



OSÉ ANGEL RODRÍGUEZ

El inalienable derecho a la salud

Héctor Javier Sánchez Pérez **U**no de los principales motivos del alzamiento zapatista en 1994 fueron las desventajosas y dramáticas condiciones de salud de la gran mayoría de las comunidades indígenas y campesinas de Chiapas. Bastaba revisar las estadísticas oficiales para darse cuenta de que los indicadores que miden la salud de una población (como la desnutrición, las muertes evitables con vacunas o las producidas por enfermedades infecciosas) reflejaban condiciones exageradamente desfavorables, sobre todo en comparación con estados de mayor desarrollo socioeconómico, entre ellos, Baja California, Nuevo León y el Distrito Federal.

En una de sus primeras entrevistas con los medios de comunicación, el subcomandante Marcos señalaba que la opinión pública podría cuestionar el cómo, pero no las causas del levanta-

miento, aludiendo precisamente a las condiciones de salud de la población. En su comunicado del 18 de enero de 1994, planteó una serie de interrogantes que movían a la reflexión: "¿De qué tenemos que pedir perdón? ¿De no morirnos de hambre? ¿Quién tiene que pedir perdón y quién puede otorgarlo? ¿Nuestros muertos, tan mortalmente muertos de muerte 'natural', es decir, de sarampión, tosferina, dengue, cólera, tifoidea, tétanos, pulmonía, paludismo?".

Compromisos incumplidos

Actualmente, a 15 años de la aparición pública del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN), no ha habido grandes mejoras: en México, Chiapas es el estado que sigue teniendo los mayores niveles de muertes maternas, infantiles y, en términos generales, de todas aquellas relacionadas con condiciones de po-

breza y marginación. Inclusive, tiene el menor porcentaje de nacimientos atendidos por algún agente de salud y el mayor porcentaje de muertes sin atención médica.

Entonces, puede decirse que en Chiapas no se está cumpliendo el compromiso establecido por México al adherirse en 1981 al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, según el cual tendría que haber un progreso adecuado en el nivel de salud de la población. Tampoco se cumple el principio de igualdad y no discriminación señalado en ese pacto, puesto que existen grupos mucho más vulnerables que otros, como los indígenas y campesinos, en contraste con sectores urbanos.

Las acciones y políticas gubernamentales en los tres niveles de gobierno (federal, estatal y municipales), deberían

ser objeto de una revisión profunda. Los servicios de salud son deficientes en cuanto a disponibilidad y calidad: aún hay preocupantes carencias de medicamentos y de personal de salud capacitado, sensibilizado y comprometido; no existe una adecuada supervisión al personal ni evaluación de programas, y no se ejecutan proyectos basados en la perspectiva de género y en la interculturalidad (Chiapas es una de las entidades con mayores asentamientos indígenas del país).

Por otra parte, las actividades, programas y obras de infraestructura gubernamentales (incluyendo la construcción de hospitales), dan la impresión de orientarse a restar fuerza a la base social del EZLN –mediante la división y polarización– más que a resolver problemáticas, debido a que se desarrollan en sitios estratégicos para el movimiento zapatista y no cuentan con el consenso de las diversas comunidades involucradas.

Así, puede constatar que las causas estructurales de miseria y bajos niveles de vida y de salud de la población, siguen prácticamente intactas, sin que desde la perspectiva gubernamental se vislumbren intenciones reales de ser modificadas y no sólo “maquilladas” con algunos cambios, como los programas asistenciales de combate a la pobreza.

Nueva estructura sanitaria

Si bien la situación de salud de las poblaciones que viven en las zonas controladas por el EZLN también es precaria, puede señalarse que están en pleno proceso de construcción de la infraestructura sanitaria (y socioeconómica) que les permita mejorar su situación.

El proceso ha sido sumamente difícil por las condiciones propias de guerra de baja intensidad (hostigamiento continuo por militares o paramilitares, políticas de contrainsurgencia), por la falta de recursos económicos y por la posición de resistencia civil. La postura de resistencia es uno de los cimientos de la congruencia entre el discurso del EZLN y sus acciones (por ejemplo, no aceptar “migajas” ni “limosnas” gubernamenta-

les en los ámbitos de salud y educación), pero también ha tenido sus costos en términos de reducir aún más las posibilidades de atención médica, sobre todo de tipo hospitalaria.

La estructura sanitaria creada en las áreas de influencia zapatista abarca desde los promotores y promotoras de salud comunitarios (nombrados por las propias comunidades), capacitadores/as de salud, comités de salud de cada comunidad, consejos de salud municipales, comisiones de los consejos autónomos, hasta las Juntas de Buen Gobierno, que son las que promueven, gestionan y aprueban todas las actividades.

Con esta estructura ha habido avances en la resolución de problemas sanitarios, pero son tantos los rezagos históricos que aunque los avances son dignos de reconocerse, resultan insuficientes.


De acuerdo con lo expresado por promotores del EZLN en diversos foros, las principales carencias que se tienen en las zonas autónomas son la falta de recursos económicos para adquirir medicamentos y para capacitación, así como para el traslado de pacientes y la realización de estudios de laboratorio y gabinete. Su sistema está basado en la atención primaria (prevención de enfermedades, educación para la salud, atención médica de enfermedades respiratorias y gastrointestinales, control del embarazo) y carece de infraestructura de mayor complejidad.

No obstante, una de las principales contribuciones de las zonas autónomas zapatistas ha sido la participación de las comunidades indígenas en el diseño y administración de sus servicios de salud. Las comunidades participan y ejercen un control social sobre las decisiones que repercuten en la salud y en el bienestar de la población. En cambio, en otros sitios la participación social es escasa, no hay rendición de cuentas respecto al funcionamiento de los servicios de salud y muchas veces los objetivos de las políticas gubernamentales no coinciden con las necesidades percibidas por la gente.

Patrón de enfermedad y muerte

El “Protocolo de San Salvador”, que data de 1988 y que México suscribió y ratificó, establece que toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. Para hacer efectivo este derecho, las naciones se comprometen a reconocer la salud como un bien público y a garantizar, entre otros aspectos, “la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables”.

Sin embargo, baste mencionar que según datos del Consejo Nacional de Evaluación de Política de Desarrollo Social, en 2008 el promedio mensual de ingresos de Baja California fue de 4,998 pesos, mientras que en Chiapas fue de apenas 1,215 pesos, y que cuando el 9.2% de la población de Baja California vive en condiciones de pobreza, en Chiapas lo está el 76%.

En conclusión, las condiciones de la gran mayoría de la población en Chiapas siguen siendo más que preocupantes. Con la actual estructura socioeconómica y política del estado, así como con la actual organización y funcionamiento de los servicios de salud, Chiapas seguirá con el mismo patrón de enfermedad y muerte y no se resolverán las desigualdades de acceso a los servicios (por género, sociales y étnicas). En consecuencia, no se está cumpliendo con lo estipulado en el artículo 4 de nuestra Constitución política, el cual establece el derecho a la salud para todas y todos los habitantes del país. 

Héctor Javier es investigador del Área de Sociedad, Cultura y Salud, ECOSUR San Cristóbal (hsanchez@ecosur.mx).