



Percepción de los habitantes indígenas de áreas rurales respecto al primer nivel de atención médica. El caso del sureste de Veracruz, México

Indigenous peoples' perception of the primary care system in rural areas. The case of southeastern Veracruz, Mexico

Montero Mendoza, Elda¹

¹Médica cirujana. Doctora en Ciencias. Profesora, Universidad Veracruzana, México.
eldamontero@yahoo.com

RESUMEN Se presenta la experiencia de habitantes indígenas del sureste de Veracruz con respecto a los servicios institucionales del primer nivel de atención médica. La información procede de 71 entrevistas a personas con tos, y de talleres participativos y pláticas informales con habitantes del área de estudio. El acceso geográfico, el desabastecimiento de medicamentos, los horarios establecidos y la falta de traductores de la lengua indígena se mencionaron entre los principales factores que dificultan el uso de los servicios de salud y en ocasiones lleva a no acudir a ellos. En las conclusiones se reflexiona acerca del actual modelo de atención médica en México y la importancia del primer nivel de atención médica como base del sistema de salud.

PALABRAS CLAVE Servicios de Salud; Población Indígena; Condiciones Sociales; Tos; México.

ABSTRACT The article discusses the experience of indigenous peoples from southeastern Veracruz with primary care services at the institutional level. The information stems from 71 interviews with people suffering from coughs, as well as from participatory workshops and informal talks with people from the region. Geographic inaccessibility, lack of medication, short clinic hours, and lack of translators of local languages are the main problems that hinder use of existing health services and sometimes become reasons for users not to seek those services. The article concludes with a reflection on the present model of medical care in Mexico and the importance of primary care as a foundation of the health care system.

KEY WORDS Health Services; Indigenous Population; Social Conditions; Cough; México.

INTRODUCCIÓN

La desigualdad social, histórica en la población indígena latinoamericana, es cada vez más profunda en esta aldea global que pretende crear la ficción de homogeneización. Organismos nacionales e internacionales (1-6) reportan que en México, un país miembro desde 1994 de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (7), existe un aumento en las brechas económicas y sociales entre los distintos grupos de población, más aparente en los estados del sureste del país y en la población indígena en comparación con la no indígena. Por ejemplo, la mayoría de los indígenas (el 62,4% versus el 20,8% de los no indígenas) habita en localidades con menos de 2.500 habitantes, dispersas, con grado de marginación muy alto o alto. Además tienen dificultades con el acceso geográfico a los servicios de salud: en el área rural de México, el 38,9% de las localidades indígenas tiene un acceso bajo o no tiene acceso a servicios de salud, mientras que este indicador es del 31% en localidades no indígenas (8). Esta situación es similar en la población indígena de Latinoamérica (9-12).

En el ámbito de la salud pública, esta desigualdad se refleja en el mapa epidemiológico del país: los estados del Sur muestran las mayores tasas de muertes maternas y por enfermedades infecciosas (13). En el Programa Nacional de Salud 2007-2012 se reconoce que, en México, las diferencias en las causas de muerte evitable, como las diarreas en menores de 14 años, la anemia y la tuberculosis, podrían disminuir ampliando el acceso a una atención médica de calidad (14). Las muertes evitables reflejan, entre otros factores, fallas en las acciones del sistema de salud y de otros sectores que contribuyen a reducir los riesgos de enfermar y morir o a mejorar el acceso a los servicios (15).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que, conforme se modernizan las sociedades, la gente muestra su descontento con los servicios de salud, por lo que se hace necesario que se reoriente el funcionamiento de los sistemas de salud en el ámbito mundial. Además, la OMS llama a renovar los principios de la Atención Primaria de Salud: que desaparezca la

exclusión y la gente tenga poder para decidir en las cuestiones que afectan a su salud y la de sus comunidades (16,17).

En México existe actualmente un modelo médico con un retiro gradual del Estado en la responsabilidad de garantizar el derecho universal a la salud y que es diferencial para la población mexicana: la mercantilización/privatización con tendencia a la atención hospitalaria, el uso de tecnología costosa para quienes pueden pagar la atención y un número limitado de servicios en las instituciones públicas de salud para los habitantes de escasos recursos económicos (18-20). En el sexenio 2000-2006 se establece el Seguro Popular que tiene hasta el momento el objetivo de garantizar el acceso universal a servicios de alta calidad y proteger a todos los mexicanos que no cuentan con seguridad social, de los gastos causados por la enfermedad (21). El primer nivel de atención médica, como base del sistema de salud, tiene un papel importante al momento de garantizar que lo normado se lleve a la práctica y se logre la equidad en salud. De estos antecedentes surge la pregunta: ¿cómo viven los habitantes indígenas del sureste de Veracruz este modelo de atención médica? Nadie mejor para responder esta pregunta que la propia población.

En este artículo se presenta la percepción que tienen los habitantes indígenas del sureste de Veracruz acerca de los servicios institucionales de salud disponibles. Se parte de la base de que es necesario que los actores y las actoras sociales hagan visibles los factores que perciben como limitantes para el uso de los servicios del primer nivel de atención médica. Este conocimiento tiene importancia al momento de diseñar las estrategias operativas de los servicios de salud en áreas rurales marginadas.

METODOLOGÍA

La información que se presenta forma parte de una investigación más amplia titulada "Pobreza, género y etnicidad. La tuberculosis pulmonar en una zona indígena de alta marginación en el estado de Veracruz" (a) que se realizó en el 2008 y 2009 con el objetivo de conocer la trayectoria de búsqueda de atención a la tos de

más de dos semanas de duración (de probable etiología fímica) y la interrelación que se establece entre la población y los servicios institucionales de salud. El área de estudio abarca cuatro municipios del sureste de Veracruz, México: Mecayapan, Pajapan, Soteapan y Tatahuicapan, donde el 84,2% de la población habita en hogares indígenas. La selección de las localidades a trabajar se realizó a partir de una muestra estadística. Con base en criterios académicos y epidemiológicos se decidió trabajar en localidades con más de 50 y menos de 2.000 habitantes, con un rezago social (b) medio, alto y muy alto (23) y con un 70% y más de población en hogares indígenas (c) (24). La muestra final fue de trece localidades, cinco tienen una clínica rural de salud y el resto carece de este servicio (Cuadro 1).

En la recolección de la información se utilizaron técnicas cuantitativas y cualitativas. El punto de partida en la información que se presenta en este artículo son 71 entrevistas a personas con tos de más de quince días de duración, las que se identificaron a partir de una encuesta a hogares en las trece localidades previamente

seleccionadas. Se reconstruyó la trayectoria de búsqueda de atención a la tos incluyendo el uso/no uso de los servicios de las clínicas rurales de la región. Además, se obtuvo información acerca de la experiencia con los servicios institucionales de salud en la región. En total se realizaron 71 entrevistas con una duración promedio de 40 minutos; 34 de las cuales corresponden a personas que contaban con una clínica de salud local. La investigadora realizó cada una de estas entrevistas en el hogar de el o la informante, en español o bien con el apoyo de una traductora de origen étnico nahua o popoluca. Además, se realizaron talleres participativos en tres de las trece localidades seleccionadas para el estudio, dos de las cuales carecen de una clínica rural. En total se realizaron cuatro talleres con la participación de habitantes adultos de las localidades. Se discutieron (entre otros aspectos) la experiencia de la población con el servicio que se brinda en las clínicas rurales a su disposición. Los talleres se grabaron en audio, previa autorización del grupo participante. Se realizó también observación, charlas informales con habitantes de las localidades, con

Cuadro 1. Número de viviendas encuestadas, de entrevistas a personas con tos y de talleres participativos, según presencia de clínica y grado de rezago social en la localidad. Veracruz, México. 2008-2009.

Localidad	Clínica local	Rezago social	Viviendas encuestadas	Entrevistas a personas con tos	Talleres participativos
1	Sí	Medio	196	4	-
2	Sí	Medio	55	7	-
3	Sí	Medio	235	15	1
4	Sí	Medio	73	7	-
5	Sí	Medio	31	1	-
6	No	Medio	52	2	-
7	No	Medio	96	4	-
8	No	Medio	115	8	-
9	No	Medio	55	10	1
10	No	Muy alto	83	4	-
11	No	Alto	65	1	-
12	No	Alto	50	4	-
13	No	Alto	87	4	2
Totales			1193	71	4

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de grado de rezago social (23), INEGI (24), encuestas y talleres participativos del trabajo de campo.

promotoras comunitarias, con líderes comunitarios y con profesores escolares. La información que se recabó con estas técnicas se registró como notas de campo y permitió la expresión del punto de vista de los y las informantes acerca de su experiencia con los servicios de salud.

Antes de realizar una entrevista, se explicó a cada informante –en forma individual o grupal– el objetivo del estudio, la participación voluntaria y el uso exclusivamente académico de la información. Únicamente la investigadora tuvo acceso a la información completa de los cuestionarios, entrevistas y talleres grabados en audio, materiales que se encuentran bajo su resguardo. Se cambiaron los nombres de las localidades por números (debido al número reducido de habitantes) y de los informantes para garantizar el anonimato.

En el análisis se organizaron las notas de campo y se transcribió en su totalidad cada una de las entrevistas y talleres. Posteriormente se realizó una lectura del contenido de la información recabada, se codificó y se identificaron categorías para su análisis. Se presentaron los resultados preliminares de la investigación en

reuniones con representantes de la población para asegurar la interpretación de la información. Con las sugerencias que se derivaron de estas reuniones se enriqueció el informe final de la investigación. Es importante recordar que la información que se presenta en este trabajo corresponde a localidades con menos de 2.000 habitantes. La discusión se centra únicamente en la experiencia de los habitantes de la sierra en el uso de los servicios institucionales de salud.

RESULTADOS

Contexto de la región del estudio: espacio geográfico y social

Los municipios de Mecayapan, Pajapan, Soteapan y Tatahuicapan ("la sierra" a partir de aquí para facilitar la lectura) se ubican en el sureste de Veracruz y presentan un índice de rezago social alto (23). Además se clasifican con un riesgo nutricional extremo, especialmente Soteapan y Mecayapan (25) (Cuadro 2).

Cuadro 2. Características del rezago social, el riesgo nutricional y la derechohabencia en el estado de Veracruz y los municipios en estudio. México, 2008-2009.

Características	Estatal		Municipal		
	Veracruz	Mecayapan	Pajapan	Soteapan	Tatahuicapan
Índice de rezago social	0,95039	1,14218	1,01152	1,61387	0,93557
Lugar que ocupa según grado de rezago social (nacional)	5	353	406	183	444
Lugar que ocupa según índice de riesgo nutricional (nacional)	4	120	273	106	316
% de PDH*	39,6	40,9	41,5	35,2	17,7
% PDH en instituciones de seguridad social y otras*	30,7	8,9	4,3	3,4	5,6
% PDH por el Seguro Popular*	8,9	32,0	37,2	31,8	12,1

Fuente: Elaboración propia a partir de datos para el índice y grado de rezago social (23), índice de riesgo nutricional (25) e indicadores de población derechohabiente (24).

PDH = población derechohabiente.

*Incluye a la población que cuenta con un seguro para acceder a los servicios médicos de instituciones privadas y a la población que tiene derecho a los servicios médicos que otorgan los gobiernos estatales y otro tipo de instituciones de salud pública.

La población total de la sierra es de 68.708 habitantes distribuidos en 214 localidades, de las que 184 (86,0%) cuentan con menos de 500 habitantes; el 84,2% de la población habita en hogares indígenas y el 76,2% de las personas de cinco años o más habla alguna lengua indígena. En Soteapan predomina la lengua popoluca; en Pajapan, Tatahuicapan y Mecayapan hablan náhuatl. El monolingüismo es de 3,4%; 2,4% en hombres y 4,3% en mujeres. El porcentaje de analfabetismo es tres veces mayor que el indicador estatal: 38,0% versus 13,4%, con desventaja para las mujeres en comparación con los hombres: 47,1% versus 27,9%, respectivamente (24). La principal actividad de los habitantes es el cultivo del maíz para consumo del grupo familiar. Otros cultivos en la región son el frijol, la palma de aceite y la papaya; y en Soteapan, el café. Estos cultivos se comercializan a pequeña escala. La cantidad de hectáreas que posee un grupo familiar es variable, va desde una hasta 30 hectáreas. Pero también hay quienes ya no tienen tierra. La técnica de cultivo es roza-tumba-quema, con instrumentos tradicionales como la estaca, el hacha, el espeque, el azadón y el machete. No cuentan con tractores o tecnología para la siembra y la cosecha, y acostumbran usar herbicidas y fertilizantes químicos. Para obtener ingresos económicos los hombres se emplean como jornaleros (en promedio por el equivalente a seis dólares estadounidenses diarios) en tierras ajenas o bien migran por temporadas, algunos en forma definitiva.

Las principales causas de muerte son las enfermedades crónicas degenerativas, especialmente el cáncer y la diabetes mellitus, y algunas enfermedades infectocontagiosas persistentes, como las neumonías y la tuberculosis. Otras causas importantes son los accidentes y las lesiones, los suicidios y los homicidios, y la contaminación ambiental por residuos tóxicos (d).

Opciones de atención a la salud en la sierra

En la sierra existen cuatro formas de práctica médica: a) la doméstica, que se realiza en el autocuidado o siguiendo los consejos de familiares o de vecinos; b) la medicina alópata,

que incluye la medicina institucional, la medicina privada y las farmacias; c) la medicina indígena tradicional, que ejercen los curanderos, las curanderas, los hueseros y las parteras; y d) la medicina herbolaria, que se vende en farmacias naturistas, por vendedores ambulantes que recorren las localidades periódicamente o bien elaboradas por grupos de mujeres en las localidades. Las cuatro formas de práctica médica son opciones, cuando una persona decide la búsqueda de atención a la salud, no son excluyentes y en ocasiones se complementan.

El análisis de la información recabada con las diferentes técnicas en campo, permitió identificar la relación que se establece entre la población y los servicios institucionales de salud que se ofrecen en la sierra. Una relación activa, con cuestionamientos y búsqueda de alternativas para la cura de las enfermedades. Los puntos en la discusión se resumen en: el acceso geográfico, horarios establecidos, saturación de las clínicas, desabastecimiento de medicamentos y falta de traductores de la lengua indígena. Para fines descriptivos, se abordan en forma breve cada uno de estos puntos señalando las similitudes y diferencias de acuerdo con la presencia o no de una clínica local. Posteriormente se reflexiona sobre el primer nivel de atención en la región del estudio.

El primer nivel de atención médica: la percepción de la población

El primer nivel de atención médica en la sierra se brinda a través de las clínicas rurales de la Secretaría de Salud y del Programa IMSS-Oportunidades, que se organizan sobre la base de criterios de accesibilidad geográfica. De las trece localidades que se incluyen en el estudio, la población de siete de ellas recibe atención en alguna clínica del IMSS-Oportunidades y la de las otras seis, por parte de la Secretaría de Salud. Estas clínicas son el primer contacto de la población con los servicios de salud y ofrecen un paquete básico de servicios que incluye actividades de promoción, prevención y consulta externa en forma gratuita. El equipo de trabajo lo integra un médico pasante en servicio social y una enfermera que trabaja de lunes a viernes. Los sábados y domingos, en las clínicas del IMSS-

Oportunidades se queda una enfermera a cargo del servicio de curaciones e inyecciones. En las localidades que no cuentan con una clínica rural, una promotora o promotor comunitario (auxiliar de salud o asistente rural de salud) sirve de enlace entre la población y la clínica rural y atiende a la población en una casa de salud.

Roberto es el promotor comunitario de una de las localidades visitadas; originario de la localidad, habla popoluca y español con fluidez. Roberto realiza diversas actividades en el área de la salud: hace el seguimiento de las mujeres embarazadas que se encuentran en control prenatal, pesa y mide a los niños menores de cinco años y brinda tratamiento sintomático para las enfermedades más frecuentes de los habitantes de la localidad. Pero además, es uno de los tres médicos tradicionales indígenas que brindan sus servicios en la localidad.

De acuerdo con los lineamientos del sector salud, los promotores reciben en forma regular un paquete de medicamentos que incluye antiparasitarios, antitusígenos y antipiréticos, para la atención sintomática de enfermedades como infecciones respiratorias y diarreas, entre otras. Sin embargo, este abasto es irregular por lo que los promotores compran medicamentos alopáticos en las farmacias de las ciudades cercanas para posteriormente venderlos a quienes les consultan. Roberto refiere que combina los tratamientos con plantas medicinales y medicamentos alópatas. Estos últimos se usan cuando la persona que consulta, por ejemplo, no acepta la medicina herbolaria y considera que tendrá una recuperación más rápida con medicamentos administrados por vía parenteral. Otro aspecto que resalta es que cada una de las clínicas de salud tiene a su cargo un número determinado de "localidades de influencia" donde el personal médico y paramédico adscrito acude por lo menos una vez al mes para brindar acciones de tipo preventivo entre las que se incluye información acerca de enfermedades infecciosas prevenibles por vacunación y de transmisión sexual. Sin embargo, no siempre se cumple con este requisito. Por ejemplo al momento del trabajo de campo, una localidad con alto rezago social, tenía siete meses sin recibir la visita periódica del médico. Los habitantes refieren que al preguntar en la clínica el motivo de la inasistencia, la respuesta es que desde la

administración institucional no los apoyan con viáticos para el equipo de salud.

La atención médica especializada se ofrece a través del hospital del IMSS-Oportunidades ubicado en la ciudad de Jáltipan, a 20 km de la sierra y en el hospital de la Secretaría de Salud en Tonalapan, municipio de Mecayapan. Por su ubicación geográfica este último es de fácil acceso a la población de los cuatro municipios de la sierra y, en forma general, es el primer lugar al que acuden sus habitantes cuando tienen una emergencia médica o bien porque en la clínica rural no se les da una respuesta satisfactoria a sus necesidades de salud. En el hospital se encuentran con una atención diferenciada con respecto a la gratuidad de los servicios: cuando una persona no está afiliada al Seguro Popular, se le anticipa el costo por los servicios. En el hospital del IMSS-Oportunidades en Jáltipan, los servicios son gratuitos.

Al momento del trabajo de campo (2008, 2009), únicamente estaban afiliadas en el Seguro Popular las personas que recibían atención por parte de la Secretaría de Salud, excluyendo a los usuarios del IMSS-Oportunidades. La excepción es el municipio de Soteapan, donde se ofreció la afiliación a todos sus habitantes. El costo de los servicios en el hospital se traduce en un problema para los campesinos indígenas de la sierra, quienes enfrentan los costos de la enfermedad vendiendo parte de su parcela, animales de corral, solicitando préstamos entre amigos y familiares o con el apoyo de sus grupos religiosos.

Acceso geográfico

Las cabeceras municipales de la sierra se comunican por una carretera pavimentada con las ciudades de Coatzacoalcos, Minatitlán y Acayucan, lugares de intercambio social y económico. Al interior de los municipios la mayor parte de las localidades se comunican por brechas de terracería o por caminos vecinales. Los habitantes de las localidades sin clínica acuden a las clínicas que les corresponden, caminando o bien en las camionetas de transporte público que ofrecen su servicio en la región. El número de salidas de estas camionetas está sujeto a la disponibilidad de las personas que viajan, por lo que, en algunas de

ellas, el servicio se reduce a una salida diaria. La distancia y el costo del transporte a la clínica son variables y se resume en el Cuadro 3. En los casos de una emergencia médica o bien por la debilidad física de la persona enferma, se paga un viaje especial con un costo que puede variar de 200 a 400 pesos mexicanos (15 a 30 dólares) de acuerdo con la distancia a recorrer desde la localidad hasta el hospital.

En las temporadas de lluvia, los caminos que comunican a estas localidades se bloquean y se suspende el servicio de transporte a la localidad, por lo que las personas caminan hasta una carretera transitable para esperar el paso de algún vehículo. Pero aun cuando el transporte público esté disponible, cuando los habitantes de la sierra carecen de dinero para pagar el pasaje, sobre todo los habitantes de las localidades de alto rezago social, acostumbran caminar hasta la clínica de salud por veredas o por los caminos de terracería en regulares condiciones. A las dificultades en el traslado a la clínica, se agregan las que enfrentan cuando no encuentran una solución satisfactoria a su problema de salud y necesitan usar otras alternativas de atención como el hospital o la medicina privada, entre otras. Estas dificultades se comparten con los habitantes de las localidades con una clínica de salud.

Las localidades con clínica tienen un rezago social medio, pero existen barreras de acceso geográfico que los indicadores no muestran. Por ejemplo, durante el trabajo de campo se pospusieron las visitas a dos localidades con clínica debido a que quedaron incomunicadas por deslaves de los caminos como consecuencia de las lluvias que se presentaron en la región. Las dificultades en el acceso geográfico y la irregularidad en el transporte colectivo llevan al ausentismo de los médicos o bien a la renuncia de los pasantes de medicina para solicitar un cambio de adscripción. En este último caso resulta difícil para el sector salud contratar a un médico eventual. Estas localidades resultan poco atractivas para los médicos que, a pesar de que las plazas se encuentren disponibles, no aceptan trabajar en áreas rurales marginadas.

Saturación, horarios en las clínicas rurales y desabastecimiento de medicamentos

A las dificultades del acceso geográfico se agrega el hecho de que en las clínicas rurales, al igual que en el medio urbano, el horario de atención es de lunes a viernes y los sábados de 8 a 12 hs. En algunas clínicas, especialmente del

Cuadro 3. Características del acceso geográfico de las localidades según la presencia de clínicas de salud y el grado de rezago social. Veracruz, México. 2008.

Características de acceso geográfico	Localidades sin clínica		Localidades con clínica
	Rezago social muy alto y alto	Rezago social medio	Rezago social medio
Distancia promedio a la clínica	8 km	4-6 km	Local
Calidad del transporte público	Deficiente	Deficiente a regular	Deficiente a bueno
Tiempo de traslado a la clínica			
Caminando	120-180 minutos	20-60 minutos	No aplica
Con transporte público	20-30 minutos	5-30 minutos	No aplica
Costo del transporte público	\$10 a \$30*	\$10 a \$14*	No aplica

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de rezago social (23), observación y entrevistas.

*Expresado en pesos mexicanos.

IMSS-Oportunidades, una enfermera atiende el servicio de curaciones e inyecciones durante el fin de semana. Además, se establece un número determinado de consultas diarias por lo que cuando una persona requiere atención médica, debe acudir a la clínica antes de que se rebase el número establecido de consultas. Estas restricciones se convierten en una barrera aun para quienes cuentan con una clínica local. Por ejemplo, Maricela refiere que cuando enferma, no acude a la clínica y explica sus razones:

...mire, la doctora que atiende en la clínica es buena, pero cuando enfermo no voy a la clínica. Siempre hay mucha gente, tienes que ir a las siete de la mañana para sacar cita y no se puede, porque a esa hora preparo el desayuno para mis hijos antes de que se vayan a la escuela.

Para quienes no tienen una clínica local, a los horarios establecidos se agrega el tiempo del traslado, el costo y la irregularidad del transporte público. Los hombres y las mujeres, principalmente aquellos que no cuentan con una clínica local, mencionaron que, en ocasiones, cuando llegan a solicitar la consulta, la enfermera les dice que el número de consultas para ese día está cubierto. Desde la percepción de los informantes, una razón que contribuye a la saturación de las clínicas rurales es la cita periódica del Programa Oportunidades, requisito para que las familias beneficiarias continúen vigentes en el programa. Josefa mencionó que el personal de las clínicas da preferencia de atención a las familias beneficiarias de este programa:

...llegué a consulta y la doctora estaba ocupada con las de Oportunidades, entonces la enfermera me dio dos pastillas para la tos y me dijo que regresara al siguiente día. Ya no regresé.

La organización de las actividades en las clínicas, respecto al Programa Oportunidades, tiene consecuencias de género que se pueden traducir en desventajas en la salud de los hombres. Se documentó en diversas entrevistas que los hombres consideran que acudir a la consulta a la clínica es "asunto de mujeres"; como mencionó Javier, que cuenta con una clínica local:

...yo únicamente voy a la clínica para apoyar a mi esposa el día que le toca la cita en Oportunidades. Para la consulta voy a la farmacia y si tengo recursos (económicos) con un médico particular.

El desabastecimiento de medicamentos en las clínicas rurales es un problema que preocupa a los habitantes de la sierra, quienes mencionaron que en ocasiones se proporciona una parte del tratamiento y se pide a la persona que consulta que compre en la farmacia los medicamentos restantes. Existen casos también en donde se extiende únicamente la receta médica. En una localidad populuca de alto reza-go, los informantes coincidieron en mencionar que la gente tiene desconfianza de acudir a la clínica porque únicamente gastan en el pasaje y si bien la consulta médica es gratuita, no les proporcionan el tratamiento:

...qué tal si vas a la clínica de en balde, porque llegas y no hay medicamentos, ya nada más pagaste el pasaje. La consulta es gratuita, pero si no hay medicinas te dan una receta, si no tienes dinero pues ahí lo dejas hasta donde aguante uno. Las enfermedades graves, las que agarran al momento, corres a buscar aunque sea prestado. (Julio)

...a veces sí nos dan medicina pero no completo. Nos dicen ahí cómpralo. Nos dan la mitad y la mitad lo vamos a comprar. Tenemos seguro popular pero no sirve de nada. Compra tu medicina nos dicen. (Violeta)

La población que participó en el estudio vive en localidades marginadas sin el servicio de farmacias, independientemente de que cuenten o no con una clínica rural local. Surtir una receta médica implica, además del costo de los medicamentos, el gasto del transporte público a las cabeceras municipales o bien a las ciudades cercanas. El problema del desabastecimiento de medicamentos persiste aun para quienes están afiliados al seguro popular. Un hombre de 73 años de edad con una clínica a 20 minutos de su localidad y con facilidades en el transporte público cuestionó: "¿de qué sirve tener el seguro popular si no te dan medicamentos?". Esta situación lleva a que,

en ocasiones, la gente no regrese a la clínica, use otras alternativas, o bien retarde la consulta médica en la clínica en espera de la resolución favorable de los síntomas. Fue reiterativo escuchar a los habitantes de las localidades en estudio, que cada vez en mayor medida la gente usa la clínica solo por dos motivos: para acudir a la cita periódica del programa gubernamental Oportunidades y por una emergencia médica.

Las alternativas de atención son: acudir a la promotora/promotor comunitario o, para quienes tienen dinero para cubrir los costos, la medicina privada. Otra opción es acudir a la consulta en las farmacias de genéricos, que resulta atractiva por varias razones: el costo accesible de la consulta médica es de 20 pesos mexicanos (un dólar y medio); el tiempo de espera para consultar es corto; y, de acuerdo con las mujeres popolucas de una de las localidades en estudio, el hecho de que la persona que atiende la farmacia regularmente es una persona originaria de la región y que habla la lengua indígena. Como mencionó Inés:

...ahí en la farmacia hay una señorita que sí habla popoluca y te va a traducir al español. No sé de dónde es pero sí está ahí. Porque con el doctor de la clínica da pena para explicarle qué es lo que nos pasa.

Otras alternativas son los servicios informales de salud como la compra de medicamentos en las farmacias de las ciudades cercanas o sintomáticos en las tiendas locales.

Falta de traductores a la lengua indígena

El personal médico de las clínicas rurales y de los hospitales regionales, incluyendo el de Tonalapan, que se localiza en la sierra, no habla la lengua indígena, por lo que la consulta se brinda en español. A pesar de que oficialmente solo el 3,4% de la población de la sierra es monolingüe, en la práctica muchos, sobre todo las mujeres mayores de 40 años, tienen dificultad para expresarse en español. Las mujeres popolucas expresaron abiertamente la necesidad de que las clínicas rurales y el hospital cuenten con traductores a la lengua indígena. Algunas de las

mujeres refirieron que no acuden a la clínica porque "no puede contestar la palabra", "porque no he estudiado y no entiendo". Por las mismas razones no se sienten capaces de ir solas al hospital. Como mencionó Rubicelia de 43 años de edad:

...llegamos y nos dicen que ya no hay lugar. Además de que no nos entienden porque hablan español. ¿Cómo les vas a explicar? Por cierto que como yo, ellos deberían de hablar popoluca o tener a alguien que les explique.

Las estrategias para superar la barrera de la comunicación en la lengua indígena-español, se da en diversas formas. En algunas clínicas, especialmente las del IMSS-Oportunidades, la enfermera es originaria de la localidad y apoya como traductora en la consulta médica durante su turno de trabajo. En otras ocasiones la promotora comunitaria brinda su apoyo como traductora en forma voluntaria, sin recibir honorarios. Otra opción, sobre todo para las mujeres popolucas, que tienen mayor dificultad para expresarse en español, es acudir a la clínica acompañadas por algún familiar que hable español. Así lo explicó José Manuel:

...la mayoría de las mujeres van a la clínica. Aunque no entiendan bien, van con su hijo para que le ayude a traducir. Aquí hay ciertas personas que no hablan bien el castellano. Aunque entienden tal vez no pueden traducir. Como tienen sus hijos, sus hijas, entonces ellos ayudan a traducir. En mi caso, tengo que ir con mi esposa para traducir. Yo no consulto en la clínica. Mi esposa sí va porque tiene Oportunidades.

La Secretaría de Salud reconoce la barrera lingüística para la atención en los servicios de salud y recomienda que se establezcan estrategias para contratar traductores de la lengua indígena en los hospitales. Además se recomienda que el personal médico y de enfermería demuestren competencia cultural (26). En la realidad existe un abismo entre lo que el sistema de salud recomienda y lo que se lleva a la práctica, manteniendo las desigualdades sociales y de salud ya existentes. En su conjunto, las barreras geográficas y culturales y la calidad de la atención tienen como consecuencia que los habitantes de la sierra desconfíen

de encontrar una resolución de la enfermedad en las clínicas rurales. Es el caso de Jazmín, de 52 años de edad, con tos de un año de evolución y sin antecedente de consulta en la clínica rural que le corresponde. De acuerdo con su percepción, ella no acude a la clínica rural porque "no está tan vieja como para morir, y en la clínica, a eso va uno: a morir".

La percepción que tiene la población de la sierra de que las personas fallecen en las clínicas institucionales, se debe a experiencias negativas de quienes han solicitado atención por emergencias médicas en las clínicas rurales desde donde los refieren a los hospitales regionales para atención médica especializada. Estas personas fallecen por diversas circunstancias: complicaciones de la enfermedad, falta de recursos económicos para cubrir los costos de la misma o bien por la falta de infraestructura en los servicios institucionales para brindar la atención adecuada. Estas experiencias requieren un análisis aparte, pero basta decir que durante el trabajo de campo en la sierra fue posible conocer los casos de personas que fallecieron por causas para las que existe tecnología médica. Tecnología que no está disponible en los hospitales públicos y que por su costo en la medicina privada, no es accesible para la mayoría de los habitantes de la sierra. El costo social para las personas que pierden a un familiar en estas circunstancias se resume en el testimonio de un hombre popoluca:

...mi hermana falleció por cáncer de mama hace tres meses. Sabemos que tenía cura porque así nos lo dijo el doctor. No logramos juntar el dinero que nos pedían para operarla y nos regresamos con ella.

REFLEXIONES

En los resultados de este trabajo se hacen visibles las dificultades que se perciben entre los habitantes de la sierra veracruzana como limitantes para el uso de los servicios de salud. Esta percepción no es únicamente con respecto a los síntomas respiratorios como se evidenció a partir de los resultados de las entrevistas a la población en general. Si la relación

instituciones de salud/población se diera tal y como se plantea desde lo normado oficialmente, bastaría con que una persona con determinados síntomas acudiera a una clínica de salud para recibir un diagnóstico y un tratamiento oportunos. Pero no es tan sencillo.

En México, como en el resto de los países del mundo, no existe una sola forma de percibir y curar una enfermedad y existe la posibilidad de que por diversos factores –sociales, culturales y económicos– una persona no demande atención médica en los servicios de salud y utilice otras alternativas de curación. Una de las explicaciones que se dan a la desigualdad en salud de los pueblos indígenas es que retardan la atención como consecuencia de las creencias mágico-religiosas de la etiología de las enfermedades. Por ejemplo Romero (27), en un estudio realizado en dos comunidades indígenas de Oaxaca, reporta que la población percibe el origen de la tuberculosis como un enfriamiento o una brujería, percepción que es determinante al momento de buscar atención médica. Concluye la autora que la falta de adherencia a un tratamiento antifímico se explica más por la falta de información biomédica acerca de la etiología de la tuberculosis, que por el acceso a los recursos médicos, sea por motivos económicos o geográficos. Otros autores, en diversas partes del mundo, reportan que la explicación cultural en la causa de la tuberculosis no predice el cumplimiento del tratamiento. La elección de la medicina alópata en la búsqueda de atención médica está limitada no por "percepciones no científicas" del origen de los síntomas sino por aspectos políticos y económicos que limitan el uso de esos servicios o bien porque los dispensarios médicos que tienen a su disposición no están bien equipados y no tienen la capacidad suficiente para ofrecerles un diagnóstico. Todos estos factores llevan a disponer de alternativas más cercanas, la medicina tradicional entre ellas (28,29).

Es indudable que en la sierra veracruzana, como en el resto del territorio mexicano, existen enfermedades de filiación cultural que se atienden con el curandero, por ejemplo, el susto y el empacho, entre otras. Pero es cierto también que existen enfermedades, la tuberculosis entre ellas, en las que se acude a la medicina alópata antes de acudir a los curanderos. En un estudio

previo en la sierra donde participaron 40 personas indígenas con un diagnóstico reciente de tuberculosis pulmonar, se explicó el origen de la enfermedad a partir de un desequilibrio en el sistema frío-caliente y en menor proporción a partir del contagio. Sin embargo, esta percepción no influyó para que las personas aceptaran y concluyeran con éxito un tratamiento antifímico. El retraso en el diagnóstico se debió principalmente a que el médico no sospechó la enfermedad en las primeras consultas y por la dificultad para realizar el diagnóstico a partir de baciloscopías (30). De lo anterior se deriva que es importante reconocer que la enfermedad es un hecho social, por lo que cualquier medida preventiva o de tratamiento necesita considerar las relaciones jerárquicas y de subordinación en que se encuentran los diferentes grupos de población (31). En el caso contrario, al considerar las características diferenciales que los grupos étnicos minoritarios presentan en el proceso salud-enfermedad-atención, como actitudes y creencias equivocadas que necesitan corregirse, se da un peso excesivo al contexto sociocultural como determinante aislado en un solo nivel de análisis y no como el resultado de complejas y múltiples interacciones. De paso, se justifica la exclusión de estos grupos de los beneficios de la tecnología médica moderna. De acuerdo con Sen (32), desde la hegemonía occidental existen muchas cuestiones que se dan por hecho. Casi nunca presuponemos que porque una persona pertenezca al grupo étnico mayoritario piense inevitablemente de acuerdo a las creencias generales de sus grupos respectivos. Sin embargo, cuando observamos a otras culturas como las de Asia o África, los límites impuestos se conciben como más comunes o generalizables. Pasa lo mismo con los grupos indígenas de México.

Con respecto al Seguro Popular, que garantiza en teoría el acceso universal a la salud incluyendo la gratuidad de medicamentos, está lejos de ofrecer una atención equivalente a la que las instituciones de seguridad social brindan a sus derechohabientes (33,34). En el caso específico de los medicamentos, un estudio realizado por Garrido *et al.* en 2006, documenta que existen dificultades en el surtimiento completo de las recetas en las clínicas de salud. Esta dificultad se hace más evidente en los hospitales públicos: de acuerdo con los autores, el 44% de los usuarios

afiliados al Seguro Popular recibieron el surtimiento completo de las recetas. En los no afiliados este porcentaje fue del 18,5%. Concluyen que se hace necesario revisar la política de medicamentos ya que se incluyen claves de alta prescripción y bajo costo en las clínicas de salud, a expensas de medicamentos de mayor costo y eficacia terapéutica en los hospitales (35).

En la población de áreas rurales marginadas como la que participó en el estudio, la situación se complica: al modelo de atención médica que se brinda en los servicios de salud se agrega que este grupo de población se encuentra en desventaja biológica, social y económica en comparación con la población no indígena, por lo que estamos ante un grave problema de exclusión social.

En el caso específico de las enfermedades transmisibles, el diagnóstico oportuno adquiere importancia no únicamente para el individuo y su grupo familiar. Un buen sistema de vigilancia epidemiológica garantiza cortar la cadena de transmisión en forma oportuna, la curación y limitación de complicaciones o defunción por un diagnóstico tardío. Si la población se aleja de los servicios de salud y acude a otras opciones, el principal problema es que se agudiza el problema de enfermedades que deben atenderse en el primer nivel de atención médica en forma oportuna y para las que existen en operación programas con lineamientos normados. La percepción de la población de la sierra es que las clínicas rurales no cuentan con la infraestructura para satisfacer su demanda de atención médica. Esta situación se comparte con los habitantes de los estados más pobres del país (20,36). Un estudio realizado por Linares y López (20) mostró que son precisamente los estados más pobres –la mayoría en el Centro y Sur del país– los que muestran las mayores limitaciones en el acceso y uso de los servicios de salud y que se refleja en los porcentajes de población atendida por primera vez en los servicios del primer nivel de atención a la salud.

Dado que el primer nivel de atención médica es la principal fuente de notificación de morbilidad, al fallar el sistema de alerta temprana que permitiría tomar las medidas epidemiológicas específicas, es previsible que aumenten las tasas de enfermedades que hasta el momento se encuentran bajo control, en particular aquellas que en el sistema nacional de vigilancia epidemiológica están sujetas a la atención especial (37)

como las prevenibles por vacunación, la tuberculosis y el cáncer de mama, por nombrar algunas.

Para concluir, hombres y mujeres indígenas son agentes sociales que se interrelacionan en forma activa con las instituciones, en el caso particular que nos ocupa, los servicios de salud. Es necesario escuchar sus voces para llevar a la práctica lo que ya se encuentra planeado (14,26,37) y diseñar en forma conjunta –institu-

ciones/población– estrategias congruentes con las condiciones concretas de vida en las que se desenvuelve la población. Es un camino para que la población se acerque a los servicios de salud con la confianza de encontrar una atención de calidad en el primer nivel y en el caso necesario la integración del segundo y tercer nivel de atención médica para atender las complicaciones y limitar las secuelas secundarias a la enfermedad.

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo forma parte del proyecto de investigación "Pobreza, género y etnicidad. La tuberculosis pulmonar en una zona indígena de alta marginación en el estado de Veracruz" con financiamiento del Fondo Mixto CONACYT-Gobierno de Veracruz. Clave 68267. 2007-2009. Responsable técnica: Dra. Elda Montero Mendoza.

NOTAS FINALES

a. La investigación dio origen a un trabajo previo titulado "Los programas prioritarios de salud pública: el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar en un área indígena de Veracruz, México" (22), que contiene la información de la primera etapa del estudio. Se enfoca en las opciones de atención a la tos crónica y la respuesta en los servicios de salud para iniciar el protocolo diagnóstico de tuberculosis pulmonar. Al final del texto se presentan en forma breve los motivos para no consultar por la tos en los servicios institucionales de salud. En este artículo se analiza la información de la encuesta, de las entrevistas a personas con tos, de talleres y de las pláticas con distintos actores y actrices sociales de la sierra. La discusión se centra en la experiencia de los habitantes de la sierra en el uso de los servicios institucionales de salud y no se tocan aspectos alrededor del programa operativo de tuberculosis pulmonar.

b. El índice de rezago social proporciona una visión comparativa de las condiciones de una localidad, municipio y estado de acuerdo con sus

carencias sociales. Este índice permite identificar al interior de un estado, municipio o localidad, la ubicación de zonas con mayor rezago social, entre las que se encuentran los municipios indígenas. En su construcción se toma en cuenta la proporción de viviendas que disponen de servicios básicos tales como la disposición de agua entubada, drenaje, excusado y energía eléctrica, además de indicadores de escolaridad y derechohabencia a servicios de salud (23).

c. Para definir a una localidad con población indígena se consideró el indicador de población en hogares indígenas del INEGI (24). Posteriormente se solicitó el apoyo del personal de las presidencias municipales para que nos señalaran, de acuerdo con su percepción, cuál era el grupo étnico predominante (nahua, popoluca, mestizo) en cada localidad. Esto permitió triangular la información del INEGI.

d. Datos elaborados a partir de los certificados de defunción 2003-2007 de los archivos estadísticos de los municipios de Mecayapan, Pajapan, Soteapan y Tatahuicapan, de la Dirección General del Registro Civil, Gobierno del Estado de Veracruz, México.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Secretaría de Salud. Programa de Acción: Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas [Internet]. México DF: Secretaría de Salud; 2001 [citado 5 jul 2007]. Disponible en:

http://www.salud.gob.mx/docprog/estrategia_2/salud_y_nutricion.pdf

2. Székely M. Veinte años de desigualdad en México. México DF: Secretaría de Desarrollo Social; 2005. (Cuadernos de Desarrollo Humano, 20).

3. Consejo Nacional de Población. Índices de marginación, 2005. México: CONAPO; 2006.
4. Naciones Unidas. Common Country Assessment. CCA México 2006 [Internet]. Sistema de Naciones Unidas en México [citado 16 abr 2008]. Disponible en: http://www.undg.org/docs/7625/CCA_Final.pdf
5. Borja-Vega C, Lunde T, García Moreno V. Economic opportunities for indigenous peoples in Latin America in Mexico [Internet]. Banco Mundial. Economic opportunities for indigenous peoples in Latin America. 2007 [citado 10 mar 2010]. Disponible en: <http://siteresources.worldbank.org/EDUCATION/Resourcess/278200-1169235401815/Mexico.pdf>
6. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Perfil sociodemográfico de la población que habla lengua indígena. México DF: INEGI; 2009.
7. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. List of OECD Member countries. Ratification of the Convention on the OECD [Internet]. OECD [citado 6 nov 2010]. Disponible en: http://www.oecd.org/document/58/0,3343,en_2649_201185_1889402_1_1_1_1,00.html
8. García López JE. Grado de acceso geográfico a los servicios de salud [Internet]. La situación demográfica de México 2008. México: Consejo Nacional de Población [citado 6 nov 2009]. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2008/02.pdf>
9. Organización Mundial de la Salud. Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo. 55a Asamblea Mundial de la Salud [Internet] Organización Mundial de la Salud. A55/35; 18 abr 2002 [citado 20 abr 2009]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/sa5535.pdf
10. Rojas R. Programa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas. Plan de Acción 2005-2007. [Internet]. Organización Panamericana de la Salud [citado 20 abr 2009]. Disponible en: http://www.cdi.gob.mx/participacion/dlupe/programa_salud_indigenas_OMS.pdf
11. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2007. Volumen I-Regional. Washington: OPS; 2007. (Publicación científica y técnica No. 622).
12. Comisión Económica para América Latina. Panorama social de América Latina 2008 [Internet]. Santiago de Chile: Naciones Unidas: 2009 [citado 6 jun 2009]. Disponible en: http://www.eclac.org/publicaciones/xml/2/34732/PSE2008_Versioncompleta.PDF
13. Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. 2005. Estadísticas de mortalidad en México: muertes registradas en el año 2003. Salud Pública de México. 47(2):171-178.
14. Secretaría de Salud. Plan Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano, construyendo alianzas para vivir mejor [Internet]. México DF: Secretaría de Salud; 2007 [citado 14 ene 2010]. Disponible en: http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf
15. Gómez-Arias RD, Nolasco Bonmatí A, Pereyra-Zamora P, Arias-Valencia S, Rodríguez-Ospina FL, Aguirre DC. Diseño y análisis comparativo de un inventario de indicadores de mortalidad evitable adaptado a las condiciones sanitarias de Colombia. Revista Panamericana de Salud Pública. 2009;26(5):385-397.
16. Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. [Internet] Ginebra: OMS; 1978 [citado 14 ene 2010]. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>
17. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008.
18. Ugalde A, Homedes N. La descentralización de los servicios de salud: de la teoría a la práctica. Salud Colectiva. 2008;4(1):31-56.
19. López O, Blanco J. La polarización de la política de salud en México. Cadernos de Saúde Pública. 2001;17(1):43-54.
20. Linares Pérez N, López Arellano O. Los efectos de las transformaciones del sistema público de salud sobre la equidad en México, 1995-2002. Salud Colectiva. 2009;5(2):237-257.
21. Estados Unidos Mexicanos. Gobierno Federal. Desarrollo Integral. 3.2 Salud [Internet] Cuarto Informe de Gobierno, septiembre 2010 [citado 10 sep 2010]. Disponible en: http://www.informe.gob.mx/pdf/Informe_de_Gobierno/3_2.pdf
22. Montero Mendoza E. Los programas prioritarios de salud pública: el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar en un área indígena de

- Veracruz, México. En: Peña Saint Martin F, León Parra B, coordinadoras. La medicina social en México III. Entre la tradición y la emergencia. México: Ediciones y Gráficos Eón, PROMEP-SEP, ALAMES-México, ENAH-INAH, Universidad Autónoma de Tamaulipas; 2010. p. 103-111.
23. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Índices de rezago social. Población total, pobreza por ingresos, indicadores, índice y grado de rezago social, según entidad federativa, 2005 [Internet]. México: CONEVAL [citado 23 oct 2007] Disponible en: <http://medusa.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/resource/Estado%20y%20Municipios1.xls?download=true>
24. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. II Censo de población y vivienda 2005 [Internet]. México: INEGI; 2005 [citado 23 oct 2010]. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/sistemas/consulta_resultados/iter2005.aspx?c=27436&s=est
25. Roldán JA, Ávila A, Chávez A, Alvarez M, Muñoz M, Shamah T. Regionalización de la situación nutricional en México. A través de un Índice de Riesgo Nutricional por Municipio. México: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán; 2004.
26. Secretaría de Salud. Atención a la salud de los pueblos indígenas de México. Elementos generales para la construcción del programa de acción [Internet]. México DF: Secretaría de Salud [citado 26 ago 2010]. Disponible en: http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dmtdi/carpet3/Programa_ASPI_Nov.pdf
27. Romero Hernández C. Creencias y consecuencias sociales de la tuberculosis pulmonar en dos comunidades indígenas del estado de Oaxaca: una aproximación cualitativa. Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. 1999;12(4):235-241.
28. Lasker JN. Choosing among therapies: illness behaviour in the Ivory Coast. Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology. 1981;15(2):157-168.
29. Liefoghe R, Baliddawa JB, Kipruto EM, Vermeire C, Munyck AO. From their own perspective. A Kenyan community's perception of tuberculosis. Tropical Medicine and International Health. 1997;2(8):809-821.
30. Montero Mendoza E, Zapata Martelo E, Vázquez García V, Sánchez Pérez HJ. Tuberculosis en la Sierra Santa Marta, Veracruz: un análisis desde la perspectiva de género. Papeles de Población. 2001;7(29):225-245.
31. Nazroo JY. Genetic, cultural or socio-economic vulnerability? Explaining ethnic inequalities in health. En: Bartley M, Blane D, Davey Smith G, editores. The sociology health inequalities. Oxford: Blackwell Publisher; 1998. p. 151-170.
32. Sen A. La razón antes que la identidad. Letras Libres. 2000;2(23):12-18.
33. Tamez González S, Eibenschutz C. El Seguro Popular de Salud en México: pieza clave de la inequidad en Salud. Revista de Salud Pública. 2008;10(Supl 1):S133-S145.
34. López-Arellano O, Blanco Gil J. Caminos divergentes para la protección social en salud en México. Salud Colectiva. 2008;4(3):319-333.
35. Garrido-Latorre F, Hernández-Llamas H, Gómez-Dantés O. Surtimiento de recetas a los afiliados al Seguro Popular de Salud de México. Salud Pública de México. 2008;50(Supl 4):S429-S436.
36. Jaramillo CMC. La descentralización de la salud en México: avances y retrocesos. Revista Gerencia y Políticas de Salud. 2009;6(13):85-111.
37. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica [Internet]. México DF: Secretaría de Salud; 2010. [citado 10 sep 2010]. Disponible en: http://www.dgepi.salud.gob.mx/2010/plantilla/sinave_04.html

FORMA DE CITAR

Montero Mendoza E. Percepción de los habitantes indígenas de áreas rurales respecto al primer nivel de atención médica. El caso del Sureste de Veracruz, México. Salud Colectiva. 2011;7(1):73-86.

Recibido el 1 de julio de 2010

Versión final presentada el 24 de septiembre de 2010

Aprobado el 24 de noviembre de 2010