Casa abierta al tiempo
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

Maestría en Medicina Social

DERECHO A LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE MÉXICO

TESIS

Para obtener el grado de Maestra en Medicina Social

Presenta: Julieta Martínez Álvarez

Tutora: **Oliva López Arellano**

Ciudad de México a 18 de noviembre de 2019

Amor América

Pablo Neruda

Antes de la peluca y la casaca
fueron los ríos, ríos arteriales;
fueron las cordilleras, en cuya onda raída
el cóndor o la nieve parecían inmóviles;
fue la humedad y la espesura, el trueno
sin nombre todavía, las pampas planetarias.

El hombre tierra fue, vasija, párpado
del barro trémulo, forma de la arcilla;
fue cántaro caribe, piedra chibcha,
copa imperial o sílice araucana.
Tierno y sangriento fue, pero en la empuñadura
de su arma de cristal humedecida,
las iniciales de la tierra estaban
escritas.

Nadie pudo
recordarlas después: el viento
las olvidó, el idioma del agua
fue enterrado, las claves se perdieron
o se inundaron de silencio o sangre.

No se perdió la vida, hermanos pastorales.
Pero como una rosa salvaje
cayó una gota roja en la espesura,
y se apagó una lámpara de tierra.

Yo estoy aquí para contar la historia.
Desde la paz del búfalo
hasta las azotadas arenas
de la tierra final, en las espumas
acumuladas de la luz antártica,
y por las madrigueras despeñadas
´de la sombría paz venezolana,
te busqué, padre mío,
joven guerrero de tiniebla y cobre,
o tú, planta nupcial, cabellera indomable,
madre caimán, metálica paloma.

Yo, incásico del légamo,
toqué la piedra y dije:

¿Quién
me espera? Y apreté la mano
sobre un puñado de cristal vacío.
Pero anduve entre flores zapotecas,
y dulce era la luz como un venado,
y era la sombra como un párpado verde.

Tierra mía sin nombre, sin América,
estambre equinoccial, lanza de púrpura,
tu aroma me trepó por raíces
hasta la copa que bebía, hasta la más delgada
palabra aún no nacida de mi boca.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN……6

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN……10

CAPÍTULO 1: ANTECEDENTES……..…….....24

CAPÍTULO 2: MARCO METODOLÓGICO Y CONCEPTUAL ……46
1. Aspectos previos de la investigación……**46**
2. Aspectos fundamentales de la investigación……**47**
3. Diseño de la investigación……**48**
4. Población……...**48**
5. Técnicas y fuentes de investigación documental……**48**
6. Enfoque de la investigación……...…**48**
7. Población…….……..**50**
8. Criterios de selección……**51**
9. Periodo de análisis…….....**51**
10. Análisis de la información……...**52**
11. Estado…….....**53**
12. Política de Salud ……...……..**55**
13. Actores sociales……..……**57**
14. Derecho a la Salud……...……....**58**
15. Derecho protección de la salud……...……**61**
16. Determinantes sociales de la salud……..**65**

CAPÍTULO 3: MARCO TEÓRICO…….....69
1. ¿Qué son los derechos?.....**71**
2. ¿Qué son los derechos humanos?.....**72**
3. Derechos humanos y democracia……...…**73**
4. Desarrollo generacional de los derechos humanos: civiles y políticos; económicos, sociales y culturales; justicia, paz y solidaridad……..**75**
5.Definición de pueblos indígenas y elementos que los componen y cómo se determinan….....**78**
6. Organización de Naciones Unidas…….....**79**
7. Convenio núm. 169 de la OIT de los Pueblos Indígenas y tribales ……..**80**
8. Banco Mundial……..……**85**
9. Libre determinación y autonomía ……..**86**
10. Otras definiciones de pueblos indígenas y su composición pluricultural ……**92**

CAPÍTULO 4: DOCUMENTOS FINALES PARA LA INVESTIGACIÓN…….....96
1. Instrumentos internacionales……...…….....**96**
2. Declaración Universal de los Derechos Humanos……**96**
3. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales……**97**
4. Convenio 169 Art. 24 y 25……**98**
5. Protocolo de San Salvador……...……..**99**

6. Observación General 14……...**100**
7.Declaración de la Organización de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los pueblos indígenas…….**102**
8. Legislación Nacional……...……**109**
9. Ley General de Salud y Artículo 4 Constitucional ……**110**
10. Comisión Nacional de Derechos Humanos……....**111**
11. Caracterización de los pueblos indígenas en México…….**112**
12.¿Cuántos son? Y dónde están asentados los pueblos indígenas……**113**
13. Indicadores sociodemográficos.....**113**
14. Índice de Desarrollo Humano…….....**115**
15. Condiciones de vida y de salud ……...**120**
16. Forma de Atención de salud de los pueblos indígenas……..**130**

CONCLUSIONES…….....136

BIBLIOGRAFÍA…….....145

DEDICATORIAS

Por amor a la vida y determinación para finalizar esta etapa…

A Eric… Cómplice en mis proyectos de vida, mi amor y apoyo durante todo este tiempo.

A mi madre… Por ser la inspiración cotidiana para vencer todos los obstáculos.

A mi padre… Por generar en mí, desde pequeña, la curiosidad de investigar.

A Ricardo… Por ser mi guía en la vida y ángel de la guarda terrenal en todo momento.

Al Dr. Cordero…con agradecimiento, por ser un faro de luz en mi camino y ser mi mentor.

A mis abuelas, con profundo amor y admiración, por transmitirme su hermosa sabiduría y enseñarme a luchar para lograr mis objetivos.

A Javier por ser mi ejemplo y fuerza interna.

A mi familia extensa… Por ser un aliciente para perseguir mis metas y concluir este proyecto.

A mis amistades… Claudia por ayudarme a descubrir la claridad de lo que buscaba realizar en este trabajo y, a Aurora, por orientarme en esta búsqueda de la investigación. A Lety… por animarme a seguir adelante.

A mis jurados… Por darse a la tarea de revisar mi trabajo en un corto tiempo, gracias por el aprendizaje y por sus observaciones.

Gracias a mis profesoras (es) de Medicina Social por todas sus enseñanzas.

Agradezco a la Coordinación de Medicina Social, por el esfuerzo y compromiso en apoyarme a concluir esta última etapa.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se refiere al tema del Derecho a la Salud de los pueblos indígenas de México, tema que adquiere una gran relevancia, ya que este Derecho Humano se encuentra señalado en los principales instrumentos internacionales y particularmente en los DESC. La característica principal de los pueblos indígenas es que constantemente presentan violaciones a sus Derechos Humanos y son una población que conjuga una serie de condiciones de desigualdad, marginación social, pobreza y exclusión en comparación del resto de la población no indígena, lo que conlleva a la discriminación, falta de oportunidades y de justicia.

El interés de la siguiente investigación por el tema del Derecho a la Salud de los pueblos indígenas de México surge de reflexionar ¿cómo avanzar desde la Medicina Social hacia la construcción de políticas de salud que ayuden a garantizar el cumplimiento del Derecho a la Salud de los pueblos indígenas? Ya que no se debe perder de vista que ellos son una parte importante de la población nacional que personifican y sufren las peores condiciones de vida y de salud, desarrollan una precaria participación en proyectos nacionales, tienen pocas o nulas oportunidades en cualquier esfera de la vida pública y privada; también padecen una serie de carencias que representan la anulación de sus derechos individuales y colectivos.

Cuando inicié mis estudios en la Maestría de Medicina Social encontré los elementos de reflexión teórica que me permitieron articular mi pregunta de investigación: ¿Cuáles son las acciones que implementa el Estado mexicano para garantizar el Derecho a la Salud de los pueblos indígenas mediante los determinantes sociales de la salud y de la respuesta social organizada a partir de la atención a la salud que brinda a través del Seguro Popular?

La hipótesis de esta investigación versa sobre lo siguiente: El Estado mexicano por medio de políticas sociales de tipo neoliberal, focaliza y excluye a los pueblos indígenas, ya que no busca solucionar los problemas a nivel estructural; sino que reproduce la desigualdad y la estigmatización bajo la que viven. Las acciones que implementa representan un obstáculo para proteger sus Derechos Humanos y no ayuda en la construcción de una sociedad justa e inclusiva. Por lo tanto, violenta y limita el cumplimiento del Derecho a la Salud de las y los indígenas.

Por lo tanto, para atender la pregunta de investigación e hipótesis fue necesario recurrir al abordaje de la compleja realidad mexicana de los pueblos indígenas de México desde el nivel macro ya que por los tiempos de esta investigación no fue posible profundizar el estudio sobre algún grupo indígena. Por los motivos antes expuestos, esta tesis discute la necesidad de abordar el Derecho a la Salud de los pueblos indígenas de México, desde la mirada crítica de la Medicina Social para contribuir al debate, reflexión y acción sobre uno de los derechos fundamentales para todas las personas: el Derecho a la Salud, ya que es un derecho inclusivo, que alude a múltiples aspectos de la vida colectiva e individual, el cual se esquematiza en dos dimensiones: los determinantes sociales de la salud y la respuesta social organizada. En relación con ambas dimensiones, el sujeto obligado a garantizar el Derecho a la Salud es el Estado.

El Estado se convierte en el eje central para el cumplimiento, garantía, protección y promoción del Derecho a la Salud, desde el momento que se ha comprometido y ha firmado una serie de convenios y pactos internacionales de Derechos Humanos. En este sentido, se observa y se analiza cómo la participación del Estado ha homogenizado a los pueblos indígenas en su concepción lo que le ha llevado a la puesta en práctica de políticas públicas excluyentes, así como ha generalizado el discurso hegemónico de la política neoliberal de los Derechos Humanos, reflejando un vacío entre la teoría y la práctica. Por lo cual, estudiar este tema implica repensar el reto de la justiciabilidad y exigibilidad del Derecho a la Salud de los pueblos indígenas de México, para apoyarles en la consecución de una vida digna y de respeto hacia sus derechos.

Así, esta tesis se compone de cinco capítulos; como primer momento se presenta el planteamiento del problema. El primer capítulo está dedicado a introducir al lector al estado del arte como un primer momento de la investigación, sobre el tema principal de este trabajo que es el Derecho a la Salud, ya que es un tema de gran relevancia por su trasfondo histórico y social, y porque actualmente sigue siendo una deuda en nuestra Nación. Por ello, es importante recuperar el contexto histórico-social desde la postura de Rodolfo Stavenhagen y la otra postura desde Fundación Mexicana para la Salud A.C. (FUNSALUD), con la finalidad de hacer énfasis de que, en este mundo globalizado, la irrupción actual de los pueblos

indígenas en busca del cumplimiento de sus derechos, se enmarcan en un proceso global de luchas sociales por el reconocimiento y la dignidad humana.

El segundo capítulo describe, el diseño metodológico de la investigación documental que se llevó a cabo, también versa sobre las fuentes de información y análisis, las características de la población entre otros aspectos. El enfoque de esta investigación es mixto: por un lado, cualitativo ya que existe una realidad que descifrar, construir y explicar referente al Derecho a la Salud de los pueblos indígenas de México mediante el trabajo documental analizado; y a la vez es cuantitativa, ya que existe una realidad que conocer , medir y comprender entorno al cumplimiento y la justiciabilidad de este Derecho Humano, por ello se recupera información de datos numéricos y cifras para aproximarnos a conocer a nivel macro estructural los determinantes sociales de la salud y también datos concretos sobre la atención en salud que brinda el Estado mexicano para esta población a través del Seguro Popular y a la par se abordan los conceptos que ayudan a analizar y articular la pregunta de investigación.

El tercer capítulo delinea el marco teórico de la investigación, en este se abordan diferentes conceptos y autores que facilitan la comprensión del tema de esta tesis. Un primer concepto a definir es el derecho, los Derechos Humanos desde el enfoque de la ONU y a su vez se exponen brevemente el desarrollo generacional de éstos. Con la finalidad de argumentar que la salud es un Derecho Humano; y a su vez que el Derecho a la Salud es un eje primordial de la Medicina Social, que busca garantizar la salud en forma universal mediante la participación del Estado. Otro concepto a definir en este capítulo es el de pueblos indígenas y ¿qué mecanismos internacionales marcan está definición? Con la mira de profundizar cómo se relacionan estos conceptos con la autonomía y libre determinación de los pueblos indígenas.

El cuarto capítulo, se describe el proceso de la información y de los datos encontrados, para interpretarlos a partir de la parte conceptual. El desarrollo de ese apartado busca proporcionar información relevante obtenida en la investigación; con base a los objetivos planteados.

Al final se presentan las conclusiones, una serie de consideraciones finales que van organizadas con los objetivos planteados de la investigación, con el objeto que esta tesis

permita colocar en la mesa de discusión hasta qué punto existen mecanismos que hagan exigible y justiciable el derecho a la salud desde la Medicina Social.

Esperando que este trabajo, anime a futuras investigaciones que profundicen sobre algunos de los aspectos aquí planteados en torno al Derecho a la Salud en las poblaciones indígenas de México.

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

Nosotros no somos mitos del pasado, ni del presente, sino que somos pueblos activos. Mientras que haya un indio vivo en cualquier rincón de América y del mundo, hay un brillo de esperanza y un pensamiento original.
Rigoberta Menchú

El presente planteamiento de investigación tiene la finalidad de hacer visible la violación de los Derechos Humanos de los pueblos indígenas en México, en particular el Derecho a la Salud desde la Medicina Social (MS) como tema central, ya que a partir de este campo de conocimiento se han hecho esfuerzos desde el ámbito académico, para ampliar y enriquecer el debate respecto a las dimensiones del Derecho a la Salud: los determinantes sociales de la salud y la respuesta social organizada a partir de la atención a la salud que brinda a través del Seguro Popular. Por lo tanto, desde la MS se pretende replantear acciones que lleven a la transformación de las relaciones de poder del Estado mexicano hacia el fortalecimiento de políticas de salud con un enfoque de Derechos Humanos que ayuden a mejorar las condiciones de vida y de salud de los indígenas, ya que son los que se encuentran en gran desventaja y marginación social en el país.

Planteamiento

México es un país que presenta grandes desigualdades, con marcadas diferencias socioeconómicas en su interior. Sus orígenes prehispánicos y coloniales dieron paso a una sociedad con una gran variedad de pueblos indígenas, y su rasgo principal, es su diversidad y pluralidad (Chong y Valdés, 2016). Estos pueblos tienen una gran riqueza milenaria[1] por lo que no pueden homogenizarse ya que tan sólo en la actualidad hay 68 grupos que corresponden con igual número de lenguas que se hablan a lo largo y ancho del territorio; dichos grupos viven además una pluralidad cultural y religiosa. Así, el mundo indígena

[1] "La historia de los pueblos indígenas mexicanos se inició hace más de 10 mil años, cuando los primeros grupos de seres humanos provenientes de Asia y del norte de América llegaron al territorio de lo que hoy es nuestro país. Ya desde entonces estos grupos hablaban idiomas diferentes y tenían tradiciones culturales distintas, pero todos vivían de lo que los antropólogos llaman la "caza y la recolección", es decir, de cazar y pescar animales, recoger plantas y frutos silvestres. Al distribuirse en los diversos ecosistemas que existían en México, las diferencias entre estos grupos crecieron, pues cada uno adaptó su forma de vida y su cultura a sus particulares condiciones medioambientales". (Los pueblos indígenas de México, 2008, http://www.cdi.gob.mx/dmdocuments/monografia_nacional_pueblos_indigenas_mexico.pdf

representa la diversidad y la complejidad, por ello, el reconocimiento de estos grupos forma parte esencial de las dinámicas internas del país (*Diario Oficial de la Federación*, 2014).

La desigualdad es un hecho histórico y cultural no sólo en nuestro país, sino en todo el mundo, es una consecuencia del "progreso capitalista",[2] que implicó la pérdida de la soberanía en el acceso de los territorios, recursos y riquezas del planeta para los grupos indígenas, ya que, bajo la premisa de la "civilización" en época del colonialismo europeo del siglo XIX, se justificó la eliminación[3] de los pueblos indígenas en el continente americano para dar lugar a la propiedad privada. Fue así que se argumentó con ese mito inicial, que el periodo de la Conquista no estaba basado en el desconocimiento del otro, sino por el contrario, en el encubrimiento de la realidad del otro para justificar la imposición de un modelo cultural (Stavenhagen, 2010).

Desde ese modelo dominante, las características que enmarcan a los pueblos indígenas se reconocen como carencias económicas, sociales, culturales, jurídicas e intelectuales. Bajo estos preceptos se configura una sociedad racista que hasta la fecha persiste como consecuencia de los dispositivos culturales arraigados desde la época de la Conquista, de los procesos de aculturación, evangelización y de la lucha de clases. Esta forma de pensar evidencia el sistema de explotación de recursos naturales, de opresión, discriminación y de dominio político. Por ello, se argumenta que la desigualdad social en México y en el mundo es un fenómeno complejo y multifactorial, que se relaciona y se retroalimenta con la discriminación étnica, de género y de lugar de residencia. Bajo este contexto, siguen vigentes estas problemáticas que se alimentan del clasismo y de la xenofobia en nuestra sociedad actual.

Los pueblos indígenas en México se caracterizan por padecer las desigualdades históricas en todos los espacios de la vida cotidiana, por ejemplo: en la falta de oportunidades laborales,

2 Deaton (2015), considera que "No todo el mundo se enriquece al mismo tiempo, y no todos tienen acceso inmediato a los últimos medios que salvaguardan la vida, sea el acceso a agua potable, a vacunas o a nuevas medicinas que previenen enfermedades cardiacas o de otro tipo". Deaton, A. (2015). *El gran escape. Salud, riqueza y los orígenes de la desigualdad.* México: Fondo de Cultura Económica.

3 En varias partes del mundo se les eliminó de forma física, por medio de masacres, genocidios, los desalojos de los pueblos indígenas de los territorios y las regiones donde estaban asentados, para dar cabida a los terratenientes, a los hacendados, a los ganaderos, etcétera.

salarios dignos, alimentación balanceada, vivienda digna, seguridad, transporte, acceso a la educación y la tecnología, en el acceso[4] y la cobertura[5] de los servicios de salud. También se revelan estas contradicciones: mientras otros sectores de la población nacional mejoran sus condiciones de vida y crecen sus expectativas; los habitantes de los pueblos indígenas viven en condiciones precarias y cuentan con una baja expectativa de vida; vivimos una fuerte diferenciación entre personas y grupos de población (Jusidman, 2009). Así mismo, se visualiza una situación de desventaja de estas poblaciones en los discursos hegemónicos de organismos internacionales y entidades del Estado, aunque se intenta solucionar algunos de los efectos de este orden social a partir de políticas focalizadas y programas de combate a la pobreza, promoción de la equidad de género y reconocimiento a la multiculturalidad y a los Derechos Humanos.

Esta inestable situación de vida ha obligado constantemente a los pueblos indígenas a luchar por el acceso a bienes y servicios, así como por el reconocimiento y la garantía de sus derechos sin la pérdida de sus identidades. De acuerdo con Lugo (2015), a partir de la importancia que representan los pueblos indígenas de México, a continuación, se enumeran las limitaciones que enfrentan para su desarrollo económico y adecuada cohesión social:

1. Falta de reconocimiento de rango constitucional al derecho a la libre determinación de los pueblos indígenas a partir del 2001.
2. La poca o nula protección de sus Derechos Humanos, ya que en un panorama integral encuentra factores externos que la obstaculizan: como la discriminación, la exclusión, la conflictividad social, la violencia, el despojo y los problemas territoriales en relación con sus bosques, aguas, montañas y otros recursos ambientales que les son

[4] El acceso a los servicios de salud es un elemento primordial del nivel de vida que brinda los elementos necesarios para el adecuado funcionamiento físico y mental. Cuando las personas carecen de acceso a estos servicios**,** el costo de atención de una enfermedad o accidente puede vulnerar su integridad física y su patrimonio familiar. El Artículo 4° de la Constitución establece que toda la población mexicana tiene derecho a la protección de la salud. En términos de la Ley General de Salud (LGS), este derecho constitucional se refiere al derecho de todos los mexicanos a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud (artículo 77 bis1 de la LGS). El indicador toma en consideración que las personas cuenten con adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna de las siguientes instituciones: Seguro Popular, Servicios médicos del IMSS, Servicios médicos del ISSSTE o ISSSTE estatal, Servicios médicos de Pemex, Ejército, Marina u otra institución pública o privada.http://blogconeval.gob.mx/wordpress/index.php/2013/07/23/que-es-el-acceso-a-los-servicios-de-salud/

[5] De acuerdo con la OMS, cobertura es el número de habitantes que tienen acceso a un cierto servicio de salud y los indicadores de cobertura de los servicios de salud reflejan la medida en que las personas que lo necesitan reciben de hecho intervenciones de salud importantes.

arrebatados; esto aunado a la violación de sus derechos políticos en relación con el poder político local, falta de autonomía, elección de sus líderes.

3. La multiplicación y crecimiento de los escenarios de violencia propiciados por grupos armados del sector de seguridad pública y paramilitar en regiones como Chiapas, Guerrero, Oaxaca, donde se incrementan las fricciones y la violación de Derechos Humanos.
4. El mal funcionamiento del Sistema Judicial que constantemente los convierte en víctimas del abuso del poder, en especial no cuentan con un traductor al enfrentar un juicio o proceso penal.
5. La desigual distribución de la riqueza, bienes y servicios públicos que afectan a pueblos indígenas y prioritariamente a mujeres, niñas y niños.
6. La limitación institucional en el encargo de su atención: la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, actualmente Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas. Ya que no cuentan ni con el personal necesario para atender a los grupos indígenas en el país, ni con recursos económicos para hacerlo.
7. La falta de armonización legislativa frente a la aplicación del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo en varias esferas de su vida colectiva.
8. La falta de capacitación y especialización de servidores públicos que los van a atender.
9. La falta de compromiso gubernamental (en sus tres niveles) en la preservación y protección de las tierras, territorios y recursos.
10. La falta de un esquema de protección especial a migrantes indígenas internos y en tránsito en zonas urbanas y agrocomerciales.

Si a lo anterior añadimos que la población indígena en nuestro país concentra los indicadores más agudos de pobreza y marginación, así como los índices más desfavorables de desarrollo humano (PNUD, 2010), ello nos sirve como base para enmarcar la problemática de la desigualdad social, falta de oportunidades y exclusión social que existen de México, lo cual brinda un panorama general y el contexto de por qué el Derecho a la Salud sigue siendo una aspiración para los pueblos indígenas.

Por otra parte, no se puede negar que paulatinamente se presentan avances respecto a su inclusión. Mediante la construcción de un marco de sus Derechos Humanos a partir del diseño de políticas gubernamentales que se dieron en la reforma implementada al Artículo 4 en 1992 y del movimiento zapatista en 1994 como un suceso histórico de México, que alza la voz a nivel internacional y nacional para la exigencia de los derechos de los pueblos indígenas y el tema de la salud se presenta como una de sus principales demandas de justicia. Y a su vez, en las reformas constitucionales promulgadas en 2001, esto ha implicado un viraje importante, pero aun así sigue siendo insuficiente para atender y responder a sus situaciones de vida, por lo que la demanda de inclusión es vigente (Singer, 2014).

De acuerdo con la relatora especial de la Organización de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas: Victoria Tauli-Corpuz, enfatiza que esta población en México sigue enfrentando graves problemas de exclusión, discriminación y falta de cumplimiento de sus derechos básicos, lo cual obedece tanto a la falta de capacidad suficiente de las instituciones gubernamentales, como a la carencia de voluntad política para resolver el problema (Camacho, 2017:3).

Fenómenos como la discriminación, la exclusión social y la pobreza, son problemas que padecen las comunidades indígenas y tienen determinantes históricos, sociales y multidimensionales. Un ejemplo de ellos es la probabilidad de caer en pobreza en hombres y mujeres indígenas es de alrededor de 38%, casi el doble que la no indígena (20%), sólo por el hecho de serlo (CDI-PNUD, 2010). En 2014, la última medición de pobreza de Coneval, el porcentaje de población indígena en pobreza era de 73.2% mientras que en 2012 era de 72.3%; lo que representó 500 mil indígenas más en pobreza (Coneval, 2015) y en pobreza extrema estaba 31.8% de los indígenas frente a 7.1 de los no indígenas de acuerdo al cálculo del mismo año.

Resolver esta situación exige de un gran compromiso social que no es sólo del gobierno, sino de la sociedad en su conjunto, que conlleva nuevas formas de intervención pública, donde la coordinación intergubernamental y la participación de las comunidades indígenas organizadas, es fundamental. Un panorama de las condiciones de marginación y exclusión

social de que son objeto los pueblos y comunidades indígenas se resume en los siguientes datos de pobreza:

Cuadro 1. Medición de la pobreza de la población indígena 2010 y 2012.

Indicadores	Población indígena*					
	Porcentaje		Millones de personas		Carencias promedio	
	2010	2012	2010	2012	2010	2012
Pobreza						
Población en situación de pobreza	74.8	72.3	8.5	8.2	3.4	3.0
Población en situación de pobreza moderada	37.0	41.7	4.2	4.7	2.8	2.5
Población en situación de pobreza extrema	37.8	30.6	4.3	3.5	4.0	3.8
Población vulnerable por carencias sociales	18.9	20.3	2.1	2.3	2.4	2.4
Población vulnerable por ingresos	1.6	2.2	0.2	0.2	0.0	0.0
Población no pobre y no vulnerable	4.8	5.3	0.5	0.6	0.0	0.0
Privación social						
Población con al menos una carencia social	93.6	92.6	10.7	10.5	3.2	2.9
Población con al menos tres carencias sociales	64.6	56.1	7.4	6.4	3.9	3.7
Indicadores de carencia social						
Rezago educativo	36.2	34.1	4.1	3.9	3.9	3.6
Carencia por acceso a los servicios de salud	36.0	24.3	4.1	2.8	3.9	3.7
Carencia por acceso a la seguridad social	81.5	81.0	9.3	9.2	3.4	3.0
Carencia por calidad y espacios en la vivienda	40.2	34.3	4.6	3.9	4.0	3.8
Carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda	65.3	59.7	7.4	6.8	3.6	3.3
Carencia por acceso a la alimentación	39.7	34.4	4.5	3.9	3.9	3.6
Bienestar						
Población con ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo	45.5	42.4	5.2	4.8	3.6	3.2
Población con ingreso inferior a la línea de bienestar	76.4	74.5	8.7	8.5	3.3	3.0

Nota: La población indígena está contabilizada bajo el criterio CDI.
Fuente: Estimaciones del Coneval con base en el MCS-ENIGH 2010 y 2012.

Como se puede observar en el cuadro 1, los grupos indígenas de México viven en condiciones de pobreza, ya que se encuentran en absoluta desventaja respecto de la población en general. Su condición económica, la marginación y discriminación de la que son objeto, determinan sus niveles de vida y salud en condiciones de precariedad, limitando sus posibilidades para acceder a satisfactores básicos reconocidos como determinantes de la salud y violentando su Derecho Humano fundamental a la salud.

Según los datos arrojados de las Encuestas Nacionales de Salud (Ensanut, 2006, 2012), la situación de salud en la que viven los pueblos indígenas pone en evidencia su alta vulnerabilidad, así como su permanente exposición a diversos riesgos en condiciones de inequidad social, mismos que reducen su capacidad de respuesta para movilizar recursos sociales ante problemas de salud. Se puede afirmar que viven en un círculo de carencias que les lleva de una situación difícil de salud a otra que se agrava con una alimentación deficiente, trabajo extenuante, malas condiciones de vida, falta de techo y abrigo, que desembocan otra vez en el empeoramiento de su salud. Esta situación marca una clara violación a sus derechos

como ser humano, ya que imposibilita que los indígenas se desarrollen plenamente como personas íntegras y libres, en igualdad de oportunidades y ejerciendo sus derechos.

El Derecho a la Salud de los pueblos indígenas adquiere gran relevancia ya que conjuga una serie de elementos que han hecho que sus derechos sean vulnerados de manera social, económica y políticamente, en condiciones de desigualdad e inequidad. Aunado a todo lo anterior, el contexto de las políticas neoliberales, en el marco de la globalización económica, aceleró los niveles de pobreza, muertes prevenibles, disparidad, exclusión, desempleo, marginación, alienación, degradación del medio ambiente, explotación, corrupción, violencia y conflictos étnicos y religiosos (Amoroz, 2011).

Bajo esta lógica neoliberal, el campo de la salud tuvo un grave retroceso en la garantía del Derecho a la Salud, ya que se concibe desde una perspectiva mercantilista, no como un Derecho Humano. De acuerdo con Laurell (1994), las políticas neoliberales fueron promovidas, orientadas y aplicadas por organismos internacionales como el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM), los cuales mantienen estrategias de focalización, descentralización y la privatización de los servicios en los países a los que brindan préstamos.

Esta forma de conducirse económicamente tiende a reproducir un pensamiento hegemónico de la salud, el cual tiene un carácter mercantil que coloca a la salud en el mundo del mercado e impulsa su privatización, a partir de su inserción en los circuitos económicos de producción y acumulación de capital, y la incursión de los organismos internacionales en salud (Feo, Feo y Jiménez, 2012). ¿Esta forma mercantil de concebir el Derecho a la Salud banaliza la carga política por parte del Estado para concebirlo como un derecho?

En México, se optó por formas no explicitas de privatización en todas las instituciones del sistema de salud, aumentando la inequidad entre la población y mercantilizando la atención a la salud (Eibenschutz, 2007). Actualmente los sistemas de salud en nuestro país y en América Latina viven un proceso de desmantelamiento de sus servicios a partir de la reducción de presupuestos para sus programas; la focalización de subsidios a la población pobre mediante un mecanismo de prepago; disminución del gasto público; modificaciones

legales en los sistemas públicos de salud, como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y en programas que cada vez reducen las acciones de atención a la salud (López y Blanco, 2007; López y Jarillo, 2017).

Además, estos organismos financieros multilaterales, utilizan y se apropian de categorías como Derecho a la Salud, cuando en sus políticas y estrategias lo niegan, y a su vez con sus reformas neoliberales y privatizadoras, han favorecido una parte muy importante de la exclusión en salud que existe en el mundo.

A partir de lo expuesto, se visualiza la exclusión social que viven los indígenas en nuestro país, y se puede observar que este fenómeno estructural los restringe a ser considerados como sujetos de pleno derecho. Ya que uno de los escenarios que refleja la desigualdad que viven, es en el ámbito de la salud, y este contexto constituye una realidad muy compleja, en la medida que se reúnen elementos biológicos, económicos, políticos y socioculturales; por lo que este escenario debe ser entendido como un espacio donde se conjugan políticas (tanto a nivel micro como macro), creencias, tradiciones, tabúes y prácticas familiares (Padrón y Román, 2010).

Siguiendo a los mismos autores, se asume la idea de que la salud es un reflejo de una amplia gama de situaciones en donde se combinan desigualdades sociales, carencias económicas, variantes culturales, uso del espacio geográfico y recursos disponibles (naturales y materiales), en la cual esta población no tiene acceso a las condiciones que le permitan cubrir sus necesidades básicas de salud, educación, vivienda, y otros aspectos fundamentales que le otorguen una buena calidad de vida , así como una vida digna.

Por todo lo anterior, en esta investigación se plantea analizar, las dimensiones del Derecho a la Salud: (Determinantes sociales de la salud y la respuesta social organizada a partir de la atención a la salud que brinda a través del Seguro Popular). Se presenta una descripción de la problemática general de los pueblos indígenas y de fenómenos sociales que se conjuntan en esta sociedad contemporánea y sus expresiones en salud, con el propósito de contribuir a

construir un contexto social en el cual exista un amplio debate y acciones específicas sobre la inclusión de esta población en las políticas de salud de México.

Así mismo, se hace una aproximación al análisis de los factores de determinantes sociales de la salud de los pueblos indígenas; y por otra parte se analiza la respuesta social organizada mediante la atención en salud, a partir de Seguro Popular (SP). Haciendo una breve alusión de la importancia y la riqueza de la Medicina Tradicional para las comunidades y los pueblos indígenas.

Ya que la permanencia de condiciones de inequidad social, limita la contribución de los programas sociales para mejorar el acceso a educación, alimentación, seguridad social, salud, vivienda y bienestar económico, por lo tanto, se requiere de una política social y de salud que atienda sus necesidades, basada en el mejoramiento de las condiciones estructurales de vida y respeto a su cultura.

Justificación

Los indígenas en México son una parte vital de la riqueza que nos constituye como país. Sin embargo, las violaciones a sus derechos humanos siguen vigentes por falta de oportunidades, la continua discriminación que viven, la desigualdad reflejada en la marginación, analfabetismo, desempleo, el despojo de sus tierras, efectos multidimensionales como la pobreza y otros problemas que se potencian entre sí y que están presentes en el contexto de la mayoría de esta población. Esto se traduce en condiciones de vida y de salud que son el reflejo de la precariedad en la que viven de manera cotidiana, falta de oportunidades y de una política pública asimilacionista[6] como respuesta del Estado frente a las diferentes obligaciones y problemáticas.

Este contexto obstaculiza el ejercer libremente sus Derechos Humanos en específico sus derechos sociales y una de sus principales limitaciones, es el reconocimiento por parte del Estado a "la autonomía y a la libre determinación", demanda colectiva que continúa siendo

[6] Hace referencia al paradigma de gestión de la diversidad, asume que el otro cultural tiene que adaptarse al estereotipo mayoritario prescindiendo de su marco cultural vital. Esta adaptación, independientemente de sus matices, se produce de manera unilateral. Así, este término comprende al otro como aquél que debe transitar a través de un proceso en el que adopta como propia la cultura dominante en la sociedad.

una deuda histórica hacia los pueblos indígenas, situación que ha provocado otras violaciones a sus derechos, ya que se ven limitados a tener el derecho a elegir un desarrollo cultural, político y económico de acuerdo con sus intereses como comunidad y no sólo como individuos.

Así mismo, es necesario reflexionar desde otros campos de investigación como lo es desde la MS; sobre la participación del Estado para hacer cumplir el Derecho a la Salud con una serie de políticas sociales y con ellas políticas de salud que vayan de la mano para transitar hacia el buen vivir y no solo vivir con el mínimo de derechos. Y en este momento cabe preguntar ¿Cuál es el papel de la MS en el ámbito académico y político para garantizar el Derecho a la Salud de los indígenas de México?

De acuerdo con el análisis realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública (Ensanut,2012):

> Se concluye que persisten desigualdades en las condiciones de vida, la situación de salud y el acceso a los servicios sanitarios entre la población indígena y la no indígena, por lo que se requiere de una política "de protección social integral que atienda las necesidades de estos pueblos, entre ellas las de salud, basada en el mejoramiento de las condiciones estructurales de vida y respeto a su cultura. Datos de Ensanut indican que personas de origen indígena señalaron que por lo general los centros de salud se encuentran cerrados, faltan medicamentos y materiales, tardan en ser atendidos y se encuentran lejos, señala el informe.

De acuerdo con Manuel Castro:

> Los pueblos indígenas son los que deben tomar sus decisiones en torno a los temas de salud y el Estado y la sociedad debe darles condiciones de desarrollo. Esta es una cuestión de derechos. Se trata de garantizar el derecho a la salud de la población a través de una reforma de fondo en el sistema. No debemos perder el rumbo: es cierto que vivimos en un estado capitalista, pero hay vías que nos permiten garantizar el derecho a la salud, hay formas y éstas están demostradas en otros países (Ramos,2015).

De acuerdo con la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (2014), el perfil epidemiológico de la población indígena en México tiene como rasgos principales una elevada mortalidad (infantil y general), patrones de enfermedad y muerte donde

predominan la desnutrición y las enfermedades infecciosas y parasitarias. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la carga global de enfermedad (GBD por sus siglas en inglés), con que se clasifican las enfermedades y causas de muerte de la población indígena, se tienen tres grandes grupos: 1) Enfermedades infecciosas, maternas, perinatales y los problemas derivados de la deficiencia de la nutrición; 2) Enfermedades no transmisibles; 3) Accidentes y lesiones.

Así mismo, la probabilidad de morir durante los primeros cinco años de vida es mayor en aquellas zonas que tienen población indígena (53 por cada mil nacidos vivos) que en aquellas que tienen menos (25 por cada mil nacidos vivos); así, la tasa global de mortalidad infantil por cada mil nacidos vivos es de 22.86. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del año 2012 reportó que la diarrea es una de las principales causas de muerte. En los estados de Guerrero, Oaxaca y Chiapas es donde se presenta un mayor número de decesos en niños menores de un año. Aunque las coberturas de vacunación son adecuadas en estas poblaciones, los problemas carenciales y los relacionados con las malas condiciones de vida siguen cobrando víctimas desde temprana edad. El riesgo de morir por diarrea, desnutrición o anemia, por ejemplo, es tres veces mayor en niños/as indígenas que el de una niña o niño de la población general (UNAM, 2015).

De acuerdo con las mismas autoras antes mencionadas, indican que la OMS y la UNAM establecieron para el año 2010 que las causas de morbilidad de la Región Sur-sureste que comprende (Campeche, Chiapas, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz y Yucatán), es donde hay mayor cantidad de indígenas, es donde destacan: situaciones obstétricas directas, parto único espontáneo, traumatismo, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas, el aborto, ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, la diabetes mellitus y la apendicitis. A su vez, la Secretaría de Salud reporta una alta incidencia en enfermedades digestivas, otras lesiones de causa externa, enfermedades del sistema genitourinario, enfermedades infecciosas respiratorias y parasitarias, enfermedades del sistema circulatorio y cardiovasculares, las cuales afectan en mayor medida a las personas que viven en situación de pobreza.

“Las entidades que concentran el mayor número de población indígena son: Oaxaca (14.4%), Chiapas (14.2%), Veracruz (9.2%), México (9.1%), Puebla (9.1%), Yucatán (8.8%), Guerrero (5.7%) e Hidalgo (5.0%). En conjunto en estos estados vive el 75% de la población indígena a nivel nacional de acuerdo con datos de la Encuesta Intercensal (2015). Estos son los estados que concentran las mayores desigualdades en relación con el cumplimiento del Derecho a la Salud; de igual manera, son los que cuentan con menos servicios de atención y con más población que gana menos de dos salarios mínimos” (Amoroz, 2011).

Es así como los indígenas viven un injusto retraso en el ejercicio de sus derechos sociales, así como en la instrumentación de progreso o medidas para su bienestar económico, frente al resto de los mexicanos, esta situación obliga a que los indígenas sean una prioridad presupuestal para el Estado (Singer, 2014). Además, los Derechos Humanos proveen un enfoque poderoso de intervención en salud, en la medida en que apelan a los valores de justicia social y equidad. Este enfoque cobra aún mayor relevancia si consideramos que los gobiernos tienen la obligación de llevarlos a cabo.

De acuerdo con el indicador, Derechohabiencia de los servicios de salud vinculado con los derechos de los pueblos y comunidades indígenas de la Comisión Nacional para el Desarrollo de Pueblos Indígenas (CDI), se observa que el acceso a los servicios de salud a partir del 2005 para una parte de esta población, ha sido atendido mediante el Seguro Popular (SP). Por lo tanto, es importante reconocer que las políticas públicas en salud como el SP, para los indígenas, reflejan el “mínimo de servicios de salud”. Y es este tipo de políticas públicas, lo que los mantiene excluidos, el error gubernamental está dado desde un principio en la forma como los integran a las políticas gubernamentales.

Cuadro 2. Garantizar la salud

Indicador	Año			
	2000	2005	2010	2015
Población indígena derechohabiente a los servicios de salud	19.3	27.3	57.8	83.1
Población indígena no derechohabiente a los servicios de salud	79.7	72.0	41.8	16.5
Población indígena derechohabiente del Seguro Popular		10.6	37.9	67.2

Fuente: CDI. Sistema de indicadores sobre la población indígena de México, con base en: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda, México, 2000. Censo General de Población y Vivienda, México, 2010. Encuesta Intercensal, México, 2015.

De acuerdo con la investigadora, Bertha Dimas Huacuz, en su artículo "Aproximación a la salud y el bienestar de los pueblos indígenas en Michoacán", asegura que el modelo oficial de medicina social rural está basado sólo en una "supuesta" complementariedad de los modelos de medicina occidental y tradicional indígena:

> "La medicina tradicional indígena ha sido en realidad dejada de lado al imponerse el modelo occidental de clínicas rurales convencionales, basado en consultas apresuradas a través de 'pasantes' de la carrera de medicina; y la receta de medicamentos de la industria farmacéutica. El sistema hospitalario oficial occidental, a su vez, es incompleto, insuficiente no sólo para las poblaciones indígenas, sino también para toda la gente del país". En ese sentido, "hace falta revalorar las autonomías y jurisdicciones indígenas, para recuperar y expandir el dominio comunal de la salud" (Ramos,2015).

Por lo tanto, el sistema de salud actualmente es más fragmentado y la atención de salud ha sido parcialmente desmantelada. Los programas de salud están diseñados desde una lógica de focalización y selectividad, que tiene estructuras que limitan su eficiencia. El tema de exclusión en salud lleva a analizar cómo está organizado, estructurado y operando el SP para ubicar si a partir de este modelo de atención, se reducen o aumentan las brechas de desigualdad, ya que los indígenas presentan grandes rezagos sociales. A partir de lo anterior, la pregunta de investigación se centra en:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las acciones que implementa el Estado mexicano para garantizar el Derecho a la Salud de los pueblos indígenas mediante los determinantes sociales de la salud y de la respuesta social organizada a partir de la atención a la salud que brinda a través del Seguro Popular?

Objetivo general

Analizar las acciones que lleva acabo el Estado mexicano para garantizar el Derecho a la Salud de los pueblos indígenas mediante los determinantes sociales de la salud y de la

respuesta social organizada a partir de la atención a la salud que brinda a través del Seguro Popular.

Objetivos específicos

- ✓ Examinar los principales instrumentos internacionales y nacionales que crean obligaciones jurídicas para el cumplimiento del Derecho a la Salud de los pueblos indígenas de México.
- ✓ Detallar los indicadores socioeconómicos de los pueblos indígenas de México[7] para conocer sus condiciones de vida y de salud.
- ✓ Analizar la política de salud instrumentada a partir del Seguro Popular como parte de la respuesta social organizada para el cumplimiento del Derecho a la Protección de la Salud de los pueblos indígenas de México.

Hipótesis

El Estado mexicano por medio de políticas sociales de tipo neoliberal, focaliza y excluye a los pueblos indígenas, ya que no busca solucionar los problemas a nivel estructural; sino que reproduce la desigualdad y la estigmatización bajo la que viven. Las acciones que realiza representan un obstáculo para proteger sus derechos humanos y no ayuda en la construcción de una sociedad justa e inclusiva. Por lo tanto, violenta y limita el cumplimiento del Derecho a la Salud de las y los indígenas.

[7] Datos sobre salud, ingreso, educación, vivienda, alimentación y actividad económica entre otros.

CAPÍTULO 1: ANTECEDENTES

Latinoamérica, esta abstracción cultural, religiosa, idiomática y geográfica todavía no se ha definido y dependerá de nosotros los latinoamericanos de ahora que se defina o no, o que pase a la historia como un apéndice dependiente y sin importancia, de la llamada civilización occidental, en proceso de universalización y futura decadencia.
Héctor Abad Gómez

1.CONTEXTO DESDE LOS DERECHOS HUMANOS: RODOLFO STAVENHAGEN

El Derecho a la Salud de los pueblos indígenas es un tema de gran relevancia por su trasfondo histórico y social, y porque actualmente sigue siendo una deuda en nuestra Nación. Los pueblos indígenas forman parte de los colectivos más desfavorecidos en nuestro país y en el mundo como resultado de complejos procesos económicos, políticos, sociales e históricos que iniciaron hace más de 500 años, y que han perdurado como discriminatorias persistentes hasta el presente; esto implica un despojo sistemático de sus territorios y de sus recursos, con graves consecuencias para el ejercicio de sus derechos y de su bienestar. Por ello, es importante recuperar el contexto histórico-social y hacer énfasis de que, en este mundo globalizado, la irrupción actual de los pueblos indígenas en busca del cumplimiento de sus derechos, se enmarcan en un proceso global de luchas sociales por el reconocimiento y la dignidad humana.

Generalmente, el Derecho a la Salud se ha discutido de manera jurídica y desde otros ámbitos: antropológico de la psicología social, la economía las políticas públicas, la sociología etcétera pero poco desde la Medicina Social (MS) respecto a los pueblos indígenas de México; así la finalidad de este trabajo es que se aborde este campo de conocimiento, como un derecho humano inclusivo, fundamental; haciendo énfasis en que solo puede lograrse cuando se conjuntan las condiciones que permiten a todos los seres humanos el disfrute de una vida plena, elegida entre múltiples opciones (López y López , 2015), y no solo es garantizar el acceso en la prestación de servicios de salud.

Por lo anterior, esta tesis se busca tener una mirada de análisis de lo macro desde la Medicina Social, para comprender la complejidad de los problemas que enfrentan los pueblos indígenas y los elementos que engloba el derecho a la salud; con la finalidad de marcar un posible camino a seguir y contribuir a hacer posible la obtención de tan anhelado derecho.

Por ello, esta investigación recoge aspectos críticos de la situación de este Derecho Humano en los pueblos indígenas de México; se observan las causas y resultados de fenómenos sociales como la pobreza y la discriminación, hace una aproximación y valoración de sus necesidades de salud y de las desigualdades que se reflejan en aspectos de su vida cotidiana; cada pueblo con la riqueza y la particularidad de su conocimiento ancestral y de su diversidad cultural.

Se pretende, sumar acciones y aportar una visión conjunta sobre la situación del derecho a la salud en México, que nos permita articularnos como movimiento social y trazar objetivos y estrategias comunes, consolidar la agenda de salud y promover una posición cada vez mejor argumentada ante los diferentes organismos multilaterales y la sociedad civil sobre el presente y futuro de la salud de nuestros pueblos indígenas.

Pueblos indígenas: problemas y desafíos

A partir del año 2007 en adelante existe una discusión a nivel internacional respecto de los Derechos Humanos de los pueblos indígenas, que han sido violados y vulnerados durante varios siglos en el continente latinoamericano y en todo mundo.

Por ello, para aproximarme a comprender la problemática de los pueblos indígenas en lo referente al ejercicio de sus derechos humanos, recupero algunas aportaciones de Rodolfo Stavenhagen sobre el tema de Derechos Humanos y discriminación. Este catedrático fue investigador emérito de él Colegio de México, Relator Especial para los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales de los Pueblos Indígenas de la Organización de las Naciones Unidas en el 2001 y 2008. Realizó un gran trabajo como antropólogo activista de los derechos humanos de los pueblos indígenas en México y otras partes del mundo.

En junio del 2003 en su primer informe como relator especial sobre la situación de los derechos humanos y las libertades fundamentales de los pueblos indígenas de la ONU destinado a México, evidencia la dramática situación de la explotación y expoliación que éstos sufren. Menciona: “La reforma constitucional de 2001 en materia indígena no satisface las aspiraciones y demandas del movimiento indígena organizado, con lo que se reduce su alcance en cuanto a la protección de los derechos humanos de los pueblos indígenas”. Sus

textos son imprescindibles para comprender la realidad de América Latina y los conflictos étnicos en el mundo.

Stavenhagen (2010) señala que en el discurso oficial existe un debate hacia el concepto mismo de pueblos indígenas y su relación con el poder político, con lo que generalmente llamamos el Estado-nación. Este mismo Estado ha inventado "el problema indígena" del cual se habla en la literatura, en documentos políticos, en las aulas universitarias y en otros escenarios de la vida. Para entender mejor estos aspectos de actualidad, es necesario no olvidar el contexto histórico, económico, geográfico, político, social y cultural dentro del cual se ha dado en los países latinoamericanos, el debate en torno a los derechos de los pueblos indígenas.

Habitualmente de lo que se habla es de la relación los pueblos indígenas y los Estados Nacionales. Esta relación tiene historia e inicia en el siglo XV, inicia con el viaje de *Cristóbal Colón* en 1492, cuando "descubre a los indios" porque pensó que había llegado a la India. De acuerdo con Del Val (2014) el indio nace cuando Colón “toma posesión” se apropia de los territorios “encontrados”. Tiempo después los europeos se dieron cuenta de que no habían llegado a la India y se inventaron un nuevo nombre para el continente: América; pero para sus habitantes no cambiaron la denominación les siguieron llamando indios porque esta categoría servía para homogenizar a la diversidad en relación con el sistema colonial impuesto desde entonces. Antes de la invasión europea, la población del ahora llamado continente americano estaba formada por una gran cantidad de sociedades diferentes; en ella no había “indios” ni concepto alguno que calificara de manera uniforme a toda la población del vasto continente.

Cristóbal Colón en sus cartas al rey de España y otros conquistadores en sus crónicas, comenzaron a describir a la población, pero no entendían el lenguaje, la cultura, ni a los pueblos –llamándoles indígenas, porque todavía no tenían otro concepto. Es decir, hicieron, lo que el historiador y filósofo francés Tzvetan Todorov, llama "el descubrimiento del otro". Que significa caracterizarlo en la forma en que lo ven quienes lo nombran, quienes lo “descubren” y luego llegaron a dominar el espacio geográfico, histórico, político, cultural, que determina la historia de América Latina durante los últimos 500 años. Le imponen al

otro las peculiaridades que ellos desean, que ellos quieren y lo que sucedió durante la colonización. No fue el "descubrimiento del otro" fue un "encubrimiento del otro". Y así como los europeos no entendieron a los pueblos indígenas, también éstos tuvieron dificultades en entender a los españoles, portugueses, ingleses, franceses, holandeses etcétera, lo cual refleja un problema de comunicación (Stavenhagen,2010).

La categoría de indio es supra étnica, no denota algún contenido cultural específico; sino una situación sociológica, es indio el que está dentro de un contexto social, no el que tiene determinada cultura. Es una relación particular entre ellos y otros sectores del sistema social global del que los indios forman parte; el indio denota la condición de pueblo colonizado y conquistado, y hace referencia a esta relación colonial (Del Val ,2014).

A principios del siglo XIX el colonialismo europeo se extendió en África y en Asia, el problema de la población indígena, tal como lo veían los europeos, era el de la confrontación entre la barbarie y la civilización, entre los salvajes y los civilizados. De ahí que les excluyeron no sólo conceptualmente como salvajes y primitivos, no dignos de la civilización que ellos aportaban en su conquista hacia el Occidente, sino que los eliminaron también jurídicamente al firmar una serie de tratados entre la corona inglesa y el nuevo gobierno estadunidense independiente. Este modelo se siguió también en Canadá, Nueva Zelandia, y en Australia, ahí donde el imperio anglosajón se había establecido. Y se siguió también en Sudáfrica.

Así los indígenas quedaban fuera de la sociedad, de la polis, del sistema jurídico imperante, y eran tratados como algo extraño al cuerpo social, cultural, civilizado y de la religión dominante. Por lo tanto, la dupla "civilización y barbarie" empezó a generar un tipo de políticas: sociales, económicas y militares, entre el Estado que cada vez se hacía más poderoso en estos países, y las poblaciones indígenas que, desde luego, habían recibido un tratamiento distinto durante la época colonial, pero que el Estado republicano y la visión del Estado nacional neoliberal republicano que nació en el siglo XIX no podían, realmente, tolerar.

Esto justificó, como en otras partes del mundo, la liquidación física, los genocidios, masacres, los desalojos de los pueblos indígenas de los territorios y las regiones donde estaban asentados, para acrecentar la gran propiedad privada. Esta situación se dio en gran parte de los países latinoamericanos, el mito original de la comunicación y el desconocimiento del otro fue un encubrimiento de la realidad del otro para justificar la imposición de un modelo cultural Occidental.

Por lo tanto, para Del Val (2014):

> *La enorme diversidad cultural, lingüística y social del continente, quedó gravemente afectada desde que inició la Conquista: las poblaciones se convirtieron dentro del nuevo orden colonial en un ser homogéneo y uniforme: el indio. De esta manera, se generó un orden jerárquico que sólo admitía dos instancias: el colonizador y el colonizado, por lo que se construyó una discursividad que legitimara esta situación y se postuló la supremacía del colonizador con base en la supuesta superioridad de su raza y de su civilización. La situación colonial implicó, en este sentido, un choque de civilizaciones que derivó en la construcción de un sistema social basado en las diferencias, de tal manera que la diferencia cultural entre colonizador y colonizado no es un mero recurso del sistema de dominio colonial, sino un elemento estructural indispensable de esta lógica asimétrica (pág, 25).*

En América Latina, en la segunda parte del siglo XIX, las élites culturales e intelectuales, adoptaron una nueva ideología proveniente de la vieja Europa, que era el racismo. La idea se basa en que el mundo está dividido en grupos biológicamente diferenciados por atributos físicos, por lo tanto, los antropólogos fueron los encargados de estudiar esas diferencias biológicas, con el propósito de justificar esa diferenciación que servía para crear el mito del desarrollo y de la evolución que sustenta la desigualdad.

Además, siguiendo esta clasificación física se genera la idea de que hay diferencias entre las poblaciones, mismas que están relacionadas con desigualdades culturales, económicas, sociales, intelectuales y psicológicas. Este discurso es retomado para justificar un sistema de explotación, opresión y subordinación política. Entonces el racismo es usado para reforzar nuevamente el mito de la incapacidad de los indígenas de ser admitidos como ciudadanos plenos en esta sociedad. Por lo tanto, las desigualdades justifican un sistema de explotación y subordinación que aún prevalecen.

Posteriormente, surge otro elemento estructural en nuestro país la categoría del mestizo, concepto que plantea un sistema de castas, racializado, en el cual se estructura la situación colonial. Es importante diferenciar entre el mestizaje biológico (característica común de

todos los seres humanos, donde no existen purezas biológicas, sino poblaciones mezcladas en todos los continentes de la Tierra) y la categoría social de "mestizo", que ocupa un lugar y tiene una función dentro de un sistema social basado en relaciones coloniales. El régimen colonial en la América española requería una capa social que fuera capaz de desempeñar una serie de tareas (administrativas, de servicios, de mediación o de mediatización) que la población netamente colonizadora –es decir, los españoles peninsulares y los criollos– no podían cubrir (Del Val ,2014).

Siguiendo a Del Val, los mestizos, representaban una categoría social y con sector diferente de la población india, ellos fueron el recurso necesario para realizar funciones que los españoles no podían cumplir, un sector que era repudiado por la población india, ya que tenían una mentalidad en términos ideológico-culturales muy similar a la del español dominante, de modo que ocupaba la función de controlador de la población india y de diseminador de la cultura colonial dominante. El mestizo, como el indio, no es una categoría cultural, sino que se refiere a una situación social, un lugar dentro de una estructura colonial basada en la estratificación y la segregación.

En el siglo XIX, en América Latina surge un discurso alternativo que proviene de las luchas de Simón Bolívar, de los independentistas, de los libertadores en las guerras de independencia, bajo el lema: "aquí todos somos iguales nos hemos deshecho del yugo de los españoles, que nos impusieron 300 años de esclavitud, ahora somos países independientes, soberanos, y toda la población va a tener los mismos derechos". Incluso Bolívar, en alguno de sus escritos y también José Martí, Morelos y Pavón en México, decían: "ya no se permite usar el concepto 'indio', porque aquí ahora todos van a ser americanos, iguales".

Este discurso, en la actualidad[8] se sigue manejando mucho en el lenguaje público, en "América Latina todos somos iguales". Se dice sin embargo, la realidad demuestra que dicha igualdad no es verdad, ya que los indígenas los que enfrentan grandes desigualdades, discriminación, así como pérdida de soberanía en cuanto al acceso de sus territorios, recursos

[8] Para Antonio Gramci, las clases que imponían su dominio social lo hacían no sólo por medio de las fuerzas (coerción), sino que necesitaban construir una hegemonía ética y cultural, es decir forjar consenso en torno de ideologías y valores. Esta misma tarea del "intelectual orgánico". Iván Carbajal, *El intelectual orgánico*, en internet el 11 de agosto de 2003.

y riquezas del planeta; situación que no ocurre tan frecuente con otros segmentos de la población intelectuales orgánicos: abogados, politólogos economistas, comunicadores, administradores y sociólogos estructuralistas quienes trabajan este mito, son los científicos sociales. Son los antropólogos, sociólogos, los desarrollistas, los que se ponen al servicio del Estado, del progreso, de la civilización entendida en términos del siglo XX ahora se llamada desarrollo y modernización. A partir de ese discurso de las políticas públicas que se definen en ese siglo tienen el objetivo de unificar a la nación, de desarrollarla y hacerla progresar de modernizar las estructuras productivas aumentar el crecimiento económico el producto interno bruto, el producto per cápita, etcétera.

Además, comienza nuevamente la posición ideológica de las diferencias. Los intelectuales, organismos inventaron otro discurso ideológico: ciertas culturas propias de la modernización, y otras que, por su tradicionalismo, por estar enraizadas en antiguas prácticas ya superadas por la tecnología moderna, etcétera, son incapaces de modernizarse. El problema ahora en estas últimas es que sus culturas constituyen un obstáculo a la modernización. Y como los supuestos objetivos de nuestras sociedades son básicamente el progreso y la modernización, ¿cuál ha de ser la política de los Estados latinoamericanos para lograr ese desarrollo?

Se concibieron así mecanismos de asimilación para los indígenas, con la finalidad de integrarlos en la sociedad de consumo globalizada mundialmente. De acuerdo con esta visión, los Estados fueron formulando políticas continentales públicas que, a partir de 1940 hasta la actualidad, tenían por objeto “asimilar” a los pueblos indígenas, cambiar sus “niveles” culturales. Lo que Aguirre Beltrán – antropólogo mexicano muy dinámico en el indigenismo en las décadas de 1950 y 1960- calificó de proceso de aculturación. Por consiguiente, la obligación del Estado era acelerar y orientar el proceso de aculturación de los nativos, para que al final de cuentas dejaran de ser indígenas, para ser plenamente ciudadanos de sus respectivos países: México, Perú, Ecuador, Guatemala, etcétera.

Desde esta visión indigenista era necesario, que dejaran de ser "inferiores" y de estar "excluidos", que fueran asimilados, integrados a la sociedad, de modo que perder su identidad indígena era impredecible para demostrar que son realmente capaces de participar en una sociedad moderna, progresista, y sobre todo individualizada. Porque todo este discurso de la

modernización está basado en la capacidad del individuo de lograr sus objetivos a través de su esfuerzo, trabajo, inteligencia, capacidad individual lo que se daría como movilidad social, etc. Entonces, todas las políticas y las instituciones públicas fueron diseñadas para acelerar este proceso de individualidad y apertura en el mercado.

En consecuencia, los gobiernos y los Estados Nacionales siempre quisieron imponer la occidentalización a los pueblos indígenas, desaparecer sus prácticas, ideas, costumbres; cambiar sus valores y aniquilar sus lenguas y tradiciones. Y cuando los pueblos originarios se oponían a lo anterior resistían y luchaban en contra del capitalismo de las leyes de mercado, la respuesta del gobierno aquí y en toda América Latina siempre fue la represión, violencia, y el genocidio, las masacres y desalojos violentos. Todo ello eliminaba la posibilidad de que los pueblos indígenas pudieran tener el espacio necesario en sus relaciones, para realmente hacerse escuchar y dar a conocer sus puntos de vista. A fines del siglo XX, en el ambiente internacional de la Segunda Guerra Mundial, marca un cambio en las relaciones políticas del mundo y surge la época de los derechos humanos.

De manera sucinta podemos decir que de los Derechos Humanos (DDHH) de Primera Generación o Derechos Civiles y Políticos se refieren a los primeros derechos que fueron consagrados en los ordenamientos jurídicos internos e internacionales, y se refieren a la igualdad de los ciudadanos de la libertad de votar y ser votado, elegir su gobierno, etcétera. Los derechos de Segunda Generación o Derechos Económicos, Sociales y Culturales tienen como objetivo fundamental garantizar el bienestar económico, el acceso al trabajo, la educación y a la cultura, de tal forma que aseguren el desarrollo de los seres humanos y de los pueblos. Su reconocimiento en la historia de los DDHH, fue posterior a la de los derechos civiles y políticos, de allí que también sean denominados derechos de la segunda generación y los derechos de Tercera Generación, también conocidos como Derechos de Solidaridad o de los Pueblos, contemplan cuestiones de carácter supranacional como el derecho a la paz y a un medio ambiente sano.

Los pactos internacionales de DDHH de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), los mecanismos internacionales de supervisión y protección de los DDHH, y de esa nueva estructura surgida de ese nuevo discurso del siglo XX después del genocidio, la catástrofe y

los horrores generados por la Segunda Guerra Mundial la idea de que el siglo XX finamente sí podía llegar a ser un siglo de la democracia, de la participación, de la igualdad se abría así una oportunidad para los pueblos indígenas. Entonces por primera vez, los pueblos originarios entran a la discusión relativa a ser y estar en el mundo representantes a la ONU y hacen evidente su presencia:[9] Y llegaron a la ONU en Ginebra en Nueva York, y se ganaron un espacio en los organismos regionales: la OEA, Organización de los Estados Unidos, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, la Corte Interamericana de Derechos Humanos. Y fueron planteando la urgente necesidad de considerar los derechos humanos tantas veces negados a los pueblos indígenas entre éstos, el derecho a la salud.

Los indígenas lo han dicho muy claro en la ONU:[10] Por eso luchan los pueblos indígenas y quienes los apoyan en el seno de la ONU: por la adopción de la Declaración de la ONU sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, que es adoptada por la Asamblea General el 13 de septiembre de 2007. Surge así este nuevo instrumento jurídico internacional de protección de los derechos humanos de los pueblos indígenas la Declaración de la ONU sobre los Derechos de los pueblos indígenas plantea claramente que no sólo se trata de derechos individuales clásicos, sino también de sus derechos colectivos como pueblos, como culturas diferenciadas.

Por otra parte, si bien la desigualdad social es un hecho común en todo el mundo, puede decirse que hay discriminación estructural en contra de una colectividad étnica, como es el caso de los pueblos indígenas, cuando las clases sociales o las colectividades consideradas como bajas o inferiores se mantienen durante generaciones o siglos limitados en el pleno ejercicio de cualquiera de sus derechos excluidos de la toma de situaciones de extrema carencia y que esto sea considerado como "normal", como ha sucedido en América Latina. Esto significa no solamente que los indígenas tienen menor acceso a las instituciones sociales y económicas de desarrollo y bienestar, sino también cuando lo tienen, los resultados para ellos son inferiores, a los obtenidos por el resto de la población. La marginación social de

[9] *Aquí estamos nosotros, somos los excluidos, a nosotros no nos han escuchado ustedes, señores reyes, presidentes, gobernantes, funcionarios de la ONU. Ustedes hablan de la igualdad de todos, pero en la realidad esta igualdad no ha funcionado para nosotros.*

[10] *Sí, queremos los mismos derechos que los demás, pero queremos también mantener nuestras identidades. Queremos mantener nuestra diferencia, y tenemos muy fuertes razones históricas para mantener estas diferencias, porque estas identidades fueron robadas desde la colonización, cuando fuimos negados como pueblos, y comunidades como culturas, como lenguas, con tradiciones propias.*

estos pueblos tiene profundas raíces históricas, el problema es cómo desentrañar los mecanismos que permiten la persistencia de esta situación y encontrar las alternativas de solución posibles.

Siguiendo la línea de los DDHH, surge entonces el tema de la discriminación; un argumento habitual es que teóricamente todos los derechos humanos se aplican a todos los individuos universalmente y por igual incluyendo a las personas indígenas. De acuerdo con Stavenhagen (2008), no siempre ha sido el caso en la realidad, pero el error no se debe a los derechos en sí, sino a las omisiones en su puesta en práctica. Consecuentemente, los Estados deben desplegar esfuerzos más enérgicos para el ejercicio real de todos los derechos humanos, mientras que la sociedad civil, así como los mecanismos internacionales de protección deben estar más alertas para hacer que los Estados asuman debidamente su responsabilidad en este sentido. La historia ha demostrado que a pesar de que las y los indígenas, como individuos, tienen los mismos derechos y papeles que cualquier otra persona, no siempre disfrutan de éstos en la misma medida que todos los demás, particularmente en contraste con miembros de otros grupos más privilegiados. Así, las diferencias en el cumplimiento de las normas que resguarden los derechos humanos señalan desde el principio una situación de inequidad entre los pueblos indígenas y los que no lo son: La desigualdad no sólo se refiere a lo económico, atraviesa la totalidad de las relaciones humanas, y los pueblos indígenas son un reflejo de ello. Discordancia que se vive en todo el mundo, muchas ocasiones las élites empresariales de gobierno, religiosas, políticas, financieras, etcétera; gozan más de algunos derechos ejemplo: los políticos, civiles, los económicos, sociales y culturales; mientras que para los pueblos indígenas la mayor parte de sus derechos son violentados y vulnerados. Generalmente, reconocen que su inserción en la estructura y la práctica de los derechos humanos está basada en un acceso diferenciado y desigual a los mismos. Además de que es el resultado de distintos factores: la ineficacia de los mecanismos de implementación de los derechos humanos, la insuficiencia de políticas en materia de derechos humanos, los obstáculos que enfrentan los pueblos indígenas cuando quieren ejercer sus derechos o las diferentes formas de discriminación que siguen sufriendo en todo el mundo.

Ejemplos que puntualizan estos factores son:

a) En países del sureste de Asia, los ciudadanos indígenas tienen derecho a votar en las elecciones, pero por ser indígenas no se les proporcionan cédulas oficiales de identidad, de modo que no pueden ejercer este derecho político fundamental.

b) En algunos países los profesionales particularmente las mujeres indígenas, no tienen las mismas oportunidades de empleo que los no indígenas, a pesar de tener las mismas credenciales académicas.

c) En muchas ocasiones los indígenas de manera individual o colectivamente, si se ven involucrados en un juicio legal, no pueden exigir el mismo tipo de servicios y expertos legales que ciudadanos no indígenas. Esto se relaciona con factores como la pobreza, la falta de conocimiento del sistema jurídico, la ignorancia de la lengua dominante u otras formas de disonancia cultural, todas ellas características de las relaciones de los pueblos indígenas con el sistema de justicia en muchos países.

d) En países con mayor presencia indígena, los servicios sociales que les brindan tienden a ser menores en cantidad o de menor calidad que los brindados a otros sectores de la sociedad nacional (los ejemplos incluyen viviendas en mal estado, menor calidad de educación, prestaciones de servicios de salud por debajo de las normas, malos caminos de acceso a su comunidad o de plano ausencia, de los mismos; índices más elevados de mortalidad, menor esperanza de vida, niveles más altos de desnutrición, etcétera).

En países con mayor presencia indígenas, las autoridades son muy conscientes de estas cuestiones, aunque en algunas partes tienden a negarlas. Sin embargo, incluso cuando se reconocen, la acción para remediarlas no existe o es insuficiente, llega demasiado tarde o es escasa. Una respuesta general a todo esto es la creencia de que "mejorando los mecanismos para la protección de los derechos humanos" se revertirá la situación; no obstante, esto último requiere todo tipo de acciones diferentes.

La expresión más conocida de la discriminación racial o el racismo. Es decir, el rechazo de una persona por otra con base en unas diferencias físicas percibidas (o imaginadas). El ejemplo más conocido es el de la dicotomía blanco/negro, como la que se miró en el apartheid de Sudáfrica o en los Estados Unidos durante el periodo de la segregación. Desde su inicio,

el sistema de la Organización de las Naciones Unidas ha participado en la lucha contra la discriminación racial.

El racismo no tiene absolutamente ninguna base científica: los grupos raciales o étnicos no son ni superiores ni inferiores respecto de otros grupos en capacidad intelectual, desarrollo cultural, capacidades mentales, inteligencia y demás (argumentos que los racistas han esgrimido a lo largo de la historia), debido al color de su piel o a otros atributos físicos. Sin embargo, el racismo (el rechazo personal del "otro" debido a sus características raciales) es un fenómeno social persistente en muchas sociedades, los pueblos indígenas son víctimas del racismo, y también de una discriminación cultural que no está basada únicamente en los rasgos físicos.

Hay discriminación institucional, por ejemplo, cuando las instituciones de servicio social están diseñadas de modo que brindan servicios principalmente a ciertos sectores de la población, y excluyen total o parcialmente, o proveen servicios de menor calidad, a otros sectores que, por lo tanto, son discriminados. Vemos esto en la mayoría de los países, donde hay una gran concentración de servicios disponibles para las personas de ingresos elevados de las áreas urbanas, y son menos los servicios que llegan a las comunidades rurales periféricas. Se ha documentado ampliamente estas desigualdades en los informes de misiones en diferentes países, mostrando –principalmente sobre la base de indicadores y estadísticas oficiales– que los pueblos indígenas son víctimas de la discriminación en la distribución de bienes socialmente valiosos, por lo general los servicios sociales necesarios para mantener o mejorar los niveles de vida en cuestión de salud, educación, vivienda, ocio, medio ambiente, prestaciones, etcétera.

A su vez, la discriminación interpersonal puede ser combatida con medidas legales (por ejemplo, prohibiendo los discursos que fomentan el odio, las organizaciones racistas, etcétera) y con campañas educativas y comunitarias a favor de la tolerancia, el respeto por las diferencias culturales y físicas. Sin embargo, la discriminación institucional requiere una renovación importante de las instituciones públicas en términos de objetivos, prioridades, presupuestos, administración, fortalecimiento institucional, evaluación, retroalimentación, coordinación, y, por lo tanto, constituye un desafío importante para las políticas públicas y

para la estructura de poder político de cualquier país. ¿Por qué? porque las decisiones políticas en toda sociedad democrática expresan problemas de grupo, intereses económicos y sistemas estructurados de poder, de los cuales los pueblos indígenas están por lo general muy distantes tanto en términos geográficos como económicos, sociales y culturales.

De modo que quienes son parte de los pueblos indígenas enfrentan múltiples obstáculos, como individuos y como colectivos, antes de poder tener el acceso equitativo a todos los derechos humanos individuales universales. Por ello el clásico enfoque liberal de los derechos humanos ha sido, hasta ahora poco satisfactorio para los pueblos indígenas (Stavenhagen) (2008).

La postura de Rodolfo Stavenhagen plantea principalmente, que el pleno ejercicio de los derechos humanos de los pueblos indígenas requiere del reconocimiento de sus derechos plenos, es decir, de sus derechos individuales y colectivos, comunitarios. Los pueblos oprimidos, explotados y discriminados que reclaman sus derechos culturales y colectivos no lo hacen para "celebrar la diferencia", sino para garantizar sus derechos humanos y para lograr un mínimo de poder en la polis que les permita participar en condiciones de igualdad en la gobernanza democrática de sus países. Además, a los pueblos indígenas de América Latina se les han prometido libertades civiles y políticas, derechos sociales y económicos, igualdad jurídica, y políticas desarrollistas diversas, pero en gran medida se trata de promesas incumplidas y pospuestas.

2.POSTURA DESDE LA LÓGICA DEL MERCADO: FUNSALUD

La otra postura que recupero para analizar en esta tesis, es la investigación que realizó la Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud) sobre la atención en salud de la población indígena, desde una mirada biomédica y económica. A partir de la elaboración del documento "La salud de la población indígena en México (2003). Este escrito cobra gran relevancia ya que surge en la etapa, en la cual el campo de la salud experimentaba grandes transformaciones de reestructuración financiera en el sistema público, y en muchos países de Latinoamérica los procesos de reformas financieras habían entrado en fases de maduración (Torres et al., 2003).

En ese momento, en el plano internacional la posición de las agencias multilaterales como el Banco Mundial (BM), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), y el Fondo Monetario Internacional (FMI), entre otros, se orientó cada vez más a asumir la salud como un elemento fundamental del desarrollo económico, bajo la lógica de que la economía influye en la salud, tanto como la salud repercute en la economía. De esta forma, si bien es cierto que la producción de bienes y servicios o de excedentes económicos genera recursos que pueden ser puestos al servicio de la atención a la salud de las poblaciones, también es un hecho que la mejoría de ésta tiene un impacto directo sobre la capacidad de producción tanto de las personas como de las empresas e instituciones en las que laboran un ser humano sano es mucho más productivo y una empresa que opera con personal sano puede generar un mayor volumen de productos y de una mejor calidad. Además, la inversión en la salud ayuda a romper el círculo vicioso del sub-financiamiento en este campo. Por lo cual, se requiere también optimizar la inversión para apoyar la generación de las mejores condiciones posibles de salud en la población.

Mientras que en México la reforma del sector salud avanzó a partir del 2000 con la finalidad de resolver las dificultades financieras que el país había enfrentado en los últimos años y se buscaba ofrecer alternativas para la solución de problemas históricos –tales como la falta de cobertura a poblaciones pobres– con programas que les permitieran enfrentar la enfermedad sin necesidad de que el consumo de servicios de salud implicara agravar su condición económica.

Los cambios en los sistemas de salud en el mundo han sido importantes y no han sido menos relevantes las modificaciones en el mexicano después de 20 años de reformas caracterizadas por profundos cambios administrativos, enfocados primordialmente al proceso de descentralización y la ampliación de cobertura a través del paquete básico de servicios de salud.

La creación del nuevo Seguro Popular de Salud es un fiel reflejo de esta etapa. Este instrumento buscó crear un mecanismo de aseguramiento en el rubro de la salud para poblaciones pobres que lograra romper la inercia de los presupuestos históricos al introducir esquemas de coberturas y que además permitiera a la población reducir el riesgo de verse

obligada a incurrir en gastos catastróficos por tener que pagar los servicios de salud directamente de su bolsillo.

Con la Ley General de Salud –enmienda aprobada por el H. Congreso de la Unión en abril de 2003– se establecieron los fundamentos del Sistema de Protección Social en Salud (SP), lo que constituye el anclaje legal que serviría para ofrecer a la población más pobre del país servicios de salud accesibles y con capacidad de respuesta a sus necesidades más sentidas sobre la base de un esquema de cofinanciamiento que garantice la sustentabilidad financiera a mediano y largo plazo. El objetivo de la investigación que a continuación se presenta, es analizar la relación entre las condiciones de vida de la población indígena y su estado de salud. Así como dar a conocer algunas de las políticas de salud que se han puesto en práctica en esta población y enfatizar la importancia de mejorar la situación social y de salud de los indígenas. Para fines de esta tesis, se rescataron las ideas principales del texto de FUNSALUD[11], que a continuación se exponen:

Contexto social y población indígena

A partir de este documento, se muestra en el ámbito municipal y con la información disponible, las evidencias empíricas de las desigualdades existentes en la salud de la población indígena y no indígena de México, y evaluar el papel que tiene el grupo étnico en la explicación de tales desigualdades.

Para este estudio, el estado de salud está influido por la posición social de los individuos y el contexto que los rodea, a través de diferentes formas; si se considera al grupo étnico como uno de los factores que influyen y mantienen la ubicación de los individuos en la escala social, entonces las políticas que incidan de manera favorable en él pueden tener un efecto indirecto en mejorar el contexto social, modificar los factores de riesgo específicos a los que la población indígena está expuesta y así influir en su estado de salud (Diderichsen,1998).

La mayoría de los indígenas de México –85 por ciento– vive en los estados del sur (INI, 1999). En concreto, 96% de los indígenas vive en áreas rurales remotas, con escasos caminos,

[11] Se respetaron los subtítulos, de cómo está redactado en el documento original.

transporte público deficiente, malas condiciones de vivienda, bajo nivel educativo y en comunidades con condiciones de pobreza extrema y alta marginación.

Por otra parte, en nuestro país no es fácil identificar a la población indígena debido a la escasez de datos y a la existencia de distintas definiciones de la condición de ser indígena. En general, las personas indígenas constituyen un grupo con diferentes grados de integración a la sociedad mexicana. En 1992, la SSA y el INI[12] establecieron que un municipio era indígena si más de 40% de su población hablaba una lengua indígena (SSA-INI, 1992).

En este estudio que realiza Funsalud, se hace evidente que el pobre acceso a los servicios de salud –barreras geográficas y culturales incrementa la marginación y aumenta las desigualdades en salud. Esta condición puede ilustrarse con el problema de la mortalidad materna. En promedio, 25% de los 2.6 millones de nacimientos que ocurren en México cada año es atendido por parteras tradicionales, porcentaje que aumenta a 44% en el medio rural (Enfes, 1989). En estados como Chiapas y Oaxaca, las parteras tradicionales llegan a atender hasta 75% de los partos (*SSA, 1994a*). En otro estudio se encontró que 55% de las defunciones maternas se concentra en las localidades con menos de 2 500 habitantes y el riesgo de morir es tres veces más alto en los municipios de muy alta marginación (Lozano et al., *1994*).

Posteriormente, el Programa de Reforma del Sector Salud *1995-2000* estimó en 1995 que alrededor de 10 millones de personas no tenían acceso a los servicios de salud. Para cubrir esta población se creó el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC); por medio de éste se pusieron en práctica las 13 acciones del Paquete Básico de Servicios de Salud (Pabss) en zonas marginadas. En 1996 este programa alcanzó a 3.8 millones de personas que vivían en 380 de los 600 municipios más pobres, en 11 estados de la República (II Informe de Gobierno, 1996). En 1998, el PAC proporcionó atención a 6.5 millones de personas; sin embargo, para 1999 se estimó en 1.7 millones el número de personas que permanecían sin acceso a los servicios de salud.

[12] El Instituto Nacional Indigenista (INI) desapareció luego de 54 años de existencia. Sus funciones fueron asumidas a partir del 5 de julio de 2003 por la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.

Además, como parte de la estrategia del PAC, desde *1997 o*peró el Programa de Apoyo a Zonas Indígenas (PAZI), el cual consistía en la puesta en marcha de unidades móviles de atención a la salud y que proporcionaron servicio a alrededor de 620 mil personas en los estados de Campeche, Chihuahua, Nayarit, Veracruz, Chiapas y Sonora (SSA, *1998a*). Por su parte, el Instituto Mexicano del Seguro Social con el apoyo de fondos federales había tenido a su cargo el Programa de Atención a Grupos Vulnerables IMSS-Solidaridad (transformando en IMSS-Oportunidades). En 1996, este programa benefició a 10.8 millones de personas que viven en las áreas rurales e indígenas (II Informe de Gobierno, *1996*).

En 1992 se adicionó al artículo cuarto constitucional el siguiente texto: "La Nación mexicana tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas". Asimismo, en el Plan Nacional de Desarrollo se planteó la necesidad de establecer una política de incorporación al desarrollo nacional basada en el respeto y en lograr una mayor justicia con equidad. En fecha más reciente, el Congreso federal aprobó en 2001 la Ley Indígena, donde se explicita la prohibición de la discriminación por motivos raciales.

En el Programa Nacional de Desarrollo de los Pueblos Indígenas (PND) 1991-1994 se reconoció que tanto la cobertura en salud como la atención de esta población eran insuficientes y se señaló la importancia de establecer un modelo de atención primaria adaptado a las características específicas de las regiones indígenas. También se llamó la atención sobre la necesidad de fortalecer e instalar sistemas de vigilancia epidemiológica y nutricional de las regiones, intensificar las campañas de vacunación y control de las enfermedades prevenibles y atender los problemas de desnutrición, malas condiciones de vivienda y carencia de agua potable y drenaje. Una estrategia fundamental para reducir las desigualdades en salud consiste en focalizar y hacer más eficiente el gasto social en educación, salud y en el mejoramiento de las condiciones de vivienda. Sin embargo, a raíz de la profunda crisis económica de 1994, el gasto social –que en ese año fue de 9.1% del PIB–, disminuyó a 8.9% en 1999.

En 1994, el gasto público y privado en salud representó 6.4% del PIB; sin embargo, luego de los conflictos económicos de mediados de la década de 1990, se redujo a 5.5% en 1995 y a 5.3% en 1996; así, el gasto per cápita pasó de 220 pesos a 168 pesos en ese mismo periodo.

Más aún, en las comunidades con las tasas de mortalidad infantil más altas (la mayoría de ellas en zonas indígenas) el gasto per cápita en salud fue todavía más bajo (entre 93 y 169 pesos en 1995).

Aspectos metodológicos

Para propósitos de este estudio, se establecieron cinco estratos de acuerdo con la densidad de población que hablara una lengua indígena: 1) municipios con población indígena muy baja (MPIMB), menos de 5% de sus habitantes habla una lengua indígena; 2) municipios con población indígena baja (MPIB), de seis a 24% de hablantes indígenas; 3) municipios con población indígena media (MPIM), 25 a 49% de hablantes indígenas; 4) municipios con población indígena alta (MPIA), de 50 a 74% de hablantes indígenas, y 5) municipios con población indígena muy alta (MPIMA), más de 74% de hablantes de una lengua indígena. Así, puede ubicarse al estrato de MPIM como el grupo que incluye tanto el punto de corte de la SSA como el del INI (Lozano et al., 2001).

A partir de los 2429 municipios se conformaron regiones municipales, a fin de contar con un número suficiente de población que permitiera construir tablas de vida para el estudio de mortalidad. Al final se obtuvieron un total de 713 regiones municipales. Los datos fueron tomados del Censo de Población de 1990 (INEGI, 1992), y de las estimaciones del Consejo Nacional de Población y del Registro de Nacimientos y Población.

Principales hallazgos

Distribución de los indicadores de salud para el periodo de 1990 a 1996, en los municipios con 5% de población indígena la esperanza de vida fue de 65 años para los hombres, mientras que en los municipios con más de 75% de población indígena fue de 62 años para el mismo sexo. En ese entonces, el Consejo Nacional de la Población, estimaba la esperanza de vida de los hombres en el ámbito nacional, en 70 años.

Cuando se comparó la mortalidad por enfermedades transmisibles, de la nutrición y de la reproducción, se encontraron notables diferencias. La proporción de años perdidos por muerte prematura (APMP) fue más alta en los MPIMA (58%), en comparación con los

MPIMB (32%). En tanto, el índice de desigualdad de las principales causas de muerte entre ambos municipios fue: en las enfermedades diarreicas, 181% más alto; en las afecciones perinatales, 22%; en la neumonía, 73%; en las deficiencias de la nutrición 87%, y en la tuberculosis, 27 por ciento.

Para las enfermedades no transmisibles, la proporción de APMP fue menor en los MPIMA (32 %), en comparación con los MPIB (48%). El índice de desigualdad de las principales causas de muerte de este conjunto de padecimientos fue: para las neoplasias malignas, 22%; para las anomalías congénitas, 6%; para las enfermedades isquémicas del corazón, 4%; para la cirrosis hepática, 18%; para la enfermedad genitourinaria, 8%; para las enfermedades cerebrovasculares, 17%, y para la diabetes mellitus, -29 por ciento.

En las muertes por violencia y accidentales, la proporción de APMP fue de 10% en los MPIMA y de 20% en los MPIMB. En este caso, el índice de desigualdad para las principales causas de muerte por homicidios, incidentes de vehículos de motor y atropellamientos fue de 24%, 33% y 26%, respectivamente.

La probabilidad de morir durante los primeros cinco años de vida en los municipios con menor población indígena fue de 25 por mil; en los municipios con mayor población indígena, de 53 por mil. La asignación de los recursos de salud se relacionó de forma inversa con el grado de marginación de los municipios indígenas. Los médicos se concentraron más en las áreas con baja población indígena (12 por 10 mil habitantes en MPIB y cinco en MPIMA). Más aún, los municipios más pobres tuvieron un número moderado de médicos y camas de hospital (nueve camas por 10 mil habitantes en MPIB y una en MPIMA). La proporción de partos hospitalarios fue muy baja en los MPIMA (15 %; contra 60% en los MPIMB).

Conclusiones

Este estudio muestra el rezago existente en la transición epidemiológica que experimenta en conjunto la población indígena mexicana y las considerables brechas que muestran los indicadores de salud. La desigualdad encontrada puede considerarse como importante si se toma en cuenta que la relación de los APMP en el grupo I de los MPIMA (58%) es

comparable a la proporción de muertes por enfermedades transmisibles que se registraba en México en 1950. Con una esperanza de vida al nacer de 64 años y una tasa de mortalidad infantil de 41 por mil nacidos vivos, los MPIMA presentan una situación similar a la reportada por las cifras nacionales de 1980 (INEGI, 1990).

Para evaluar la carga de enfermedad, se revisaron diversos factores de riesgo específicos, como son: el pobre suministro de agua, las condiciones de salubridad e higiene, la desnutrición y la inactividad física (Murray y López ,1997). Además de la violencia y las barreras de acceso a la atención de la salud.

De manera que entre 1990 y 1996, de acuerdo con cifras oficiales, la tasa nacional de muerte por enfermedades diarreicas en niños menores de cinco años se redujo en cerca de 70% (pasó de 126 a 38 por 100 mil habitantes). El informe del grupo de trabajo de la SSA establece que la diarrea es una de las principales causas de muerte entre los grupos indígenas, con una tasa tres veces superior a la nacional (SSA-INI, 1992). Los datos de este texto mostraron que en los municipios con alta densidad de población indígena la tasa de APMP fue 3.5 veces mayor, en comparación con la encontrada en los municipios con menos indígenas.

Las cifras oficiales sobre la mortalidad por infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco años presentaron una reducción de 36% entre 1990 y 1996. No obstante, en 1993 esta tasa pasó por una etapa de estancamiento. La investigación antes referida de la SSA encontró que en la población indígena la pulmonía y la influenza constituían la segunda causa de muerte y las infecciones respiratorias agudas como uno de los motivos de morbilidad más frecuentes en 1991**.**

Acceso a servicios de salud

Este estudio indicó una relación inversa entre el número de recursos de salud (médicos, cirugías y camas) y la concentración de población indígena. Los municipios con menos personas indígenas tuvieron mayores recursos para la atención a la salud que aquéllos con mayor población indígena. Otras investigaciones en México han hallado resultados similares. Por ejemplo, al comparar los recursos contra la demanda de servicios de salud, ésta fue más

alta en las entidades del sur, donde viven las personas más pobres, mientras que la disponibilidad de recursos era más alta en los estados más ricos (Ocampo et al., 1993).

Pero el difícil acceso a los servicios de salud que tienen las comunidades con más población indígena (debido a barreras geográficas) puede ser uno de los factores que explique las desigualdades atribuibles a ser indígena que este estudio informa. Éste podría ser el caso para las muertes por enfermedades como las diarreicas, las causas maternas y las infecciones respiratorias altas, en donde una atención oportuna puede ser la diferencia entre la vida y la muerte. Lo mismo puede decirse para los padecimientos cardiovasculares.

Los resultados confirman que las personas indígenas enfrentan una doble carga de enfermedad: primero, por el rezago epidemiológico que sufren, en donde las muertes del grupo de enfermedades transmisibles continúan siendo el patrón dominante; segundo porque afrontan causas de muerte de los grupos II y III, cuya tendencia al aumento es preocupante, pues en el futuro esas comunidades tendrán que hacer frente a esta situación con escasos recursos. En este sentido, el Paquete Básico deberá "en el corto plazo" incrementar sus acciones mediante la ampliación de la atención hacia el grupo de enfermedades que aparecen ya como causa de muerte entre los indígenas.

La recomendación con respecto a esta limitación es construir una base de datos con información individual, que incluya indicadores de pobreza y de etnicidad. Por otro lado, sí se demostró con claridad que, dado que las personas indígenas tienden a ser pobres, se exponen a un mayor riesgo de sufrir quebrantos en su salud y padecen una carga de enfermedad más grande que la de las personas no indígenas, en especial por los padecimientos infecciosos. En este caso, se propone dirigir las políticas de salud a mejorar las condiciones de los pobres, sin importar su condición étnica.

Existen problemas culturales característicos de las poblaciones indígenas, lo cual contribuye a incrementar las barreras para la utilización de los servicios de salud formales, como la falta de traductores y trabajadores de la salud bilingües; por otra parte, está el rechazo cultural hacia la medicina occidental.

Finalmente, con esta comparativa de contenido de Stavenhagen y Funsalud se puede observar que la posición de esta fundación, la meta no es el bienestar de los pueblos indígenas; sino más bien generar negocios de salud, a partir de las diferentes coberturas de aseguramiento del *SP*, ya que introduce la lógica mercantil del aseguramiento privado al sistema público. La creación del *SP* profundiza la concepción minimalista de la garantía de derechos y restringe el derecho constitucional del derecho a la salud, sólo a la protección de la salud. Ya que se trata de una concepción de derecho universal a una visión restrictiva, se legalizan los "mini paquetes" de servicios que son insuficientes para la atención de los perfiles patológicos prevalentes en el país.

Por otra parte, desde el enfoque de derechos humanos de Rodolfo Stavenhagen, se hace visible la vulneración de los pueblos indígenas en México, quienes aún en la época actual sufren de violaciones a sus derechos humanos. A su vez, también hace visible la discriminación estructural que sufren, así como las desventajas sociopolíticas y económicas respecto del resto de la población de nuestro país. Esta perspectiva, nos permite comprender que la lucha histórica por los derechos de los pueblos ha sido compleja. La forma en que los derechos humanos se han concebido de manera clásica, desde los derechos individuales colectivos, es la base y sustento de los derechos humanos de los pueblos indígenas, toda vez que el ejercicio efectivo de ciertos derechos individuales está supeditado al respeto y garantía de los derechos colectivos, culturales y territoriales, a la identidad, a la educación, a la salud, y al idioma, derecho a no ser discriminado con motivo del origen o identidad indígena, derecho a la libre determinación, a la propiedad intelectual, a conservar y reforzar sus propias instituciones, derecho a la consulta previa, libre e informada, y a decidir las prioridades para el desarrollo.

Ambas perspectivas, brindan la posibilidad de concebir la salud, no solamente como el resultado de las condiciones vida y trabajo, sino la suma de luchas sociales e históricas que se traducen en la participación del Estado en beneficio del bienestar de toda la sociedad; y no sólo en una tarea exclusiva del sector salud bajo la mirada de la medicina social, se descubre una perspectiva distinta, que requiere de la construcción con múltiples actores, de políticas públicas saludables y políticas de salud integrales que garanticen la realización del derecho a la salud y no sólo su protección.

CAPÍTULO 2: MARCO METODOLÓGICO Y TEÓRICO

El desarrollo económico y social, así como los avances científicos, han creado las condiciones concretas para que el Derecho a la Salud pueda tener vigencia, para que sea un propósito alcanzable. Garantizarlo es entonces una decisión política con un importante contenido valorativo y ético.
Asa Cristina Laurell

Esta investigación recupera el tema del Derecho a la Salud como un argumento central, que es abordado desde la Medicina Social (MS) desde diferentes posicionamientos teórico-metodológicos, desarrollando diversas respuestas referentes al abordaje de la salud. Es decir, las especificidades individuales y grupales son analizadas en el contexto social que las determina (Iriart, Waitzkin, Breilh, y Emerson, 2002). La principal finalidad de este trabajo radica en abordar las dimensiones del Derecho a la Salud : los determinantes sociales de la salud como una herramienta útil para hacer visibles los aspectos estructurales que tienen que ver con la realización de la salud de los pueblos indígenas de México y que dota de mayor contenido político sobre este derecho (como parte del conjunto de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales) ,así como de la respuesta social organizada a partir del análisis en la política de salud instrumentada mediante el Seguro Popular para el cumplimiento del Derecho a la Protección de la Salud.

Por lo tanto, a partir de lo anterior la pregunta de investigación es la siguiente:

¿Cuáles son las acciones que implementa el Estado mexicano para garantizar el Derecho a la Salud de los pueblos indígenas mediante los determinantes sociales de la salud y de la respuesta social organizada a partir de la atención a la salud que brinda a través del Seguro Popular?

1. ASPECTOS PREVIOS DE LA INVESTIGACIÓN

Toda investigación es susceptible de ser trabajada y abordada desde diversos enfoques para dar respuesta a la complejidad del ser humano y de su contexto, así mismo, existen campos del conocimiento para aproximarnos a las diferentes realidades complejas. El interés de la siguiente investigación por el tema del Derecho a la Salud de los pueblos indígenas en

México surge de reflexionar: ¿De qué manera se puede proponer desde la MS la construcción de políticas de salud que ayuden a garantizar el cumplimiento del Derecho a la Salud de los pueblos indígenas? Ya que no se debe perder de vista que ellos son parte importante de la población nacional que personifican situaciones de extrema pobreza y sufren las peores condiciones de vida y de salud, asumen una efímera participación en proyectos nacionales, tienen pocas o nulas oportunidades en cualquier esfera de la vida pública y privada; también sufren una serie de carencias en todos sus derechos sociales que representan la anulación de sus derechos individuales y colectivos; así como una sistemática discriminación a la que se enfrentan cotidianamente.

Cifras de la Encuesta Nacional sobre Discriminación de 2010 (Enadis), muestran que 44% de la población mexicana considera que los derechos de las personas indígenas se respetan poco o nada (Conapred, 2010). Esta situación persiste en la Enadis 2017 ya que los resultados muestran que este grupo poblacional[13] refiere haber presentado discriminación múltiple[14] ya sea por algún motivo o condición personal en los últimos 12 meses (Conapred, 2017).

Cabe destacar que es visible el poco o nulo respeto a la diferencia; cuando este precepto es determinante y fundamental para crear una sociedad más inclusiva y justa para lograr una vida digna de los pueblos indígenas. Por lo tanto, mediante este trabajo se pretende aportar una visión que marque un camino de resistencia[15] para seguir exigiendo justicia social y el reconocimiento pleno de los derechos humanos de los pueblos indígenas desde el ámbito académico de la MS.

2. ASPECTOS FUNDAMENTALES DE LA INVESTIGACIÓN

[13] Personas hablantes de lengua indígena o autoadscritas que declararon haber sido discriminadas por al menos una característica de su personalidad. Las características o rasgos de discriminación captados fueron: tono de piel, manera de hablar, peso o estatura, forma de vestir o arreglo personal, clase social, lugar donde vive, creencias religiosas, sexo, edad, preferencia sexual. Fuente: INEGI. Encuesta Nacional sobre Discriminación 2017.

[14] La discriminación múltiple es cualquier trato desigual hacia una persona con dos o más características personales: género, edad, discapacidad, nacionalidad, etnicidad, entre otros, significando una restricción a sus derechos y libertades.

[15] Los indígenas han demostrado a lo largo de cinco siglos que ante la opresión y el olvido existe una cultura de resistencia, misma que ha sido, y seguirá siendo, parte de su estrategia de sobrevivencia mientras exista un poder que pretenda homogeneizar su pluralidad y diversidad de culturas, un poder que los excluya de los proyectos nacionales (Smeke,2010).

Toda investigación requiere de un diseño metodológico que implica decidir los procedimientos, estrategias y operacionalidad de las variables para alcanzar sus objetivos; de acuerdo con Campos (2010). El propósito es llevar a la práctica los pasos generales del método científico al planificar las actividades sucesivas y organizadas donde se encuentran las pruebas que se han de realizar y las técnicas para recabar y analizar los datos.

3. Diseño de la investigación

Se considera que es el conjunto de las reglas mediante las cuales obtenemos observaciones del fenómeno que constituye el objeto de nuestro estudio.

4. Tipo de investigación

Tamayo (2006) afirma que la investigación descriptiva, es aquella que comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de los fenómenos. Esta investigación es descriptiva, ya que desde la MS se busca describir los fenómenos entorno al Derecho a la Salud de los pueblos indígenas de México para generar información actualizada sobre las diferentes problemáticas que viven en torno a la salud y a las condiciones estructurales que siguen perpetuando la violación de sus derechos humanos; con el objetivo de motivar contribuciones que ayuden a reflexionar y establecer políticas de salud más incluyentes y con enfoque de Derechos Humanos. Para ello se realizó la revisión de fuentes documentales primarias y secundarias.

5. Técnicas y fuentes de investigación documental

Las investigaciones de tipo documental son con base en el análisis de diferentes tipos de textos escritos con relación a un tema que puede ser puramente teórico o con aproximación a lo práctico. Lo que se propone, es contrastar posturas de diversos autores sobre un determinado tema a través de diferentes técnicas de recolección y análisis de información cualitativa.

Las fuentes documentales primarias para este estudio, en un primer momento fueron a partir de los escritos institucionales, revisión de tesis, libros de texto, publicaciones periódicas como revistas y periódicos. También se consultaron fuentes iconográficas como videos y diapositivas de seminarios sobre el tema de Derechos Humanos de los pueblos indígenas de México; recursos que constituyen elementos básicos de la investigación, ya que las fuentes primarias están acordes a la coyuntura actual de la cual se parte para construir la pregunta de investigación.

Y como fuentes secundarias se consultaron documentos clave para la parte conceptual de esta investigación, que ayudaron a articular el problema de investigación, por lo cual se retomaron autores de diferentes campos de conocimiento. Se retoman más adelante los conceptos que ayudaron analizar y abordar la pregunta de investigación.

6. Enfoque de la investigación

El presente trabajo fue diseñado bajo el planteamiento metodológico mixto, ya que se busca comprobar la hipótesis establecida con los objetivos planteados, ya que es el enfoque que se adapta a las características y necesidades de la investigación.

De acuerdo con Hernández *et al.* (2008):

> Los métodos mixtos representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada (metainferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio (p,546).

El enfoque de esta investigación es mixto: por un lado, cualitativo ya que existe una realidad que descifrar, construir y explicar referente al Derecho a la Salud de los pueblos indígenas de México mediante el trabajo documental analizado; y a la vez es cuantitativa, ya que existe una realidad que conocer , medir y comprender entorno al cumplimiento y la justiciabilidad de este Derecho Humano, por ello se recupera información de datos numéricos y cifras para aproximarnos a conocer a nivel macro estructural los factores de los determinantes sociales

de la salud y de la respuesta social organizada a partir de la atención a la salud que brinda a través del Seguro Popular.

Bajo este enfoque se pretende la integración sistemática de los métodos cuantitativo y cualitativo, con el fin de obtener una fotografía más completa del fenómeno del Derecho a la Salud de los pueblos indígenas de México. Dado que el objetivo de la investigación es analizar la situación de los factores determinantes sociales de la salud y la atención de salud que se brinda a través del Seguro Popular para el cumplimiento del Derecho a la Salud de los pueblos indígenas de México.

7. Población

La población de esta investigación se retoma a partir de la metodología empleada por la Comisión Nacional para el Desarrollo de pueblos indígenas (CDI) derivada de la Encuesta Intercensal 2015, realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI, con la finalidad de proporcionar información sobre el volumen, composición, distribución de la población en el territorio nacional, así como del comportamiento de las características de las viviendas particulares habitadas (a nivel municipal y por entidad federativa). Cabe señalar que, con base en la metodología de estimación de la población en hogares indígenas a partir de los datos, la CDI contabiliza un total de 12 millones 25 mil 947 personas indígenas en el territorio nacional.

Para fines prácticos, la información se presenta asociada a dos grupos poblacionales:

1. Población indígena en hogares indígenas; y,
2. Población que se autoadscribe (se autoreconoce) como indígena.

Asimismo, es importante señalar que la Encuesta Intercensal 2015 permite estimar datos de la población y la vivienda con representatividad nacional, estatal y municipal, por lo cual se utiliza la tipología de municipios de acuerdo con la concentración de población indígena (en hogares indígenas) en las siguientes categorías:

• Municipios indígenas: aquellos con 70% y más de población indígena y con porcentaje de 40 a 69 de población indígena.
• Municipios con presencia indígena, aquellos con menos de 40% de población indígena pero más de 5,000 indígenas
dentro de su población total y con presencia importante de hablantes de lengua minoritaria;
• Municipios con población indígena dispersa, con menos de 40% de población indígena y menos de 5,000 indígenas;

8. Criterios de selección

De acuerdo con Tamayo (2002), los criterios para la selección de fuentes secundarias son a partir de someter los documentos a una evaluación interna y externa. En la evaluación externa el investigador verifica la autenticidad del documento a fin de saber si le sirve como prueba, para ello formula una serie de preguntas hasta determinar cuándo, dónde y por qué fue producido el documento; y verifica quién es el autor, es decir, la forma de los documentos. Y la evaluación interna, tiene por objetivo determinar el significado y la confiabilidad de los datos que contiene el documento, la validez de las premisas intelectuales que utilizo el autor y la interpretación concreta de los datos, es decir, el contenido del documento. Por lo tanto, se utilizaron estos criterios para esta investigación.

9. Periodo de análisis

La presente investigación es transversal, a partir de éste, se observa el fenómeno del Derecho a la Salud de los pueblos indígenas de México en su contexto para después describirlo y analizarlo; ya que la recolección de datos se da en un único periodo de tiempo.

Siguiendo a Hernández *et al.* (2008), "la investigación transversal recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es analizar los hechos e interrelación en un momento dado" (p.208).

El periodo en el cual se enmarca este estudio es del 2015, ya que es un estudio transversal y por consiguiente se busca indagar y profundizar sobre el impacto de la reforma a la Constitución en el 2011 en materia de Derechos Humanos para los pueblos indígenas de

México. Y a su vez, porque en este periodo existe más información de instituciones como Inegi, Coneval, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), etcétera; ya que años anteriores no existía toda esta información.

10.Análisis de la información

El procedimiento de esta tesis se da a partir del método analítico, que va de lo general a lo particular. En este contexto, esta investigación pretende enriquecer el debate y la reflexión respecto al Derecho a la Salud como un campo de acción de lo colectivo, por lo cual la participación del Estado mexicano es primordial, ya que de él depende el desarrollo económico y social y el avance en el cumplimiento de este Derecho Humano. Y el Derecho a la Salud, será una meta alcanzable cuando se establezcan políticas sociales que ayuden a mejorar las condiciones de vida y de salud de los pueblos indígenas, ya que el reto para nuestra sociedad es combatir la desigualdad y la falta de justicia social para esta población.

Matriz de Análisis		
Objetivo General: Analizar las acciones que lleva acabo el Estado mexicano para garantizar el Derecho a la Salud de los pueblos indígenas mediante los determinantes sociales de la salud y de la respuesta social organizada a partir de la atención a la salud que brinda a través del Seguro Popular.		
Objetivos Específicos	**Categoría**	**Unidad de Análisis**
Examinar los principales instrumentos internacionales y nacionales que crean obligaciones jurídicas para el cumplimiento del Derecho a la Salud de los pueblos indígenas de México.	Derecho a la Salud	1.Instrumentos Internacionales. 2.Legislación Nacional.
Detallar los indicadores socioeconómicos de los pueblos indígenas de México para conocer sus condiciones de vida y de salud.	Determinantes Sociales de la Salud	1.Indicadores Socioeconómicos 2015. 2.Informe de carencias sociales del Coneval 2018. 3.Indicadores desde el Enfoque Basado en Derechos (EBD[16]) 2018.

[16] El EBD puede utilizarse para definir todo el quehacer del Estado (legislación, políticas, programas, proyectos, servicios), en virtud de que es un instrumento que establece criterios éticos para el desarrollo y la aplicación a las políticas públicas. El EBD consiste en una metodología aceptada internacionalmente, que se caracteriza por insistir en que el punto de partida de los procesos de elaboración de políticas no debe ser la existencia de personas con necesidades o beneficiarias que deben ser asistidas, sino sujetos de derecho con requerimientos efectivos de acciones, prestaciones y conductas, que deben ser

		4. Indicadores de Desarrollo Humano.
Analizar la política de salud instrumentada a partir del Seguro Popular como parte de la respuesta social organizada para el cumplimiento del Derecho a la Protección de la Salud de los pueblos indígenas de México.	Respuesta Social Organizada	1.Informes de Resultados del Sistema de Protección Social (SPSS) para población indígena 2015.

El alcance de esta investigación está limitado por la información faltante para analizar algunos aspectos establecidos en la propuesta metodológica. En ocasiones, la información necesaria no existía, no era pública o carecía de representatividad regional o por subgrupos.

A continuación, se abordan los conceptos que ayudaron analizar y abordar la pregunta de investigación.

¿Qué se entiende por el Derecho a la Salud y qué dimensiones lo integran?

Ningún fenómeno de la realidad puede ser abordado sin la revisión bibliográfica del tema de investigación que se quiere iniciar. El objetivo de esta revisión, es establecer lo que se ha indagado sobre los conceptos que contribuyen a comprender el tema del Derecho a la Salud, para contribuir a la comprensión contextualizada y la forma como será abordado desde la MS.

11.ESTADO

Hall (1989), propone una definición integral de Estado que incluye tres elementos:

realizadas por distintos sujetos obligados, de entre los cuales el principal resulta ser el propio Estado. Cabe aclarar, sin embargo, que el EBD no excluye al individuo de responsabilidades. Las distintas acepciones del EBD coinciden en que este incluye, por lo menos, dos aspectos: uno normativo y otro operacional. El primero abarca todos aquellos derechos de los que se desprenden obligaciones para los Estados que han suscrito los diversos instrumentos jurídicos internacionales; sin embargo, esas obligaciones no refieren en sí mismas cuáles habrán de ser las acciones y el contenido de las políticas que se han de realizar para lograr la materialización de los derechos. Por su parte, el aspecto operacional parte de la idea de que, si bien los derechos no abordan el contenido de las políticas, sí pueden aportar una orientación general y un marco de conceptos que pueden guiar la formulación e implementación de estas.

> Primero: el Estado es un conjunto de instituciones, manejadas por el propio personal estatal, entre las que destaca muy particularmente la que se ocupa de los medios de violencia y coerción. Segundo: esas instituciones se localizan en el centro de un territorio geográficamente delimitado, atribuido generalmente a una sociedad. Tercero, hacia su interior, el Estado vigila severamente a su sociedad nacional, y hacia el exterior a las numerosas sociedades entre las que debe abrirse camino.

La importancia del mantenimiento del orden por parte del Estado puede advertirse con mayor claridad en el caso de los países en desarrollo. Las naciones del Tercer Mundo se enfrentan a la tarea de construir un Estado nacional, puesto que una fuerte presencia del Estado es indispensable para su seguridad, para imponer orden y para crear el adecuado material humano.

Claus Offe (1995) discípulo de Habermans que tras haber recibido influencia de la tradición hegeliano-marxista se aventuró a indagar respecto a la definición de Estado, menciona que para comprender la estructura interna del Estado se debe dar una serie de "mecanismos selectivos" como una vía para comprender la estructura interna del Estado, el cual constituye un amplio rango de mecanismos institucionales del aparato estatal que determina tres funciones esenciales:

- ✓ Selección negativa: Los mecanismos selectivos excluyen de la actividad estatal a los intereses anticapitalistas. Offe especifica como mecanismos de filtro a la estructura, la ideología, el proceso y la represión que actúan en un sistema jerárquico.
- ✓ Selección positiva: Selecciona políticas a favor de los intereses del capital como las políticas de asignación y políticas de producción, limitándose a la regulación de recursos ya producidos, o comprometiéndose en la producción de bienes y servicios que se requieren para el proceso de acumulación.
- ✓ Selección enmascarante: Las instituciones del Estado mantienen la apariencia de neutralidad al tiempo que marginan efectivamente las alternativas anticapitalistas.

Los mecanismos selectivos estructurales a los que Offe hace referencia dan un amplio margen de acciones por parte del Estado, que aumentan y marcan más aún las contradicciones del Estado y el proceso de acumulación.

De acuerdo con Esping-Andersen (2000), el Estado capitalista tiene sus orígenes en el siglo XVII como un estado mínimo y se caracteriza por la necesidad de imponer límites al poder político con el fin de aumentar la esfera de libertad del individuo, así como de sus garantías individuales naturales al tiempo que trata de despolitizar las relaciones económicas y sociales; reduce el concepto de sociedad a una esfera constituida por productores y ciudadanos; y se sintetiza en tres elementos fundamentales: el individualismo, es decir la sociedad como suma de acciones individuales y racionales con conexión entre los medios y los fines; cuya sumatoria de acciones genera el bienestar general; naturalismo como la creencia de la naturaleza humana inmutable y sujeta a leyes universales donde el hombre es propietario de sus capacidades, la sociedad un conjunto de relaciones individuales entre propietarios y la sociedad política como protectora de la propiedad privada y reguladora del mercado. Y para finalizar, el progreso de la sociedad basado en la razón con leyes naturales y con un concepto abstracto de la libertad.

Siguiendo a este mismo autor, el Estado capitalista bajo un régimen liberal, considera que las garantías sociales se limitan a riesgos inaceptables, es decir, adopta una definición restringida a la hora de elegir que sujetos tienen derecho a dichas garantías a través de las demostraciones de los medios de vida o de los ingresos para averiguar el grado de desamparo y necesidad. Otra característica de esta política, es que es residual, ya que se tiene una concepción acotada sobre que riesgos se deben de considerar sociales y otro aspecto se refiere al fomento del mercado de los programas de seguridad social, este planteamiento tiene una dualidad, por una parte, los sujetos de riesgos aceptables pueden valerse por sí mismo en el mercado, mientras que los riesgos inaceptables pasan a ser dependientes de la asistencia social.

Para esta investigación, el análisis se centró en el concepto que desarrollo Esping-Andersen sobre las políticas focalizadas en un régimen liberal, ya que el principal argumento en favor de la focalización reitera que ésta asegura el uso más eficiente de los recursos disponibles y escasos; en este sentido las políticas sociales focalizadas son más efectivas, sobre todo en países con mayores niveles de desigualdad, este tipo de argumento explica en parte la dinámica de focalización del Seguro Popular.

12. POLÍTICAS DE SALUD

Desde el marxismo clásico se niega que el Estado capitalista pueda proveer bienestar a las clases trabajadoras o remediar los males que él mismo crea, pues significaría la existencia de valores que chocan con las instituciones capitalistas, por lo que no se puede hablar propiamente de una política social, otros enfoques sobre la teoría marxista consideran que la política social tiene en el capitalismo funciones que se relacionan, por un lado, con la reproducción de la fuerza de trabajo y la acumulación del capital, y por otro, con la legitimación del Estado para las exigencias de la clase obrera, y al mismo tiempo, se considera que las clases subordinadas son capaces de movilizarse en torno a demandas concretas que pueden verse reflejadas en la política pública (Gerschman, 1990).

Desde otro contexto, las políticas sociales, como ejercicio público para resolver el conflicto social, en su dimensión más concreta hacen referencia a la provisión de servicios públicos diversos como la salud, educación, urbanización; medidas en el terreno de lo económico, subsidios al consumo, control de precios, medidas arancelarias para proteger la producción nacional y redistribución del ingreso. Las características específicas que adquiere se relacionan con un largo proceso de desmercantilización, obtención de reconocimiento de derechos sociales (entre éstos el derecho a la salud) y por ello representan el otorgamiento de satisfactores que no son adquiribles mediante un salario.

La política social y específicamente en salud nos conduce al papel del Estado frente a las políticas públicas, de hecho, el análisis de estas políticas es un medio para evaluar el papel del Estado. La política social es el medio en que tiene lugar la definición de necesidades y satisfactores de una sociedad particular en un periodo histórico determinado y al mismo tiempo, es una esfera donde se confrontan concepciones e intereses contradictorios acerca del modo en que deben resolverse las necesidades de la sociedad. La política social no sólo se restringe a su constitución en un contexto específico, sino que incluye también su instrumentación (Tetelboin, 1997).

Es por ello, por lo que el análisis de la política de salud desde una perspectiva teórica requiere tomar en cuenta dimensiones como la desmercantilización de la salud, la adquisición de derechos, la gestión de la fuerza de trabajo y los efectos del ejercicio de estos derechos en la

estratificación social, ya que permiten configurar el régimen político vigente en el cual se formulan e implementan las políticas de salud (Esping-Andersen, 1991).

Es importante destacar que el enfoque de Esping-Andersen respecto al efecto de los programas sociales focalizados, se perciben como caridad y no como ejercicio de los derechos universales o ciudadanos. Desde esta perspectiva, el diseño de las políticas sociales tanto en el Estado liberal, como en el corporativo, más que asegurar la independencia del individuo busca crear incentivos para el mercado. Las ayudas mínimas a los pobres estimulan su incorporación a los mecanismos del consumo y del empleo; los sistemas de aseguramiento a través del trabajo asalariado incentivan la incorporación de los individuos al mercado laboral.

13. ACTORES SOCIALES

Otro elemento conceptual importante son los actores sociales, ya que son fundamentales para el análisis de políticas públicas, a partir de éstos se expresan y representan intereses en pugna. Manuel Garretón señala que los actores sociales, son portadores de acción colectiva, apelan a principios de estructuración, conservación o cambio social, mismos que se ubican en lo que denomina matriz constitutiva de actores sociales; en donde se articulan de forma específica para cada sociedad el Estado y la sociedad civil (Garretón 1985, citado enTetelboin,1992). Por lo tanto, existe una articulación necesaria entre el Estado y la sociedad civil.

Los actores sociales suponen más que una representación de intereses comunes, pues dicha representación cuenta de una dinámica en las estructuras y los procesos, lo cual explica la conformación de los campos de interés, así como la acumulación del poder a partir de la pugna de los intereses de los actores en un contexto en específico (Belmartino, 1992). Es decir, los actores sociales son aquellos personajes receptores de las políticas, que a nivel individual permiten acercarse a la dinámica social que da cuenta de intereses y posibilidades; y que a su vez permiten aproximarse al discurso de las prácticas institucionales.

Por lo tanto, en esta tesis se consideran al Estado y a los pueblos indígenas como actores sociales. El Estado como una pieza fundamental para generar políticas sociales que beneficien a los pueblos indígenas con el objetivo que tengan una vida digna. Y, por otra

parte, los pueblos indígenas en la defensa de sus intereses colectivos y lucha por la garantía de sus Derechos Humanos. Ya que toda relación social involucra una relación de poder, que es también una relación de intercambio y de negociación de carácter recíproco y desequilibrado. Los pueblos indígenas actúan en consecuencia en el marco de relaciones sociales desiguales y conflictivas, basadas en la influencia, la autoridad, el poder y la dominación; y en la cual buscan ser incluidos política y socialmente.

14. DERECHO A LA SALUD

El tema de la salud desde la perspectiva de los Derechos Humanos ha cobrado mayor relevancia en los últimos años. El Derecho a la Salud se encuentra señalado en los principales estándares internacionales de Derechos Humanos, particularmente es ubicado dentro de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC).

Los DESC están directamente vinculados con el logro de aquellas condiciones fundamentales necesarias para la satisfacción de nuestras necesidades básicas. Como ejemplos de DESC se encuentran el derecho a la alimentación, el derecho al agua, el derecho a la vivienda adecuada, el derecho a la educación, el derecho a la salud, el derecho a la protección y asistencia a la familia, el derecho a la seguridad social, los derechos culturales y el derecho al trabajo en condiciones equitativas y satisfactorias (López y López, 2015).

La discusión sobre el Derecho a la Salud, su difusión y las modalidades institucionales que los Estados desarrollan para garantizarlo, se inscribe en la discusión mundial sobre los DESCA. En varios pactos internacionales se incorpora el Derecho a la Salud y el gobierno mexicano reconoce este derecho al adherirse a la Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU, 1948), y al suscribir ante la Organización de las Naciones Unidas, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC,1966) y ante la OEA, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, conocido como Protocolo de San Salvador, (OEA, 1988) que señala: Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social" y que México ratifica en 1996, reconociendo una serie de obligaciones para lograr que con equidad de género y sin ningún

tipo de discriminación, se asegure progresivamente a todos los mexicanos el derecho a la salud física, mental y social.

Además de suscribir estos pactos internacionales, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce el Derecho a la Protección a la Salud, en su artículo 4 señala que "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución" (DOF, 2007).

Para esta investigación es muy importante aclarar los alcances y diferencias entre el Derecho a la Salud y el Derecho a la Protección de la Salud. El primero engloba un conjunto de componentes que satisfacen necesidades humanas esenciales, interrelacionadas para el logro de la salud e incluye en forma destacada los servicios de salud; el segundo limita su alcance a lo que los Estados desarrollan respecto a la atención de la salud, fundamentalmente a partir de sistemas institucionalizados que promueven la salud, previenen y atienden la enfermedad e incluyen diversas tareas que van desde la rectoría, regulación y normatividad, el financiamiento, organización, producción y prestación de servicios, hasta las modalidades de tutela del derecho y resolución de controversias.

De acuerdo con el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, que supervisa el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en el 2000 se adoptó la Observación General 14 sobre el Derecho a la Salud.

En dicha Observación General 14 se afirma que el Derecho a la Salud no sólo abarca la atención de salud oportuna, sino también los factores determinantes sociales de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

- ✓ El derecho a la salud significa que los Estados deben crear las condiciones que permitan que todas las personas puedan vivir lo más saludablemente posible.

- ✓ Los problemas de salud suelen afectar en una proporción más alta a los grupos vulnerables y marginados de la sociedad.

Para la OMS el Derecho a la Salud significa que los gobiernos deben crear las condiciones que permitan a todas las personas vivir lo más saludablemente posible. Derecho a la Salud, se entiende como "el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental" (Art.12 PIDESC[17]).

En relación con el Derecho a la Salud, la Observación General 14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) es muy explícita al señalar:

- ✓ El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.
- ✓ El concepto del "más alto nivel posible de salud"… tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado…. Por lo tanto, el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.
- ✓ El Comité interpreta el derecho a la salud… como un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Otro aspecto importante es la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional" (López y López, 2015).

El desarrollo de los Derechos Humanos ha implicado el surgimiento de derechos y deberes para distintos actores sociales. En materia de salud, los Estados, organismos internacionales, empresas privadas, organismos no gubernamentales y personas tienen obligaciones directas e indirectas relacionadas con el respeto, la protección y la satisfacción de este derecho, tanto en las situaciones contingentes como en las que derivan de las condiciones estructurales. Como se ha señalado, en virtud del derecho internacional e independientemente de sus sistemas y económicos, todos los Estados tienen la obligación directa de respetar, proteger y satisfacer el derecho a la salud (ONU, 1993).

[17] Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

En este sentido, es importante reafirmar que el Derecho a la Salud no sólo se convierte en una consigna o en una aspiración, sino en una clara posición política, dado que abiertamente lucha por:

- ✓ una mayor equidad en todas las esferas de la vida;
- ✓ por la salud como Derecho Humano;
- ✓ porque los Estados cumplan con sus obligaciones para con los pueblos indígenas.

Por lo tanto, en este trabajo se enmarca que el Estado debe garantizar el Derecho a la Salud mediante modelos de desarrollo social y económicos sostenibles para los pueblos indígenas y debe ser garante de los derechos, civiles, políticos, económicos, sociales, culturales y ambientales, así como también sexuales y reproductivos; un Estado que garantice dichos derechos e impulse la soberanía nacional. Ya que el Estado tienen gran responsabilidad en la realización del Derecho a la Salud para todos los ciudadanos que habitan dentro del territorio nacional.

15. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

A pesar de todo lo anterior, en México es común que los intentos por fortalecer el sistema de salud se centren únicamente en el desarrollo de los propios servicios y no en la persona (OMS, 2007). El empoderamiento de las personas es un supuesto básico del enfoque de derechos humanos, y éste no se alcanza con el simple reconocimiento de las personas como titulares del derecho, sino estableciendo mecanismos que les permitan participar en el diseño e implementación de las políticas públicas y acceder a las vías procesales cuando este derecho no es respetado (López y López, 2015).

Siguiendo a los mismos autores, en relación con el Derecho a la Protección de la Salud, los Estados-nación han configurado diversas formas institucionales para garantizarlo a partir de sistemas de salud, cuyo propósito general es brindar servicios médico-sanitarios oportunos, eficaces, equitativos y humanitarios que contribuyan al mejoramiento de las condiciones de bienestar social y de salud de las poblaciones.

En materia de Derecho a la Protección de la Salud, la Observación General 14 del CDESC señala que los servicios de salud deben de cumplir con los siguientes criterios:

a) **Disponibilidad**: Se deberá contar con suficientes establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, centros de atención a la salud y programas.
b) **Accesibilidad**: Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

- ✓ no discriminación;
- ✓ accesibilidad física;
- ✓ accesibilidad económica (asequibilidad);
- ✓ acceso a la información.

c) **Aceptabilidad**: Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser respetuosos de la ética médica y respetuosos de la cultura de todas las personas, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida.
d) **Calidad**: Los establecimientos, los bienes y servicios deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

Los Estados Partes tienen la obligación fundamental de asegurar como mínimo la satisfacción de niveles esenciales de cada uno de los derechos enunciados en el Pacto, incluida la atención primaria básica de la salud… el Comité considera que entre esas obligaciones básicas figuran, como mínimo, las siguientes:

a) Garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados.
d) Facilitar medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS;
e) Velar por una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud;
f) Adoptar y aplicar… una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población.
Entre las obligaciones de prioridad comparables figuran las siguientes:
a) Velar por la atención de la salud genésica, materna (prenatal y postnatal) e infantil;
b) Proporcionar inmunización contra las principales enfermedades infecciosas que tienen lugar en la comunidad;
c) Adoptar medidas para prevenir, tratar y combatir las enfermedades epidémicas y endémicas;
d) Impartir educación y proporcionar acceso a la información relativa a los principales problemas de salud en la comunidad, con inclusión de los métodos para prevenir y combatir esas enfermedades;
e) Proporcionar capacitación adecuada al personal del sector de la salud, incluida la educación en materia de salud y derechos humanos (Observación de Política Social y de Derechos Humanos ,2014).

De acuerdo con la Observación General mencionada, el Derecho a la Salud también comprende “obligaciones básicas” referentes al nivel mínimo esencial del derecho. Aunque ese nivel no se puede determinar en abstracto porque es una tarea que corresponde a los

países, para guiar el proceso de establecimiento de prioridades se enumeran los siguientes elementos fundamentales:

Entre esas obligaciones básicas figuran las siguientes:

- ✓ servicios esenciales de atención primaria de la salud;
- ✓ alimentación esencial mínima que sea nutritiva;
- ✓ saneamiento;
- ✓ agua potable;
- ✓ medicamentos esenciales.

Otra obligación básica es la de adoptar y aplicar una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública en los que se tengan en cuenta las preocupaciones en materia de salud de toda la población. Esa estrategia y ese plan deberán elaborarse y examinarse periódicamente a través de un proceso participativo y transparente; deberán incluir indicadores y bases de referencia que permitan vigilar estrechamente los progresos realizados; y deberán prestar especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados.

Por lo tanto, los Estados Partes deben adoptar medidas para avanzar hacia la realización del derecho a la salud de conformidad con el *principio de realización progresiva*. Esto significa que deberán adoptar medidas deliberadas, concretas y específicas hasta el máximo de los recursos de que dispongan. Esos recursos incluyen aquellos proporcionados por el propio Estado y los procedentes de la asistencia y la cooperación internacionales. En este contexto, es importante establecer una distinción entre la incapacidad de un Estado Parte de cumplir sus obligaciones contraídas en virtud del derecho a la salud y la renuencia a cumplirlas.

Pueblos indígenas

Los pueblos indígenas tienen derecho a medidas específicas que les permitan mejorar su acceso a los servicios de salud y a las atenciones de la salud.

- ✓ Los servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista cultural, es decir, tener en cuenta los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales.
- ✓ Los Estados deben proporcionar recursos para que los pueblos indígenas establezcan, organicen y controlen esos servicios de suerte que puedan disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental.

- ✓ Deberán protegerse las plantas medicinales, los animales y los minerales que resultan necesarios para el pleno disfrute de la salud de los pueblos indígenas. En las comunidades indígenas, la salud del individuo se suele vincular con la salud de la sociedad en su conjunto y presenta una dimensión colectiva. A este respecto, las actividades relacionadas con el desarrollo que inducen al desplazamiento de poblaciones indígenas, contra su voluntad, de sus territorios y entornos tradicionales, con la consiguiente pérdida por esas poblaciones de sus recursos alimenticios y la ruptura de su relación simbiótica con la tierra, ejercen un efecto perjudicial sobre a salud de esas poblaciones (CDESC, 2000).

Adicionalmente se plantea un conjunto de obligaciones legales de carácter general, entre las que destacan:

- ✓ Garantizar que el derecho a la salud se ejerza sin discriminación.
- ✓ Obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena realización del derecho a la salud.
- ✓ No son permisibles las medidas regresivas adoptadas en relación con el derecho a la salud.
- ✓ Obligación de respetar, proteger y cumplir (párrafos 33-37 con obligaciones específicas que derivan del derecho a la salud)
- ✓ Adoptar medidas tanto nacionales como mediante la asistencia y la cooperación internacional (económicas y técnicas), para dar plena efectividad a los derechos reconocidos en el Pacto, como el derecho a la salud.
- ✓ Impedir que terceros conculquen ese derecho en otros países.
- ✓ Los Estados Partes que sean miembros de instituciones financieras internacionales, sobre todo del Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y los bancos regionales de desarrollo, deben prestar mayor atención a la protección del derecho a la salud influyendo en las políticas y acuerdos crediticios y las medidas internacionales adoptadas por esas instituciones.
- ✓ Obligación individual y solidaria de cooperar en la prestación de ayuda en casos de desastre y de asistencia humanitaria en situaciones de emergencia, incluida la prestación asistencia a los refugiados y los desplazados dentro del país (CDESC, 2000).

Por lo tanto, el Estado tiene una responsabilidad irrenunciable en la solución efectiva de los problemas de salud de las colectividades, es decir, de los pueblos indígenas; tiene que promover la justicia social y la equidad, más allá de poner en marcha simples medidas de saneamiento o ser agente complementario en la atención individualizada y clínica de la enfermedad como lo ha hecho a través del Seguro Popular. Tiene la responsabilidad de incluir y contribuir en la construcción de un conocimiento científico de mayor fuerza a partir de la Medicina Tradicional como uno de los ejes importantes para la atención de salud de los pueblos indígenas y las comunidades, respetando su derecho a la libre determinación y autonomía, yendo más allá del modelo institucional oficial, en el cual la medicina rural está

basada en una complementariedad de los modelos de medicina occidental y tradicional indígena (Modelo Intercultural).

16. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Postura desde Medicina Social

En la década de 1970 del siglo pasado surgió en América Latina un interés por profundizar en la relación dimensión social proceso salud-enfermedad-. La corriente latinoamericana de Medicina Social (MS) propuso una nueva manera de entender y abordar la salud pública en la que se hizo explícita la relación entre la estructura social y los procesos de salud-enfermedad que vive una sociedad. Para comprender y explicar tales procesos se retomaron entonces, de las ciencias sociales críticas, categorías como sistema económico, trabajo, clase social y relaciones sociales de producción, que habían sido hasta entonces excluidas de las explicaciones. La MS conceptualizó una propuesta de determinación social que implica la integralidad del sujeto en relación con su realidad, con sus contextos significativos, con su cultura, con su salud-enfermedad, con su ubicación en el proceso productivo y en las relaciones de producción capitalista y con su condición de dominador o subordinado, superando el enfoque hegemónico de la salud pública y de la epidemiología tradicional, concentrado en la construcción de modelos causales, con el fin de transformar las condiciones de vida de la población, especialmente de los sectores oprimidos.

Los determinantes sociales de la salud (DSS), desde la MS:

> El análisis del proceso salud/enfermedad y de otros procesos vitales (p.ej. nutrición, sexualidad, reproducción), al tener una dimensión material, manifestada en su expresión orgánica, biológica y social y una dimensión subjetiva que se refiere a la interpretación y a la forma como se viven y enfrentan estos procesos desde la intersubjetividad colectiva, debe elaborar teóricamente las dimensiones biológica y social, así como lo material y lo subjetivo (Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, 2002).

Se requiere pues, de enfoques analíticos capaces de ahondar en diferentes planos de interpretación, que den cuenta de las relaciones, especificidades y formas de articulación entre las dimensiones señaladas (Granda y col. 1995). Por otra parte, reconocer que la salud-enfermedad está determinada socialmente, implica un posicionamiento sobre la

configuración de la sociedad y una elección teórica para explicar su dinámica. La decisión sobre la perspectiva teórica es crucial, pues desde ahí se reconstruye e interpreta la totalidad social, se hacen visibles los procesos sociales esenciales y en el terreno metodológico, se desarrollan aproximaciones que permiten descifrar la realidad y reconstruir los grupos humanos en los que se expresaría con mayor claridad la dimensión social de la s/e y la historicidad de la biología (Blanco, López y Rivera, 2007).

La plataforma de esta perspectiva es de base materialista histórica y gramsciana, y reconoce que las formas de producción, consumo y su lógica distributiva en donde el Estado[18] tiene una tarea esencial son determinantes en la configuración de los perfiles de salud, enfermedad y muerte de los grupos sociales. En las formaciones capitalistas, estos procesos esenciales de la reproducción social expresan la contradicción histórica entre: propiedad privada, producción colectiva y apropiación inequitativa de la riqueza, que deviene en relaciones económicas de explotación y exclusión, en relaciones de poder profundamente asimétricas y opresivas (López y Blanco, 2003). Las desigualdades sociales sintetizan estas relaciones, antagonismos y contradicciones económico-políticas e ideológicas, que se expresan en ejes de explotación, dominación, subordinación y exclusión múltiple: de clase, género, etnia/origen y generación, entre otros.

En este proceso, la discusión sobre los determinantes sociales de la salud y las posibilidades de articular proyectos de transformación, pasa por comprender, cuestionar y modificar las relaciones capitalistas de global-subordinación mundial que amplían a todo el planeta su capacidad de explotar, despojar, excluir y exterminar.

A partir de lo anterior, se llega a las siguientes reflexiones, en el informe de la CDSS se destaca un conjunto de problemas que desde la MS y a la luz de lo expuesto en los apartados anteriores, deben ser discutidos:

[18] El Estado entendido como un espacio de condensación de una relación de fuerzas, como regulador de las relaciones sociales y factor de cohesión en una formación social (Belmartino, 1992).

- ✓ Está ausente una elaboración teórica explícita sobre la sociedad, por lo que la definición de determinantes es relativamente ambigua, pues hace referencia a los determinantes estructurales sin desarrollarlos suficientemente y a las condiciones de vida, que en conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud.
- ✓ Limita el problema de las desigualdades sociales a un problema distributivo, en donde la distribución injusta de bienes, ingresos, servicios y poder, afecta la vida de las personas. Su crítica al orden social se reduce a señalar que la mala distribución es tolerada e incluso favorecida por normas, políticas y prácticas sociales.
- ✓ La postura de reunir evidencia sobre los factores sociales que generan desigualdades en salud, reproduce las limitaciones del paradigma dominante en la epidemiología y la salud pública (Almeida, 2000; Breilh, 2003), pues fragmenta la realidad en factores, suponiendo que aislados mantienen su capacidad explicativa y son susceptibles de ser modificados.
- ✓ Los determinantes sociales, al ser convertidos en factores pierden su dimensión de procesos socio-históricos, expresión de formas específicas de las relaciones entre los hombres y de ellos con la naturaleza y, facilita su simplificación al ser entendidos y expresados como factores de riesgo, elecciones inadecuadas de estilos de vida, etc.
- ✓ Expresa una visión limitada de la configuración, dinámica y momento de desarrollo de las sociedades capitalistas, por lo que genera recomendaciones políticas abstractas para reducir las desigualdades sociales, limitándose al plano de "mejorar las condiciones de vida" y "repartir recursos". Recomendaciones sin contexto, reducidas a resolver problemas de gerencia.
- ✓ Están ausentes las reflexiones críticas y el análisis sobre la fase actual de desarrollo capitalista, sobre la globalización neoliberal y la recomposición geoestratégica del mundo, que impone un orden depredador y lesivo para la vida y la salud de los pueblos e impulsa procesos que ponen en riesgo la viabilidad del planeta (el cambio climático global, las guerras por recursos renovables y no renovables y más recientemente las crisis alimentaria y financiera).
- ✓ Existen silencios sobre problemas que provocan destrucción, muertes masivas y enorme sufrimiento a las poblaciones. Las guerras imperiales, el genocidio y la manipulación de las transnacionales farmacéuticas y agroalimentarias, entre otros.
- ✓ No se problematiza que la reducción de las desigualdades sociales y de las desigualdades en salud tiene los límites del capitalismo en general y de las formaciones capitalistas particulares. Es decir, no se discuten las contradicciones entre lo "políticamente correcto" como preocuparse de la pobreza, proponer la reducción de brechas sociales y sanitarias y simultáneamente defender ferozmente la economía de mercado.

- ✓ Se plantea la reducción de las desigualdades en salud como un imperativo ético, sin embargo, no hay una discusión explícita sobre los principios y valores de una ética de la salud y de la vida, que trascienda la perspectiva bioética, cuestione la tanatopolítica que impera en el mundo globalizado y que coloque el debate en el plano de la biopolítica.
- ✓ Presenta la actividad de los diversos actores como un asunto de voluntades y desconoce las relaciones de poder y las desigualdades entre ellos, e invisibiliza el papel de actores transnacionales con mucho peso sobre la salud y la alimentación.

De esta manera, la perspectiva de los DSS, desde la MS, se convierte en una herramienta útil para hacer visibles los aspectos estructurales que tienen que ver con la realización de la salud y dota de mayor contenido político al discurso sobre Derecho a la Salud (como parte del conjunto de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales), dejando claro que su garantía pasa por cambios estructurales en las formas como se organizan las sociedades para producir y consumir; así como, por una distribución equitativa de los recursos económicos, de poder y conocimiento para y entre los pueblos indígenas.

Mediante este posicionamiento se desarrolla una posición crítica frente a las visiones biomédicas y epidemiológicas convencionales de la Salud Pública. La MS asume que los asuntos de la salud están vinculados con los asuntos políticos. Se conecta a la salud con las decisiones colectivas e individuales y con las relaciones de poder. La salud y la política están ambas en directa relación con la vida. Son estas relaciones las que definen los cursos de vida de los grupos sociales y sus procesos de salud, bienestar, enfermedad y muerte.

La MS postula que la política actúa como determinante al definir la manera como se distribuye el poder económico y social, al definir aspectos macro que dan curso a políticas económicas, sociales y de salud en ámbitos que inciden directamente en la salud, la enfermedad y la atención de las poblaciones. Según la MS la política actúa para enfrentar y transformar los DSS, en tanto se requieren acciones y decisiones políticas que permitan superar las desiguales distribuciones de poder económico y social, determinantes de las inequitativas condiciones de salud de los pueblos.

Finalmente, desde el espacio académico de la Medicina Social lo que se pretende en esta investigación es construir una manera discursiva en la cual la comprensión del Derecho a la Salud vislumbre sus dimensiones: a partir de los factores determinantes de la salud y de la respuesta social organizada a partir del Seguro Popular. Y ambas se conciban como un conjunto de condiciones que permitan producir salud como lo menciona la Doctora Oliva López Arellano; y que el Estado a través de la política social operé como un actor social importante para el cumplimiento de este Derecho Humano a través de mejorar las condiciones estructurales de los pueblos indígenas, una atención en salud que incluya la Medicina Tradicional y en el fortalecimiento de mecanismos jurídicos para hacer justiciable este Derecho Humano; sin dejar de lado el papel tan importante que cumplen los pueblos indígenas como actores sociales en resistencia que buscan el reconocimiento de sus prácticas y saberes culturales que dotan a nuestro país de una riqueza milenaria.

Finalmente, a partir del desarrollo de este capítulo se describió la metodología de esta investigación y los conceptos abordados que ayudaron a analizar y abordar la pregunta de investigación.

CAPÍTULO 3: MARCO TEÓRICO

Si la humanidad es sólo una, ¿por qué hay tantos principios diferentes en relación con la dignidad humana y con una sociedad justa, todos ellos supuestamente únicos y con frecuencia contradictorios entre sí? En la raíz de la perplejidad que subyace a esta pregunta se encuentra el reconocimiento, hoy cada vez más inequívoco, de que hay muchas cosas que se han dejado fuera de la comprensión moderna y occidental del mundo y, por tanto, de los derechos universales occidentocéntricos.
Boaventura de Sousa Santos

En este capítulo se abordan diferentes conceptos y autores que facilitan la comprensión del tema de esta tesis. Un primer concepto a definir es el derecho, los Derechos Humanos desde el enfoque de la ONU y a su vez se expone brevemente el desarrollo generacional de éstos. Con la finalidad de argumentar que la salud es un Derecho Humano; y a su vez que el Derecho a la Salud es un eje primordial de la Medicina Social, que busca garantizar la salud en forma universal mediante la participación del Estado, asumiendola además como un bien público que no puede ser sujeto a la lógica del mercado ni considerado bajo la corriente de pensamiento hegemónico en salud[19] (Feo, Feo y Jiménez,2012).

Actualmente varios de los países de América Latina que tienen una gran concentración de poblaciones indígenas están experimentando cambios importantes en sus democracias, transformaciones que llevan a reflexionar de manera crítica la defensa de sus derechos, en este contexto, se recupera el discurso de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) 2018, centrado en la igualdad con una perspectiva de derechos (Bielschowsky y Torres, 2018).

Otro concepto a definir en este capítulo es el de pueblos indígenas y ¿qué mecanismos internacionales marcan está definición? Con el objetivo de profundizar cómo se relacionan estos conceptos con la autonomía y libre determinación de los pueblos indígenas. Lo anterior tiene el propósito de que el concepto de "indígena" no sea sólo una categoría administrativa

[19] La salud y la salud pública han estado históricamente caracterizadas por una visión positivista, marcadamente biológica y medicalizada, centrada en la enfermedad y no en la salud, que es lo que llamamos "pensamiento hegemónico en salud", el que simplifica y reduce la compleja determinación social de la salud y la enfermedad a los clásicos factores de riesgo y convierte a la epidemiología en mera contabilidad de casos y muertes. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000400011

y cuantificable para las políticas públicas; ya que es uno de los ejes conceptuales de esta investigación para hacer visibles las profundas desigualdades que viven los pueblos indígenas de México y representar cómo se enmarcan sus derechos individuales y colectivos. Además, a partir de dicha definición se pretende destacar la importancia de garantizar el disfrute de los Derechos Humanos de las y los indígenas y, al mismo tiempo, dejar claro que el derecho a ser colectivos autónomos representa un gran reto para los Estados; así el Derecho a la Salud se convierte en un desafío para asegurar una "vida digna" y de justicia para los indígenas que se traduzca en la garantía de sus demás derechos.

El 13 de septiembre de 2007 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, hizo el reconocimiento de sus derechos y su protagonismo en las agendas nacionales e internacionales. Esto llevó a investigar ¿cuánto y cómo se ha avanzado en la implementación de sus derechos en México y que se está haciendo para construir una democracia pluricultural.[20]

A su vez, en este capítulo también se explora la frágil hegemonía global de los derechos humanos, su uso como discurso de la dignidad humana a partir del análisis de Boaventura de Sousa Santos (2014). Dicho autor expone que en contra de lo que la gente piensa, en el presente, la mayor parte de la población no se constituye en sujeto de los Derechos Humanos, sino más bien en el objeto de los discursos sobre esos derechos, con ello, De Sousa (2014a) pone en tela de juicio la verdadera voluntad de la sociedad actual de la mano de sus líderes, dado que utilizan este tema como una moda en sus discursos políticos, pero en la práctica no se llevan a cabo.

Dentro de este contexto es importante recuperar el análisis de los derechos humanos que realiza De Sousa, para poner en evidencia la tensión de los derechos humanos frente al crecimiento económico desde la lógica de mercado y frente al discurso de organismos internaciones como la ONU, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, el

[20] El pluralismo se refiere a la existencia de más de una realidad, de múltiples formas de acción práctica y de la diversidad de campos sociales con particularidad, incluye el conjunto de fenómenos autónomos y elementos heterogéneos que no se reduce entre sí. En términos antropológicos, el pluralismo significa que los grupos étnicos mantienen un estilo propio de vida, con su idioma, sus costumbres, sus formas de pensar sus sistemas normativos y sus organizaciones (Wolkmer, 2006).

Banco Mundial, etcétera; cuando lo que está en juego son los escenarios de la vida individual y social, de toda la sociedad y de los pueblos indígenas en particular.

Por ello, se inicia este capítulo preguntándonos ¿qué son los derechos?… para hacer evidente que toda política pública debe enmarcarse dentro de mecanismos legales y jurídicos que se respalden en leyes y elementos judiciales que permitan a los pueblos indígenas de México concretar el cumplimiento del Derecho a la Salud.

1. ¿QUÉ SON LOS DERECHOS?

De acuerdo con María de la Válgoma, los romanos afirmaban, que en donde hay sociedad, hay derecho. Posiblemente esto se deba a la naturaleza de las relaciones humanas, cuyo avance implica el establecimiento sistemático de acuerdos, ante la presencia de conflictos que se viven en todas las sociedades. Los especialistas en la rama del derecho hacen alusión a que es la manera de resolver los conflictos humanos, y su evolución en el desarrollo de las formas para hacerlo. Se considera que el derecho es un fenómeno social y es imposible imaginar una sociedad sin derecho (De la Válgoma, 2013, citada por López y López, 2015).

Por lo tanto, podemos asumir, en un primer acercamiento, que los derechos humanos son los principios sobre los que se sustentan todas las sociedades en las que gobiernan el Estado de derecho[21] y la democracia. "Alrededor del mundo proliferan los debates sobre los discursos, las prácticas y los estudios acerca del tema, hasta el punto de que algunos hablan del fin de los derechos humanos tal como los conocemos hasta hoy" (Hopgood, 2013).

[21] El concepto de "Estado de derecho" ocupa un lugar central en la Organización de las Naciones Unidas. Se refiere a un principio de gobierno según el cual todas las personas, instituciones y entidades, públicas y privadas, incluido el propio Estado, están sometidas a leyes que se promulgan públicamente, se hacen cumplir por igual y se aplican con independencia, además de ser compatibles con las normas y los principios internacionales de derechos humanos. Asimismo, exige que se adopten medidas para garantizar el respeto de los principios de primacía de la ley, igualdad ante la ley, rendición de cuentas ante la ley, equidad en la aplicación de la ley, separación de poderes, participación en la adopción de decisiones, legalidad, no arbitrariedad, y transparencia procesal y legal https://undocs.org/es/S/2004/616 . La ONU, definió que el Estado de derecho exige que los procesos jurídicos, las instituciones y las normas sustantivas sean compatibles con las normas de derechos humanos, incluidos los principios básicos de igualdad ante la ley, rendición de cuentas ante la ley y equidad en la protección y reclamación de los derechos (S/2004/616). No puede existir Estado de derecho en las sociedades si no se protegen los derechos humanos y viceversa; los derechos humanos no pueden protegerse en las sociedades sin un sólido Estado de derecho. El Estado de derecho es el mecanismo de aplicación de los derechos humanos, convirtiéndolos de un principio en una realidad https://www.un.org/ruleoflaw/es/rule-of-law-and-human-rights/

Esta perturbación de los derechos humanos se explica por la tendencia de varios procesos globales (Garavito, 2014). En primer lugar, está el ascenso del bloque económico de los BRICS (Brasil, Rusia, India, China y Sudáfrica), la crisis de Europa y la disminución de la brecha geopolítica entre el Norte y el Sur, en general, que han dado lugar a un orden mundial cada vez más polarizado. En este nuevo contexto, los Estados y las organizaciones no gubernamentales (ONG) del Norte no tienen el mismo nivel de control de antaño sobre la creación y aplicación de los estándares de derechos humanos. De ahí que las normas y la construcción institucional del campo de los derechos humanos, sea hoy más fragmentada, y que en ella los Estados y las organizaciones del Sur global tengan una voz más influyente (De Sousa, 2014). Por lo anterior, es importante definir…

2. ¿QUÉ SON LOS DERECHOS HUMANOS?

> Los derechos humanos son derechos que tiene toda persona en virtud de su dignidad humana[22]. (UIP-ACNUDH, 2016).

Invariablemente, cuando se hace referencia al nacimiento de la teoría de los derechos humanos, se reconoce la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano aprobada por la Asamblea Nacional Constituyente Francesa de 1678. Desde entonces y a la fecha se ha consolidado un discurso que parte del siguiente principio fundamental: los seres humanos son sujetos de derechos. Todas las personas, por el simple hecho de existir, quedamos dotados de una serie de prerrogativas que se encuentran atadas a la dignidad.

De acuerdo con la ONU: Los derechos humanos son derechos inherentes a todas las personas. Definen las relaciones entre los individuos y las estructuras de poder, especialmente el Estado.

[22] De acuerdo con la ONU, la dignidad es la base de todos los derechos humanos. Los seres humanos tienen derechos que deben ser tratados con sumo cuidado, precisamente porque cada uno posee un valor intrínseco. El ex Alto Comisionado de derechos humanos de la ONU, Zeid Ra'ad Al Hussein, llamó a estas palabras de apertura "tal vez las más bellas y resonantes de cualquier acuerdo internacional". Según Zeid, estas palabras subrayan que "los derechos humanos no son una recompensa por el buen comportamiento", si no el derecho de todas las personas en todo momento y en todos los lugares. A su vez, Mary Robinson, ex Alta Comisionada de derechos humanos, considera la dignidad como "un sentido interno de autoestima", un concepto que "evoca una empatía con el otro y nos conecta unos con otros" y que también da cabida a nuevas interpretaciones de los derechos humanos. De acuerdo con Robinson, "en nuestro mundo interconectado, la empatía debe expandirse para abordar las grandes desigualdades que generan problemas de justicia". https://news.un.org/es/story/2018/11/1445521

Por lo cual, delimitan el poder del Estado y, al mismo tiempo, exigen que el Estado adopte medidas positivas que garanticen condiciones en las que todas las personas puedan disfrutar de sus derechos humanos. Desde un punto de vista jurídico:

> Los derechos humanos pueden definirse como la suma de derechos individuales y colectivos reconocidos por los Estados soberanos y consagrados en su legislación nacional y en las normas internacionales de derechos humanos (UIP-ACNUDH, 2016).

La importancia fundamental de los derechos humanos ha sido reconocida universalmente desde la Segunda Guerra Mundial. Hoy en un contexto de numerosos conflictos, emergencias humanitarias y graves violaciones del derecho internacional, es más crucial que las respuestas políticas de los países se encuentren firmemente enraizadas en los derechos humanos y que los Estados cumplan con las obligaciones vinculantes que contrajeron al ratificar los tratados internacionales de derechos humanos (UIP-ACNUDH, 2016).

Los derechos humanos atañen a todos los aspectos de la vida. Su ejercicio permite a hombres y mujeres conformar y determinar su propia vida en condiciones de libertad, igualdad y respeto a la dignidad humana.

3. Derechos humanos y democracia

Por otra parte, desde la postura de De Sousa (2014), se considera innegable la hegemonía de los derechos humanos como lenguaje de la dignidad humana [23]. Sin embargo, esta hegemonía debe convivir con una realidad alarmante. La gran mayoría de la población mundial no es sujeto de derechos humanos, sino el objeto de los discursos de derechos humanos. Por tanto, hay que comenzar por preguntarse si los derechos humanos son eficaces para la lucha de los excluidos, los explotados y los discriminados, o si, por el contrario, la hacen más difícil. Los derechos humanos son el lenguaje hegemónico de la dignidad humana, son inevitables, y los grupos sociales oprimidos están obligados a preguntarse si tales derechos, a pesar de ser parte de la misma hegemonía que consolida y legitima su opresión, no pueden ser utilizados para subvertirla. La búsqueda de una concepción contrahegemónica de los derechos humanos debe comenzar con una hermenéutica de la sospecha respecto a estos derechos, tal y como

[23] En relación con la difusión global del discurso de los derechos humanos y la gramática de la transformación social en el periodo que siguió a la Guerra Fría, Goodale afirma *que la geografía discursiva de la transformación social ha sufrido un cambio telúrico* (2013).

se entienden y defienden de manera tradicional, es decir, en relación con las concepciones de los derechos humanos más directamente vinculadas a su matriz liberal y occidental [24].

Se debe empezar por reconocer que los derechos y el derecho tienen una genealogía dual divisoria en la modernidad occidental. Se conciben las versiones dominantes de la modernidad occidental como elaboradas a partir de un pensamiento divisorio que realiza una separación tajante del mundo entre sociedades metropolitanas y coloniales (Santos, 2009a). De tal forma que las realidades y prácticas existentes al otro lado de la línea, en las colonias, no podían poner en duda la universalidad de las teorías y prácticas que prevalecían en la metrópoli, a este lado de la línea. Y, en ese sentido, eran invisibles.

Como discurso de emancipación, los derechos humanos fueron pensados históricamente para aplicarse sólo a este lado de la línea divisoria, en las sociedades metropolitanas. Se argumenta que esta línea divisoria, que produce exclusiones radicales, lejos de desaparecer cuando acabó el colonialismo histórico, continúa de otras formas (el neocolonialismo, el racismo, la xenofobia o el estado de excepción permanente en relación con los terroristas, los trabajadores inmigrantes indocumentados, los solicitantes de asilo o incluso los ciudadanos comunes, víctimas de las políticas de austeridad dictadas por el capital financiero). El derecho internacional y sus doctrinas tradicionales de derechos humanos se han utilizado como garantes de esa continuidad. Pero, por otro lado, la ley y los derechos humanos tienen también una genealogía revolucionaria a este lado de la línea. La Revolución francesa y la Revolución estadounidense se hicieron ambas en nombre de la ley y el derecho.

Las teorías de tipo liberal de los derechos humanos, niegan la salud como un derecho fundamental, ya que parten de la política económica neoliberal y utilizan como principal argumento que una sociedad justa es aquella que protege los derechos de la propiedad privada y las libertades individuales, permitiendo a las personas que mejoren sus circunstancias de vida con su propio esfuerzo. En este sentido, los pueblos indígenas se encuentran en gran desventaja, ya que constantemente sus derechos individuales son violentados primero por su

[24] La matriz liberal concibe los derechos humanos como derechos individuales y privilegia los derechos civiles y políticos. Encima de esa matriz se desarrollarán otras concepciones de los derechos humanos, en particular las de inspiración marxista o socialista, que reconocen los derechos colectivos y favorecen los económicos y sociales. Sobre las diferentes concepciones de los derechos humanos véase Santos (1995; 2009b: 509-541; 2014b).

condición de ser indígenas y como un segundo momento, por el tipo de políticas sociales implementadas por parte del Estado mexicano.

4. Desarrollo generacional de los derechos humanos: civiles y políticos; económicos, sociales y culturales; justicia, paz y solidaridad.

Desde su llegada los derechos han sido un instrumento para controlar el actuar del Estado, por lo que representan una constante lucha para el bienestar de todas las personas y se han clasificado de acuerdo con su aparición; son tres las generaciones. Los primeros son conocidos como derechos de primera generación (civiles y políticos), los segundos son los derechos económicos, sociales y culturales (DESC) y los terceros son los derechos de justicia, paz y solidaridad.

Los derechos aparecidos durante el siglo XIX se refieren a los derechos de las personas a ser consideradas jurídicamente iguales ante la ley, y a elegir representantes y ser elegidos como tales ante el poder político, se han denominado derechos políticos o de igualdad. En conjunto, los derechos civiles y políticos se denominan derechos de primera generación (Vasak, 1977).

Durante el siglo XX surgió una nueva corriente, según la cual ciertas condiciones mínimas de trabajo, educación, salud y bienestar son indispensables para lograr un desarrollo humano adecuado y una vida aceptablemente digna. Para esta corriente, cuando las personas no son capaces de alcanzar por sí mismas estas condiciones el Estado debe proveerlas de manera directa o indirecta, temporal o definitivamente, según cada caso. Los derechos que garantizan el acceso a estas condiciones básicas de vida han sido denominados derechos económicos, sociales y culturales, y se conocen también como derechos colectivos o prestacionales. Vasak los denominó derechos de segunda generación.

Al finalizar el siglo XX se promovió un tercer tipo de derechos, denominados derechos de solidaridad, destinados a garantizar la paz mundial, la cooperación para el desarrollo, la identidad cultural de los pueblos y el ambiente sano y sostenible. Estos derechos corresponden a la tercera generación de derechos humanos, según la clasificación de Vasak.

Esta última clasificación, es consecuencia de una fraternal respuesta a factores discriminatorios, una exigencia común para actuar en favor de la solidaridad. A su vez son identificados como derechos de los pueblos o de la colaboración, y en su aplicación, es el pueblo como sujeto y no solamente al Estado, por lo que el derecho internacional ya no puede verse más como un derecho interestatal cuyos sujetos son Estados, sino que "por el contrario" las personas que forman el pueblo son los beneficiados de dichos derechos. Y de este mismo se deriva el derecho a la autodeterminación (UIP-ACNUDH ,2016).

Ejemplos de derechos humanos:

En la esfera de los derechos civiles y políticos

- ✓ El derecho a la vida
- ✓ El derecho a no sufrir torturas ni tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes
- ✓ El derecho a no ser sometido a esclavitud, servidumbre o trabajos forzosos
- ✓ El derecho a la libertad y la seguridad de la persona
- ✓ El derecho de las personas detenidas a ser tratadas humanamente
- ✓ La libertad de circulación
- ✓ El derecho a un juicio imparcial
- ✓ La prohibición de las leyes penales retroactivas
- ✓ El derecho al reconocimiento de la personalidad jurídica
- ✓ El derecho a la vida privada
- ✓ La libertad de pensamiento, conciencia y religión
- ✓ La libertad de opinión y expresión
- ✓ La prohibición de la propaganda en favor de la guerra y de la apología del odio nacional, racial o religioso
- ✓ La libertad de reunión
- ✓ La libertad de asociación
- ✓ El derecho a contraer matrimonio y formar una familia
- ✓ El derecho a participar en la dirección de los asuntos públicos, a votar y ser elegido y a tener acceso a las funciones públicas

En la esfera de los derechos económicos, sociales y culturales

- ✓ El derecho a trabajar
- ✓ El derecho a condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias
- ✓ El derecho a fundar sindicatos y a afiliarse a ellos
- ✓ El derecho a la seguridad social
- ✓ La protección de la familia
- ✓ El derecho a un nivel de vida adecuado, incluidos alimentos, vestido y vivienda
- ✓ El derecho a la salud
- ✓ El derecho a la educación

En la esfera de los derechos colectivos

- ✓ El derecho de los pueblos a:
  – la libre determinación;
  – el desarrollo;
  – el libre uso de su riqueza y sus recursos naturales;
  – la paz;
  – un medio ambiente saludable.

- ✓ Otros derechos colectivos:
  – derechos de las minorías nacionales, étnicas, religiosas y lingüísticas;
  – derechos de los pueblos indígenas.

La clasificación de Vasak, que en general sirve para identificar el desarrollo cronológico de los derechos humanos y algunos elementos de su contenido sustantivo, ha sido frecuentemente malinterpretada y se ha llegado a plantear que existen derechos más importantes que otros, o que es válido que algunos sean alcanzados y otros no. No obstante, muchos expertos y prácticamente todas las declaraciones internacionales señalan que dicha clasificación sólo tiene fines analíticos, pues no existen derechos de primera o de segunda y todos los derechos son igualmente universales, indivisibles e interdependientes, y están relacionados entre sí.

La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH, 2013) define los Derechos Económicos Sociales y Culturales (DESC) como "los derechos humanos relacionados con el lugar de trabajo, la seguridad social, la vida en familia, la participación en la vida cultural y el acceso a la vivienda, la alimentación, el agua, la atención de la salud y la educación". Estos tienen su origen, junto con los denominados "derechos civiles y políticos", en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1948. Ambos grupos de derechos han sido motivo de la firma de diversos tratados multilaterales internacionales que, junto con la Declaración Universal, conforman la Carta Internacional de Derechos Humanos.

México ha ratificado y suscrito cuatro de los cinco documentos que conforman la Carta, entre ellos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)[25].

[25] Firmado en 1966 y ratificado por México en 1981.

Con ello, el Estado mexicano ha aceptado responsabilidades que se obliga a cumplir, ya que todo derecho supone el principio jurídico de exigibilidad. Este principio es fundamental para diferenciar entre meros objetivos sociales deseables para una población beneficiaria con necesidades, según el enfoque tradicional, y derechos sociales que el Estado está obligado a garantizar a los titulares de los derechos.

Desde el surgimiento de los Derechos Humanos, su fundamentación y planteamiento ha sido de lo individual a lo colectivo. Para los pueblos indígenas, los derechos colectivos representan un acto de resistencia para sobrevivir y luchar por ser incluidos en una sociedad más justa. Es primordial que el Estado mexicano establezca una serie de acciones y políticas que ayuden a resolver diversas problemáticas como acceso a servicios básicos, migración laboral, empleo y vivienda entre otras, con la finalidad de superar situaciones de exclusión y discriminación. Ya que es una tarea del Estado garantizar los DESC, mediante la inclusión de las peticiones a través de las políticas sociales que ayuden a mejorar sus condiciones estructurales.

5. DEFINICIÓN DE PUEBLOS INDÍGENAS Y ELEMENTOS QUE LOS COMPONEN, Y CÓMO SE DETERMINAN

Las profundas desigualdades económicas entre indígenas y no indígenas, así como la marginación social que continuamente han vivido, la exclusión social y la subordinación cultural, conforman un cuadro histórico de discriminación persistente que se califica como racismo estructural, es decir, enraizado en las estructuras de poder y de dominio que ha caracterizado a las sociedades latinoamericanas durante siglos. Al día de hoy, con políticas desarrollistas y discursos incluyentes, la situación de los pueblos indígenas de México no se ha transformado de manera sustancial para mejorar su bienestar. Sin embargo, se han dado cambios y generado dinámicas que permiten vislumbrar nuevas posibilidades en la centenaria relación entre pueblos indígenas y Estados nacionales (Stavenhagen, 2001).

Por ello, uno de los principales señalamientos que han hecho los representantes de los pueblos indígenas en el Grupo de Trabajo sobre Poblaciones Indígenas (GTPI) de la ONU, es que carecen de acceso a los mismos derechos humanos de otros pueblos. Se observa que los

pueblos indígenas aún luchan por obtener el derecho de tener derechos. Pero la principal preocupación de los pueblos indígenas no se refiere solamente al acceso desigual a los beneficios del goce ilimitado de los derechos humanos universales, ni siquiera al patrón sistemático de discriminación del que suelen ser víctimas, sino más bien se refiere a la negación de sus derechos como pueblos indígenas, a sus derechos colectivos (Stavenhagen, 2003).

De acuerdo con el GTPI, las desventajas que los pueblos indígenas padecen pueden observarse en casi todas las áreas de la vida social, lo cual ha sido reconocido a nivel internacional (Daes,2000). Diversos estudios sobre discriminación confirman que las comunidades indígenas no tienen las mismas oportunidades de empleo ni el mismo acceso que otros grupos a los servicios públicos y/o a la protección de la salud, de la cultura, de la religión, como tampoco a la administración de justicia. Asimismo, se ha reportado que las comunidades no poseen las herramientas y marcos necesarios para poder participar significativamente en la vida política y en los procesos de toma de decisiones gubernamentales que las involucran (Martínez, 1986).

Las denominaciones utilizadas para definir a los pueblos indígenas han variado de país a país de acuerdo con los contextos sociales e históricos: lengua hablada, ascendencia, autoidentificación y concentración geográfica o territorialidad. Por ello la importancia de definir quiénes son los pueblos indígenas y cuáles son las características que los determinan (Psacharopoulos,1994). A continuación, se presentan diversas posturas acerca del concepto de pueblos indígenas.

6. Organización de las Naciones Unidas

Los pueblos indígenas y tribales constituyen al menos 5000 pueblos con características distintivas y una población de más de 370 millones, en 70 países diferentes. Esta diversidad no puede capturarse fácilmente en una definición universal y se gestó un consenso sobre la definición formal del término “pueblos indígenas”. En igual sentido, no se cuenta con un acuerdo internacional en cuanto al término “minorías” o “pueblos” (OIT, 2009).

Pese a la ausencia de una definición universalmente aceptada, una serie de criterios contribuyen a la definición de pueblo indígena. La definición propuesta hace años por José Martínez Cobo (1986), ha sido retomada en el texto del Convenio 169 de la OIT y es la siguiente:

> Comunidades, pueblos y naciones indígenas son aquellas que, teniendo una continuidad histórica con las sociedades pre-invasivas y pre-coloniales que se desarrollaron en sus territorios, se consideran distintas de otros sectores de las sociedades actualmente dominantes en estos territorios o en parte de ellos. Ellas son actualmente un sector no dominante de la sociedad y están determinadas a conservar, desarrollar y transmitir a las generaciones futuras sus territorios ancestrales y su identidad étnica como base de su continuidad como pueblos, en acordancia con sus propias instituciones sociales, sistemas legales y cultura.

El criterio central es el de conciencia de la propia identidad indígena, de acuerdo con lo que propone el relator especial de la ONU Martínez Cobo en su "Estudio del problema de la discriminación contra las poblaciones indígenas", (ONU, 2013):

- ✓ Continuidad histórica con las sociedades anteriores a la invasión y precoloniales que se desarrollaron en sus territorios;
- ✓ Singularidad;
- ✓ Carácter no dominante; y
- ✓ Determinación de preservar, desarrollar y transmitir a futuras generaciones sus territorios ancestrales y su identidad étnica de acuerdo con sus propios patrones culturales, sus instituciones sociales y sus sistemas legales.

Posteriormente el Foro Permanente de las Naciones Unidas para las Cuestiones Indígenas añade a esto lo siguiente:

- ✓ Un vínculo fuerte con el territorio y los recursos naturales circundantes;
- ✓ Sistemas sociales, económicos o políticos singulares; e
- ✓ Idiomas, cultura y creencias singulares.

7. Convenio núm. 169 de la OIT de los Pueblos Indígenas y tribales

Organización Internacional del Trabajo

La situación de los pueblos indígenas es el resultado de procesos de discriminación históricos que han influenciado todos los aspectos de sus vidas y que tienen un efecto transversal en

todos los sectores y trascienden los límites administrativos y las estructuras institucionales. Esto se ve reflejado en el amplio alcance del Convenio núm. 169 que cubre una amplia gama de cuestiones que atañen a los derechos de los pueblos indígenas y su bienestar.

De inicio, en 1957 se concretó en la Organización Internacional del Trabajo (OIT) un primer tratado que aborda directamente la problemática indígena: el Convenio Número 107 sobre Poblaciones Indígenas y Tribales, ratificado por 27 países (CNDH, 2012). Posteriormente, en 1989 la OIT adoptó el Convenio sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas y Tribales (Convenio núm. 169 de la OIT). Desde entonces, el Convenio ha sido ratificado por 20 países y se considera un instrumento holístico, que pretende abordar todos los aspectos clave de los derechos de los pueblos indígenas (OIT, 2009).

En el Convenio 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes se establece la siguiente distinción entre pueblos tribales y pueblos indígenas, a la vez que se subraya la importancia de la conciencia de la identidad indígena (ONU, 2013). A su vez, éste no define estrictamente quiénes son pueblos indígenas y tribales (OIT, 2009), sino que describe los pueblos que pretende proteger, a partir de los siguientes artículos:

Convenio núm. 169 de la OIT, artículo 1(1) y 1(2):

Artículo 1(1)

- ✓ a) Los **pueblos tribales** en países independientes, cuyas condiciones sociales, culturales y económicas les distingan de otros sectores de la colectividad nacional, y que estén regidos total o parcialmente por sus propias costumbres o tradiciones o por una legislación especial;
- ✓ b) Los **pueblos en países independientes**, considerados indígenas por el hecho de descender de poblaciones que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en la época de la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas.

Artículo 1(2)

- ✓ La conciencia de su identidad indígena o tribal deberá considerarse un criterio fundamental para determinar los grupos a los que se aplican las disposiciones del presente Convenio.
  Los elementos de pueblos tribales incluyen:
- ✓ Condiciones económicas, culturales, organización social y forma de vida que los distingan de los otros segmentos de la población nacional, por ejemplo, en la forma de ganarse el sustento, el idioma, etc.;
- ✓ Tener tradiciones y costumbres y/o un reconocimiento legal especial.

Los elementos de pueblos indígenas incluyen:

- ✓ Continuidad histórica, es decir que son sociedades anteriores a la conquista o la colonización;
- ✓ Conexión territorial (sus ancestros habitaban el país o la región);
- ✓ Instituciones políticas, culturales, económicas y sociales distintivas (retienen algunas o todas sus instituciones propias) (UIP-ACNUDH ,2016).

Los elementos delineados en el artículo 1(1) constituyen los criterios objetivos de la cobertura del Convenio núm. 169 de la OIT. Se puede determinar objetivamente si un pueblo indígena o tribal específico cumple con los requisitos del artículo 1(1) y reconoce y acepta a una persona como perteneciente a ese pueblo.

El artículo 1(2) reconoce la autoidentificación de los pueblos indígenas o tribales como un criterio fundamental. Este es un criterio subjetivo del Convenio núm. 169, que asigna una importancia fundamental a si un pueblo determinado se considera indígena o tribal bajo el Convenio y a si una persona se identifica como perteneciente a ese pueblo. El Convenio núm. 169 fue el primer instrumento internacional en reconocer la importancia de la autoidentificación (UIP-ACNUDH, 2016).

Por ello, la cobertura de éste se basa en una combinación de criterios objetivos y subjetivos. Es decir, la autoidentificación se complementa con los criterios objetivos, y viceversa; dicho pacto adopta un enfoque inclusivo y es igualmente aplicable a los pueblos indígenas y tribales. Por ende, se concentra en la situación presente de los pueblos indígenas y tribales, si bien la continuidad histórica y conexión territorial son elementos importantes en la identificación de los pueblos indígenas.

Los criterios contemplados en el artículo 1(1) b del Convenio 169 han sido aplicados con el fin de identificar a los pueblos indígenas en los procesos políticos y legales internacionales y nacionales, más allá del grupo de Estados que ratificaron el Convenio. Se le utiliza como definición de trabajo internacional con el fin de identificar a los pueblos indígenas, incluso en la aplicación de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (DNUDPI), y también ha servido como base para la elaboración por parte de varios organismos especializados de la ONU de sus propias definiciones operativas del término

pueblos indígenas, entre ellos el Banco Mundial y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), (UIP-ACNUDH, 2016).

Hasta la fecha es el único instrumento internacional con carácter vinculatorio en relación con los derechos de los pueblos indígenas. Sin embargo, por tratarse de una convención de la OIT, el instrumento es un avance en la defensa de los derechos de los pueblos indígenas. En éste se establece el derecho de los pueblos indígenas a vivir y desarrollarse como comunidades distintas y a ser respetados, estableciendo obligaciones para los Estados en materia de su integridad cultural; sus derechos sobre las tierras, territorios y recursos naturales; sus formas propias de organización; la no discriminación; la búsqueda de su participación y consulta en las decisiones de políticas públicas que los afecten, y el derecho al desarrollo económico y social. Conforme al Convenio 169 de la OIT, en 1992 se adicionó un primer párrafo al artículo 4 constitucional, que reconoció la composición pluricultural de la nación mexicana, sustentada en los pueblos indígenas.

Este instrumento tiene carácter obligatorio para los Estados que lo han ratificado. En América Latina lo han ratificado 15 Estados. Cabe destacar que el Convenio 169 es un instrumento jurídico internacional y representa una norma mínima en pro de los derechos de los pueblos indígenas. Además de establecer y caracterizar a los pueblos indígenas.

El Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes de la Organización Internacional del Trabajo, habla de la asimilación de normas anteriores a la constitución de los Estados nacionales y por lo tanto hace referencia a la autonomía en el interior de los Estados, reconociéndoles a los pueblos el control de sus propias instituciones y formas de vida y de su desarrollo económico; como mantener y fortalecer sus identidades, lenguas y religión, dentro de los marcos de los Estados en que viven.

A continuación, se profundiza más en el contenido del acuerdo. El Convenio 169 está compuesto por los siguientes artículos y partes:

Cuarenta y cuatro artículos divididos en nueve partes.

Parte Primera: Política General

Parte II: Tierras.

Parte III: Contratación y condiciones de empleo.

Parte IV: Formación profesional, artesanía e industria rurales.

Parte V: Seguridad social y salud.

Parte VI: Educación y medios de comunicación.

Parte VII: Contactos y cooperación a través de las fronteras.

Parte VIII: Administración; y

Parte IX: Disposiciones generales.

En el prólogo se hace referencia a la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y de otros instrumentos internacionales sobre la prevención y discriminación de los seres humanos. También se hace referencia a las aspiraciones de los pueblos indígenas a asumir el control de sus propias instituciones y formas de vida, de su desarrollo económico y la necesidad de fortalecer sus identidades, lenguas y religión dentro del marco del Estado en el que se desarrollen.

La primera parte abarca del artículo 1° al artículo 12, en general, se refieren a la definición de población indígena, la postura de los gobiernos de los Estados ente los pueblos indígenas, el goce de los derechos humanos por parte de los pueblos indígenas, la no discriminación de las mujeres, el reconocimiento a sus formas de gobierno, prácticas sociales, políticas, culturales, lingüísticas, religiosas y jurídicas y la instrumentalización de los gobiernos para la aplicación del Convenio (UIP-ACNUDH, 2016).

Esta primera parte, junto con lo que se refiere a "tierras" es la base del Convenio, pues en ella se define el concepto "pueblo", como la del compromiso de los gobiernos al reconocimiento y aplicación de políticas tendientes al beneficio de los pueblos indígenas.

Pero este Convenio cuenta con una contradicción que se aborda en el siguiente artículo:

c) Contradicciones.

El derecho indígena será respetado cuando sea compatible con las normas del Estado.

> Dichos pueblos deberán tener el derecho de conservar sus costumbres e instituciones propias, siempre que estas no sean incompatibles con los derechos fundamentales definidos por el sistema jurídico nacional ni con los derechos humanos internacionalmente reconocidos. (Artículo 8, punto 2)

> En la medida en que ello sea compatible con el sistema jurídico nacional y con los derechos humanos internacionalmente reconocidos, deberán respetarse los métodos a los que los pueblos interesados recurren tradicionalmente para la represión de los delitos cometidos por sus miembros. (Artículo 9, punto 1)

El Convenio 169 de la OIT es trascendental para superar las prácticas discriminatorias que afectan a los pueblos indígenas en sus derechos colectivos y para hacer posible su participación en las decisiones colectivas, pero este Convenio está sujeto al proceso de aplicación de cada país y de la consulta efectiva que continuamente genera exclusión y conflicto del Estado mexicano hacia los pueblos y comunidades indígenas. Por lo cual el Estado mexicano tiene una deuda pendiente por resolver. Organizaciones civiles como Fray Francisco de Victoria, Centro de la Montaña y Fray Bartolomé en Chiapas, documentan y luchan frente a las constantes violaciones a los DESC de los pueblos indígenas.

8. Banco Mundial

De acuerdo con Rodolfo Stavenhagen (2001), el Banco Mundial (BM) ha venido financiando proyectos de desarrollo en los países latinoamericanos, que con frecuencia tienen implicaciones adversas para los pueblos indígenas, a raíz de crecientes quejas de las organizaciones indígenas con respecto a estas prácticas, el BM adoptó algunas normas internas que tienen por objeto tomar en consideración los intereses y necesidades de estos pueblos en el proceso de desarrollo. En su Directriz Operacional OD 4.20, Pueblos Indígenas, de septiembre de 1991, el Banco Mundial considera que:

> …Los términos "poblaciones indígenas", "minorías étnicas indígenas", “grupos tribales" y "tribus registradas" describen a grupos sociales con una identidad social y cultural distinta a la de la sociedad dominante, que los hace vulnerables y los pone en desventaja en el proceso de

> desarrollo. Para los fines de esta directriz, el término "poblaciones indígenas" será utilizado para referirse a estos grupos.
>
> Las poblaciones indígenas pueden ser identificadas, en determinados grados, a partir de las siguientes características: a. Gran apego al territorio ancestral y los recursos naturales de esas áreas; b. Identificación propia, e identificación por otros, como miembros de un grupo cultural distinto; c. Una lengua indígena, comúnmente diferente a la lengua nacional; d. Presencia de instituciones sociales y políticas consuetudinarias; y e. Producción principalmente orientada hacia la subsistencia.

Como se observa el BM, reconoce claramente las características de los pueblos indígenas y opta por reconocer sus particularidades para la aplicación de sus políticas financieras. Dentro de sus objetivos y políticas señala que las estrategias deben estar basadas en la participación informada de los propios pueblos a través de la consulta directa, la incorporación del conocimiento indígena en los proyectos, como también se pretende tomar en cuenta los puntos de vista de especialistas sobre los asuntos de los derechos sobre recursos naturales y económicos. Para aplicar algún programa el propio BM, trata a partir de un análisis económico y sectorial, asistencia técnica y de componentes o previsiones de proyectos de inversión. Bajo este contexto, prevalece la presión de estos organismos financieros internacionales para el uso y despojo de sus territorios rurales. Afectando así su vínculo con su territorio, su vida social, cultural y su vida comunal.

9. Libre determinación y autonomía

La adopción en 1989 del Convenio 169 de la OIT, marca una pauta importante en integrar los derechos económicos y sociales. Posteriormente, con la adopción de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas en 2007, la comunidad internacional reconoció el derecho de libre determinación de los pueblos indígenas:

El derecho a la libre determinación se reconoce como un derecho de “todos los pueblos”, según está establecido en el artículo 1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, y del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

La Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas y tribales identifica como pueblos indígenas a los "pueblos" con el derecho de libre determinación:

> **Artículo 3**. Los pueblos indígenas tienen derecho a la libre determinación. En virtud de ese derecho determinan libremente su condición política y persiguen libremente su desarrollo económico, social y cultural.
> **Artículo 4**. Los pueblos indígenas, en ejercicio de su derecho de libre determinación, tienen derecho a la autonomía o al autogobierno en las cuestiones relacionadas con sus asuntos internos y locales, así como a disponer de los medios para financiar sus funciones autónomas.

La Declaración reconoce que los pueblos indígenas, sobre la base de la libre determinación, tienen el derecho de perseguir libremente su desarrollo económico, social y cultural. Este derecho no puede hacerse realidad salvo que sus prácticas, costumbres, prioridades e instituciones estén totalmente reconocidas (James Anaya 2008; citado en Henriksen, 2008), el Relator Especial de las Naciones Unidas sobre la situación de los derechos humanos y las libertades fundamentales de los pueblos indígenas, destaca que la Declaración representa un corte con la negación histórica y continua del derecho de libre determinación de los pueblos indígenas, y apela a los Estados a que rectifiquen esa negación.

La Declaración exige que los Estados, en consulta y cooperación con los pueblos indígenas, adoptar las medidas apropiadas, incluidas medidas legislativas, para alcanzar los fines de la presente Declaración (artículo 38); incluido el derecho "a la autonomía o al autogobierno" de los pueblos indígenas en relación con "sus asuntos internos y locales" (artículo 4), de acuerdo con sus propias instituciones, prácticas y costumbres.

El Convenio 169 de la OIT y la Declaración de las Naciones Unidas exigen a los gobiernos que garanticen los derechos fundamentales de los pueblos indígenas y trabajen junto con las comunidades indígenas para poner fin a la discriminación en cuanto a las desigualdades en los resultados –diferencias en salud, educación, empleo, etcétera y a las desigualdades en los procesos de gobernanza– participación de los pueblos indígenas en la toma de decisiones, en las instituciones y programas del gobierno. Para alcanzar estos propósitos, el Convenio específica: a) la necesidad de contar con una acción coordinada y sistemática, que permitirá la integración de los derechos de los pueblos indígenas a las estructuras del gobierno en los

diferentes sectores y programas; b) reafirma que los pueblos indígenas deben disfrutar de todos los derechos fundamentales, otorgados a todos los ciudadanos, y c) establece medidas especiales para eliminar la discriminación.

En consecuencia, el Convenio 169 explícitamente exige a los gobiernos que desarrollen una acción coordinada y sistemática para garantizar que todas las disposiciones del Convenio sean implementadas plenamente. Esto se ve reflejado en el artículo 2 del Convenio:

> **Convenio núm. 169, artículo 2**:
> **Artículo 2(1)**. Los gobiernos deberán asumir la responsabilidad de desarrollar, con la participación de los pueblos interesados, una acción coordinada y sistemática con miras a proteger los derechos de esos pueblos y a garantizar el respeto de su integridad.
> **Artículo 2(2)**. Esta acción deberá incluir medidas:
> (a) que aseguren a los miembros de dichos pueblos gozar, en pie de igualdad, de los derechos y oportunidades que la legislación nacional otorga a los demás miembros de la población; (b) que promuevan la plena efectividad de los derechos sociales, económicos y culturales de esos pueblos, respetando su identidad social y cultural, sus costumbres y tradiciones, y sus instituciones; (c) que ayuden a los miembros de los pueblos interesados a eliminar las diferencias socioeconómicas que puedan existir entre los miembros indígenas y los demás miembros de la comunidad nacional, de una manera compatible con sus aspiraciones y formas de vida (UIP-ACNUDH (2016).

El artículo 2 del Convenio especifica que el propósito de la acción del gobierno es asegurar la calidad en términos de los derechos y oportunidades y eliminar la brecha socioeconómica entre los pueblos indígenas y otros sectores de la sociedad, al mismo tiempo que se reconocen sus derechos, necesidades y aspiraciones especiales como pueblos.

En términos prácticos, la acción coordinada y sistemática conlleva revisiones integrales de leyes, políticas, programas y proyectos para garantizar que estén alineados con las medidas tendientes a velar por los derechos de los pueblos indígenas, así como el establecimiento de mecanismos de monitoreo adecuados para evaluar continuamente la situación de los pueblos indígenas. Toda acción debería emprenderse con la participación de los pueblos indígenas y con el debido respeto a su identidad social y cultural, costumbres, tradiciones, aspiraciones y formas de vida. Las disposiciones sobre la acción coordinada y sistemática están vinculadas naturalmente a aquellas referentes a la consulta y la participación.

En 1994 surgió el movimiento del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN), que adoptó el contenido del Convenio 169 como reivindicación política, lo cual impulsó enormemente la realización de reformas constitucionales dirigidas a incluir más derechos indígenas en México y en América Latina. Esta situación sentó las bases para un cambio sustancial de las políticas que transitaron poco a poco del antiguo integracionismo hacia el nuevo sentido del respeto a la diferencia del indígena como miembro de la sociedad nacional. Actualmente en México el sujeto de derechos constitucionales e internacionales son los "pueblos y comunidades indígenas" y ya no las poblaciones indígenas. Sin embargo, la población de estos pueblos y comunidades, así como aquellas que no están asentadas en sus territorios nacionales, típicamente en las ciudades o en campos agrícolas, son una dimensión importante de esos pueblos al mismo tiempo que son un fin en sí mismo para las políticas públicas.

Posteriormente, los órganos de control de la OIT han enfatizado que la acción coordinada y sistemática es la "clave para superar la desigualdad profundamente arraigada que afecta a los pueblos indígenas" (Consejo de Administración, 289.a reunión, marzo de 2004, Reclamación en virtud del artículo 24 de la Constitución de la OIT, México, GB.289/17/3). El reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas es un prerrequisito para que éstos puedan participar y beneficiarse en un pie de igualdad en la sociedad nacional y como tal constituye un instrumento para eliminar la discriminación. Veinte años después de la adopción del Convenio 169, y siguiendo la adopción en 2007 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, está ampliamente reconocido que el desafío es convertir estos derechos en realidades prácticas, a partir de medidas adecuadas y la puesta en marcha de mecanismos que hagan realidad el respeto de sus Derechos Humanos.

Actualmente, como resultado de un proceso histórico de larga duración, los pueblos indígenas han venido planteando como una de sus demandas centrales el respeto y reconocimiento de sus derechos en tanto pueblos, destacando su derecho a la autonomía y a la libre determinación, no en el sentido de buscar formas socialmente segregativas del resto de la sociedad nacional, sino como la reivindicación de su necesaria existencia diferenciada,

compuesta de un conjunto de elementos materiales e inmateriales como sus territorios y su cosmovisión.

En este sentido es muy importante hacer énfasis que el Estado mexicano, a pesar de que hizo la reforma constitucional del 2001, en el inciso A del artículo 2 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se reconoce a los pueblos indígenas su derecho a la autonomía, aunque de manera sumamente acotada. A pesar de que el contenido que actualmente tiene este artículo 2 fue aprobado por los Congresos locales, como se dispone en los procedimientos constitucionales, muy pocas constituciones de los estados han actualizado sus textos y solamente en pocas excepciones se ha legislado en la materia, lo que ha impedido su cumplimiento. Además, la diversidad de aproximaciones con las que las constituciones de los estados atienden a la problemática indígena a lo largo del país, ha generado un escenario de desigualdad al que deben enfrentarse las comunidades indígenas (Singer, 2013).

> Los términos en que se despliega dicha autonomía son los siguientes:
> 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.
> II. Aplicar sus propios sistemas normativos en la regulación y solución de sus conflictos internos, sujetándose a los principios generales de esta Constitución, respetando las garantías individuales, los derechos humanos y, de manera relevante, la dignidad e integridad de las mujeres. La ley establecerá los casos y procedimientos de validación por los jueces o tribunales correspondientes.
> III. Elegir de acuerdo con sus normas, procedimientos y prácticas tradicionales, a las autoridades o representantes para el ejercicio de sus formas propias de gobierno interno, garantizando la participación de las mujeres en condiciones de equidad frente a los varones, en un marco que respete el pacto federal y la soberanía de los Estados.
> IV. Preservar y enriquecer sus lenguas, conocimientos y todos los elementos que constituyan su cultura e identidad.
> V. Conservar y mejorar el hábitat y preservar la integridad de sus tierras en los términos establecidos en esta Constitución.

> VI. Acceder, con respeto a las formas y modalidades de propiedad y tenencia de la tierra establecidas en esta Constitución y a las leyes de la materia, así como a los derechos adquiridos por terceros o por integrantes de la comunidad, al uso y disfrute preferente de los recursos naturales de los lugares que habitan y ocupan las comunidades, salvo aquellos que corresponden a las áreas estratégicas, en términos de esta Constitución. Para estos efectos las comunidades podrán asociarse en términos de ley.
> VII. Elegir, en los municipios con población indígena, representantes ante los ayuntamientos.

Las constituciones y leyes de las entidades federativas reconocerán y regularán estos derechos en los municipios, con el propósito de fortalecer la participación y representación política de conformidad con sus tradiciones y normas internas (CPEUM, 2011, Artículo 2).

Mientras que los numerales I a VI se refieren a asuntos internos de los pueblos y comunidades indígenas, el VII es el único que refiere a la acción de los pueblos indígenas como participación en las esferas de la representación política y ello solamente para el caso de los ayuntamientos. Pero además cabe señalar que esta disposición no se cumple plenamente, ya que sólo en unos cuantos estados de la Federación se han establecido procedimientos para la participación indígena en elección de autoridades municipales y en muy pocos casos estos procedimientos incluyen o reconocen los principios del derecho indígena (Singer, 2013).

Por lo tanto, en materia indígena se generó descontento y rechazo de la mayoría de los pueblos indígenas, ya que esta reforma desconoce los acuerdos de San Andrés [26], acuerdos

[26] Los Acuerdos de San Andrés Larraínzar tienen una importancia política e histórica para México, ya que después de quinientos años se realizaría un pacto con los pueblos indígenas que habían estado marginados políticamente en la construcción de la nación mexicana. Por lo menos desde el punto de vista constitucional nunca se les había mencionado a estos pueblos como parte integrante de la nación mexicana, aunque históricamente han estado presentes en los momentos más álgidos de los conflictos sociales en la construcción del Estado nacional, excepción hecha de los cambios al artículo 4o. constitucional en 1992. Detrás de la estrategia del Estado se esconde una política etnicista de no reconocer plenamente los derechos de los pueblos indígenas aun cuando México ha ratificado el Convenio 169 de la OIT, que obligó al Poder Legislativo mexicano en 1991 aprobar las modificaciones al artículo 4o. constitucional donde dice: La Nación Mexicana tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas. La ley protegerá y promoverá el desarrollo de las lenguas, culturas, usos, costumbres, recursos y formas específicas de organización social y garantizará a sus integrantes el efectivo acceso a la jurisdicción del Estado. Algunos analistas consideran que esta postura del Estado mexicano fue para quedar bien en la política exterior de México, de ratificar todos los convenios y declaraciones internacionales, siempre y cuando esto no implique un compromiso real. El poder legislativo dominado es su mayoría en ese entonces por el partido en el gobierno (el PRI) nunca pensó que hubiera una fuerza política que le exigiera el cumplimiento del reconocimiento de estos derechos de los pueblos indígenas. El levantamiento armado del 1o. de enero de 1994 fue un movimiento social que derivó hacia la demanda del cumplimiento del

firmados por el gobierno federal de Ernesto Zedillo. Ya que esta reforma constitucional, establece que los pueblos indígenas son sujetos de interés público en lugar de derecho público. Dicha acción sujeta el contenido del derecho a la libre determinación, a la autonomía, y a otros derechos de los pueblos y comunidades indígenas, a las constituciones y leyes de las entidades federativas, acotando su ejercicio y despojándolos de una verdadera garantía constitucional y viola sus Derechos Humanos, ya que sujeta el cumplimiento de sus derechos y comunidades a que los estados del país actualicen sus constituciones para atender las diferentes problemáticas que viven los indígenas.

10. OTRAS DEFINICIONES DE PUEBLOS INDÍGENAS Y SU COMPOSICIÓN PLURICULTURAL

Después de la Independencia de México en 1821 y al estar fuera del domino de la corona española, México se convirtió en una nación soberana, pero los pueblos indígenas siguieron siendo explotados en grandes latifundios. Así mismo, aunque el país estaba dividido en muchos pueblos con culturas diferentes, ninguna de las fuerzas políticas consideró este hecho en sus propuestas y las primeras constituciones inspiradas en el modelo europeo cruzado por la idea de una homogeneidad de la Nación nunca reflejaron esa pluralidad.

En la década de 1980 movimientos y organizaciones campesinas, indígenas y civiles empezaron a cuestionar seriamente la política indigenista del gobierno mexicano, ya que ésta se enfocaba a la integración y asimilación; así como en una política de desarrollo de carácter asistencia y patriarcal, funcional al sistema clientelar, la cual negaba la diversidad del país.

En la década de 1990, el Estado mexicano adopto el Convenio 169 de la OIT, el cual reconocía los derechos de los pueblos indígenas a la libre determinación. Situación que tuvo efecto en 1991 pero se mantuvo bajo la lógica del gobierno de firmar y ratificar todos los convenios en materia de derechos humanos con la finalidad de quedar bien con el exterior.

Estado mexicano ante los más desposeídos, los indígenas de diferentes culturas étnicas que habitan el territorio nacional https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/1/1/12.pdf

Este Convenio dio cauce a la modificación del artículo 4 Constitucional en 1992, reconociendo que: “La Nación Mexicana tiene una composición pluricultural la cual está sustentada originalmente en sus pueblos indígenas”. En este Convenio no quedo reflejado que los pueblos indígenas deberían ser considerados como sujetos de derecho colectivo o público.

Dado que la reforma del artículo 4 de la Constitución mexicana por primera vez reconoció en 1992 que "la nación mexicana tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas" (reconocimiento que luego sería confirmado y ampliado en 2001, con la reforma de los artículos 1 y 2 constitucionales), cabe rememorar lo que ello implica a futuro, citando estas palabras de González Galván:

> Por primera vez en nuestra historia tenemos que construir nosotros mismos (indígenas y no indígenas) los puentes que nos unan y faciliten la circulación, justa y digna, de nuestras semejanzas y diferencias. Nada impide, por supuesto, que conozcamos los materiales y puentes existentes en otros países. Sin embargo, es de acuerdo con las condiciones de nuestro terreno, nuestro clima, nuestra buena fe, nuestra sensatez y nuestros sueños, que tendremos que proyectar, construir, preservar e ir modificando los puentes necesarios para estar todos comunicados. El puente que se tendría que construir, pues, sería aquel que permitiera a cada nación y cultura (mexicana, indígenas, extranjeras) el efectivo acceso a su propia jurisdicción, primero; y por formar parte de un todo, a la subordinación y efectivo acceso a la jurisdicción del Estado de todos. No hay manuales que nos digan cómo hacerlo.

Posteriormente, en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en el 2001, en su artículo 2 se expresa:

> La Nación tiene una composición multicultural 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 de 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, asentadas en un territorio y que reconocen autoridades propias de acuerdo con sus usos y costumbres. (DOF, 2014).

Así mismo la política del Legislativo sustentada en el mismo artículo menciona que: “La Federación, las entidades federativas y los municipios, para promover la igualdad de oportunidades de los indígenas y eliminar cualquier práctica discriminatoria, establecerán las

instituciones y determinarán las políticas necesarias para garantizar la vigencia de los derechos de los indígenas y el desarrollo integral de sus pueblos…" (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2016, p. 287).

Desde la llegada de los españoles a lo que hoy es el territorio mexicano, los términos existentes para nombrar a la población originaria, tales como indio o indígena que no significan lo mismo, han tenido un significado social, político, económico y legal cambiante. De acuerdo con lo anterior, es importante abordar algunas descripciones que ayudan a aproximarse a la definición que se utilizó en esta investigación.

De acuerdo con Guillermo Bonfil:

> El concepto de indio en América: Una categoría de la situación colonial...es una categoría supraétnica que no denota ningún contenido específico de los grupos que abarca, sino una particular relación entre ellos y otros sectores del sistema social global del que los indios forman parte. La categoría india denota la condición de colonizado y hace referencia necesaria a la relación colonial… El indio nace cuando Colón toma posesión de la Isla Hispaniola a nombre de los Reyes Católicos. Antes del descubrimiento europeo la población del Continente Americano estaba formada por una gran cantidad de sociedades diferentes, cada una con su propia identidad, que se hallaban en grados distintos de desarrollo evolutivo: desde las altas civilizaciones de Mesoamérica y los Andes, hasta las bandas recolectoras de la floresta amazónica.

Otro concepto de indígena por Gómez (2002), el término en inglés *indigenus* proviene del latín "*indigenaes*". Este singulariza a los individuos que han nacido en un lugar dado en oposición a los individuos que vienen de otros lugares.

Finalmente, Navarrete (2008), define el término indígena:

> Significa "originario de un país" en su acepción más básica, pero que tiene también diversos significados culturales, económicos y políticos. Éste es el que se emplea oficialmente en las leyes e instituciones de nuestro país y no tiene la carga despectiva que, desgraciadamente, en ciertos círculos se asocia al término indio que les fue dado a los habitantes originales por los conquistadores españoles en el siglo XVI.

Y para esta investigación se utilizó el término que emplea Navarrete, *indígena* como "originario de un país"; y es empleado oficialmente en las leyes e instituciones de nuestro país porque no tiene la carga despectiva que se asocia al término indio.

Finalmente, los pueblos indígenas tienen una cultura, historia, lenguas y una riqueza milenaria que los hace tan diversos. Todos ellos brindan un patrimonio histórico y cultural, que origina un sentido de pertenencia e identidad a la Nación y a todos los mexicanos. Estos están conformados por 68 pueblos originarios cada uno con una pluralidad lingüística, cultural y religiosa, que se traducen en un gran mosaico de contrastes, intereses, problemáticas y necesidades. También representan un constante símbolo de lucha y resistencia por el reconocimiento de sus Derechos Humanos mediante la búsqueda de mecanismos que hagan justiciable el ejercicio efectivo de los pueblos a la libre determinación y autonomía sobre sus tierras y territorios. Los aportes teóricos desarrollados en este capítulo, contribuyen a la aproximación para comprender y analizar el Derecho a la Salud como un Derecho Humano en el cual el Estado mexicano tiene una gran tarea y compromiso para crear políticas sociales incluyentes con enfoque de derechos humanos.

CAPÍTULO 4: DOCUMENTOS FINALES PARA LA INVESTIGACIÓN

El bienestar de nuestras clases dominantes, dominantes hacia dentro, dominadas desde fuera, es la maldición de nuestras multitudes condenadas a una vida de bestias de carga.
Eduardo Galeano

En este apartado se describen en forma clara la información y los datos encontrados, para interpretarlos a partir de la parte conceptual. El texto busca proporcionar información relevante obtenida en la investigación; con base en los objetivos planteados.

1. INSTRUMENTOS INTERNACIONALES

Bajo el contexto de la globalización y al terminó de la Segunda Guerra Mundial se siguió perpetuando y reproduciendo la desigualdad, exclusión e inequidad social a mediados del siglo XX; paralelamente, se dio un leve fortalecimiento de los derechos humanos y la perspectiva de la salud desde este enfoque, el tema de la salud cobró mayor relevancia y surgieron nuevos planteamientos, cuyo contenido está establecido en varias declaraciones, convenios y pactos de derechos humanos (Amoroz, 2011).

2. Declaración Universal de los Derechos Humanos

Montiel (2013) señala que a partir de ese momento, mediados del siglos XX, el Derecho a la Salud encuentra un desarrollo legítimo dentro de los documentos internacionales de derechos humanos. Se establece como inicio, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) suscrita en 1948, donde se retoma a la salud como un derecho; su fundamento se encuentra en la dignidad humana; y se inserta en el artículo 25 como parte del derecho a disfrutar un nivel de vida adecuado:

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos del matrimonio o fuera del matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

A pesar de que su inclusión es muy general, la DUDH sienta las bases para que este derecho sea desarrollado con mayor amplitud en otros documentos internacionales. También marca la importancia de considerar algunos elementos exógenos al contenido del Derecho a la Salud, pero que se interrelacionan de manera directa, como es el caso de los seguros en caso de enfermedad, invalidez y/o vejez que son prestaciones necesario y de gran importancia para garantizar una vida digna a las personas que, por alguna circunstancia natural o provocada, han visto su salud afectada.

Por otra parte, al establecer una protección y cuidado específico de los niños y de la mujer, crea la necesidad de que se haga mayor hincapié en el cumplimiento del Derecho la Salud en los grupos y en las etapas de la vida en las que se pueden considerar de circunstancias vulnerables. Habría que decir también, que el Derecho a la Salud aparece posteriormente en otras convenciones y declaraciones sin llegar a precisar o ampliar las características y elementos que lo integran, pero haciendo énfasis en la necesidad de garantizar este derecho de manera universal e igualitaria. Además, de puntualizar sobre aspectos en los que debe tenerse mayor atención y cuidado por parte de los Estados. A partir de este momento, el Derecho a la Salud recobra mayor fuerza como un derecho humano y, como tal, se reconoce que es inherente e innato a la naturaleza de todas las personas (Montiel, 2013).

3. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

Además, en calidad de derecho humano, al igual que los otros derechos, se admite que debe ser garantizado y reconocido por los instrumentos jurídicos, internacionales y constitucionales para evitar que el poder público o de particulares lo pueda vulnerar o violar (Quintana 2009, citado por Coneval 2018). El Derecho a la Salud se considera un derecho de segunda generación y pertenece a los DESC, cuyo estándar máximo es el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) aprobado en 1966, por la Asamblea General de la ONU (Amoroz, 2011).

El PIDESC (1966), sienta las bases para el desarrollo del Derecho a la Salud, que en que en su artículo 12, especifica:

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho a toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
    a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
    b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y medio ambiente;
    c) La prevención y tratamiento de las enfermedades epidémicas, profesionales y de otras índoles y la lucha contra ellas;
    d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

La aportación de este Pacto, es por su carácter vinculatorio para los Estados Parte y su desarrollo posterior en las observaciones generales del Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC).

Si bien, en las normativas antes mencionadas, se estableció que su objetivo es contribuir a la dignidad inherente de todas las personas mediante el reconocimiento de derechos iguales e inalienables, continuamente los pueblos indígenas no han disfrutado plenamente de esos derechos, resultado de problemas estructurales vinculados con la exclusión y la discriminación que han enfrentado históricamente (Stavenhagen, 1992). En ese contexto, en las últimas décadas los pueblos indígenas han demandado el reconocimiento de sus derechos humanos en términos de derechos individuales y colectivos, y han contribuido así a la creación de un nuevo entendimiento en el régimen internacional de derechos humanos mediante la aceptación de los derechos colectivos, superándose la dicotomía de derechos y deberes sociales e individuos (Anaya, 2004 citado por CEPAL 2014).

4. Convenio 169 Art. 24 y 25

En el capítulo V del Convenio núm. 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) se consigna el derecho a la organización y la prestación de los servicios de salud bajo la

responsabilidad y el control de los pueblos indígenas, y se les asegura atención equitativa y de calidad (OIT, 2006).

El Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes establece en sus artículos 24 y 25:

> **Artículo 24**
> Los regímenes de seguridad social deberán extenderse progresivamente a los pueblos interesados y aplicárseles sin discriminación alguna.
>
> **Artículo 25**
> Los gobiernos deberán velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.

Otros derechos que se reconocen en el Convenio núm. 169 de la OIT son los siguientes: i) derecho a la medicina indígena tradicional, sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales (art. 25, párr. 2), y al enfoque holístico de salud; ii) derecho a la organización de los servicios en el nivel comunitario sobre la base de sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales; iii) derecho a la formación de trabajadores y trabajadoras de la salud provenientes de los propios pueblos indígenas; iv) derecho a que los servicios de salud formen parte de políticas públicas nacionales e integrales; v) derecho a que la prestación de servicios de salud se coordine con otras medidas sociales, económicas y culturales implementadas en el país (art. 25, párr. 4), y vi) derecho a que los regímenes de seguridad social se extiendan a los pueblos y se apliquen sin discriminación alguna.

5. Protocolo de San Salvador

Por otra parte, en el sistema interamericano de protección a los derechos humanos, encontramos el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de los DESC que se conoce como "Protocolo de San Salvador" ratificado en noviembre de 1999, su principal aportación es reconocer la salud como el derecho al disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, y solicita a los Estados Parte que se

comprometan a reconocer la salud como un bien público, y se desglosa en los siguientes términos:

> **Artículo 10**
>
> **Derecho a la salud**
>
> 1.Toda persona tiene Derecho a la Salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.
> 2.Con el fin de hacer efectivo el Derecho a la Salud los Estados Parte se comprometen a reconocer la salud como un bien público y, particularmente, a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:
>
> a) La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad.
> b) La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado.
> c) La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
> d) La prevención y tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole.
> e) La educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y
> f) La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables (Organización de Estados Americanos, 2017).

Por tanto, el Derecho a la Salud obliga a los Estados a generar condiciones en las que todas las personas puedan vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones comprenden la disponibilidad garantizada de servicios de salud (ACNUDH, 2011 citado por Coneval 2018).

6. Observación General 14

El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales (CDESC), organismo también adscrito a la ONU, fue creado para la promoción y vigilancia del cumplimiento del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, PIDES, que en 2000 amplía, a partir de Observaciones Generales, los derechos reconocidos en cada uno de los artículos que conforman el PIDESC, como son el derecho a una vivienda adecuada, a la alimentación, a la salud, al agua, a la educación, entre otros.

La Observación General número 14 es la que corresponde al artículo 12 sobre "el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud", donde se define el contenido mínimo esencial del derecho a la salud que se refiere al acceso universal a bienes y servicios de salud, a medicamentos esenciales, a asistencia médica y sanitaria preventiva y curativa, a un plan nacional de salud pública, a la provisión de seguro y de servicios de salud para quienes carecen de recursos, a la educación e información en salud y a la cooperación internacional. Señala también los elementos esenciales mínimos del cumplimiento del derecho a la salud en cuanto a disponibilidad, accesibilidad —no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica, acceso a la información—, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud.

El PIDESC, fue actualizado en el año 2000, a partir de una serie de observaciones a cada artículo que lo conforman a través del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC 2000). La observación número 14 es la que corresponde al artículo 12 de PIDESC, que establece:

> El derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos… en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión o circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud.

Es decir, que el cumplimiento del Derecho a la Salud no se reduce a la atención médica, sino que está íntimamente relacionado con el ejercicio de otros derechos económicos, políticos, culturales y sociales.

Dentro de las Observaciones también quedan señalados los elementos básicos del cumplimiento del derecho a la salud que los Estados están obligados a garantizar:

Disponibilidad. Cada Estado deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como programas.

Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud, deben ser accesibles con las características de no discriminación, accesibilidad física, económica y acceso a la información.

Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud, deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados.

Calidad. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud, deberán ser de buena calidad, así como apropiados, desde el punto de vista científico y médico (Amoroz,2011).

De manera general, los instrumentos antes mencionados, enfatizan principalmente el carácter universal del Derecho a la Salud y la importancia de garantizarlo en términos de igualdad. A su vez, estos documentos destacan elementos en los que se requiere mayor atención por parte de los Estados, principalmente de los grupos que requieren de cuidados específicos por las circunstancias sociales que atraviesan o por el ciclo de la vida (Montiel, 2013).

7. Declaración de la Organización de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los pueblos indígenas

Los pueblos indígenas relegados al desprecio y la marginación desde la Conquista; ignorados por los grupos dominantes y las sociedades nacionales, han resurgido en años recientes como nuevos actores sociales y políticos en numerosos países y en el escenario internacional.

En 2007, la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas adoptó la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (A/RES/61/295). La adopción marcó la culminación de años de discusiones y negociaciones entre gobiernos y pueblos indígenas y constituye un logro histórico que aporta a la comunidad internacional un marco común para la realización de los derechos de los pueblos indígenas.

Con posterioridad a la adopción de la Declaración de las Naciones Unidas, existe ahora un consenso general en cuanto a que es necesario concentrarse en la puesta en práctica de los derechos indígenas a nivel país para garantizar que los instrumentos internacionales generen los cambios necesarios para millones de habitantes de pueblos indígenas en todo el mundo, que todavía viven marginados y en situaciones de desventaja.

La Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (DNUPI), fue adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de septiembre de 2007 por 144 votos a favor, 4 en contra (Australia, Canadá, Nueva Zelanda y Estados Unidos) y 11 abstenciones. Actualmente los países que estaba en contra revertieron su decisión y ahora se han adherido a la Declaración. Sus 46 artículos conforman un instrumento de derechos humanos que hace hincapié en el derecho de los pueblos indígenas a vivir con dignidad.

Es un documento exhaustivo que aborda temas como los derechos colectivos, los derechos culturales y la identidad, el derecho a la salud, la educación, el trabajo entre otros. Esta Declaración enfatiza el derecho de los pueblos indígenas de preservar y fortalecer sus propias instituciones, culturas y tradiciones; así como de trabajar por su desarrollo de acuerdo con sus aspiraciones y necesidades.

A su vez, la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, constituye el nuevo estándar para la protección de los derechos humanos de los pueblos y las personas indígenas, y representa un cambio de paradigma con respecto a la visión tradicional de los derechos humanos.

El derecho internacional establece obligaciones que los Estados deben respetar. Cuando ratifican los tratados de derechos humanos, los Estados asumen ante el mundo las obligaciones y los deberes de respetar, proteger y realizar esos derechos. Respetarlos significa que los Estados no deben interferir en el disfrute de los derechos humanos ni limitarlos. La obligación de protegerlos exige que impidan los abusos contra individuos y

grupos. Realizarlos significa que deben adoptar medidas positivas para facilitar el disfrute de los derechos humanos básicos.[27]

Según el derecho internacional, los tratados internacionales generan obligaciones y deberes. Cuando los gobiernos los ratifican, se comprometen a adoptar medidas y leyes internas compatibles con las obligaciones y los deberes que surgen de ellos. En el caso de los derechos humanos, el ordenamiento jurídico interno proporciona, por lo tanto, la principal protección jurídica de los derechos que garantiza el tratado. Si los procedimientos judiciales nacionales no contemplan los abusos contra los derechos humanos, existen mecanismos de protección y procedimientos en los planos regional e internacional para presentar denuncias o comunicaciones individuales, que ayudan a garantizar que las normas internacionales sean efectivamente respetadas, aplicadas y acatadas en el plano local.[28]

En la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas se afirma que éstos son iguales a todos los demás pueblos, y a su vez se reconoce su derecho a ser diferentes, a considerarse a sí mismos diferentes y a ser respetados como tales. Se reconoce, por lo tanto, el derecho a la libre determinación de los pueblos indígenas (Naciones Unidas, 2007a). Esto les permite determinar libremente sus relaciones con los Estados en un espíritu de coexistencia, beneficio mutuo y pleno respeto, definir su condición política y perseguir libremente su desarrollo económico, social y cultural, pero también gozar del derecho a conservar y reforzar sus propias instituciones políticas, jurídicas, económicas, sociales y culturales.

En ese contexto, las personas indígenas tienen el derecho a gozar plenamente de los más altos niveles de salud física y mental, y junto con ello, como pueblos, tienen el derecho a promover, desarrollar y mantener sus propios sistemas, conocimientos, medicinas, prácticas e instituciones de salud.

[27] Naciones Unidas, Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. Más información en: http://www.ohchr.org/SP/Pages/WelcomePage.aspx
[28] Ídem.

En el artículo 34 de la Declaración se establece que los pueblos indígenas tienen el derecho a promover, desarrollar y mantener sus estructuras institucionales y sus propias costumbres, espiritualidad, tradiciones, procedimientos y prácticas, y, cuando existan, sus costumbres o sistemas jurídicos, de conformidad con las normas internacionales de derechos humanos. También se establece que las personas indígenas tienen el derecho al acceso sin discriminación a todos los servicios de salud (véase el recuadro IV.3).

Recuadro IV.3

El derecho a la salud en la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas

En la primera parte del artículo 21 de la Declaración se afirma que los pueblos indígenas "tienen derecho, sin discriminación, al mejoramiento de sus condiciones económicas y sociales, entre otras esferas, en la educación, el empleo, la capacitación y el readiestramiento profesionales, la vivienda, el saneamiento, la salud y la seguridad social".

En el artículo 23 se establece que los pueblos indígenas "tienen derecho a determinar y a elaborar prioridades y estrategias para el ejercicio de su derecho al desarrollo. En particular, los pueblos indígenas tienen derecho a participar activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud, vivienda y demás programas económicos y sociales que les conciernan y, en lo posible, a administrar esos programas mediante sus propias instituciones".

Además, en el artículo 24 se señala que dichos pueblos "tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas, animales y minerales de interés vital desde el punto de vista médico. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud". En ese mismo artículo se afirma que las personas indígenas "tienen derecho a disfrutar por igual del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente la plena realización de este derecho".

Fuente: CELADE-División de Población de la CEPAL sobre la base de Naciones Unidas, "Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas" (A/RES/61/295), resolución aprobada por la Asamblea General, 2007 [en línea] http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_es.pdf.

La OMS ha abordado el tema de la salud de los pueblos indígenas de manera muy puntual. En 1997 estableció un programa de medicina tradicional con los siguientes objetivos: i) lograr el interés de los Estados miembros y de otras instituciones de salud para apoyar a los terapeutas tradicionales; ii) promover la definición de políticas nacionales; iii) incidir en el uso de plantas medicinales con base en estándares internacionales, y iv) formular estándares técnicos y metodológicos para la investigación de plantas y terapias tradicionales.

En el continente americano el caso ha sido diferente, puesto que desde 1993 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobó la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, basada en los siguientes principios para el trabajo en salud en este ámbito3: i) la necesidad de adoptar un concepto holístico de la salud; ii) el derecho a la autodeterminación de los pueblos indígenas; iii) el derecho a la participación sistemática de los pueblos indígenas; iv) el respeto de las culturas indígenas y su revitalización, y v) la reciprocidad en las relaciones entre diversos actores.

La Resolución V de la OPS titulada “Salud de los pueblos indígenas” ha sido la base para la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. Entre los aspectos que se consignan cabe mencionar los siguientes:

- La participación de líderes y representantes de los pueblos indígenas en la formulación de políticas y estrategias de salud, y la realización de actividades relativas a la salud y al medio ambiente dirigidas a ellos.
- El fortalecimiento de la capacidad técnica, administrativa y gerencial de las instituciones nacionales y locales responsables de la salud de los pueblos indígenas.
- La necesidad de superar la falta de información.
- La necesidad de asegurar un mayor acceso de los pueblos indígenas a los servicios de salud, así como la atención de calidad.
- La necesidad de implementar acciones intersectoriales que comprendan la participación de gobiernos, organizaciones no gubernamentales, universidades, centros de investigación y organizaciones indígenas.
- La promoción de la transformación de los sistemas de salud mediante el apoyo al desarrollo de modelos alternativos de atención a indígenas, en el marco de la estrategia de los Sistemas Locales de Salud, con inclusión de la medicina tradicional y de la investigación sobre calidad y seguridad.
- La promoción de la salud y de programas de prevención de enfermedades.
- La formación de redes de información y colaboración recíproca entre organizaciones (OPS/OMS, 1993).

En 1997, el Consejo Directivo de la OPS reafirmó la relación entre la salud de los pueblos indígenas y los factores relativos a la discriminación y la exclusión, y señaló los obstáculos económicos, geográficos y culturales que se oponen a la prestación eficiente y eficaz de servicios de salud pública y de atención sanitaria a las personas que residen en zonas rurales aisladas y en zonas urbanas marginales.

Posteriormente, en 2006, destacó nuevamente las siguientes barreras para el acceso de los pueblos indígenas a los servicios de salud: i) la falta de entrenamiento intercultural de las y los trabajadores de la salud; ii) el hecho de que las decisiones políticas y económicas se adoptan sin la participación de los pueblos indígenas; iii) la persistencia de la pobreza y de la falta de acceso a la tierra; iv) las desigualdades económicas, y v) la fragmentación, las rivalidades y las luchas de poder entre las organizaciones indígenas (OPS/OMS, 2006a). El Consejo Directivo de la OPS aprobó el refuerzo de los lineamientos estratégicos, y señaló que las propuestas deben enmarcarse jurídicamente en los acuerdos y las resoluciones internacionales tales como la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, las Resoluciones de la OPS (OPS/OMS, 1993 y 2006b, y OMS, 1997) y el Convenio núm. 169 de la OIT (OPS/OMS, 2006b). (véase el recuadro IV.4).

Recuadro IV.4

Lineamientos de la Organización Panamericana de la Salud para la salud de los pueblos indígenas

Se identifican los siguientes lineamientos: i) el cumplimiento efectivo del derecho a la autodeterminación de los pueblos indígenas y la aplicación del consentimiento libre, previo e informado; ii) el desarrollo, el cumplimiento y la evaluación de políticas públicas con enfoque intercultural; iii) la formación de recursos humanos en el marco de la interculturalidad; iv) la protección y la promoción del conocimiento indígena; v) la aplicación de estrategias interculturales; vi) el fortalecimiento de los sistemas de información y de los indicadores mediante la incorporación de la variable de pertenencia étnica, y vii) el desarrollo de modelos de atención interculturales.

Fuente: CELADE-División de Población de la CEPAL, sobre la base de datos consultados en Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), "La salud de los pueblos indígenas de las Américas" (CD47/13 (Esp.)), 2006 [en línea] http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD47-13-s.pdf.

En un nivel más operativo, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) ha propuesto cinco dimensiones en que se resumen los estándares mínimos de derechos de los pueblos indígenas, y sus respectivos derechos en el ámbito de la salud (CEPAL, 2007) (véase el cuadro IV.1).

Cuadro IV.1

Derechos específicos en el ámbito de la salud asociados a las cinco dimensiones del estándar mínimo de derechos de los pueblos indígenas

Dimensiones del estándar mínimo de derechos de los pueblos indígenas	Derechos específicos en el ámbito de la salud
Derecho a la no discriminación	Derecho al acceso y a la atención de la salud.
Derecho al desarrollo y al bienestar social	Derecho al nivel más elevado de salud física y mental mediante un acceso adecuado y de calidad.
Derecho a la integridad cultural	Derecho a utilizar el idioma indígena; derecho a aplicar el concepto de bienestar y salud integral, y derecho al uso, el fortalecimiento y el control de la medicina tradicional.
Derecho a la propiedad, el acceso, el uso y el control de las tierras, los territorios y los recursos	Derecho a la conservación de plantas, animales, minerales y espacios territoriales de interés vital en el proceso de salud-enfermedad-sanación.
Derecho a la participación política	Derecho a participar en el diseño, la responsabilidad y el control social (recursos) de las políticas y los programas de salud.

Fuente: CELADE-División de Población de la CEPAL, sobre la base de CEPAL, *Panorama Social de América Latina 2006* (LC/G.2326-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, Nº de venta: S.06.II.G.133, 2007.

Desde la postura de la CEPAL (2014), existe un estándar de derechos en materia de salud para los pueblos indígenas, que establece el derecho individual al más alto nivel de salud y, de manera complementaria, el acceso al bienestar entendido según las epistemologías indígenas, que abarca las dimensiones de un acceso culturalmente adecuado, e incluye la espiritualidad y relación con la madre tierra. Estos derechos se inscriben y tienen sentido en el marco general del reconocimiento de la autonomía y de los derechos territoriales y de participación, sobre la base del respeto del consentimiento libre, previo e informado de los pueblos indígenas. En consecuencia, el mejoramiento de las condiciones de vida, del bienestar y de la salud de los pueblos indígenas no puede concebirse como algo que compete sólo al sector de la salud y al desempeño de los servicios de atención sanitaria, sino que se requiere la formulación de estrategias integrales e intersectoriales, puesto que las brechas en la implementación del derecho a la salud son el resultado de la subordinación sociopolítica actual, la degradación y el despojo de sus territorios, y la violencia que los afecta (CEPAL, 2014).

La Organización de Estados Americanos (OEA) señala que la falta de titulación, delimitación, demarcación y posesión de los territorios ancestrales, al impedir o dificultar el acceso de los pueblos indígenas y tribales a la tierra y los recursos naturales, se vincula directamente y en tanto causa a situaciones de pobreza y extrema pobreza entre familias, comunidades y pueblos. A su vez, las circunstancias típicas de la pobreza desencadenan violaciones transversales de los derechos humanos, incluidas violaciones de sus derechos a la vida, a la integridad personal, a la existencia digna, a la no discriminación, a la alimentación, al agua, a la salud, a la educación y los derechos de los niños.

Los pueblos indígenas y tribales, ha recordado la Corte Interamericana, también tienen derecho a acceder a su territorio y a los recursos naturales necesarios para "la práctica de la medicina tradicional de prevención y cura de enfermedades". En este punto, la Corte Interamericana ha retomado lo dispuesto por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU en su Observación General 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, según el cual "los pueblos indígenas tienen derecho a medidas

específicas que les permitan mejorar su acceso a los servicios de salud y a las atenciones de la salud.

Los servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista cultural, es decir, tener en cuenta los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales (…). Para las comunidades indígenas, la salud del individuo se suele vincular con la salud de la sociedad en su conjunto y presenta una dimensión colectiva. A este respecto, el Comité considera que (…) la (…) pérdida por esas poblaciones de sus recursos alimenticios y la ruptura de su relación simbiótica con la tierra, ejercen un efecto perjudicial sobre la salud de esas poblaciones".

En términos más generales, las comunidades indígenas soportan condiciones de extrema miseria por la falta de acceso a la tierra y los recursos naturales que son necesarios para su subsistencia. En los casos en los cuales los pueblos indígenas y tribales son privados de nutrición, salud y acceso a agua potable por causa de la falta de acceso a los territorios ancestrales, los Estados tienen la obligación de "adoptar medidas urgentes para garantizarles su acceso a la tierra y a los recursos naturales de los que dependen", para prevenir así una erosión de su derecho a la salud y su derecho a la vida.

8. LEGISLACIÓN NACIONAL

El 10 de junio de 2011 la Cámara de Diputados de los Estados Unidos Mexicanos reformó una serie de artículos a fin de fortalecer el estatus jurídico de los tratados internacionales de derechos humanos en México, dotándolos de rango constitucional y estableciendo, entre otras cosas, que las normas internacionales relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con la Constitución y los propios tratados (Saltalamacchia, 2014).

Estas reformas quedaron plasmadas en la Constitución Política de la siguiente manera:

> En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución

> establece. Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia. Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2014).

De esta manera, a partir de 2011 los derechos humanos están garantizados en México por la Constitución Política, los tratados internacionales y los tribunales internacionales con competencia regional (que en el caso de México es la Corte Interamericana de Derechos Humanos). Antes de la publicación del decreto de reforma el Estado Mexicano circunscribía sus responsabilidades al otorgamiento de garantías individuales, limitándose a garantizar la disponibilidad de instrumentos procesales de tutela de derechos, pero sin reconocer los derechos humanos como tal.

Con la reforma, los contenidos del derecho a la salud y los procedimientos a partir de los cuales se puede garantizar su cumplimiento pasan a ser los mismos que los establecidos en los tratados internacionales firmados por México y examinados por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU. Para que estas aspiraciones se cumplan es necesario que todas las políticas en la materia adecuen su diseño a este nuevo paradigma.

9. Ley General de Salud y Artículo 4o. Constitucional

A escala nacional, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 4 hace referencia al derecho a la protección de la salud, también en leyes subsecuentes como la Ley General de Salud, donde se incorpora una serie de referencias sobre el derecho a la protección de la salud, de ésta a su vez se desprenden las leyes estatales de salud.

La Ley General de Salud reglamenta el derecho que tiene toda persona a la protección de la salud, establecido en el artículo 4 Constitucional, y define entre sus finalidades propiciar el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan de manera eficaz y oportuna las necesidades de la población.

Artículo 77 bis 1. Todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud de conformidad con el artículo cuarto de la Constitución, sin importar su condición social. La protección social en salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médicoquirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud… según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social.

Finalmente, en el ámbito nacional este derecho se regula en la Ley General de Salud, cuyo artículo 6, fracción IV bis, señala como uno de los objetivos del sistema nacional de salud "Impulsar el bienestar y el desarrollo de las familias y comunidades indígenas que propicien el desarrollo de sus potencialidades políticosociales y culturales; con su participación y tomando en cuenta sus valores y organización social", a la vez que reconoce su cultura en la fracción VI bis del mismo artículo y señala la importancia de "promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas", todo ello con la coparticipación de los propios pueblos, señalando en su Artículo 10 que: "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…".

10. Comisión Nacional de Derechos Humanos

La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), reconoce que el derecho a la salud es uno de los derechos de gran relevancia, establecido como uno de los fundamentales tanto en instrumentos de protección internacional como nacional; no obstante, también es un derecho que aún no logra la plena vigencia en nuestro país, ya que el Estado no proporciona la atención ni los servicios médicos necesarios en todas las localidades de México. A pesar de los esfuerzos que se han hecho, aún quedan varios pendientes en materia de atención médica, de recursos humanos para las clínicas comunitarias y de infraestructura y

equipamiento para clínicas y hospitales. En estos rubros, las comunidades indígenas del país, tal y como sucede en otros aspectos del desarrollo social, son las más desprotegidas y a las que la atención les llega después y con deficiencias.

11. CARACTERIZACIÓN DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS EN MÉXICO

¿Cuántos son?... Y dónde están asentados los pueblos indígenas

El país tiene una diversidad cultural y étnica que se extiende a lo largo del territorio nacional, en 6 estados se concentra 64.8% de la población indígena: Oaxaca, Chiapas, Veracruz, Estado de México, Puebla y Yucatán. Las condiciones de carencia social y ausencia de bienestar económico que caracterizan a los grupos discriminados se agudizan para el caso de la población indígena o hablantes de lengua indígena (HLI). Del conjunto de la población en pobreza o vulnerada, la población indígena es la que mayores obstáculos y dificultades enfrenta para el ejercicio de sus derechos sociales (Inegi, 2015).

Hasta 2016, 8.3 millones de personas indígenas se encontraban en situación de pobreza, es decir 71.9% del total de esa población. Si este dato se pone en relación puede observarse la brecha entre ser indígena y no serlo; del conjunto de población no indígena 40.6% se encuentra en situación de pobreza. La existencia de 3.2 millones de indígenas con 3 o más carencias sociales y sin la capacidad económica para adquirir la canasta básica (en situación de pobreza extrema) refleja las desventajas que enfrentan los indígenas del país y, que el objetivo establecido en la Constitución de igualar las oportunidades de todos los mexicanos, aún es un reto pendiente (Inegi, 2015).

En términos de la distribución geográfica, aquellos estados con población mayoritariamente indígena son, al mismo tiempo, los que tienen niveles de pobreza superiores al promedio nacional. Por ejemplo, Oaxaca y Chiapas con 70.4 y 77.1% de su población, respectivamente. Respecto a las carencias sociales, la de mayor incidencia es por acceso a la seguridad social, hasta 2016, 8.9 millones de personas indígenas no tenía acceso. La segunda carencia con mayor porcentaje de población indígena fue la de servicios básicos en la vivienda con 56.3% y 64.6 para los HLI.

Es importante resaltar que en esta carencia se observa la mayor brecha entre la población indígena y no indígena, poco más de 40 puntos porcentuales de diferencia, dado que la población no indígena solo registró 15.5%. De acuerdo con la Encuesta Intercensal 2015, 8 de cada 10 viviendas en el país en las que habita una persona que habla lengua indígena tienen rezago habitacional, situación que se agrava en los estados de Chiapas (93.5%), Guerrero (92.5%), Veracruz (91.1%), y San Luis Potosí (90%).

En esta breve descripción de la población indígena se dibuja un panorama nada alentador que presenta carencias en todos los derechos sociales y éstas se vuelven más agudas dependiendo de la zona geográfica del país a la que se haga referencia. Las expresiones de marginación o precariedad que experimentan las personas pertenecientes a los pueblos indígenas las vuelven particularmente objeto de discriminación sobre todo cuando además de ser indígena, se es pobre, mujer, adulto mayor, entre otras características.

12. PRINCIPALES INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS

En qué estados de la República se encuentran asentados

Las entidades que concentran el mayor número de población indígena son: Oaxaca (14.4%), Chiapas (14.2%), Veracruz (9.2%), México (9.1%), Puebla (9.1%), Yucatán (8.8%), Guerrero (5.7%) e Hidalgo (5.0%). En conjunto en estos estados vive el 75% de la población indígena a nivel nacional (CDI, 2015).

El porcentaje de la población indígena con respecto a la población estatal es mayor de 13% en diez entidades; Veracruz (13.6%), San Luis Potosí (13.6%), Puebla (17.7%), Guerrero (19.3%), Hidalgo (21.2%), Campeche (22.2%), Quintana Roo (32.5%), Chiapas (32.7%), Oaxaca (43.7%) y Yucatán (50.2%). Por el contrario, en siete entidades es menor de 2%, Tamaulipas (1.9%), Colima (1.4%), Jalisco (1.3%), Aguascalientes (0.7%), Guanajuato (0.5%), Zacatecas (0.5%) y Coahuila (0.5%). Con base en esta información es posible construir indicadores socioeconómicos específicos sobre la población indígena y analizar sus diferentes aproximaciones por tipo de municipios.

La situación de la población indígena históricamente ha estado marcada por altos niveles de carencias sociales y económicas que denotan condiciones de mayor pobreza y vulnerabilidad en relación con la población nacional. El 55.5% de la población indígena habita municipios de alta y muy alta marginalidad, asimismo el 87.5% de los municipios indígenas se encuentran en condiciones de alto grado y muy alto grado de marginalidad (CDI, 2015).

Viviendas

El 12.8% de las viviendas indígenas carecen de agua entubada, el 26.9% no cuentan con servicios de saneamiento y el 4.4% aun no dispone de luz eléctrica. Asimismo, en el 13.9% de las viviendas hay piso de tierra y en el 58.8% de ellas se cocina con leña o carbón (CDI, 2015).

Educación

En relación con la educación, los datos indican que entre la población indígena mayor de 15 años de edad el 16.6% no cuenta con instrucción escolar alguna. En cuanto a la educación primaria, el 18.2% la ha concluido y el 18.1% la tiene incompleta. Estos resultados contrastan con los nacionales que refieren que sólo 6.0% de la población nacional mayor de 15 años no cuenta con ninguna instrucción escolar; el 10.4% tiene estudios incompletos de primaria y el solo el 15% tiene estudios terminados del nivel primaria. El porcentaje de población indígena con estudios terminados del nivel secundaria es de 20.5% cifra menor en 3 puntos porcentuales al que se registra a nivel nacional que es de 23.7% (CDI, 2015).

Las mayores brechas de rezago educativo entre la población indígena y la nacional se presentan en lo referente a personas con estudios de educación media superior y superior que son 14.6% y 7% para la población indígena y de 21.9% y 18.2% a nivel nacional, respectivamente.

En cuanto a alfabetismo, entre la población indígena de 15 años o más de edad, el 17.8% son analfabetas, porcentaje tres veces mayor al que se registra a nivel nacional que es de 5.5%. Por otra parte, el porcentaje de niños indígenas de 6 a 14 años de edad que asiste a la escuela asciende a 94.4%, proporción menor en 1.2 puntos porcentuales respecto al valor nacional de 96.2% (CDI, 2015).

Salud

Con relación al acceso a los servicios de salud, 8 de cada 10 personas que viven en hogares indígenas declaró estar afiliada a uno o más servicios de salud. En entidades como Guerrero, Chiapas, San Luis Potosí y Puebla 9 de cada 10 afiliados son del Seguro Popular. En contraste, en los estados de Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas 5 de cada 10 afiliados son del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), (CDI, 2015).

Actividad económica

La condición de actividad o la inserción de la fuerza de trabajo en el mercado laboral muestra la estrecha vinculación entre la actividad económica de la población indígena y su condición migratoria. En las zonas de atracción de migrantes indígenas –Baja California Sur, Nuevo León, Colima, Ciudad de México, Aguascalientes, Sinaloa y Baja California– la tasa de participación económica de la población de 12 y más años de edad es de 60% o más, a diferencia de las zonas tradicionales como Oaxaca, Guerrero, Nayarit, San Luis Potosí y Durango en las cuales, la participación en el mercado de trabajo es de 38% o menos. Durango registra el porcentaje más bajo de población de 12 años y más trabajando o que busca hacerlo, 24%; es decir, en esta entidad existe una menor participación de la población indígena en la economía no tradicional (CDI, 2015).

13. Índice de Desarrollo Humano

En nuestro país, los pueblos indígenas han permanecido sistemáticamente excluidos de la construcción del Estado. A pesar de haber sido parte activa del movimiento revolucionario,

en la Constitución promulgada en 1917 no se hizo mención alguna a los pueblos indígenas ni a la diversidad mexicana; tampoco se establecieron mecanismos para asegurar la incorporación de las etnias en la esfera de la representación política. Ciertamente, del modelo de sociedad homogénea y monocultural que desde 1917 promovió la incorporación indígena a la nación mestiza por la vía de su negación, se ha pasado lentamente al reconocimiento de México como una nación pluricultural. Al menos así lo establece nuestra Constitución desde la reforma implementada en 1992 al artículo 4 y en las reformas constitucionales promulgadas en 2001, lo que ha implicado un viraje importante, aunque todavía muy incompleto e insuficiente, en el diseño de las políticas gubernamentales.

De ahí que la demanda de inclusión de los pueblos indígenas se mantenga vigente. Este cambio ha dado como resultado el paulatino abandono de las políticas indigenistas integracionistas que asociaban la pobreza y la exclusión a la falta de acceso al sistema económico nacional y a la modernización, y que caracterizaron a la cultura indígena como pre-moderna, tradicional, parroquial y 'particularista', resistente al cambio y a la modernización (Stavenhagen, 2001), propiciando políticas que no sólo mantuvieron intocadas las causas de la exclusión sino que incluso la acrecentaron. Hoy en día suele aceptarse que la pobreza, la desigualdad y la exclusión no pueden reducirse a la dimensión económica, y se acepta que modernización y desarrollo no son conceptos equivalentes, por lo que, en la caracterización oficial de la situación de la población indígena, se ha pasado a incluir factores sociales, políticos, culturales e incluso identitarios.

No obstante, en las políticas gubernamentales, sigue predominando la idea de que la exclusión indígena tiene su origen en la extrema pobreza y marginación respecto al desarrollo nacional. En años recientes, para la medición de la pobreza en general y de la población indígena en particular, el gobierno mexicano ha tomado como referentes los estudios del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Siguiendo los planteamientos de Amartya Sen (2000) de acuerdo a los cuales el desarrollo debe entenderse como libertad, el PNUD adoptó el concepto de desarrollo humano, con el que se "busca enfatizar que la erradicación de la pobreza y la marginación social constituye un proceso orientado fundamentalmente a ampliar las libertades humanas" (PNUD, 2010).

El desarrollo, desde esta perspectiva, es entendido por este organismo, como "proceso social vinculado a la expansión de la libertad a través de la eliminación de obstáculos que impiden a los individuos a optar entre formas de vida distintas, y entre ellas se incluye la identidad indígena" (PNUD, 2010:20). Esta concepción del desarrollo implica también una interpretación distinta de la pobreza y de la exclusión social, donde, de acuerdo al PNUD, el acceso a "la riqueza o a servicios educativos y de salud, son solamente indicadores que expresan hasta qué punto una sociedad garantiza la igualdad de oportunidades y en qué medida ha logrado eliminar los obstáculos que impiden a las personas desarrollar plenamente sus capacidades" (PNUD, 2010).

En este sentido, el acceso a bienes y servicios es simplemente un medio o instrumento para alcanzar un plan de vida o realización individual. Por ello, el propio PNUD afirma que: "el desarrollo humano requiere más que salud, educación, un nivel de vida digno y libertad política. El Estado debe reconocer y acoger las identidades culturales de los pueblos y las personas deben ser libres para expresar sus identidades sin ser discriminadas en otros aspectos de sus vidas" (PNUD, 2004). De ahí que el PNUD entienda la pobreza que prevalece en el mundo indígena "no como un bajo nivel de ingreso, sino como la privación de la que han sido objeto para desarrollar capacidades que les permitan tener la libertad para decidir sobre su destino" (PNUD, 2010).

Bajo esta lógica, el Informe sobre Desarrollo Humano de los Pueblos Indígenas en México, 2010 del PNUD, llega a importantes conclusiones que muestran el estado de la pobreza, desigualdad y exclusión de la población indígena del país. Si bien como el propio organismo advierte, la metodología empleada proporciona solamente indicadores preliminares para conocer el grado de bienestar que gozan las personas, sin profundizar en cómo éstos se traducen en capacidades efectivas o en libertad a la que se tiene acceso. Cabe señalar que la metodología del PNUD establecida desde 1990 ha ido modificándose a lo largo del tiempo en los estudios que realiza. Así, por ejemplo, en 2004 incorporó el tema de la libertad cultural como dimensión del desarrollo.

Destaco a continuación algunas de las conclusiones del PNUD, porque me parece que ilustran el problema y exponen los retos pendientes. De acuerdo a las mediciones realizadas con el Índice de Desarrollo Humano de los Pueblos Indígenas (IDH-PI), que considera tres dimensiones: salud, educación e ingreso,1 en general, la población originaria en los municipios de México alcanza niveles de desarrollo humano inferiores a los de la población no indígena. Así, el IDH-PI del municipio con menor logro es Batopilas, Chihuahua, con un indicador de 0.3010, cifra menor que el país con ínfimo desarrollo humano en el mundo, que es Níger (0.3300). Igualmente, Batopilas está incluso por debajo del municipio con menor Índice de Desarrollo Humano de la Población No Indígena mexicana (IDHPNI), que es Metlatónoc, Guerrero, con un 0.4903; mientras que, por el contrario, el municipio con mayor IDH-PNI es Benito Juárez, en el Distrito Federal con 0.9638 (PNUD, 2010).

Estas cifras expresan, como desde hace años lo ha señalado Rodolfo Stavenhagen (2001), que: los indígenas no solamente tienen menor acceso a las instituciones sociales y económicas de desarrollo y bienestar, sino también cuando lo tienen, los resultados para ellos son inferiores al resto de la población. Ello ocurre en las instituciones de servicio social, así como en los flujos de capital y la construcción de infraestructura, todo lo cual ha conducido secularmente a la marginación persistente de los pueblos indígenas (Stavenhagen 2001). Pero, además, la desigualdad no sólo se expresa de distintas maneras en el mosaico heterogéneo y diverso que caracteriza a los distintos pueblos indígenas, sino que se manifiesta al interior de éstos como mayor nivel de desventaja social de las mujeres.

A la misma conclusión llega el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) en su medición de pobreza, que este organismo vincula el acceso a seis derechos sociales: educación, salud, seguridad social, vivienda, servicios básicos y alimentación. El CONEVAL encuentra que para el año 2008, 93.9% de la población indígena estaba privada al menos de uno de estos derechos y el 64.2% al menos de tres. Además, clasifica como población en pobreza multidimensional al porcentaje de personas con al menos una carencia social y que son pobres por ingresos; en esta categoría ubicaba en 2008 al 70.9% de la población indígena (datos referidos por PNUD, 2010).

La noción de desarrollo humano, en buena medida despojada de su sentido original al dejar de lado la libertad de los pueblos indígenas para decidir sobre su destino, se ha trasladado a las políticas y a los programas gubernamentales que derivan de éstas, prevaleciendo la idea de que la prosperidad económica es la premisa para el acceso a la distribución de la riqueza y al progreso. Con una visión asistencialista, los recursos y programas sociales del gobierno orientados a combatir la pobreza, reducir las desigualdades socioeconómicas y ampliar las oportunidades de la población indígena, han probado ser insuficientes para proveer de mejores oportunidades de desarrollo humano. Así, por ejemplo, durante los gobiernos panistas, y en particular entre 2000 y 2009, el monto asignado para la atención de la población indígena creció 2.17 veces; no obstante, estos recursos solamente representaron en promedio alrededor de 1.5% del gasto programable total, cuando la población indígena abarcaba en esos años, según las cifras oficiales, alrededor de 10% de la población total del país (PNUD 2010).

Además, los recursos asignados no se tradujeron necesariamente en mejores oportunidades. Por un lado, porque buena parte de ellos se destinaron a gasto corriente. Por otro, porque el acceso a los bienes y servicios en las comunidades indígenas, pasa por superar las barreras de la discriminación de la que son objeto, las cuales se expresan en la calidad de los servicios que reciben. Por lo demás, las políticas implementadas generalmente no cubren a la población indígena que se encuentra viviendo fuera de su territorio; según expresan las cifras oficiales, 12% de la población indígena vive fuera de su lugar de nacimiento (INEGI, 2004) y, por supuesto, una cantidad importante ha migrado al extranjero.

La distribución del gasto federal en esos años muestra igualmente no sólo inequidad, sino un diseño que privilegia esa visión asistencialista y que a la vez promueve prácticas clientelares muchas veces con fines electorales. En el año 2009, por ejemplo, 48% del presupuesto para la atención de la población indígena se destinó al ramo de Desarrollo Social y a la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (PNUD, 2010).

En 2008, entre las seis líneas de desarrollo definidas por la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (económico, social y humano, infraestructura

comunitaria, red de comunicaciones, desarrollo cultural, y vigencia de derechos) la que mayor proporción del gasto recibió, fue la de desarrollo social y humano: 48.2%, destinándose casi la mitad de esos recursos al programa Oportunidades (44.3%). Por su parte, en ese mismo año, la línea que menos recursos recibió fue la de vigencia de derechos (0.2%), mientras que a la línea de desarrollo cultural solamente se destinó el 0.4% (PNUD, 2010).

Por lo tanto, la demanda de inclusión, como reclamo de reconocimiento de la diferencia, se ha extendido a través de variadas formas de acción colectiva en los años recientes. Esta demanda ocupa un lugar central en el debate actual sobre la democracia, en tanto que implica el cuestionamiento de la capacidad de conciliación de los principios democrático-liberales de participación política y gobierno, por una parte, con las diferencias "identitarias" o "culturales" que subyacen en el tejido social, por otra. Este reclamo confronta las interpretaciones sobre las características de la democracia que se aspira a construir.

14.CONDICIONES DE VIDA Y DE SALUD

La marginación social, efecto del proceso de exclusión y polarización de la economía capitalista, ha sumado desde el siglo XVI sus degradantes efectos a la discriminación étnica, rasgos que han caracterizado las relaciones coloniales y colonizadas entre la población indígena y los conquistadores y sus descendientes, que aún controlan económica, social y políticamente de los pueblos indígenas en México. En la actualidad, esa desigualdad patriarcal y económica se ha resignificado con la globalización neoliberal, que ha diversificado y agravado los niveles de despojo, explotación y discriminación para los sectores marginales del campo y de la ciudad, lo que ha afectado aún más a las mujeres indígenas.

En efecto, la desestructuración de la economía campesina ocasionada por las crisis y las políticas neoliberales han profundizado y generalizado significativamente la pobreza de los pueblos indígenas en nuestro país. El aumento de la población, el minifundismo y el bajo precio de los productos campesinos, junto con la falta de trabajo y de apoyos a la producción, son algunos de los elementos que han causado que los hombres se vean forzados a migrar al

norte o a Estados Unidos y que las mujeres, que generalmente no migran, se vean forzadas a trabajar por un ingreso. La vida de las y los indígenas, se ha visto afectada por las reformas estructurales a las que se resisten constantemente y enfrentan retos, como la lucha en contra de: minas, petróleo, energía eléctrica, agua, biodiversidad—, orquestada por gobiernos y empresarios a través del que se quieren apropiar as tierras, territorios, bienes naturales y culturas de la población indígena. De cara a esta realidad, es fundamental el trabajo político y la lucha por trascender la exclusión social, para abrir y construir espacios liberados del poder del Estado en los que las y los indígenas decidan también sobre el futuro de lograr una vida digna, respetando sus derechos individuales y colectivos.

La dinámica del capital, en expansión permanente, ha transformado la vida de las indígenas en toda su existencia; ha afectado, por ejemplo, la sostenibilidad. Ahora las familias dependen más del mercado de trabajo migrante y de las ayudas gubernamentales que de la producción, lo que ha modificado la división sexual del trabajo a tal grado, que los estereotipos de ser hombre y mujer se difuminan, pero sin eliminar la posición subordinada e injusta que viven las mujeres. La pobreza y la obligada migración masculina han ocasionado, además de las muchas ocupaciones domésticas y de cuidado que realizan, tengan obligadamente que hacerse cargo de la tierra y trabajar por un ingreso para solventar la subsistencia familiar.

Esta situación, además de haber duplicado o triplicado su trabajo, aumenta la situación de inseguridad y violencia que tienen que afrontar en los espacios públicos: sobre todo las mujeres indígenas, ya que a ellas no se les reconoce como dueñas de la tierra, en el trabajo se les paga menos que a los hombres, no pueden acceder a trabajos especializados y están expuestas a un gran número de abusos por ser mujeres, pobres e indígenas. La raíz económica y la interseccionalidad de los problemas de desigualdad parecen ser mucho más evidentes en la vida campesina que en la urbana, sobre todo en momentos de crisis como el presente, porque el que las indígenas y campesinas sean pobres, no tengan tierra, sean analfabetas o si acaso tengan una muy baja escolaridad, no hablen bien el español, tengan pocas oportunidades de moverse y estén sujetas a normas culturales rígidas, las coloca en una situación de mayor desventaja frente a los otros.

Como resultado de lo anteriormente descrito, respecto al desarrollo económico de acuerdo con, el reto más importante de la política pública es el desarrollo de opciones productivas que se traduzcan en el incremento y permanencia de las fuentes de ingreso de la población indígena. Superar el rezago social implica no sólo las acciones en materia de desarrollo social sino garantizar la autosuficiencia económica de las comunidades y familias indígenas a través de la generación de fuentes de ingreso monetario y no monetario.

Sin embargo, la población indígena vive una situación adversa para gestionar sus propios procesos de desarrollo. Por ello, es importante profundizar en los siguientes elementos:

Desarrollo social

En materia de Desarrollo Social la población indígena es la que enfrenta las peores condiciones de atraso y marginación social. El Coneval reporta que, en 2012, del total de la población del país, 45.5%, esto es, 53.3 millones de personas se encuentran en situación de pobreza y 9.8% de los mexicanos padecen pobreza extrema; en contraste, del total de la población indígena 72.3% se encuentran en pobreza, 8.2 millones de personas y 30.6% se encuentran en situación de pobreza extrema.

De acuerdo con la metodología para la medición de la pobreza, del Coneval, se identifica a la población en situación de pobreza como aquella que tiene al menos una carencia social y un ingreso menor a la línea de bienestar. La pobreza extrema en los municipios indígenas tuvo porcentajes mayores al 16 por ciento. De los 339 municipios que en el año 2010 tenían porcentajes de pobreza igual o mayor al 50%, 271 eran municipios indígenas.

Alimentación

En materia de alimentación, de los 2,456 municipios del país, 128 concentran poco más del 50% de la población con esta carencia. En los municipios considerados indígenas se da el porcentaje más alto de este indicador 78.4%, mientras que los municipios sin presencia

indígena presentan el porcentaje más alto es de 36.7%. En cuatro de cada diez hogares donde el jefe o jefa de familia o cónyuge hablan lengua indígena, se da la condición de inseguridad alimentaria moderada y severa.

Educación

Para los pueblos indígenas, el derecho a la educación se presenta como un medio y oportunidad para salir de la exclusión y discriminación, y a su vez como el instrumento mediante el cual se mantienen, disfrutan y respetan las culturas, idiomas, tradiciones y conocimientos. En México, el artículo 11 de la Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas garantiza el acceso a la educación obligatoria, bilingüe e intercultural a todas las personas que hablan alguna lengua indígena, independientemente si además hablan o no español.

La población indígena tiene indicadores educativos por debajo de la población no indígena, por ejemplo, mayores tasas de analfabetismo y menores logros educativos. Según los datos del Censo de Población y Vivienda 2010, alrededor de un tercio de niños indígenas (entendidos como la suma de hablantes y autoadscritos) en edad escolar (6-14 años) no asisten a la escuela. La población indígena muestra rezago educativo; casi la mitad de la población indígena reporta como último año de estudios la primaria. La proporción de analfabetas de la población indígena es mayor a la de la población no indígena en todos los rangos de edad. Dentro del grupo de indígenas, la población hablante de lengua tiene tasas de analfabetismo más altas que la población que se autoadscribe. El promedio de escolaridad de los indígenas hablantes de lengua (5.1 años) es mucho menor que el promedio de los no indígenas (9 años) y los indígenas autoadscritos (7.9 años).

Ocupación

Los indígenas tienen menos acceso a mercados de trabajo formales que los no indígenas y por lo tanto un porcentaje menor tiene acceso a las prestaciones derivadas del empleo. Aunque casi la mitad de la población indígena (entendida como la suma de hablantes y autoadscritos) trabaja en el sector terciario, es pertinente hacer notar que una tercera parte lo

hace en el primario, lo que vincula a la población indígena a localidades y poblaciones en el medio rural. Un porcentaje importante de indígenas hablantes de lengua (69%) recibe menos de dos salarios mínimos o no recibe salario por su trabajo. En cuanto a las prestaciones laborales, los datos del censo muestran la proporción de indígenas que recibe prestaciones es menor a la de la población no indígena. De los datos del censo se desprende que los indígenas acceden en menor porcentaje que los no indígenas a prestaciones que están ligadas al empleo formal como servicio médico, aguinaldo, vacaciones, ahorro para el retiro o reparto de utilidades.

Siguiendo la información del Censo del 2010, casi la mitad tanto de hablantes y autoadscritos indígenas trabajan en el sector terciario, es pertinente hacer notar que una tercera parte lo hace en el primario, lo que vincula a esta población a localidades y poblaciones en el medio rural. Un porcentaje importante de hablantes indígenas (69%) recibe menos de dos salarios mínimos o no recibe salario por su trabajo. Es común entre la población indígena que la participación en las actividades económicas empiece a muy temprana edad, existe la necesidad de que niños y adolescentes apoyen en el sustento familiar. El trabajo en edades tempranas inhibe la asistencia escolar y dificulta su futuro, ya que en el mercado laboral siempre están en desventaja.

La tasa de participación económica de los hablantes de lengua indígena no sólo es mayor a los que no hablan lengua indígena en edades tempranas, sino también entre los adultos mayores de 60 años y más debido a que una gran parte de éstos no tienen seguro de retiro o jubilación lo que los obliga a seguir laborando. Finalmente, los indígenas tienen menos acceso a mercados de trabajo formales a comparación de la demás población y por lo tanto, un porcentaje menor tiene acceso a las prestaciones derivadas del empleo.

Vivienda

En el tema de la vivienda y la infraestructura básica, la población indígena en México generalmente se asienta en localidades pequeñas y dispersas que se caracterizan por tener condiciones precarias en materia de vivienda, infraestructura y servicios básicos. Además,

por las características de los lugares donde se presentan los asentamientos, se estima que 68% de la población afectada por los desastres naturales son los grupos en situación de pobreza y extrema pobreza (Sedesol, 2010).

Las viviendas en muchas comunidades indígenas son precarias y vulnerables ante eventos climáticos, porque además se ubican en zonas de alto riesgo tales como laderas de montañas, zonas inundables o a la orilla de corrientes de agua con grandes fluctuaciones durante las épocas de lluvia. De las 34,263 localidades indígenas del país, casi una de cada tres tiene un grado de marginación9 muy alto; 34% con alto; y 30% con medio, bajo y muy bajo grado de marginación. Esto se traduce en una falta de acceso a servicios básicos de agua potable, drenaje, saneamiento, y electrificación lo que agrava la precariedad de la vivienda.

La vivienda es uno de los bienes y derechos que más rezagos manifiesta a nivel nacional, no sólo en virtud de su cantidad, sino también de su calidad, la cual cada vez más se ha visto deteriorada ante el empequeñecimiento de las nuevas viviendas urbanas, legalmente construidas. A ello se ha sumado la especulación inmobiliaria, lo cual ha inflado artificialmente los precios de terrenos y viviendas cuyos costos los hacen inaccesibles a la mayor parte de la población que no posee los recursos para hacerse de una vivienda digna, ni ser sujetos de créditos de diverso tipo.

Conforme a los datos del Censo de 2010, el 87.4% de las viviendas donde el jefe o cónyuge habla lengua indígena cuenta con drenaje conectado a la red pública; 93.0% dispone de agua entubada, de éstas, 71.4% les llega diariamente y 28.3% les llega de forma alternada, por lo que el almacenaje adecuado del agua resulta importante para que no se contamine: 63.1% cuenta con tinaco y 47.3% con cisterna.

La disponibilidad de servicios es menor en las viviendas donde el jefe o cónyuge hablan lengua indígena, tal es el caso del drenaje conectado a la red pública, en donde 87.4% de estas viviendas disponen de este servicio, esto es, 5.6 puntos porcentuales menos que las viviendas con jefes o cónyuges que no hablan lengua indígena. También se reporta que en

92.8% de las viviendas indígenas cocinan con gas de cilindro o tanque (estacionario), 22.3% no cuenta con refrigerador y un 72.9% no tiene computadora.

El piso de tierra también se asocia con situaciones de insalubridad, particularmente para la población infantil, 1.8% de las viviendas donde el jefe o cónyuge hablan lengua indígena tiene pisos de tierra; en las viviendas donde el jefe o cónyuge no hablan lengua indígena este porcentaje es de sólo 0.6 por ciento.

De acuerdo con la Organización Panamericana de Salud (OPS, 2011), la situación de precariedad e insalubridad de la vivienda afecta la salud física, mental y social de las personas, especialmente de niños y ancianos. La disponibilidad de agua entubada, drenaje y sanitario en la vivienda, conforman un conjunto de servicios que disminuyen las condiciones para que la población padezca de enfermedades infecciosas y parasitarias.

En efecto, la información que se presenta sobre los bienes existentes en la vivienda brinda una aproximación de la situación socioeconómica de sus ocupantes y también permite un acercamiento a las condiciones de equipamiento que permiten tener mejores condiciones sanitarias.

Salud

En la medición multidimensional de la pobreza (Coneval, 2013), las carencias sociales se conciben como el vínculo entre el ejercicio de los derechos y la experiencia de la pobreza, ya que las carencias permiten reconocer elementos mínimos o esenciales sin los cuales los individuos no son capaces de ejercer derechos sociales básicos. De este modo, el CONEVAL identifica las siguientes carencias sociales: rezago educativo; carencia por acceso a los servicios de salud; carencia por acceso a la seguridad social; carencia por calidad y espacios de la vivienda; y carencia por acceso a la alimentación.

En 2012, el 21.5 por ciento de la población indígena a nivel nacional carecía de acceso a los servicios de salud y la carencia por acceso a la seguridad social continúa siendo la privación

que más afecta a la población indígena, ya que cuatro de cada cinco personas indígenas la presentan (Coneval, 2013).

Debido a condiciones de marginación y pobreza, la población indígena presenta un perfil epidemiológico que contrasta con el perfil nacional, muestra índices más elevados en la prevalencia de las llamadas "enfermedades de la pobreza", tales como aquellas que tienen que ver con la desnutrición ,afecciones intestinales, neumonía, influenza y sarampión (Juárez-Ramírez et al. ,2014); pero a esta situación se le suman las llamadas "enfermedades de la modernidad" que tienen un peso mucho menor, de tal modo que se presentan problemas de obesidad, cardiopatías y diabetes mellitus (Oehmichen, C. et al, 2012).

La probabilidad de morir durante los primeros cinco años de vida es mayor en aquellas zonas que tienen población indígena (53 por cada mil nacidos vivos) que en aquellas que tienen menos (25 por cada mil nacidos vivos), así la tasa global de mortalidad infantil por cada mil nacidos vivos es de 22.86 (Oehmichen, C. et al, 2012).

A su vez, la Secretaría de Salud reporta una alta incidencia en enfermedades digestivas, otras lesiones de causa externa, enfermedades del sistema genitourinario, enfermedades infecciosas respiratorias y parasitarias, enfermedades del sistema circulatorio y cardiovasculares, las cuales afectan en mayor medida a las personas que viven en situación de pobreza (Leyva, Infante, Gutiérrez y Quintino, 2013).

Derechohabiencia

De acuerdo a los datos del censo del INEGI del 2010, la población indígena (entendida como la suma de hablantes y autoadscritos) acude en mayor proporción a los servicios de salud de cobertura a la población abierta, como el Seguro Popular.

- ✓ La poca cobertura de los sistemas de salud a la población indígena relacionados con el sector formal de la economía, nos indica la poca penetración de este grupo de población en trabajos con seguridad social. Solamente una quinta parte de la

población indígena reporta adscripción a alguno de los sistemas de seguridad que cubren a los trabajadores en el sector formal. •Cuando se presenta una enfermedad, la población indígena (entendida como la suma de hablantes y autoadscritos) acude principalmente a instituciones públicas como el IMSS, el Seguro Popular o la red de centros de salud operados por los sistemas estatales de salud.

- ✓ Una proporción alta de la población, tanto indígena como no indígena, manifiesta no tener derecho a servicios médicos.

La Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) 2006 y 2012, documenta la alta vulnerabilidad de la situación de salud de los pueblos indígenas, así como su permanente exposición a diversos riesgos en condiciones de inequidad social que reducen su capacidad de respuesta para movilizar recursos sociales ante los problemas de salud.

En relación a la cobertura de protección social en salud, se observan importantes diferencias entre 2006 y 2012. Se redujo significativamente la proporción de población sin protección social en salud tanto entre indígenas como entre no indígenas: en 2006, 64.9% de los indígenas no contaba con protección social, y para 2012 sólo 22.1% se encontraba en esta situación. Esta reducción se debe al incremento de 47.9% en la afiliación al Seguro Popular entre población indígena, la cual pasó de 14 a 61.9%, y en los no indígenas de 10 a 35.7%.

Es importante destacar que el ser derechohabiente a algún sistema de seguridad social habitualmente tiene relación con la formalidad en el trabajo. Por lo que mayores niveles de derechohabiencia suelen implicar también mayor seguridad no solamente de salud sino laboral, un ingreso más seguro y una cobertura en caso de accidentes o enfermedad.

La poca cobertura de los sistemas de salud a la población indígena (entendida como la suma de hablantes y autoadscritos) relacionados con el sector formal de la economía, indica la poca penetración de este grupo de población en trabajos con seguridad social. Solamente una quinta parte de la población indígena reporta adscripción a alguno de los sistemas de seguridad que cubren a los trabajadores en el sector formal.

Cuando se presenta una enfermedad, la población indígena acude principalmente a instituciones públicas como el IMSS, el Seguro Popular o la red de centros de salud operados por los sistemas estatales de salud.

Finalmente, no hay que perder de vista que el Seguro Popular es parte del Sistema de Protección Social en Salud y bajo el discurso político es un mecanismo que garantiza el acceso oportuno y sin discriminación de servicios médicos a las personas de bajos recursos que no cuentan con empleo o trabajan por su cuenta, no están asegurados en alguna institución de seguridad social y no buscan atención médica privada por los costos de los tratamientos médicos. Sin embargo, este programa social (SP) es una alternativa para la población indígena, ya que no tiene acceso a un conjunto regular de servicios básicos de salud, lo cual se traduce en un gasto de bolsillo muy alto (Santos, 2006).

Según datos de la Encuesta Nacional sobre Discriminación en México (Enadis, 2010) al menos 27.1 por ciento de las personas pertenecientes a una minoría étnica dijo no tener las mismas oportunidades en materia de salud. Lo que esto nos muestra, es el resultado es un sistema de salud desigual en sus áreas de atención y desequilibrado en sus áreas financiera, organizacional y de eficiencia. Ya que cada parte del sistema de salud (IMSS, ISSSTE, SP, entre otros), tienen su propia organización y atiende diferentes tipos de enfermedades y a distintos sectores poblacionales. No es lo mismo pertenecer al IMSS, donde se atienden más de 12 000 diagnósticos, que, al Seguro Popular, donde se atienden menos de 1800.

Ciro Murayama (2012) indica, que esto genera discriminación en el sector público de la salud: “si el individuo está en la seguridad social (tradicional) tendrá una cobertura de servicios varias veces mayor que si se es afiliado al Seguro Popular”.

Esta discriminación de facto es de tipo indirecto, en tanto que la desproporción entre los subsistemas de salud genera un acceso desigual a los bienes y servicios de salud entre la población, no obstante, la aparente neutralidad de la política sanitaria que, en teoría, se acercaría a la cobertura universal en el país. En la práctica, el efecto de esta política genera

un acceso desigual al derecho a la salud en cuanto a la disponibilidad de diagnósticos y tratamientos.

Para decidir qué enfermedades se atenderán y cuáles necesitan esperar para ser cubiertas por el Seguro Popular, se consideran tres factores: la parte médica, que corresponde al Consejo de Salubridad General y en donde se examinan aspectos como cuánta gente está afectada o las posibilidades de sobrevida o curación; la parte económica, en donde se garantiza que una enfermedad que ingresa al catálogo estará ahí siempre, y finalmente, las consideraciones éticas.

Independientemente de las razones por las cuales se cubren unas enfermedades y otras no, lo que queda claro es que cada fragmento del sistema de salud, al estar organizado de forma distinta, tendrá sus propios criterios para decidirlo. Por lo tanto, cada sistema ofrece a sus afiliadas y afiliados servicios diferenciados, asimétricos, lo que tiene como resultado un acceso desigual, discriminatorio, a los bienes y servicios de salud, generalmente desfavorable para las personas no derechohabientes, empobrecida.

17.FORMA DE ATENCIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

Seguro Popular

El Seguro Popular (SP) forma parte del SPSS, el cual busca otorgar cobertura de servicios de salud, a través de un aseguramiento público y voluntario para aquellas personas que, derivado de su situación laboral, no son derechohabientes de alguna institución de seguridad social.

En julio de 2005, el GDF incorpora a sus programas de salud al Seguro Popular, mediante el cual se busca ampliar la cobertura de servicios de salud para aquellas personas de bajos recursos que no cuentan con empleo o que trabajan por cuenta propia y que no son derechohabientes de ninguna institución de seguridad social. Este programa es operado por la Secretaria de Salud del Distrito Federal. Se asume que los integrantes de las familias afiliadas al SPSS a través del SP tienen acceso a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfacen de manera integral las necesidades de salud.

Durante el periodo 2006-2011, para sustentar la prestación de los servicios de salud a los afiliados al SP, contemplados en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES). La base conceptual de esta propuesta es el Pluralismo Estructurado. Su pretensión es reordenar el sistema público de atención a la salud en una lógica mercantilista, según la cual los pobres reciban paquetes básicos de prestaciones costo-efectivas y el resto, resuelva sus necesidades en salud a través del mercado (Canto y Martínez, 2013).

Esta concepción mercantilista del SP, sustenta el proceso de reordenamiento público en salud, que condiciona el derecho a la salud a una contribución económica, a través de un seguro prepagado o de un desembolso indirecto, previo a la recepción de los servicios, pudiendo ser públicos o privados; tiene un enfoque medicalizado e individualizado de la salud, que la asimila, reduciéndola a la prestación de servicios médicos personales, privilegiando el desarrollo de la alta especialidad.

De acuerdo con el SP para incorporar a la población indígena , considero lo siguiente; para abordar la población marginada rural e indígena, la cual carece de suficiente infraestructura de salud, que permita garantizarles una adecuada atención, además de los problemas ya conocidos de dispersión; se ha propuesto su incorporación, buscando un justo equilibrio entre la disponibilidad de los recursos de atención a la salud y la posible demanda de los mismos, tomando en cuenta fundamentalmente las características socioculturales de esta población, así como privilegiando la comunicación educativa, que permita verdaderamente la interacción y el establecimiento de consensos que garanticen el éxito de las acciones.

Por lo tanto , que se decidió dar especial atención a la elaboración de procedimientos que sentaron las bases para la adquisición oportuna de los insumos de salud necesarios para la atención de estos grupos de población, así como la elaboración de los manuales de operación que orientaron la capacitación del personal de salud que atiende esta población, y que es la base para una capacitación adecuada que les permita proporcionar servicios, con base en las normas establecidas, así como de acuerdo con sus necesidades, siempre buscando la cabal satisfacción del beneficiario.

Se consideró la implementación de los servicios a través de consultorías, o mediante la dotación del equipo en unidades de salud de segundo nivel de para que lleven a cabo regularmente evaluaciones en la población beneficiaria y en las áreas de influencia de las unidades de salud.

Así como, adecuar los servicios de salud a las características socioculturales de la población indígena relacionadas con los servicios que se proporcionan, con la atención a las personas, con la disponibilidad de los insumos de salud adecuados, o la deficiente interlocución con el personal de salud; lo que permitirá la instrumentación de estrategias que satisfagan adecuadamente esas necesidades. De esta forma se pretendió responder en: insumos para la salud y equipamiento; personal de salud que atiende a la población y, los mecanismos de interlocución que faciliten el acceso de la población a los servicios de salud.

Por lo tanto, el derecho a la protección de la salud en poblaciones indígenas adquiere una relevancia importante, al conjugarse una serie de elementos que han hecho que los indígenas sean vulnerados social, económica y políticamente, en condiciones de desigualdad e inequidad en relación con el resto de la población no indígena, lo que ha conllevado a un grave discriminación y violaciones a sus derechos.

Finalmente, de acuerdo con una investigación que llevo a cabo la Universidad de Chapingo sobre el Análisis del Acceso y Uso Efectivo de los Servicios de Salud de la Población Indígena Afiliada al Seguro Popular" en el 2010 se llegaron a las siguientes observaciones:

Los resultados obtenidos comprobaron que "el acceso y uso efectivo de los servicios de salud del Seguro Popular, están influenciados por la presencia interrelacionada de factores adversos de carácter físico-geográfico, económico, sociocultural y funcional o administrativo, que aparecen en diferente grado obstaculizando o limitando el acceso de la población indígena a los servicios de salud", sin embargo, son estos últimos los que más explican el grado de acceso y uso de los servicios de salud.

Los factores funcionales o administrativos son para el 49.5% de la población entrevistada en ese estudio, los que más influyen en el acceso y uso de los servicios de salud. Estos se refieren a la baja disponibilidad de infraestructura física, la deficiente distribución y abasto de medicamentos, las deficiencias en la capacidad instalada de los centros de salud (infraestructura, equipo y materiales) y a la limitada disponibilidad de los servicios de salud, desde el punto de vista de recursos humanos (insuficiencia de personal capacitado), como del funcionamiento de los servicios de salud (días y horarios de atención). Los servicios de salud no son adecuados ni suficientes para responder de manera adecuada y oportuna a la demanda de atención de la población en las regiones indígenas.

Las deficiencias funcionales o administrativas también explican de manera significativa la existencia de barreras económicas para el 40.9% de la población entrevistada. Se trata fundamentalmente de los casos en los que la población tiene la necesidad de adquirir medicamentos o de practicarse estudios, análisis clínicos o rayos X y no son proveídos en los centros de salud u hospitales, debido a la falta de abasto y de capacidad instalada en los mismos, o bien, cuando paga por los medicamentos o servicios ante el desconocimiento de su gratuidad en el Seguro Popular.

En general, la condición etnolingüística de la población, la desconfianza hacia la medicina alópata y la preferencia por la medicina indígena tradicional, el arraigo de los usos y costumbres, así como la presencia de discriminación por la condición indígena y por género, representan para el 28.9% barreras socioculturales para el acceso a los servicios de salud. Para el 22.3% de los afiliados, las barreras físico-geográficas relacionadas con la distancia, la escasez de transporte, las condiciones de las vías de comunicación, limitan su acceso a los servicios de salud.

Coneval: Diagnostico del Derecho a la Salud 2018

En 2018, las unidades de hospitalización suman un total de 4,571 en el sector público en todo el país; 97.7 por ciento de estas se encuentran en localidades urbanas y solo 1.5 por ciento en poblaciones rurales, un poco menos de cuatro unidades por cada 100,000 habitantes. Si bien,

su alta concentración urbana podría determinar desigualdades entre localidades y regiones del país, esto no debe entenderse como un llamado a expandir la oferta hospitalaria de forma improvisada a las regiones más dispersas del país, sino, por el contrario, a promover una adecuada planeación de la infraestructura sanitaria que sea accesible, asequible y con calidad para toda la población sin importar la localidad en que habite.

Al analizar las principales causas de mortalidad por tipo de localidad en 2016, se observa que el patrón es igual para ambos tipos de localidades en las dos principales causas: enfermedades del sistema circulatorio y enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas; sin embargo, las causas externas de morbilidad y mortalidad (incluye accidentes de transporte por agua, terrestre, aéreo y espacial, caídas, entre otros) se colocan como la tercera causa de muerte en las comunidades rurales y la quinta en las urbanas. De igual modo, aparecen los síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte, como séptima causa de muerte entre la población de comunidades rurales; una explicación posible para este hallazgo es la dificultad que experimenta la población que habita en comunidades rurales para acceder a tecnología y personal capacitado de auxilio diagnóstico, lo que puede obstaculizar la correcta identificación de alguna patología que ocasione al final el deceso.

Un grupo históricamente discriminado es, sin duda, la población de habla indígena; una gran parte de la población nacional con esta característica se concentra en comunidades rurales del país. Para analizar las brechas que pudieran estar presentes en la salud de estos grupos, se analizaron las principales causas de mortalidad entre las localidades que reportaron estar compuestas por 70 por ciento o más de población indígena frente a las que no reportan población indígena alguna.

En este caso, se encontró que en las localidades mayoritariamente indígenas las primeras tres causas de muerte fueron las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus y los tumores malignos, datos que coinciden con las principales causas de muerte a nivel general. Sin embargo, las muertes por enfermedades del hígado ocuparon el cuarto lugar en las localidades de mayoría indígena y el sexto en el grupo contrario; como novena causa de

muerte aparece la desnutrición y otras causas nutricionales, las cuales no figuran entre las diez principales relativas a las localidades sin población indígena.

Lo anterior apunta a que en estas localidades las enfermedades relacionadas con los estilos de vida (diabetes mellitus y enfermedades del hígado por ingesta alcohólica) pueden estar teniendo un impacto superior en la población general; de igual forma, persisten las muertes por desnutrición y otras deficiencias nutricionales, lo que indica la existencia de condiciones que vulneran no solo su derecho a la salud, sino también el derecho a llevar una alimentación adecuada y de calidad (Coneval, 2018)

Cuadro. Principales causas de mortalidad general por localidades, según el grado de concentración de población indígena, 2016.

Lugar	70% o más de población indígena		Sin población indígena	
	Causa	Porcentaje	Causa	Porcentaje
1	Enfermedades del corazón	19.9	Enfermedades del corazón	20.2
2	Diabetes mellitus	11.8	Accidentes	15.7
3	Tumores malignos	8.7	Agresiones (homicidios)	10.3
4	Enfermedades del hígado	7.6	Tumores malignos	8.5
5	Enfermedades cerebrovasculares	5.7	Diabetes mellitus	8.3
6	Accidentes	4.9	Enfermedades del hígado	5.8
7	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma	3.3	Enfermedades cerebrovasculares	3.4
8	Neumonía e influenza	3.1	Neumonía e influenza	3.1
9	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	2.5	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma	2.6
10	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	1.1	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	1.0

Fuente: Elaboración de Coneval con base en la Secretaría de Salud (2018c).

Nota: Las localidades según residencia de la población indígena es la clasificación de las localidades según el grado de concentración de población indígena; las categorías son: 40 a 69 por ciento de población indígena; 70 por ciento o más de población indígena; con 5,000

indígenas o más; con población indígena dispersa o lenguas minoritarias; con población indígena dispersa; sin población indígena; no disponible.

Por lo tanto, desde el estudio antes mencionado, se consideró lo siguiente:

- ✓ Implementar políticas públicas dirigidas a los pueblos indígenas que contribuyan a mejorar sus capacidades para competir en el mercado laboral y así, además de impulsar el empleo de calidad, puedan acceder a la seguridad social.

- ✓ Diseñar e implementar políticas públicas que respeten los patrones culturales y tradiciones de los pueblos indígenas que, además, promuevan sus valores culturales como fuente de identidad (Coneval, 2018).

CONCLUSIONES

¿Es lícito confundir la prosperidad de una clase con el bienestar de un país?
Eduardo Galeano

En esta última parte de la investigación, el desarrollo de las conclusiones se presenta de manera sintética e integrada con base la pregunta de investigación y en los objetivos planteados, con la finalidad de comprobar la hipótesis. Se espera que los siguientes argumentos sirvan para nuevas reflexiones en el campo académico y para posteriores investigaciones.

Antes de comenzar con las conclusiones de esta investigación, es importante hacer referencia a que el siglo XX se caracterizó por el desarrollo de las ciencias y la tecnología, así como por la mejora y trasformación de los sistemas de comunicación, el desarrollo de los Derechos Humanos y el crecimiento espectacular de la riqueza de una minoría de personas a nivel global. En el campo de los avances de la medicina, a más de cien años la sociedad transitó del uso de los primeros antibióticos al de la nanotecnología y otros descubrimientos. En materia de salud, la disminución de la mortalidad general e infantil fue uno de los logros más destacados; en algunas partes del mundo se eliminaron algunas formas de morir y enfermar. Otras infecciones mortales fueron erradicadas definitivamente; así como entre el inicio y el final del siglo, la esperanza de vida al nacimiento se elevó casi tres veces y los servicios esenciales de salud lograron alcanzar a una parte importante de los seres humanos (Garrido y Pineda, 2011).

Siguiendo a Pineda y Garrido, se menciona que, a pesar de estos avances, muchas de las desigualdades sociales presentes a lo largo del tiempo y en la actualidad, continúan siendo una tarea pendiente en una parte importante del mundo; y las diferencias sanitarias entre estratos sociales permanecen y se han acentuado. En varios países el fracaso para mejorar las condiciones de vida de la población y distribuir de manera equitativa la atención médica es incuestionable, lo que ha convertido a las acciones, políticas y programas de salud en un componente fundamental y estratégico para el desarrollo.

Por lo tanto, la salud de acuerdo con López y López (2015) se presenta como *un asunto que atañe a todos*; inevitablemente en el ámbito de lo colectivo-público-social, ha transitado históricamente por continuos movimientos sociales que establecen diversas prácticas sanitarias derivadas de las diferentes articulaciones entre sociedad y Estado, las que definen en cada coyuntura la respuesta social organizada frente a las necesidades y problemas de salud de cada época (López, Puentes y López, 2011).

En este contexto, si bien existen avances en materia de Derechos Humanos para los pueblos indígenas de México desde el orden internacional y nacional; es vital seguir fortaleciendo sus condiciones materiales y de acceso a la justicia. Ya que la desigualdad estructural que caracteriza a esta población, se expresa en los contrastes de condiciones de vida y de salud al resto de la población no indígena, por lo tanto, esta situación limita el Derecho a la Salud. De igual forma, esta población presenta falta de acceso regular a los servicios de salud en cuanto disponibilidad, cobertura y acceso por la heterogeneidad entre municipios y regiones.

A continuación, se presentan las siguientes conclusiones en función de los objetivos específicos:

El tema de la salud desde la perspectiva de los Derechos Humanos, ha cobrado relevancia en los últimos años. El Derecho a la Salud de los pueblos indígenas se encuentra señalado en los principales acuerdos internacionales de los Derechos Humanos, particularmente está ubicado dentro de los derechos económicos, sociales y culturales, los DESC. Los principales instrumentos internacionales y nacionales crean obligaciones jurídicas para el cumplimiento del Derecho a la Salud de los pueblos indígenas de México y son mecanismos jurídicos que posibilitan la exigibilidad del Derecho a la Protección de la Salud tanto en la parte jurídica como política para los pueblos indígenas.

El Derecho a la Salud para esta población adquiere relevancia en nuestro país, ya que México ocupa el 8vo lugar en el mundo entre los países con la mayor cantidad de pueblos indígenas y es el segundo país de América después de Perú con el mayor volumen de población de

origen étnico, la cual reside fundamentalmente en zonas rurales y de alta marginación (CDI, 2017). Los menores de 15 años representan 31.8% de la población indígena; el grupo 15 a 64 años constituye 60.7% y la población adulta mayor representan 7.4%. En contraste, a nivel nacional la proporción de estos grupos de edad es 27.4, 65.4 y 7.2%, respectivamente (CDI, 2015).

El Estado desempeña un papel central en el cumplimiento, garantía, protección y promoción del Derecho a la Salud, se ha comprometido además a garantizarlo al firmar una serie de convenios y pactos internacionales de derechos humanos, sin embargo, y para sortear el vacío entre lo que se da en la teoría y se hace en la práctica, será necesario el promover la exigibilidad y justiciabilidad del Derecho a la Salud, tanto entre los pueblos y comunidades como con la sociedad civil, tomadores de decisiones, planeadores y ejecutores de las políticas sociales, en aras de la construcción de una urgente política intersectorial en salud con la participación de los pueblos indígenas. Por consiguiente, son vitales los siguientes puntos:

- ✓ Reivindicar el Derecho Humano a la salud, implica una transformación social, cultural y política de todas las personas en México, para que se constituyan en ciudadanas y ciudadanos que exijan la realización de este derecho.
- ✓ Los pueblos indígenas tienen un enfoque distinto sobre la vida y por lo tanto sobre la salud. Por esta razón los países necesitan compatibilizar conceptos y visiones que entre otros aspectos incluyen el ejercicio del poder, la visión sobre la economía, la visión de desarrollo, y el concepto de salud a partir de un diálogo que enfatice en puntos comunes.
- ✓ Frente al reconocimiento, protección y garantía de los Derechos Humanos, incluido el Derecho a la Salud, los pueblos indígenas tendrán que pasar por un cuestionamiento crítico al Estado y hacia sus políticas sociales homogéneas y excluyentes, así como al discurso hegemónico de la política neoliberal de los Derechos Humanos; para entonces, los mismos pueblos y comunidades hacer de los derechos fundamentales realmente una bandera de lucha, más cotidiana, más operacional, planteada más desde las propias necesidades de los pueblos para la generación del buen vivir.

La DNUPI constituye el nuevo estándar para la protección de los derechos humanos de los pueblos indígenas y representa un cambio de paradigma con respecto a la visión tradicional de los derechos humanos. ¿Se cumplen en México los derechos adquiridos en esa declaración? Efectivamente, la Declaración es un instrumento importante para la lucha de los pueblos indígenas, pero hasta ahora no ha sido suficiente para mejorar su situación, simplemente porque los Estados no cumplen con lo que establece.

En México estamos muy lejos de que se cumplan los derechos establecidos en la Declaración. Todavía no está presente en las leyes, ni en las Constituciones de todos los estados que tienen un número importante de esta población, no hay avances en la armonización legislativa que se han ofrecido en anteriores sexenios y en la cotidianidad los derechos indígenas continúan siendo violados. Como afirma Tauli-Corpuz en la relatoría que llevó a cabo: "Los pueblos Indígenas nunca dejarán de defender sus derechos y sus tierras. La Declaración fue un paso adelante para los pueblos indígenas, sin duda, pero sus derechos aún no están plenamente respetados y protegidos. Seguiremos luchando por nuestras tierras, que siempre serán más preciosas para nosotros que el oro".

Además, temas como el reconocimiento a la libre determinación en el Artículo 3, marca el derecho a elegir un desarrollo cultural, político y económico de acuerdo con sus intereses. Y que en la realidad tal derecho no se cumple, ya que los pueblos indígenas están sujetos a geopolíticas estatales que preestablecen el cómo manejar el territorio. Los pueblos indígenas deben tener la capacidad de decisión sobre sus territorios, ya que eso tiene injerencia en sus modos de vida y de salud. Por lo tanto, se hacen necesarias medidas de armonización de los sistemas de justicia e instituciones indígenas con la estructura institucional en todo el país y en el sistema de justicia para asegurar que los pueblos indígenas puedan acceder a ella sin discriminación.

Se concluye con los siguientes datos, que ilustran la realidad que viven los indígenas en México:

- ✓ En el mismo estudio se registró que para 51% de los entrevistados los derechos humanos de los indígenas no son respetados y para 35% son respetados sólo en parte (UNAM, 2015).
- ✓ 57.2% de los entrevistados coincidieron que en México la vida es más difícil para los indígenas (UNAM, 2015).

Y posteriormente se pasa a la siguiente reflexión, con base en la pregunta ¿Cuáles son las condiciones de vida y de salud de los pueblos indígenas en México?

En el territorio nacional 75% de las y los indígenas se concentraban en 8 entidades federativas: Oaxaca (24.4%), Chiapas (14.2%), Veracruz (9.2%), Estado de México (9.1%), Puebla (9.1%), Yucatán (8.8%), Guerrero (5.7%) e Hidalgo (5.0%). En el otro extremo, los 6 estados que menos indígenas tienen son Guanajuato, Baja California Sur, Coahuila, Colima, Aguascalientes y Zacatecas. En ellos se ubica apenas 0.78% del total de esta población (CDI, 2017). Los indígenas representan y son una relación social; si se pretende impactar y cambiar sus condiciones de vida porque son pobres y tienen las peores condiciones sociales en nuestra sociedad, desde el Estado y la colectividad se deben plantear las relaciones sociales en las cuales existen los indígenas y modificar esta relación que, estructuralmente, es la que construye las condiciones sociales que los colocan en plano de desventaja, no se trata de cambiarlos, como si el ser indígena fuera en sí un problema por sí mismo.

La población indígena en el país, generalmente asentada en localidades rurales, suele vivir en condiciones precarias en materia de educación, vivienda, infraestructura y servicios básicos. Para ello, se aborda la siguiente numeralia:

- ✓ El 76% de la población indígena no puede satisfacer con su ingreso el conjunto de necesidades de alimentación, bienes y servicios básicos frente a 50% de los no indígenas (Coneval, 2015).
- ✓ La probabilidad de caer en pobreza en hombres y mujeres indígenas es de alrededor de 38%, casi el doble que la no indígena (20%), sólo por el hecho de serlo (CDI-PNUD, 2010).
- ✓ En pobreza extrema estaba 31.8% de los indígenas frente a 7.1 de los no indígenas (Coneval, 2015).
- ✓ 79.4% de los indígenas mexicanos sufrían carencia por acceso a seguridad social frente a 56% de los no indígenas (Coneval, 2015).
- ✓ En servicios básicos de la vivienda 61% tenía carencias mientras que solamente 17% de los no indígenas sufría esta carencia (Coneval, 2015).
- ✓ Entre 2012 y 2014 el porcentaje de indígenas presentaban carencia por acceso a la alimentación creció 5 puntos porcentuales, pasó de 34 a 39% (Coneval, 2015).
- ✓ El porcentaje de no indígenas que registró carencia por acceso a la alimentación bajó de 22.1 a 21.7% en el mismo periodo (Coneval, 2015).

- ✓ El 44% de los indígenas no puede siquiera adquirir la canasta alimentaria básica frente a 18% de los no indígenas (Coneval, 2015).

Este panorama adverso debe sumarse también deficiencias en diversos ámbitos sanitarios: un estado de salud precario, falta o dificultad de acceso a servicios, una cobertura ineficaz, la falta de infraestructura y además falta de participación de los propios pueblos indígenas en la agenda referente a la materia, no dejan quitar el dedo del renglón: en la población indígena persiste una condición de desventaja para poder alcanzar un mayor nivel de bienestar y poder de decisión, señala el último Informe sobre Desarrollo Humano de los Pueblos Indígenas en México, del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2010). A su vez, las condiciones materiales de existencia son las que determinan las condiciones de salud, y en sus condiciones predomina la marginación, la exclusión, y una deficiente situación socioeconómica, por eso estos grupos tienen una calidad de vida y salud deterioradas.

El Coneval identifica los siguientes retos que el Estado mexicano tiene en materia de combate a la pobreza de los pueblos indígenas:

- ✓ Lograr un crecimiento del ingreso adecuado, incluyente y sostenido.
- ✓ La política pública debe fortalecer la atención del conjunto de carencias sociales, particularmente aumentar el ingreso de las familias y ampliar la cobertura de la seguridad social. Estos últimos son los dos retos más importantes de las políticas públicas encaminadas a disminuir la pobreza.
- ✓ Es prioritario abatir las desigualdades territoriales y entre grupos de población, en particular la población de mujeres indígenas que viven en zonas rurales.

Desde estos puntos que identifica Coneval, el Estado debe crear políticas sociales que incluyan estos puntos con la finalidad de crear mecanismos que aseguren la incorporación de los pueblos indígenas, en la representación de políticas públicas inclusivas que mejoren sus condiciones estructurales de vida.

Y se cierra este capítulo con la siguiente pregunta ¿Cuál es la política de salud implementada por el Estado para brindar atención a los pueblos indígenas en México?

Habitualmente las regiones en las cuales la mayoría de habitantes son indígenas, han sido poco atendidas o considerablemente excluidas por los servicios de salud. Y esto está aunado a que los rezagos sociales y económicos de estos pueblos no han cambiado demasiado. Siguen persistiendo mecanismos de explotación y discriminación. Uno de los principales factores que ponen en situación de vulnerabilidad a los pueblos indígenas es la atención en salud, por la forma en como son tratados y concebidos. El 80% de la población que vive en hogares indígenas declaró estar afiliada a algún servicio de salud y el 72.6% está afiliada al Seguro Popular y menos de uno por ciento a alguna institución privada (CDI, 2015).

Las desigualdades e inequidad sanitaria que afecta a los indígenas, podrían evitarse a través de la formulación de políticas públicas y programas que abarquen al conjunto de la sociedad, que tengan un compromiso de trabajo con la niñez, juventud y gente de la tercera edad, dentro de una visión de comunidad y permitan influir en los determinantes sociales de la salud y mejorar la equidad en salud, como respuesta a una vida digna. Así pues, es esencial promover acciones que lleven a caminar hacia políticas de salud en las cuales se brinde el reconocimiento científico a la Medicina Tradicional que impliquen el asumir la perspectiva de unos y otros con diálogo y respeto en el abordaje de las inequidades sociales.

Es vital crear el espacio y la capacidad institucionales que permitan combatir con eficacia la inequidad sanitaria hay que invertir en la formación de los responsables de la formulación de políticas y de los profesionales de la salud, y explicar a la población qué son los determinantes sociales de la salud y generar una agenda de investigación. Esta es una agenda pendiente que deberá contener temas que requieren ser profundizados y comprendidos desde la perspectiva indígena y desde un Marco Referencial de la Medicina Social en la cual se supere el enfoque biologista de la salud y tiendan a reconocer la salud como un Derecho Humano y fundamental, que se insista en la necesidad de transformar las estructuras económicas y políticas para superar las desigualdades sociales y alcanzar la salud y el bienestar para todos.

Es importante el trabajo que se ha realizado a partir del Seguro Popular, como un mecanismo de exigibilidad del Derecho a la Protección de la Salud, ya que en su momento fue

considerado como prioridad nacional: dar acceso de atención a la población indígena, que representa los grupos con mayor marginación de servicios básicos, especialmente los de salud, constituyéndose de esta forma en los más vulnerables a las enfermedades.

Pero es tiempo de ir creando nuevas formas de atención en donde se refuerce la Medicina Tradicional y una nueva relación entre pueblos indígenas y el Estado, desarrollando acciones e iniciativas para que estas prácticas de origen ancestral que persisten sean revalorizadas y se retomen en la conformación de un Sistema Integral de Salud Comunitaria, cimentado en la autonomía y revalorización de las estructuras de convivencia de los pueblos. Con la finalidad de facilitar el intercambio de experiencias y saberes entre los pueblos indígenas; además de impulsar la definición de propuestas de acción y colaboración institucional desde las propias comunidades, a fin de revalorar, fortalecer y promover el ejercicio de las distintas manifestaciones y prácticas de la Medicina Indígena Tradicional.

BIBLIOGRAFÍA

Aguirre, G. (1994). *Antropología Médica*. México: Fondo de Cultura Económica-Instituto Nacional Indigenista- Universidad Veracruzana.

Amoroz, I. (2011). *El Derecho a la Salud en Comunidades Indígenas del Estado de Chiapas*. Revista Pueblos y Fronteras Digital, 6(11), undefined-undefined. fecha de Consulta 5 de septiembre de 2019. ISSN: 1870-4115. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=906/90618647002

Anaya,J.(2004) "*Pueblos indígenas, comunidad internacional y derechos humanos en la era de la globalización*", Avances en la protección de los derechos de los pueblos indígenas, Fernando Mariño Menéndez y Daniel Oliva Martínez, Madrid, Dykinson.

Breihl, J. (2003): *Epidemiología Crítica*. Ciencia Emancipadora e Interculturalidad. Buenos Aires: Editorial.

Bielschowsky, R.& Torres, M. (2018) *Desarrollo e igualdad: el pensamiento de la CEPAL en su séptimo decenio. 2008-2018*, Colección 70 años, N° 1 (LC/PUB.2018/7-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Camacho. F. (2017, 18 de noviembre). *Indígenas de México aún padecen exclusión, dice relatora de la ONU*. La Jornada, p. 3.

Campos, G. y Pérez, G. (2010). *Técnicas documentales y bibliográficas en la investigación*. México. Porrúa.

Carrasco, T. y Nahmad, S. (1997*). Perfil de los pueblos indígenas de México*. junio 03,2019, de BM-Sedesol Sitio web: https://salomonnahmad.files.wordpress.com/2012/02/02-perfil_nacional_es1.pdf

Chong, N. & Valdés, LM. (2016). *Ser indígena en México. Raíces y derechos*. Editorial: Universidad Nacional Autónoma de México: Instituto de Investigaciones Jurídicas.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2018). *Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018*. Ciudad de México: CONEVAL.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2018). *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2018*. Ciudad de México: CONEVAL. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/IEPSM/Documents/RESUMEN_EJECUTIVO_IEPDS2018.pdf

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2016). *Indicadores de Rezago Social 2015*. Presentación de Resultados. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Medicion/Documents/Indice_Rezago_Social_2015/Nota_Rezago_Social_2015_vf.pdf

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2011), México, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión.

Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo Humano (IDH-PI, 2006*). Informe sobre desarrollo humano para los pueblos indígenas*. CDI y PNUD. México.

Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, CDI (2013) *Programa Especial de los Pueblos Indígenas 2014-2018.* México.

Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, CDI. (2015). Indicadores Socioeconómicos de los Pueblos indígenas de México.

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/239921/01-presentacion-indicadores-socioeconomicos-2015.pdf

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, CONEVAL (2013). *Informe de pobreza en México 2012*. Consultado el 5 de febrero de 2015. Recuperado de http:// web.coneval.gob.mx/Informes/Pobreza/Informe%20de%20Pobreza%20en%20Mexico%202012/Informe%20de%20pobreza%20en%20M%C3%A9xico%202012_131025.pdf

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, CONEVAL (2013). *La pobreza en la población indígena de México, 2012*. Consultado el 5 de febrero de 2015. Recuperado de http:// http://www.coneval.gob.mx/Informes/Coordinacion/INFORMES_Y_PUBLICACIONES_PDF/POBREZA_POBLACION_INDIGENA_2012.pdf

Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (2107). *Encuesta sobre Discriminación en México*, México: Conapred. Recuperado el 15 de junio de 2019, de https://www.conapred.org.mx/userfiles/files/PtcionENADIS2017_08.pdf

Daes. (2000). Prevention of Discrimination and protection of indigenous peoples. New York: ONU.

Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (2010). *Encuesta Nacional sobre Discriminación en México*, México: Conapred. Recuperado el 15 de junio de 2019, de http://www.conapred.org.mx.

Del Popol, F & Reboiras L. (2014). *Los pueblos indígenas en América (Abya Yala) Desafíos para la igualdad en la diversidad*. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

De Sousa,B. (2014). *Si Dios fuese un activista de los Derechos Humanos*. julio 10, 2019, de Editorial Trotta Sitio web: https://elmundodelabogado.com/revista/libros/item/si-dios-fuese-un-activista-de-los-derechos-humanos

De Sousa,B. (2014). *Derechos humanos, democracia y desarrollo*. Bogotá, Editorial: Rústica.

Del Val, J.M. (2014). *México, Nación Multicultural*, mayo 05, 2019, de Coordinación de Universidad Abierta y Educación a Distancia-UNAM Sitio web: https://proyectos.cuaed.unam.mx/puic/moodle/pluginfile.php/25/mod_resource/content/382/index.html

Diario Oficial de la Federación (2014). *Programa Especial de los Pueblos Indígenas 2014-2018*. Recuperado en 04 de agosto de 2019. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5343116&fecha=30/04/2014

DOF (2007). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012). Evidencia para la política pública en salud. Inequidad persistente en salud en los pueblos indígenas: retos para el sistema de protección social. México: Instituto de Salud Pública.

Feo, O, Feo, C & Jiménez, P. (2012*). Pensamiento contrahegemónico en salud.* agosto 4, 2019, de Revista Cubana de Salud Pública Sitio web: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864 34662012000400011&lng=es&tlng=es.

Gaceta Oficial del Distrito Federal (2014). *Administración Pública del Distrito Federal*. DÉCIMA SÉPTIMA ÉPOCA.No. 1973 Bis.

Garrido, F., & Pineda, D. (2011). *Observatorio de la Salud Pública en México, 2010*. (1 ed.). México: Universidad Autónoma Metropolitana. Recuperado el 10 de junio de 2019, de http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/salud_publica/saludpublica_2010.pdf

Granda, E. (2004). "*ALAMES: Veinte años. Balance y perspectiva de la Medicina Social en América Latina*". IX Congreso Latinoamericano de Medicina Social la Salud: un derecho a conquistar. Lima 11 al 15 de agosto de 2004: 299-324.

González, O. (2019). *Derechos humanos y derechos fundamentales*. Hechos y Derechos, [S.l.], julio 2018. ISSN 2448-4725. Disponible en: https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/hechos-y-derechos/article/view/12589/14141>. Fecha de acceso: 26 julio 2019.

Gutiérrez Chong, Natividad. (2015). *Ser indígena en México. Raíces y derechos*. Encuesta Nacional de Indígenas, (Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales; 9) UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, México.

Gutiérrez, N. & Valdés, LM. (2015). Ser indígena en México. Raíces y Derechos. Encuesta Nacional de Indígenas. Universidad Nacional Autónoma de México: Instituto de Investigaciones Jurídicas.

González, J A. (1998) La reforma indígena: hacia una Constitución plurinacional y pluricultural", en varios autores, Ochenta años de vida constitucional en México, México: UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, p. 90.

Hall, JA y Ikenberry, GJ (1989). El Estado, México: Nueva Imagen, págs. 11-38.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. Cuarta edición. México, D.F.: McGraw Hill.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010) *Metodología de la Investigación*. Quinta edición. México, México. Editorial Mcgraw-Hill.

Hopgood, S. (2013). *The Endtimes of Human Rights*. Ithaca: Cornell University Press.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). *Encuesta Intercensal 2015*. Tabulados básicos.

INEGI (2005), *II Conteo de Población y Vivienda*, México.

INEGI (2010), *XIII Censo General de Población y Vivienda, Estadísticas a propósito del día Internacional de los Pueblos Indígenas*, Datos del Distrito Federal, México

Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J. & Emerson, M. (2002). *Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos, Temas de actualidad*, Current topics/Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health: 12(2), Panamá, pp. 128-136.

Jardón, M. (2004). *500 años de salud indígena*. México: Miguel Ángel Porrúa.

Jusidman, C. (2009*). Desigualdad y política social en México*. julio 05,2019, de Revista Nueva Sociedad No 220 Sitio web: https://nuso.org/articulo/desigualdad-y-politica-social-en-mexico/

Laurell A. (1982). *Salud - Enfermedad como proceso social*. agosto 5, 2019, de Cuadernos Médico Sociales Nº 19 Sitio web: http://www.ccgsm.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/laurell.pdf

Laurell, C. (1994). *Pronasol o la pobreza de los programas contra la pobreza*, Nueva Sociedad, n. 131, pp. 156-170.

Laurell, A. (2013). *Impacto del Seguro Popular en el Sistema de Salud Mexicano*. Buenos Aires: Colección CLACSO-CROP.

Leyva, R., Infante, C., Gutiérrez, JP y Quintino, F. (2013) I*nequidad persistente en salud y acceso a los servicios para los pueblos indígenas de México, 2006-2012*. Salud Pública de México, 55(2):123-128.

López O. y Blanco J. (2007). *Políticas de salud en México. La reestructuración neoliberal*, en: Jarillo E. y Ginsberg E. (Coords.) Temas y desafíos en salud colectiva, Lugar Editorial, Argentina, pp. 21-48

López, O, Puentes, E, & López, S. (2011). *Observatorio de la Salud Pública en México, 2010*. (1 ed.). México: Universidad Autónoma Metropolitana. Recuperado el 10 de junio de 2019, de http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/salud_publica/saludpublica_2010.pdf

López, O & López, S. (2015). *Derecho a la Salud en México*. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana.

López O. y Jarillo E. (2017) La reforma neoliberal de un sistema de salud. Evidencia del caso mexicano. Cadernos de Saúde Pública, Río de Janeiro, Brasil, 2017; 33 (7).

Lugo, MA. (2015). *El Derecho a la Salud en México. Problemas de su fundamentación*. México: Comisión Nacional de Derechos Humanos.

Oehmichen, C. (2005) Migración, género y relaciones interétnicas. Mazahuas en la Ciudad de México, IIA – PUEG / UNAM, 2005.

Oehmichen, C., Zabala, A., Aguilar., Zúñiga., F. (2012), Evaluación de la formulación y el diseño de la política de atención, promoción y garantía de derechos de pueblos y comunidades indígenas residentes en la ciudad y de reconocimiento de la diversidad urbana. Evaluación Externa, Evalúa D.F

Mandujano, A, Camarillo, L & Mandujano M.A. (2003). *Historia de las epidemias en el México antiguo Algunos aspectos biológicos y sociales*. julio 8, 2019, de Universidad

Autónoma Metropolitana Sitio Sitio web: http://www.uam.mx/difusion/revista/abr2003/mandujano.html

Martínez, J. (1986). *Study of the problem of discrimination against indigenous populations* (New York: ONU) UN Doc. E/CN.4/ Sub.2/1986/7.

Montiel.L. (2013). *La salud en México: Una perspectiva en México: Una perspectiva de Derechos Humanos*. Ciudad de México: Universidad Iberoamericana.

Offe, C. (1995). Un diseño no productivista para las políticas sociales. En: Lo Vuolo, R. (coord.) Contra la exclusión. La propuesta del ingreso ciudadano. Buenos Aires: Niño y Dávila Editores, 1995, págs. 83-107.

Organización de Estados Americanos (2017). *Departamento de Derecho Internacional*. Recuperado de https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html

Organización de Naciones Unidas. (2005). *Un concepto más amplio de la libertad: desarrollo, seguridad y derechos humanos para todos*. agosto 15, 2019, de Organización de Naciones Unidas Sitio web: https://www.un.org/ruleoflaw/es/rule-of-law-and-human-rights/

Organización de las Naciones Unidas. (2008). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, ONU.

Padrón, M. & Román, P. (2010). *Exclusión social y exclusión en salud: apuntes teórico-conceptuales y metodológicos para su estudio social*. Boletín mexicano de derecho comparado, 43(128), 815-843. Recuperado en 04 de junio de 2018, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0041-86332010000200008&lng=es&tlng=es.

PIDESC (1966), *Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, ONU.

Psacharopoulos, G. & Patrinos, H. A. (1994). *Indigenous People and Poverty in Latin America, and empirical analysis*. junio 10, 2019, de The World Bank Group Sitio web: http://documents.worldbank.org/curated/en/541051468757195444/Indigenous-people-and-poverty-in-Latin-America-an-empirical-analysis

Ramos, P. (2015). *Insuficiente y precario, así es el sistema de salud para indígenas*. Sin embargo.mx. Recuperado en 04 de agosto de 2019. Disponible en: https://www.sinembargo.mx/09-12-2015/1572972

Rodríguez, C. (2014). *Towards a Human Rights Ecosystem*. La Haya: D. Lettinga y L. van Troost.

Ramos, P. (2015,9 de diciembre). Insuficiente y precario, así es el sistema de salud para indígenas. Sin embargo.mx. Disponible en: https://www.sinembargo.mx/09-12-2015/1572972

Smeke,Y (2000). *La resistencia: forma de vida de las comunidades indígenas*. El Cotidiano, 16(99). Recuperado 15 de junio de 2019. ISSN: 0186-1840. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=325/32509909

Somolinos, M. (1992). *Las epidemias en México en el siglo XVI*. México: IMSS.

Stavenhagen,R.(1992). "*Los derechos de los indígenas: Algunos problemas conceptuales*", Ciudad de México, Nueva Antropología, vol. 13, N° 43.

Stavenhagen,R. (2008*). Los derechos de los pueblos indígenas: desafíos y problemas.* abril 17,2019, de Instituto Interamericano de Derechos Humanos Sitio web: http://www.corteidh.or.cr/tablas/r23714.pdf

Stavenhagen, R. (2010). *Los pueblos originarios: el debate necesario*. Buenos Aires; compilado por Norma Fernández. - 1a ed. Ediciones CLACSO.

Stavenhagen, R. (2001). *El derecho de sobrevivencia: la lucha de los pueblos indígenas en América Latina contra el racismo y la discriminación*. junio 13, 2019, de CEPAL Sitio web: https://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/sinsigla/xml/6/6826/P6826.xml&xsl=/mujer/tpl/p10f.xsl

Tamayo, M. (2002). *El proceso de investigación científica*. Ciudad de México,México:Limusa

Tetelboin, C. (1997). "*Problemas en la concepción de la práctica médica*". En: estudios de antropología biológica. Maestría en Medicina Social, UAM-Xochimilco. Pp. 48-510.

Tetelboin, C. (1992). *Actores sociales para el análisis de políticas públicas*. En: Eibenschutz, C. (comp.) Estado y políticas sociales en América Latina, México: FIOCRUZ/UAM-X, 1992, págs. 233-253.

Torres,JL.&Villoro,R.&Ramirez,T.,&Zurita, T.,&Hernández,P.,& Lozano,R.,& Franco.,F. (2003). *La salud de la población indígena en México*. junio 20, 2019, de Fundación Mexicana para la Salud, A.C. Sitio web: http://funsalud.org.mx/portal/wp-content/uploads/2013/08/00-PrimerasPortadillas-Caleidoscopio.pdf

UIP-ACNUDH (2016). *Derechos Humanos Manual para Parlamentarios N° 26*. Ginebra – Suiza: UIP-ACNUDH.

Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM, 2015), *Encuesta Nacional de Indígenas, los mexicanos vistos por sí mismos*. Los grandes temas nacionales, México, área de Investigación Aplicada y Opinión, Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, 2015.

Zalaquett Daher, J. (2008). *La declaración de Naciones Unidas sobre derechos de los pueblos indígenas*. Disponible en http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/126788