

MODELO PARA LA ATENCIÓN INTERCULTURAL A LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS Y AFROMEXICANO

Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud
Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural



GOBIERNO DE
MÉXICO

MODELO PARA LA ATENCIÓN INTERCULTURAL A LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS Y AFROMEXICANO

Secretaría de Salud
Unidad de Análisis Económico
Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud
Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural

Actualización, octubre de 2023.

“Se autoriza la reproducción parcial o total del contenido de este documento, siempre y cuando se cite la fuente y su distribución sea gratuita”.

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	6
	Los pueblos indígenas	6
	La población indígena en México	8
	La población afroamericana	9
	Situación de los pueblos indígenas y afroamericanos	11
	Discriminación en los pueblos indígenas y afroamericanos	13
	La salud en los pueblos indígenas	17
II.	MISIÓN, VISIÓN Y OBJETIVOS PARA UN MODELO DE ATENCIÓN INTERCULTURAL A LOS PUEBLOS INDÍGENAS Y AFROAMERICANOS	19
	Visión	19
	Misión	19
	Objetivos	19
III.	MARCO LEGAL	20
IV.	ATENCIÓN A LA SALUD	20
	1. Acceso	20
	2. Trato con dignidad	23
	Enfoque Intercultural, pueblos indígenas y afroamericanos	23
	Las barreras culturales en la atención de los pueblos indígenas y afrodescendientes	23
	Miradas indígenas a la calidad de la atención médica. Indicadores interculturales desde la perspectiva poblacional indígena.	24
	Atención intercultural a la población afroamericana	24
	Servicios de traducción en todas las unidades y servicios de salud	26

	Servicios de salud sexual, reproductiva y perinatal con enfoque intercultural	27
	Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro	30
	Alcoholismo en la población indígena. Aborde desde una perspectiva cultural	32
	3. VISIBILIDAD	33
	Variables de etnicidad	33
	La estrategia GIASPIyA	32
	4. Empoderamiento	34
V.-	ENTORNOS SALUDABLES	34
	Alimentación saludable	35
	Agua limpia	36
	Vivienda saludable	36
	Manejo de la basura	37
	Plaguicidas	37
	Comunicación comunitaria	37
	Ambiente social	38
VIII.	REFLEXIONES FINALES	38
	ANEXO 1. Marco Legal	40
	ANEXO 2. Estrategia de flujo real de pacientes en los servicios de salud	45
	ANEXO 3. Alcoholismo en la población indígena. Aborde desde una perspectiva cultural	52
	ANEXO 4. Miradas indígenas a la calidad de la atención médica. Indicadores interculturales desde la perspectiva poblacional indígena	61
	ANEXO 5. Empoderamiento y participación comunitaria	64

I.- INTRODUCCIÓN

México es un país con una composición pluricultural, reconocida en el artículo 2º constitucional, sustentada originalmente en sus pueblos indígenas, que son aquellos que descienden de poblaciones que habitaban en el territorio actual del país al iniciarse la colonización. Recientemente la Constitución Mexicana también reconoce a la población afroamericana.

La atención a la salud para los pueblos indígenas y afroamericanos es un derecho constitucional que requiere de un diseño intercultural ágil, claro e incluyente de acciones e intervenciones por parte de las áreas e instituciones públicas, especialmente de salud.

Los conceptos y procesos de salud-enfermedad-vida-muerte y formas de abordarlos están sensiblemente determinados por la cultura, por ello, el presente documento, derivado de experiencias en el diseño e implementación de la política de interculturalidad, considera cuatro componentes en el proceso de atención: a) la población objetivo en su diversidad cultural y cosmovisión, b) el personal de salud en su singularidad cultural, c) las estrategias, modelos y programas de atención, en los que consideramos el Modelo de la Medicina y Partería Tradicional Indígena como un componente esencial en la oferta y d) Estrategias de comunicación con enfoque intercultural, a fin de lograr el acceso efectivo a los servicios con dignidad, seguridad y calidad, propiciando el empoderamiento de los actores, en el ejercicio de su derecho a la salud.

Los pueblos indígenas

De acuerdo a la UNESCO¹ los pueblos indígenas viven en todas las regiones del mundo y poseen, ocupan o utilizan aproximadamente el 22% del territorio planetario. Cuentan con entre 370 y 500 millones de personas y representan la mayor parte de la diversidad cultural del mundo, ya que han creado y hablan la mayoría de las casi 7,000 lenguas del mundo.

El concepto de pueblos indígenas ha sido muy debatido a nivel nacional e internacional. Tras una larga consideración en el Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas de la ONU, se propuso una definición que dice: *“Son comunidades, pueblos y naciones indígenas, los que teniendo una continuidad histórica con las sociedades anteriores a las invasiones coloniales que se desarrollaron en sus territorios, se consideran distintos de otros sectores de la sociedad y tienen la determinación de*

¹ es.unesco.org/indigenous peoples

preservar, desarrollar y transmitir a futuras generaciones sus territorios ancestrales y su identidad étnica como base de su existencia continuada como pueblos, de acuerdo con sus propios patrones culturales y sistemas legales. Esta continuidad histórica puede consistir en la continuación de uno o más de los siguientes factores: Ocupación de tierras ancestrales o al menos de parte de ellas; ascendencia común con los ocupantes de esas tierras; cultura en general, o en ciertas manifestaciones específicas; idioma; residencia en ciertas partes del país o ciertas regiones del mundo. Desde el punto de vista individual se considera indígena toda persona que pertenece a estas poblaciones indígenas por autoidentificación como indígena (conciencia de grupo) y es reconocida y aceptada por esas poblaciones como uno de sus miembros (aceptación por el grupo)”²

Los pueblos indígenas son reconocidos por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos³: Artículo 2o. ... La Nación tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas que son aquellos que descienden de poblaciones que habitaban en el territorio actual del país al iniciarse la colonización y que conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas.

La conciencia de su identidad indígena deberá ser criterio fundamental para determinar a quiénes se aplican las disposiciones sobre pueblos indígenas. Son comunidades integrantes de un pueblo indígena, aquellas que formen una unidad social, económica y cultural, asentada en un territorio y que reconocen autoridades propias de acuerdo con sus usos y costumbres.

El derecho de los pueblos indígenas a la libre determinación se ejercerá en un marco constitucional de autonomía que asegure la unidad nacional. El reconocimiento de los pueblos y comunidades indígenas se hará en las constituciones y leyes de las entidades federativas, las que deberán tomar en cuenta, además de los principios generales establecidos en los párrafos anteriores de este artículo, criterios etnolingüísticos y de asentamiento físico.

A. Esta Constitución reconoce y garantiza el derecho de los pueblos y las comunidades indígenas a la libre determinación y, en consecuencia, a la autonomía para: I. Decidir sus formas internas de convivencia y organización social, económica, política y cultural... IV. Preservar y enriquecer sus lenguas, conocimientos y todos los elementos que constituyan su cultura e identidad...

² http://biblio3.url.edu.gt/IDIES/nuevo_enfo/4.pdf. Pag 14.

³ http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Constitucion_Politica.pdf

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

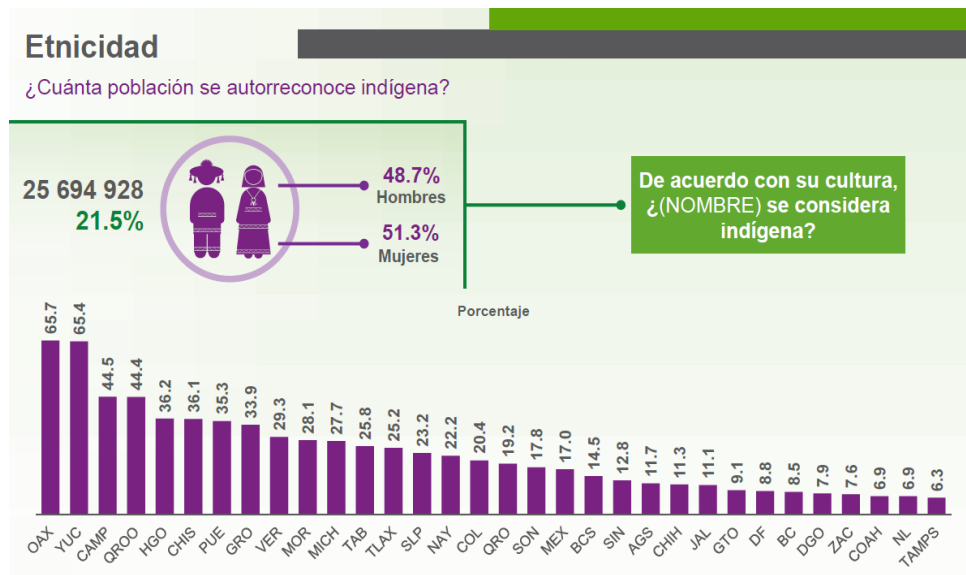
...III. Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional, así como apoyar la nutrición de los indígenas mediante programas de alimentación, en especial para la población infantil.

La población indígena en México

El Instituto Nacional para los Pueblos Indígenas (INPI) reconoce 68 pueblos indígenas en México, a partir del reconocimiento de su diversidad lingüística, presentes en prácticamente todo el territorio nacional, incluyendo los contextos urbanos. Esto último debido a los procesos migratorios constantes del desplazamiento del campo a las ciudades, en busca de oportunidades de vida y desarrollo que no se encuentran en las zonas rurales.

Existen dos criterios para determinar si una persona es indígena. El primer criterio es el lingüístico, quién habla una lengua indígena se considera indígena. Según este criterio hay alrededor de 7 millones de personas. El segundo criterio, incorporado en los últimos censos, es el de la autoadscripción, basado en la pregunta de si la persona se considera parte de una comunidad o pueblo indígena. Bajo este criterio hay casi 25 millones de personas, lo que constituye el 21% de la población total del país.

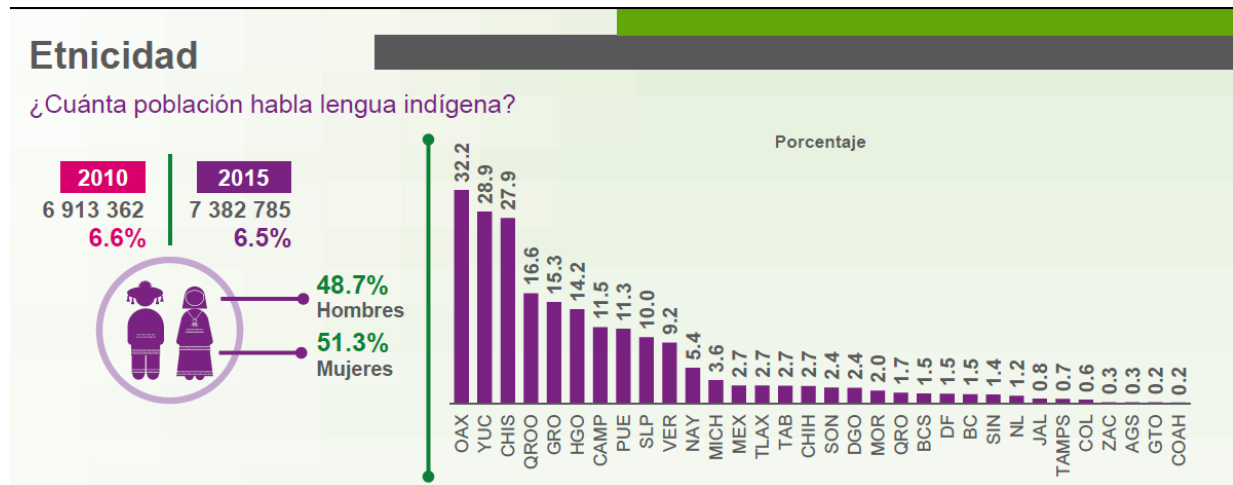
En 2015 INEGI realizó la encuesta Intercensal⁴. Estos fueron los principales resultados:



Encuesta intercensal 2015. Principales resultados. INEGI. Pag. 7

En este gráfico se pueden observar los estados con mayor y menor presencia de personas que se reconocen como indígenas.

⁴ https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/intercensal/2015/doc/eic_2015_presentacion.pdf



Encuesta intercensal 2015. Principales resultados. INEGI. Pags. 73

Este gráfico muestra las personas hablantes de una lengua indígena por entidad federativa.

La población afroamericana

México se compone por una multiplicidad de pueblos, destacamos al afroamericano, que día a día pugna por su reconocimiento como parte de nuestra sociedad, denominado como la “tercera raíz”.

Las poblaciones africanas fueron traficadas en México y América Latina como parte del comercio de esclavos provenientes de África. Quienes conforman en la actualidad los pueblos afroamericanos y afroamericanos son sus descendientes⁵.

“Tras el proceso inicial de conquista, el gobierno de la Nueva España instauró un marcado sistema de castas. Dicho aparato político reguló la interacción racial y la movilidad socioeconómica y cultural. En la parte superior del sistema de derechos la comunidad europea se situó a sí misma; en la parte más baja fue colocada la migración africana traída como esclava al Nuevo Mundo, ya que a diferencia del reconocimiento de la existencia del alma en las personas indígenas, este reconocimiento no se dio a la población de origen africano⁶.

A partir del 9 de agosto de 2019, los pueblos y comunidades afroamericanas son reconocidos en la Constitución federal. Artículo 2º... *Esta Constitución reconoce a los pueblos y comunidades afroamericanas, cualquiera que sea su autodenominación, como parte de la composición pluricultural de la Nación. Tendrán en lo conducente los derechos señalados en los apartados anteriores del presente artículo en los*

s <https://www.gob.mx/cultura/es/articulos/los-pueblos-afroamericanos-y-el-reconocimiento-de-su-diversidad?idiom=es>

⁶ La Controversia de Valladolid: España y el análisis de la legitimidad de la conquista de América” Revista electrónica Iberoamericana ISSN 198- 0618 VOL. 3 NO. 2. 2009.

https://www.urjc.es/images/ceib/revista_electronica/vol_3_2009_2/REIB_03_02_A_Manero_Salvador.pdf

términos que establezcan las leyes, a fin de garantizar su libre determinación, autonomía, desarrollo e inclusión social⁷.

Actualmente, la región en la que se concentran estas poblaciones es la denominada Costa Chica de Guerrero, principalmente en los municipios de Ometepec y Cuajinicuilapa, así como en el distrito de Jamiltepec, ubicado en la región de la costa de Oaxaca y conformado por 24 municipios.

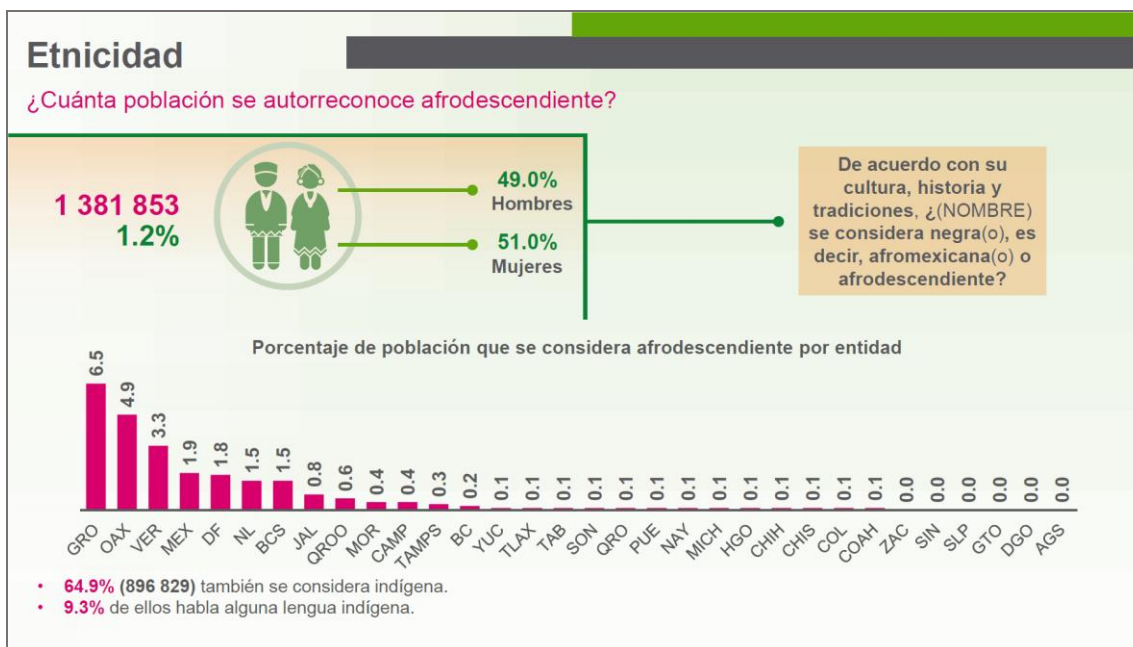
Asimismo, existen poblaciones en Chiapas, Coahuila, Michoacán y Veracruz.

Las entidades con mayor presencia de población afroamericana son Guerrero (6.5%), Oaxaca (4.9%) y Veracruz (3.3%).



La Encuesta intercensal 2015 muestra a la población afroamericana por entidad federativa. En este caso no se utiliza el hablar una lengua, porque se perdieron en el proceso de mestizaje y sólo el criterio de autoadscripción.

⁷ Avendaño Villafuerte Elia. Los pueblos y comunidades afroamericanas en la Constitución. Revista Hechos y Derechos. UNAM. Inicio > Número 53, septiembre-octubre 2019. Programa Universitario de Estudios de la Diversidad Cultural y la Interculturalidad. <https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/hechos-y-derechos/article/view/13923/15183>



Encuesta intercensal 2015. Principales resultados. INEGI. Pags. 85

Situación de los pueblos indígenas y afromexicanos

Diferentes estudios, estiman que antes de la llegada de los españoles, existían de 25⁸ a 11 millones⁹ de personas para lo que ahora se conoce como México, que tenía regiones densamente pobladas.

Lo que sí queda claro es que los pueblos indígenas sufrieron un proceso de aniquilamiento bajo el efecto de la guerra, los trastornos económicos y sociales y las nuevas enfermedades. La población disminuyó entre el 85 y 90% entre 1519 y 1607¹⁰. Para mediados del siglo XVII, sobrevivían apenas un millón 500 mil, la mayoría en condiciones de pobreza.

⁸ Borah, Woodrow y Cook, Sherburne F. The Aboriginal population of Central Mexico on the Eve of the Spanish conquest. University of California Press, Berkeley, 1963. En: La población en México, su ocupación y sus niveles de Bienestar. Serie: Manuales de información básica para la Nación. Secretaría de Programación y Presupuesto. Pag. 9 http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/historicos/1290/702825413637/702825413637_1.pdf Pag. 9.

⁹ <http://www.unamglobal.unam.mx/?p=76252>

¹⁰ Borah, Woodrow y Cook, Sherburne F. La despoblación del México Central en el Siglo XVI. Ponencia leída el 27 de agosto de 1960 en el XI Congreso Internacional de Ciencias Históricas. Estocolmo.

Son muy complejos los mecanismos de pauperización históricos y presentes que explican la situación de pobreza que viven los pueblos indígenas en la actualidad¹¹. De manera muy simplificada se pueden agrupar en mecanismos de despojo, usurpación y explotación^{12, 13}.

Socialmente, los pueblos indígenas y afroamericanos han sufrido pérdida de su identidad cultural, a través de procesos de desculturación, transculturación y neoculturación^{14, 15, 16}, que la modernidad ha apuntalado en las zonas indígenas en los últimos años y que se ha acelerado a través del impacto de los medios de comunicación. A esto se suman los efectos de los procesos de discriminación, racismo y subvaloración ya existentes desde décadas y siglos.

Por transculturación identificamos el proceso transitivo de una cultura dominada frente a una dominante, que implica la pérdida o desarraigo con la consiguiente pérdida de prácticas, costumbres, valores y lenguaje. El término “desculturación” se refiere cuando este proceso alcanza a la pérdida de la lengua original. Entendemos por “neoculturación”, la incorporación de nuevos elementos culturales de la cultura dominante con la consiguiente recomposición de la cultura originaria.

Considerando la cultura como el marco global de una sociedad en el que todas las percepciones de la realidad, las costumbres y comportamientos adquieren sentido¹⁷, se comprende que al afectarse la percepción del mundo por los procesos transculturales, en los valores y costumbres de los pueblos indígenas se desencadena un proceso de pérdida de sentido. Al perderse éste, también hay una pérdida importante de la identidad cultural, reforzando los procesos de desubicación social.

Los procesos de marginación y pobreza que los pueblos indígenas han sufrido históricamente han limitado sus recursos tangibles e intangibles para comprender y responder al avasallamiento.

¹¹ Cimadamore Alberto D., Eversole Robyn, McNeish John-Andrew, coordinadores. Pueblos indígenas y pobreza. Enfoques multidisciplinares. CLACSO. Buenos Aires, julio 2006. ISBN 987-1183-50-X. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/clacso-crop/20100620065831/pueblos.pdf>

¹² Coria Ramón M., Haro E. Jesús A. Derechos territoriales y pueblos indígenas en México: Una lucha por la soberanía y la nación. Revista pueblos y fronteras digital. versión On-line ISSN 1870-4115. Rev. pueblos front. digit. vol.10 no.19 San Cristóbal de Las Casas ene./jun. 2015. <http://dx.doi.org/10.22201/cimsur.18704115e.2015.19.52>
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-41152015000100228

¹³ Olguín M. Gabriela. Estado nacional y pueblos indígenas. El caso de México Nueva Sociedad Nro. 153 Enero-Febrero 1998, pp. 93-103. https://nuso.org/media/articles/downloads/2655_1.pdf

¹⁴ García Español, Antonio M. Aculturación y Comunicación en Hispanoamérica. Cuadernos del CEMYR, ISSN 1135-125X, N° 10, 2002, págs. 123-146. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=900619>

¹⁵ Aguirre Jimena. Globalización, internet y transculturación. Reflexiones desde el pensamiento de Fernando Ortiz. Universidad del Zulia. DOI: <https://doi.org/OI:10.5281/zenodo.2253482>. <https://www.redalyc.org/jatsRepo/279/27957763013/html/index.html>

¹⁶ Chiappe Carlos M. ¿Transculturación o acultura? Matices conceptuales en Juan Van Kessel y Alejandro Lipschutz. Revista de Ciencias Sociales (CI), núm. 35, 2015, pp. 47-57. Universidad Arturo Prat, Tarapacá, Chile. <https://www.redalyc.org/pdf/708/70843331004.pdf>

¹⁷ Adaptado de Esteva Gustavo: “Desafíos de la Interculturalidad”. Serie Derechos Ecológicos 2017. Instituto para los derechos ecológicos de las futuras generaciones. PRATEC. <http://tdh-latinoamerica.de/wp-content/uploads/2019/01/Derechos-Ecol%C3%B3gicos-Andino-Pratec-Desaf%C3%ADos-de-la-interculturalidad.pdf>

Si a esto se le suman los procesos de pérdida de sentido y de aumento de la desvaloración cultural que han sufrido, podemos percibir el impacto profundo en sus capacidades de supervivencia material y cultural.

Esto dificulta la comprensión y la acción ante los procesos que la sociedad y su modelo de desarrollo (lo cual incluye también la salud) extienden hacia los indígenas, con los cuales los transforman en muchas ocasiones en sujetos pasivos frente a los cambios sociales, económicos y culturales, violentando muchas veces sus costumbres y su identidad.

Discriminación en los pueblos indígenas y afroamericanos

Los registros históricos demuestran que desde milenios, las diferentes civilizaciones justificaron la imposición de unos grupos humanos sobre otros, para su explotación, servidumbre y esclavitud. La religión y los sistemas políticos definieron las diferencias sociales y la existencia de grupos “privilegiados” y “grupos oprimidos o sojuzgados”. Con el tiempo se fue organizando desde los países conquistadores el conocimiento y la ideología para establecer la imposición de unos grupos sobre otros en términos de pueblos, naciones, características raciales, religiones y género. La religión europea fue esencial, dado que las creencias propias se consideraban absolutas, mientras las ajenas fueron consideradas infieles, grupos en pecado, sin humanidad, que generalmente se despreciaban y que justificaban su sometimiento a condiciones de servidumbre, y en ocasiones a su exterminio.

No existía la discriminación como se entiende actualmente, dado que simplemente no existía el concepto, como tampoco el de derechos humanos. Simplemente, se entendía el estado de las cosas como un orden religioso, dado por dios.

A partir de finales del siglo XVIII, a medida que el racionalismo ilustrado empezó a sustituir a la fe como fuente de autoridad, “la ciencia” se convirtió en la estrategia y nuevo dogma para justificar el sometimiento de ciertos grupos a condiciones de servidumbre, de separación forzada del resto de la sociedad o de marginación en guetos, con lo que se generó una discriminación sistemática a determinados grupos raciales, con el desarrollo de argumentos “científicos”¹⁸, principalmente desde la biología y la antropología colonialista. Argumentos que tomaron un gran peso en los

¹⁸ William H. Tucker. La ideología del racismo: El abuso de la ciencia para justificar la discriminación racial. <https://www.un.org/es/chronicle/article/la-ideologia-del-racismo-el-abuso-de-la-ciencia-para-justificar-la-discriminacion-racial>

siglos XIX y XX y que todavía son considerados por diferentes grupos sociales en países occidentales¹⁹.

Inicia el concepto de “raza”, y con ella el racismo. Comenzaron a publicarse “estudios” que describían como unos grupos humanos y “razas” eran menos inteligentes, más salvajes, y más tendientes al robo y desorden (argumento que se continúa utilizando en los Estados Unidos respecto a las personas afrodescendientes). Se definieron estándares de medición de la inteligencia “IQ” para identificar esas diferencias. Se argumentó que esas características se heredaban, utilizando la genética como argumento.

Sin embargo, desde mediados del siglo xx hasta nuestros días, las ciencias naturales han hecho descubrimientos cruciales que prueban de manera fehaciente que la creencia de que existen razas humanas —grupos cuyo color de piel y fenotipo se deben a contundentes y radicales diferencias biológicas o genéticas— no está fundada en bases científicas. En una sociedad y en un tiempo histórico que ha rendido culto a la racionalidad científica, este descubrimiento debería haber echado por tierra los imaginarios, prejuicios, estereotipos, estigmas, ideologías, políticas y prácticas racistas. Sin embargo, eso no ha ocurrido. No sólo el racismo no ha desaparecido, sino que está sano, salvo y en pleno florecimiento en todo el mundo. Esto se debe a que la raza es una construcción cultural y no una realidad natural²⁰.

Por ello, a pesar de los descubrimientos del año 2000 a la fecha en torno a la estructura del genoma humano, el acceso diferenciado y desigual a oportunidades y derechos para los integrantes de grupos considerados étnica y racialmente inferiores, las diferencias y la discriminación se siguen justificando con argumentos filosóficos, legales, políticos y culturales.

Es importante entender cómo se dio en México, el proceso de discriminación a la población indígena y afrodescendiente. Desde el inicio de la colonia se discutió si los indígenas tenían alma. Al centro de esta discusión se encontraron Bartolomé de las Casas y Ginés de Sepúlveda. Después de largas discusiones sobre los derechos que debía otorgarse a los nativos de América, se decidió considerar jurídicamente al “indio” como menor de edad²¹, y sí con alma, pero con una “alma pequeña”, junto con las

¹⁹ Lewontin R.C., Rose Steven, Kamin Leon J. No está en los genes. Racismo, genética e ideología. Crítica. Editorial Grijalvo. Consejo Nacional para la cultura y las artes, México, 1991.

²⁰ Gal Olivia. Hilando fino entre las identidades, el racismo y la xenofobia en México y Brasil. Desacatos 51, mayo-agosto 2016, pp. 8-17

²¹ Glockner Julio. Del indio sin alma al indígena sin cultura: respuesta a GMI Consulting. Revista Contralínea.com.mx. <https://www.contralinea.com.mx/archivo-revista/2018/03/12/del-indio-sin-alma-al-indigena-sin-cultura-respuesta-gmi-consulting/>

mujeres y los niños²². De esta posición, nació el tutelaje y la toma de decisiones sobre los indígenas, las mujeres y los niños. Tutelaje que se dio en toda la colonia.

A partir del siglo XVII, cuando la palabra indio aparece en los diccionarios europeos, ya está impregnada de una serie de significados despectivos forjados en la imaginación de los colonialistas: bárbaro, cruel, grosero, ignorante, inhumano, aborigen, antropófago, natural y salvaje. El primer Diccionario de la Real Academia Española, publicado en 1726, agregó otros calificativos despectivos: tonto y crédulo²³.

Con la población negra, la situación fue diferente. Mientras a la población indígena se le reconoció su alma y ciertas libertades, a la afrodescendiente no. Eso justificó su esclavitud y se utilizó como fuerza de trabajo en labores pesadas como el trapiche y la minería. Algunos religiosos que defendían a los indios, justificaron la utilización de esclavos negros para proteger a los primeros de las labores muy pesadas. También en ellos pesaron algunos estereotipos despreciativos similares a los de los indígenas, sobresaliendo los que señalaban poca inteligencia y fuerza bruta, y a su espíritu salvaje, transa, pendenciero y ladrón. Actualmente se sigue estereotipando una supuesta disposición de los negros a la música, el baile, la pereza y la sexualidad²⁴.

El español trató de apuntalar su hegemonía sobre los demás grupos de población - indios y negros, la mayoría- a través de un sistema de castas, muy discriminador, que pretendía conservar su pureza²⁵. Prohibió el matrimonio con negros y creó el clima propicio para evitar el matrimonio entre indios y negros. Pero no lo consiguió, en parte por los estrechos y cotidianos contactos que mantenían los indios y los negros, quienes, a su vez, de alguna manera buscaron mestizarse, porque al tener descendencia con indígenas (considerados vientres libres) se garantizaba que los hijos no fueran esclavos.

La postura de considerar a los indígenas como sujetos libres, pero menores de edad, a los que hay que tutelar y dirigir, continuó en buena medida, en las políticas indigenistas de los siglos XIX y XX, postura que también se hizo extensiva a la población negra en algunos casos, en otros quedaron invisibilizados.

²² Información proporcionada por la Antropóloga Luise Enkerlin, Historiadora del INAH.

²³ Glockner Julio. Op cit.

²⁴ Masferrer León Cristina V. Yo no me siento contigo. Educación y racismo en pueblos afroamericanos. Diálogos sobre educación. Temas actuales en investigación educativa, vol. 7, núm. 13, 2016.

²⁵ Aguirre Beltrán, Gonzalo. La población negra de México. Estudio etnohistórico. Fondo de Cultura Económica. 1972.

http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/lecturas/T4/LHMT4_071.pdf

En la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial celebrada por las Naciones Unidas en 1963, se define la discriminación racial como: *“Toda distinción, exclusión, restricción o preferencia basada en motivos de raza, color, linaje u origen nacional o étnico que tenga por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública.”*²⁶

Actualmente se considera el término de *“colonialidad”*²⁷, que aporta a la comprensión de la discriminación actual que se da desde la ciencia y diversas instituciones de servicios y desarrollo. Se define cómo *colonialidad ideológica*, al proceso que se origina a nivel mundial, desde las instancias europeas coloniales conquistadoras de diferentes pueblos, en el cual se desconoce lo existente en los nuevos territorios, imponiendo su manera de ver el mundo, conocimientos y cultura, cómo lo único válido; destruyendo, nulificando y disminuyendo lo ajeno, impidiendo su valoración y reproducción; haciendo creer que el único modelo válido es el que los colonialistas presentan²⁸.

Actualmente existe una instancia nacional llamada Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED)²⁹, que desarrolla acciones para proteger a todos los ciudadanos y las ciudadanas de toda distinción o exclusión que niegue o impida el acceso en igualdad a cualquier derecho, utilizando como base jurídica la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación³⁰, creada en 2003.

De acuerdo a esta ley, se entenderá por esta cualquier situación: *Para los efectos de esta ley se entenderá por discriminación toda distinción, exclusión, restricción o preferencia que, por acción u omisión, con intención o sin ella, no sea objetiva, racional ni proporcional y tenga por objeto o resultado obstaculizar, restringir, impedir, menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos y libertades, cuando se base en uno o más de los siguientes motivos: el origen étnico o nacional, el color de piel, la cultura, el sexo, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, económica, de salud o jurídica, la religión, la apariencia física, las características genéticas, la situación migratoria, el embarazo, la*

²⁶ Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial. Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 2106 A (XX), de 21 de diciembre de 1965. <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CERD.aspx>

²⁷ <https://journals.openedition.org/polis/10164?lang=en>

²⁸ Este proceso se establece en todas las instancias y procesos. Incluyendo la relación con la medicina tradicional indígena y la atención de las mujeres en el parto, en el caso de la salud, en el cual las parteras tradicionales (como caso extremo) son víctimas de procesos de deterioro, desprestigio, invisibilización y nulificación. Desvalorizan tanto su trabajo, que algunas instituciones las consideran cómo personal auxiliar o/y voluntario.

²⁹ http://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=84&id_opcion=142&op=142

³⁰ http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/262_210618.pdf

lengua, las opiniones, las preferencias sexuales, la identidad o filiación política, el estado civil, la situación familiar, las responsabilidades familiares, el idioma, los antecedentes penales o cualquier otro motivo; también se entenderá como discriminación la homofobia, misoginia, cualquier manifestación de xenofobia, segregación racial, antisemitismo, así como la discriminación racial y otras formas conexas de intolerancia.



La salud en los pueblos indígenas

En el caso de la salud, los indígenas eran visibles indirectamente para las estadísticas³¹; a partir del año 2007 se integran tres variables en el sistema de información de egresos de hospitales (SAEH)³² y a partir del 2014 para algunos casos de vigilancia epidemiológica, lo que nos está permitiendo visibilizar los servicios que se les otorgan, así como visibilizar un panorama epidemiológico específico para ellos.

Información reciente en Cubos Dinámicos, capturada en base al formato “*Hoja de Hospitalización SIMBA-SEUL-14-P DGIS*”, refiere los datos de los egresos hospitalarios 2018, que incorpora las variables de etnicidad.

³¹ Epidemiología. Información epidemiológica de morbilidad 1984-2003. Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud.

³² Autoadscripción, Habla o entiende una lengua indígena y se considera indígena a todos los menores de 5 años que vivan con una persona que esté en las categorías anteriores.

CAUSAS DE MORTALIDAD EN LA POBLACIÓN INDÍGENA EN 2018		
	Principales Causas	TOTAL DE CASOS
1	Enfermedades isquémicas del corazón	105,939
2	Diabetes mellitus	99,620
3	Enfermedad cerebrovascular	34,671
4	Agresiones (homicidios)	31,516
5	Infecciones respiratorias agudas bajas	28,688
6	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	26,292
7	Enfermedades hipertensivas	23,327
8	Otros tumores malignos	17,937
9	Nefritis y nefrosis	16,402
10	Otros accidentes	12,215
11	Accidentes de vehículo de motor (transito)	11,129
12	Las demás enfermedades endocrinas, metabólicas, hematológicas e inmunológicas	10,004
13	Tumor maligno de la mama	7,204
14	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	6,874
15	Tumor maligno de la próstata	6,626
16	Desnutrición calórico protéica	6,563
17	Otros tumores	6,531
18	Tumor maligno del colon y recto	6,462
19	Tumor maligno del hígado	6,434
20	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	6,432
29	Tumor maligno del cuello del útero	4,072

Fuente Cubos Dinámicos. DGIS.

http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD_Cubos_gobmx.html

En esta información de 2018, sobresale como segunda causa de muerte la diabetes mellitus a nivel general en individuos registrados como indígenas, después de enfermedades isquémicas del corazón, en conjunto con otras enfermedades crónicas y neoplásicas entre las primeras 20 causas de muerte. Esto habla de una transición epidemiológica hacia las enfermedades del primer mundo y del desarrollo. Quedan en este grupo todavía las infecciones respiratorias bajas y la desnutrición como elementos de los padecimientos del tercer mundo. Sobresalen también los accidentes, violencias y suicidios. El cáncer del cuello del útero bajó al lugar No. 29.

II.- MISIÓN, VISIÓN Y OBJETIVOS PARA UN MODELO DE ATENCIÓN INTERCULTURAL A LOS PUEBLOS INDÍGENAS Y AFROMEXICANOS

Visión

Los servicios del Sistema Nacional de Salud brindan atención a los pueblos indígenas y afroamericanos, considerando de manera esencial sus derechos humanos, culturales y lingüísticos construyendo con ellos las alternativas, estrategias y acciones para la salud, tomando en cuenta las determinantes sociales, los entornos saludables, así como las particularidades culturales de los diferentes grupos étnicos que constituyen parte fundamental de nuestro país.

Misión institucional

Incidir de manera determinante en la mejora de la situación de salud de los pueblos indígenas y afroamericanos, con la atención de los servicios de salud en condiciones de respeto y dignidad, con modelos y metodologías interculturales, de perspectiva de género y de respeto a los derechos humanos, considerando la cultura, cosmovisiones y demás elementos de su identidad, como su medicina tradicional; así como la intervención eficaz inter e intrainstitucional respecto a los determinantes sociales y entornos saludables.

Objetivos

1. **Acceso.** Propiciar el acceso a servicios oportunos y eficientes de salud, con calidad técnica, humana e intercultural.
2. **Trato con dignidad.** *Ofrecer un trato* como seres humanos con una particularidad social, cultural y emotiva, en condiciones de respeto, escucha, horizontalidad y dignidad, tomando en cuenta sus necesidades, expectativas y cosmovisión.
3. **Visibilidad.** Identificar y visibilizar la presencia de la población indígena y afroamericana en los diferentes ámbitos de salud considerados en la sociedad.
4. **Empoderamiento.** Reconocer los derechos constitucionales para que la población indígena pueda decidir sobre su situación y apropiación de su salud. No es un facultamiento, sino un reconocimiento de sus derechos y autonomía, que debe concretarse en medidas para facilitar su intervención en el diagnóstico, planeación y ejecución de los planes y programas de los servicios de salud, de manera que se construya con ellos las alternativas y soluciones.



III.- MARCO LEGAL

Existe un marco legal muy claro y detallado sobre el quehacer de las instituciones respecto a los derechos de los pueblos indígenas en el ámbito de la salud, expresado en la Ley General de Salud, el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, el Plan Sectorial de Salud 2019-2024 y resoluciones internacionales con carácter vinculante como el Convenio 169 de la OIT. Ello se encuentra desarrollado en el ANEXO 1.

IV.- ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD

1. ACCESO

A pesar de las estrategias de redes actuales, continúa existiendo una serie de problemas y deficiencia en la atención de la salud de los pueblos indígenas y afrodescendientes. Además de la falta de personal capacitado de forma continua en muchas regiones del país, de medicamentos e insumos, cuando se requiere la canalización de pacientes al segundo o tercer nivel, se presentan problemas en la articulación entre esos niveles, desde la comunidad, hasta los hospitales, pasando por los centros de salud, con referencias inadecuadas y retraso en ellas (que se conocen

coloquialmente como *peloteo*), lo cual produce una serie de demoras, que repercuten en una atención tardía de los pacientes cuando presentan situaciones de urgencia. Esto genera desenlaces fatales que se hubieran podido evitar.

En la realidad, continúan presentándose dificultades y barreras para articular los servicios respecto a los sistemas de referencia y contrarreferencia, comunicación telefónica y radial, transportación segura y pertinente, sistemas administrativos y sistemas de apoyo. *No funcionan como un sistema integrado*. Además, generalmente no existe una estrategia definida de contrarreferencia; sí algún personal del centro de salud, auxiliar de salud o partera tradicional, envía un paciente a un hospital, no se genera una nota de contrarreferencia indicando el diagnóstico y los cuidados que deberían tenerse a nivel de primer nivel y comunidad. Eso dificulta el seguimiento adecuado.

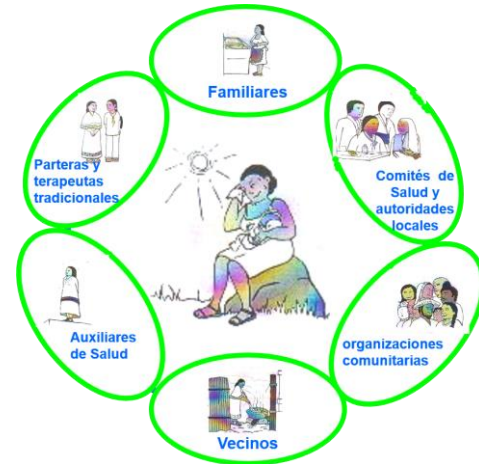
Además, en muchas regiones del país, en el primer nivel de atención falta una estrategia definida para identificar la cultura local, los diferentes actores y redes sociales comunitarias, las expectativas y necesidades de la población en general y de esos actores en particular, así como una estrategia para su fortalecimiento y vinculación con la red de servicios.



La OMS, define a la comunidad, en su glosario de promoción de la Salud³³, como un grupo específico de personas, que a menudo viven en una zona geográfica definida, que comparten la misma cultura, identidad, valores y normas y están organizadas en una estructura social conforme al tipo de relaciones que la comunidad ha desarrollado a lo largo del tiempo. Los miembros de una comunidad adquieren su identidad personal y social al compartir creencias, valores y normas comunes que la comunidad ha desarrollado en el pasado y que pueden modificarse en el futuro. Sus miembros tienen conciencia de su identidad como grupo y comparten necesidades comunes y el compromiso de satisfacerlas.

³³ https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=44D26A7D4D366F2004F81741CF46C74C?sequence=1. Pag 15

Entendemos por *red social* el entramado de intercambios sociales no formales entre individuos o grupos que prestan ayuda, apoyo y soporte moral en una comunidad. Su ausencia o mal funcionamiento ocasiona la falta de apoyo comunitario en el momento requerido, lo cual aumenta el riesgo de muerte materno infantil, atención de accidentes y enfermedades súbitas y graves.



El “*modelo de las tres demoras*”, utilizado para explicar la muerte materna, nos sirve para entender las consecuencias de la falta de un sistema integrado y eficiente³⁴.

1. El modelo señala que la primera demora se refiere a la tardanza en reconocer una complicación y emergencia, al retraso en la decisión de buscar atención ante ella y de conseguir los elementos y transporte para salir de la comunidad en busca de ayuda médica. En esta demora impacta la experiencia negativa previa con los servicios de salud y la falta de una red social comunitaria eficiente.
2. La segunda demora se refiere al retraso en la llegada al lugar final de la atención, es decir, las personas usuarias reconocen la enfermedad y quieren ser atendidas, pero se presentan dificultades para el acceso, que pueden ser administrativas, de articulación y comunicación entre el primer y el segundo nivel, la saturación de algunos servicios, que derivan a otros (“peloteo”), lo cual retrasa el llegar al lugar final donde se proporciona la atención.
3. La tercera demora es el retraso en la obtención de atención una vez que la persona grave ha llegado al servicio médico, es decir, llega la persona al hospital, pero hay retraso en su recepción y atención en la sala de espera, en la realización del triage y en ser ingresada al servicio hospitalario, para recibir la atención urgente que requiere.

Es triste y dramático, que las personas indígenas son las que más sufren las tres demoras, debido a la situación de marginación que viven y a la discriminación que reciben en los servicios de salud.

Además de lo anterior, es común que las diferentes acciones y programas que llegan a las zonas indígenas, sean conducidas desde áreas diferentes de salud desarticuladas entre sí, y sin contar con un diagnóstico integral de la situación de cada región, de cada unidad de salud, y de cada comunidad, que permita elaborar soluciones integradas.

³⁴ Rodríguez-Angulo Elsa, Aguilar-Pech Pedro, Montero-Cervantes Landy, Hoil-Santos Jolly, Andueza-Pech Guadalupe. Demoras en la atención de complicaciones maternas asociadas a fallecimientos en municipios del sur de Yucatán, México. Rev Biomed 2012; 23: 23-32. Vol. 23, No. 1, enero-abril de 2012. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2012/bio-20121c.pdf>.

Para enfrentar esa situación, se propone **la estrategia de redes funcionales de flujo real de enfermos en los servicios de salud**, que se desarrolla en el ANEXO 2.

2. TRATO CON DIGNIDAD

Enfoque Intercultural, pueblos indígenas y afroamericanos

El enfoque intercultural en los servicios de salud³⁵ considera que los usuarios al momento del contacto con el personal de salud, manifiestan, además de su enfermedad, la concepción que tienen de ella y cierta preferencia por formas propias de tratamiento.

Por otra parte, la concepción de salud, enfermedad, muerte y formas de vivirlas de la población indígena usuaria de los servicios de salud, en ocasiones entra en conflicto por la manera de ver el mundo de los proveedores o prestadores de servicios de salud institucionales. Esto puede llegar a producir relaciones de conflicto, temor y resistencia al uso de los servicios de salud. Por ello es muy importante entender algunas claves para entender la cosmovisión indígena, que puede tener variantes en cada grupo étnico, elementos desarrollados en el Libro: *Interculturalidad en Salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los Servicios de Salud*³⁶.

Las barreras culturales en la atención de los pueblos indígenas y afroamericanos

Al no considerar la concepción de salud y la cosmovisión de la población indígena y afroamericana en la atención de la salud, muy frecuentemente se producen relaciones de conflicto, temor y resistencia al uso de los servicios de salud. Por lo que cabe señalar que existen una serie de barreras que dificultan y limitan el acceso a los servicios de salud. Las barreras están determinadas por las características (diferencias) entre la cultura del personal de las instituciones de salud y la “cultura o culturas” de la población usuaria de los servicios, siendo en el caso específico del presente documento la población indígena y afrodescendiente.

Debido a estas barreras, los servicios pueden percibirse como fuente de malestares y riesgos. En el caso de las diversas poblaciones indígenas y afrodescendientes, estas poseen diferentes conceptos de causalidad de las enfermedades, derivados de una cosmovisión particular desde la cual pueden advertir una serie de riesgos en los servicios y espacios de salud, que dificultan el que acudan a ellos libremente.

³⁵ Se encuentra desarrollado a detalle en el Modelo de Salud Intercultural. Secretaría de Salud, 2020.

³⁶ Interculturalidad en Salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los Servicios de Salud. Secretaría de Salud. Biblioteca Mexicana del Conocimiento. Páginas. 144 – 154.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/380452/Libro_InterculturalidadSalud.pdf

Las “barreras culturales”³⁷ pueden clasificarse en cuatro ámbitos.

1. Las que se presentan desde la estructura y de los servicios (sistema).
2. En el establecimiento o espacios de salud.
3. En el personal prestador de servicios de salud.
4. En la población usuaria.

De lo anterior podemos concluir que la calidad de los servicios de salud no depende exclusivamente de la suficiencia de recursos y capacidades técnicas, sino que también en gran medida de las relaciones interpersonales que establecen los proveedores de los servicios de salud, con los usuarios, toda vez que exige también de los primeros, el dominio de competencias culturales, habilidades y sobre todo actitudes, así como la disponibilidad y oferta de servicios de salud que respondan a las necesidades de poblaciones con usos y costumbres diferentes a los de la mayor parte de la población del país.

Miradas indígenas a la calidad de la atención médica. Indicadores interculturales desde la perspectiva poblacional indígena

Además de considerar la manera en que la población indígena entiende las enfermedades y sus causas, también es importante escuchar e identificar la forma en que desde su cosmovisión y cultura espera que se realice la atención médica, su concepto de la calidad de dicha atención. En la DMTDI se construyeron de manera participativa una serie de indicadores, lo cual se encuentra descrito en el ANEXO 4.

Atención intercultural a la población afroamericana

Gonzalo Aguirre Beltrán señala que *"Los negros fueron en México un grupo minoritario, representaron del 0.1 al 2 por ciento de su población colonial; el número de los introducidos por la trata no fue mayor a 250 mil individuos en el curso de tres siglos", pero los productos de su mezcla fueron considerables. Al finalizar la Colonia, el 10 por ciento de la población era considerado como francamente afroamericano*³⁸.

También refiere que las poblaciones negras de México no tuvieron nunca la densidad que tuvieron las de Cuba y Brasil. Allá pudieron conservar, por ejemplo, sus creencias religiosas: en la santería y en el candomblé. Aquí no. *"El negro no pudo reconstruir en la Nueva España las viejas culturas africanas de que procedía, a diferencia del indígena que, reinterpretando sus viejos patrones aborígenes dentro de los moldes de*

³⁷ Esta temática se encuentra desarrollada en las páginas 23 – 25 del libro. Interculturalidad en Salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los Servicios de Salud, ya referido.

³⁸ Aguirre Beltrán, Gonzalo. La presencia del negro en México. Revista del CESLA, núm. 7, 2005, pp. 351-367. ISSN: 1641-4713. <https://www.redalyc.org/pdf/2433/243320976020.pdf>

*la cultura occidental, logró reconstruir una nueva cultura indígena, el negro sólo pudo, en los casos en que alcanzó un mayor aislamiento, conservar algunos de los rasgos y complejos culturales africanos*³⁹. Identificó que muchas poblaciones afrodescendientes se integraron en las diferentes culturas indígenas de la región, o acogieron el concepto de mexicanidad. Sólo en algunos lugares remotos, encontró algunos resabios de la cultura africana.

Estos rasgos y complejos culturales fueron identificados por él en 1958, al dar a conocer una investigación llamada *“Cuijla, esbozo etnográfico de un pueblo negro”*⁴⁰, que se concentra en la población negra de la sierra de Guerrero, derivada básicamente de los cimarrones que reaccionaron y escaparon de la esclavitud, sumergida en un aislamiento mucho más pronunciado que el de la población negra de Veracruz. Aislada del exterior, sin caminos, Aguirre Beltrán pudo descubrir en ella la herencia de sus antepasados en África. *“Es posible identificar como africanos algunos hábitos motores, así como el tipo de casa-habitación llamada redondo, que tomaron en préstamo los grupos indígenas amuzga, mixteca y trique. Estos rasgos de Cuijla son compartidos por los negros de Tapestla y El Ciruelo, en Oaxaca.”*

Actualmente existe en México un movimiento que reivindica la “negritud”, donde participan varias organizaciones como México Negro A.C. cuyo objetivo es la organización de las comunidades afrodescendientes en nuestro país. Su lucha fue determinante para lograr el reconocimiento constitucional de la población afromexicana de México.

En nuestro país, el término “negro” no tienen la connotación que tiene en estados unidos y al igual que el término “indígena”, ellos lo utilizan como elemento de identidad y orgullo.

Este movimiento tiene como propósitos:

- Promover el desarrollo de las comunidades afrodescendientes de la Costa Chica de Guerrero y Oaxaca, y de todos los estados del país donde exista población negra.
- Rescatar, promover y difundir sus tradiciones culturales.
- Luchar contra todo tipo de discriminación.

³⁹ Aguirre Beltrán, Gonzalo. La población negra de México. Estudio etnohistórico. Fondo de Cultura Económica. 1972.
http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/lecturas/T4/LHMT4_071.pdf

⁴⁰ Aguirre Beltrán, Gonzalo. Cuijla. Esbozo etnográfico de un pueblo negro, Universidad Autónoma Veracruzana.
<https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/123456789/3283/19588P469.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Luchar contra la invisibilización social y gubernamental de la población negra. Todavía los sistemas de información en salud carecen de indicadores de afrodescendencia.
- Gestionar ante las instancias correspondientes que se incluya en los planes y programas de estudios en la educación básica del sistema educativo oficial; las aportaciones a la economía, a la cultura y a la sociedad, de los africanos traídos desde la época de la esclavitud hasta nuestros días.
- Inclusión de la historia de afroamericanos en la educación pública básica de México.
- Que se reconozca sus propios regionalismos. Que no se excluya el uso de sus conocimientos, plantas y alimentos.
- Riesgo de muerte en los hospitales.

Las acciones interculturales con la población afroamericana, deberán tomar en cuenta las aspiraciones descritas, así como la incorporación de todos los elementos de *visión intercultural* y *relación intercultural*, señalados en el apartado de competencia intercultural, Desde el elemento de *visión intercultural* podemos encontrar grupos de personas asimilados en alguna cultura indígena, otros en la cultura mestiza general y algunos pocos, con algunos rasgos de herencia africana.

Servicios de traducción en todas las unidades y servicios de salud

Un elemento fundamental en la atención intercultural para los pueblos indígenas y afroamericanos es garantizar el uso de la lengua indígena en los servicios de salud de acuerdo a lo estipulado por la Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas, la cual se encuentra en la liga:

http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/257_200618.pdf

En los artículos 7, 8 y 9 de esta ley se expresa que *es derecho de todo mexicano comunicarse en la lengua de la que sea hablante, sin restricciones en el ámbito público y privado, en forma oral o escrita, en todas sus actividades sociales, ecológicas, políticas, culturales, religiosas y cualesquiera otras.*

Se especifica que las lenguas indígenas son válidas al igual que el español para cualquier asunto de carácter público, así como para acceder plenamente a la gestión, servicios e información, con mayor peso en los municipios con comunidades que hablen lenguas indígenas. También se señala que ninguna persona podrá ser sujeto a cualquier tipo de discriminación a causa de la lengua de la que se hable.

Esta ley se refuerza con la aprobación por la cámara de diputados el 18 de noviembre de 2020 del proyecto de decreto por el que se adiciona un párrafo tercero al artículo 2º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en materia de lenguas nacionales⁴¹, lo cual lo eleva a derecho constitucional.

Esta materia, en términos de los servicios de salud, es retomada en la Ley General de Salud, en los artículos 51 Bis 1, 54, 67 y 113, en referencia con la utilización de las lenguas indígenas en los servicios y programas de salud (páginas 32 y 33 de este documento).

Esto significa que se tiene que incorporar y asegurar la traducción en las lenguas indígenas que se hablen, en los hospitales que atienden población indígena en todos los turnos y servicios. Esto implica contar con intérpretes traductores capacitados para la traducción en la temática de salud. El Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (INALI) cuenta con cursos certificados para ello. El problema del presupuesto no es una justificación, dado que es una ley nacional obligatoria.

También se puede fortalecer la atención médica bajo el derecho de la población indígena de comunicarse en su lengua, priorizando la contratación de médicos, enfermeras y personal en general (administrativo, trabajo social, intendencia) que sean de la zona y hablen la lengua.

Respecto a los centros de salud y unidades de primer nivel en general, se puede garantizar la traducción de personas que lo requieran con el apoyo concertado con la comunidad, en la cual se pueda contar con personas que puedan realizar esta actividad, en la cual pueden participar auxiliares de salud, terapeutas tradicionales y vecinos/as.

Servicios de salud sexual, reproductiva y perinatal con enfoque intercultural

La atención en torno a la salud sexual y reproductiva de las mujeres y de los hombres, especialmente de los grupos indígenas, tienen una importancia fundamental, dado que se centran en partes del cuerpo con significados culturales y religiosos importantes y trascendentes muy profundos, que si no se toman en cuenta, pueden producir un desencuentro e inclusive choque cultural, con repercusiones en rechazo e ineficacia de los servicios. Esto aplica para la atención en torno a los procesos de concepción, planificación familiar, embarazo, aborto, parto, puerperio y enfermedades de la salud sexual y reproductiva.

⁴¹ "El Estado reconoce como lenguas nacionales, al español y a las lenguas indígenas, las cuales tendrán la misma validez en términos de la ley. Las lenguas indígenas forman parte del patrimonio cultural de la nación, por lo que el Estado promoverá su preservación, estudio, difusión, desarrollo y uso. El Estado promoverá una política lingüística multilingüe, que propicie que las lenguas indígenas alternen en igualdad con el español en todos los espacios públicos y privados."
http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/iniclave/64/CD-LXIV-III-1P-213/01_minuta_213_18nov20.pdf

La salud de las mujeres y de los hombres es el resultado de sus condiciones de vida, de la satisfacción de sus necesidades vitales, de la calidad de los recursos utilizados con ese fin y del ambiente en que transcurren sus vidas. Los contenidos de vida asignados a las mujeres y a los hombres por su género y cultura, definen en gran medida su estado vital, sus riesgos, enfermedades y malestares, así como su potencial de vida sana y su expectativa de longevidad. Igualmente, la situación social conformada por el género, la edad, la generación, la clase social, la etnia y la nacionalidad, determinan la posición social de las mujeres y los hombres en el mundo y su acceso a recursos y oportunidades. Las relaciones personales y las relaciones de poder en que participan desde su situación vital tienen un impacto fundamental en la salud.

Premisas para la atención de personas en los servicios de salud sexual, y reproductiva con enfoque intercultural. Incluye atención en los procesos de concepción, planificación familiar, embarazo, aborto, atención perinatal y de las enfermedades a nivel sexual y reproductivo, tanto en mujeres como en hombres:

- Cada grupo poblacional tiene ideas y creencias sobre la reproducción, así como prácticas de riesgo, lo cual genera en algunos casos diferencias y choques con la manera en que se promociona el programa de salud sexual y reproductiva en los servicios de salud.
- La promoción de la planificación familiar y de atención a problemas salud sexual y reproductiva en grupos indígenas, debe sustentarse en el pleno reconocimiento de sus derechos humanos y en una amplia escucha intercultural especialmente de las mujeres, a fin de lograr una comunicación asertiva.
- Las acciones de promoción en estos campos deben de operarse con metodologías y herramientas interculturales que garanticen la escucha, la comunicación asertiva, el trato con dignidad y el respeto a la cultura. En caso de que alguna costumbre contravenga la normatividad, seguridad, dignidad, como parte de los derechos humanos, explíquelo clara y respetuosamente orientando al usuario o usuaria.

Lineamientos interculturales enfocados a la atención de la salud sexual y reproductiva en mujeres y hombres:

- Conozca el contexto cultural y social donde va a desempeñarse como profesional de la salud y en donde se va a implantar los programas de salud, a fin de evitar barreras culturales, así como la violencia de género y cultural.
- Identifique las barreras culturales y los maltratos institucionales y comunitarios derivados por la violencia institucional, cultural y de género.

- Indague los procedimientos de diagnóstico y detección que utilizan los curanderos, parteras y promotores comunitarios, enriquezca sus acciones y las del personal comunitario local.
- Las mujeres deberán ser atendidas preferentemente por mujeres sensibilizadas y capacitadas en la atención de la salud sexual y reproductiva; de no ser posible, el profesional masculino, igualmente sensibilizado y capacitado, deberá ser acompañado siempre por personal femenino o una familiar.
- Escuche de manera atenta y con respeto las percepciones, emociones y creencias de la población indígena sobre su enfermedad.
- Indague los conocimientos y prácticas de prevención y atención que tiene la familia y la comunidad sobre la enfermedad.
- Informe de manera clara, de preferencia en su lengua, considerando la cosmovisión local, el pudor y conceptos delicados en dicha cultura, para abordarlos de manera adecuada.
- Prepare con grupos de la población local los mensajes didácticos y argumentos en torno a los programas de salud sexual y reproductiva.
- Promueva el involucramiento de la familia y la comunidad en el restablecimiento de la salud.
- Elimine de su actitud burlas, regaños y evite comentarios que generen o aumenten sentimientos de culpa.
- Escuche las expectativas de las personas usuarias sobre cómo quieren ser atendidas y su opinión de la atención que se les ofrece.
- Difunda la responsabilidad de los hombres en la incidencia del cáncer cervicouterino, promoviendo las medidas higiénicas y profilácticas recomendadas para ellos.
- Promueva y apoye la conformación de equipos comunitarios de “mujeres que apoyan a mujeres”.
- Identifique los conceptos y temores que sobre la planificación familiar tiene la población, promoviendo la participación y expresión de mujeres y hombres, de preferencia en grupos focales separando hombres, mujeres y adolescentes (incluyendo mujeres y hombres solteros), para facilitar su participación de manera libre.

- Indague las expectativas, conocimientos y prácticas sobre planificación familiar y salud reproductiva que tienen las parteras tradicionales, así como todas las mujeres.
- Apoye en la toma de decisiones de las mujeres y hombres participantes, considerándoles como sujetos de derechos en las políticas de planificación familiar y no como objeto de las mismas.
- Defina con la participación de mujeres y hombres, los mensajes, las estrategias de planificación familiar, los beneficios del espaciamiento de los embarazos, así como la cantidad de hijos e hijas a procrear y los riesgos que implica.
- Indague con los habitantes donde trabaja, conceptos, creencias relacionadas con las enfermedades de salud sexual y reproductiva de los hombres, en las cuales destacan las de la próstata.
- Escuche con atención y respeto todas expresiones del enfermo, no se burle aunque le parezca absurdo lo que le comentan, considere el apoyo de un intérprete-traductor de lengua indígena.
- Promueva y apoye la conformación de equipos comunitarios de “terapeutas, varones o el Consejo de Ancianos”.
- Difunda la responsabilidad de los hombres en la incidencia del cáncer de próstata, promoviendo la prevención a tiempo y el tratamiento recomendado para ellos.
- Oriente al enfermo y a sus familiares sobre las alternativas terapéuticas que están poniendo en práctica, no las descalifique si no cuenta con información.
- Procure Informar a las usuarias en forma clara y sencilla y en su lengua, si son indígenas monolingües, de los procedimientos, beneficios y consecuencias de la atención ofrecida, auxiliándose de un traductor o traductora que fomente la comprensión y conocimiento de la información. Así mismo promueva que la decisión sea personal y consentida y que terceras personas no decidan por ellas y ellos.

Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro

Las mujeres indígenas, durante décadas estaban acostumbradas a parir de una manera natural, acompañadas generalmente por parteras tradicionales, las cuales son herederas de un modelo rico en aportes técnicos y humanos que brindan mucho apoyo emocional y respetan la fisiología de la mujer. Es un modelo tradicional ejercido por mujeres que se especializan para ello en una formación práctica de varios años

basada en el modelo de “maestro – aprendiz”. Presenta algunas debilidades ante complicaciones serias, pero es muy eficiente para la atención del parto normal y algunos problemas de salud, frente a los cuales las parteras cuentan con procedimientos específicos eficientes.

Durante el siglo XX ese modelo fue perdiendo terreno frente a un modelo institucional occidental, que medicalizó la atención, llevando el parto a los hospitales, incorporando la atención en una rutina deshumanizante que facilita la ruptura del vínculo humano entre el personal de salud y la mujer embarazada y parturienta, en servicios muchas veces saturados por una inadecuada planeación y con deficiencias en insumos y personal calificado. Este modelo puede resolver complicaciones graves, pero con un costo alto para las mujeres con embarazos y partos normales, que generalmente reciben muchas intervenciones no necesarias que afectan el proceso fisiológico y producen complicaciones, terminando en una incidencia de cesáreas mucho más alto que lo requerido. Otro efecto de este modelo deshumanizante son los niveles muy altos de violencia obstétrica⁴², que se acentúan en mujeres indígenas y adolescentes⁴³.

Frente a esta situación, la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, definió en conjunto con el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva un modelo de atención integral e intercultural desde 2009, que en 2012 recibió el nombre de “*Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro*”⁴⁴.

Participación de las parteras tradicionales

A partir de 2004, la DMTyDI-SS diseñó la metodología de *Encuentros de Enriquecimiento Mutuo*,⁴⁵ que se lleva a cabo entre el personal de salud de un hospital o región y las parteras tradicionales de esa zona. Los encuentros se han realizado en los Estados de Campeche, Chiapas, Chihuahua, México, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán, así como en la Ciudad de México. Esta metodología permitió recuperar y sistematizar un “modelo” de partería tradicional mesoamericano, con contribuciones

⁴² Recomendación General No. 31/2017, sobre la Violencia Obstétrica en el Sistema Nacional de Salud. CNDH. 31 de julio de 2017. https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-07/RecGral_031.pdf

⁴³ La violencia Obstétrica. Una forma de patriarcado en los servicios de salud. Revista de Género y Salud en cifras. Secretaría de Salud. Volumen 8. No. 3. Septiembre – diciembre 2010. Pags. 3 – 20. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/25685/SepDic10.pdf>

⁴⁴ Guía de implantación: Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro. Secretaría de Salud. Liga: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/507722/Gu_a_Implantaci_n_Modelo_Part_HIS_T.pdf

⁴⁵ Secretaría de Salud. Encuentros de Enriquecimiento Mutuo entre Personal de Salud y Parteras Tradicionales. México; 2008.

importantes tanto para los cuidados del embarazo, en la atención del parto y puerperio, y de la persona recién nacida.

La propuesta permitió, además, reafirmar el valor y la vigencia del conocimiento local, el cual puede ser accesible en la medida en que se estudie en colaboración estrecha con sus dignas portadoras; asimismo, consiguió que el personal de los servicios de salud institucional -desde este lado de la frontera cultural- interrumpiera la carga heredada del menosprecio que nuestras escuelas siguen reproduciendo, y asumiera la responsabilidad compartida de imaginar nuevas maneras de aproximarnos al saber tradicional sin idealizarlo, pero dispuestas/os a identificar y reconocer los aportes⁴⁶ de un modelo de atención tradicional del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida, común a los grupos indígenas de la región mesoamericana.⁴⁷

La atención de las mujeres indígenas de su parto por las parteras tradicionales, que forman parte sustancial de la medicina tradicional indígena, es un derecho constitucional, definido en el artículo 2º de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos. En 2018, la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud emitió un lineamiento al respecto sustentado en el marco legal y la Recomendación 31/2017 de la CNDH. Lineamiento que además señala las acciones concretas que se tienen que realizar de acuerdo al marco normativo⁴⁸.

Alcoholismo en la población indígena. Aborde desde una perspectiva cultural

La problemática del alcoholismo es muy compleja, en la cual existen diferentes aproximaciones, explicaciones y propuestas, principalmente desde los enfoques médico, social y psicológico. En los pueblos indígenas este abordaje tiene características especiales. En él es fundamental incorporar el eje cultural, que generalmente no se toma en cuenta, y que es esencial tanto para entender este fenómeno en estas poblaciones, como para definir estrategias de acción. Es abordado con detalle en el ANEXO 3.

⁴⁶ Méndez RM, Cervera MD. Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y tradicional. Rev. Salud Pública de México 2002 mar-abr;44(2):129-136.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000200007

⁴⁷ En las actividades de la Asociación de Servicios Comunitarios de Salud (ASECSA) con parteras tradicionales, realizadas en Guatemala, de 1984 a 2000, se remarcaron los mismos elementos identificados en México.

⁴⁸ Se encuentra en la siguiente liga:
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/338175/LINEAMIENTOS_SOBRE_FORT_DE_LOS_SS_CON_PARTER_A_TRADICIONAL_18_06_18.pdf

3. VISIBILIDAD

Variables de etnicidad

Desde que se toman en cuenta las variables de etnicidad en el Sistema de Información en Salud, se pueden identificar los usuarios indígenas en las atenciones otorgadas y realizar análisis de sus afecciones y estado de salud, Con ello se pueden enriquecer los perfiles epidemiológicos y valorar las principales causas de morbi-mortalidad por edad y sexo. A partir de 2007 se incorporaron en el formato del Sistema Automatizado de Egreso Hospitalario (SAEH) las siguientes variables: *si habla alguna lengua indígena y cual, si se considera indígena* (autoadscripción) y *la consideración como indígenas a los menores de 5 años hijos de alguna persona que se asuma indígena o hable alguna lengua indígena*. Anteriormente las estadísticas no consideraban indígenas a los menores de 5 años, por lo que no se podían estimar los niños y niñas indígenas para los programas de atención a la niñez indígena.

El formato “*Hoja de Hospitalización SIMBA-SEUL-14-P DGIS*”, donde se registran los usuarios de los sistemas de salud, que incorpora las variables de etnicidad, se puede encontrar en la siguiente liga:

http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/egresos/pdf/Formato_Egresos_2020.pdf

La Estrategia de los “Grupos interinstitucionales e intersectoriales para la atención a la salud de pueblos indígenas y afroamericano” (GIASPIyA)

Para la visibilización de los pueblos indígenas en las acciones institucionales gubernamentales, además de promover la incorporación y uso de variables e indicadores de etnicidad en la atención y aplicación de los programas de salud, es fundamental que todas las acciones realizadas en zonas rurales con impacto en la salud directo o indirecto, identifiquen a las personas y pueblos indígenas, su situación particular en la temática abordada según sus atribuciones y definan estrategias y acciones específicas para mejorar su situación en estos campos.

Esto aplica con los programas de servicios como agua potable, drenaje, vivienda, basura, plaguicidas, educación, desarrollo integral de la familia, vías de comunicación, medios de comunicación, desarrollo de los pueblos indígenas, y otros específicos del campo de la salud, como infraestructura en salud, alimentación, salud reproductiva y perinatal, vectores, vigilancia epidemiológica, promoción de la salud, atención de enfermedades específicas como el VIH-Sida y el manejo de riesgos a la salud.

Dado que generalmente las acciones entre estas dependencias se daban de manera no coordinada, se promueve la coordinación a nivel nacional y estatal con la Estrategia

de constitución de los GIASPIyA´s; que permite identificar las acciones específicas y presupuestos que ejecutan las diversas áreas del gobierno federal en favor de la atención de la salud y modificación positiva de las determinantes sociales de la enfermedad de los pueblos indígenas y afrodescendientes y coordinar acciones entre sí.

La Estrategia GIASPIyA es coordinada desde hace más de 10 años por la DMTDI/DGPLADES de acuerdo a la atribución que se encuentra en la Fracción XX del Artículo 25 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, respecto al impulso de la política de atención a la salud de los pueblos indígenas.

En lo concreto, se promueve y realizan reuniones periódicas generales y temáticas, tanto a nivel nacional, como estatal, donde cada institución exprese las actividades que realiza respecto a los pueblos indígenas, el presupuesto que tiene etiquetado para ello, sus problemáticas, resultados y que requiere de otras áreas para mejorar su impacto, estableciendo acuerdos de colaboración.

4.- EMPODERAMIENTO

Es un elemento fundamental que parte de reconocer los derechos constitucionales de la población indígena, para que pueda ser protagonista y sujeto de las acciones en salud que le conciernen, que le permita la toma de decisiones y obtener las condiciones para la apropiación de su salud. No es un facultamiento. Tiene que ver con la participación comunitaria, y con elementos de atención primaria apropiados por la comunidad, como las casas y auxiliares de salud. Considera y respeta las formas propias de organización indígena como lo es la “asamblea comunitaria “indígena”. También incorpora consultas interculturales a los pueblos indígenas en el marco de derechos. ANEXO 6.

V.- ENTORNOS SALUDABLES

Un elemento fundamental del *trato digno*, es considerar las condiciones y determinantes sociales que son fundamentales para obtener la salud, especialmente para los pueblos indígenas y afromexicanos, lo cual incluye la alimentación, el agua potable, la vivienda, el manejo de la basura, la prevención en el uso indiscriminado de plaguicidas. Su olvido o descuido en los servicios implica no reconocer que las poblaciones indígenas y afromexicanas requieren de condiciones dignas de vida, sustentadas en el derecho a la protección a la salud.



Alimentación saludable

Partimos de reconocer que la obesidad y enfermedades como la diabetes, son fenómenos con un impacto muy importante en las zonas indígenas, que ya se encuentran en los primeros lugares de mortalidad en ellas, como se visualizó en el capítulo de la situación de salud. En este contexto, consideramos que los procesos de transculturación y neoculturación ya descritos son responsables en gran medida de esta situación, junto con otros elementos de la situación en torno a la pauperización que sufren.

Por ello se propone y promueve el *Modelo de la Dieta de la Milpa*, alimentación regional, saludable, culturalmente pertinente, sustentado en los sabores y saberes de nuestra población mexicana, que prioriza el reconocimiento de los alimentos de origen mesoamericano (fruto de una enorme biodiversidad), la cultura gastronómica regional y la producción local; combinando los alimentos de manera nutritiva y saludable, de acuerdo con las evidencias científicas⁴⁹.

⁴⁹ Varios documentos e infografías sobre la dieta de la milpa se encuentran en la página: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/la-dieta-de-la-milpa-298617>

En las zonas indígenas, además se propone incorporar la dieta de la milpa en los comedores comunitarios y albergues indígenas existentes, que consideren también la producción de alimentos regionales saludables de acuerdo a la cultura.

Además, se propone la reactivación de la milpa y otros sistemas tradicionales de cultivo como elementos de alimentación saludable, el rescate del maíz criollo, el aprovechamiento del solar y traspatio, y la promoción del maíz nixtamalizado. Se promueve el reconocimiento a las familias que preservan el maíz nativo, siembran milpa y utilizan estrategias tradicionales y orgánicas en la producción de los alimentos. Para ello se utilizan dípticos elaborados para productores indígenas y campesinos, que se leen y reflexionan en grupo. Incluyen la producción saludable de los alimentos. En la liga arriba señalada, se encuentra material elaborado para leerlo y reflexionarlo en reuniones colectivas con campesinos rurales e indígenas.

Agua limpia

Es esencial el priorizar el abasto de agua limpia y segura para el consumo humano, así como su mantenimiento, especialmente en zonas indígenas, con impulso de tecnologías apropiadas básicas de tratamiento y destino final de aguas residuales.

Es importante trabajar con los comités de salud y agua comunitarios, para asegurar sistemas de filtrado y purificación del agua, así como el mantenimiento de pozos y de tanques, cisternas y tinacos. Aprovechar otras fuentes de agua con la recuperación de agua de lluvia y el manejo integral de cuencas. Para todo ello será importante la coordinación con las instituciones competentes, como la Comisión Nacional del Agua (CNA), la Comisión Federal de Protección Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) y los ayuntamientos.

Es fundamental procurar que no se realicen descargas de agua contaminada de los centros de salud y hospitales a los ríos y arroyos locales. Para ello se requiere promover sistemas adecuados de tratamiento de las aguas residuales.

Vivienda saludable

Fomentar el mejoramiento de la vivienda, enfatizando en condiciones saludables. Es importante partir de un diagnóstico comunitario que identifique fortalezas y debilidades de la vivienda local y que proponga elementos para su mejora, aprovechando conocimientos, tecnologías y materiales de la región.

Manejo de la basura

Es importante partir de un diagnóstico comunitario que identifique si existe algún problema con el manejo de la basura local y proponer acciones familiares y colectivas para un manejo adecuado que no afecte la salud humana y del ambiente.

También es importante identificar si existe algún tiradero de basura de las ciudades en su territorio, que los pueda afectar tanto en la salud humana, como en la de sus tierras. Definir estrategias y propuestas para evitar esos tiraderos y promover el manejo adecuado de la basura de las ciudades, de manera que no se afecten a las comunidades rurales e indígenas.

Plaguicidas

Para promover el derecho a la protección de la salud de la población indígena, es fundamental prevenir el uso indiscriminado de plaguicidas y fertilizantes industrializados, realizando acciones con la población para identificar riesgos y consecuencias en la salud humana y de las tierras, así como para la elaboración de propuestas de producción orgánica.

Esto implica el denunciar el mal manejo de plaguicidas que no cumplan el marco legal, ante los servicios de salud y las autoridades regionales, estatales y nacionales, tomando en cuenta la Recomendación No 82/2018 de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Poner especial énfasis en los campos jornaleros agrícolas ubicados en 67 municipios de 20 Estados de la República.

Promover la producción saludable de los alimentos, con capacitaciones para la elaboración de abonos orgánicos y el manejo orgánico de plagas recuperando remedios tradicionales y con la utilización de métodos alternativos como la agrohomeopatía.

Para personas con intoxicaciones con insecticidas, contactar con médicos homeópatas con experiencia en el manejo de estos casos, La DMTDI tiene contactos con personas expertas en los dos últimos temas.

Comunicación comunitaria

La existencia de medios de comunicación como teléfono, radio o internet, o su ausencia incide en la calidad de vida de las personas que integran la comunidad, al facilitar o dificultar la vinculación y establecimiento de redes de apoyo con otras comunidades e instituciones, especialmente las de salud. Por ello es importante identificar esta situación y proponer acciones que permitan que la comunidad esté conectada y comunicada.

Ambiente social

El ambiente social al que se enfrentan los miembros de la comunidad, cómo la violencia criminal por el narcotráfico u otros, el alcoholismo y adicciones, las condiciones que favorecen los suicidios en población indígena, son elementos que deben de ser considerados también como elementos del entorno saludable, por las consecuencias que tienen en la salud de la comunidad. Por ello, debe de considerarse y promoverse una respuesta institucional frente a estos elementos.

VI.- REFLEXIONES FINALES

La atención de la salud de los pueblos indígenas y afroamericanos con enfoque intercultural desde una visión de acceso efectivo y justicia social, es una deuda pendiente de los servicios de salud. Requiere transformar de fondo el proceso de pensamiento indigenista que se llevaba desde la imagen del estado benefactor. De ser una atención que se otorgaba a un sujeto que se consideraba en situación de vulnerabilidad, que se protegía y se tutelaba desde una posición paternalista y caritativa, ahora se debe transitar a la atención de un sujeto que ha sido vulnerado y discriminado, en el que se reconocen todos los derechos constitucionales, en una relación intercultural de igual a igual, donde se favorece la apropiación de su salud en sus manos.

El papel del personal directivo y operativo en los servicios y programas de salud debe de cambiar de manera consciente reconociendo nuestro papel como servidores públicos que debe respetar el marco de derechos.

El haber presentado de una manera ordenada muchos de los elementos que participan en la atención de servicios y definición de programas, es una contribución para comprender algunos de nuestros campos de acción. Con ello pretendemos avanzar de forma integral en una salud plena de los pueblos indígenas y afroamericanos.



Vendedora de Flores de Diego Rivera. Óleo sobre lienzo en Tela. 1942

ANEXO 1. MARCO LEGAL

Atribución de la Dirección General de Planeación en Salud

Art. 25 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, Fracción XX: Diseñar, desarrollar e impulsar la política nacional de atención a la salud de los pueblos indígenas promoviendo la equidad en el acceso a los servicios de salud en el territorio nacional.

Justificación normativa⁵⁰

El Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 señala que el gobierno federal reconocerá y respetará las atribuciones y facultades que el marco legal del país otorga a las comunidades Indígenas y a sus instancias de decisión.

El Plan Sectorial de Salud 2019-2024 indica las siguientes estrategias:

1.3.7. Definir los requerimientos para la implementación de los programas tomando en cuenta la diversidad cultural de cada grupo de la población, con énfasis en las áreas rurales, marginadas e indígenas bajo un enfoque de derechos y perspectiva de género.

1.5.1. Promover la organización y participación directa de las comunidades en los procesos de promoción de la salud, para determinar y atender sus prioridades como obesidad, diabetes, embarazo adolescente.

1.5.2. Incluir en el equipo de salud a promotores y promotoras debidamente capacitados, originarios de comunidades donde no haya unidades de salud.

1.5.3. Fomentar la organización comunitaria y la designación de representantes de la comunidad que faciliten acciones de promoción y prevención de la salud, con enfoque intercultural.

1.5.4. Fortalecer la coordinación interinstitucional para incorporar los enfoques transversales que favorezcan la perspectiva de género, la pertinencia cultural y la inclusión en la educación, promoción y prevención de la salud.

2.5. Políticas de Interculturalidad y trato digno. Consolidar los mecanismos y procedimientos, orientados a la atención, bajo un enfoque de interculturalidad y sin discriminación para proporcionar atención adecuada y digna a mujeres víctimas de violencia, las comunidades indígenas y otros grupos históricamente discriminados.

⁵⁰ Se puede encontrar más elementos del marco normativo de comunidades y pueblos indígenas a nivel nacional y estatal, en la siguiente liga de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos: <https://www.cndh.org.mx/pagina/marco-normativo-comunidades-y-pueblos-indigenas>

2.5.1. Desarrollar e implementar documentos metodológicos, operativos y procedimentales para brindar servicios de salud y asistencia social que procuren la atención prioritaria, permanente, accesible, de calidad y gratuita, a la población en condiciones de vulnerabilidad, marginación y discriminación.

2.5.2. Capacitar y sensibilizar en materia de atención integral a víctimas, derechos indígenas, interculturalidad, derechos humanos, igualdad de género y no discriminación, a personal directivo y encargado de la atención directa de la población en condiciones de vulnerabilidad para prevenir la revictimización.

2.5.3. Promover la atención integral de la población indígena, considerando las contribuciones de la medicina tradicional, la participación de intérpretes y traductores de lenguas indígenas, la capacitación en materia de derechos indígenas y el enfoque de interculturalidad.

2.5.4. Elaborar y difundir lineamientos interculturales para la adecuación, diseño y operación de los programas de Salud en el marco de la Atención Primaria de Salud Integral e integrada (APS-I).

2.5.5. Promover la coordinación interinstitucional e intersectorial y la participación de la comunidad para procurar la inclusión de la interculturalidad bajo un enfoque territorial.

4.4.3. Implementar campañas de difusión y promoción de estilos de vida y hábitos alimenticios saludables, tomando en cuenta la diversidad cultural de cada grupo de la población, con énfasis en las áreas marginadas e indígenas bajo un enfoque de derechos y perspectiva de género.

Marco Internacional

- Declaración de ALMA-ATA. Conferencia internacional de atención primaria de salud ALMA-ATA, URSS, 6-12 septiembre 1978.
- Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre Pueblos Indígenas y Tribales. Adoptado en México en junio de 1989 ratificado en 1990 y entro en vigor el 5 de septiembre 1991.
- Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas. Septiembre de 1999.
- Resolución de la 56ª Asamblea Mundial de la Salud. 28 mayo de 2003.
- Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. Asamblea General de la ONU 13. Septiembre de 2007.

Ley General de Salud

Artículo 3°. En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general: IV. Bis. El programa de nutrición materno-infantil en los pueblos y comunidades indígenas.

Artículo 6. El sistema nacional de salud tiene los siguientes objetivos:

I. Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en la promoción, implementación e impulso de atención integrada de carácter preventivo, acorde a la edad, sexo y factores de riesgo de las personas;

IV Bis. Impulsar el bienestar y el desarrollo de las familias y comunidades indígenas que propicien el desarrollo de sus potencialidades político sociales y culturales; con su participación y tomando en cuenta sus valores y organización social;

VI Bis. Promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas;

Artículo 10. La Secretaría de Salud promoverá la participación, en el sistema nacional de salud, de los prestadores de servicios de salud, de los sectores público, social y privado, de sus trabajadores y de los usuarios de los mismos, así como de las autoridades o representantes de las comunidades indígenas, en los términos de las disposiciones que al efecto se expidan.

Artículo 11. La concertación de acciones entre la Secretaría de Salud y las autoridades de las comunidades indígenas, los integrantes de los sectores social y privado, se realizará mediante convenios y contratos.

Artículo 27. Para los efectos del derecho a la Protección a la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:

X. La asistencia social a los grupos más vulnerables y de éstos, de manera especial, a los pertenecientes a las comunidades indígenas.

Artículo 51 Bis 1. Los usuarios tendrán derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen.

Cuando se trate de la atención a los usuarios originarios de pueblos y comunidades indígenas, éstos tendrán derecho a obtener información necesaria en su lengua.

Artículo 54. Las autoridades sanitarias competentes y las propias instituciones de salud, establecerán procedimientos de orientación y asesoría a los usuarios sobre el uso de los servicios de salud que requieran, así como mecanismos para que los usuarios o solicitantes presenten sus quejas, reclamaciones y sugerencias respecto a la prestación de los servicios de salud y en relación a la falta de probidad, en su caso, de los servidores públicos.

En el caso de las poblaciones o comunidades indígenas, las autoridades sanitarias brindarán la asesoría y en su caso la orientación en español y en la lengua o lenguas en uso en la región o comunidad.

Artículo 67. La planificación familiar tiene carácter prioritario. En sus actividades se debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes. Así mismo, para disminuir el riesgo reproductivo, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien después de los 35, así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número, todo ello, mediante una correcta información anticonceptiva, la cual requiere ser oportuna, eficaz y completa a la pareja.

Los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad.

En materia de planificación familiar, las acciones de información y orientación educativa en las comunidades indígenas deberán llevarse a cabo en español y en la lengua o lenguas indígenas en uso en la región o comunidad de que se trate.

Artículo 93. La Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salud, promoverá el establecimiento de un sistema de enseñanza continua en materia de salud.

De la misma manera reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de la medicina tradicional indígena. Los programas de prestación de la salud, de atención primaria que se desarrollan en comunidades indígenas, deberán adaptarse a su estructura social y administrativa, así como a su concepción de la salud y de la relación del paciente con el médico, respetando siempre sus derechos humanos.

Artículo 113. La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública y los gobiernos de las entidades federativas, y con la colaboración de las dependencias y entidades del sector salud, formulará, propondrá y desarrollará programas de educación para la salud, entre otros, aquellos orientados a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad y a la activación física, procurando optimizar los recursos y alcanzar una cobertura total de la población. Así como, llevar a cabo la detección y seguimiento de peso, talla e índice de masa corporal, en los centros escolares de educación básica.

Tratándose de las comunidades indígenas, los programas a los que se refiere el párrafo anterior, deberán difundirse en español y la lengua o lenguas indígenas que corresponden.

ANEXO 2. ESTRATEGIA DE REDES FUNCIONALES DE FLUJO REAL DE PACIENTES EN LOS SERVICIOS DE SALUD

La *estrategia de red funcional de flujo real de pacientes* es una metodología fundamentada en el enfoque de sistemas, que responde a las dificultades y barreras que existen para articular los servicios como un sistema integrado, tomando en cuenta los sistemas de referencia y contrarreferencia, comunicación telefónica y radial, transportación segura y pertinente, así como los sistemas administrativos y de apoyo. Se diseñó inicialmente para poblaciones indígenas, pero se puede aplicar en cualquier región del país. Parte del reconocimiento y existencia de diferentes tipos de redes que se realizan bajo diferentes criterios, pero que no han logrado incidir para articular los servicios como una red integrada. Parte de reconocer e involucrar a todos los actores participantes de una red en una región determinada para identificar las debilidades, fortalezas y elaborar propuestas conjuntas para resolver los problemas. Se ha aplicado con éxito total o parcialmente, en algunas regiones de los estados de Guerrero, Oaxaca y Veracruz.

Objetivo:

Articular los procesos, programas, acciones y niveles de atención en las regiones indígenas, que permitan el *acceso efectivo* hacia los servicios de salud de parte de la población indígena, en especial de los casos que requieren de una atención inmediata y oportuna, considerando a diferentes actores indígenas como sujetos en este proceso.

Acceso efectivo significa el consolidar las condiciones necesarias para lograr la identificación de los riesgos de enfermedad y complicaciones médicas de manera anticipada, el tránsito oportuno a los servicios de salud, la recepción y atención eficiente de los mismos, el abasto completo de equipo y medicamentos, la articulación y fluidez entre los diferentes niveles de atención, así como la existencia oportuna del personal de salud.

Acceso efectivo implica también favorecer todas las condiciones de acercabilidad que hagan más “amigables” los servicios a la población indígena, de acuerdo a su cultura y cosmovisión, modificando procedimientos, comportamientos y espacios físicos, para evitar que los servicios de salud sean rechazados por los usuarios y familiares.

Procesos:

La red se identifica, caracteriza y analiza en una reunión regional con todos los actores involucrados, personal médico y directivo de centros de salud, hospitales, jurisdicciones y de diferentes organizaciones e instituciones del SNS, que tienen que ver con el

movimiento y traslado de pacientes. Se incluye a los actores comunitarios indígenas como auxiliares de salud, parteras y terapeutas tradicionales, así como autoridades locales y municipales. Se concluye con la definición de un plan de acción y el nombramiento de una instancia coordinadora para darle seguimiento.

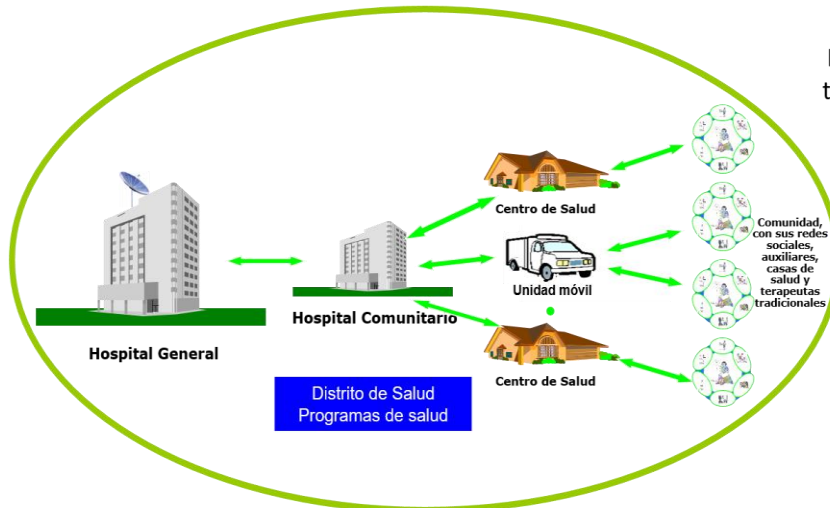
Premisas:

- Los Servicios de Salud ya cuentan con identificación de diversas redes entre unidades de salud, elaboradas desde diferentes criterios.
- A pesar de las estrategias de redes actuales, siguen existiendo una serie de problemas en la articulación entre las unidades de salud y entre éstas y la comunidad, lo cual se puede reflejar en el indicador de muerte materna.
- La red funcional de «flujo real», es una estrategia que permite la participación de todos los actores que participan en una red, de manera que se detalla el flujo real de pacientes, se identifican los problemas y se proponen soluciones para favorecer la articulación sistémica de los servicios de salud entre los usuarios con una necesidad específica y la oferta institucional de servicios de Salud, en donde se aprovecha toda la información previa.

Metas:

1. La red como Sistema Integrado. (Identificar en los municipios indígenas y rurales más pobres). Funcionamiento fluido.
2. Cero Rechazos. (Fortalecimiento de las redes). Captar a los pacientes en cualquier nivel de la red y hacerse cargo de ellos durante todo su movimiento.
3. Fortalecer los mecanismos comunitarios para la detección y traslado oportuno de pacientes con riesgo. Con las redes sociales locales.

Redes Funcionales de Flujo Real – Enfoque sistémico



En su definición participan todos los actores de la Red.

- Unidades Hospitalarias participantes (Hospitales Básicos C. y Hospitales Generales)
- Centros de Salud y Unidades móviles De la SSA o IMSS-Bienestar.
- Distrito de Salud
- Servicios Estatales de Salud (Atención Médica, Salud Reproductiva, Planeación, Promoción de la Salud)
- Representantes de otras instituciones del SNS de la región (IMSS, ISSSTE, PEMEX, etc)
- Auxiliares de salud
- Parteras y terapeutas tradicionales
- Promotores de salud y COCS
- Presidentes municipales, Regidores de Salud y Autoridades Comunitarias
- Grupos de iglesia o sociedad civil que participan en la región con apoyo a la canalización y traslado

Sistema integral donde todos sus elementos se encuentran integrados como un solo cuerpo, identificando la red, incluyendo la comunidad, vinculando todos sus elementos y articulando las acciones y programas en cada unidad y red.

Metodología

Para la **definición de la red funcional de flujo real**, se lleva a cabo una reunión de los actores de la red. En dicha reunión deberán participar a nivel estatal los encargados de la Atención Médica, de Salud Reproductiva, de las Unidades Médicas Móviles, y de todas las demás áreas e instituciones del Sistema Nacional de Salud involucrados en la oferta de los Servicios. A nivel regional se debe invitar a los Directores de los Hospitales presentes en la red (Hospital General y Comunitarios) tanto de la Secretaría de Salud como del IMSS Bienestar, a los directores de los centros de salud, a los equipos de unidades móviles que participan en la red que tengan una visión de la operación de la red en la práctica, al jefe o jefes de jurisdicción involucrados, a algún encargado jurisdiccional que conozca bien la relación y articulación entre las unidades (pueden ser algunos equipos de supervisión zonal). De parte de las comunidades indígenas, es importante integrar también algunos auxiliares salud, parteras y terapeutas tradicionales, agentes municipales, así como a los presidentes municipales involucrados y/o los regidores de salud.

1. Caracterización de la Red

Con estas personas, identificar, diagramar y caracterizar las redes de los servicios de salud, ubicados en la región. Es importante realizarlo en todas las zonas indígenas, iniciando por las que comprenden los 100 municipios de más alta marginación.



En dicha reunión:

- Revisar la caracterización de la red realizada a nivel estatal, haciendo los cambios necesarios de acuerdo a las condiciones reales.
- Identificar los nudos, fortalezas y debilidades señalando todas las condiciones y carencias que facilitan o dificultan la referencia, contra-referencia y atención efectiva de pacientes, entendiendo que se pretende que la red funcione como un sistema.

La red debe tomar en cuenta la infraestructura de las diferentes unidades de salud que se encuentran articuladas funcionalmente de acuerdo a los flujos de referencias. En el caso de mortalidad materna resaltarán las unidades y localidades que canalizan pacientes con complicaciones y riesgos del embarazo, parto y puerperio.

Esta red debe ser posible caracterizarla geográficamente, señalando los flujos de referencias y relaciones entre las diferentes unidades de salud, equipos de salud itinerante, hospitales de la comunidad y hospitales regionales.

La red debe llegar a visualizar las comunidades que no poseen unidades de salud, pero que aportan pacientes a través de las auxiliares de salud y parteras.

La red debe también contemplar la relación con organizaciones civiles, iglesia, médicos particulares y terapeutas tradicionales (medicina y partería tradicional) que intervienen en la salud de la región identificando, refiriendo y colaborando en el traslado de pacientes. Es importante ubicar el hospital ancla de la red, los hospitales comunitarios

que le refieren pacientes tanto de los servicios estatales de salud, como del IMSS Bienestar, las jurisdicciones involucradas, las unidades de salud tanto de los servicios estatales de salud que refieren a dichos hospitales, las unidades móviles, las casas de salud, las comunidades con auxiliares de salud, y las comunidades con parteras tradicionales (si es posible, identificar sus nombres).

2. Integración de acciones por unidad y red

Es importante diagnosticar en cada red, el estado de los elementos de acceso efectivo contemplados en la Política de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas, en cada una de las unidades de salud, equipos de salud itinerante, hospitales de la comunidad y hospitales regionales. Esto se realiza con un formato donde en la reunión, la gente que conoce cada unidad de salud va señalando la existencia o ausencia de elementos como equipo de comunicación radial o telefónica funcional, transporte seguro, traducción, médicos y enfermeras de base competentes y presentes, personal sensibilizado en interculturalidad, relación con parteras tradicionales, condiciones para la atención humanizada del parto y posadas AME.

SECRETARÍA DE SALUD Estrategia de Redes Comunitarias Interculturales				Ejemplo										
ESTADO		OAXACA		RED		JUXTLAHUACA								
JURISDICCIONES INVOLUCRADAS		JURISDICCIÓN SANITARIA No. 5												
MUNICIPIOS INVOLUCRADOS		COICOYAN DE FLORES, SAN MARTÍN ITUNYOSO, SANTIAGO AMOLTEPEC												
RESPONSABLE														
UNIDAD	TIPO	MUNICIPIO	INSTITUCIÓN	Elementos de acceso efectivo										
				Radio comunicación	Transporte efectivo	Traducción	Médico de base	Enfermera de base	Personal culturalmente competente	Relación con parteras	Condiciones para el parto	Posadas AME		
TIERRA COLORADA	RURAL 01 NBSS	COICOYAN DE FLORES	SS	NO	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	
LAZARO CARDENAS	RURAL 01 NBSS	COICOYAN DE FLORES	SS	NO	NO	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	
LAZARO CARDENAS	UM	COICOYAN DE FLORES	SS	NO	NO	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	
SAN JOSE XOXHEXTLAN	UMR	SAN MARTÍN ITUNYOSO	IMSS OPOR	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	
SANTIAGO AMOLTEPEC	UMR	SANTIAGO AMOLTEPEC	IMSS OPOR	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	
Total				2 SI	2 SI	3 SI	5 SI	5 SI	5 No	5 SI	5 No	5 No	5 No	

2. Diagnóstico de las fortalezas y debilidades de cada red.

En la reunión se identifican los nudos, fortalezas y debilidades, señalando todas las condiciones y carencias que facilitan o dificultan la referencia, contrarreferencia y atención efectiva de pacientes, entendiendo que se pretende que la red funcione como un sistema. Se puede utilizar un formato como el siguiente:

CONDICIONES QUE FACILITAN O DIFICULTAN LA REFERENCIA, CONTRAREFERENCIA Y ATENCIÓN EFECTIVA DE PACIENTES		
RELACIONES	FORTALEZAS	DEBILIDADES
Entre el Hospital General y el Hospital Regional		
Entre el Hospital General y los Centros de Salud y las unidades móviles.		
Entre el Hospital Regional, los Centros de salud y las unidades móviles.		
Entre los Centros de Salud y Ayuntamientos.		
Entre las auxiliares, los Centros de Salud y las unidades móviles		
Entre las Unidades móviles y las casas de Salud.		
Entre las parteras y médicos tradicionales y el Hospital.		
Entre las parteras y médicos tradicionales y los Centros de Salud		
Entre las parteras y médicos tradicionales y los Ayuntamientos.		

Posteriormente se Identifican los requerimientos que se necesitan en cada nivel para facilitar la mejora funcional de la red ubicando las metas generales.

Instancia	Que se pide	A que se comprometen
A nivel Estatal		
Al jefe o jefes de Jurisdicción		
Al director del Hospital General		
A los directores de los Hospitales regionales o Básicos Comunitarios.		
A los directores de los Centros de Salud		
A los directores del Programa de Unidades Móviles.		
A las auxiliares de salud		
A las parteras y terapeutas tradicionales		
A los presidentes y agentes municipales.		

Propuesta del plan de acción

Se termina con la definición y propuesta de un plan de acción que incluya la mejora de todos los elementos considerados.

Los acuerdos se aterrizan en un cronograma, con indicadores concretos de carácter general.

Se identifica y/o propone a la instancia jurisdiccional o estatal (persona), responsable del seguimiento del plan de acción y acuerdos. Se define la periodicidad del seguimiento, de sus mecanismos y de la realización de otras reuniones regionales de red.

Conviene que los actores involucrados formalicen su compromiso con la red, firmando el plan de acción. Los directores de hospitales, centros de salud, unidades móviles, auxiliares y parteras presentes, de manera simbólica a nombre de los suyos.

El diagnóstico y plan de acción de cada red se presentará a nivel estatal con el Secretario de Salud y demás funcionarios estatales, amén de ratificar los compromisos y facilitar su seguimiento.

ANEXO 3. ALCOHOLISMO EN LA POBLACIÓN INDÍGENA. ABORDE DESDE UNA PERSPECTIVA CULTURAL

Para analizar el asunto de las adicciones en las culturas indígenas, es conveniente hacerlo desde una perspectiva cultural, para lo cual es necesario un acercamiento al concepto de *cultura*.

Entendemos a la *cultura* como el marco global de una sociedad en el que todas las percepciones de la realidad, las costumbres y comportamientos adquieren sentido⁵¹; éste, al compartirse e identificarse con otras personas genera identidades. La identidad es el saber quién soy, a quien soy semejante y de quien soy diferente, en la interrelación con “el otro” u otros.

Nuestra hipótesis es que entre otras causas, las adicciones surgen cuando las sociedades y comunidades que van perdiendo ó han perdido sus sentidos o entidades individuales en un primero momento y colectiva después, tales como su idioma, costumbres, preferencias, creencias, formas de organización y sustentación y que, sustraídas de los elementos que les dan cohesión e identidad, buscan el equilibrio perdido en elementos externos a su propio recursos e identidades culturales, como el alcohol, las drogas, el tabaco, el juego, la comida, el sexo y todo lo que se haga en forma compulsiva y sustitutiva y sin que existan mecanismos de control desde nuestro propio yo en relación con mi grupo cultural.

Es común que se subrayen los *efectos nocivos* del alcohol, utilizándolo como los argumentos de base de las campañas en su contra. Sin embargo, este recurso ha mostrado limitaciones en el combate contra las adicciones al desestimar los elementos que son valorados por los consumidores como los “beneficios”, aún sin ser explícitos que aportan al consumidor el uso de estas sustancias, como sentirse aceptado, valorado, comprendido e incluido.

Nuestro planteamiento es que el consumo de estas sustancias, el uso nocivo y en su caso la adicción al alcohol otras drogas y conductas, en parte está determinada por elementos contextuales y culturales, cuya expresión concreta cambia en cada grupo sociocultural y que, de no considerarse, es muy difícil entenderlo, atenderlo, controlarlo y/o erradicarlo; por lo que proponemos enfatizar que una estrategia integral en el análisis de las adicciones es abordar este fenómeno social desde la perspectiva cultural.

⁵¹ Esteva, Gustavo: “Desafíos de la Interculturalidad”. Serie Derechos Ecológicos 2017. Instituto para los derechos ecológicos de las futuras generaciones. PRATEC. <http://tdh-latinoamerica.de/wp-content/uploads/2019/01/Derechos-Ecol%C3%B3gicos-Andino-Pratec-Desaf%C3%ADos-de-la-interculturalidad.pdf>

Identidad y sentido

Las identidades se construyen desde diferentes ámbitos y desde diferentes niveles de complejidad en las relaciones de los individuos en la vida cotidiana: la pertenencia a un grupo étnico, el género, la edad, la constitución física, las discapacidades y enfermedades crónicas; el tipo de familia, la clase social, el estado civil, la religión, la profesión o gremio, la preferencia sexual, el idioma, la nacionalidad, la pertenencia a una región rural o urbana y las aficiones. Todos estos elementos producen identidades y sentidos; los sentidos se combinan para construir el perfil y la identidad particular de cada sujeto, inmerso en su comunidad, barrio o localidad.

En relación a lo anterior, las identidades indígenas, son fuente importante de sentido para una gran parte de la población mexicana⁵², que proporciona una manera de percibir el mundo y estar en él. En ella juega un papel importante la relación con la tierra, con la naturaleza, con la sociedad, con todo el cosmos y con las divinidades. La cosmovisión indígena da cuenta de que todo esté conectado entre sí y con todo.

Mecanismos culturales que propician las adicciones en la población indígena

El contexto cultural incide en favorecer condiciones que propician el consumo y abuso del alcohol en la población indígena. La migración, la influencia de la televisión, el radio, el contacto con otros grupos humanos que menosprecian sus costumbres, idioma y creencias los compele a la pérdida de la identidad cultural, del sentido propio y a la búsqueda de uno “nuevo”, y con ello propician el consumo y abuso (uso nocivo).

Consideramos que el alcohol, al ser presencia “pseudo-natural” en los espacios públicos como los bares, cantinas, tiendas y hogares y estar asociadas a los eventos de transición cultural como bautizos, bodas y rituales religiosos, deportivos, permitidos y legalizados, de manera tácita cumple funciones sociales de gran importancia.

Podemos agrupar estos mecanismos en tres tipos:

1. Funciones socioculturales que cumple el alcohol

El consumo de alcohol no solo se explica por su sabor. De hecho, muchas bebidas alcohólicas de entrada tienen sabores amargos, poco atractivos al sentido del gusto, comparados con otras bebidas no alcohólicas. Existen otros elementos que se encuentran en el fondo de la explicación de su utilización, que es importante entenderlos en su justa dimensión.

⁵² De acuerdo a la encuesta intercensal 2015 INEGI, se estima, utilizando los criterios de autoadscripción, que hay unos 25 millones de personas, lo que constituye el 21% de la población total del país. Ver Páginas 9 y 75 de este documento.

Estas sustancias se consumen por su significado cultural. El uso del alcohol puede facilitar como detonante no específico la relación entre personas; hoy día se utiliza el término de “*lubricante social*”. En algunas circunstancias, permiten conocer y facilitar el “hacer amigos” y cierta desinhibición emocional. En este contexto, son elementos que fortalecen la identidad de grupo, toda vez que permite situaciones de mayor confianza con los amigos e incluso al interior de las familias, con la esposa, hijos, cuñados y todos los familiares.

En el caso de los varones, el alcohol facilita externalizar emociones, difíciles de identificar, reconocer y expresar desde etapas tempranas de la infancia dada la formación y educación represiva (machista) de nuestra cultura.

Así pues, podemos señalar, que la población que consume estos productos percibe “ciertos beneficios” y cumplen las siguientes funciones socioculturales:

- Fortalecer la identidad de grupo.
- Externalizar emociones.
- Hacer amigos.

En algunos grupos indígenas, el alcohol y otras sustancias psicotrópicas cumplen además una función sociocultural en diferentes rituales. Esto tiene que ver, entre otros elementos, con alcanzar estados alterados de la conciencia que permitan la conexión con las divinidades y el mundo sobrenatural, con la dilución de los roles sociales y con el establecimiento de relaciones de intercambio y la construcción de redes de relaciones.

Las bebidas rituales son generalmente producto de un elaborado proceso de preparación, que contrasta con la facilidad de obtención de las bebidas industriales, además de que su consumo está claramente ligado a las celebraciones religiosas y terrenales como la siembra, cosecha y la bendición a la tierra permitida para los ancianos.

Generalmente en estas sociedades existían reglas estrictas sobre el beber fuera de las ceremonias rituales. Con la modernidad, la transculturación y comercialización se da una adulteración del rito con la consecuente pérdida de sus valores y funciones originales, rompiendo también con las normas que reglamentaban el uso y consumo de estas sustancias desde la perspectiva comunitaria.

Un ejemplo claro nos lo proporciona el consumo del *teswino entre los Tarahumaras*, (Rarámuris) del estado de Chihuahua⁵³. Esta es una bebida ritual elaborada a base de

⁵³ Información Proporcionada por la antropóloga Kiriaki Orpinel Espino. Jurisdicción de Wuachochi. Servicios de Salud del Estado de Chihuahua.

maíz fermentado, que lleva un largo proceso de preparación. En los relatos de origen del pueblo *Rarámuri* se señala que *Onorúame-Eyerúame (la mamá, la papá)*⁵⁴ lo entregaron a los humanos, para darle y convidar a la gente que ayuda a trabajar o a preparar la fiesta para cumplir con los deberes divinos.

Nunca se toma teswino sin antes ofrecerlo y dar gracias a Onorúame-Eyerúame. Nunca se bebe solo, se prepara para compartir, para convidar a quien apoya el trabajo de cosecha, cercado, construcción de una casa, o desmante. También se convida teswino cuando se debe ayudar a algún difunto a subir al cielo. Se bebe durante la celebración de un Yúmari donde habrá curaciones de la familia, de alguno de sus miembros, de la ranchería, del monte, de los campos de siembra, de las fuentes de agua, de los animales.

Difícilmente una familia sola podría realizar todas las actividades necesarias para la subsistencia familiar y de grupo: sembrar, cercar, hacer una casa, cosechar, curar... para esto se requiere el apoyo y trabajo solidario de los vecinos, de la comunidad. Nunca ha existido pago económico por esta ayuda que se brinda, ayuda necesaria e indispensable y se agradece con teswino y alimentos -aunque sea poquito- y al mismo tiempo se refuerzan los lazos comunitarios, indispensables para la existencia de la comunidad y la continuidad de la cultura. La dinámica de las invitaciones a tomar en rituales se da en torno al ciclo agrícola, lo cual apoya la obtención de mano de obra rápida y eficiente.

El consumo del teswino tenía sus reglas muy claras. Lo muchachos y las muchachas pueden comenzar a tomar ya cuando demuestran que saben trabajar y ayudar muy bien a la comunidad. Esto lo decide el Mayora o Mayori, y la comunidad.⁵⁵

“Por lo que les dije antes y ahora, estas son reglas que todo Rarámuri debe acatar para que seamos iguales en la comunidad. Serás consciente siempre que debes observar buena conducta en donde quiera que andes. Conforme a tú conducta tendrás un lugar en donde quiera que vayas.

Cuando celebres una fiesta procura compartir y convivir parejo sin menospreciar a nadie, pues deberás entender que todos como bautizados -pagotuame- debemos vernos como hermanos.

Tendrás que ver por el bienestar del inválido, que por alguna razón no puede el sustento del día, porque si no lo hicieras así, deberías de avergonzarte de ser Rarámuri.

⁵⁴ También conocidos como “los que habitan arriba”, “los que nos encargaron la tierra”. Corresponden a “Nuestro padre, nuestra madre” o al principio de dualidad y movimiento de otras culturas: *Ometeotl*, con los nahuas; *Hunab Ku*, con las mayas; *Coque Xee*, con los zapotecas.

⁵⁵ Información Proporcionada por la antropóloga Kiriaki Orpinel Espino. Jurisdicción de Wuachochi. Servicios de Salud del Estado de Chihuahua.

El teswino que bebas será el que honradamente te ganes con tu trabajo o tu participación en la fiesta o el que con gusto te ofreciera el casero, sería penoso que sin trabajar o colaborar con la curación, fiesta o sin ser invitado, te bebas el teswino que pertenece a otros que con sacrificio lo ganaron.

Deberás de entender que cuando se bebe no se hace con la intención de embriagarse, sino más bien es el de convivir como hermanos y estar un rato alegre.

Cuando estés borracho, cuida tu palabra, porque ofenderías sin querer, no provoques problemas que no tienen razón de ser y de los cuales te avergonzarías al despertar de la borrachera.

Tú, que eres muchacho y que empiezas a beber, cuando te embriagues no levantes la palabra contra un anciano, ni midas tus fuerzas físicas con él, pues tus fuerzas minarían muy rápido y no tendrías derecho a ver las cosas de este mundo de frente y sin vergüenza.”

*Nawésari, del Siríame: José Eduwiges Richuárare.
Narárachi, mpio. Karichi. 1996*

El problema actual es que ahora en la región rarámuri los jóvenes obtienen fácilmente alcohol comprado, que no requiere de tiempo de preparación, ni de reglas especiales para tomar, de tal manera que el alcoholismo en esa región es un problema social.

Con la modernidad, transculturación y comercialización se da una adulteración del rito con pérdida de sus valores y funciones originales, rompiendo también con las normas que reglamentaban el uso y consumo de estas sustancias.

2. El papel de la “transculturación” y “desculturación”

En la página 15 presentamos los conceptos de transculturación, y desculturación, que implican la pérdida o desarraigo con la consiguiente pérdida de prácticas, costumbres, valores y lenguaje.

Los procesos de transculturación y neoculturación iniciaron desde la colonia. En ella y más tarde durante el porfiriato, era común que se utilizara el alcohol como medio de pago y control, trastocando el sentido ritual, sacro y comunitario que tenía en la época prehispánica.

Si recordamos la definición de cultura en la que señalamos que ésta es el marco global de una sociedad en el que todas las percepciones de la realidad, las costumbres y comportamientos adquieren sentido, es claro comprender que afectándose estos elementos por los procesos transculturales, se desencadena un proceso de pérdida de sentido.

Al perderse el sentido, también hay una pérdida importante de la identidad, iniciando un proceso de desubicación social. Al fragmentarse estos elementos, se produce un profundo malestar socio individual que en múltiples ocasiones condiciona el consumo de alcohol, como alivio y bienestar; esto refuerza una relación de dependencia y es como el alcohol y drogas se vuelven “medicamentos” de una enfermedad de la cual los primeros síntomas son la tristeza y la depresión producto de la pérdida del sentido e identidad cultural.

Estos procesos transculturales que ocasionan pérdida de sentido, son profundamente graves en la población indígena y explican el arraigo y crecimiento del alcoholismo, especialmente entre los jóvenes.

3.- El proceso de “neoculturación”.

De acuerdo a la definición de neoculturación compartida en la página 15, en la que se incorporan nuevos elementos de la cultura dominante que recompone la cultura originaria, entendemos los procesos transculturales que sufren las poblaciones indígenas.

En el mundo contemporáneo, las estrategias publicitarias de comercialización “construyen cultura”, es decir, condicionan el comportamiento de las personas para “estimular” procesos de consumo, crear nuevas funciones, hábitos sociales y culturales, además de que en distintos comerciales se asocia el alcohol con indicadores de prestigio social y con sexo, fiesta, alegría y amistad.

Esta “necesidad de comprar” condiciona en las personas una conducta de “compra compulsiva” que ante la dificultad económica de hacerlo, condiciona una sensación de “malestar social” que propicia el uso de alcohol y otras drogas como “medicamento”.

En las poblaciones indígenas es común la asociación de elementos transculturales de pérdida del sentido tradicional, y la sustitución por valores nuevos en torno a la cultura moderna y los procesos del mercado. Cómo estos últimos no pueden proporcionar a la población y a los jóvenes una alternativa para una vida productiva digna, lo que hacen es multiplicar la frustración y la pérdida de sentido, con lo que además de proporcionar la base para el aumento de problemas como el alcoholismo, también dan pie para otras salidas falsas para los jóvenes, como lo es la drogadicción y el nuevo fenómeno de los imitadores de los “maras”.

Tomando en cuenta los mecanismos culturales que inciden en el uso del alcohol en poblaciones indígenas, se proponen las siguientes estrategias:

1. Interculturalidad en los servicios de salud.

Es necesario erradicar las barreras culturales y prejuicios existentes en los prestadores de los servicios, que favorecen el maltrato hacia los alcohólicos y demás usuarios con enfermedades sujetas a prejuicios (enfermedades mentales, VIH-Sida, drogadicción).

Para ello se requiere sensibilizar y capacitar a todo el personal para comprender las adicciones como enfermedad y problemática sociocultural, y no como castigo, culpa o pecado.

Así mismo se requiere establecer e implantar lineamientos de trato digno con todos los usuarios culturalmente diferentes y con aquellos que poseen enfermedades sujetas a prejuicios.⁵⁶

2. Análisis de las funciones culturales que cumple el alcoholismo en cada grupo

Para el diseño de estrategias conducentes a disminuir el alcoholismo en poblaciones indígenas y afro-mexicanas, es necesario conocer las funciones culturales que está cumpliendo el alcohol en cada lugar y grupo con el cual se pretende combatir las adicciones, para diseñar estrategias específicas de acción.

Con dicho análisis se pueden proponer procedimientos para satisfacer las funciones culturales que queremos suplir (hacer amigos, identidad de grupo, externalizar emociones, funciones rituales y comunitarias), con otras actividades diferentes a las adicciones. Es importante tener cuidado en no excluir el alcohol y drogas dejando vacíos. (Un ejemplo es el cierre de cantinas en poblaciones indígenas, sin analizar y suplir las funciones que cumplía el alcohol en esas comunidades, con el consecuente fracaso de la estrategia).

También conviene conocer las singularidades culturales de las personas y lugar para poder adaptar programas que han tenido éxito en otros contextos, como AA.

3. Construcción de sentido

Para profundizar el impacto de las acciones contra el alcoholismo en regiones indígenas, es importante comprender la función *salvadora* del alcohol que cumple el alcohol en dichas regiones, frente al malestar profundo causado por la desubicación social y pérdida de la identidad cultural ocasionada en los grupos indígenas por los procesos de transculturación, que en cada zona son diferentes.

⁵⁶ La Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, adscrita a la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, posee un modelo de taller de sensibilización intercultural.

Para ello es importante apoyar procesos de revaloración cultural y de *construcción de sentido*, en especial con los jóvenes y niños.

Y recordar la máxima “El que no construye, destruye”... o se autodestruye. Las personas tienen la necesidad de ser reconocidas, ya sea con acciones positivas... o negativas.

4. Proyecto cultural

Ante la definición de la cultura por las leyes del mercado y la publicidad, es necesario definir un proyecto cultural para las regiones indígenas y diseñar estrategias para construirlo.⁵⁷

Ante:

- La Solidaridad sobre la honestidad (mafia)
- El placer por encima de todo
- La modernidad como motor de progreso
- La desesperanza
- La evasión ante la realidad
- Mi libertad sobre la libertad de otros
- El sexo como objeto de consumo
- Acallar la angustia, ante todo

Promover valores de:

- La Honestidad y Solidaridad de la mano
- El valor del trabajo
- Valoración de nuestras culturas y tradiciones
- Construcción de salidas y esperanza
- La realidad se puede transformar
- Mi libertad termina donde inicia la de los demás
- El sexo como expresión de amor
- Participación y reconocimiento

Acciones concretas

1. Capacitación-sensibilización del personal de salud (presencial y a distancia).
2. Proponer una cruzada nacional para la recuperación de la identidad cultural en las poblaciones indígenas.

⁵⁷ Un ejemplo es el proyecto cultural que se ha establecido en Palermo, Italia contra la mafia, reconociendo que la lucha contra ella, más que una estrategia policiaca, debe ser una lucha cultural.

- Leoluca Orlando. *Palermo 1992-2002. De las masacres de la mafia, a la cultura de la legalidad.* Presidente del Instituto para el Renacimiento Siciliano y ex alcalde de Palermo.

3. Proponer un proyecto de construcción de sentido en poblaciones indígenas, especialmente con jóvenes y niños.
4. Promoción de procesos de análisis y estudio de las funciones socioculturales que cumple el alcohol, así como de los procesos de transculturación y neoculturación local, en diferentes estados y regiones indígenas.

Es importante reconocer que las estrategias para combatir las adicciones son multifactoriales, y que la intervención de los programas de salud en las zonas indígenas deberá utilizar diversos recursos que permitan una atención integral en el contexto de la problemática social específica.

ANEXO 4. Miradas indígenas a la calidad de la atención médica. Indicadores interculturales desde la perspectiva poblacional indígena

Se ha enfatizado en la importancia de partir de la escucha de la población indígena como sujeto y de construir con ella las propuestas para mejorar la atención y sus entornos. Por ello es esencial entender cómo valoran la atención que se proporciona en los servicios de salud y cuáles son sus expectativas en ello.

Se realizó un proceso de escucha intercultural con diferentes grupos indígenas nahuas del estado de Veracruz, con el proyecto de: “Construcción de indicadores de calidad a partir de la percepción poblacional indígena para su incorporación en la operación de los servicios de salud , y se seleccionaron 10 indicadores que se presentaron a diversos grupos indígenas del país de los estados de Michoacán, Chihuahua, Campeche, Chiapas, Jalisco, San Luis Potosí, Puebla y Oaxaca, enriqueciéndose y ponderándolos. En la selección de los seis indicadores finales participaron las Direcciones Generales de Calidad y Educación en Salud y de Planeación y Desarrollo en Salud, de la Secretaría de Salud, así como la Dirección de Educación Comunitaria, del Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE).

Para la selección de los indicadores, se utilizaron los siguientes criterios:

- Que sean indicadores no contemplados en los programas de calidad.
- Que los indicadores seleccionados agrupen otros muy específicos.
- Que sean de alta importancia para los usuarios de población indígena.
- Que haya facilidad para medirlos, (tomando en cuenta que no existen recursos específicos para evaluar los indicadores).
- Que su valoración despliegue un plan de acción para facilitar un proceso de mejora de la calidad de la atención que pueda convertirse en acciones concretas.

Con base en esos criterios se seleccionaron los siguientes indicadores:

1.- Respeto a la libre expresión con respecto a prácticas y creencias.

En reuniones focales con población indígena, se expresó que es muy frecuente que el personal de salud los regañe o se burlen de ellos, cuando ellos les cuentan que asistieron al curandero, cuando dicen tener una enfermedad tradicional y/o cuando usan amuletos, chiqueadores, emplastos, y cuando refieren visitas al cerro, peregrinaciones, pago de mandas, y otras costumbres de la región, como la vergüenza de las mujeres a mostrar su cuerpo, la cuarentena después del parto, los baños con

hierbas y vapor. Demandaron la necesidad de ser escuchados con paciencia e interés y ser tratados con respeto por el personal de los servicios de salud.

Definición: Porcentaje de usuarios y usuarias satisfechos con el respeto a la libre expresión de sus creencias, conceptos y prácticas sobre salud.

2.- Satisfacción con la exploración física recibida.

La población indígena participante en las reuniones focales expresó que es muy frecuente que el personal de salud no los revise bien ni los exploren cuando acuden a consulta. Les extraña que los médicos no sepan tocar ni dar masaje. En algunos casos el médico se rehúsa a explorar señalando la falta de limpieza del paciente. Refirieron que en otros casos al médico se le pasa la mano en la revisión, sobre todo con las mujeres jóvenes. Por ello demandaron que el médico explore adecuadamente al paciente. Que lo revisen bien. Que lo toque (“ni de menos, ni de más”), respetando la cultura, la situación de pobreza y el pudor de las y los usuarios.

Definición: Porcentaje de usuarios satisfechos con la exploración física.

3.- Satisfacción con el tiempo de atención.

La población indígena participante expresó que para acudir a la consulta, muchas veces tiene que desplazarse desde muy lejos. Tienen que disponerse a perder el día. Luego tienen que esperar un largo rato en la sala de espera de la clínica. Eso ellos lo aceptan y se resignan a ello. Sus tiempos son diferentes a los de la ciudad. Lo que los molesta es que ya que dedicaron tanto tiempo a la atención, el médico los atiende con prisa, sin interés, sin preguntarles y revisarlos bien, y sin dedicar tiempo a explicarles con calma su diagnóstico, tratamiento y cuidados, para que los puedan entender. Por ello demandaron que el médico dedique mayor tiempo de atención en la consulta para que se alcance a revisar bien a la gente y sea escuchada mejor.

Definición: Porcentaje de usuarios satisfechos con el tiempo dedicado a la atención.

4.- Uso de la lengua indígena en la unidad de salud.

La población indígena participante expresó que muchos médicos creen que porque algunas personas entienden o pueden hablar algo de español, van a poder entender todo lo que se dice en una consulta y va a poder expresar todo lo que sienten y necesita comunicar. Además, hay muchas personas que no entienden ni hablan casi nada. Esto hace ver que realmente no les importa la comunicación con el paciente y familiares. Por eso demandan que el personal de salud respete y aprenda a hablar la lengua indígena y que haya en la clínica y hospitales una persona que traduzca.

Definición. “Porcentaje de entrevistas y atención en todos los niveles de atención, que se realizan en el idioma del paciente”.

5.- Satisfacción de las usuarias por un trato que permita la toma libre e informada de decisiones sobre su salud y su cuerpo.

En reuniones focales mujeres rurales expresaron un amplio conjunto de quejas y demandas por la manera en que son tratadas en los servicios de salud, las cuales señalan la enorme insatisfacción que frecuentemente obtienen en ellos. En términos generales reflejan una insatisfacción por un trato desigual, que las infantiliza, no les proporciona información clara, les impone conductas bajo presión y les impide la toma de decisiones sobre su propio cuerpo y salud.

Definición. Porcentaje de usuarias satisfechas por el trato que les permite decidir libre e informadamente sobre su salud y su cuerpo.

6.- Existencia de condiciones de acceso a la unidad de salud.

Se expresó que con frecuencia que el tránsito a los servicios de salud es difícil, la recepción de los mismos, deficiente; el abasto de medicamentos insuficiente, la articulación entre los diferentes niveles de atención desorganizada, y que el personal de salud no se encuentra en muchas ocasiones.

Definición. Porcentaje de usuarios que manifestaron condiciones de acceso suficientes a la unidad de salud.

Se recomienda realizar ejercicios dialógicos con la población indígena de cada región, partiendo de compartirles los indicadores anteriores para su enriquecimiento y construcción de propuestas en cada región y estado.

ANEXO 5. EMPODERAMIENTO Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

La participación comunitaria Incorpora medidas para que los pueblos indígenas puedan intervenir en el diagnóstico, planeación y ejecución de los planes y programas de los servicios de salud, de manera que se construya con ellos las alternativas y soluciones.

*La Carta de Ottawa*⁵⁸ pone de relieve la importancia de una acción concreta y eficaz de la comunidad en el establecimiento de prioridades en materia de salud, la adopción de decisiones y la planificación de estrategias y su implantación con el fin de mejorar la salud. El concepto de empoderamiento para la salud de la comunidad guarda estrecha relación con la definición de acción comunitaria para la salud de la Carta de Ottawa. En este concepto, una comunidad empoderada para su salud es aquella cuyos individuos y organizaciones aplican sus habilidades y recursos en esfuerzos colectivos destinados a abordar las prioridades sanitarias y a satisfacer sus necesidades sanitarias respectivas. Mediante dicha participación, los individuos y las organizaciones de una comunidad que ofrecen apoyo social en materia de salud, abordan los conflictos dentro de la comunidad, y adquieren una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud de su comunidad.⁵⁹

Para que la población pueda tomar en sus manos su propia salud, se requiere facilitar el empoderamiento de la población, entendiendo por empoderamiento o poderío, la capacidad de una persona o grupo para relacionarse y enfrentar dentro de un marco de equidad, horizontalidad y respeto, a otros actores sociales, estableciendo diálogos y negociaciones con igualdad de oportunidades. No es un facultamiento, en el sentido de asumir la delegación de facultades a partir de un agente externo; el empoderamiento es un proceso individual y colectivo de autoafirmación, en el que las personas desarrollan su capacidad para tomar decisiones sobre eventos importantes en sus vidas para controlar o cambiar en un momento dado su rumbo, usando los recursos de su entorno y a pesar de la oposición de otras personas o instituciones. Es la capacidad de decidir sobre su propia vida.

Una propuesta de relación intercultural equitativa, pretende empoderar a la población respecto a sus derechos humanos en Salud, al reconocer su cultura en este marco de igualdad y respeto, generando como consecuencia la elevación de su autoestima,

⁵⁸ La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, es un documento elaborado por la Organización Mundial de la Salud, durante la Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa, Canadá, en 1986.

⁵⁹

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=44D26A7D4D366F2004F81741CF46C74C?sequence=1 . Pag 16

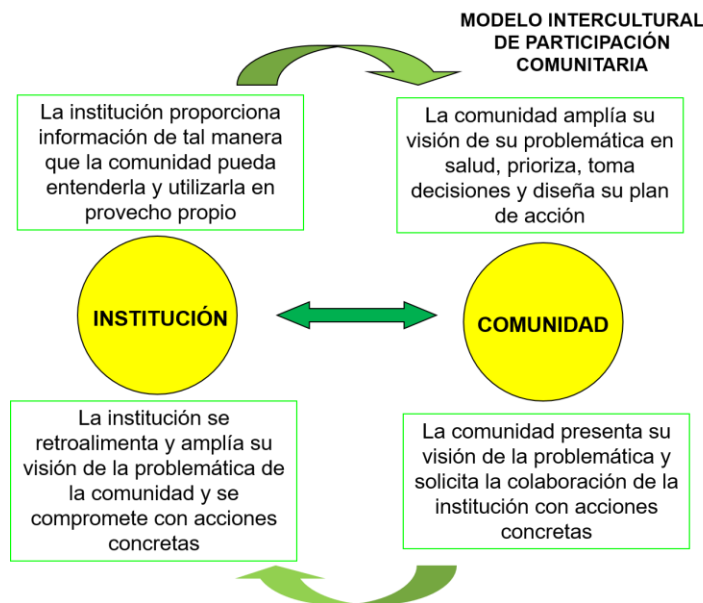
dignidad y reconocimiento social, además de su capacidad de interlocución y respetando el principio de horizontalidad del enfoque intercultural.

En este contexto, el modelo de participación comunitaria intercultural es un instrumento que favorece la toma de decisiones de la comunidad de acuerdo con las necesidades e intereses de los individuos que la conforman. No se trata de que la comunidad decida y ejecute lo que actores externos han planeado.

Es común que las instituciones de salud pretendan imponer a las comunidades, programas oficiales que se han diseñado con sólo la visión y opinión de los expertos institucionales, en cuya planeación las comunidades no han tenido ninguna participación. Luego, se pretende que la comunidad participe desarrollando las actividades de dicho programa, argumentando que son para el beneficio de su salud. Los resultados frecuentes de estos programas son apatía, rechazo y por lo tanto, un bajo impacto. El enfoque intercultural nuevamente presenta aportes a estos procesos participativos.

En la DMTDI manejamos una máxima, relativa a la aplicación intercultural: *Nada para la gente, sin la gente*⁶⁰.

Modelo intercultural de participación comunitaria:



⁶⁰ Adaptación de una frase acuñada por David Werner que es el tema principal de su libro: *Nada sobre nosotros sin nosotros*. Desarrollando tecnologías innovadoras para, por y con personas discapacitadas. Ed. Pax México, 1999.

Premisas para la participación intercultural comunitaria:

- La institución presenta a la comunidad sus programas de manera clara y comprensible para los diferentes grupos que conforman la comunidad.
- La comunidad selecciona por categorías los programas y les da prioridad en relación con el conjunto de problemas que le aquejan.
- Hay que aceptar y entender sus opiniones, posiciones y su lógica.
- De esa comprensión, se desprende la oportunidad de presentar los programas de acuerdo con las preocupaciones de la comunidad.

Es frecuente que la “semilla” de solución a los problemas de salud se encuentre en la propia localidad. Apropiación local.

Es importante tomar en cuenta que la comunidad no es homogénea. Es necesario conocer los distintos intereses de los diferentes grupos comunitarios, que pueden estar contrapuestos o no. Se debe promover el consenso entre ellos, buscando enfoques que incorporen a todos.

La casa de salud

Hablando de la comunidad, y como elemento importante de la atención primaria en salud, es esencial considerar la promoción de *la casa de salud*, la cual es un espacio de la comunidad, construido con financiamiento de la Secretaría de Salud y del Municipio, con mano de obra comunitaria. Cuenta con un espacio interior para la atención de pacientes y uno exterior para reuniones de salud. En caso de que se requiera por las distancias y para la atención de otras comunidades, puede tener un área para que el personal de salud pueda pernoctar.

Participan en la casa de salud:

- Auxiliares de salud de la comunidad, formados para la atención de enfermedades frecuentes y accidentes, que pueden ser atendidas con medicamentos básicos y remedios herbolarios, elaborados por ellos. Trabajan en coordinación con los terapeutas y parteras tradicionales, quienes pueden también utilizar la casa de salud. Deben contar con remuneración digna de acuerdo a las actividades que realizan. Se recomienda facilitar que puedan contar con celular en las regiones donde exista señal, para facilitar la articulación con la red de servicios de salud, así como la canalización y referencia de enfermos graves.
- Promotores de entorno saludable, para identificar y resolver problemas que afectan a la salud, relativos al agua, alimentación, basuras, vivienda y plaguicidas. (pueden

ser los mismos auxiliares de salud o diferentes). También se recomienda que puedan contar con celular para reportar situaciones graves y súbitas que afectan a los entornos saludables.

- Personal de salud, que llega cada semana o cada 15 días en camioneta de la SSA. Atiende los casos y consultas que les deriva los auxiliares de salud y pacientes que esperan su consulta para enfermedades específicas.

Todos pueden derivar pacientes de manera directa al hospital. Su personal deberá estar capacitado para atender inmediatamente las referencias enviadas por la comunidad y para que los auxiliares, parteras y terapeutas acompañantes, puedan ingresar al hospital y explicar el motivo de la referencia.

La “asamblea comunitaria “indígena”

Los diferentes grupos indígenas de nuestro país poseen sus propias formas de conceptualización, organización y análisis del conocimiento para la toma de decisiones. Es común que estas formas sean desconocidas para nosotros y que pretendamos imponer nuestra metodología conocida como método asambleario.

El método asambleario occidental tiene varias ventajas: es directo, rápido, fácilmente identifica mayoría de votos, y en esos términos facilita la toma de acuerdos. El problema es que este método responde a una cultura determinada y visión del mundo.

Para muchos pueblos indígenas de nuestro país, con una cosmovisión diferente, este método asambleario se entiende como la *imposición* de soluciones de unos sobre otros, fundamentada en el concepto de la mitad más uno, y no propicia la participación de todos.

Para ellos, la imposición tiene connotaciones muy negativas y graves, consideran que favorece la resistencia, y la no participación convencida en las acciones decididas. En cambio, en las asambleas indígenas tratan de buscar el consenso, de manera que la solución final sea aceptada por todas las personas participantes, aunque sea diferente a la propuesta original.

Otro elemento a considerar es que muchas poblaciones indígenas no dominan la escritura de manera fluida, por lo que los procesos de comunicación se han fundamentado en el diálogo verbal, que históricamente ha constituido formas muy finas para la discusión, el aprendizaje y la memorización de aspectos importantes para recordar.

Es común que agentes externos a la comunidad no entiendan en una primera aproximación a la asamblea comunitaria indígena. En ésta cuando se define un tema a tratar, es común que la mayoría de las personas empiecen a hablar al mismo tiempo, eso parece una gran confusión y desorden. Pero luego unas voces empiezan a resaltar, mientras la mayoría de la gente se calla. Al final unos pocos lograron recoger el consenso de toda la asamblea y lo presentan ante los agentes externos. Puede ser diferente a lo esperado.

Entendiendo este proceso, hemos sistematizado una propuesta basada en el consenso y en los principios de la *“asamblea comunitaria indígena”*, que se puede utilizar primero, para entender el proceso de pensamiento que se da en ella. También se puede aprovechar para facilitar la toma de consensos y acuerdos en cualquier grupo humano, y por supuesto para facilitar los procesos específicos comunitarios de la consulta informada intercultural.

El proceso inicia identificando un tema o pregunta detonadora sobre la que se resuelve trabajar de manera comunitaria. Se forman parejas y cada una de ellas discute el punto, llegando a un consenso entre ellos. Se define uno de los dos como portavoz de la pareja. Posteriormente dicha pareja se relaciona con otra y los dos portavoces presentan los diferentes consensos previos, intentando ahora llegar a un nuevo consenso entre ellos y definiendo un nuevo portavoz de la ahora cuarteta.

Posteriormente la cuarteta se relaciona con otra y vuelven a establecer el mismo mecanismo de consenso, entre los ya establecidos previamente. El grupo de ocho personas se reúne con otro igual e inician de nuevo el mismo mecanismo.

Esto se repite las veces que sean necesarias, identificando el portavoz de cada grupo cada vez más amplio, hasta que una sola persona expresa para todas las personas participantes el consenso identificado, validando que todos estén de acuerdo con las propuestas presentadas.

Las ventajas de esta metodología es que se favorece la generación de consensos, así como la participación colectiva de todas las personas participantes, al mismo tiempo que se recoge la interpretación que ellos hacen sobre el tema a plantear.

La consulta a los pueblos indígenas en el marco de derechos

El Instituto Nacional para los Pueblos Indígenas (INPI) reconoce que *“El derecho a la consulta es un derecho fundamental para los pueblos indígenas, en conjunción con el derecho a expresar el consentimiento o lograr acuerdos, y la obligación correlativa que tiene el Estado de consultar, son derechos intrínsecamente relacionados con su*

derecho a la autonomía y libre determinación, lo cual también se vincula con la vigencia de otros derechos, como el derecho a la participación política, el derecho a preservar y fortalecer sus culturas, lenguas e instituciones, el derecho a mantener sus territorios, así como el derecho a la salud, a la educación y al desarrollo, entre otros”⁶¹.

En el campo de la salud, significa a reconocer a los pueblos indígenas como sujetos de todas las acciones promocionales, diagnósticas y de investigación, y no sólo como fuente de información, de manera que ellos puedan participar y decidir sobre todas las acciones que les conciernen.

Existen procesos de consulta informada en este sentido que la DMTDI/DGPLADES ya ha promovido: la autosistematización de la medicina tradicional, la definición de acuerdos entre el personal de salud y las parteras tradicionales, la propuesta de escuelas de medicina y partería tradicional, la construcción intercultural de propuestas en torno a una alimentación saludable, y el diseño y funcionalidad de la infraestructura física para contar con espacios culturalmente adecuados.

La consulta informada dirigida a contar con espacios de salud culturalmente adecuados, es una actividad que se realiza con una comunidad en la que se va a construir o rehabilitar una obra de salud, para escuchar y tomar en cuenta sus observaciones y propuestas sobre cómo la población quisiera el espacio de salud de acuerdo a su cultura, favoreciendo su funcionalidad y comodidad.

Este proceso de consulta previa a la construcción o rehabilitación de una infraestructura debe ser “obligatoria” a nivel nacional de acuerdo con la normatividad expresada en la Ley de Planeación en los artículos 20 y 20 bis, lo cual cuenta con fundamentos en los acuerdos internacionales suscritos por México, como el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre Pueblos Indígenas y Tribales Independientes en 1989, artículo 6º, y la Declaración de las Naciones Unidas Sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, del 13 de septiembre de 2007, artículo 23. El objetivo es optimizar la utilización de la infraestructura y mejorar las condiciones de salud comunitarias, y así responder mejor a sus necesidades.

Se llama ‘informada’ porque la Secretaría del Estado deberá informar a los convocados las razones de la reunión, sus opciones y alternativas, los productos que se intenta obtener de la asamblea. Igualmente informará a la asamblea en forma visual, por ejemplo, en maquetas o dibujos los tipos de infraestructura posible. Por parte de la Institución de Salud del Estado, acude personal de planificación conocedor de las opciones técnicas y financieras existentes. Por parte de la comunidad, acuden los

⁶¹ http://www.cdi.gob.mx/transparencia/gobmxcdi/participacion/documentos/consulta_pueblos_indigenas.pdf

interesados quienes deberán ser: representantes legítimos de la comunidad, representantes de todos los grupos étnicos, autoridades indígenas, red de salud tradicional (curanderos, parteras, hueseros, sobadores), promotores, personal de salud, padres/madres de familia, jóvenes interesados. Se sugiere llevar a cabo un trabajo en grupos diferenciado: Mujeres, hombres, jóvenes, de manera de que tengan libertad para expresar sus inquietudes y propuestas, para luego presentarlas en la asamblea. También puede establecerse grupos de trabajo para revisar temáticas específicas.

La decisión es resultado de la discusión de la asamblea y el consenso de los asistentes. En caso de que se den opiniones divididas, se registrará la preferencia y las alternativas.

Las decisiones consensuadas se registran en un Acta de Consulta Informada, firmada por los representantes de la Asamblea. Estas decisiones pasarán al Certificado de Necesidades y Expediente Técnico.

La comunidad indígena, como sujeto de derechos puede definir sobre, las señalizaciones para que sean claras y bilingües de acuerdo a la singularidad de los usuarios, la adaptación cultural de las salas de espera como un espacio comfortable, espacios para albergue de estancia corta de pacientes de parto y post-parto para mujeres de alto riesgo, para acompañantes y parteras de mujeres pacientes, condiciones de comodidad para usuarios hospitalizados y sus familiares, espacios y equipamiento para la atención de las mujeres del parto en posiciones verticales, la ambientación cálida para la sala de partos, espacio para servicio de traducción (en hospitales), capilla ecuménica (espacio de oración), e incluso si proponen un espacio para la atención con la partera o curandero de la comunidad, que puede incluir temascal, farmacia verde y jardín de plantas medicinales.

La consulta informada también puede considerar, otros elementos como la atención intercultural del embarazo, parto y puerperio; la realización de *encuentros de enriquecimiento mutuo* entre personal de salud y parteras y terapeutas tradicionales; la sensibilización del personal de salud del hospital o centro de salud, la necesidad de contar con recursos humanos bilingües y traductores interculturales, así como el enriquecimiento intercultural de la dieta hospitalaria con alimentos de la cultura local (ejemplo tortillas nixtamalizadas).

Directorio

Dr. Jorge Alcocer Varela
Secretario de Salud

Dr. Hugo López Gatell
Subsecretario de Prevención y Promoción de la salud

Mtro. Juan Antonio Ferrer Aguilar
Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Dr. José Enrique Pérez Olguín
Director General de Planeación y Desarrollo en Salud

Dr. José Alejandro Almaguer González
Director de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural

**Dirección de Medicina Tradicional
y Desarrollo Intercultural**

Dr. José Alejandro Almaguer González
Dr. Hernán José García Ramírez
Antrop. Vicente Vargas Vite

Tel. (55) 5062 1600 y 5062 1700 ext : 51211 y 51274
jalejandro.almaguerg@gmail.com
educeverhg@hotmail.com
marakame0717@gmail.com