorgando garantías a los chatinos y habitantes del municipio señalado, a pesar de que los Estados deben adoptar medidas deliberadas, concretas y específicas para avanzar en la realización progresiva del derecho a la salud, utilizando al máximo los recursos disponibles, incluyendo la asistencia y cooperación internacionales.

Recomendaciones

Para abordar esta problemática, se recomienda lo siguiente:

Realizar investigaciones con muestras más grandes para verificar con mayor precisión las diferencias.

Que el Estado, a través de sus políticas, haga cumplir lo estipulado en el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Ley General de Salud, para beneficiar a los habitantes con protección y atención a su salud, así como acceso equitativo a los servicios de salud.

Brindar una adecuada protección de la salud de las personas que acuden al Centro de Salud.

Implementar una mayor capacitación continua para los responsables en el tema de la responsabilidad del Estado en el derecho fundamental a la salud, para una mejor interpretación de la normativa que regula esta problemática.

Referencias

- Altamirano, B. F. (2018). *Los determinantes sociales de la salud en México*. Quinta edición. Editorial Universidad de Andes. Pp. 678.
- Álvarez L. E. (2009). *Para entender los derechos humanos en México*. Quinta edición. Editorial Nostra Ediciones. Pp. 345.
- Arellano, O. (2015). *El derecho a la salud en México*. Editorial Universidad Autónoma Metropolitana Prolongación Canal de Miramontes.
- Arredondo, L. A. (2003). *Salud Pública de México*. Segunda edición. Editorial Planeta. Pp. 115.

- Ayala, G. F. (1994). *El derecho a la protección de la salud en las mujeres indígenas en México*. Primera edición. Editorial Universidad Nacional Autónoma de México. Pp.275.
- Bautista, M. A. (2019). *Políticas de salud en México*. Segunda edición. Editorial Universidad Nacional Autónoma de México. Pp. 208.
- Bolaños, V. M. (2013). *Factores determinantes de la salud*. Primera edición. Editorial Pueblo y educación. Pp. 153.
- Borboa, G. P. (2007). *Salud Pública de México*. Segunda edición. Editorial Instituto Nacional de Salud Pública. Rev. Vol. 49. Pp. 90.
- Bustamante, M. E. (2016). *Historia de la salud pública en México*. Quinta edición. Editorial Clío. ISBN: 880-612-345-519-6. Pp. 306.
- Castro, A. (2016). *La salud cosida con el derecho. Derecho fundamental y derecho humano*. Tercera edición. Editorial Universidad Iberoamericana Ciudad de México. Pp. 245.
- Castillo, P. S. (1996). *El acceso a los servicios de salud y su precaria atención en las comunidades rurales*. Segunda edición. Editorial Facultad de Humanidades, Consejo de Investigaciones Científicas y Técnica. Pp. 290.
- Carballo, F. R. (2008). *Metodología de la investigación*. Editorial Madrid.
- Cárdenas, R. (2009). “Los servicios de salud y la mortalidad materna”, en G. Freyermuth y P. Sesia, coordinadores. *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*. México, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 2009. (Serie: Evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva. Mujeres y hombres en el siglo XXI, 2).
- Carmona, J. (2010). Algunos comentarios sobre la consagración, sentido y garantía de los derechos de la persona en la Constitución de 1857 y su proyección al siglo XXI”. En Carpizo, J. y Arriaga, C. B., Homenaje al doctor Emilio O. Rabasa, México, UNAM.
- Cedeño, M. (2014). *Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. 22º periodo de sesiones. Editorial Ginebra. Pp. 180.
- Charvel G. F. (2012). *Los derechos humanos y la salud materna*. Primera edición. Editorial Rev. CONAMED. Vol. 18. Artículo en Revisión. ISSN 1405-6704. Pp. 105.

- Cruz, B. E. (1997). *Muerte materna en mujeres indígenas de México y racismo de Estado*. Segunda edición. Editorial Nostra Ediciones. Pp. 321.
- Cobos, E. T. (2010). *El derecho a la no discriminación*. Segunda edición. Editorial Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Pp. 412.
- Contreras, A. J. (2015). *Comprensión de la discriminación y obligaciones en materia de derechos humanos para la eliminación de la discriminación*. Primera edición. Editorial Ginebra. Pp.432.
- Corvera, V. H. (2014). *Violaciones, derechos humanos*. Primera edición. Editorial FLACSO México. Pp.378.
- Durán, A. L. (2009). *Financiamiento y organización de los servicios de salud: una visión para el Sistema de Salud en México*. Tercera edición. Editorial Trotta. Pp. 265.
- Dworkin, R. (2004). “Los derechos en serio”. *Revista Misión Jurídica*. Primera edición. Editorial Buenos Aires. Pp.268.
- Escobar, A. (2013). *El derecho a la protección de la salud en las mujeres indígenas en México*. Octava edición. Editorial Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Pp. 332.
- Espinoza, R. S. (2008). *Corrientes Epistemológicas en Metodología*. Editorial México.
- Fernández E. (1981). *El problema del fundamento de los derechos humanos*. Segunda edición. Editorial Universidad Complutense de Madrid. Pp. 237.
- Fernández, R. J. (2010). *Ámbito Municipal, las entidades federativas y derecho constitucional*. Editorial México.
- Ferrajoli, L. (2000). *Derechos y garantías. La ley del más débil*. Primera edición. Editorial Trotta. Pp. 102.
- Flores, R. O. (2006). *La salud como derecho ciudadano*. Segunda edición. Editorial Universidad Nacional Autónoma de México. ISBN: 897-023- 671-478-6. Pp. 245.
- Flores, A. E. (2006). *Los grandes sistemas jurídicos contemporáneos*. Editorial, Aguilar.
- Freyermunth Enciso, G. (2009). *Calidad de los servicios de salud materna, inequidades étnicas y genéricas. Líneas para una evaluación de los servicios*. En *Comisión Nacional de Derechos Humanos, Memoria*

- del Foro Internacional: La desigualdad entre mujeres y hombres: un obstáculo para el acceso al Derecho Humano a la salud*
- Gallegos, S. (2008). *Procesos cognitivos simples*. Editorial Barcelona.
- García, A. M. (2006). *El derecho a la salud en México*. Cuarta edición. Editorial Ginebra. ISBN 944-290-1297-07-0. Pp. 213.
- García, C. (2021). *Financiamiento y Equidad en el Sistema de Salud*. Primera edición. Editorial El Recipiente. Pp. 289.
- García, F. D. (2011). *La Metodología de la Investigación Jurídica*. Editorial México, Trillas.
- García, M. E. (2002). *Introducción al estudio de Derecho*. Primera edición. Editorial Porrúa. Pp. 507.
- González, P. E. (2018). *Avances en las políticas públicas en salud de México*. Tercera edición. Editorial Universidad Nacional Autónoma de México. Pp. 120.
- Gómez, H. (2013). *Hacia un Sistema Nacional de Salud Universal*. Cuarta edición. Editorial Universidad Autónoma Metropolitana. Pp. 284.
- Guevara, A. (2020). *La investigación descriptiva con enfoque cualitativo*. Editorial Alba.
- Gutiérrez, J. (2010). *Un análisis del financiamiento público para salud*. Primera edición. Editorial Trotta. Pp. 345.
- Hernández, A. A. (2016). *La mortalidad infantil y la mortalidad materna en el siglo XXI*. Primera edición. Editorial Instituto Nacional de Salud Pública. Vol. 15. Pp. 165.
- Hernández, P. (2020). *Metodología de investigación*. Editorial Alianza.
- Hurtado, S. (2013). *Servicios de salud, discriminación y condición étnica*. Octava edición. Editorial Universidad Autónoma Indígena de México. Pp. 612.
- Jiménez Ayala, J. (2017). *Investigación descriptiva, correlacional o cualitativa*. Editorial Alba.
- Lara Sánchez, L. (2010). *Etapas de la Investigación Jurídica*. Editorial México.
- Lemelin, A. (2005). *Métodos Cuantitativos de las ciencias sociales aplicados a los estudios urbanos y regionales*. Editorial Dirección General de Fomento.

- López M. S. (2014). *El sistema Integral de Calidad y el derecho a la salud en México*. Quinta edición. Editorial Universidad Autónoma Metropolitana. Pp. 612.
- López, V. (2002). *Salud pública y educación para la salud*. Segunda edición. Editorial Barcelona: Masson. Pp. 124.
- Luna, R. J. (2014). *Políticas públicas en salud del siglo XX*. Tercera edición. Editorial Universidad Nacional Autónoma de México. Pp. 423.
- Maceira, D. (2014). *Organización y financiamiento de los sistemas de salud en América Latina*. Primera edición. Editorial Instituto Nacional de Salud Pública. Pp. 506.
- Martínez, G. (2013). *Un sistema en busca de salud: desarrollo, declive y renovación del sistema de salud mexicano*. Tercera edición. Editorial Fondo de Cultura Económica. Pp. 345.
- Martínez, G. (2006). *Derechos a la salud y sus características*. Tercera edición. Editorial Alianza. Pp. 407.
- Mark, O. A. (2004). *Discriminación e Igualdad*. Primera edición. Editorial Suprema Corte de Justicia de la Nación. Pp. 381.
- Meléndez, D. (2009). Informe final del proyecto de intervención en el municipio de Tenejapa, Chiapas. Asesoría Capacitación y Asistencia en Salud, A. C.,
- Mendoza, Z. J. (2001). *Discriminación indirecta o por resultados*. Segunda edición. Editorial Universidad Autónoma Metropolitana. Pp. 330.
- Monge Acuña, V. (2015). *La codificación en el método de investigación*. Editorial, Madrid. Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Molina G. (1997). *Introducción a la salud pública*. Editorial Universidad de Antioquia.
- Molina, S. E. & Carbajal, C. (2010). *Financiamiento del sistema de salud y equidad en México*. Primera edición. Editorial Alianza. Pp. 408.
- Montes Betancourt, B. (2016). *El desafío de la discriminación en los servicios de salud*. Séptima edición. Editorial Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Pp. 516.
- Moreno Alcántara, G. (2015). *La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad*. Tercera edición. Editorial Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Pp. 665.

- Navarro, R. E. (2012). *Determinantes Sociales de la Salud*. Tercera edición. Editorial Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Pp. 323.
- Ochoa, H. C. (2017). *Características generales del derecho a la salud en México*. Cuarta edición. Editorial Universidad Nacional Autónoma de México. Pp. 111.
- Peces Barba, G. (2004). *Lecciones de derechos a la Salud*. Segunda edición. Editorial Dykinson. Pp. 323.
- Pérez, L. A. (2000). *Características del Derecho a la Salud*. Primera edición. Editorial Tecnos. ISBN: 988-087-673-45-6. Pp. 235.
- Quevedo, H. A. (2009). *Diabetes en México: una crisis de salud pública y su impacto en la población*. Rev. Vol.55. Cuarta edición. Editorial Instituto Nacional de Salud Pública. Pp. 205.
- Ramírez, T. (2009). *Acceso con equidad en los servicios de salud en México un enfoque institucional*. Editorial Porrúa.
- Reinhardt, M. (1986). *Métodos Cualitativos y Cuantitativos en la Investigación*. Editorial Moranta, Madrid.
- Repullo, R. A. (2006). *Sistemas y servicios sanitarios*. Editorial Ediciones Díaz Santos.
- Reyes, M. L. (2012). *Introducción al Estudio de Derecho*. Editorial Red Tercer Milenio.
- Riojas, R. H. (2013). *La salud ambiental en México: situación actual y perspectivas futuras*. Artículo en revisión. Sexto edición. Vol.55. Editorial Centro de Investigación en Salud Poblacional. Instituto Nacional de Salud Pública. Pp. 650.
- Rivera, G. P. (2007). *Fuentes y Procesos de la Investigación Jurídica*. Editorial Oxford.
- Rodríguez, C. L. (2007). La calidad del sistema de salud en un modelo universal. Primera edición. Editorial Organización Panamericana de la salud. Pp. 312.
- Rojas J. (2009). Metodología de la Investigación “En busca de la verdad”. Editorial Esfinge México.
- Romero, A. C. (1999). *Las funciones esenciales de la salud pública*. Tercera edición. Editorial Organización Panamericana de la Salud. Pp. 120.

- Rueda, R. E. (2021). *Desempeño de los servicios de salud en México*. Segunda edición. Editorial Organización Mundial de la Salud. ISSN 2007-7459. Pp. 112.
- Salazar, P. (2012). *Derechos fundamentales, derechos sociales, ciudadanía y salud*. Editorial Fondo de Cultura Económica.
- Sánchez, O. (2006). *Introducción al Estudio de Derecho*. Editorial Harla.
- Serrano, H. R. (2018). *Acceso efectivo a los servicios de salud*. Cuarta edición. Editorial Organización Naciones Unidas. Pp. 367.
- Valdés, R. A. (2013). *Eliminación de la discriminación en el sector sanitario*. Primera edición. Editorial ONUSIDA. Pp. 237.
- Valles, L. (2015). *El derecho a la salud en México*. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Pp. 289.
- Valles, M. A. (2019). *Modelos y teorías de la salud pública*. Editorial Universidad Autónoma de Baja California.
- Vargas Ruiz, M. M. (2022). Sistema de salud: garantía institucional del derecho a la protección de la salud en México. *Revista Jurídica UNAM*, 35, 391-421.
- Vázquez, L. M. (2022). *Financiamiento de la atención médica en América Latina*. Séptima edición. Editorial Universidad Autónoma Metropolitana. ISBN:678-034-219-647-9. Pp. 206.
- Vela, V. J. (2015). *Jurisprudencia Valorativa*. Editorial Madrid.
- Vélez Arango, A. (2007). *Nuevas dimensiones del concepto de salud*. Universidad Autónoma Metropolitana.
- Villanueva, G. C. (2016). *Derecho a la Salud*. Tercera edición. Editorial Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
- Villoro Ruiz, S. (2006). *Escuela de la Exégesis*. Editorial Oxford.
- Welti, C. (2012). *Transición demográfica y salud en México*. Cuarta edición. Editorial Universidad Nacional Autónoma de México. Pp. 458.
- Zabaleta, D. G. (2013). *Trabajando por la salud de la población*. Primera edición. Editorial Fundación Mexicana para la Salud, A.C. Pp. 272.
- Zepeda, C. (2012). *Metodología de la Investigación*. Editorial México.