



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA  
UNIDAD XOCHIMILCO

---

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD  
DOCTORADO EN CIENCIAS EN SALUD COLECTIVA

DERECHO A LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS:  
ESTUDIO CRÍTICO DE LAS POLÍTICAS Y PRÁCTICAS DE LA  
SALUD INTERCULTURAL EN EL HOSPITAL COMUNITARIO DE  
TONALAPAN, VERACRUZ.

T E S I S

Que para obtener el grado de  
Doctora en Ciencias en Salud Colectiva

P R E S E N T A

Andrea Isunza Vera

COMITÉ DE TESIS:

Director:

Dr. José Arturo Granados Cosme

Asesores:

Dr. Roberto Campos Navarro

Dr. Benno George Álvaro de Keijzer Fokker

México, D.F.

Diciembre de 2015.

*A Marilyn (que nunca leerá esta dedicatoria)  
y Guillermo,  
mis compañeros de andanzas.*

*A mi colectivo de identidad familiar  
(por tiempo de conocernos):  
Ana María y Xavier  
Camen  
Eduardo y Ernesto  
Constanza  
Violeta  
Aitor  
Guiomar  
y Alaia.*

## AGRADECIMIENTOS

Para vivir esta odisea de tres años conté con la solidaridad de diferentes personas a quienes agradezco afectuosamente:

A mi madre, Ana María, por las asesorías sobre Derechos Humanos y todo lo relativo al marco legal que incluyo en este documento. Así como por sus múltiples enseñanzas de (y en) la vida misma.

A Xavier, mi padre, gran ejemplo de honestidad, responsabilidad e ingenio.

También a mi tía Carmen, por la escenografía de *Espectros* que me inspiró en las múltiples lecturas durante el primer año del posgrado y su apoyo en todo momento.

A Ivonne Roquet Villaveytia, mi primer referente de medicina alternativa oriental, por su solidaridad fraternal (*y sus agujitas*).

A Eloísa Serrano, *Elo*, mi contacto inicial en la UAM-X quien siempre, de buen humor y de forma ágil, resolvió mis dudas y peticiones.

Con aprecio a Oliva López Arellano, coordinadora del Doctorado, quien de forma amable y eficiente atendió mis incertidumbres y me impulsó a concluir con esta etapa.

Por sus aportes a este documento y su colaboración en mi trayecto por la UAM-X, a José Arturo Granados Cosme.

Mi especial agradecimiento a Roberto Campos Navarro, excelente persona y experto en Salud Intercultural de México y otras latitudes, por dedicarle tiempo en ultramar a la lectura de mi tesis, así como por sus comentarios, recomendaciones y sugerencias.

A Benno de Keijzer, con gran estima, por aceptar ayudarme en esta etapa académica y alentarme no sólo a no bajarme del tren, sino a continuar explorando nuevas rutas.

Mi gratitud y reconocimiento a Florencia Peña Saint Martin, quien siempre ha tenido la mejor disposición para contribuir en mi crecimiento y desarrollo profesional. Ahora no es la excepción al contar con su presencia como jurado.

A todos los profesores y compañeros del posgrado de la UAM-X que influyeron en mi formación académica y en el desarrollo de mi pensamiento crítico.

Por su ayuda en la negociación inicial para poder realizar mi investigación en el Hospital de Tonalapan, a Aimé López González.

A Adán Castillo Gómez, quien colaboró como facilitador intercultural realizando la recolección de información en el Hospital, concertando diferentes entrevistas, así como su apoyo en labores de observador e intérprete/traductor. Sus comentarios y observaciones analíticas siempre han sido de gran valor en nuestras charlas.

A las parteras de Huazuntlán, al personal del Hospital de Tonalapan que colaboró en el estudio, así como las pacientes y sus familiares, quienes compartieron sus saberes, sentimientos y pensamientos.

A todas las personas que de diferentes maneras estuvieron acompañándome en mi proceso de desánimo confiando en mi tozudez para concluir el posgrado.

Finalmente, al pueblo de México que, a través de una beca del CONACyT, invirtió tres años en mi manutención.

## RESUMEN

El propósito de esta investigación fue la identificación de las formas en que las políticas de salud intercultural, su implementación y las prácticas de interculturalidad, en el Hospital Comunitario de Tonalapan, promueven u obstaculizan la realización del derecho a la salud de los pueblos indígenas.

El presente trabajo es una investigación cualitativa interpretativista, desde un enfoque histórico-hermenéutico; relacional; y un posicionamiento crítico.

Para tal fin este estudio se dividió en tres fases: macro, meso y micro, cada una de ellas referentes a los ámbitos internacional y regional (Las Américas); federal y estatal (México y Veracruz); y, local (Hospital de Tonalapan y Huazuntlán). Se utilizaron dos tipos de estrategias: la investigación documental y el estudio de caso.

La pesquisa consistió, primeramente, en una revisión minuciosa y comprensión de los tratados internacionales y regionales sobre el derecho a la salud, en general, y sobre el derecho a la salud de los pueblos indígenas, especialmente. En un segundo momento, se revisaron las leyes, reglamentos, planes y programas, federales y del estado de Veracruz, concernientes a la salud intercultural. Y, por último, se llevaron a cabo entrevistas al personal de salud del Hospital de Tonalapan y a parteras tradicionales y mujeres, de Huazuntlán, que fueron atendidas durante el embarazo y parto, tanto por partera tradicional como en hospital.

La información obtenida en cada momento se analizó e interpretó tomando en consideración las categorías de interculturalidad, discriminación, procesos transaccionales y de hibridación.

Entre los resultados puedo mencionar la presencia de discriminación en las políticas y las prácticas de la salud intercultural, así como desconocimiento del concepto de interculturalidad y prácticas inadecuadas referentes a la salud con enfoque intercultural.

**Palabras clave:** Derecho a la salud, pueblos indígenas, salud intercultural, discriminación, interculturalidad.

## **SUMMARY**

The purpose of this research was the identification of the ways in which the policies of intercultural health, their implementation and the practices of interculturality, in the Community Hospital of Tonalapan, promote or hinder the realization of the right to health for indigenous peoples.

The present paper has a qualitative research and interpretivist approach, from a historical-hermeneutical; relational; and critical point of view

To this end this study has been divided into three phases: macro, meso and micro, each one of them relating to the international and regional levels (the Americas); federal and state (México and Veracruz); and, local (Tonalapan Hospital and Huazuntlán). Two types of strategies were utilized: documentary research and case study.

The screening consisted. First, in a thorough review and understanding of international and regional treaties on the right to health, in general, and on the right to health of indigenous peoples, especially. In a second phase, we reviewed the laws, regulations, plans, and programs, federal and the state of Veracruz, concerning intercultural health. And, finally interviews were conducted to the health staff of the Hospital of Tonalapan and traditional birth attendants and women of Huazuntlán, who were treated during pregnancy and childbirth, both by traditional midwife as in hospital.

The information obtained in each moment is analyzed and interpreted taking into account the categories of interculturality, discrimination, transactional processes and hybridization.

Among the results I can mention the presence of discrimination in the policies and the practices of intercultural health, as well as disregard for the concept of interculturality and inappropriate practices relating to health with an intercultural approach.

**Key words:** Right to health, indigenous peoples, intercultural health, discrimination, interculturalism.

# ÍNDICE

<b>AGRADECIMIENTOS.....</b>	<b>3</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>5</b>
<b>SUMMARY.....</b>	<b>6</b>
<b>ÍNDICE.....</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>9</b>
<b>I. DE CAMINO A ÍTACA: PRESENTACIÓN GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>18</b>
I.1 Planteamiento del Problema.....	18
I.2 Marco Referencial.....	23
I.3 Preguntas de Investigación.....	38
I.4 Objetivos.....	39
I.5 Metodología.....	40
<b>II. <i>EL SUR TAMBIÉN EXISTE</i>: CONTEXTUALIZACIÓN HISTÓRICO, SOCIAL Y CULTURAL DE LA SALUD INTERCULTURAL EN MÉXICO.....</b>	<b>69</b>
II.1 Población indígena: demografía, condiciones de salud y acceso a los servicios de salud.....	69
II.2 Antecedentes histórico-sociales y culturales de las políticas de atención a los pueblos indígenas y la salud intercultural en México.....	71
<b>III. <i>PARA VIAJAR LEJOS, NO HAY MEJOR NAVE QUE UN LIBRO</i>: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....</b>	<b>92</b>
III.1 Interculturalidad y salud intercultural.....	92
III.2 Modelos médicos, procesos transaccionales y de hibridación .....	96
III.3 Estado, políticas públicas y el enfoque intercultural en las políticas de salud.....	99
III.4 Derechos humanos, discriminación étnica o racial y derecho a la salud de los pueblos indígenas.....	105

<b>IV. ¿QUIÉN ME IBA A DECIR QUE EL DESTINO ERA ESTO?: RESULTADOS.....</b>	<b>120</b>
IV.1 Fase 1: nivel macro. Tratados internacionales y regionales.....	120
IV.2 Fase 2: nivel meso. Normatividad federal y estatal.....	133
IV.3 Fase 3: nivel micro. Testimonios.....	163
<b>V. PERDIMOS; OTROS GANARON: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....</b>	<b>193</b>
V.1 Fase 1: nivel macro. Comprensión del derecho internacional.....	193
V.2 Fase 2: nivel meso. Análisis crítico de la normatividad federal y estatal.....	198
V.3 Fase 3: nivel micro. Implementación de las políticas y prácticas de salud con enfoque intercultural en el Hospital de Tonalapan.....	213
<b>VI. ¿QUIÉN DIJO QUE TODO ESTÁ PERDIDO?...REFLEXIONES FINALES.....</b>	<b>227</b>
VI.1 Políticas públicas de salud intercultural en México.....	227
VI.2 Implementación de políticas de salud con enfoque intercultural en el Hospital de Tonalapan.....	230
VI.3 Modelos médicos hegemónico y subordinado: complementación, contradicción y conflicto.....	233
VI.4 Medicina intercultural: ideologías, saberes y prácticas de los actores.....	235
<b>PRÓXIMA ESTACIÓN: UTOPIA .....</b>	<b>240</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>241</b>
<b>ANEXO 1. GUÍAS DE ENTREVISTA.....</b>	<b>253</b>



## INTRODUCCIÓN

*La verdad está en el viaje, no en el puerto.*

*Eduardo Galeano*

Presento este informe de investigación recapitulando lo vivido y aprendido durante los tres años de estudiante de doctorado en la UAM-X; asimismo, comparto algunas reflexiones por las que inicié este viaje...y los diferentes caminos que fui recorriendo.

A pesar de mis amnesias temporales, me acuerdo que en aquellas sesiones presenciales, entre septiembre de 2012 y julio de 2013, tuve sacudidas neuronales, y una removida de emociones, recuerdos y sentimientos los que, generalmente, en los centros educativos convencionales permanecen estáticos...fue algo fundamental para no olvidar que somos seres vivos, seres humanos...personas que, en última instancia, somos curiosas que siempre nos vamos haciendo preguntas. Pero hay de interrogantes a interrogantes, en aquellos meses en que estaba diseñando el proyecto de investigación surgieron preguntas de esas llamadas ontológicas: ¿qué es el mundo? ¿qué es el mundo para mí? y ¿quién soy yo en el mundo? Qué difícil parecía la respuesta, parecía un ejercicio filosófico complejo y sí, lo era; sin embargo, pensando un poco fue posible configurar esta aventura, mirando qué había y cómo me relacionaba con eso que existía.

Entonces... el mundo, ¿qué es el mundo? Se puede decir que es el planeta donde habitan seres vivos y no vivos, una respuesta biologicista y materialista. Simple y concreta. Sin embargo, al preguntarme ¿qué es el mundo para mí? la respuesta la complejizo, pensándolo no sólo con base en mi educación académica, sino desde mi ideología, mi cultura, mis principios, mis creencias, mi postura ante el mundo...podría decir que el mundo para mí es un espacio donde se construyen relaciones humanas, en la que se forman sociedades con culturas, ideologías y lenguaje común. Estas sociedades al estructurarse se conforman en grupos diversos en la que se generan desigualdades y relaciones de poder. Existen sujetos pasivos y conformes con las formas de opresión y control por parte del Estado neoliberal y clase capitalista, pero

también existen las personas disidentes al sistema que se convierten en agentes que luchan por la justicia social.

Por tanto, ya metida en situación, en mi personaje de investigadora asumido e interiorizado, emergieron así las inevitables preguntas epistemológicas: ¿qué se puede conocer? ¿qué es cognoscible?, a lo que me respondí, la relación entre sujetos y aparato de Estado o instituciones; la percepción de los sujetos sobre su estado de salud o enfermedad; el proceso de los agentes para producir ciudadanía; lo que el Estado hace o no hace para la realización de los Derechos Humanos (acción u omisión); la construcción de significados de los sujetos para conformar pueblos o sociedades específicas; racismo, discriminación y violencia como expresión de las relaciones de poder, etcétera.

Tengo claro que algunas corrientes metodológicas dicen que no es conveniente tener un esquema preconcebido para darnos oportunidad de aprender y conocer sobre algo que no sabemos. Pero, sí es importante definir claramente la región epistemológica desde donde nos vamos a situar para conocer las cualidades del objeto de estudio. Utilizando el esquema de "*Herramientas de Identificación de Regiones Epistemológicas*"<sup>1</sup>, compartido por Coni Chapela, claramente me posicioné (y posiciono desde cualquier ámbito de mi vida personal, profesional, laboral y, ahora) como investigadora desde el campo de la Salud Colectiva en un lugar contrahegemónico.

Siempre me he colocado ahí en los diferentes espacios educativos por los que he pasado, por ejemplo, en la Facultad de Nutrición de la Universidad Veracruzana (UV), fui renuente a las formas establecidas de llevar a cabo las prácticas de nutrición comunitaria en las colonias aledañas a la escuela, con esa visión de superioridad de quien lleva la verdad. Desde entonces empecé a conocer y aplicar técnicas de Educación Popular en mi quehacer docente. Después hice un curso a distancia sobre Obesidad en la Universidad de Favaloro, en Argentina. Si bien el área clínica me agrada y la he ejercido como profesionalista, mi interés lo enfoqué hacia la desigualdad económica y social que genera la malnutrición.

---

1 Notas personales hechas durante el "Taller de Investigación Cualitativa", facilitado por Consuelo Chapela, en Seminario de Investigación. Junio y julio de 2013.

Posteriormente, en 2005, cuando estudié la maestría en Salud Pública en el Instituto de Salud Pública (ISP) de la UV., en tercer semestre, elegí la orientación en Epidemiología la cual me resultó, para mi pensar y sentir, demasiado biologicista e institucional. En ese entonces<sup>2</sup>, apareció en el plafón de anuncios del Instituto un cartel alusivo al Primer Congreso de Medicina Social y Salud Colectiva<sup>3</sup>, a llevarse a cabo próximamente en la Ciudad de México. Al llegar a la UACM, sede del Congreso, me encontré con mi ex profesor de Epidemiología de la maestría, Mauricio Mendoza<sup>4</sup>, quien en ese entonces era estudiante del doctorado en el que ahora estoy. Al verme mirando los libros de *Lugar Editorial*, me sugirió que comprara *La ciencia tímida*, de Naomar de Almeida y *Epidemiología Crítica*, de Jaime Breilh, para ir a discutir con mis profesores del ISP. No me lo dijo dos veces, devorándome los textos que pude conseguir en ese evento y un mes después en la Universidad Popular Madres de Plaza de Mayo, en Buenos Aires, además de las asesorías teórico sociales de un investigador del CIESAS-Golfo<sup>5</sup> presenté al ISP, desde la perspectiva de la epidemiología social (aproximándome a la epidemiología crítica), una investigación de corte cualitativo. Con dificultades, por ir contracorriente, terminé la tesis sobre obesidad en un contexto de pobreza y obtuve el grado<sup>6</sup>.

Para terminar esta semblanza de mi recorrido de formación académica, hago mención de la importancia que tuvo asistir a ese Primer Congreso de ALAMES, sección México para estar donde estoy, pues encontré un espacio de coincidencia, aprendizaje y desarrollo personal/profesional. Fue aquí donde conocí a Florencia Peña, quien me invitó a formar parte de la Asociación<sup>7</sup>, su confianza y apoyo, desde entonces, me ha impulsado a conocer y compartir todo esto que llamamos Medicina Social o Salud Colectiva.

---

2 Octubre de 2006.

3 Convocado por la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, sección México.

4 Después, fue jurado en mi defensa de tesis de Maestría y cuando le mencioné mi interés por estudiar el Doctorado en Salud Colectiva, me dijo que en la UAM-X me iba a sentir "como pez en el agua".

5 Witold Jacorzynski Ceran, *Witek*.

6 Cabe mencionar que presenté la primera tesis cualitativa en la orientación de Epidemiología en los 27 años desde la fundación del ISP. Al parecer, sentó precedente y ha habido en el ISP una apertura a epistemologías y metodologías distintas a las convencionales.

7 Además de participar como asociada, me integro como responsable del Núcleo Estatal Veracruz en el 2010, después como responsable de vinculación en la Mesa Directiva del 2010 al 2012.

Retomando la construcción de este trabajo, después de posicionarme en la región epistemológica contrahegemónica, pasé a construir mi objeto de estudio y, posteriormente, a definir el objetivo de la investigación, que dice: “Identificar las formas en que las políticas de salud intercultural, su implementación y las prácticas de interculturalidad, en el Hospital Comunitario de Tonalapan, promueven u obstaculizan la realización del derecho a la salud de los pueblos indígenas”.

Pero, entre ese ir y venir de recuerdos y sentimientos del que les comentaba al inicio, me preguntaba qué me mueve para conocer acerca de la llamada salud intercultural, en específico sobre las relaciones médico/paciente desde un enfoque intercultural. Y creo que no sólo es por haber estado trabajando cinco años en la Universidad Veracruzana Intercultural y haber conocido algunas políticas y prácticas, supuestamente interculturales, en los servicios de salud en ámbitos rurales indígenas; no, no es sólo por eso; pensé y corroboré que “la vivencia propia”, lo que nos encarna, lo que nos entra por los poros, es lo que motiva e impulsa como humanos ¿a qué me refiero? En mi experiencia, mi propia vivencia en diferentes ocasiones, como paciente/enferma, al acudir a recibir atención en los servicios de seguridad social de Cataluña durante los años que viví en Barcelona. Mi sensación fue de maltrato, a lo que después entendí como cultura diferente, percibí brusquedad por parte del personal de los servicios hacia mi persona. Además, casi recién llegada a vivir a Barcelona cuando me hablaban en catalán, no lo comprendía y menos si era con terminología médica. Si me hablaban en español, tampoco lo entendía por completo, ya que utilizan modismos *castizos* que no usamos en México. En una relación entre personas que hablan idiomas diferentes y con patrones culturales distintos, se da una relación de poder en el que uno será el dominante y el otro el dominado, excluido, discriminado. Se siente ajeno y extraño. Esta breve experiencia la retomo porque me parece un símil con la relación entre personal médico y un enfermo indígena que asiste a los servicios de salud en México. La relación fundamental que se establece en la llamada Salud Intercultural en México y otros países latinoamericanos.

Además, en mi carrera de enferma<sup>8</sup>, he recurrido a diferentes modelos médicos, articulando el hegemónico, el alternativo subordinado y la autoatención. Llevo dos terceras partes de mi vida conociendo y desconociendo terapias y terapeutas. En este peregrinaje tuve la oportunidad de conocer a Benno de Keijzer quien, desde 1995, fue mi médico, y ha sido mi profesor, colega y amigo.

En referencia al interés acerca de los derechos humanos, en general, y derechos económicos, sociales y culturales (ahora también ambientales), en especial el derecho a la salud ¿por qué? Bueno, desde 1986 cuando tuve acercamiento a la Comisión para la Defensa de los Derechos Humanos, A.C., en Xalapa y hasta la fecha, sigo convencida que los derechos humanos son una herramienta de defensa y justiciabilidad por la vida digna de los individuos y las colectividades.

### ***Organización del documento***

Antes que nada, reitero mi interés de conocimiento que, según Jürgen Habermas, (1) práctico, cuyo interés cognitivo es la interacción humana y el lenguaje y es conocido por las disciplinas hermenéuticas históricas; y, (2) emancipatorio, cuyo interés cognitivo por el poder será conocido por las ciencias críticas (empíricas e interpretativas).

Primeramente, organicé la investigación, definí el método y las estrategias.

El estudio se divide en tres fases, correspondientes a los ámbitos de interés: macro, meso y micro.

Ocupé de dos estrategias:

- ✓ Investigación documental (utilizada en los ámbitos macro y meso). Los documentos los recopilé básicamente de los sitios web de diferentes instancias. Y otros de mi propio acopio documental.
- ✓ Estudio de caso (enfocada en el ámbito micro). Esta estrategia se llevó a cabo en el Hospital de Tonalapan, municipio de Mecayapan, y la comunidad de Huazuntlán, ambos en el el estado de Veracruz.

---

8 "Carrera del enfermo" (Menéndez, 2009:29).

Para las entrevistas realizadas en el nivel micro conté con el acompañamiento y colaboración de Adán Castillo Gómez<sup>9</sup>, nahuahablante, nativo de Huazuntlán, quien tiene trato con el personal del Hospital de Tonalapan, parteras tradicionales y pacientes de la región. Asimismo, él realizó el trabajo de negociación de acceso con la mayoría de los informantes.

No obstante, preciso comentar que la situación de inseguridad y violencia que se vive en el estado de Veracruz, impidió terminar de realizar todas las entrevistas planeadas en un principio. Los secuestros, extorsiones y atentados son frecuentes en la región de estudio y algunos empleados del Hospital de Tonalapan han sido víctimas de la violencia. Por tanto, han tomado las medidas de no concertar citas con antelación, no otorgar entrevistas, cambiarse de centro de trabajo, etcétera. Por mi parte, atendiendo a mi seguridad personal, no insistí.

### ***Estructura del documento***

El documento lo dividí en seis capítulos:

En el capítulo primero se encuentra la presentación general de la investigación lo que nos permite entrar en situación. Aquí se encuentran el planteamiento del problema, así como el marco referencial, con lo cual surgen las preguntas de investigación y los objetivos. Asimismo, se describe la metodología que incluye los fundamentos teóricos metodológicos, así como las estrategias y técnicas metodológicas.

El segundo capítulo expone la contextualización histórico, social y cultural de la salud intercultural en México. En este apartado se exponen datos demográficos, condiciones de salud y acceso a los servicios de la población indígena. Además, se encuentran algunos antecedentes de las políticas y prácticas de la salud intercultural en México.

En el capítulo tres se presenta el marco teórico que, a su vez, se divide en cuatro apartados: a) Interculturalidad y salud intercultural; b) Modelos médicos, procesos transaccionales y de hibridación; c) Estado, políticas públicas y el enfoque intercultural en las políticas de salud; y, d) derechos humanos, discriminación étnica o racial y derecho a la salud de los pueblos indígenas. Es un marco teórico operativo

---

<sup>9</sup> Licenciado en Gestión Intercultural para el Desarrollo con orientación en Salud por la Universidad Veracruzana Intercultural sede Las Selvas.

que fundamenta las categorías de análisis, que son: interculturalidad, discriminación, procesos transaccionales y procesos de hibridación.

En el siguiente capítulo, el cuarto, se encuentran los resultados de la investigación. En el nivel macro se presentan artículos específicos de los tratados internacionales y regionales (de las Américas), mientras que el nivel meso se concentra la normatividad federal y estatal (Veracruz). Todo lo anterior relativo a la salud intercultural. Mientras que en el apartado correspondiente al nivel micro, circunscrito al ámbito local (Hospital de Tonalapan y Huazuntlán), se presentan doce estudios de caso de diferentes informantes trabajadores del Hospital de Tonalapan, parteras tradicionales que tomaron curso de capacitación impartido por personal del hospital mencionado y pacientes mujeres que tuvieron la experiencia de ser atendidas en el embarazo y parto tanto por parteras tradicionales como por personal de salud del Hospital.

El análisis de dichos resultados son comentados en el quinto capítulo. Se presentan en el mismo orden como se expusieron los resultados por niveles y ámbitos. Referente al nivel macro se hace una comprensión del derecho internacional. En el nivel meso se realizó un análisis crítico de la normatividad federal y estatal. Concretamente, se explica dicho análisis al ir contrastando el resultado con el marco teórico en específico atendiendo a las categorías de interculturalidad y discriminación. En cuanto al nivel micro, el análisis se enfoca a la contradicción, complementación y conflicto, que se puede presentar en las siguientes prácticas: 1) en la operatividad de políticas de salud intercultural en el Hospital de Tonalapan. Referente a la relación entre modelos médicos, hegemónico y subordinado; y, 2) en la interpretación de significados de actores. Relacionado con la interacción que se lleva a cabo en la medicina intercultural, en este caso durante el proceso de embarazo y parto. En ambos casos se confronta con cuatro categorías de análisis: interculturalidad, discriminación, procesos transaccionales y procesos de hibridación. En el sexto capítulo se expone puntualmente una recapitulación a manera de reflexiones finales.

Para mejor comprensión de la organización y la estructura del documento muestro un esquema en la página siguiente.

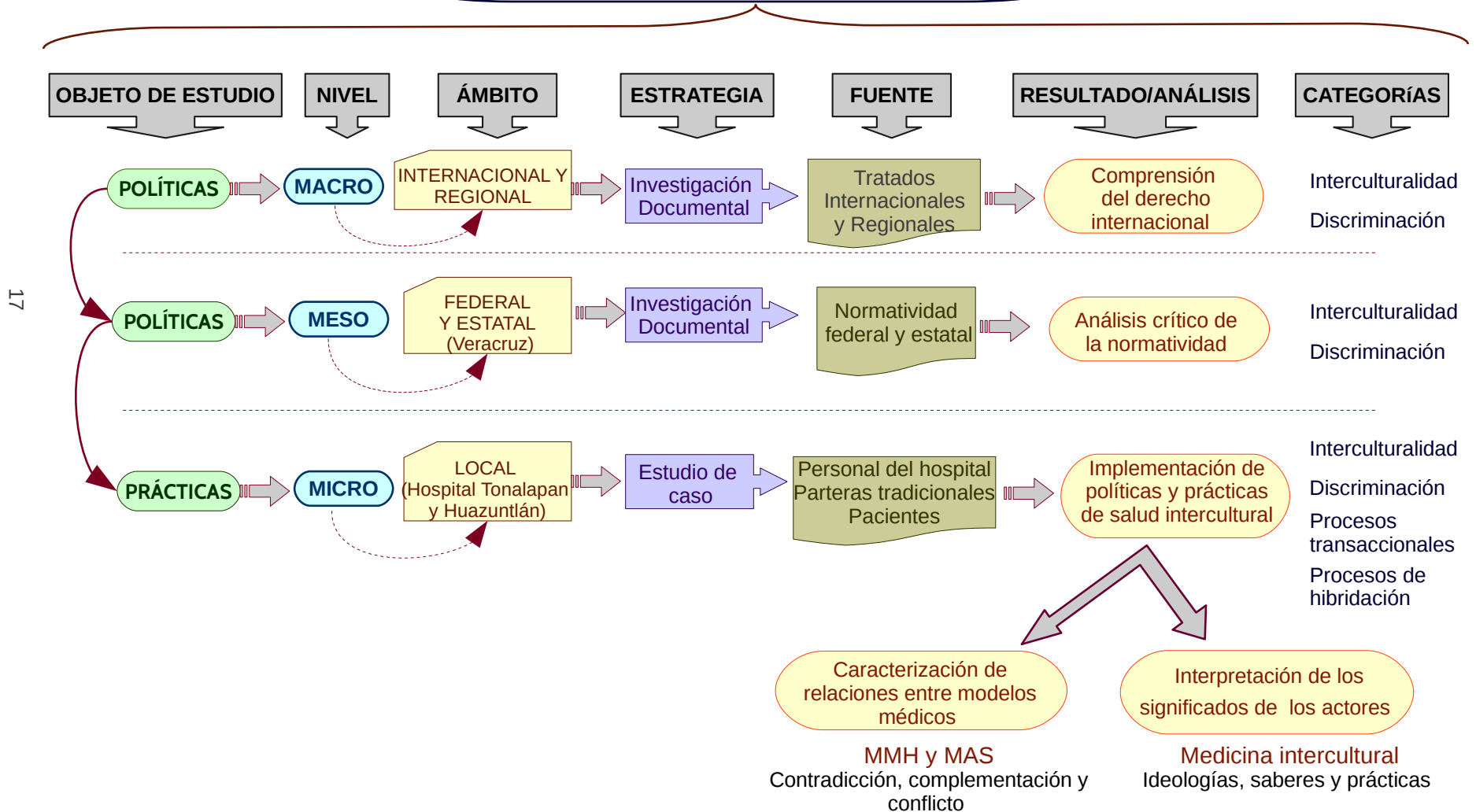
Finalmente, expongo algunas recomendaciones, utópicas quizá pero esperando, como dice Galeano, sirvan para caminar.

Ahora sí, les comparto lo vivido, aprendido y escrito en este viaje de tres años, en el que tuve el privilegio, en este mundo de desigualdad e injusticia, de contar con una beca del CONACyT para poderme dedicar por completo al desarrollo de la investigación e informe de la misma.



# DERECHO A LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

## SALUD INTERCULTURAL



## **I. DE CAMINO A ÍTACA: PRESENTACIÓN GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN**

### **I.1 Planteamiento del Problema**

De acuerdo con el artículo 4° de la Constitución Política de México, la protección de la salud es un derecho de todos los mexicanos. Sin embargo, no todos han podido ejercer de manera efectiva este derecho. El sistema mexicano de salud ofrece beneficios en salud muy diferentes dependiendo de la población de que se trate (Gómez-Dantés, Sesma, Becerril, Knaul, Arreola y Frenk, 2011:224).

En términos de la Ley General de Salud (LGS), este derecho constitucional es traducido por el Estado como el derecho de todos los mexicanos a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud (artículo 77 bis1 de la LGS). De esta forma, las familias y personas que no sean derecho-habientes de las instituciones de seguridad social, o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud, deben ser inscritas en dicho sistema (Ley General de Salud, 2014).

La universalidad a la que se refiere el Estado Mexicano es aquella que se puede alcanzar mediante un programa de acción de la política pública en salud, llamado “Seguro Popular”. De esta manera, para el gobierno mexicano la universalidad significa que todos tengan la opción de adquirir un seguro y no la garantía de tenerlo, ya que esto dependerá de la capacidad económica de la población (Montiel, 2004:312).

Entre rezagos y brechas, la discriminación en México sigue golpeando bajo a las personas y comunidades indígenas, siendo más palpables las violaciones cotidianas a sus derechos sociales como son la educación, salud, seguridad social, vivienda, servicios básicos y alimentación (CONAPRED, 2012:2).

Según la Encuesta Nacional sobre Discriminación en México, la ENADIS (CONAPRED, 2010:102), ocho de cada diez mexicanos manifiestan que no han sido respetados sus derechos por motivo de sus costumbres o su cultura, por su acento al hablar, por su color de piel, por provenir de otro lugar, por su educación, por su religión o por su forma de vestir. En la región de Tabasco y Veracruz casi seis de

cada diez personas de minorías étnicas reconocen la discriminación como su principal problema.

En cuanto a la opinión de las personas indígenas acerca de la tolerancia que tienen los servicios de salud hacia ellas, 65% considera que sí los son; y, sobre la igualdad de oportunidades (frente a las personas no indígenas) para satisfacer ciertas necesidades sociales, uno de cada cuatro dijo no tener las mismas oportunidades para tener acceso a servicios de salud (CONAPRED, 2010:54).

La Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha aceptado el reto de tratar el problema de la salud de los pueblos indígenas dentro de las políticas y los programas de acción de la Organización. Para tal efecto en la Resolución V. "Salud de los pueblos indígenas"<sup>10</sup> de fecha 28 de septiembre de 1993, el Consejo Directivo resuelve: 1) adoptar el Documento CD37/20, que describe la iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas (SAPIA) y el informe de la Reunión de Trabajo de Winnipeg<sup>11</sup> con las conclusiones y recomendaciones sobre las que se basa la iniciativa; 2) Instar a los gobiernos miembros que, entre otros, "promuevan el establecimiento o fortalecimiento de una comisión técnica de alto nivel u otro mecanismo de concertación que se considere apropiado, con participación de líderes y representantes de pueblos indígenas, para la formulación de políticas y estrategias, y el desarrollo de actividades de salud y medio ambiente dirigidas hacia poblaciones indígenas específicas"; y, 3) solicitar al Director, dentro de la disponibilidad de recursos, que promueva y ejecute lo conducente a fin de cumplir con las líneas de acción de la iniciativa SAPIA.

---

10 Ver Resolución V. "Salud de los pueblos indígenas" del Consejo Directivo de la OMS en URL:<http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/ResolucionVspan.pdf>

11 Del 13 al 18 de abril de 1993, a la invitación de la Organización Panamericana de la Salud, se llevó a cabo en la ciudad de Winnipeg, Manitoba, Canadá, una reunión de representantes de los pueblos indígenas del hemisferio, para discutir de la salud de sus comunidades, muy apropiadamente al inicio del Año Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo. Este fue el primer encuentro a nivel hemisférico con el propósito de permitir a líderes indígenas y a sus asociados en desarrollo, de estudiar a las prioridades sanitarias de los pueblos indígenas, exactamente 500 años después de la llegada de Cristóbal Colón a América. Abril 13-18, 1993 Villamaria, Winnipeg, Canadá. Ver Memorias de la Reunión en URL: [http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/2-Esp%20Actastallerhemisf\\_esp.pdf](http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/2-Esp%20Actastallerhemisf_esp.pdf)

Por tanto, con el reconocimiento de la diversidad cultural y la universalización de los derechos humanos, la OMS a través de la OPS ha trazado líneas generales para que los estados nacionales diseñen e implementen políticas interculturales de reconocimiento e integración al desarrollo de los pueblos indígenas. En el caso de la política de interculturalidad en salud le asignan a ésta un conjunto de atributos que son un aporte importante, respecto a los planteamientos que le dieron origen, impulsando su desarrollo y su actual vigencia; sin embargo se obvia el proceso conflictivo, antagónico, de hegemonía y subalternidad que se presenta entre dos o más culturas, para el caso de las respuestas sociales que las culturas desarrollan para enfrentar sus problemáticas de salud, dichos procesos se concretan en las relaciones contradictorias entre el Modelo Médico Hegemónico (MMH) y el Modelo Alternativo Subordinado<sup>12</sup> (MAS) en cuya dialéctica se gestan importantes dificultades para que los indígenas ejerzan su derecho a la salud. En esencia, el MMH intenta la exclusión ideológica y jurídica de los otros modelos alternativos, lo cual en la práctica social se resuelve por la apropiación y transformación de los mismos, que constituyen derivados conflictivos y/o complementarios del MMH (Menéndez, 1983:1).

Las políticas de salud adquieren concreción en las prácticas que se desarrollan en las instituciones sanitarias, en los servicios de salud (en tanto unidades operativas de las instituciones) y en las relación entre médicos y pacientes<sup>13</sup> de dichos servicios. Al

---

12 El Modelo Alternativo Subordinado integra las prácticas reconocidas como “tradicionales”, y clausura toda la serie de prácticas alternativas que se van constituyendo como dominantes y sintetizan y transforman inclusive a las llamadas prácticas tradicionales. Este modelo incluye prácticas médicas de alto nivel de complejidad y organización desarrollada hasta ahora al margen del sistema médico “occidental”, como la medicina ayurvédica o la acupuntura y herbolaria chinas (Menéndez, 1982:7). Para fines de este estudio, al referirme a la medicina tradicional, me enfocaré exclusivamente a la llamada medicina tradicional indígena mexicana considerada como el conjunto de sistemas de atención a la salud que tiene sus raíces en conocimientos ancestrales sobre la salud y la enfermedad que los diferentes pueblos indígenas y rurales de nuestro país han acumulado a través de su historia, fundamentados en una cosmovisión de la salud y enfermedad de origen prehispánico, que ha incorporado elementos provenientes de otras medicinas, como la medicina antigua española, la medicina africana y en menor medida por la interacción de la propia medicina occidental.

13 Actualmente se utilizan las palabras “usuario” y “cliente” en las áreas de los servicios sociales y de la salud comunitaria, con la intención de erradicar “paciente” como referencia a un sujeto pasivo y dependiente. No obstante la discusión terminológica, se hace referencia a paciente (del latín *patior, páteris, passus sum*, que significa padecer), las cuales remiten a un ser humano que sufre el dolor o el malestar, pero que tiene derechos a la atención y a la salud. En términos sociológicos

asumir en su diseño, el carácter intercultural, las políticas de salud se traducen en conflictos de distinta naturaleza que aportan al mismo tiempo, evidencia de las características de la compleja relación gestión/gobierno. Al interior de las políticas interculturales de salud hay por tanto, un conflicto de intereses donde el poder es una categoría central; por el otro, existen conflictos de orden epistemológico que determinan procesos cognitivos donde resulta necesario deconstruir la racionalidad que impregna los discursos y prácticas expresadas a nivel individual e institucional como obstáculo para las acciones destinadas a la disminución de las desigualdades (Spinelli, 2008:5). Las posiciones frecuentemente opuestas que existen en la forma en que la medicina científica y la medicina tradicional indígena, conciben la salud y la enfermedad y las formas prácticas en que intervienen sobre ellas, así como la forma en que construyen conocimiento al respecto, sería una primera relación conflictiva.

Por otra parte, la medicina científica actual, señala la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural de la Secretaría de Salud (2002:4), pasa por un proceso de deshumanización vinculado con el hecho de que en los planes de estudios de las carreras de las Ciencias de la Salud, en múltiples escuelas y facultades en el país, no se le dé la debida importancia a las dimensiones cultural, psicológica y social de su práctica, enfocando los mayores esfuerzos en brindar al personal en formación una visión basada en la dimensión biológica de los procesos de salud enfermedad y un énfasis en la intervención tecnológica, en detrimento de un enfoque que considere la transformación de las condiciones objetivas y subjetivas de vida de los sujetos y su contexto. Éste sería una segunda diferencia conflictiva entre el MMH y los MAS.

---

y administrativos, paciente es el sujeto que recibe los servicios de un médico u otro profesional de la salud. Es un ser humano, que además de tener derecho a la atención y a la salud, también tiene el derecho a ausentarse de sus actividades habituales y responsabilidades, tal como lo obliga, en cumplimiento de las recomendaciones médicas, el cuidado de la enfermedad.

Se puede decir, entonces, que aquel sujeto que acude diariamente a las instituciones de salud en espera de algo, es alguien que como paciente sufre la enfermedad y solicita el cuidado. Frente a él, otros, antes o después de cualquier consideración de realidades como el mercado, deberían, solícitamente, procurarle el cuidado que puedan, de la manera más satisfactoria posible. (Velandia, Ardón y Jara, 2007:148-149). Por tanto, en este documento me refiero a las personas que acuden a solicitar atención médica (alópata o tradicional indígena) como pacientes.

Además de las históricas desigualdades en sus condiciones de vida, el rezago en la cobertura de servicios médicos, los pacientes indígenas deben enfrentar la frecuente discriminación que prevalece en éstos. También se encuentran barreras lingüísticas y de comunicación que en muchos casos juegan un papel negativo, pero no definitivo, en la relación entre los pacientes indígenas con las instituciones, los servicios y los profesionales de la salud. De parte de los pacientes indígenas se manifiesta una resistencia al uso de los servicios, en especial, para cierto tipo de padecimientos o síndromes que sólo existen en la concepción tradicional y que no pueden ser catalogados con los esquemas de clasificación que ha desarrollado la medicina científica prevaleciente en los servicios, producto de las nociones distintas del proceso salud-enfermedad, que chocan y paradójicamente se complementan con los conceptos científicos que constituyen la alopátia moderna, lo que genera permanentemente relaciones contradictorias, de complementación y de conflicto (Menéndez, 1990).

Además, la negación y la falta de reconocimiento del modelo explicativo del paciente y sus familiares por parte del personal de salud genera severos conflictos interpersonales e interculturales que dificultan aún más la complicada posibilidad de ejercer el derecho a la salud. Campos-Navarro (2007:5) afirma que los médicos discriminan al paciente por ser indio, por no hablar español, por no saber de medicina científica, por emplear su medicina ritual y herbolaria, y por no saber comportarse en los centros de salud y hospitales.

El resultado es un desencuentro en el proceso caracterizado por la dominación y la subordinación en que pese a la preocupación por implementar políticas de salud con enfoque intercultural pervive el ejercicio del poder y en el que las desigualdades no alcanzan a resolverse.

Por lo anterior puedo vislumbrar que la discriminación y la desigualdad presentes tanto en las políticas de salud e implementación de las mismas como en la interacción entre médicos alópatas y médicos tradicionales o pacientes indígenas no permiten la garantía del derecho a la salud de los pueblos indígenas.

## **I.2 Marco Referencial**

En esta sección presento una síntesis de diferentes aportes científicos relacionados con el objeto de estudio. Los trabajos consultados los clasifiqué en tres apartados:

1. Políticas de salud intercultural y estudios conceptuales en México y Latinoamérica
2. Servicios de salud: implementación, experiencias y desarrollo del enfoque intercultural en México y Latinoamérica
3. Relación médico-paciente en México, Latinoamérica y Europa

### ***1.2.1 Políticas de salud intercultural y estudios conceptuales en México y Latinoamérica***

En el 2003, Alarcón, Vidal y Rozas, de la Universidad de la Frontera en Temuco, Chile, hicieron una reflexión sobre los elementos para la construcción de las bases conceptuales de la salud intercultural. Desarrollan conceptos como cultura y diversidad cultural, describen los sistemas médicos como sistemas culturales y la interculturalidad como proceso de acercamiento entre sistemas médicos. Como conclusión expresan que “la experiencia internacional ha demostrado la existencia de principios conceptuales que sustentan el desarrollo de modelos pluriculturales en salud. Entre éstos se encuentra el de reconocer a los sistemas médicos como complejos modelos de pensamiento y conducta, los cuales constituyen respuestas culturales al fenómeno universal de la enfermedad”. Un segundo principio reconoce la importancia de “mejorar los procesos de comunicación entre pacientes y profesionales, fenómeno que no sólo involucra al lenguaje como acto comunicativo sino también al conocimiento de los protocolos de relación cultural y social de los pacientes” (Alarcón, Vidal y Rozas, 2003:1065)

En Perú, Oswaldo Salaverry, Director General del Centro Nacional de Salud Intercultural del Instituto Nacional de Salud en Lima, publica un artículo, “Interculturalidad en salud”, en el que se plantean y discuten algunos de los múltiples problemas actuales vinculados a la interculturalidad como la identificación de los

indígenas y la relación entre derechos humanos e interculturalidad, para finalmente presentar una revisión de la génesis del concepto de interculturalidad en salud y una muestra de su complejidad de adaptación a la medicina científica a través de los conflictos que derivan del concepto de síndrome cultural. El autor concluye: “En el caso de los países latinoamericanos la interculturalidad en salud se incorpora en los países con población indígena en los últimos años, no como una expresión del desarrollo natural de la medicina sino como respuesta a las presiones sobre el sistema de salud para que atienda las demandas sobre el derecho de los pueblos indígenas a recibir una atención médica acorde con sus patrones culturales” (Salaverry, 2004:92-93). También menciona que “la interculturalidad en salud implica un cambio de paradigma del ejercicio médico, que es posible insertarlo en la recuperación de la tradición clásica de la medicina, que fue dejada de lado por el enfoque exclusivamente biomédico en el siglo XIX” (ibídem:93).

Asimismo, en Chile, Alarcón, Astudillo, Barrios y Rivas (2004), desarrollaron un estudio<sup>14</sup> descriptivo transversal y comparativo, realizado durante el período 2001-2002 con una muestra probabilística de 463 individuos divididos en: usuarios mapuches (n=399) y proveedores de Atención Primaria en Salud (n= 64) pertenecientes a 11 comunas de mayor concentración mapuche. Se compararon frecuencias y proporciones de las respuestas de ambos grupos. El análisis de los datos comprendió la caracterización y comparación de opiniones de proveedores y usuarios para cada uno de los siguientes dominios:

1. necesidad y justificación de una política de salud intercultural;
2. concepto de salud intercultural;
3. elementos simbólicos y prácticos necesarios para el desarrollo de una política de salud intercultural;
4. principios de gestión para la implementación de la política de salud intercultural;
- y, 5. desafíos regionales para una política de salud intercultural.

Los resultados demostraron importantes desacuerdos entre proveedores y usuarios mapuches, respecto a temas centrales como son la necesidad y justificación de una

---

<sup>14</sup> El proyecto se tituló “Política de Salud Intercultural: Perspectiva de usuarios mapuches y equipos de salud en la IX región, Chile”



política de salud intercultural. Para los usuarios la falta de acceso, su condición étnica y la inequidad en la atención de salud son razones fundamentales para crear una política que supere estos problemas desde una perspectiva cultural. Los proveedores en cambio, no consideran que la población mapuche tenga desventajas comparativas frente al resto de la población usuaria del sistema de salud, por lo tanto, no justifican el desarrollo de una política de salud para la población indígena.

En México, la Secretaría de Salud (Almaguer, Vargas y García-Ramírez, 2014:88), como respuesta a muchos señalamientos con respecto al impacto clínico y educativo derivados de la falta de escucha y comprensión de la cosmovisión y cultura de la población indígena, llevó a cabo un proceso de consulta informada con población indígena en diversas regiones del país, para identificar la percepción de la población acerca de la atención médica que reciben, sus expectativas, y poder construir junto los indígenas indicadores de calidad de la atención médica desde su propia cosmovisión. Este proceso inició en el Estado de Veracruz en la Sierra de Zongolica en 2002<sup>15</sup>, zona náhuatl. Después se confrontaron los indicadores obtenidos con población maya de Campeche, huichola de Colotlán Jalisco, purépecha de Michoacán, y rarámuri del estado de Chihuahua. Posteriormente se llevó a cabo otra propuesta llamada “Desarrollo de indicadores de calidad de la atención con sensibilidad intercultural: servicios de salud en poblaciones indígenas”<sup>16</sup>.

Finalmente con la participación de las Direcciones Generales de Calidad y Educación en Salud y de Planeación y Desarrollo en Salud, de la Secretaría de Salud, así como la Dirección de Educación Comunitaria, del Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE), se seleccionaron seis indicadores:

1. Respeto a la libre expresión de prácticas y creencias;
2. Satisfacción con la exploración física recibida;

---

15 Con un proyecto denominado: “Construcción de indicadores de calidad a partir de la percepción poblacional indígena para su incorporación en la operación de los servicios de salud de la Jurisdicción Sanitaria VII de Orizaba, Veracruz, México, coordinado por Hernán J. García Ramírez y José Carlos G. Palacios Blanco.

16 Elaborada por los consultores de la SSA, Roberto Castro Pérez y Joaquina Erviti Erice.

3. Satisfacción con el tiempo de atención;
4. Uso de la lengua indígena en la unidad de salud;
5. Satisfacción de las usuarias por un trato que permita la toma libre e informada de decisiones sobre su salud y su cuerpo; y,
6. Existencia de condiciones de acceso a la unidad de salud.

Los estudios mencionados exponen algunos resultados que han dado pauta para la implementación de políticas interculturales en salud y ciertas bases conceptuales sobre salud intercultural en diferentes países de América Latina.

### ***1.2.2 Servicios de salud: Implementación, experiencias y desarrollo del enfoque intercultural en México y Latinoamérica***

En primer lugar expongo una investigación experimental titulada: “La satisfacción del enfermo hospitalizado: empleo de hamacas en un hospital rural del sureste de México” (Campos-Navarro, García-Vargas, Barrón, Salazar y Cabral 1997). Este proyecto buscó una adecuación institucional a las características socioculturales de la población y así obtener una mayor satisfacción del usuario, elevando por tanto la calidad de la atención médica. Por primera vez en la historia médica nacional se introdujo en un hospital del sector público, Hospital Rural de Hecelchakán, Campeche, el empleo de hamacas en una sección de mujeres, predominantemente de origen maya. El estudio incluyó a 200 pacientes hospitalizadas. La mitad de ellas fue encuestada antes de la introducción de las hamacas (de agosto a noviembre de 1995); la otra mitad fueron pacientes usuarias de las hamacas (de enero a septiembre de 1996). Además se encuestó al personal del hospital antes y después de llevar a cabo el experimento. Los resultados fueron excelentes, la totalidad de las enfermas encuestadas estuvieron de acuerdo con el cambio. Como contraparte existió resistencia del personal médico de la Secretaría en el nivel central.

Lo anterior constituye un referente en la aplicación de la interculturalidad en los servicios de salud, adecuando las instalaciones a las costumbres y tradiciones de los

usuarios<sup>17</sup> sin interferir en el proceso de atención del servicio de salud alópata y ayudando a la comodidad y satisfacción de las pacientes.

Otro artículo publicado en la Revista de Salud Pública de México es el titulado “Políticas nacionales de salud y decisiones locales en México: el caso del Hospital Mixto de Cuetzalan, Puebla” (Duarte-Gómez, Brachet-Márquez, Campos-Navarro y Nigenda, 2004). El objetivo consistió en identificar la evolución del hospital del municipio de Cuetzalan a partir de la influencia que diversos elementos del contexto nacional e internacional han tenido sobre ella. Fue un estudio de caso, realizado en 2000 y 2001 sobre los hospitales denominados “mixtos”, en México –el de Cuetzalan, en el estado de Puebla, y el de Jesús María, en el estado de Nayarit–. Durante el trabajo de campo se obtuvo información a través de 72 entrevistas semiestructuradas con terapeutas alópatas e indígenas del hospital y con directivos de los diferentes niveles del sistema de salud. Además, se hizo una revisión documental de las políticas nacionales de salud para los pueblos indígenas. El estudio concluye afirmando que “el análisis ratifica el carácter histórico del desarrollo de las organizaciones de salud, y las oportunidades que las coyunturas y políticas nacionales e internacionales constituyen para impulsar modelos alternativos e interculturales de atención para la salud de los pueblos indígenas que respondan a sus necesidades” (ibídem:389).

El estudio anterior bien planteado, pero poco crítico, contrasta con el documento recepcional titulado “Salud Intercultural: el caso del Hospital de la comunidad de Tonalapan, municipio de Mecayapan, Veracruz” (Castillo<sup>18</sup>,2011). El Hospital de Tonalapan se ubica en un contexto multicultural con la presencia de culturas nahuas, popolucas y mestizos que poseen maneras propias de ver y entender el mundo. El objetivo que persiguió este proyecto fue conocer las prácticas y políticas de salud

---

17 Cabe señalar que las mujeres en esta región acostumbran dormir y descansar en hamacas en sus casas.

18 Adán Castillo Gómez, defendió este trabajo para obtener el grado de licenciado en gestión intercultural para el desarrollo con orientación en Salud, por la Universidad Veracruzana Intercultural en la sede Las Selvas. Es nahuahablante, vecino del municipio donde se encuentra el hospital regional de la SSA en el que realizó la investigación.

intercultural que se llevan a cabo en el Hospital de Tonalapan para dar propuestas que colaboren a mejorar la calidad del servicio de salud en la institución.

A través de un diseño de investigación cualitativa, se realizó un estudio de caso por un periodo de dos años y medio. El principal aporte de esta investigación se compone de un análisis crítico de la percepción del usuario-médico y prácticas médicas de salud a partir de un enfoque intercultural en salud.

A manera de reflexiones finales se pueden resumir algunos puntos que señala Castillo: “El usuario indígena cuenta con su propia percepción de salud al igual que los médicos tienen sus propias percepciones en relación a ella. Por lo tanto, médico y usuario hablan desde percepciones distintas y ven al mundo de una manera diferente y no existe una interculturalidad que permita el respeto, la comprensión y la empatía” (ibídem:5). “El servicio que brinda el Hospital no está acorde a las necesidades de la población indígena porque dicho Hospital es pensado desde una perspectiva más occidental y urbana”. Y concluye: “La Secretaría de Salud cuenta con el sustento teórico de todo lo que se refiere la interculturalidad en salud, sin embargo dentro del Hospital de Tonalapan aún hace falta conocer más el enfoque intercultural, y existe poca sensibilidad ante ella, por lo tanto todo personal médico actúa de acuerdo a sus prácticas adquiridas, bajo un modelo de enseñanza convencional y con una mirada más hegemónica, donde sólo se percibe la diferencia como algo que se encuentra presente, y que no merece ser escuchado (ibídem:107)”.

Por otra parte, el francés Didier Lacaze (2002), quien vive en Sudamérica desde 1980 y ha trabajado en temas relacionados con indígenas y salud, elaboró un informe muy detallado acerca de las “Experiencias en medicina tradicional y salud intercultural en la Amazonía ecuatoriana”. Describe los aspectos culturales, sociales y ambientales de la perspectiva de la salud indígena y el sistema de salud oficial. Habla sobre la creación y desarrollo del Departamento de Medicina Tradicional que es iniciativa de la Federación Interprovincial de Centros Shuar. También detalla lo concerniente a la instalación del primer modelo de salud intercultural en la comunidad de Shinkiatam ubicada en la región de Transkutuku. Dedicó un apartado

a las plantas medicinales y los puestos de salud con remedios naturales. Y finalmente comenta sobre la función de la cooperación internacional y el rol de las ONG para llegar a las comunidades indígenas y proveerlas de servicios de atención a la salud adecuados. Concluye señalando que “los modelos interculturales pueden favorecer para reducir los impactos negativos que surgen de los mismos procesos de desarrollo económico y social y se manifiestan en la prevalencia de cuadros patológicos que la medicina occidental no puede solucionar satisfactoriamente. También argumenta que éstos deben basarse en el reconocimiento de los conceptos globales de salud de los pueblos indígenas, la validez de sus modos de conocimiento, así como la capacidad de creatividad y adaptación que pueden desarrollar los sistemas tradicionales de salud para encontrar estas respuestas, conjuntamente con el sistema oficial de salud, las ONGs o los organismos de cooperación internacional” (ibídem:33). Y para terminar hace varias recomendaciones de las cuales recupero la siguiente: “No consideramos tan apropiado integrar las medicinas tradicionales dentro de los servicios oficiales de salud, sino más bien de potenciar la capacidad de adaptación y de creatividad de los sistemas tradicionales de salud, y promoviendo estrategias de cooperación” (ibídem:34).

### ***1.2.3 Relación médico-paciente en México, Latinoamérica y Europa***

Los estudios empíricos revisados y clasificados en este apartado son, en su mayoría, referentes al tema de la comunicación (Cahn, 2012; Jæger, 2012; Hanssen Y Alpers, 2010; Bohorquez, 2004; Ordóñez-Plaja, Cohen y Samora, 1968, Martínez-Ramírez y Cruz-Pascual, 2010; Antonin-Martin, 2009 y Beghennou, 2011). Algunos de ellos hacen énfasis en la necesidad de la mediación y/o de intérpretes interculturales para facilitar la comprensión y entendimiento entre personal médico y usuarios del servicio médico. Las dificultades de la comunicación es un problema mundial como se demuestra en los trabajos citados los cuales se llevaron a cabo en servicios de salud de Dinamarca, Noruega, España, Francia, Perú, Colombia y Chile. A continuación hago una breve referencia a cada estudio:

Ordóñez-Plaja, Cohen y Samora (1968) llevaron a cabo una investigación en Colombia, titulada: “La comunicación entre el médico y el paciente en las consultas externas. Factores sociales y culturales”, con el objeto de examinar dos aspectos de la comunicación médico-paciente: 1) en qué medida cabía atribuir la falta o poca comprensión de los pacientes a su desconocimiento de los términos médicos corrientemente utilizados y estudiar hasta qué punto factores tales como el nivel de instrucción y la procedencia influían en la capacidad del paciente para comprender el vocabulario utilizado; y, 2) analizar las entrevistas médicas para determinar hasta qué punto el médico y el paciente se entendían durante la entrevista. Por último efectuar la evaluación de dicha comunicación. La investigación se llevó a cabo en los departamentos de consulta externa de tres hospitales generales que las escuelas de Medicina utilizan para fines docentes. Dichos hospitales están situados en tres ciudades colombianas con más de un millón de habitantes cada una. Se seleccionaron pacientes y médicos para ser entrevistados y aplicarles una encuesta. El análisis se centró en la comunicación verbal y no verbal. Finalmente, llegaron a la siguiente conclusión: “los factores relacionados con las diferencias en materia de instrucción oficial, edad, origen o sexo no parecieron influir considerablemente en la aptitud de los enfermos para entender al médico. Sin embargo, cuando los datos se analizaron por región, se observó que, con una sola excepción, todos los pacientes que manifestaron haber tenido problemas de comprensión habían frecuentado la misma consulta externa y casi todos los pacientes eran de origen rural” (ibídem:257).

Otra investigación titulada: “El diálogo como mediador de la relación médico-paciente” (Bohórquez, 2004), es un estudio exploratorio del rol que cumple la comunicación entre médico y paciente, desde la perspectiva de la educación médica en la búsqueda de caminos que cualifiquen el rol del profesional de la salud en cuanto persona que contribuye a la humanización de sí mismo y sus congéneres. El autor de este trabajo, el colombiano Francisco Bohórquez de la Universidad de Cauca, Popayán, comenta que “...se requiere contextualizar las características culturales, económicas y sociales de nuestro entorno” (ibídem:14).

La tesis doctoral titulada: “La mediación intercultural en el sistema de salud de Cataluña” (2009) de Montserrat Antonin Martin, dirigida por Josep M. Comelles de la Universidad Rovira i Virgili en Tarragona, España, tiene dos objetivos: 1) Analizar el actual contexto socio-político en el que se inscribe la mediación intercultural en el sistema de la salud de Cataluña; y 2) Analizar la figura del mediador intercultural identificando el rol que desempeña incidiendo, especialmente, en las aportaciones que realizan en la salud de los inmigrantes así como en el sistema de salud de Cataluña. El planteamiento de la investigación y la propia naturaleza de los datos se enmarcan dentro de un diseño cualitativo fenomenológico interpretativo. Desde un punto de vista epistemológico se inscribe en el paradigma constructivista. Cabe señalar que el presente estudio se llevó a cabo en el Hospital del Mar en Barcelona, institución sanitaria donde atienden a una gran cantidad de inmigrantes. A manera de conclusión general la autora enuncia que “con los resultados obtenidos en el estudio permiten afirmar que el servicio de mediación intercultural resulta de gran utilidad para aquellos profesionales que demandan sus servicios” (ibídem :273).<sup>19</sup>

Otro estudio interesante es el que se llevó a cabo en Noruega: “Intérpretes interculturales en los centros de salud: conocimiento cultural de los profesionales de la salud e intérpretes profesionales, su percepción y la colaboración recíproca” (Hanssen, 2010). Con este estudio se buscó conocer cómo los profesionales de la salud e intérpretes se perciben mutuamente y cómo colaboran entre sí. Fue un estudio cualitativo. Se hicieron entrevistas, grupos focales y se aplicaron cuestionarios a las enfermeras, médicos, psiquiatras e intérpretes profesionales. Los resultados finales indican que sólo el 25% de los profesionales de la salud conocen de otras filosofías médicas, el desconocimiento de éstas dificulta el entendimiento entre médico y paciente; en muchos casos las enfermeras siguen recurriendo a los familiares de los inmigrantes para hacer el trabajo de traducción sin reconocer el trabajo del intérprete. Reconocen que médicos e intérpretes deben conocer de la

---

19 También concluye diciendo que “los mediadores facilitan la comunicación lingüística y cultural, mejorando las relaciones transativas que se establecen entre profesionales de la salud, usuarios y mediadores, hecho que aumenta el grado de confianza y seguridad que se establece en las relaciones mediador-usuario y usuario-profesional y por tanto del nivel de satisfacción de todos ellos” (Antonin-Martin, 2009:273).

cultura del paciente. No es válida la traducción literal sin el entendimiento cultural; asimismo, los intérpretes deben conocer la cultura médica. En algunos casos, pacientes de minorías étnicas, rechazan la intervención del intérprete por desconfianza a que no respeten su juramento de confidencialidad.

En el Hospital de Tonalapan, municipio de Mecayapan, en el estado de Veracruz, Martínez-Ramírez y Cruz-Pascual (2010), realizaron una investigación acerca de los recursos y estrategias para mejorar la comunicación entre usuarios hablantes de zoque-popoluca y personal de salud del Hospital citado, el proceso de investigación consistió en identificar si existen barreras idiomáticas en el campo de la salud entre personal médico y usuarios hablantes de zoque-popoluca y proponer posibles estrategias de comunicación con un enfoque intercultural<sup>20</sup>.

En el estudio se aplicaron métodos mixtos, por una parte se aplicaron técnicas de observación directa, entrevista semiestructurada, reflexiones introspectivas y entrevista estructurada para el análisis cualitativo; y por otra parte, se levantaron encuestas cerradas para el análisis cuantitativo. Entre los resultados obtenidos exponen que los usuarios expresaron: no entender la lengua del otro; dificultad para entender explicaciones y explicarse; no saberse desenvolver en el Hospital (no conocer la cultura médica); sentirse con miedo o incómodo; no saber leer o comprender textos y no entender el lenguaje especializado de los médicos (ibídem:63).

La gente pide que haya una persona dentro del Hospital que sea buen hablante del zoque-popoluca y de español, miembro de la cultura popoluca, que sea una persona que genere confianza, que sepa escuchar y entender, que tenga conocimiento acerca de la salud, que sea mujer si el usuario es mujer y hombre si el usuario es hombre (ibídem:41).

Las reflexiones antes mencionadas muestran un panorama de los problemas que enfrenta el usuario y el personal médico durante el proceso de atención, y da a

---

20 Cabe mencionar que este estudio fue el documento recepcional con el que las autoras se titularon de licenciadas en gestión intercultural con orientación en Lenguas por la Universidad Veracruzana Intercultural de la sede Las Selvas.



entender que es necesario implementar la sensibilización y educación en salud intercultural para tratar de mejorar la situación actual.

Cambiando totalmente de latitudes, en el Hospital Gérard Marchant en Toulouse, Francia. Aurore Beghennou (2011), realizó un trabajo de investigación durante un año para concluir su diplomado en Enfermería. El estudio trató sobre la relación intercultural en el hospital mencionado. Fue un trabajo documental apoyado por cuatro entrevistas a profesionales de la salud para conocer sus experiencias y percepciones acerca de las dificultades a las que se enfrentan en su trabajo cuando tienen relaciones interculturales. Su marco teórico se enfoca al multiculturalismo y las competencias que las enfermeras pueden aprender para la construcción de un mejor cuidado en la relación con los pacientes. Concluye con una propuesta de lo que podría ser un enfoque intercultural en la práctica de la enfermería en las relaciones con enfermos de otras culturas, sobre todo inmigrantes (ibídem:22).

Por otro lado, en el 2012, Kirsten Jæger de la Universidad de Aalborg, Dinamarca, realizó una investigación a la que tituló "La adopción de un enfoque crítico en la comunicación intercultural para la comprensión del encuentro de profesionales de la salud con los pacientes de minorías étnicas". El propósito de este trabajo es examinar dos fuentes de información dirigidas a las necesidades de los profesionales daneses de salud "sobre información en el área de pacientes de minorías étnicas con el fin de identificar diferentes - y cambiar - conceptualizaciones de los pacientes de minorías étnicas basadas en enfoques diferentes a la cultura y la identidad cultural". Se realizó un estudio de análisis del discurso de dos fuentes de información que son las publicaciones editadas por la *Junta Nacional Danesa de Salud (Sundhedsstyrelsen)* y artículos de pacientes de minorías étnicas publicados en la revista de la Unión Danesa de Enfermería "La Enfermera" (*Sygeplejersken*). Los textos publicados por estas fuentes revelan que existen enfoques diferentes a la cultura e incluso encuentros interculturales conflictivos entre los profesionales sanitarios y los pacientes de minorías étnicas. Por lo tanto, la autora piensa que el paradigma de la teoría crítica de la comunicación intercultural se presenta como una

forma de superar los dilemas inherentes a los enfoques actuales de la información y la educación en la esfera de la salud de las minorías étnicas (ibídem:19).

Regresando al continente americano, en el centro de salud del Distrito de Huancarani, Cusco, Perú, Jordan Cahn (2012) llevó a cabo un estudio cuyo objetivo fue observar la interacción intercultural entre el personal médico y los pacientes para determinar si las barreras culturales y preferencias para biomedicina o medicina tradicional infringen la calidad de servicios médicos. A través de observación y entrevistas a personal de salud, pacientes de habla quechua y estudiantes de un colegio en Huayabamba, llegó a la siguiente conclusión: “las barreras en comunicación impiden que el paciente o usuario sea bien atendido o esté satisfecho con los servicios prestados provocando la preferencia de su medicina tradicional y cierto rechazo a la medicina científica o biomedicina. La mayoría del personal de salud valoran la medicina tradicional, pero como suplemento o alternativo a la medicina moderna. Este hecho se evidenció en ocasiones que no interactuaron a un nivel suficientemente entendible para los pacientes” (ibídem:3).

Para terminar quiero hacer mención a diferentes libros dedicados al tema de salud e interculturalidad. Aquí hago referencia a cinco compilaciones (Fernández-Juárez, 2004; Fernández-Juárez, 2006; Fernández-Juárez, González-González y García Ortiz, 2008; Citarrella, Zangari y Campos-Navarro, 2010; Fernández-Juárez, 2010) con artículos escritos por académicos, médicos tradicionales, funcionarios de Ministerios de Salud y consultores de América Latina, España y Francia, que vienen trabajando, desde hace más de una década a la fecha, temas relacionados a la salud con enfoque intercultural. Entre ellos se pueden mencionar, por ejemplo, a Eduardo L. Menéndez, Roberto Campos Navarro, Adriana Ruiz, Luis Alberto Vargas y Zuanilda Mendoza, en México; a Luca Citarella en Chile; a Xavier Albó, Jaime Zalles, Esteban Arriaga, Óscar Velasco, Juan Carlos Delgadillo Olivares, Jaqueline Michaux, entre otros, en Bolivia; a Andrea Caprara y Óscar Calavia Sáez en Brasil. En Ecuador a Luis Fernando Calderón, Luis Enrique “Katsa” Cachiguango, Carmen Laspina Arellano y Jose Humberto Sola Villena. En España, de la Universidad Rovira i Virgili, en Tarragona, a Josep Maria Comelles y Arancha Meñaca, entre otros. El

compilador de cuatro de los cuatro libros mencionados es Gerardo Fernández-Juárez y tiene su adscripción en la Universidad de Castilla-La Mancha, también de esta Universidad colaboran en las compilaciones Luisa Abad González, Juan Antonio Flores Martos y Mayte Caramés García. De otras comunidades autónomas españolas se encuentran Francisco Ferrándiz de la Universidad de Deusto y de la Universidad Complutense a Pedro Pitarch Ramón. Y de París, Francia, colabora Jean-Pierre Chaumeil. Todos ellos, y otros expertos más, han contribuido a la elaboración de los textos con temáticas específicas que han servido de soporte para la construcción de conocimiento, la implementación de políticas y el desarrollo de la salud con enfoque intercultural.

Los textos, según su temática, se pueden ordenar en:

- Experiencias diversas sobre programas de salud intercultural
- Significados de la salud y la enfermedad
- Medicina tradicional y enfermedades originarias: susto, empacho, etcétera.
- Cosmovisión indígena
- Perspectivas de la salud intercultural desde la biomedicina
- Encuentros y desencuentros entre modelos médicos
- Pertinencia cultural en los servicios de salud reproductiva
- Embarazo adolescente en pueblos indígenas
- Género y salud
- Derechos Humanos
- Migración
- Pluralismo médico

En estas cinco bibliografías aparecen relatos descriptivos e informes de investigaciones a través de metodologías etnográficas y participativas. Todos los artículos, en última instancia, relatan sobre las prácticas de los modelos médicos hegemónico y subordinado (alternativo tradicional indígena). Asimismo, hacen referencia a las experiencias de la implantación del enfoque intercultural en los servicios de salud. Otros se enfocan más a los significados sobre salud y la enfermedad. Así como la cosmovisión de diferentes culturas indígenas. La mayoría

de los autores realiza investigaciones de corte cualitativo desde la Antropología Médica y la Epidemiología Sociocultural. Lo demás trabajos son documentales, históricos y descriptivos.

De lo relatado en párrafos anteriores, recapitulo, los estudios empíricos y descriptivos conceptuales que, en relación al problema de estudio que yo me planteo, se han llevado a cabo desde diferentes disciplinas, universidades, servicios de salud, instituciones, teorías y metodologías, proporcionan saberes y reflexiones que son de gran utilidad para definir y orientar parte de mi proyecto.

Encontré avances en la parte histórica y conceptual de interculturalidad y de salud intercultural; existen experiencias con metodologías participativas para el diseño e implantación de políticas de salud con enfoque intercultural. Cabe mencionar la diferencia de las percepciones y necesidades sentidas por los usuarios y proveedores referidas a la implantación de la interculturalidad en salud, como en el caso del trabajo sobre las perspectivas de los usuarios mapuches y los proveedores.

En los estudios sobre experiencias y desarrollo del enfoque intercultural en los servicios de salud se han encontrado planteamientos diferentes; por ejemplo, respecto a los estudios que hablan sobre la integración de los modelos médicos hegemónico y subordinado en un mismo espacio, hay dos posturas distintas: si bien todos reconocen la importancia de ofrecer la atención médica al paciente indígena; en México, por un lado está la visión de la Salud Pública que concuerda con la visión oficial de la instauración de los hospitales mixtos (medicina alopática y tradicional indígena en un mismo espacio físico) y, por el otro, la mirada antropológica de respetar los espacios de cada una sin restar importancia a cada modelo. Cabe señalar que la propuesta de abastecer de hamacas en un hospital de Campeche fue un gran éxito, por la promoción y respeto a la cultura de las mujeres mayas.

Se reconoce también, en uno de los trabajos, el choque de las culturas del personal de salud institucional y el paciente indígena. Simplemente se habla de la falta de conocimiento del médico en relación a la cultura y cosmovisión indígena, aparte del

lenguaje, lo que impide una buena atención, además del utópico enfoque intercultural en los servicios de salud en contextos multiculturales.

Existen investigaciones cualitativas y cuantitativas sobre la relación médico-paciente en los servicios de salud oficiales, sobre todo los trabajos se han enfocado al tema de comunicación. Las propuestas en casi todos los estudios europeos y escandinavos, hablan de la necesidad de contar con un intérprete o mediador intercultural que no sólo traduzca literalmente del médico al paciente y viceversa, sino que conozca sobre ambas culturas para que sea capaz de comprender y darse a comprender. Y que también tenga herramientas de mediador para resolver los conflictos que pudieran surgir; otra necesidad sentida es la de formar al personal de salud con competencias de interculturalidad.

Cabe señalar que casi todos los estudios sobre pueblos indígenas son abordados por la antropología médica que, desde sus orígenes, se ha orientado a estudios relativos a la salud, los padecimientos y los procesos terapéuticos en ámbitos indígenas. Reconoce a actores y situaciones no considerados centrales, como son los casos del enfermo, del paciente, del curador, del adicto, de los grupos de autoayuda, de los movimientos sociales centrados en lo patológico o en la diferencia de las organizaciones profesionales de los diferentes tipos de curadores, etc., también tiene por objeto recuperar nuevos espacios grupales e institucionales como pueden ser el consultorio de médicos o curadores populares, las instituciones de seguridad social, el hospicio, los lugares de atención a discapacitados o los institutos de investigación biomédica (Moreno-García, 2000).

En las investigaciones consultadas no encontré trabajos que hayan hecho un análisis crítico de los tratados internacionales y legislación en México sobre derecho a la salud con enfoque intercultural desde las categorías de interculturalidad y discriminación.

No se hallaron estudios previos que se hayan realizado desde la medicina intercultural con un enfoque relacional en un hospital comunitario que nos permita conocer cómo viven la implementación de políticas de interculturalidad en salud.

Desde la Antropología Médica y postura crítica, se encuentran los trabajos teóricos, empíricos y conceptuales de E. Menéndez sobre los modelos médicos, la articulación de éstos y los procesos transaccionales. No se identificaron estudios sobre interculturalidad en salud desde el campo de la medicina social o la salud colectiva.

Por todo lo descrito anteriormente me planteé las siguientes preguntas de investigación:

### **I.3 Preguntas de Investigación**

1. ¿Cuál es el derecho internacional que enmarca el derecho a la salud de los pueblos indígenas?
2. ¿Qué características constituyen a las denominadas políticas interculturales en salud en México?
3. ¿De qué manera se implementan las políticas de salud intercultural en el Hospital Comunitario de Tonalapan?
4. ¿Cómo se relacionan los modelos médicos hegemónico y alternativo subordinado en el Hospital Comunitario de Tonalapan?
5. ¿Cómo se lleva a cabo la medicina intercultural en el Hospital de Tonalapan?
6. Las políticas de interculturalidad en salud, su implementación y las prácticas de interculturalidad en el Hospital Comunitario de Tonalapan ¿promueven u obstaculizan el derecho a la salud de los pueblos indígenas?

Para dar respuesta a las preguntas formuladas me planteé los siguientes:

## **I.4 Objetivos**

### ***General***

Identificar las formas en que las políticas de salud intercultural, su implementación y las prácticas de interculturalidad, en el Hospital Comunitario de Tonalapan, promueven u obstaculizan la realización del derecho a la salud de los pueblos indígenas.

### ***Específicos***

1. Comprender el marco del derecho internacional sobre la salud de los pueblos indígenas.
2. Analizar la política de salud con enfoque intercultural en el sistema de salud mexicano.
3. Catacterizar las diferentes formas de implementación de las políticas de interculturalidad en salud en el Hospital Comunitario de Tonalapan.
4. Caracterizar las relaciones contradictorias, de complementación y de conflicto entre modelos médicos, hegemónico y alternativo subordinado (tradicional indígena mexicano), con la implementación de la política de salud intercultural en el Hospital Comunitario de Tonalapan.
5. Interpretar los significados de las ideologías, saberes y prácticas de los actores en la medicina intercultural que se lleve a cabo en el Hospital Comunitario de Tonalapan.

## **I.5 Metodología**

El presente trabajo es una investigación cualitativa interpretativista, desde un enfoque histórico-hermenéutico; relacional; y un posicionamiento crítico, basado en la naturaleza de los Estudios Críticos del Discurso, definido por Van Dijk, como un movimiento de académicos preocupados por lo político y lo social en el campo de los estudios del discurso y otros campos relacionados.

### ***Investigación cualitativa interpretativista***

La investigación interpretativa se define como el conjunto de perspectivas teóricas mutuamente interrelacionadas y que comparten orientaciones metodológicas en la práctica de la investigación cualitativa. Entre las principales destacan la fenomenología, la etnometodología, la hermenéutica, el interaccionismo simbólico, estructuralismo constructivista, configuracionismo, etcétera (Mejía, 2004:287). Más adelante describo dichas perspectivas teóricas.

### ***Investigación histórico-hermenéutica***

Jürgen Habermas, desde la escuela de Frankfurt, hace una propuesta por ordenar y analizar diferentes discursos y prácticas investigativas, estableciendo así tres estilos de hacer ciencia: el enfoque empírico analítico (más relacionado hoy en día con los modelos cuantitativos fundamentados en la medición); el enfoque histórico-hermenéutico (relacionado con los modelos cualitativos fundamentados en la interpretación); y el enfoque crítico-social (relacionado con los modelos de la acción social) (Tonon, 2009:11-12).

El enfoque histórico-hermenéutico articula su interés de tipo práctico en la búsqueda de la comprensión del sentido y la orientación de la acción humana en sus diferentes dimensiones, así como la del proceso histórico-social en su conjunto (ídem).

La investigación histórico-hermenéutica se basa en dos tradiciones investigativas que tienen orígenes y desarrollos bastantes diferentes, pero que encuentran un punto



común en su propósito interpretativo: la historia y la hermenéutica. Ambas en sus versiones contemporáneas ofrecen herramientas metodológicas pertinentes (ídem).

Escapa a la denominación anterior, pero no al objeto de la misma, la investigación de tipo etnográfico situada en un plano de necesaria complementariedad e interacción con la historia, en un esfuerzo conjunto por captar el sentido de las diferentes expresiones de la vida humana en el orden de lo sociocultural cotidiano (ídem).

El lugar que le corresponde entonces, al conocimiento alcanzado por esta vía, es el de constructor de identidad sociocultural y esclarecedor tanto de las prácticas sociales cotidianas, como de los sucesos que han marcado la vida de la humanidad (ídem).

Dentro de la perspectiva de la investigación histórico-hermenéutica, el objeto genérico de comprensión es la experiencia humana. Sus medios de contacto con ella lo constituyen los testimonios directos o indirectos, representados según sea el caso, por la tradición oral, la tradición escrita y/o las diferentes expresiones de la cultura material (tecnología, técnicas) y la cultura simbólica (mitología, lenguaje, arte) (ídem).

### ***Enfoque relacional***

Para hablar de un enfoque relacional, Eduardo Menéndez propone recuperar la perspectiva del actor, que incluya no sólo al conjunto de los actores sociales significativos, sus estructuras de significado e intereses, sino también a las relaciones asimétricas en las cuales ellos están inmersos, condicionados por una estructura social (Osorio, 2008:343). En palabras de Menéndez: “subrayo que en términos metodológicos el enfoque relacional que utilizo refiere a dos aspectos básicos: primero la necesidad de incluir en una investigación todos - o por lo menos la mayoría - de los actores significativos que tienen que ver con el proceso que estoy estudiando, así como los diferentes tipos de relaciones que operan entre los mismos. Y segundo, la necesidad de trabajar no sólo con las representaciones sociales sino también con las prácticas sociales de dichos actores sociales” (De Moura y Cortez-Gómez, 2012:343). “Que observe los tipos de relaciones y en particular las de hegemonía/subalternidad que operan entre los diferentes actores sociales, y que no

reduzca los procesos sociales a las narrativas de los actores sino que trate de observar e incluir sus prácticas sociales” (ibídem:345).

Con este trabajo investigativo pretendo, por tanto, la búsqueda de la comprensión de las experiencias colectivas humanas (personal del sector salud, parteras y pacientes; modelos médicos hegemónico y alternativo subordinado), dentro de ámbitos específicos, espacial y temporalmente hablando (Hospital de Tonalapan y comunidad de Huazuntlán), partiendo del interés de evidenciar los problemas sociales como el poder, la desigualdad, el racismo, el gobierno y la autoridad, las ideologías, entre otros.

### ***Estudios Críticos del Discurso***

En palabras de Teun van Dijk, los Estudios Críticos del Discurso los define como un movimiento académico, o una actitud comprometida social o políticamente, al analizar el discurso, mas que como una teoría o un método de análisis; es un movimiento académico de un grupo de académicos política y socialmente comprometidos, o desde un punto de vista más individual, una actitud crítica a la hora de estudiar o analizar el discurso. Lo mismo se aplica para el análisis del discurso en general. El análisis del discurso no es más que la actividad académica general de estudiar el discurso. El análisis del discurso no es un método de investigación sino una (inter) disciplina.

De ahí la preferencia por los términos Estudios del Discurso, en general, y por Estudios Críticos del Discurso, en particular. Dicho estudio puede ser llevado a cabo a través de métodos distintos; sobre todo más cualitativos que cuantitativos, pero esto no es siempre así. Los métodos pueden ser desde un detallado análisis formal de la sintaxis o los turnos conversacionales, hasta estudios de las estructuras narrativas o argumentativas, las estrategias retóricas, así como métodos experimentales en la psicología cognitiva de la producción y la comprensión del texto, y también métodos etnográficos en el estudio de los aspectos sociales y culturales del uso del lenguaje y la interacción<sup>21</sup>.

---

21 Ver sitio web de Teun van Dijk <<http://www.discursos.org>>

### ***1.5.1 Fundamentos teóricos metodológicos***

En las Ciencias Sociales, desde una perspectiva interpretativista, se asumen al menos tres ideas generales que se vierten sobre el mundo humano social y cultural. Estas tres ideas se resumen en lo comprendido, lo vivido y, lo deseado o no, por los actores sociales, entendido así:

- La persona construye los significados y se orienta en el mundo de acuerdo a las cosas que le rodean. Los significados los construye desde sus ideologías o creencias personales.
- El significado se construye como resultado de la interacción con los otros; es decir, a partir de las prácticas sociales.
- La construcción social de los significados obedece a ciertos patrones y reglas. La estructura de los significados se construye desde los saberes o ideales sociales.

Se conocen diferentes corrientes y escuelas que encajan en la perspectiva interpretativa, con características específicas, aunque no impide que todas ellas compartan una serie de aspectos comunes acerca de la naturaleza de la realidad a la que se aproxima. A continuación, para cada idea general, hago alusión a éstas y sus principales exponentes que abordé en este estudio y me permitieron comprender, analizar, teorizar y discutir el dato:

#### **Ideologías o creencias personales**

Las personas actúan sobre los objetos de su mundo e interactúan con otras personas a partir de los significados que los objetos y las personas tienen para ellas. De aquí que pueda afirmarse que el ser humano posee la característica de ser un *homo symbolicus*, esto significa que se comunica con una articulación de sonidos o signos, cuyo tejido de símbolos se conforma a base de su lengua, mito, religión, arte, tradiciones, etc. A los teóricos sociales que comparten esta ideas se les llama hermeneutas.

El término hermenéutica deriva del griego *hermeneia/hermeneuo/herméneuein* que significa expresar o enunciar un pensamiento, descifrar e interpretar un mensaje o un texto.

La hermenéutica es una disciplina que se ocupa de la interpretación. Así, es resultado del simbolismo, y el simbolismo es un condicionante que no se puede suprimir al conocimiento humano; es por ello que si el mundo humano es simbólico, sólo cabe la interpretación, ya que el procedimiento hermenéutico se produce implícitamente en toda comprensión.

La hermenéutica “clásica” está centrada en la aclaración y comprensión de texto. Para Dilthey la hermenéutica es un método que permite fundamentar la validez universal de la interpretación histórica.

El concepto de comprensión, llegó a convertirse en método específico de las ciencias sociales contemporáneas en la obra de Max Weber, la cual sostiene que la sociología ha de comprender, interpretando la acción social de los individuos. Esta acción se halla dotada de sentido subjetivo, referido a la comprensión que el sujeto social realiza de los motivos y finalidades de su acción y de la acción de otros.

La “comprensión” opuesta a la “explicación” es elevada por Weber al rango de método propio de la sociología. Alfred Schütz, influido por Weber y por la fenomenología de Husserl, la concibe de modo más amplio como procedimiento de interpretación cotidiano, que se emplean para dar sentido a nuestras acciones y a las de los demás. Los actores sociales, para Schütz vienen del mundo social como escena intersubjetiva, que se nos da o es potencialmente accesible a cada uno de nosotros, por medio de la intercomunicación y el lenguaje. (Tonon, 2009:14)

La fenomenología interpretativa o hermenéutica, propuesta por Martín Heidegger en 1927 como una metodología filosófica para descubrir el significado del ser o existencia de los seres humanos, probablemente, es el método cualitativo más apropiado para entender y describir aquellos fenómenos humanos que se conocen poco, es un método apropiado para comprender y describir algunos fenómenos humanos; su objetivo es comprender las habilidades, prácticas y experiencias

cotidianas, y articular las similitudes y las diferencias en los significados, compromisos, prácticas, habilidades y experiencias de los seres humanos (Hernández-Guerson y López-Granados, 1998).

Desde el punto de vista filosófico, la línea de investigación iniciada por Dilthey en el siglo XIX y que se proyectó a través del neo-Kantismo (Windelband, Rickert) y Weber, ha sido continuada por Gadamer, Ricœur y Habermas (Tonon, 2009:16).

Hans-Georg Gadamer, en su obra principal *Wahrheit und Methode* (1960)<sup>22</sup> (traducida al español como *Verdad y Método*), postula que la hermenéutica es una de las corrientes más importantes de la filosofía contemporánea. Para él deja de convertirse en un método para adquirir el status de una verdadera filosofía.

La hermenéutica de Gadamer considera el lenguaje como una realidad cargada con un significado ontológico, pues el ser acontece en el lenguaje como verdad. Sostiene que el lenguaje solo realiza su verdadero ser en la conversación, en el ejercicio del entendimiento mutuo, mediante el cual pueden ser abordados y eventualmente resueltos los malentendidos.

Según Gadamer, gracias al lenguaje el fenómeno hermenéutico adquiere un alcance universal: no sólo los fenómenos histórico-espirituales, sino todo cuanto puede ser comprendido es, en principio, comprensible, justamente porque puede ser articulado lingüísticamente (aunque de hecho no lo sea). Sin la posibilidad de la representación lingüística no tendría sentido pretender que verdaderamente se comprende algo, y no hay nada acerca de lo cual no pueda decirse alguna cosa con sentido. Sin palabras que la puedan expresar, la comprensión queda trunca. Este es el sentido de la afirmación, muchas veces mal entendida, según la cual: "El ser que puede ser comprendido es lenguaje" (De la Maza, 2005:135).

Clifford Geertz hizo una contribución muy destacada a la cultura de la interpretación con su concepto metodológico de la "descripción densa". Geertz está convencido que el significado es algo más público que privado, y propone un concepto semiótico o

---

<sup>22</sup> Traducida al español como *Verdad y Método I. Fundamentos de una hermenéutica filosófica*, Ediciones Sígueme, Salamanca, 1977.

simbólico de la cultura que abarca “las estructuras de significado socialmente establecidas, en términos de las cuales los pueblos hacen cosas”. Asimismo, argumenta que la interpretación de la cultura debe ser una “interpretación densa”, esto es entresacar las estructuras de significado o “códigos culturales” en los que se inscribe el discurso social (Delanty y Strydom, 2013:14).

### **Prácticas sociales**

Los significados de las cosas para el sujeto se forjan de su interacción social con otros actores de su entorno. La comunicación, es esencial tanto en la constitución del individuo como en (y debido a) la producción social de sentido. El signo es el objeto material que desencadena el significado, y el significado el indicador social que interviene en la construcción de la conducta.

Alfred Schütz es el máximo exponente de la vertiente sociológica de la fenomenología, y su interrogante básica es la siguiente: ¿dónde y cómo se forman los significados de la acción social? Esta pregunta deja entrever que el precedente inmediato de la fenomenología con orientación social se encuentra en la Escuela de Chicago, concretamente en su interés por conocer y explicar los marcos de referencia de los actores sociales. (Rizo, 2005)

Alfred Schütz coincide con Max Weber en el reconocimiento de la importancia de la comprensión del sentido de la acción humana para la explicación de los procesos sociales. Para ambos, la sociedad es un conjunto de personas que actúan en el mundo y cuyas acciones tienen sentido; y es relevante tratar de comprender este sentido para poder explicar los resultados del accionar de los sujetos. Sin embargo, mientras que para Weber la comprensión es el método específico que la sociología utiliza para rastrear los motivos de los actores y así poder asignar sentido a sus acciones, Schütz le otorga a la comprensión un papel mucho más importante:

*El mundo de la vida cotidiana es el “ámbito de la realidad en el cual el hombre participa continuamente en formas que son, al mismo tiempo, inevitables y pautadas. El mundo de la vida cotidiana es la región de la realidad en que el hombre puede*

*intervenir y que puede modificar mientras opera en ella mediante su organismo animado...sólo dentro de este ámbito podemos ser comprendidos por nuestros semejantes, y sólo en él podemos actuar junto con ellos” (Schütz, 2003, en Rizo, 2005).*

Del pensamiento de Alfred Schütz, así como de una reinterpretación de la obra de Weber y de Talcott Parsons, surgirán importantes corrientes intelectuales contemporáneas, que bien se pueden concebir como orientaciones histórico-hermenéuticas. Una de ellas es el Interaccionismo Simbólico, vinculado a la denominada Escuela de Chicago que ha desarrollado el empleo de la observación participativa (Tonon, 2009:14).

El interaccionismo simbólico es una de la orientaciones metodológicas que comparten las ideas básicas del proceso hermenéutico, o interpretativo. Trata de comprender el proceso de asignación de símbolos con significado al lenguaje hablado o escrito y al comportamiento en la interacción social. La ideología fundamental del interaccionismo simbólico, tanto teórica como metodológica, fue estructurada por Herbert Blumer. El Interaccionismo simbólico es una ciencia interpretativa, una teoría psicológica y social, que trata de representar y comprender el proceso de creación y asignación de significados al mundo de la realidad vivida, esto es, a la comprensión de actores particulares, en lugares particulares, en situaciones particulares y en tiempos particulares (Martínez-Miguélez, 2002:5).

Herbet Blumer establece que desde el punto de vista metodológico o de investigación, el estudio de la acción debe hacerse desde la posición del actor. Puesto que la acción es elaborada por el actor con lo que él percibe, interpreta y juzga, uno tiene que ver la situación concreta como el actor la ve, percibir los objetos como el actor los percibe, averiguar sus significados en términos del significado que tienen para el actor y seguir la línea de conducta del actor como el actor la organiza: en una palabra, uno tiene que asumir el rol del actor y ver este mundo desde su punto de vista (ibídem:6).

La técnica metodológica fundamental del interaccionismo simbólico es la observación participativa, especialmente en el contexto y enfoque del “estudio de casos” (ibídem:7).

Desde otra perspectiva teórica, cabe señalar a Pierre Bourdieu quien caracteriza su propio trabajo como estructuralismo constructivista o constructivismo estructuralista, entendiendo estructuralismo o estructuralista en el sentido de que en el mundo social existen estructuras objetivas independientes de la conciencia y de la voluntad de los agentes, que son capaces de orientar o de coaccionar sus prácticas o representaciones; y por constructivismo o constructivista quiere decir que hay una génesis social de una parte de los esquemas de percepción, de pensamiento y de acción, que constituyen el *habitus* y, por otra parte, existen estructuras particularmente campos o grupos, de las clases sociales. (Bourdieu, 1988:127)

El *habitus* es un cuerpo socializado, un cuerpo estructurado, un cuerpo que se ha incorporado a las estructuras inmanentes de un mundo o de un sector particular de este mundo, de un campo, y que estructura la percepción de este mundo y también la acción en este mundo (Bourdieu, 1997:146). A los universos sociales relativamente autónomos Bourdieu (ibídem:84) los llama *campos*. Es en esos campos, campos de fuerzas, donde unos profesionales de la producción simbólica se enfrentan, en unas luchas cuya apuesta es la imposición de los principios legítimos de visión y de división del mundo natural y del mundo social.

El *capital simbólico* es cualquier propiedad (cualquier tipo de capital, físico, económico, cultural, social) cuando es percibida por agentes sociales cuyas categorías de percepción son de tal naturaleza que les permiten conocerla (distinguirla) y reconocerla, conferirle algún valor (ibídem:108).

El Estado es el resultado de un proceso de concentración de los diferentes tipos de capital, capital de fuerza física o de instrumentos de coerción (ejército, policía), capital económico, capital cultural o, mejor dicho, informacional, capital simbólico, concentración que, en tanto que tal, convierte al Estado en poseedor de una especie



de metacapital, otorgando poder sobre las demás clases de capital y sobre sus poseedores (ibídem:99).

La elaboración del Estado va pareja con la elaboración del campo del poder entendido como el espacio de *juego* dentro del cual los poseedores de capital (de diferentes tipos) luchan particularmente por el poder sobre el Estado, es decir sobre el capital estatal que da poder sobre las diferentes especies de capital y sobre su reproducción (ibídem:100)

### **Saberes o ideales sociales**

Los significados dependen de la experiencia social del sujeto. Las personas seleccionan, organizan, reproducen y transforman los significados en los procesos interpretativos en función de sus expectativas, experiencias, condiciones, propósitos, ideas, valores, etcétera.

Para sustentar esta idea se pueden mencionar a las antropólogas Ruth Benedict y Margaret Mead representantes de la teoría antropológica del configuracionismo.

Para Ruth Benedict lo que explica las diferencias entre los grupos humanos es la influencia de la cultura. En su libro *Patterns of cultura* (traducido al español como *El hombre y la cultura*), enfatiza la importancia de la cultura frente a la biología como determinante de la conducta de los individuos (Álvarez-Roldán, 2012). “La cultura no es un complejo transmitido biológicamente” (Benedict, 1939:30).

La cultura, según Benedict, es el conjunto (o la configuración) de conocimientos, creencias, valores, actitudes y emociones que caracteriza a una sociedad. No se trata de una mera acumulación de rasgos culturales. Las culturas tienen forma, constituyen modelos o patrones (Álvarez-Roldán, 2012). “Lo que realmente ata a los hombres entre sí es su cultura, las ideas y las normas que tienen entre sí” (Benedict, 1939:32).

Benedict sostiene que la cultura puede ser entendida como una sistema de creencias que proporciona coherencia interna a una sociedad. Los modelos culturales explican por qué los miembros de una sociedad se comportan de una forma característica.

Cada cultura debe entenderse como una totalidad integrada (Álvarez-Roldán, 2012). “La historia de la vida del individuo es ante todo y sobre todo una acomodación a las normas y pautas tradicionalmente transmitidas en su comunidad. Desde el momento del nacimiento, las costumbres en medio de las cuales ha nacido, modelan su experiencia y su conducta” (Benedict, 1939:17).

Por su parte Margaret Mead estaba más centrada en el estudio del impacto de la cultura en el desarrollo de la personalidad de los individuos. Mead pensaba que la educación de los niños configuraba su personalidad de adultos, y que la experiencia de la adolescencia variaba entre culturas (Álvarez-Roldán, 2012).

Siguiendo las ideas planteadas por Ruth Benedict en *Patterns of culture*, Mead propone como hipótesis la existencia de un repertorio limitado innato de temperamentos en la especie humana, de los que cada cultura haría una selección para configurar sus modelos ideales. De esta manera, las personalidades sociales de ambos sexos serían variaciones del temperamento humano configuradas de manera particular por cada sociedad, y no temperamentos innatos de cada sexo (ídem).

Por otra parte, según Van Dijk (1999:95 en Lazo, 2002:43-44 ), la ideología comporta creencias sociales compartidas por un grupo, creencias que controlan y organizan el conocimiento y las opiniones (actitudes) específicas de un grupo; creencias que representan dimensiones fundamentales del grupo y de sus relaciones con otros grupos y que, siendo funcionales, reflejan sus condiciones de existencia y reproducción.

Formalmente, son tres las funciones clásicas de la ideología:

- Cognoscitiva, constituye un medio de simplificación de la realidad para lograr su comprensión; una manera de aprehender una realidad compleja, en la que conocer las causas de los conflictos puede resultar una tarea incierta (Coddetta, 1990 en Lazo, 2002:46). Allí la ideología provee una pauta de interpretación que brinda la sensación de un "dominio" de esa complejidad, se convierte en una guía para el conocimiento y, sobre todo, para la

interpretación de los hechos políticos. Además, da a cada quien una posición en el mundo, una conciencia social de sí mismo y de los otros.

- Afectiva, se trata de gratificaciones psicológicas derivadas de la aceptación de una ideología, que se concretan mediante la valoración de sí mismo como parte, como integrante de un algo trascendente. De ese modo, el individuo aminora las tensiones y presiones que le vienen de su medio social (frecuentemente en forma de crisis o conflicto) y justifica sus actos. En este sentido, "la ideología ofrece una fe y un conjunto de certidumbres cuando los fines son utilizados para justificar medios" (Bell, 1997:392 en Lazo, 2002:47).
- Normativa, que guía el comportamiento político de un individuo, lo impulsa a adoptar posiciones, le brinda patrones de orientación para su conducta. Asimismo, establece un modo de valorar la autoridad y el origen de ésta, que es un aspecto significativo en la conformación de una ideología. En consecuencia, la función normativa de la ideología le permite a los miembros de un grupo "organizar una multitud de creencias sociales acerca de lo que sucede, bueno o malo, correcto e incorrecto, según ellos y actuar en consecuencia" (Van Dijk, 1999 en Lazo, 2002:47).

Las teorías sociales y exponentes de cada una de ellas anteriormente mencionados fueron referentes utilizados para el análisis interpretativista de las ideologías, saberes y prácticas de los actores.

### ***1.5.2 Estrategias y técnicas metodológicas***

La investigación cualitativa más que un enfoque de indagación en una estrategia encaminada a generar versiones alternativas o complementarias de la construcción de la realidad; es un recurso de primer orden para el estudio y la generación de conocimiento sobre la vida social. (Vela, 2001:64).

Los métodos cualitativos hacen énfasis en el estudio de procesos sociales. El supuesto ontológico fundamental es que la realidad se construye socialmente y que, por lo tanto, no es independiente de los individuos (Castro, 1996:3). Los científicos sociales se han concentrado en revelar cómo se refractan en la conciencia individual los diferentes factores sociales, económicos, culturales e ideológicos que dan pauta a las distintas conductas de sociales de los individuos (Vela, 2001:82).

Lo deseable para este tipo de abordaje es “que se vaya generando una mirada o imagen del campo descubierto enraizada en un sustrato sociohistórico” (Valles, 1997:21).

La cuestión metodológica exige una definición respecto de los métodos específicos con los que se pueda conocer la realidad. Respecto a aquellas cuestiones en las que la realidad sólo es cognoscible mediante interpretación, y la interpretación es reflexiva respecto al contexto y al discurso, entonces los métodos deben incluir procedimientos que privilegien el conocimiento de los mecanismos interpretativos que se utilicen (Castro, 1996:2).

En los estudios cualitativos se practica una clase de estrategia multimétodo. La combinación de múltiples prácticas metodológicas, materiales empíricos, perspectivas, y observadores en un mismo estudio es mejor comprendida, entonces, como una estrategia que agrega rigor, amplitud, complejidad, riqueza y profundidad a cualquier investigación (Flick, 2002, en Denzin y Lincoln, 2005:6).

Por lo tanto, la estrategia de la investigación difiere tanto en su aproximación al objeto de estudio como en las técnicas de recolección y análisis de la información pertinentes.

### ***Fases, niveles y estrategias***

La investigación se realizó en tres fases, cada una correspondiente a un nivel: macro, meso y micro, respectivamente.

Se utilizaron dos estrategias: investigación documental y estudio de casos.

A continuación describo a detalle:

#### **Fase 1. Nivel macro**

**Estrategia:** Investigación documental

Para las fases 1 y 2 utilicé las técnicas de acopio de la información.

Una vez definido el tema de búsqueda de información (marco legal, planes y programas de la salud intercultural), me di la tarea de ir recopilando la información respectiva por ámbitos de acción: tratados internacionales, regionales, leyes, planes y programas federales y estatales.

Los documentos recopilados en esta etapa fueron los siguientes:

#### ***Ámbito Internacional***

- ✓ Declaración Universal de los Derechos Humanos
- ✓ Convención Internacional Para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial
- ✓ Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales
- ✓ Convenio 169 de la OIT<sup>23</sup> sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes
- ✓ Declaración del Milenio
- ✓ Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas

#### ***Ámbito Regional (Las Américas)***

- ✓ Carta de la Organización de los Estados Americanos
- ✓ Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José)

---

23 Organización Internacional del Trabajo

- ✓ Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”)
- ✓ Convención Interamericana contra el Racismo, la Discriminación Racial y formas conexas de Intolerancia
- ✓ Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas, SAPIA

## **Fase 2. Nivel meso**

**Estrategia:** Investigación documental

### ***Ámbito Federal***

- ✓ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- ✓ Ley General de Salud
- ✓ Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación
- ✓ Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia
- ✓ Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018
- ✓ Programa Sectorial de Salud 2013-2018
- ✓ Reglamento Interior de la Secretaría de Salud
- ✓ Manual de Organización Específico de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud
- ✓ Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica

### ***Ámbito Estatal (Veracruz)***

- ✓ Ley de Salud del Estado de Veracruz de Ignacio de La Llave
- ✓ Programa Veracruzano de Salud 2011-2016
- ✓ Ley de Derechos y Culturas Indígenas para el estado de Veracruz de Ignacio de La Llave
- ✓ Modelo de Salud Indígena con pertinencia cultural
- ✓ Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Veracruz-Llave

### **Fase 3. Nivel micro**

**Estrategia:** Estudio de caso

#### **Técnicas**

Para esta fase me apoyé de dos técnicas:

##### ***Observación directa***

Seleccioné esta técnica ya que pone en contacto personalmente al investigador con el hecho o fenómeno que trata de investigar. Estuve atenta en todo momento para percatarme de las reacciones de los actores. La información e impresiones las anoté en un diario de campo.

##### ***Entrevista semiestructurada***

La decisión de utilizar entrevistas semiestructuradas, se relaciona con el hecho de desarrollar un diseño flexible de investigación en el cual el sujeto ocupa el lugar protagónico, poniendo el énfasis en estudiar los fenómenos sociales en el entorno en el cual ocurren y considerando el significado que el actor da a los hechos y a las situaciones.

Dado que es fundamentalmente un encuentro entre personas, en el escenario de la entrevista cobran un lugar protagónico la confianza y la confidencialidad en tanto condiciones indispensables para el desarrollo de la misma.

El investigador desarrolla sus habilidades de comprensión e interpretación, ofreciendo al entrevistado libertad de expresión, intentado mantenerlo interesado y sin perder su propia concentración; y si bien cuenta con un guión de los temas a tocar, el orden y el modo de formulación de los mismos, son decisiones que toma en su encuentro con el entrevistado.

Diseñé guías de entrevista (ver Anexo 1) en las cuales me apoyé para no perder los temas de interés previstos, a reserva que fui flexible en el orden y temas surgidos que no estaban contemplados durante la plática.

Para el registro de la información se utilizó una grabadora digital, así como diario de campo para las notas, personales y metodológicas, que realicé y que sirvieron para complementar el análisis.

Posteriormente la transcripción de las grabaciones realizadas durante las entrevistas, no consistió en una burda copia de datos sino que se configuraron como interpretaciones que sirvieron para la construcción del sentido.

### ***Selección de participantes***

Para este estudio opté por el muestreo teórico, ya que se buscó representar un problema teórico seleccionado en situaciones sociales que permitan observar las categorías de análisis.

Para la selección de los sujetos utilicé el muestreo por conveniencia para el caso específico de las pacientes. Se buscó mujeres que quisieran participar en el estudio y tuvieran la experiencia de haber sido atendidas durante el embarazo y parto por los modelos médicos hegemónico y alternativo subordinado.

También eché mano del muestreo teórico o intencionado (Salamanca y Martí-Crespo, 2007:2), a fin de poder entrevistar a personal de salud específico de diferentes áreas del hospital; así como a parteras que asistieron al curso de capacitación que impartió el Hospital de Tonalapan.

Los actores entrevistados fueron:

<b>Modelo Médico Hegemónico (Personal hospital)</b>	<b>Modelo Alternativo Subordinado (Parteras tradicionales)</b>	<b>Pacientes (Mujeres/esposos)</b>
Personal directivo	Carolina	Paulina
Personal administrativo	Aurelia	Margarita y Manuel
Traductora	Francisca	Carmen
Médico de consulta externa		Yazmín
		María y esposo



### ***Consentimiento Informado***

Las entrevistas fueron realizadas con la autorización de cada uno de los informantes, previa explicación del uso de las mismas. No obstante, a pesar de contar con el consentimiento de forma verbal, no se hizo de manera escrita, por tanto los nombres reales de los entrevistados se omiten para mantener la confidencialidad de los mismos.

### ***Nota:***

Para el diseño, aplicación, traducción e interpretación del español al náhuatl y viceversa de la entrevista a una partera nahuahablante se contó con el apoyo del Adán Castillo Gómez, licenciado en Gestión Intercultural para el Desarrollo con orientación en salud, quien tiene las competencias interculturales y profesionales para tal fin.

### ***1.5.3 Análisis e interpretación de la información***

#### **Fase 1 y 2. Investigación documental**

Para llevar a cabo el análisis en esta fase, correspondiente a los niveles macro y meso, desde una postura crítica del discurso se procedió a revisar sobre todo la dimensión discursiva sobre interculturalidad y racismo. Siguiendo la propuesta de Van Dijk (1994:8) me centré a analizar los discursos de la gente que tiene mayor poder, en este caso los hacedores de políticas públicas. Es importante recordar que a través de un estudio del discurso, se puede lograr comprender los recursos de manipulación y de dominación utilizados por las élites, pues éstas son las que tienen un control específico sobre el discurso público.

#### **Fase 3. Estudio de caso**

En esta fase, correspondiente al nivel micro, una vez realizadas las entrevistas se inició el proceso de análisis de la información obtenida. Se reprodujeron y escucharon las grabaciones y se realizó la transcripción orientada a la clasificación y

la construcción de categorías: interculturalidad, discriminación y procesos transaccionales y de hibridación.

Se leyó detenidamente y en repetidas ocasiones la información con que se contaba, considerando no sólo los textos de las transcripciones de las entrevistas, sino que las anotaciones personales que fueron registradas durante las entrevistas y aquéllas que surgieron inmediatamente después de las mismas, ya que conformaron las primeras intuiciones acerca de los temas.

Una vez producida la categorización se contrastó con los conceptos teóricos que conforman la perspectiva teórica referencial de la investigación, a fin de redescubrir significaciones. Finalmente se arribó a la etapa de la teorización definida por Martínez-Miguélez (2006:30) como un proceso cognoscitivo que consiste en descubrir categorías y sus relaciones, y las posibles estructuras que se pueden dar entre ellas.

### ***Categorías de Análisis***

En los tres niveles macro y meso se analizaron las categorías de interculturalidad y discriminación, y en el nivel micro, además de estas dos también se analizaron los procesos transaccionales y de hibridación, cuyos conceptos menciono superficialmente ya que son abordados ampliamente en el apartado teórico correspondiente:

- Interculturalidad. Es una propuesta de diálogo, intercambio y complementariedad. Constituye una noción propositiva que apunta hacia la articulación de las diferencias pero no a su desaparición. Supone impulsar espacios de encuentro, diálogo y asociación entre seres y saberes, sentidos y prácticas distintas. Más allá de la mera relación entre culturas, requiere confrontar las desigualdades en los intercambios culturales y entre culturas mismas (Castañeda, 2010:113).
- Discriminación. Cualquier tipo de discriminación tiene como efecto la privación o la disminución de un derecho. Las políticas de supremacía racial o nacional –

cuya contraparte inevitable es la minorización e inferiorización del diferente— no siempre implican explícitamente la intención de exterminar o segregar. La supremacía y el poder de un grupo sobre otro también pueden tener la intención de asimilar, aculturar e incluso de mejorar racialmente a quienes se alejan de los valores y modelos de vida del grupo dominante. Tales políticas o doctrinas de igualación pueden sostenerse en discursos paternalistas y bien intencionados, pero cuyo fondo consiste en no aceptar al otro ni tomar en cuenta sus aspiraciones (Escalante, 2009:29).

- Procesos transaccionales y de hibridación. Los procesos transaccionales, como explica Menéndez (2005), se llevan a cabo por la articulación de dos o más modelos de atención y se pueden presentar en dos niveles: el primero se refiere a las relaciones establecidas entre las diversas formas de atención a través de uno de los diferentes operadores de las mismas; el segundo nivel se refiere a la integración de dos o más formas de atención por sujetos y grupos que tienen algún padecimiento, este proceso es observado, sobre todo, a través de la llamada carrera de enfermo (Menéndez, 2003:89).

En cuanto a los procesos de hibridación, abordado el término por García Canclini (2001:14), se explican como “aquellos procesos socioculturales en los que las estructuras o prácticas discretas, que existían en forma separada, se combinan para generar nuevas estructuras, objetos y prácticas”.

### 1.5.4 Datos sobre el ámbito local del estudio

#### Municipio de Mecayapan

##### Localización

El municipio de Mecayapan es un pueblo nahua<sup>24</sup>, enclavado en las faldas del Cerro Santa Marta, ubicado dentro del medio físico y geográfico en la zona Sureste del estado de Veracruz, localizado geográficamente entre las coordenadas de la sierra Santa Marta y San Martín y el de los Tuxtlas a 18° 12' 49" de latitud Norte, y a los 04° 17' 40" de latitud Este de México, localizado a 340 metros sobre el nivel del mar.



Fuente: Imagen capturada en línea desde google maps.

Este municipio tiene una extensión de 315.4 Km<sup>2</sup>. que representa el 0.43% del total del estado. Al Norte colinda con el Golfo de México, al Sur con Chinameca y Soteapan, al Este con Pajapan y Golfo de México y al Oeste con Catemaco, Soteapan y Tatahuicapan. Cuenta con 15 comunidades las cuales son: Huazuntlán,

<sup>24</sup> Información consultada en el portal del municipio de Mecayapan, Veracruz.  
URL:<<http://mecayapan.emunicipios.gob.mx/>>

Cerro de la Palma, Ixhuapan, Plan Agrario, Los Arrecifes, La Perla del Golfo, Vicente Guerrero, El Salado, El Paraíso, La Nueva Esperanza, San Andrés Chamilpa, Encino Amarillo, El Rubí, El Naranjo y Arroyo Texizapan.

Las ciudades más cercanas a la cabecera municipal son: Acayucan, Jáltipan, Chinameca, Oteapan, Cosoleacaque, Minatitlan y la Cd. Puerto de Coatzacoalcos.

### ***Orografía e Hidrografía***

Orográficamente en el municipio de Mecayapan, presentan dos formas características de relieve: la primera corresponde a zonas semiplanos y abarca aproximadamente 20% de la superficie.

Las zonas semiplanos se localizan en toda la superficie municipal están formados por montañas y pendientes pronunciadas de 30 a 40° grados, las zonas semiplanos se localizan en el entorno de las localidades están formados por terrenos arcillosos interrumpidos por lomeríos con pendientes de 0 a 15° grados.

El pueblo de Mecayapan se encuentra regado por los siguientes arroyos: al oeste el Sochapan que significa “arroyo de las flores”; por el centro de la comunidad el Ohoxtah “tierra de ohoxin” que es un árbol de fruto comestible; al este el Yoyo-apan y el Macayapan. El primero significa “arroyo de yoyocuahuit”, un árbol que crece a sus orillas y da frutas redondas que se asan para utilizarlo como goma de mascar. El segundo quiere decir “arroyo de macaya”, árbol cuyo nombre científico es *Andhira galeottiana*. Existen otros pequeños arroyos que se forman del escurrimiento de pantanos: el Cuapechapan ubicado al sureste de la carretera Huazuntlán y el Peso-apan ubicado al sur de la cabecera municipal, barrio cuarto.

### ***Clima***

Su clima es cálido subhúmedo-regular, el más húmedo de estos subtipos climáticos. Con una temperatura media anual de 23 °C y del más frío es de 18°C; lluvias abundantes en verano y principios de otoño, con menor intensidad en invierno.

La dirección de los vientos en general es de norte a sur, además los aspectos climatológicos presentan las siguientes características. La precipitación del mes más seco 60 mm cociente p/t 55.3 l y su precipitación media anual es de 2,247 milímetros. La oscilación anual de las temperaturas medias mensuales es entre 5° y 7°C.

### ***Grupos Étnicos***

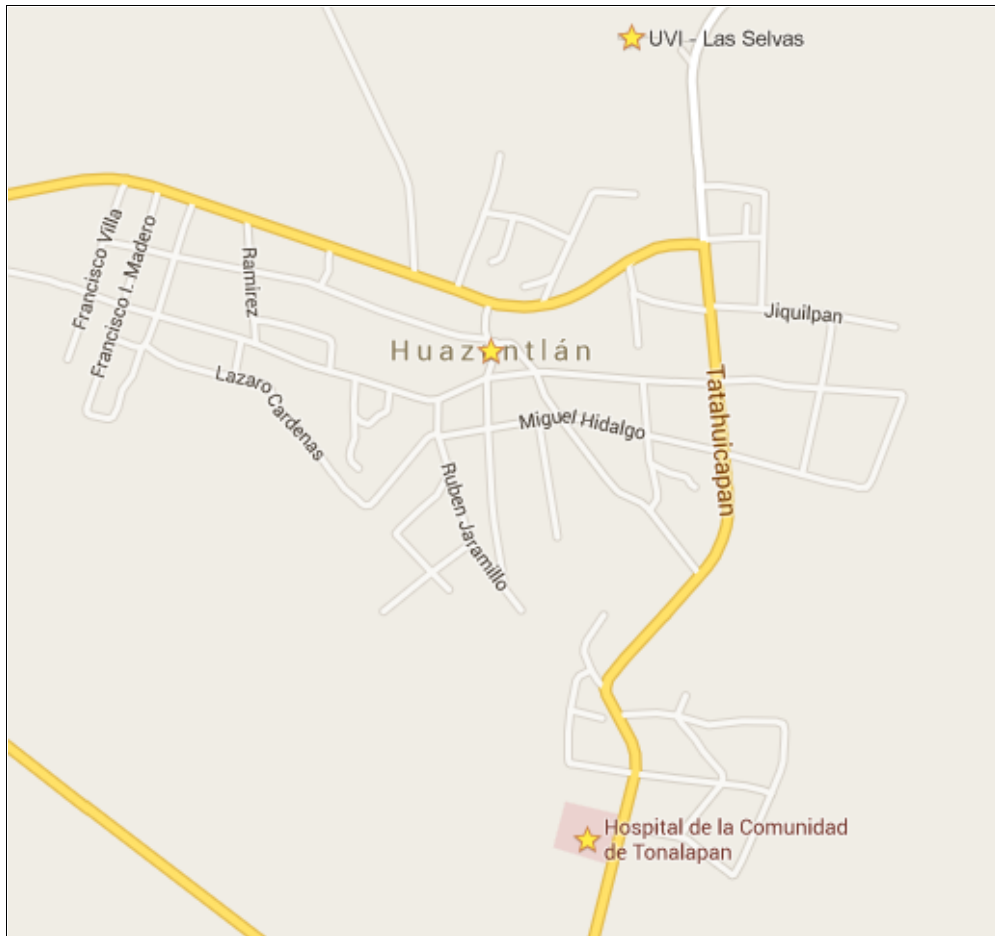
En Mecayapan, desde su asentamiento étnico, en la época prehispánica, hasta la actualidad son nahuas, zoque popoluca y una mínima parte, que corresponde al norte del municipio, se encuentra poblada por gente mestiza (Perla del Golfo, Arrecifes, El Salado, Vicente Guerrero, etcétera).

### **Hospital Comunitario de Tonalapan**



Fuente: Foto de archivo personal.

El Hospital Comunitario de Tonalapan pertenece a la Secretaría de Salud y se encuentra bajo la responsabilidad de la Jurisdicción Sanitaria XI de Coahuila de Zaragoza, Veracruz. Se localiza en la Carretera a Pajapan s/n esquina Juan de la Luz Enríquez, en Tonalapan, municipio de Mecayapan, en el estado de Veracruz.



Fuente: Imagen capturada en línea desde *google maps*

Fue inaugurado el 23 de agosto del 2003. Cuenta con dos niveles de atención. Tiene una población de responsabilidad de 80,135 habitantes de cuatro municipios: Mecayapan, Soteapan, Pajapan y Tatahuicapan. A la fecha cuenta con 52,719 personas afiliadas al Seguro Popular<sup>25</sup>.

El Hospital de Tonalapan está conformado por una plantilla laboral de 160 personas<sup>26</sup> distribuidas en las siguientes áreas: dirección, administración, consulta externa, odontología, especialidades (ginecología, cirugía general, pediatría, internista y anestesiólogo), vigilancia epidemiológica, urgencias, Seguro Popular, laboratorio de análisis clínicos, imagenología, enfermería, archivo clínico y estadística, dietología,

25 Información tomada del portal de la Secretaría de Salud del Estado de Veracruz. <http://web.ssaver.gob.mx/>

26 Información proporcionada por personal administrativo del Hospital de Tonalapan en abril de 2014.

rabajo social, farmacia, servicios generales intendencia (laboratorio y quirófano), lavandería, transportes, mantenimiento y conservación (traductor).

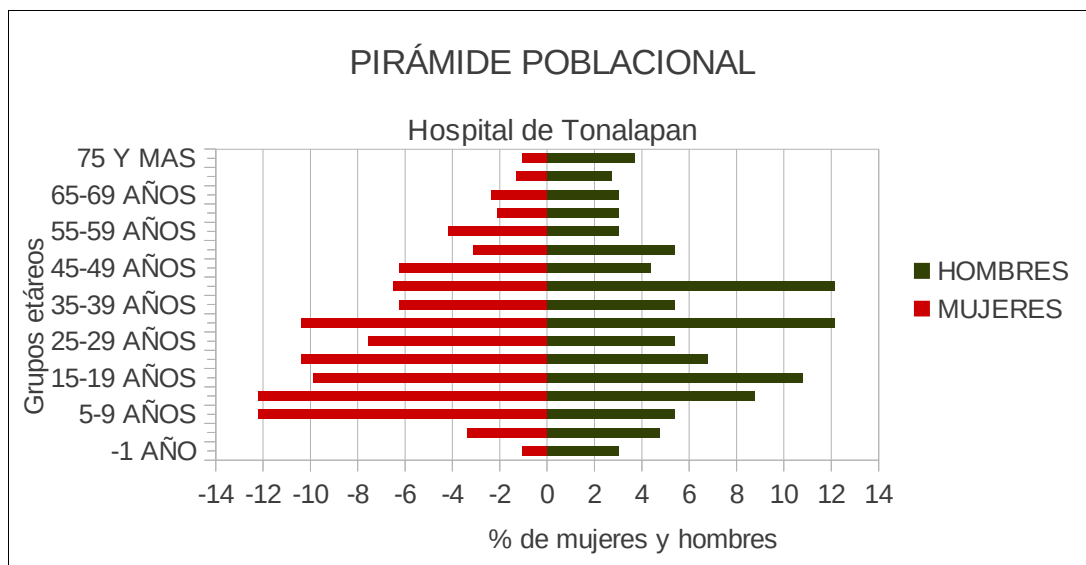
Según el diagnóstico de salud del Hospital de Tonalapan del año 2013, se obtuvieron los datos demográficos que, tal como aparecen en dicho documento, se describen a continuación:

### ***Características de la población***

La localidad de Tonalapan, cuenta con una población de 681 habitantes únicamente pertenecientes a esta zona, notándose una pequeña disminución en comparación con el censo del año pasado debido a que hay población que emigró de esta localidad. La población de mujeres es de 56.6 % y la del hombre 43.3% predominando claramente las mujeres sobre los varones.

### ***Distribución de la población por grupo de edad y sexo***

De acuerdo con la información obtenida a través de las cédulas de micro diagnóstico, la población se distribuye como se muestra en la siguiente pirámide poblacional.



Fuente: Diagnóstico de Salud del Hospital de Tonalapan, 2013. Elaboración propia

El gráfico anterior muestra la integración de la comunidad, en la cual predominan mujeres de 5 a 9, y de 10 a 14 años, seguidas del grupo de mujeres de 20 a 24 años



y aumentando notablemente el porcentaje en el grupo de adolescentes y en edad reproductiva que son, en la comunidad, el grupo económicamente activos. El resto de la población se distribuye en un porcentaje menor entre los niños menores de 5 años y adultos mayores.

### ***Tasa de fecundidad***

La población de mujeres en edad fértil es de 231 que equivale a un 33.9% del total de la población. Con una tasa de fecundidad de 4.40%

### ***Tasa de natalidad***

La tasa de natalidad es de 0.6%

### ***Tasa de envejecimiento***

La población de adultos mayores es de 63 personas, lo cual corresponde al 9.2% de la población general.

### ***Esperanza de vida al nacer***

La esperanza de vida es de 75 años.

### ***Estado civil***

De acuerdo con las encuestas realizadas 42.5% de la población son casados, 39.2% son solteros, 12.2% viven en unión libre, 2.4% son viudos y 3.7% son separados.

### ***Ocupación***

La agricultura es la actividad productiva más ejercida en esta localidad. También se encuentran empleados, obreros, comerciantes, profesionales, artesanos y otros.

### ***Migración***

Los núcleos familiares de esta comunidad son afectados por la ausencia de integrantes en su mayoría padres e hijos que se ven en la necesidad de emigrar a otro estado en busca de empleo y mejoras de vida. La mayoría emigra al norte del

país a los estados de Sinaloa y Coahuila, así como a las ciudades de Monterrey y Tijuana.

### ***Indigenismo***<sup>27</sup>

“La población está constituida por etnias náhuatl y popoluca, de las cuales gran parte de las familias hablan estos dialectos<sup>28</sup> además del español, y otra porción aún mantienen sus tradiciones y costumbres”.

### ***Medicina tradicional***

La población tonalapeña aún sigue acudiendo a los servicios que prestan las parteras, mismas que se encargan de vigilar el embarazo y trabajo de parto que no tengan complicaciones, cabe mencionar que estas mujeres son capacitadas en el hospital de la comunidad de Tonalapan. Otra pequeña parte de la población sigue acudiendo a los hueseros, curanderos y boticario.

### ***Daños a la salud***

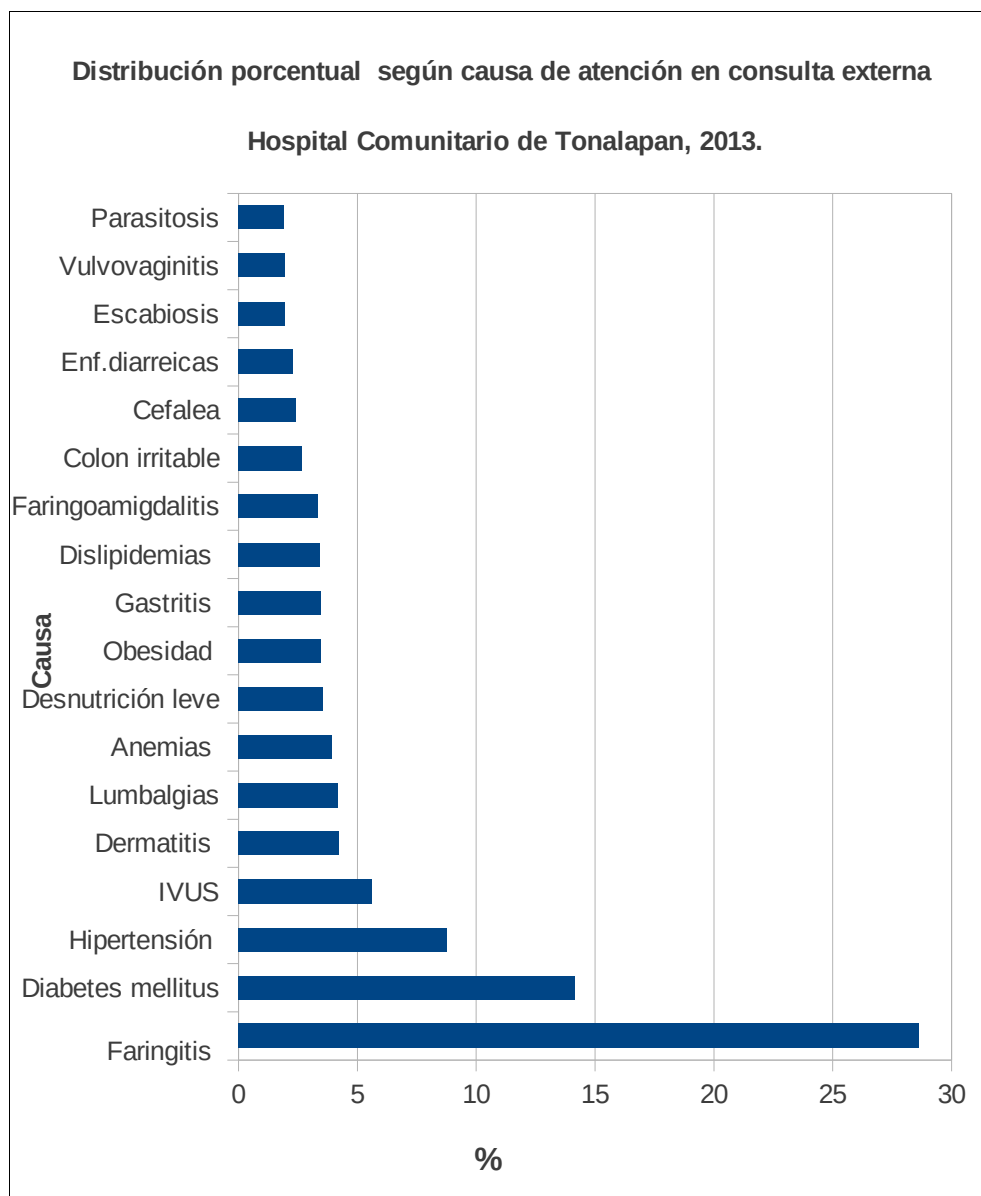
Referente a los daños a la salud, las principales causas de morbilidad atendidas en el primer nivel de atención, según el registro de hoja diaria el nosocomio, fueron: faringitis, diabetes mellitus, hipertensión, infecciones en vías urinarias (IVUS), dermatitis, lumbalgias, anemias, desnutrición leve, obesidad, gastritis, dislipidemias, faringoamigdalitis, colon irritable, cefaleas, enfermedades diarreicas, escabiosis, vulvovaginitis y parasitosis.

Lo anterior se representa en el gráfico siguiente:

---

27 Aun cuando el término *indigenismo* se refiere a una política, de esta manera aparece en el Diagnóstico de salud del Hospital Comunitario de Tonalapan. El término adecuado podría ser grupos originarios o población indígena.

28 Aquí utilizan el término dialecto de forma incorrecta, pues se refiere a idiomas o lenguas originarias.



Fuente: Registro de hoja diaria. Hospital de Tonalapan, 2013. Elaboración propia.

***Capacitación y sensibilización del personal de salud respecto a la salud con enfoque intercultural***

En el año 2009 se llevó a cabo por primera vez en el hospital de Tonalapan un taller llamado. "Proyecto: género, masculinidad y salud intercultural en el Hospital de la

comunidad de Tonalapan del estado de Veracruz<sup>29</sup>, cuyo objetivo fue sensibilizar y formar al personal de salud de las unidades médicas ubicadas en la sierra de Santa Marta en aspectos de equidad de género, masculinidades y salud intercultural. El taller fue propuesto por la orientación de Salud de la Universidad Veracruzana Intercultural sede Las Selvas, a partir de un diagnóstico que el Instituto Veracruzano de las Mujeres realizó en la región para conocer las principales problemáticas de las mujeres en la región.

El Dr. Benno de Keijzer, de Salud y Género A. C., fue el coordinador general del Proyecto. En este taller participó todo el personal de salud del Hospital de Tonalapan.

En la primera parte del taller se trabajaron los temas de salud, equidad de género e interculturalidad, cuyo objetivo fue sensibilizar e informar respecto a la relación entre la salud/enfermedad/atención de hombres, mujeres y las relaciones de género así como en la interculturalidad. En la segunda parte de este taller se retoman aspectos de salud mental y violencia considerando los problemas de salud mental de mujeres y hombres de manera que todo el personal de salud reflexionara en torno a las características, causas y formas de atención y prevención de la violencia en las relaciones de género. Por último y como tercera parte se reflexionó sobre los principales problemas de salud sexual y reproductiva de mujeres y hombres en la región, para plantear acciones de atención y prevención en dicho campo.

---

29 Tomado del informe final de investigación titulado: "Atención a la salud en zonas interculturales: el programa de capacitación para parteras tradicionales en el Hospital de la comunidad de Tonalapan, mpio. de Mecayapan ver", de Ignacia Martínez Hernández y Adán Castillo Gómez. V semestre de la licenciatura en Gestión Intercultural para el Desarrollo, orientación en Salud, de la Universidad Veracruzana Intercultural sede Las Selvas. Diciembre, 2009.

## **II. EL SUR TAMBIÉN EXISTE: CONTEXTUALIZACIÓN HISTÓRICO, SOCIAL Y CULTURAL DE LA SALUD INTERCULTURAL EN MÉXICO**

### **II.1 Población indígena: demografía, condiciones de salud y acceso a los servicios de salud**

México define como población indígena a las personas mayores de 5 años de edad hablantes de una lengua indígena (HLI); a la población de 0 a 4 años de edad que habita en hogares cuyo jefe o jefa de familia o su cónyuge es hablante de lengua indígena, y a la población que se autoadscribió como indígena (OPS, 2007a:530-31).

De la población total aproximada en las Américas (600 millones de personas), alrededor de 50 millones son indígenas (8.33%). Según el Censo General de Población y Vivienda 2010, realizado por el INEGI (2010), México cuenta en números absolutos con la mayor cantidad de población indígena en las Américas, estimada en 6 millones 695 mil 228 personas (representa 1.11%). Para ese año, en México había casi 113 millones de habitantes, por tanto la población indígena conformaba 6.19% de la población total en nuestro país.

En México existen 89 lenguas indígenas, de éstas las que cuentan con un mayor número de hablantes son el náhuatl (23%), maya (11.5%), tzeltal (7%), mixteca (6.9%), tzotzil (6.5%), zapoteca (6.4%), otomí (4.2%), mazateco (3.5%), totonaca (3.3%), chol (3.1%), huasteco (2.5%) y chinanteco (2.1%). Todas ellas concentran a 80% de la población total hablante de lengua indígena. Cabe mencionar que de cada 100 personas que hablan alguna lengua indígena, 14 no hablan español<sup>30</sup>.

Generalmente, los indígenas son los más desfavorecidos, con los niveles de educación más bajos, y de desempleo más altos, y con las peores condiciones de salud —tienen las tasas más elevadas de mortalidad materno-infantil, desnutrición y enfermedades infecciosas— en comparación con el resto de la población nacional. En algunos países, las cifras relativas al alcoholismo, el suicidio, el consumo de sustancias ilícitas y las enfermedades de transmisión sexual son notoriamente más altas entre las poblaciones indígenas. Su mala condición de salud se complica con la

---

30 Tomado del portal del INEGI: <http://www.cuentame.inegi.org.mx>

discriminación y desigualdad que los sistemas de salud ejercen sobre ellos (OPS, 2007a).

Según estimaciones del CONAPO<sup>31</sup>, la mortalidad infantil para la población indígena fue 34.4 por 1000 nacidos vivos en 2000 y 26.8 por 1000 nacidos vivos en 2006. El riesgo de morir por causas del embarazo, parto y puerperio es tres veces más alto en una mujer indígena. La tasa de analfabetismo en indígenas llega a 44%, mientras que a nivel nacional es 10%. La prevalencia de desnutrición infantil en los niños indígenas es 58.3%, y la deficiencia de hierro en mujeres embarazadas indígenas es 60%.

La población indígena es predominantemente rural. El 65% habita en localidades con menos de 2500 habitantes donde persisten factores ancestrales de pobreza, marginación y exclusión social. De los 871 municipios considerados indígenas, 259 (29.7%) aparecen calificados como de marginación muy alta y 363 (41.7%) como de marginación alta. En 2000, 36% de las viviendas indígenas no tenían agua entubada y 16.9% no disponía de energía eléctrica, mientras que 43.7% tenían piso de tierra y 62.4% cocinaban con leña (OPS, 2007b).

Según cifras del CONEVAL<sup>32</sup> (2011), para el año 2010 había en el territorio nacional 46.2% de pobres (35.8% pobreza moderada y 10.4% pobreza extrema). En el estado de Veracruz la cifra de pobreza rebasaba considerablemente la media nacional, presentando 40.1% de pobreza moderada y 18.1% de pobreza extrema, lo cual se traduce en 58.2% de pobres en la entidad federativa. Y conforme al índice de rezago social<sup>33</sup> se establece que Veracruz se ubica con un rezago social alto y ocupa el cuarto sitio en el ámbito nacional.

---

31 Tomado del portal del Consejo Nacional de Población: <http://www.conapo.gob.mx>

32 CONEVAL. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Portal web: <http://www.coneval.gob.mx/>

33 El Índice de Rezago Social es una medida ponderada que resumen cuatro indicadores de carencias sociales (educación, salud, servicios básicos y espacios en la vivienda) en un solo índice que tiene como finalidad ordenar a las unidades de observación según sus carencias sociales. Los resultados de la estimación del índice de rezago social se presentan en cinco estratos: muy bajo, bajo, medio, alto y muy alto rezago social.

En el 2003, el Congreso aprobó una reforma a la Ley General de Salud (LGS) que dio origen al *Sistema de Protección Social en Salud* (SPSS) y su brazo operativo, el Seguro Popular de Salud (SPS). Este seguro entró en operación el 1° de enero de 2004 para proteger a los mexicanos que habían quedado excluidos de la seguridad social convencional. Este derecho constitucional se refiere al derecho de todos los mexicanos a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud (Gómez-Dantés *et al.*, 2011). No obstante, cifras del 2010 indican que 31% de la población total del país y 36% de la población veracruzana presentaba carencia en el acceso a los servicios de salud (CONEVAL, 2011). Por tanto, una tercera parte del país, aproximadamente, no ha podido ejercer el derecho a la salud.

## **II.2 Antecedentes histórico-sociales y culturales de las políticas de atención a los pueblos indígenas y la salud intercultural en México**

### ***II.2.1 Del Estado benefactor al neoliberal***

A lo largo del siglo XIX hasta la Segunda Guerra Mundial, los Estados occidentales vivieron una transformación radical, pasando de "Estados liberales" a "Estados Sociales" o "Estados de Bienestar" (Olmos y Silva, 2011:2).

El modelo de Estado liberal parte de la premisa que el individuo se orienta racionalmente hacia la consecución de sus intereses básicos, definidos en la forma de derechos naturales: a la vida, a la libertad y a la propiedad (ídem).

Los Estados liberales durante el siglo XIX, en el contexto de la revolución industrial y el desarrollo de la producción capitalista, se vieron enfrentados a una serie de problemas sociales principalmente vinculados a la precarización de algunos sectores de la sociedad (ibídem:3).

Desde la sociedad civil surge una respuesta asistencialista: la Iglesia se preocupa por implementar por la vía de la caridad una serie de instituciones de beneficencia que buscan ayudar a estos grupos (ídem). Esta orientación caritativa y asistencialista se da en México desde la etapa colonial con los hospitales y atención por parte de franciscanos y agustinos, además de las órdenes monásticas hospitalarias (hipólitos,

juaninos, etc.). Con la Independencia se establece la igualdad ciudadana y la atención sin distinción por castas (o etnias).

El orden liberal comenzó a adoptar embrionarias reformas, impulsadas desde los grupos excluidos por el liberalismo, que desembocarían en la ruptura de este régimen y la constitución del Estado Bienestar. La llamada "cuestión social", que se expresó en la presión política de los movimientos obreros, impulsó a los gobiernos a cambiar las legislaciones sobre la condición social de la clase trabajadora y el trabajo (ibídem:4).

El aspecto más significativo del Estado de Bienestar no se reduce a la regulación del mercado, sino que se expresa y se reconoce en el principio de la seguridad social. A través del seguro social el Estado intervino en las relaciones laborales haciéndose cargo de la precarización y la inseguridad que hasta ese momento se expresaron en el fenómeno de la cuestión social (ibídem:5).

El crecimiento económico sostenido y el pleno empleo que se había logrado en la mayor parte de los países occidentales desde los años cincuenta, a partir de los años setenta empiezan a disminuir de forma repentina. Con esto comienza un proceso de desbaratamiento del modelo de desarrollo del Estado de Bienestar Keynesiano. Paralelamente, aumentan los requerimientos de prestaciones hacia el Estado y disminuyen los cotizantes al sistema de seguridad social. La crisis se verá agudizada por la subida del precio del petróleo que produce una contracción económica en gran parte de los países de Europa (ibídem:12).

La crisis internacional impide lo descrito en el párrafo anterior y agudiza la sobreproducción. Se empieza a producir una crisis significativa que se manifiesta en distintas esferas:

- El trabajo a tiempo indefinido es reemplazado por la flexibilidad laboral.
- Se modifican las relaciones contractuales en el empleo público.
- Traspaso de actividades públicas al sector privado.



- Los gastos del Estado tienden a incrementarse más rápidamente que los medios para financiarlos (ídem).

El fenómeno de la globalización ha significado una redefinición de los roles y el alcance de los Estados por lo que resulta pertinente preguntarse por los elementos propios del Estado de Bienestar que persisten en la actualidad, y si es que es posible y viable, dadas las actuales condiciones económicas internacionales, repensar nuevas formas de Estados benefactores (ídem:14).

Desde inicios de los 80 hasta la actualidad, ha habido un cambio en el consenso en torno al rol del Estado en las políticas económicas en los países capitalistas, pasando de un modelo keynesiano de Estado de bienestar hacia un capitalismo post industrial estructurado por políticas neoliberales (ibídem).

### ***II.2.2 Asistencia social: atención médica a los pobres***

*A diferencia de la solidaridad, que es horizontal y se ejerce de igual a igual,  
la caridad se practica de arriba abajo,  
humilla a quien la recibe  
y jamás altera ni un poquito las relaciones de poder.*

*Eduardo Galeano*

“El Estado tiene la obligación de asegurar la salud de sus miembros”, acuña Neumann y Virchow, complementa: “El Estado democrático desea que todos sus ciudadanos disfruten del bienestar porque reconoce que todos tienen iguales derechos. No es suficiente que el Estado garantice las necesidades básicas para la existencia y que asista a todo aquel cuyo trabajo no le baste para solventar esas necesidades; el Estado debe hacer más, el Estado debe asistir a cada uno de tal manera que tenga las condiciones necesarias para una existencia en condiciones de salud” (Rosen, 1986:81).

En 1849, Neumann sometió a la Sociedad Berlina de Médicos y Cirujanos, un bosquejo para una Ley de Salud Pública. En el inciso a del apartado II.2, especifica que en condiciones como la pobreza y la enfermedad, el individuo tiene derecho a

solicitar asistencia del Estado. Virchow y otros, a su vez, hicieron propuestas para que se implantaran servicios médicos para los pobres (ibídem:85).

Durante la segunda mitad del siglo XIX, la idea de la Medicina Social se mantuvo vigente en Alemania, incluso se desarrolló en algunos casos con pensadores sociales de la época. Pettenkoffer, por ejemplo, expresó que “las condiciones políticas y sociales influyen en la salud y la mortalidad de la población. En todo el mundo, por lo general, los ricos disfrutaban de mejor salud y viven más que los pobres” (ibídem:109).

En América Latina desde principios del siglo XX numerosos sanitaristas latinoamericanos aspiraban a la creación de Ministerios que se encargaran exclusiva o fundamentalmente de actividades médicas. Fue hasta la década de los 30 y 40's cuando se crearon dichos Ministerios en la mayoría de países latinoamericanos. En el campo de la salud los gastos sociales estaban representados por las instituciones de beneficencia sobre las cuales el Estado sólo cumplía funciones de vigilancia. En algunos países aumentaron los gastos para el consumo social al incorporar a la seguridad social entre sus funciones. Posteriormente hubo un cambio de nombre de beneficencia a asistencia social lo cual indicaba que la misma categoría social a la que se dirigían estos servicios había cambiado, ya que de “pobres o menesterosos”, se reconocía ahora a un grupo de desempleados. La beneficencia incluía instituciones de tipo custodial como asilos, hospitales, leprosarios, etcétera, que no cambió con la nueva terminología de Asistencia Social, ya que en un principio sólo implicaba que la caridad pasa a ser una obligación del Estado. La Asistencia Social incluía, no solamente diferentes tipos de “asilo” destinados al lumpenproletariado, sino también la atención médica, aunque ésta fuera esporádica y de baja calidad en sus comienzos (García, 1981: 113).

Según González Garza (ibídem:114), la Asistencia Social tiene algunas de las características siguientes:

1. Es una dependencia directa del poder público.

2. Se sostiene con los recursos de la Hacienda Pública con ingresos que provienen de utilidades o de donativos. Es un régimen no contributivo, que cumple la obligación que tiene el Estado de suministrar ayuda a los menesterosos sólo en la medida de sus posibilidades económicas.
3. Se circunscribe a la población menesterosa; la ayuda que concede es eventual y de naturaleza diversa.
4. No prevé sólo ayuda a los menesterosos y, a pesar de la bondad de su acción, se conserva el desnivel económico de las clases sociales.
5. Con una población inmensa de menesterosos, sólo puede cubrir parcialmente sus necesidades en función de la generosidad del Poder Público.
6. Tiene una función de carácter político.
7. En la década de los 70 la Asistencia Social que, para esta época era esencialmente atención médica, había de cumplir con la demanda de ciertos productos como el medicamento, bajo la política de la expansión de la cobertura y la atención primaria .

Los pueblos indígenas por el hecho de ser pobres, menesterosos, contribuir en forma mínima a la sociedad mercantilista y no tener derechohabencia son atendidos a través de los servicios públicos del sector salud, como una práctica de asistencia social (ídem).

El Estado suministra apoyo sólo en la medida de sus posibilidades. El tema del acceso a los servicios de salud pasa a ocupar un lugar poco importante y sólo se considera como asistencia social a los pobres (Laurell, 2010:80). Los pueblos indígenas siendo marginados y excluidos históricamente, reciben la atención médica ajustada al presupuesto destinado a los programas sociales, como un apoyo por ser pobre; a los indígenas no se les garantiza la salud como un derecho humano.

### ***II.2.3 Colonialidad, colonialismo y poder simbólico***

La colonialidad es uno de los elementos constitutivos y específicos del patrón mundial de poder capitalista. Se sustenta en la imposición de una clasificación racial/étnica de la población del mundo como piedra angular del patrón de poder, y opera en cada uno de los planos, ámbitos y dimensiones, materiales y subjetivas, de la existencia cotidiana y a escala (Quijano, 2010:342).

El colonialismo se refiere estrictamente a una estructura de dominación/explotación donde el control de autoridad política, de los recursos de producción y de trabajo de una población determinada dominan a otra población de diferente identidad (ídem).

González Casanova y Rodolfo Stavenhagen propusieron llamar “colonialismo interno” al poder racista / etnicista que opera dentro de un Estado-nación. Pero eso tendría sentido sólo desde una perspectiva eurocéntrica sobre el Estado-nación (ídem).

El colonialismo es más antiguo, en tanto que la colonialidad ha probado ser, en los últimos quinientos años, más profunda y duradera que el colonialismo. Es decir, con América Latina el capitalismo se hace mundial, eurocentrado y la colonialidad y la modernidad se instalan, hasta hoy, como los ejes que constituyen este específico patrón de poder (ibídem:343).

En el curso del despliegue de esas características del poder actual, se fueron configurando las nuevas identidades sociales de la colonialidad: indios, negros, aceitunados, amarillos, blancos, mestizos, y las geoculturales del colonialismo: América, África, Lejano Oriente, Cercano Oriente, Occidente y Europa (ídem).

El eurocentrismo no es la perspectiva cognitiva de los europeos exclusivamente, o sólo de los dominantes del capitalismo mundial, sino del conjunto de los educados bajo su hegemonía. Desde el siglo XVIII se fue afirmando la idea de que Europa ya era antes un centro mundial del capitalismo que colonizó al resto del mundo y elaboró por su cuenta y desde dentro la modernidad y la racionalidad. Europa<sup>34</sup> y los

---

<sup>34</sup> “Europa” es aquí el nombre de una metáfora, no de una zona geográfica ni de su población. Se refiere a todo lo que se estableció como una expresión racial / étnica / cultural de Europa.

Europeos eran el momento y el nivel más avanzados en el camino lineal, unidireccional y continuo de la especie. Se consolidó otro de los núcleos principales de la colonialidad / modernidad eurocéntrica: una concepción de humanidad, según la cual la población del mundo se diferencia en inferiores y superiores, irracionales y racionales, primitivos y civilizados, tradicionales y modernos (ibídem:344).

En las sociedades donde la colonización no logró la total destrucción social, las herencias intelectual y estético-visual no pudieron ser destruidas, pero fue impuesta la hegemonía de la perspectiva eurocéntrica en las relaciones intersubjetivas con los dominados. A largo plazo, en todo el mundo eurocentrado se fue imponiendo la hegemonía del modo eurocéntrico de percepción y de producción de conocimientos, y en una parte muy amplia de la población mundial el propio imaginario fue colonizado (ibídem:378).

Las revoluciones de los distintos países latinoamericanos para independizarse de las diferentes colonias europeas fueron lideradas por los criollos que conformaban las élites de políticos, terratenientes y militares, cuyas raíces europeas e ideologías racistas eran compartidas en gran parte por los dirigentes mestizos. Mientras que los mestizos eran admirados en el nuevo discurso nacional, los indígenas seguían padeciendo las formas básicas de desigualdad. Continuaban siendo la clase explotada y oprimida, argumentando su supuesta inferioridad o primitivismo; así como su rebeldía o falta de integración (Van Dijk, 2007b:22).

El poder simbólico, dice Bourdieu (2001:88), es un juego no concientizado que se lleva a la práctica. Es entendido como un poder invisible que sólo puede ejercerse con la complicidad de quienes no quieren saber que lo sufren o que incluso lo ejercen. El autor clasifica los sistemas simbólicos en tres:

- como estructuras estructurantes. La tradición neokantiana trata a los diferentes universos simbólicos, mito, lengua, arte, ciencia, como instrumentos de conocimiento y de construcción del mundo de los objetos, como “formas simbólicas”, reconociendo, como lo señala Marx, el “aspecto activo” del conocimiento. En esta tradición idealista, la objetividad del sentido del mundo

se define por el acuerdo de las subjetividades estructurantes (sensus =consensus) (ibídem:90).

- como estructuras estructuradas (susceptibles de análisis estructural). A diferencia de la tradición neokantina, que ponía el acento sobre el *modus operandi*, sobre la actividad productora de la conciencia, la tradición estructuralista privilegia el opus operatum, las estructuras estructuradas (ibídem:91).
- como instrumentos de dominación. La cultura dominante contribuye a la integración real de la clase dominante (asegurando una comunicación inmediata entre todos sus miembros y distinguiéndolos de las otras clases); a la integración ficticia de la sociedad en su conjunto, y por tanto, a la desmovilización (falsa conciencia) de las clases dominadas; a la legitimación del orden establecido mediante el establecimiento de distinciones (jerarquías) y la legitimación de estas distinciones (ibídem:93).

Los sistemas simbólicos, instrumentos de conocimiento y comunicación, sólo pueden ejercer un poder estructurador en tanto que son estructurados. El poder simbólico es un poder de construcción de la realidad que aspira a establecer un orden gnoseológico: el sentido inmediato del mundo (y en particular del mundo social) (ibídem: 92).

Los símbolos son los instrumentos de la integración social: en tanto que instrumentos de conocimiento y comunicación, hacen posible el *consensus* sobre el sentido del mundo social, que contribuye fundamentalmente a la reproducción del orden social (ibídem:92).

En cuanto instrumentos estructurados y estructurantes de comunicación y de conocimiento, “los sistemas simbólicos” cumplen su función de instrumentos o de imposición de legitimación de la dominación que contribuyen a asegurar la dominación de una clase sobre otra (violencia simbólica) aportando el refuerzo de su

propia fuerza a las relaciones de fuerza que las fundan, y contribuyendo así, según la expresión de Weber, a la “domesticación de los dominados” (ibídem:94).

El poder simbólico como poder de constituir lo dado por la enunciación, de hacer ver y de hacer creer, de confirmar o de transformar la visión del mundo, por lo tanto el mundo; poder casi mágico que permite obtener el equivalente de lo que es obtenido por la fuerza (física o económica), gracias al efecto específico de movilización, no se ejerce sino él es reconocido, es decir, desconocido como arbitrario. Esto significa que el poder simbólico entonces se define en y por una relación determinada entre los que ejercen el poder y los que los sufren, es decir, en la estructura misma del campo donde se produce y se reproduce la creencia (ibídem:98).

#### ***II.2.4 Políticas indigenistas***

En nuestro país, como menciona Sámano (2004:143), hacia 1934 se inició el periodo del indigenismo oficial, en la etapa conocida como el cardenismo. Se incorporan a los pueblos indios como política de Estado para mantenerlos como subordinados. En el caso de México se puede hablar del indigenismo en dos sentidos: uno, paternalista y tutelar; y otro, asistencialista y corporativizador.

La política cardenista en materia indígena abarcó varios aspectos, entre otros:

- Se creó el *Departamento Autónomo de Asuntos Indígenas (DAAI)* el 30 de noviembre de 1935, a raíz de que el general Cárdenas planteó en su primer informe de gobierno la necesidad de contar con un organismo institucional que atendiera los problemas indígenas.
- En 1937 se fundó el *Departamento de Educación Indígena en la Secretaría de Educación Pública (SEP)*; ese mismo año se crearon dos comisiones intersecretariales: una para la región otomí en Hidalgo y otra para la mixteca oaxaqueña.
- En 1938 surgió el *Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH)*, cuyo objetivo central sería el estudio de las etnias del país.

- En 1939 se instauró el Consejo de Lenguas Indígenas, y en 1940 se realizó el Primer Congreso Indigenista Interamericano, en Pátzcuaro, Michoacán, donde se acordó la creación del *Instituto Indigenista Interamericano* (ibídem:212).

Continuando con la política indigenista institucional, a finales de 1946 desapareció el DAAI y se creó la *Dirección General de Asuntos Indígenas*, el 1o. de enero de 1947, y pasó a depender de la SEP. Sin embargo, fue un organismo transitorio, ya que desapareció y en 1948 se creó el *Instituto Nacional Indigenista* (INI), cuyo primer director fue el Dr. Alfonso Caso, cuyo ideal era que los indígenas se modernizaran y dejaran de ser indígenas, para convertirse en mexicanos, hablando español, para tener acceso a las instituciones oficiales que había creado el Estado mexicano durante varios años. Se trataba a toda costa de fortalecer un nacionalismo retomando las culturas indígenas como un elemento de identidad nacional producto de la historia, pero el indio tenía que desaparecer o, mejor dicho, integrarse (ibídem:145-146).

Durante la gestión de López Portillo se dio continuidad a la política indigenista de tipo populista instaurada durante el echeverrismo; en 1977 se creó una *Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados*, mejor conocida como COPLAMAR, lo que significó la instauración de programas de combate a la pobreza, con la instalación de clínicas rurales, y se desplegó una gran acción de las instituciones públicas en las zonas marginadas. El COPLAMAR, junto con el *Sistema Alimentario Mexicano* (SAM), fueron expresiones del populismo gubernamental lopezportillista, convirtiéndose la política indigenista en asistencialista (ibídem:149).

A partir de 1988 la política salinista cambió en materia indígena. La gran solución que encontró el presidente Salinas para los pobres, entre ellos los indígenas, fue el Programa Solidaridad, y en varias localidades se establecieron Comités Comunitarios, para solicitar obras al gobierno federal (ibídem:151).

A la fecha, los indígenas continúan siendo los beneficiarios de los programas sociales de desarrollo humano, como el *Oportunidades*, ahora *Prospera*, y han sido



afiliados al Seguro Popular; sin embargo la atención médica se presenta con las mismas carencias que siempre han tenido por no contar con servicios suficientes y adecuados para la atención oportuna en las zonas rurales indígenas.

En septiembre de 1990 México ratificó el Convenio 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, y una vez ratificado por el Senado de la República entró en vigor en septiembre de 1991. En marzo de 1990 la Comisión Nacional de Justicia le presentó al presidente Salinas una propuesta de modificación del artículo 4o. constitucional. En julio de 1991, la Cámara de Diputados aprobó la reforma al artículo 4o., y en diciembre del mismo año, el senado la aprobó. Una vez aprobada por los Congresos estatales, se promulgó tal reforma en enero de 1992. Por primera vez se reconocía que México era una nación pluricultural, sustentada en sus pueblos indígenas, y era la primera Constitución política latinoamericana, según Carlos Salinas, que empleaba el término “pueblos”, en el sentido que lo establece el Convenio 169 de la OIT (ibídem:152).

La política indigenista fue impactada a partir del 1o. de enero de 1994 por el movimiento neozapatista, debido a la reivindicación de los derechos de los pueblos indígenas en México que el Ejército Zapatista de Liberación Nacional, el EZLN, demandaba (ibídem:153).

La política zedillista en materia indígena fue una continuidad de la salinista. Trató de resolver primero por medio de la presencia militar y después negociando con el EZLN y movimiento indígena nacional, pero el gobierno no cumplió con los compromisos contraídos. El EZLN demandó apoyo a la llamada sociedad civil, para que se cumplieran los Acuerdos de San Andrés y se reconocieran los derechos de los pueblos indígenas, entre ellos el de autonomía y la autodeterminación, y acabar con el indigenismo de Estado (ídem).

El *Instituto Nacional Indigenista*, al cumplir los cincuenta años de existencia en 1998, se replegó a seguir cumpliendo con sus tareas que históricamente se le habían asignado, y que era practicar el indigenismo sin lograr una nueva relación del Estado con los pueblos indígenas (ibídem:155). .

Finalmente, el *Instituto Nacional Indigenista* se liquida en el 2003. Con esta decisión se cierra el periodo de indigenismo institucionalizado en México, que se inició en 1940 (Korsbaek y Sámano, 2007:196).

En el diario Oficial de la Nación se publicó el 21 de mayo de 2003 el “Decreto por el que se expide la Ley de creación de la *Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas* y se abroga la Ley de Creación del Instituto Nacional Indigenista...” (Ley de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, 2012).

La *Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas* es igual que la vieja INI, como la llaman los indígenas, pues en esencia es también una institución indigenista, concluyen Korsbaek y Sámano (2007:213).

### ***II.2.5 Crónica de la salud intercultural en México***

La mayoría de los países latinoamericanos reconocieron desde hace veinte años su condición pluriétnica y multicultural. En estos contextos reconocidos de diversidad cultural surge el tema de la interculturalidad, en sus inicios en el ámbito educativo, posteriormente en todos los ámbitos de política del Estado.

En México desde muchos años antes, en Chiapas, Gonzalo Aguirre Beltrán, entonces director del *Centro Coordinador Indigenista Tzeltal-Tzotzil*, del INI, recogió a comienzos de los cincuenta el material de campo que sirvió de base empírica a las ideas expuestas en su libro “Programas de salud en la situación intercultural” (Zolla, 2011:2013).

En este libro, Aguirre Beltrán describe y analiza el papel del médico y las instituciones gubernamentales de salud en la prevención, curación y erradicación de las enfermedades que afectan a la población indígena. Señala la importancia de la perspectiva intercultural, el conocimiento de las culturas indígenas y la participación comunitaria, entre otros (Campos-Navarro, 2003:10).

Años después, en su libro “Antropología Médica<sup>35</sup>”, Aguirre Beltrán (1986:257) definió la salud intercultural como la complementariedad entre dos sistemas de salud (institucional y tradicional), que tiene como objeto común hacerle frente a la enfermedad y mejorar la salud en zonas de refugio indígena.

El Programa de Interrelación de la Medicina Tradicional con la Medicina Institucional (o llamado también Programa de Interrelación de la Medicina Tradicional con el IMSS-Coplamar), relata Zolla (2011: 204-5), tuvo lugar por la coyuntura de una corriente histórica que, en México, se expresa por el interés concedido a la medicina tradicional, y en particular a la medicina de los pueblos indígenas y a la herbolaria medicinal. Lo anterior, se ejemplifica, con la historia del IMEPLAM (*Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales*), ya que es el antecedente institucional más cercano a la historia del Programa de Interrelación.

En los orígenes y desarrollo del IMEPLAM convergían diversas preocupaciones y propuestas, (Zolla, 2011:205-10), entre ellas:

- La necesidad del estudio científico de la herbolaria medicinal mexicana, reconociendo en el *Instituto Médico Nacional* (1890-1917), su persistente interés por la verificación experimental de las especies vegetales de uso medicinal, mencionadas reiteradamente desde el siglo XVI hasta entrada la segunda mitad del siglo XX.
- Los planteamientos del gobierno del Presidente Luis Echeverría para desarrollar una industria farmacéutica nacional, que aprovechara el enorme potencial de la herbolaria medicinal mexicana.
- El reconocimiento que hizo la OMS de la medicina tradicional como una alternativa que debía desarrollarse, y que más tarde se concretaría con la

---

35 Es importante mencionar que la Antropología Médica surgió a mediados del siglo XX de la antropología social, que estaba estrechamente vinculada con los procesos históricos y sociales del país. Formó parte del proyecto hegemónico del Estado mexicano que la concebía como una disciplina al servicio de la nación cuyo objetivo principal era entender a los pueblos indios en sus especificidades socioculturales y buscar formas para “aculturarlos” (Freyermuth y Sesia, 2006:10).

Declaración de Alma Ata (1978) sobre Atención Primaria de Salud, relevante en la promoción de los recursos locales para la salud.

- El auge creciente de los estudios de etnobotánica y de botánica económica, de la antropología médica y de las llamadas entonces “etnociencias”, como fuente de datos para la selección de especies que se someterían a las investigaciones de laboratorio, a partir de identificaciones que las “culturas indígenas”, “populares” o “tradicionales” habían hecho en el transcurso de los siglos.
- La necesidad de integrar un equipo de investigación para que dialogaran sistemáticamente en dos subequipos; uno, con “la información de campo” y, el otro, con “la información de laboratorio” (experimental) planteaban el desafío de generar modelos de relación e interacción novedosos, innovadores y cimentados en otros supuestos teóricos, experimentales, epistemológicos e, incluso, políticos, a los de la química de síntesis y a la investigación impulsada o empleada por la industria farmacéutica internacional “convencional” estrechamente vinculada al modelo médico institucional.
- La identificación de “los saberes locales”, en términos antropológicos lo que sería “darle la palabra al informante clave” que resultaba ser el curandero, el hierbero, la partera, el huesero, el sobador, el ensalmador, el viborero, el mara-akáme huichol, el h’ilol tzeltal o tzotzil, el h’men maya, y “poner al servicio de” ese saber las ideas, modelos experimentales y la tecnología de “las ciencias duras”.
- La necesidad, no menor, de legitimar esta investigación con argumentos que recurrían tanto al conocimiento científico-experimental, como a los aportes de las ciencias sociales. La tarea implicó: a. Sistematizar la información de campo. b. Acopiar y catalogar la información sobre “la medicina tradicional mexicana” originada en las ciencias sociales o producto de las investigaciones etnobotánicas y antropológico-médicas; y, c. Crear una publicación periódica para la difusión de materiales nacionales a internacionales dedicados

específicamente a la medicina tradicional. La revista Medicina Tradicional fue el instrumento ideado para cumplir con ese propósito, dirigida por Xavier Lozoya y actuando como diseñador y secretario de redacción Carlos Zolla.

- Dos cuestiones importantes que cabe destacar: 1) la Organización Mundial de la Salud, en 1976, consagró la expresión “medicina tradicional”, que se universalizó y fue adoptada por el Imeplam; el director, Xavier Lozoya, asistió a las sesiones del Grupo de Trabajo sobre Promoción y Desarrollo de la Medicina Tradicional, de la OMS, en Ginebra y se publicó el Informe Técnico 622 (Promoción y desarrollo de la medicina tradicional, en 1978); al IMEPLAM se le designó como Centro Colaborador de la OMS en Medicina Tradicional y Herbolaria, condición que perdió más tarde al convertirse en Unidad de Investigación Biomédica en Medicina Tradicional y Herbolaria, del Instituto Mexicano del Seguro Social (UMTH-IMSS). Y, 2) A raíz del reconocimiento de la OMS, comenzó a privilegiarse en México la expresión “medicina tradicional”, denominación que desplazaba a otras que habían sido usadas para referirse al mismo fenómeno: “medicina indígena”, “medicinas paralelas”, “medicina natural”, “medicina popular” (*folk medicine*), “medicina herbolaria” y “sistemas no formales de medicina”, etc.

Continuando el recorrido histórico, narrado por Zolla (2011:211-12), en 1973 se modifica la Ley del Seguro Social y se faculta al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para extender su acción a núcleos de población sin capacidad contributiva, de extrema pobreza y profunda marginación da origen al Programa IMSS-Oportunidades. En consecuencia, en 1974 se implementa el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria. En 1977, el gobierno crea a la *Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados* (COPLAMAR), como parte de una política para abatir la marginación. De esta forma, en 1979 se aprovecha la experiencia adquirida por el IMSS al integrar sus servicios a COPLAMAR, por lo que surge el Programa IMSS-COPLAMAR con el fin de extender los servicios de salud a todo el territorio nacional. “El 20 de abril de 1983, por Decreto Presidencial publicado en el Diario Oficial de la Federación, desaparece COPLAMAR

y se establece el programa IMSS-COPLAMAR administrado en su totalidad por el IMSS. Por lo tanto, se conforma el Comité de Operación del Programa IMSS-COPLAMAR; órgano responsable de evaluar sistemáticamente la operación del Programa y de cooperar con otras dependencias de la Administración Pública Federal vinculadas al desarrollo rural y con las principales organizaciones indígenas y campesinas del país.

Más tarde, en marzo de 1984, se descentralizan los servicios de salud y se transfieren 911 unidades médicas rurales y 23 hospitales rurales a los gobiernos de 14 estados de la República. A partir de 1989, en estos estados donde permaneció vigente, se amplió la infraestructura del Programa IMSS-COPLAMAR y cambió su nombre por el de IMSS-Solidaridad (ibídem: 212).

El IMSS-COPLAMAR fue el programa de extensión de cobertura más ambicioso del siglo XX mexicano: en tres años (1979-1981) se construyeron 3,025 Unidades Médicas Rurales (UMR) y 60 Hospitales Rurales "S" (HRS). Las UMR eran atendidas mayoritariamente por Pasantes en Servicio Social de Medicina (PSSM) y enfermeras bilingües (Auxiliares de Área Médica, AAM, en la nomenclatura institucional). De esas 3,025 UMR, alrededor de 900 se instalaron en zonas con fuerte predominio de población indígena. (ibídem: 213)

El desafío que implicaba afianzar el IMSS-COPLAMAR en comunidades portadoras de conceptos, creencias, recursos y prácticas indígenas, tradicionales y populares, llevó a las autoridades médicas a proponer a la recién creada (enero de 1981) *Unidad de Investigación Biomédica en Medicina Tradicional y Herbolaria* (UMTH-IMSS), el diseño de una estrategia de interacción entre el personal médico y los terapeutas tradicionales e indígenas. Los programas de interrelación de la medicina tradicional con las actividades del IMSS, en las zonas rurales, se iniciaron en noviembre de 1981 con la aplicación del primer proyecto piloto realizado a nivel regional en el estado de Chiapas (ibídem: 214 y 216).

En la primera etapa (1981-1983), se diseñaron acciones específicas dirigidas a los médicos en servicio social, a los médicos supervisores y a los auxiliares médicos

indígenas que laboran en la unidad médica rural en colaboración con el médico. Este personal conoció por primera vez la dimensión, características y trascendencia del fenómeno tradicional en su área de trabajo. Los médicos participaron en la realización de tres encuestas básicas sobre recursos humanos de medicina tradicional, recursos herbarios usados por los terapeutas tradicionales y determinación de las nosologías más frecuentes en el léxico de la medicina tradicional. Se diseñaron, además, acciones específicas dirigidas a los terapeutas tradicionales en sus diversas especialidades, tales como los encuentros con los médicos para discutir los temas afines, reuniones para evaluar y diagnosticar las enfermedades, creación de jardines botánicos medicinales en las unidades médicas del Instituto, y otras (ibídem: 216).

En la siguiente etapa (1983-1984), se diseñó un segundo programa orientado de manera específica al estudio de las patologías más importantes que maneja la medicina tradicional de Chiapas. En los estudios de laboratorio se investigó sobre las propiedades curativas de las plantas medicinales colectadas en el campo (ídem).

La experiencia del IMSS-COPLAMAR en esa época, fue de gran impacto para el médico, al enfrentar severas dificultades de comunicación en una lengua originaria, desconocida por él; descubrir que ciertas causas de demanda de atención (partos, torceduras, zafaduras y, en general, problemas músculo-esqueléticos) eran tratadas anteriormente por la mayoría de los terapeutas locales (parteras, hueseros-sobadores); comprender que la mayor parte de los síndromes de filiación cultural (susto, mal de ojo, aires, etcétera) seguían siendo patrimonio de los médicos tradicionales y, finalmente, comprobar *in situ* las limitaciones de su formación para comprender la cosmovisión indígena y para interpretar los significados sociales y culturales (ibídem: 220)

La ampliación del Programa de Interrelación para actuar a nivel nacional fue adoptada originalmente para el periodo 1983-1984. Posteriormente se fijó una “etapa de consolidación” para el periodo 1985-1987, en la que se intensificaron las reuniones de capacitación de los pasantes en servicio social y el contacto con los

terapeutas tradicionales, encontrándose en este último proceso el germen de lo que más tarde sería el nacimiento y desarrollo de las organizaciones de médicos tradicionales indígenas, tarea en la que destacó más el impulso otorgado por el INI, especialmente en el periodo 1989-1994, aunque muchas de estas organizaciones mantuvieron su contacto con el IMSS-COPLAMAR<sup>36</sup>(ibídem: 224).

El INI, en este periodo, trabajó con la convicción de que era necesario formular y desarrollar modelos de investigación, atención, operación, gestión e interrelación adecuados a las peculiaridades ecológicas, epidemiológicas, socioeconómicas y culturales de las regiones indígenas.

Dentro del Programa de Apoyo a la Medicina Indígena Tradicional destacaron tres líneas esenciales de trabajo: 1) fomento y apoyo a los procesos organizativos de los médicos tradicionales indígenas; 2) La investigación de la medicina tradicional mexicana; 3) El diseño de nuevos modelos de atención a la salud y la extensión de esta propuesta al sistema nacional de salud. Es en este contexto en el que encuentra su sentido la experiencia de convertir al Hospital Rural de Cuetzalan, de la Secretaría de Salud, en un hospital mixto en el que participaran médicos alópatas y terapeutas tradicionales. El hospital, entró en operación en 1978 (ibídem: 227).

En 1989, el hospital presentaba un notable estado de deterioro de su planta física, así como de carencias de equipo e instrumentos, escasez de personal y severos problemas presupuestarios. En ese año se rehabilitó totalmente la planta física, se reforzó el equipo e instrumental del hospital, y se iniciaron las tareas para organizar el programa regional de salud. A partir de 1990 se inició un fuerte proceso de organización de los médicos tradicionales de la región, quienes ocupan un área del hospital, y brindan atención los jueves y los domingos, por ser éstos los días en que los indígenas acuden al mercado de Cuetzalan (ibídem: 228).

La experiencia de Cuetzalan sirvió de base para la planeación de una serie de hospitales mixtos en otras áreas indígenas del país. Salinas de Gortari, aún presidente, mandó construir el Hospital Mixto de Jesús María, Nayarit y, años más

---

36 Posteriormente llamado IMMS-Oportunidades y, hoy día, IMSS-Prospera



tarde, se crearon los Hospitales Integrales con Medicina Tradicional que puso en operación el Gobierno del Estado de Puebla, a través de su Secretaría de Servicios de Salud (ibídem: 229-30).

Por otro lado, una experiencia muy reconocida fue la que surgió en los años 1995-1997 con la introducción de hamacas en el hospital de Hecelchakán, Campeche. Estando Roberto Campos-Navarro en el aparato administrativo del IMSS-Solidaridad, una pareja de médicos del Distrito Federal que realizaron su servicio social en Yucatañ, le sugirieron introducir hamacas en los hospitales ubicados en la península de Yucatán, en función de que la absoluta mayoría de los campesinos mayas las utilizan en forma cotidiana para dormir. Elaboraron un proyecto experimental detallado que abarcaba Yucatán y Campeche. Se realizaron encuestas previas a potenciales usuarios y personal hospitalario. Los resultados indicaban que el sitio idóneo era el hospital de Oxcutzcab en Yucatán, sin embargo, pese a la plena aceptación de los directivos y personal del hospital, el delegado médico de la Institución se opuso en forma obstinada, pese a que tal personaje es hablante del maya y disfruta de la hamaca en su casa. Por ello, el proyecto fue retomado solamente en Hecelchakán, Campeche, que cuando se enteraron de la anuencia verbal del coordinador nacional del Programa, quitaron tres camas metálicas de una sala de mujeres y colocaron sendas hamacas tamaño “king size”. La respuesta fue extraordinaria, las usuarias mostraron su plena y total satisfacción. En la semana santa de 1996 los supervisores médicos enviados desde la Ciudad de México, enojados por tal atrevimiento, ordenaron la cancelación del proyecto en forma unilateral. La reacción local no se hizo esperar: enviaron un oficio a las oficinas centrales donde manifestaron su desacuerdo, porque formaba parte de un proyecto experimental aprobado por el Coordinador. La re-instalación se hizo pocas semanas después. Se concluyó la fase experimental. Todas la mujeres usuarias de las hamacas hospitalarias expresaron su aprobación (Campos-Navarro, 2003:9).

Antes de salir de la institución, Campos-Navarro pensaba en algo más que hamacas en Hecelchakán, se planteaba la posibilidad de elaborar, construir e implementar un hospital modelo donde la interculturalidad fuera completa, es decir, inventar

indicadores socio-culturales que fueran posibles de cumplir. De este modo en 1997 le surgió la idea de los “hospitales amigos del indígena”. Se trataba de que los hospitales ubicados en regiones indígenas tuvieran las siguientes características: uso cotidiano del idioma local, capacitación intercultural obligatoria del personal institucional no indígena, mayor participación indígena de la administración y organización hospitalaria, consumo de alimentos regionales como dieta normal, uso del mobiliario regional, interrelación positiva con la medicina indígena, creación de huertos medicinales demostrativos, uso de arquitectura regional, adecuaciones en la relación médico-paciente, directivos sensibles a la interculturalidad, presencia de hospedaje a familiares de enfermos hospitalizados, entre otras (Ibídem:11).

En el contexto de la conmemoración de los 500 años de la llegada de los europeos al continente americano y como una estrategia para abordar en cooperación con los pueblos indígenas la problemática de salud que los aqueja, se llevó a cabo, en 1993, el Primer Taller Hemisférico sobre Salud y Pueblos Indígenas, con participantes provenientes de 18 países de la región, que representaban a organizaciones, pueblos y naciones indígenas de América, así como a gobiernos, organismos internacionales, centros académicos y organismos no gubernamentales (OPS, 1998:28).

Las recomendaciones de dicho taller se agruparon en una propuesta: La Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas (SAPIA). En esta iniciativa se hizo hincapié en la necesidad de que el enfoque intercultural en la salud fuera un eje transversal en los procesos de reforma del sector salud, dando además prioridad a la participación de los pueblos indígenas, tanto en los niveles de decisión como en los de ejecución de los planes, políticas y propuestas que los involucraran (Freyermuth y Sesia, 2006).

En México esta iniciativa se impulsó formalmente en El Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 donde se instaura una nueva relación entre el Estado, los pueblos indígenas y la sociedad en su conjunto.

La *Secretaría de Salud* creó la *Coordinación de Salud para los Pueblos Indígenas*, con el propósito de lograr que los programas de salud alcanzaran con eficiencia y efectividad a la población indígena; asimismo, la *Secretaría de Salud* establece que la responsable de diseñar, promover, impulsar e implementar el enfoque intercultural en el Sistema Nacional de Salud es la *Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud*, para tal fin, en el 2001 se funda la *Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural* de la *Secretaría de Salud* (Campos-Navarro, 2007:6).

### **III. PARA VIAJAR LEJOS, NO HAY MEJOR NAVE QUE UN LIBRO: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL**

En este apartado se pretende convertir la realidad en concreto de pensamiento y definir las relaciones históricas del objeto de estudio a nivel de su construcción abstracta (Tetelboin, 1997:488-89). Es decir realizar una aproximación tanto teórica como histórico-social y cultural del proceso salud/enfermedad/atención que se vive actualmente en los servicios de salud situados en regiones rurales indígenas; enfatizando las ideologías, saberes y prácticas e ideologías que entran en juego en la relaciones entre el personal de salud del Hospital de Tonalapan, (generalmente mestizos), pacientes y parteras tradicionales (pertenecientes a algún pueblo indígena).

Por un lado, se exponen algunas descripciones conceptuales que nos permiten puntualizar ideas contenidas en el problema; algunos de estos conceptos se plantean desde diferentes perspectivas, como son: académica, institucional, de organismos internacionales o de movimientos sociales; y, por el otro, se desarrollan categorías fundamentales para el abordaje y desarrollo de la investigación. Dichos conceptos y categorías las planteo en cuatro apartados: 1. Interculturalidad y salud intercultural; 2. Modelos médicos y procesos transaccionales y de hibridación; 3. Estado, políticas públicas y el enfoque intercultural en las políticas de salud; y, 4. Derechos humanos, discriminación étnica o racial y derecho a la salud de los pueblos indígenas.

#### **III.1 Interculturalidad y salud intercultural**

Dependiendo de cómo se conceptualice la cultura, comenta Amílcar Castañeda (2010:111), así serán las estrategias que se sigan. Esto es relevante porque en la mayoría de los programas o proyectos subyace una concepción de la cultura que enfatiza el folklore, la tradición y la costumbre, es decir, los aspectos más pintorescos de la cultura material (vestidos festivos, máscaras, artesanías) y de las tradiciones y costumbres (fiestas, danzas, música, cocina típica). No se incluyen las instituciones sociales, la visión del mundo ni las prácticas comunicativas de los grupos humanos en la planeación o proceso de intervención social.

Para García-Canclini (2004:33) la cultura la entiende como una variable que abarca el “conjunto de los procesos sociales de significación, o, de un modo más complejo, la cultura abarca el conjunto de procesos sociales de producción, circulación y consumo de la significación en la vida social”.

La identidad es un concepto articulado a la cultura, por ella es posible entender lo que somos y el sentido de pertenecer a un pueblo o grupo humano específico que compartimos elementos comunes por la procedencia de un territorio, una cultura que nos distingue, cómo nos vestimos, alimentamos, cómo son nuestras fiestas, tradiciones, lenguas, historia, la forma específica de relacionarnos con los seres humanos y la naturaleza (Castañeda, 2010:111). Asimismo, pienso, las formas de atendernos y de curarnos cuando nos enfermamos.

La interculturalidad es un proceso de relación, comunicación y aprendizaje entre personas, grupos, conocimientos, valores y tradiciones distintas, enfocado en generar, construir y propiciar un respeto mutuo y un desarrollo plenos de las capacidades de los individuos, a pesar de sus diferencias culturales, sociales y de género. Es un proceso que intenta romper con la historia hegemónica de una cultura dominante y otra subordinada, así como reforzar las identidades tradicionalmente excluidas, y construir una convivencia de respeto y de legitimidad mutua. La base de la interculturalidad es la identidad, la identidad individual, de los diversos grupos socioculturales y de la sociedad (Walsh, 1998: 119.120).

Para la OPS-OMS (2008:11) el concepto de interculturalidad involucra las interacciones equitativas, respetuosas de las diferencias políticas, sociales y culturales, etarias, lingüísticas, de género y generacionales que se producen y reproducen en diferentes contextos y diferentes culturas, pueblos y etnias para construir una sociedad más justa .

La Secretaría de Salud (Almaguer *et al.*, 2014:54), por su parte, comprende por interculturalidad el modo de convivencia en el que las personas, grupos e instituciones, con características culturales y posiciones diversas conviven y se

relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido, no siempre libre de conflicto.

La interculturalidad, para Néstor García Canclini (2004:15), implica que los diferentes son lo que son en términos de negociación, conflicto y préstamos recíprocos.

La interculturalidad no se puede reducir a una mezcla, fusión o combinación de elementos, tradiciones, características o prácticas culturalmente distintas. Sobre todo, representa procesos dinámicos y de doble o múltiple dirección, repletos de creación y de tensión y siempre en construcción; procesos enraizados en las brechas culturales reales y actuales, brechas caracterizadas por asuntos de poder y por las grandes desigualdades sociales, políticas y económicas que no permiten una relación equitativa. Son procesos que pretenden desarrollar solidaridades y responsabilidades compartidas (Castañeda, 2010:114).

La interculturalidad en el espacio de la sociedad y el Estado es un 'deber ser' alcanzable por medio de nuevas prácticas, valores y acciones sociales concretas y conscientes que se pueden construir mediante procesos formativos y participativos colectivos en los que se relacionen los miembros de culturas diversas. Esta perspectiva institucional asume que la interculturalidad es el resultado de un proceso de reciente valorización de las diferencias culturales por parte de la cultura dominante. Sin embargo, es una percepción limitada de las relaciones interétnicas del país, ya que se basa en el supuesto erróneo de que los conflictos interétnicos se deben a la ignorancia del Otro, lo cual reproduce la postura indigenista que afirma que la cultura es el eje de las diferencias y la fuente del cambio en las dinámicas de las relaciones interétnicas. Con esta perspectiva se asume que existe un Otro que tiene una matriz cultural diferente a la "nuestra" (Saldívar, 2012:72).

Para Viaña "la llamada interculturalidad no es más que una manera de reorganizar y profundizar en el mecanismo de inclusión subordinada que profundizan y refuerzan los múltiples mecanismos de dominación, pero poniendo en escena una simulación moderna que cumple la función política de apaciguar, desorientar, desorganizar y silenciar a los sujetos colectivos (movimientos sociales y movimiento indígena) que

en más de una década en Latinoamérica no han parado de avanzar hacia una transformación profunda” (2008: 331).

El concepto interculturalidad es ampliamente utilizado dentro de las políticas y programas de salud con foco en los pueblos indígenas, a pesar de no existir consenso sobre su significado (Álvarez-Cárdenas, 2014:12).

La salud intercultural o interculturalidad en salud es una concepción que se ha ido construyendo desde diferentes disciplinas, enfoques, autores, países y contextos, con base a las experiencias, las necesidades, las políticas públicas y el recorrido histórico de la práctica en cuestión.

Para fines de este estudio haré referencia a tres definiciones, la primera es aquella que aparece en la Memoria del *Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas*, ya que es la base sustantiva de donde surge formalmente la inclusión del enfoque intercultural en las políticas de salud en América Latina. Así pues, menciona que la interculturalidad en salud implica reconocer la validez de los conocimientos y prácticas desarrolladas por los diferentes grupos humanos a lo largo de su historia para enfrentar el proceso salud-enfermedad y facilitar procesos que se sustenten en la reciprocidad de las relaciones, el respeto y el entendimiento mutuo (OPS, 1998:xi).

En segundo término, hago referencia a la propuesta hecha desde la visión institucional, la Secretaría de Salud define la interculturalidad en salud como los procesos que en los servicios de salud, consideran el entorno cultural, la diversidad y el respeto, respecto a diferentes interpretaciones relacionadas con la salud y enfermedad. La Interculturalidad en salud propone la participación activa de los diferentes actores sociales de la salud, considerando no sólo la relación entre las personas, sino los recursos terapéuticos, los espacios y los aspectos administrativos y de dirección.

Y, por último, como referencia operacional para el análisis del nivel micro de este estudio, es decir, la interacción médico-paciente, expongo la propuesta de Roberto Campos-Navarro (2004:129) que define a la medicina intercultural como aquella “práctica y proceso relacional que se establece entre el personal de salud y los

enfermos, donde ambos pertenecen a culturas diferentes, y se requiere de un recíproco entendimiento para que los resultados del contacto (sea consulta, intervención, consejería) sea satisfactorio para las dos partes”.

La salud intercultural pretende evitar la discriminación, disminuir brechas, crear aproximaciones, superar las discrepancias, crear un ambiente de reconocimiento del otro, y por ende de uno mismo, lograr una convivencia digna, establecer una mutua aceptación de las semejanzas y las diferencias, buscar una interacción satisfactoria para las partes involucradas en el acto médico o sanitario y en la relación trabajador de la salud-paciente (Campos-Navarro, 2007:5).

### III.2 Modelos médicos, procesos transaccionales y de hibridación

Para E. Menéndez (1982:3), *modelo* es un instrumento metodológico que supone una construcción propuesta por nosotros a través de determinados rasgos considerados como estructurales y cuyo valor es básicamente heurístico.

Y *modelos médicos* lo entiende como aquellas construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales supone no sólo la producción teórica, técnica, ideológica, social y económico-política de los médicos, sino también la de los conjuntos implicados en su funcionamiento.

Si bien reconoce tres modelos básicos, para fines de este estudio nos centraremos en los dos primeros:

1. **Modelo Médico Hegemónico** (MMH), supone el reconocimiento de tres submodelos: modelo médico individual privado, modelo médico corporativo público y modelo corporativo privado. Estos submodelos corporativos se caracterizan además, por la estructura jerarquizada de relaciones internas y externas en la organización de la atención médica; por el burocratismo, por la consecuente disminución de las responsabilidades, y por la dominación de los criterios de productividad. El modelo corporativo público presenta a su vez algunos caracteres particulares: la tendencia de prevención, la tendencia a actuar sobre el medio y no sobre los individuos y tendencia a construir



subprofesionales controlados, y a dirigir las legitimaciones políticas e ideológicas en el sector salud (ídem).

2. **Modelo Médico Alternativo Subordinado (MAS)**, integra las prácticas reconocidas como “tradicionales”. Pero esta calificación no sólo connota una suerte de “pasado” cargado de valores, sino que clausura toda la serie de prácticas alternativas que se van constituyendo como dominantes, que no sólo proceden del “pasado”, sino que en gran medida son derivadas o emergentes del MMH, y que sintetizan y transforman inclusive a las llamadas prácticas tradicionales. Este modelo incluye prácticas médicas de alto nivel de complejidad y organización desarrollada hasta ahora al margen del sistema médico -occidental-, como la medicina ayurvédica o la acupuntura y herbolaria chinas (ídem).
3. **Modelo Médico Basado en la Autoatención**, fundamentado el diagnóstico y atención, que puede suponer auto prescripción y tratamientos de índole diversa como masajes, baños, tisanas, fármacos de patente, dieta, tratamientos de auto ayuda tipo AA, etcétera. (ibídem:4).

La clasificación de los modelos de atención, puede ampliarse y/o modificarse, no supone formas estáticas y aisladas, dado que asume la existencia de un proceso dinámico entre las actividades devenidas de diferentes formas de atención; es decir, que las mismas funcionan en términos de exclusión pero también a través de la articulación entre dos o más formas de atención.

Estas dinámicas de articulación, o procesos transaccionales, operan por lo menos en dos niveles.

El primero se refiere a las relaciones establecidas entre las diversas formas de atención a través de uno de los diferentes operadores de las mismas. De esta manera se puede ver la forma en que la biomedicina, por lo menos en determinados contextos, se apropia de la acupuntura o de la quiropraxis, y, en otros, retoma la tradición herbolaria o incluye grupos de Neuróticos Anónimos como parte de los

tratamientos. Por consiguiente, se genera algún tipo de articulación entre diferentes formas de atención (Menéndez, 2003:189).

El segundo se refiere a la integración de dos o más formas de atención por sujetos y grupos que tienen algún padecimiento, lo cual puede ser sobre todo observado a través de la denominada carrera de enfermo. Este tipo de articulación resulta el más frecuente, dinámico y expandido. Las actividades impulsadas por los sujetos y grupos sociales las que generan la mayoría de las articulaciones entre las diversas formas de atención a través de sus usos, y superando frecuentemente la supuesta o real diferencia o incompatibilidad que puede existir entre las mismas, dado que dichas incompatibilidades y diferencias se vuelven secundarias para los sujetos y grupos que buscan una solución pragmática a sus problemas (ídem).

Esto no niega que haya diferencias significativas entre las distintas formas de pensar y actuar sobre el proceso salud/enfermedad/atención (s/e/a), pero dichas disparidades deben ser observadas siempre a través de las prácticas, dado que es en las mismas donde se puede evidenciar si realmente existen diferencias, así como también observar el uso articulado de ellas. Dichas articulaciones se desarrollan a través de diferentes dinámicas transaccionales y casi siempre dentro de relaciones de hegemonía/subalternidad (Menéndez, 2009:33).

Por otra parte hago hacer referencia, a los procesos de hibridación, definidos por Néstor García-Canclini (2001:14) como aquellos procesos socioculturales en los que las estructuras o prácticas discretas, que existían en forma separada, se combinan para generar nuevas estructuras, objetos y prácticas.

El término hibridación ha proliferado en investigaciones sobre mezclas interculturales de la década más reciente. Se extiende para examinar procesos interétnicos y de descolonización, globalizadores, viajes y cruces de fronteras, entrecruzamientos artísticos, literarios y comunicacionales.

La hibridación surge de la creatividad individual y colectiva. No sólo en las artes, sino en la vida cotidiana y en el desarrollo tecnológico. Se busca reconvertir un patrimonio (una fábrica, una capacitación profesional, un conjunto de saberes y técnicas) para

reinsertarlo en nuevas condiciones de producción y mercado (García-Canclini, 2003:4).

Se utiliza este término cultural de reconversión para explicar las estrategias mediante las cuales un pintor se convierte en diseñador, o las burguesías nacionales adquieren los idiomas y otras competencias necesarias para reinvertir sus capitales económicos y simbólicos en circuitos transnacionales. También se encuentran estrategias de reconversión económica y simbólica en sectores populares: los migrantes campesinos que adaptan sus saberes para trabajar y consumir en la ciudad, o vinculan sus artesanías con usos modernos para interesar a compradores urbanos; los obreros que reformulan su cultura laboral ante las nuevas tecnologías productivas; los movimientos indígenas que reinsertan sus demandas en la política transnacional o en un discurso ecológico, y aprenden a comunicarlas por radio, televisión e Internet (ídem).

Por tales razones, García Canclini sostiene que el objeto de estudio no es la hibridez, sino los procesos de hibridación. El análisis empírico de estos procesos, articulados a estrategias de reconversión, muestra que la hibridación interesa tanto a los sectores hegemónicos como a los populares que quieren apropiarse los beneficios de la modernidad. Si se habla de la hibridación como un proceso al que se puede acceder y que se puede abandonar, del cual se puede ser excluido o al que pueden subordinarnos, es posible entender mejor cómo los sujetos se comportan respecto de lo que las relaciones interculturales les permiten armonizar y de lo que les resulta inconciliable. Así se puede trabajar los procesos de hibridación en relación con la desigualdad entre las culturas, con las posibilidades de apropiarse de varias a la vez en clases y grupos diferentes, y por tanto respecto de las asimetrías del poder y el prestigio (García-Canclini, 2003:4-6)

### **III.3 Estado, políticas públicas y el enfoque intercultural en las políticas de salud**

Los científicos sociales generalmente están de acuerdo acerca de la forma en que el Estado debiera ser definido. Una definición integral incluiría tres elementos:

- El Estado es un conjunto de instituciones manejadas por el propio personal estatal, entre las que se destaca muy particularmente la que se ocupa de los medios de violencia y coerción.
- Esas instituciones se localizan en el centro de un territorio geográficamente delimitado, atribuido generalmente a una sociedad; 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, de tal manera que su comportamiento en una de estas áreas frecuentemente sólo puede explicarse por sus actividades en la otra.
- El Estado monopoliza el establecimiento de reglas al interior de su territorio, lo cual tiende a la creación de una cultura política común compartida por todos los ciudadanos.

En el curso de la historia no todas las sociedades han sido controladas por un Estado; la sociedad capitalista moderna, dentro de cuyos límites conviven en la actualidad numerosos Estados, posee sus propias leyes al respecto. Algunos Estados han avanzado notablemente en el camino entre la aspiración y la realización, tal como lo demuestran algunos casos de Estados europeos de fin de siglo, de atenerse al hecho de que esta definición integral se basa en los enunciados de sus científicos sociales. La mayoría de los Estados de Tercer Mundo, por el contrario, siguen albergando más esperanzas que realidades: sus ciudadanos no suelen compartir una misma cultura, lo que significa que aún no se constituyen como Estados nacionales y que se encuentran todavía en las etapas primarias de formación del aparato estatal (Hall e Ikenberry, 1989:11).

El Estado no es de ningún modo un poder impuesto desde fuera de la sociedad; es un producto de la sociedad cuando llega a un grado de desarrollo determinado; es la confesión de que esa sociedad se ha enredado en una irremediable contradicción consigo misma y está dividida por antagonismos irreconciliables. Pero a fin de que estos antagonismos no consuman a la sociedad, se hace necesario un poder situado aparentemente por encima de la sociedad y llamado a amortiguar el choque, a

mantenerlo en los límites del "orden". Y ese poder, nacido de la sociedad, pero que se pone por encima de ella y se divorcia de ella más y más, es el Estado (Engels, 1981:98).

Si bien los marxistas han tenido siempre mucho que decir en relación al Estado, sólo desde hace poco la creación de una teoría del Estado ha sido asumida como tarea explícita. Los recientes intentos de teorización se han sustentado fuertemente en conceptualizaciones del Estado que, en buena medida, aparecen implícitas en trabajos anteriores. Tres de estas perspectivas implícitas, caracterizadas como las tradiciones instrumentalista, estructuralista y hegeliano-marxista, han sido especialmente importantes como guías del actual trabajo marxista en torno al Estado (Gold, Clarence y Wright, 1999:23).

La teoría instrumentalista del Estado analiza de modo sistemático los vínculos entre la clase dominante y el Estado. Una teoría estructuralista, de manera complementaria, establece sistemáticamente la forma en que la política de Estado está determinada por las contradicciones y limitaciones del sistema capitalista. Finalmente la teoría hegeliano-marxista pone énfasis en la conciencia y la ideología (íbidem:25).

Prácticamente todos los planteamientos marxistas parten de la afirmación básica de que el Estado en la sociedad capitalista sirve ampliamente a los intereses de la clase capitalista. Vale la pena recordar la premisa de Engels y Marx en el Manifiesto Comunista: "El Gobierno del Estado moderno no es más que una junta que administra los negocios comunes de toda la clase burguesa" (ídem).

La perspectiva hegeliano-marxista en su nivel más alto de abstracción conceptualiza al Estado como una mistificación, una institución concreta que sirve a los intereses de la clase dominante, pero que intenta autorretratarse como sirviendo al conjunto de la nación, desdibujando con ello los perfiles básicos del antagonismo de clase. Así, el Estado representa una universalidad pero una universalidad falsa, una "comunidad ilusoria" (ibídem:38).

Antonio Gramsci, a quien resulta difícil clasificar dentro de alguna perspectiva en particular, puede ser considerado como uno de los pensadores surgidos de la tradición hegeliano-marxista que evita los abismos de la abstracción exagerada. Gramsci desarrolló la noción de “hegemonía”, concepto clave en el análisis de la dominación capitalista por vía del Estado (ibídem:39).

Desde el Estado, la determinación de políticas públicas implica relaciones de poder, influencia, cooperación y conflicto en donde los valores, los intereses y las motivaciones determinan el diseño final y su implementación. (OPS, 2007a:314).

La política pública puede entenderse como un conjunto de decisiones bien fundamentadas generadas por cualquiera de las ramas y en todos los niveles del gobierno, y enmarcadas en un conjunto de normativas. Las políticas públicas comunican objetivos, medios, estrategias y reglas para la toma de decisiones, utilizados en la administración pública y la legislación. Las leyes, normas, reglamentaciones, interpretaciones y decisiones operativas y judiciales, los estatutos, los tratados y las órdenes ejecutivas son un ejemplo de la expresión real de las políticas (ídem).

De hecho, las políticas determinan, en realidad, quién obtiene qué, cuándo y cómo en la sociedad. Los gobiernos utilizan políticas públicas por razones políticas, morales, éticas o económicas, o cuando el mercado no resulta eficiente. No responder también es una opción, por lo que la política pública se convierte en “lo que el gobierno hace y lo que el gobierno decide ignorar” (ibídem:315).

Con respecto a las políticas públicas interculturales, como es evidente, implica el conocimiento profundo sobre las cosmovisiones, saberes y conocimientos culturales de los pueblos indígenas, de sus necesidades y de las estrategias adecuadas para su implementación. Caso contrario se tiene el riesgo de que las políticas públicas a pesar de que tengan el propósito de resolver una situación grave, más bien lo empeore. Las políticas públicas como la formulación de objetivos de mediano y largo plazo, que están orientadas a resolver problemas concretos, en realidades sociales y culturales diversas, que requieren su participación. Estas políticas deben ser de

obligatoria aplicación, para lo cual debe tener un soporte legal, esto es una ley o decreto presidencial. Se debe establecer con claridad la institucionalidad responsable o instituciones responsables. Y, fundamentalmente contar con los recursos necesarios y oportunos para implementar los planes y programas que concretizan la política pública (Maldonado-Ruiz, 2010:87-88).

En sociedades como las nuestras, rica en diversidad cultural, el enfoque debe ser intercultural, pertinente culturalmente y el marco jurídico político deben ser los derechos humanos y colectivos reconocidos en los instrumentos internacionales y en las constituciones y leyes nacionales (Maldonado-Ruiz, 2010:88).

La política social es un instrumento que utilizan los gobiernos para regular y complementar las instituciones del mercado y las estructuras sociales. La política social es definida a menudo en términos de servicios sociales como la educación, la salud, o la seguridad social (Ortiz, 2007:6).

Durante las décadas de los ochenta y noventa, la política social fue asistencialista, centrada en proporcionar asistencia social (“safety nets”) y servicios básicos, completamente insuficiente para lograr un desarrollo social y económico equilibrado. La política social era considerada “residual” o secundaria en términos de importancia. Tras haber sido reducidas a la más mínima expresión, las políticas sociales se volvieron a reconsiderar a finales de los años noventa, con una renovada atención a las estrategias de reducción de pobreza (ídem).

Sin embargo, la política social incluye mucho más: distribución, protección y justicia social. La política social consiste en situar a los ciudadanos en el núcleo de las políticas públicas, ya no mediante el suministro de asistencia social residual, sino incorporando sus necesidades y voz en todos los sectores (ídem).

A comienzos del siglo XXI, ha surgido un consenso respecto a que la política social es parte de las funciones primarias del Estado, y supone mucho más que un limitado conjunto de redes de asistencia y servicios para cubrir los fallos del mercado. Las políticas sociales bien diseñadas e implementadas pueden, por el contrario, promover el empleo y el desarrollo, erradicar la marginación, configurar países, y

facilitar la superación de conflictos. Constituyen una parte esencial de cualquier Estrategia Nacional de Desarrollo para lograr el crecimiento económico y la equidad social (ibídem:7).

La operacionalización del concepto de interculturalidad en políticas de salud según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) supone el trabajar bajo los siguientes principios:

- Diálogo fundamentado en el respeto a la diferencia.
- Tolerancia a las contradicciones que conduzca a la solidaridad.
- Democracia cultural.
- Participación que incorpora la representación, la consulta.
- El consenso y la convergencia de objetivos comunes.

Estos principios traducidos a la práctica se orientan básicamente a:

- Combatir las relaciones asimétricas excluyentes y discriminadoras.
- Llegar a relaciones de equidad entre los diferentes pueblos, culturas, etnias.
- Valorar las diferentes culturas para eliminar el racismo.
- Crear formas de poder compartido en las que todos los actores participan en la dinámica social.
- Construir la ideología, los valores, las actitudes, y las prácticas para lograr nuevas formas de relación

La trascendencia de incorporar el enfoque intercultural en las políticas del sistema nacional de salud, obedece a la necesidad de que los servicios que se otorgan a la población, deban ser dotados de una visión basada en el reconocimiento y respeto de la diversidad cultural, así como la participación de los usuarios en el diseño de estrategias y programas. Esto redundará en una percepción para promover mejoras, adecuaciones y servicios complementarios que fomenten la calidad, la accesibilidad y la satisfacción del usuario y el proveedor. 'Ver con nuevos ojos', propiciará actitudes de respeto, comprensión y apertura de parte del personal de salud hacia la población que atiende y su cultura, mejorará el impacto clínico y educativo que se



realiza en las unidades de salud, propiciando la comprensión y el enriquecimiento de ambas medicinas la institucional y la tradicional (Castañeda, 2010:116).

### **III.4 Derechos humanos, discriminación étnica o racial y derecho a la salud de los pueblos indígenas**

Los derechos humanos son la suma de los derechos individuales, colectivos y de los pueblos inherentes a todas las personas, sin distinción de sexo, edad, nacionalidad, origen, religión, lengua, orientación sexo-afectiva o cualquier otra característica. Se establecen y proclaman con el objetivo principal de garantizar la dignidad humana de las personas, lo que significa que todas y todos, sin distinción, deberíamos tener acceso a un desarrollo y bienestar plenos durante todas las etapas y aspectos de nuestra vida (OACNUDH *et al.*, 2010:11).

Lo que hoy se entiende como derechos humanos es producto de las diversas transformaciones sociales ocurridas a lo largo de la historia, ya que, en buena medida, las luchas y manifestaciones gestadas en la búsqueda del reconocimiento de las libertades fundamentales han orientado la definición de las condiciones necesarias, internacionalmente aceptadas, para asegurar la dignidad humana de las personas y de la identificación, cada vez más específica y clara, de quiénes y bajo qué principios y parámetros deben garantizarla (*ídem*).

#### ***Evolución histórica de los Derechos Humanos***

La clasificación más conocida es aquella que distingue las llamadas *Tres Generaciones de los Derechos Humanos*, y el criterio en que se fundamenta es un enfoque periódico, basado en la progresiva cobertura de los Derechos Humanos.

**Primera Generación:** surgen en la Revolución Francesa como rebelión contra el absolutismo del monarca. Se encuentra integrada por los denominados derechos civiles y políticos. Imponen al estado respetar siempre los derechos fundamentales del ser humano (a la vida, la libertad, la igualdad, etcétera).

**Segunda Generación:** los constituyen los Derechos del tipo colectivo, los Derechos Sociales, Económicos y Culturales. Surgen, como resultado de la revolución

industrial. En México, la Constitución de 1917 incluyó los Derechos Sociales por primera vez en el mundo. Constituyen una obligación de hacer del Estado y son de satisfacción progresiva de acuerdo a las posibilidades económicas del mismo.

**Tercera generación:** se forman por los llamados derechos de los pueblos o de solidaridad. Surgen en nuestro tiempo como respuesta a la necesidad de cooperación entre las naciones, incorporan el derecho al desarrollo, la paz y el medio ambiente.<sup>37</sup>

En el folleto informativo no. 16 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se plasma la siguiente información:

La base primordial de las actividades de las Naciones Unidas encaminadas a promover, proteger y vigilar la observancia de los derechos humanos y las libertades fundamentales es la Carta Internacional de Derechos Humanos, que es un conjunto integrado por tres textos: la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966) y sus dos protocolos optativos (OACNUDH, 1996:2).

Los dos pactos mencionados son instrumentos jurídicos internacionales. Esto significa que cuando los Estados Miembros y los Estados no miembros de las Naciones Unidas ratifican un Pacto y se convierten en "Estado Parte" en él, están aceptando voluntariamente una serie de obligaciones jurídicas de defender y promover los derechos y disposiciones proclamados en el texto en cuestión (ídem).

Al ratificar los tratados de derechos humanos, los Estados se hacen responsables ante la comunidad internacional, ante otros Estados que han ratificado los mismos textos y ante sus propios ciudadanos y otras personas residentes en sus territorios de aplicar cada una de las obligaciones que aquél impone y de asegurar de buena fe la compatibilidad de sus leyes nacionales con sus deberes internacionales (ídem).

---

<sup>37</sup> Tomado del portal de la Comisión de Derechos Humanos del estado de Puebla:  
<http://www.cdhpuebla.org.mx/>

### ***Cumplimiento y obligaciones de los Estados***

Los responsables de cumplir los derechos humanos son los gobiernos. Y las obligaciones de los Estados con respecto a los Derechos Humanos son las siguientes:

1. Respetar. Obliga al Estado a abstenerse de interferir directa o indirectamente en el disfrute de los derechos.
2. Proteger. Obliga a los Estados a adoptar medidas que impidan a terceros interferir en el disfrute de los derechos.
3. Realizar, que incluye dos fases:
  - ✓ Facilitar. Obliga a los Estados a adoptar las debidas medidas legislativas, administrativas, presupuestarias, judiciales, de promoción y de otra índole para la plena realización de los derechos.
  - ✓ Satisfacer. Obliga a los Estados a ofrecer directamente asistencia o servicios para la realización de los derechos.

### ***Violación a los Derechos Humanos***

Se habla de violación a los derechos humanos cuando los funcionarios, servidores públicos o autoridades abusan del poder que tienen, vulnerando o negando los derechos de las personas o, incluso, cuando amenazan con negarlos, no respetarlos o no hacerlos respetar.

### ***Vigilancia y defensa***

Los encargados de vigilar el cumplimiento de los Derechos Humanos son organismos intergubernamentales -integrados por representantes de gobiernos de muchos países-, como la *Organización de las Naciones Unidas* a través de su *Alta Comisionada para los Derechos Humanos*, o la *Organización de Estados Americanos* por medio de la *Comisión Interamericana de Derechos Humanos*. Asimismo, organismos no gubernamentales (ONG), organizaciones civiles, sociales

y religiosas de derechos humanos tienen como objetivo prioritario vigilar y defender la vigencia de los derechos humanos.

Los derechos humanos tienen cuatro características fundamentales que deben ser tomadas en cuenta para asegurar su respeto, protección y garantía.

### ***Características***

**Son universales:** lo que significa que son aplicables a todas las personas sin distinción alguna. Este principio puede concebirse como la característica principal, ya que establece que el reconocimiento a todas las personas debe darse sin considerar ningún tipo de condición o diferencia cultural, social, económica o política; más aún, significa que estas mismas no deben ser utilizadas como excusas para el desconocimiento o ejercicio parcial de los derechos humanos.

**Son inalienables:** a nadie pueden cancelársele o destituírsele los derechos humanos, y, al mismo tiempo, nadie puede renunciar a ellos, puesto que son inherentes a las personas desde el momento de su nacimiento. Existen circunstancias excepcionales frente a este principio; por ejemplo, las personas que se encuentran privadas de la libertad por cometer algún delito habiéndose hallado culpables frente a los tribunales competentes.

**Son indivisibles e interdependientes:** los derechos humanos están relacionados entre sí de tal forma que para ejercer plenamente determinado derecho será necesaria la intervención de otro u otros. Por ejemplo, para ejercer el derecho a la educación será necesario acceder también al derecho a la salud y al derecho a la alimentación. En este mismo sentido, la violación de uno de ellos afecta directa o indirectamente el ejercicio de otro u otros; tal es el caso de la violación del derecho a un medio ambiente sano, que disminuiría la calidad de vida de las personas, lo que violaría también su derecho a la salud. Por los anteriores motivos es que los derechos humanos deben considerarse como un conjunto inseparable entre sí. Además, estos principios implican que no hay jerarquía entre derechos humanos, no

hay uno más importante que otro, por lo que no puede privilegiarse el cumplimiento de uno en detrimento de otro.

Las obligaciones de los Estados relacionadas con la asignación de recursos públicos (y la racionalización en la toma de decisiones y su ejecución) se ubican en el contexto de la obligación de cumplir y/o garantizar los derechos humanos. En efecto, si bien puede decirse que los Estados han tendido a considerar los derechos humanos como un tema relacionado mayormente con la promulgación de normas y leyes, es ineludible señalar que, a partir de la legislación y los compromisos internacionales signados, el cumplimiento de los derechos humanos requiere que el Estado adopte aquellas medidas ejecutivas, administrativas y presupuestales necesarias, adecuadas y suficientes para garantizarlos.

***Principios y lineamientos que rigen la actuación y la asignación presupuestal de los Estados en materia de cumplimiento de los derechos humanos***

**a) Los recursos presupuestarios deben asignarse** de tal manera que aseguren "... la satisfacción de por lo menos los niveles esenciales de cada uno de los derechos". Este principio debe considerarse prioritario y preferencial al momento de elaborar el presupuesto por encima de cualquier otra disposición.

**Máximo uso de recursos disponibles.** Este principio implica que los Estados deben realizar los esfuerzos necesarios y, más aún, demostrar que los están llevando a cabo, para cumplir y garantizar los derechos humanos mediante la utilización de todos los recursos que tengan a su alcance.

**Realización progresiva de los derechos y no retroceso.** Este principio exige al Estado asignar los recursos adecuados para el avance progresivo en el cumplimiento de los derechos, de acuerdo con el de máxima utilización de recursos disponibles. Obliga al Estado a que, de manera progresiva y lo más rápido posible, avance hacia la plena realización de los derechos por medio de la movilización de los recursos monetarios necesarios. Asimismo, el Estado está obligado a satisfacer, por lo menos, niveles mínimos esenciales de estos derechos. Una vez que se ha conseguido el

avance de un derecho no hay cabida para un retroceso; es decir, el goce de éste debe mantenerse o elevarse. La realización progresiva y la priorización que ésta puede implicar deben estar regidas por lineamientos que se adhieran a la legislación internacional, regional y nacional en materia de derechos humanos.

**No discriminación e igualdad.** Este principio busca asegurar que los recursos presupuestarios sean asignados mediante criterios de equidad, de manera tal que promuevan la igualdad entre mujeres y hombres y otros grupos que se encuentran en situación de discriminación y/o exclusión. El principio de no discriminación y la característica de universalidad no deben representar un impedimento para “reconocer ciertos grupos cuyos integrantes necesitan protección particular”. De esta manera, el Estado se obliga a implementar medidas especiales de carácter temporal para grupos específicos, “con el fin de corregir los efectos a largo plazo de una discriminación ejercida en épocas anteriores”. (OACNUDH *et al.*, 2010:23-24).

Discriminación se define como toda distinción, exclusión, restricción, preferencia, omisión y cualquier otra diferencia o trato fundados en la religión o las creencias, que tenga por fin o por efecto imposibilitar, directa o indirectamente, sea de manera deliberada o no, el ejercicio igualitario de los derechos humanos y de las libertades fundamentales en la vida civil, política, social, económica o cultural (Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, 2014:1). El principio fundamental de no discriminación se encuentra incluido en diversos instrumentos internacionales, como son: la Carta de las Naciones Unidas, El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención Internacional sobre la Eliminación de Toda Forma de Discriminación Racial, entre otros.

Por tanto, la discriminación tiene como efecto la privación o la disminución de un derecho. Las múltiples formas de discriminación persisten en la vida cotidiana de las personas, comunidades y pueblos indígenas; se encuentran limitados en el ejercicio de sus derechos, son frecuentes las violaciones a sus derechos sociales como son la educación, salud, seguridad social, vivienda, servicios básicos y alimentación. Los

pueblos indígenas mexicanos enfrentan la experiencia de la discriminación múltiple, que violenta sus vidas, identidades y esperanzas (CONAPRED, 2012).

La discriminación étnica o racismo<sup>38</sup> es un género muy específico de discriminación, ya que se dirige contra personas y/o grupos que se distinguen por sus características raciales, culturales, nacionales o cualquier otra que las asocie con un grupo que comparte una herencia común (Escalante, 2009:10).

En el caso del racismo encubierto y disimulado, susceptible de gozar de aceptación incluso del mismo sujeto contra quien va dirigido –como la identidad negativa– provoca en el sujeto el rechazo de su lengua, su apariencia y los valores de su pueblo (ibídem:29).

En un momento dado, la discriminación oculta puede ser más dañina, puesto que difícilmente es denunciada y contribuye a normalizar y acumular sus efectos perniciosos. La falta de participación política de los grupos minorizados, por ejemplo, produce una réplica de la exclusión, pues al no poder manifestarse sus intereses y particularidades, se generan normas que propician aún más su marginación o desaparición (ídem).

Cabe mencionar que las políticas de supremacía racial o nacional –cuya contraparte inevitable es la minorización e inferiorización del diferente– no siempre implican explícitamente la intención de exterminar o segregar. La supremacía y el poder de un grupo sobre otro también pueden tener la intención de asimilar, aculturar e incluso de mejorar racialmente a quienes se alejan de los valores y modelos de vida del grupo dominante. Tales políticas o doctrinas de igualación pueden sostenerse en discursos paternalistas y bien intencionados, pero cuyo fondo consiste en no aceptar al otro ni tomar en cuenta sus aspiraciones (ibídem: 30).

A fin de cuentas, la intención de hacer a un lado o, por el contrario, de igualar se basa en un principio de superioridad inaceptable que convierte a los sujetos en entes

---

38 El racismo se refiere a un fenómeno de discriminación causado por la idea y sus prácticas asociadas de que las características fenotípicas o genéticas de la gente determinan sus características intelectuales y culturales (CONAPRED, 2012).

pasivos y manipulables, en oposición a los principios de libertad y fraternidad proclamados universalmente (ídem).

El racismo, entonces, es una construcción prejuiciada, que parte por lo general del desconocimiento premeditado de lo que es el otro. Ello puede ser independiente de que existan o no relaciones entre el grupo dominante y el estigmatizado. La intensificación del contacto es posible que dé lugar a un mayor discernimiento y entendimiento o, por el contrario, al fomento de odios y temores. Todo depende del nivel de competencia por los recursos escasos y de los intereses que existan entre las partes (ibídem:35).

Aquí se muestra un primer nivel o forma elemental de racismo, consistente en la definición de atributos negativos del grupo racializado. A este primer nivel se le puede llamar prejuicio, en el sentido de que se transmiten nociones y definiciones preconcebidas del diferente mucho antes de que exista un conocimiento profundo del mismo (ídem).

Un resultado de este racismo prejuiciado es el que se manifiesta en opiniones negativas sobre el otro, como burlas, sarcasmos, descalificaciones, ofensas y ridiculizaciones, y que tiene por objeto marcar las diferencias jerárquicas entre actores sociales con miras a la explotación o la dominación, lo cual contribuye a reafirmar las exclusiones, a marginar y a hacer efectivas las distinciones que materializan los intereses grupales (ídem).

Un segundo nivel de discriminación surge cuando los prejuicios y estereotipos se vuelven sistemáticos y sirven para organizar la toma de decisiones, tanto de sectores sociales como empresariales u otros ámbitos focalizados. Por ejemplo, impedir habitar en un barrio determinado, restringir el empleo en ciertos ramos, no permitir la entrada a escuelas exclusivas, etcétera. Su efecto es la violencia y la segregación espacial, laboral y educativa (ídem).

Si en el primer nivel el prejuicio se localizaba en las relaciones interpersonales, este racismo violento y segregacionista distingue al *modus operandi* de todo un grupo en particular. Si aquél podía considerarse un infraracismo, éste es definitivamente un



racismo evidente, aunque fragmentado en el sentido de que no toda la sociedad lo comparte (ídem).

La tercera forma elemental se da cuando el racismo alcanza tal nivel de expansión que surgen ideólogos y organizaciones que comienzan a sistematizar y a darle un sentido coherente a todo el conjunto de estereotipos y acciones negativas dirigidas contra el grupo racializado. En este nivel se puede encontrar ya un proyecto definido sobre el lugar, el rol o el destino que deben ocupar los grupos discriminados, y estos ideólogos u organizaciones se imponen el propósito de lograrlo. Por eso a este racismo podría llamársele racismo político (ibídem:36).

El cuarto y último nivel se halla cuando todas las expresiones y acciones supremacistas se funden y encuentran albergue dentro de las propias estructuras del Estado. Se convierte en un sistema articulado y financiado que permea toda la sociedad y que no necesita de actores visibles, ya que toda la maquinaria estatal opera contra el grupo racializado (ibídem:36).

En este sentido, el supuesto infrarracismo o el racismo cotidiano, a simple vista inocente, puede ser resultado de una política histórica y sistemática, que a fuerza de aplicarse y mantenerse por un tiempo prolongado se vuelve invisible, intersticial, natural y normal (ibídem:37).

El racismo se esconde en discursos y políticas culturalistas o legalistas que mantienen y hasta propician su expansión. Es conveniente considerar la aparición del discurso multicultural pues, aunque se puede reconocer que se trata de un avance político y legal, cuando se utiliza como retórica o con el fin de aplicar programas culturalistas, en poco contribuye a remediar el problema de fondo, que se ubica en la necesaria distribución de poderes, control de recursos y, en fin, en la modificación integral de la sociedad (ibídem: 38).

Este racismo difuso es, en realidad, el más complicado de erradicar; por eso, la Convención Internacional (1965), contra la discriminación racial<sup>39</sup>, es enfática al

---

<sup>39</sup> El concepto discriminación racial, se refiere a cualquier acción que produzca menoscabo de derechos, sea por la fuerza o por otro medio, con intención o sin ella.

insistir en que los Estados son los responsables de evitar la propagación e incitación al odio racial en cualquiera de sus formas, incluyendo el que está incrustado en las instituciones y las legislaciones.

Los órganos políticos y los medios de comunicación masiva, dice Van Dijk, están bajo la conducción de personajes que atienden a los intereses del modelo de sociedad racial dominante. Por lo tanto leyes, políticas y mensajes tienen preferencias que claramente perjudican a los grupos racializados (ibídem:39).

El mismo Van Dijk ha destacado el hecho de que las minorías racializadas sólo suelen aparecer en los medios de comunicación cuando ocurren eventos negativos, generalmente hechos violentos, conflictos, costumbres violatorias de derechos, etcétera. En cambio, la discriminación y exclusión sistemáticas que sufren rara vez se convierten en una nota destacable. En todo caso, cuando se valora lo diferente, se tiende más bien a folclorizar y exotizar sus rasgos. Pocas veces se señalan las contribuciones sociales, políticas, culturales y materiales que los pueblos originarios aportan a la sociedad en su conjunto (ibídem: 40).

El discurso racista es una modalidad de la práctica social discriminatoria que se manifiesta tanto en el texto, como en el habla y la comunicación. El discurso racista, junto con las otras prácticas (no verbales) discriminatorias, contribuye a la reproducción del racismo como una forma de dominación étnica o racial. Lo habitual es que se lleve a cabo mediante la expresión, confirmación o legitimación de las opiniones, actitudes e ideologías racistas del grupo étnico dominante (Van Dijk, 2007a).

Básicamente, existen dos modalidades principales de discurso racista:

- a. Discurso racista dirigido a los Otros étnicamente diferentes.
- b. Discurso racista sobre los Otros étnicamente diferentes.

La primera forma de discurso racista es una de las muchas maneras a través de las que los miembros del grupo dominante interactúan verbalmente con los miembros de los grupos dominados: minorías étnicas, inmigrantes, refugiados, etc. Pueden hacerlo de forma descubierta utilizando expresiones ofensivas, derogatorias, insultos,

groserías u otras formas de discurso que explícitamente expresan y promulgan la superioridad y falta de respeto (ídem).

Debido a que estas formas descaradas de discriminación verbal son generalmente consideradas 'políticamente incorrectas', la mayoría de los discursos racistas dirigidos a los miembros del grupo étnico dominado tienden a convertirse en sutiles e indirectos (ídem).

La segunda modalidad de discurso racista generalmente se realiza con otros miembros del grupo dominante, cuando en sus conversaciones se refieren a los Otros étnicos o raciales. Esta modalidad discursiva puede abarcar desde las conversaciones cotidianas o los diálogos organizativos (por ejemplo, los debates parlamentarios), hasta los diferentes tipos de texto escrito, documentos multimedia o eventos comunicativos, como pueden ser los espectáculos televisivos, películas, noticias, editoriales, libros de texto, publicaciones académicas, leyes, contratos, etc. Algo típico para este segundo caso de discurso racista es la negación o mitigación del racismo, concluye Van Dijk (ídem).

Las personas aprenden a ser racistas, el racismo no es innato. Lo aprenden de sus padres y colegas (que también los aprendieron de sus padres), en la escuela y los medios de comunicación, así como a partir de la observación y la interacción cotidiana en sociedades multiétnicas. Además, de ese modo las personas forman su propias opiniones y actitudes y, a menos que tengan buenas razones para desviarse del consenso grupal, la mayoría reproducirá el *status quo* étnico y adoptará las ideologías dominantes que lo legitiman (Van Dijk, 2007b:25).

Los discursos dominantes son definidos por los responsables de diseñar las estrategias en política, de elaborar los programas académicos y textos escolares, de establecer la línea editorial de los medios de comunicación y de fijar las prioridades de la investigación académica (ibídem: 27).

Es imprescindible señalar de qué manera el racismo es parte central en la formación del Estado y de la injusticia social. En épocas de interculturalidad, reconocimiento a la diversidad y tolerancia, donde lo racial es sustituido como cultura o como rasgos

de comportamiento es necesario visualizar y aceptar la presencia del racismo (Saldívar, 2012).

Vale la pena resaltar, como afirma Menéndez (2009:50), que desde hace cuarenta años hasta ahora la biomedicina ha utilizado la dimensión cultural sobre todo para evidenciar aspectos negativos de la población.

Por lo anterior, es posible señalar que al ser las políticas en salud intercultural elaboradas por la clase dominante; es posible encontrar en ellas un discurso racista.

### ***Multiculturalismo: modelo político de discriminación indígena***

Por lo que se refiere al término multiculturalismo se empezó a usar en los Estados Unidos para promover políticas de desarrollo y enaltecimiento de grupos étnicos que han padecido una larga historia de opresión racial (Fernández-Buey, 2006).

Como adjetivo multiculturalista se ha usado, más habitualmente, en distintos países tradicionalmente receptores de inmigrantes, como Canadá, Australia, Reino Unido, Holanda, Suecia, etc., para designar políticas de inmigración y/o de integración cultural (ídem).

Lo que caracteriza este multiculturalismo o estas políticas multiculturalistas es que en ellas se da mucha importancia al papel de las comunidades de origen de los individuos (etnias, culturas o religiones) como instituciones intermedias entre el individuo y el Estado (ídem).

Si bien el multiculturalismo podría entenderse como una política incluyente y positiva al ser una política legislativa y de gobierno que gestiona la diversidad étnica, en los hechos discrimina a los grupos subordinados, como los pueblos indígenas, al enaltecer el derecho a la diversidad sólo desde el folclor, las tradiciones y la lengua, pero sin respetar los derechos civiles, políticos y territoriales aceptados en el derecho internacional, aun siendo enunciados en la Constitución (Escalante, 2009).

El discurso multicultural, por su parte, aunque reconoce el derecho a la diversidad cultural, es decir, al respeto a los valores, las costumbres y formas de ser, no ha incidido en la modificación de territorios políticos, en la distribución y el control de los

recursos naturales o económicos, ni en el reconocimiento de jurisdicciones u otros derechos que la autonomía implica, como es la posibilidad misma de ostentar personalidad jurídica (ídem).

### ***Derecho a la salud de los pueblos indígenas***

En el marco del respeto a los derechos humanos, y después de varios años de diversas deliberaciones entre representantes de los pueblos indígenas y las delegaciones de los gobiernos, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó el 13 de septiembre de 2007, con los votos de 143 de los 192 países que la conforman, la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. El texto afirma que los pueblos indígenas tienen derecho, como pueblo o como personas, al disfrute pleno de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales reconocidos por la Carta de las Naciones Unidas, la Declaración Universal de Derechos Humanos y la normativa internacional de los derechos humanos.

La Declaración reconoce que los pueblos y las personas indígenas son libres e iguales a todos los demás pueblos y personas, y, además, que no deben ser objeto de ninguna discriminación por su origen o identidad indígena. De igual forma, señala que los pueblos indígenas tendrán el derecho a la libre determinación, así como a establecer su desarrollo económico, social y cultural.

Reconoce, entre otros, como sus derechos inalienables los siguientes:

- ✓ Derecho a la cultura e identidad.
- ✓ Derecho a revitalizar, utilizar, desarrollar y transmitir a las generaciones futuras sus historias, idiomas, tradiciones orales, etcétera.
- ✓ Derecho a establecer sus propios medios de información en sus propios idiomas.
- ✓ Derecho a preservar su patrimonio cultural, así como su conocimiento y medicina tradicional.
- ✓ Derecho a la participación y representación política

En cuanto al derecho humano a la salud se puede mencionar que surge en 1946 como mandato de la Organización Mundial de Salud, más adelante es avalado y reafirmado en los denominados Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC). En América Latina apenas éstos se establecen en 1988 en el Protocolo de San Salvador, y el capítulo XII del Proyecto de Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas.

En este momento, el principal instrumento de apoyo legal es el artículo 25 del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) referido a los Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, que una vez aprobado y ratificado por los países que la signan adquiere un rango constitucional.

Otro instrumento fundamental es la Resolución V de la Organización Panamericana de la Salud (1993) que adopta la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, más conocida como *SAPIA*, que hasta ahora ha sido firmada por 24 países miembros, y en la mayoría se han establecido políticas públicas favorables, unidades técnicas al interior de los ministerios de salud y proyectos concretos de salud en áreas indígenas. El 29 de junio de 2006 fue aprobada en Ginebra, la Declaración Universal de los Derechos de los Pueblos Indígenas, emitida por el Consejo de Derechos Humanos de la ONU, donde se establece el derecho al empleo de las medicinas tradicionales, la protección de la herbolaria medicinal, el acceso no discriminatorio a los servicios de salud y la obligación del Estado a suministrar todo lo necesario para mejorar las condiciones de salud de los pueblos indígenas. (Campos-Navarro, 2007)

Cabe recalcar que es obligación del Estado garantizar niveles esenciales del derecho a la salud, aun en periodos de limitaciones graves de recursos, y la obligación de progresividad y su correlativa prohibición de regresividad, pues no es posible reparar el daño cuando por el rezago en la entrega de servicios de salud o la insuficiencia de insumos y equipo, las personas pierden la vida o sufren daños irreversibles en su condición de salud <sup>40</sup> (Kompass, 2003:90).

---

40 Para esto es muy importante lograr la efectiva autonomía de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) y su fortalecimiento, así como la intervención de los órganos no jurisdiccionales de protección a los derechos humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales.

Las violaciones al derecho a la salud ocurren cuando no se cumple alguna o varias de las condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad o calidad en los bienes o servicios públicos de salud. En México existen diversos problemas de naturaleza estructural del sistema de salud pública, que provocan violaciones a los derechos humanos de las personas. Entre otros, discriminación o exclusión en el acceso a los servicios, negación o postergación de la atención, falta de insumos y equipo y disminución de la calidad de los servicios. El cobro de cuotas de recuperación también se ha convertido en un mecanismo de exclusión de la población muy pobre, y atenta contra el principio de gratuidad del sistema (ídem).

#### **IV. ¿QUIÉN ME IBA A DECIR QUE EL DESTINO ERA ESTO?: RESULTADOS**

En este apartado presento la información recabada en las tres fases. En los niveles macro y meso, mediante la investigación documental, recuperé diferentes artículos específicos de tratados internacionales, normatividad federal y del estado de Veracruz, de los cuales se rescata lo que es pertinente al tema; mientras que en el nivel micro, presento diferentes historias de casos, las cuales son una depuración de las diferentes entrevistas realizadas en el Hospital de Tonalapan y la comunidad de Huazuntlán.

##### **IV.1 Fase 1: nivel macro. Tratados internacionales y regionales**

En este nivel se exponen los diferentes instrumentos jurídicos del derecho internacional que han sido signados por el Estado mexicano. Se mencionan los puntos que atañen al objeto de estudio de este trabajo encontrados en los tratados consultados. Cabe aclarar que se divide en dos ámbitos: (1) internacional, referente a todo el mundo; y (2) regional, relativo al continente americano o conocido como Las Américas.

##### ***Ámbito Internacional***

El principal instrumento internacional es la "Declaración Universal de los Derechos Humanos", que fue adoptada el 10 de diciembre de 1948 en la Comisión de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Sin embargo, este no tenía carácter vinculante, por lo que se establecieron el "Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos" y el "Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales", establecidos el 16 de diciembre de 1966. Ambos pactos abordan de forma más amplia los derechos enumerados en la Declaración y tienen como característica su carácter vinculante que lleva más lejos la Declaración Universal. La mayoría de los países del mundo, entre ellos México, son partes en los dos pactos, lo que hace posible supervisar sus prácticas en materia de derechos humanos.



Además de la Declaración, los Pactos y sus Protocolos que forman la "Carta Internacional de Derechos Humanos", existen a nivel internacional más de 80 convenios y declaraciones que abarcan de manera específica estos derechos.<sup>41</sup>

### **Declaración Universal de los Derechos Humanos<sup>42</sup>**

#### *Artículo 2*

Toda persona tiene los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

#### *Artículo 7*

Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación.

#### *Artículo 22*

Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.

#### *Artículo 25*

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, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

---

41 En la URL: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/>, se puede tener acceso íntegro a todos los documentos de derechos humanos.

42 Adoptada y proclamada por la Resolución de la Asamblea General de la ONU 217 A (III) del 10 de diciembre de 1948

## **Convención Internacional Para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial** <sup>43</sup>

### *Artículo 5*

En conformidad con las obligaciones fundamentales estipuladas en el artículo 2 de la presente Convención, los Estados partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de los derechos siguientes:

**e)** Los derechos económicos, sociales y culturales, en particular:

**iv)** El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales;

## **Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales**<sup>44</sup>

### *Artículo 3*

Los Estados Partes en el presente Pacto se comprometen a asegurar a los hombres y a las mujeres igual título a gozar de todos los derechos económicos, sociales y culturales enunciados en el presente Pacto.

### *Artículo 12*

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

---

43 Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 2106 A (XX), de 21 de diciembre de 1965. Entrada en vigor: 4 de enero de 1969, de conformidad con el artículo 19.

44 Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de la ONU en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Entrada en vigor: 3 de enero de 1976, de conformidad con el artículo 27.

- La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
- El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
- La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
- La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

**Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en países Independientes** <sup>45</sup>

*Artículo 3*

1. Los pueblos indígenas y tribales deberán gozar plenamente de los derechos humanos y libertades fundamentales, sin obstáculos ni discriminación. Las disposiciones de este Convenio se aplicarán sin discriminación a los hombres y mujeres de esos pueblos.

*Artículo 5*

Al aplicar las disposiciones del presente Convenio:

a) deberán reconocerse y protegerse los valores y prácticas sociales, culturales, religiosos y espirituales propios de dichos pueblos y deberá tomarse debidamente en consideración la índole de los problemas que se les plantean tanto colectiva como individualmente;

*Artículo 6*

Al aplicar las disposiciones del presente Convenio, los gobiernos deberán:

a) consultar a los pueblos interesados, mediante procedimientos apropiados y en particular a través de sus instituciones representativas, cada vez que se prevean medidas legislativas o administrativas susceptibles de afectarles directamente

---

<sup>45</sup> Convenio sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes (Entrada en vigor: 05 septiembre 1991) Adopción: Ginebra, 76ª reunión CIT (27 junio 1989)

## *Parte V. Seguridad social y salud*

### *Artículo 24*

Los regímenes de seguridad social deberán extenderse progresivamente a los pueblos interesados y aplicárselos sin discriminación alguna.

### *Artículo 25*

1. Los gobiernos deberán velar por que 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.
2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.
3. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, mantenimiento al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.
4. La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país.

### **Declaración del Milenio<sup>46</sup>**

Para reforzar las obligaciones de los Estados de garantizar algunos de los derechos económicos, sociales y culturales, se llevó a cabo la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas. En este evento 189 naciones, entre ellas México, se

---

<sup>46</sup> La Declaración del Milenio fue aprobada por 189 países y firmada por 147 jefes de estado y de gobierno en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas celebrada en septiembre de 2000.

comprometieron con el contenido de la Declaración del Milenio, para alcanzar, a más tardar en el 2015, los llamados Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Los ocho ODM buscan atender las necesidades humanas más apremiantes y los derechos fundamentales que todos los seres humanos deberían disfrutar, entre ellos:

*Objetivo 4. Reducir la mortalidad infantil*

*Meta 4A:* Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años

*Indicadores:*

- 4.1 Tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años
- 4.2 Tasa de mortalidad infantil
- 4.3 Porcentaje de niños de 1 año vacunados contra el sarampión

*Objetivo 5. Mejorar la salud materna*

*Meta 5A:* Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes

*Indicadores:*

- 5.1 Tasa de mortalidad materna
- 5.2 Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado

*Meta 5B:* Lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva

*Indicadores:*

- 5.3 Tasa de uso de anticonceptivos
- 5.4 Tasa de natalidad entre las adolescentes
- 5.5 Cobertura de atención prenatal (al menos una visita y al menos cuatro visitas)
- 5.6 Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar

## **Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas<sup>47</sup>**

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

### *Artículo 1*

Los indígenas tienen derecho, como pueblos o como individuos, al disfrute pleno de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales reconocidas en la Carta de las Naciones Unidas, la Declaración Universal de Derechos Humanos y las normas internacionales de derechos humanos.

### *Artículo 2*

Los pueblos y los individuos indígenas son libres e iguales a todos los demás pueblos y personas y tienen derecho a no ser objeto de ningún tipo de discriminación en el ejercicio de sus derechos, en particular la fundada en su origen o identidad indígenas.

### *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 23*

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.

---

47 Resolución 61/295 adoptada por la Asamblea General el 13 de septiembre de 2007.

#### *Artículo 24*

- Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud.
- Las personas indígenas tienen igual derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente que este derecho se haga plenamente efectivo.

#### ***Ámbito Regional (Las Américas)***

#### **Carta de la Organización de los Estados Americanos<sup>48</sup>**

#### *Capítulo II. PRINCIPIOS*

#### *Artículo 45*

Los Estados miembros, convencidos de que el hombre sólo puede alcanzar la plena realización de sus aspiraciones dentro de un orden social justo, acompañado de desarrollo económico y verdadera paz, convienen en dedicar sus máximos esfuerzos a la aplicación de los siguientes principios y mecanismos:

a) Todos los seres humanos, sin distinción de raza, sexo, nacionalidad, credo o condición social, tienen derecho al bienestar material y a su desarrollo espiritual, en condiciones de libertad, dignidad, igualdad de oportunidades y seguridad económica;

---

<sup>48</sup> Suscrita en Bogotá en 1948 y reformada por el Protocolo de Buenos Aires en 1967, por el Protocolo de Cartagena de Indias en 1985, por el Protocolo de Washington en 1992, y por el Protocolo de Managua en 1993.

b) El trabajo es un derecho y un deber social, otorga dignidad a quien lo realiza y debe prestarse en condiciones que, incluyendo un régimen de salarios justos, aseguren la vida, la salud y un nivel económico decoroso para el trabajador y su familia, tanto en sus años de trabajo como en su vejez, o cuando cualquier circunstancia lo prive de la posibilidad de trabajar;

### **Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José)<sup>49</sup>**

#### *PARTE I - DEBERES DE LOS ESTADOS Y DERECHOS PROTEGIDOS CAPITULO I - ENUMERACION DE DEBERES*

##### *Artículo 1*

###### Obligación de Respetar los Derechos

- ✓ Los Estados Partes en esta Convención se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.
- ✓ Para los efectos de esta Convención, persona es todo ser humano.

##### *Artículo 2*

Deber de Adoptar Disposiciones de Derecho Interno Si el ejercicio de los derechos y libertades mencionados en el artículo 1 no estuviere ya garantizado por disposiciones legislativas o de otro carácter, los Estados Partes se comprometen a adoptar, con arreglo a sus procedimientos constitucionales y a las disposiciones de esta Convención, las medidas legislativas o de otro carácter que fueren necesarias para hacer efectivos tales derechos y libertades.

---

49 Firmada en San José de Costa Rica el 22 de noviembre de 1969.



**Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”<sup>50</sup>**

*Artículo 3*

*Obligación de no Discriminación*

Los Estados partes en el presente Protocolo se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

*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 partes 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 el 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

---

<sup>50</sup> Adoptado por la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos, en su décimo octavo periodo ordinario de sesiones, en San Salvador, El Salvador, el 17 de noviembre de 1988. Cabe hacer mención del descuido de los firmantes de la Convención Americana en 1969, donde omitieron incluir los DESC. Por tanto fue necesario redactar y adicionar este Protocolo.

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.

### **Convención Interamericana contra el Racismo, la Discriminación Racial y formas conexas de Intolerancia<sup>51</sup>**

#### *CAPÍTULO I. Definiciones*

##### *Artículo 1*

Para los efectos de esta Convención:

Discriminación es cualquier distinción, exclusión, restricción o preferencia, en cualquier ámbito público o privado, que tenga el objetivo o el efecto de anular o limitar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de uno o más derechos humanos o libertades fundamentales consagrados en los instrumentos internacionales aplicables a los Estados Partes.

La discriminación puede estar basada en motivos de nacionalidad, edad, sexo, orientación sexual, identidad y expresión de género, idioma, religión, identidad cultural, opiniones políticas o de cualquier otra naturaleza, origen social, posición socioeconómica, nivel de educación, condición migratoria, de refugiado, repatriado, apátrida o desplazado interno, discapacidad, característica genética, condición de salud mental o física, incluyendo infectocontagiosa, psíquica incapacitante o cualquier otra.

#### *CAPÍTULO II. Derechos Protegidos*

##### *Artículo 2*

Todo ser humano es igual ante la ley y tiene derecho a igual protección contra el racismo, la discriminación racial y formas conexas de intolerancia en cualquier ámbito de la vida pública o privada.

##### *Artículo 3*

Todo ser humano tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y

---

51 Adoptado en: La Antigua, Guatemala el miércoles 5 de junio de 2013.

libertades fundamentales consagrados en sus leyes nacionales y en el derecho internacional aplicables a los Estados Partes, tanto a nivel individual como colectivo.

### *CAPÍTULO III. Deberes del Estado*

#### *Artículo 7*

Los Estados Partes se comprometen a adoptar la legislación que defina y prohíba claramente el racismo, la discriminación racial y formas conexas de intolerancia, aplicable a todas las autoridades públicas, así como a todas las personas naturales o físicas y jurídicas, tanto en el sector público como en el privado, en especial en las áreas de empleo, participación en organizaciones profesionales, educación, capacitación, vivienda, salud, protección social, ejercicio de la actividad económica, acceso a los servicios públicos, entre otros; y a derogar o modificar toda legislación que constituya o dé lugar a racismo, discriminación racial y formas conexas de intolerancia.

#### **Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas, SAPIA. Resolución CD37.R5 de la OPS<sup>52</sup>**

El Documento CD37/20 describe la iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas, SAPIA, y el informe con sus conclusiones y recomendaciones de la Reunión de Trabajo de Winnipeg, Canadá, que tuvo lugar entre el 13 y 18 de abril de 1993.

La Resolución V fue ratificada en 1997 a través de la Resolución CD40.R6 que reconoce el incremento de las inequidades en el estado de salud y en el acceso a los servicios sanitarios básicos para los indígenas de las Américas debido a los obstáculos económicos, geográficos y culturales que se oponen a la prestación eficiente y eficaz de servicios de salud pública y de atención sanitaria. Exhorta a los Estados Miembros a ser persistentes en los esfuerzos para detectar, vigilar y eliminar

---

<sup>52</sup> También conocida como “Resolución V” fue emitida en septiembre de 1993 en el marco del XXXVII Consejo Directivo de la OPS.

las inequidades en el estado de salud y en el acceso a los servicios sanitarios básicos de los pueblos indígenas (IIDH, 2006).

SAPIA consensuó cinco principios que debían regir el trabajo de la OPS y de sus Estados Miembros al abordar la temática de los pueblos indígenas:

- ✓ necesidad de un enfoque integral de la salud
- ✓ derecho a la autodeterminación
- ✓ respeto y revitalización de las culturas indígenas
- ✓ reciprocidad en las relaciones
- ✓ derecho a la participación sistemática

*Bases para la acción:*

Los pueblos indígenas deben retomar el control sobre el curso de sus propias vidas en los que la salud representa sólo una parte. Un medio fundamental para alcanzar este objetivo consiste en la progresiva devolución a las poblaciones indígenas de las decisiones sobre las políticas y estrategias para su propio desarrollo y la búsqueda de la concertación con los grupos de poder, para la recuperación y acceso a la tierra y medios de producción y a los recursos necesarios para la satisfacción de sus necesidades básicas. Retomar control sobre la producción de bienes en general y de los servicios sociales básicos en particular, es un elemento crítico para romper con el ciclo de dependencia que ha perpetuado la pobreza, la discriminación racial y la marginación de la mayoría de pueblos indígenas de la Región.

*Lineamientos para la acción:*

- ✓ Promoción de la Salud
- ✓ Transformación del sector salud: sistemas locales de salud, equidad y acceso a servicios de salud, descentralización y participación social
- ✓ Plan de Inversiones en Ambiente y Salud: salud ambiental, preservación del hábitat y protección de las formas de vida tradicionales
- ✓ Recursos humanos

- ✓ Evaluación y vigilancia de la salud y condiciones de vida de los pueblos indígenas
- ✓ Formulación de políticas de salud de los pueblos indígenas y aspectos legales y éticos
- ✓ Programas, áreas y problemas de salud de particular importancia

#### **IV.2 Fase 2: nivel meso. Normatividad federal y estatal**

En este nivel se presentan las diferentes leyes, planes, programas y reglamentos que atañen al objeto de estudio en los ámbitos federal y estatal. En cada instrumento mencionado se transcribe únicamente el artículo referente al derecho a la salud, en general, y de los indígenas donde se especifica el término intercultural o interculturalidad, en particular.

##### ***Ámbito Nacional***

##### **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos<sup>53</sup>**

*Título Primero*

*Capítulo I*

*De los Derechos Humanos y sus Garantías*

*Artículo 1º*

{...} Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

*Artículo 2o.*

La Nación Mexicana es única e indivisible.

La Nación tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas que son aquellos que descienden de poblaciones que habitaban en el territorio actual del país al iniciarse la colonización y que conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas.

---

53 Última Reforma DOF 10-02-2014

{...}

B. La Federación, los Estados 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 y comunidades, las cuales deberán ser diseñadas y operadas conjuntamente con ellos.

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

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

*Artículo 4o.*

Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

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.

*Artículo 5o.*

A ninguna persona podrá impedirse que se dedique a la profesión, industria, comercio o trabajo que le acomode, siendo lícitos. El ejercicio de esta libertad sólo podrá vedarse por determinación judicial, cuando se ataquen los derechos de tercero, o por resolución gubernativa, dictada en los términos que marque la ley, cuando se ofendan los derechos de la sociedad. Nadie puede ser privado del producto de su trabajo, sino por resolución judicial.

## **Ley General de Salud<sup>54</sup>**

### *Artículo 1o.*

La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

### *Artículo 3o.*

En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general:

*IV Bis.* El programa de nutrición materno-infantil en los pueblos y comunidades indígenas;

### *Artículo 6o.*

El Sistema Nacional de Salud tiene los siguientes objetivos:

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

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

### *Artículo 10.*

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

---

<sup>54</sup> Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984; última reforma publicada DOF 02-04-2014

*Artículo 11.*

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

*Artículo 27.*

Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:

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

*Artículo 51*

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

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

*Artículo 54.*

Las autoridades sanitarias competentes y las propias instituciones de salud, establecerán procedimientos de orientación y asesoría a los usuarios sobre el uso de los servicios de salud que requieran, así como mecanismos para que los usuarios o solicitantes presenten sus quejas, reclamaciones y sugerencias respecto de la prestación de los servicios de salud y en relación a la falta de probidad, en su caso, de los servidores públicos. En el caso de las poblaciones o comunidades indígenas las autoridades sanitarias brindarán la asesoría y en su caso la orientación en español y en la lengua o lenguas en uso en la región o comunidad.



*Artículo 64.*

En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán:

IV. Acciones de capacitación para fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales, para la atención del embarazo, parto y puerperio.

*Artículo 67.*

La planificación familiar tiene carácter prioritario...

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

Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.

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

*Artículo 93.*

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

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

*Artículo 113.*

La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública y los gobiernos de las entidades federativas, y con la colaboración de las dependencias y entidades del sector salud, formulará, propondrá y desarrollará programas de educación para la salud, procurando optimizar los recursos y alcanzar una cobertura total de la población.

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

*TRANSITORIOS*

*OCTAVO.* A partir de la entrada en vigor de este Decreto, cada año y de manera acumulativa, se podrán incorporar al Sistema de Protección Social en Salud hasta el equivalente a 14.3% de las familias susceptibles de nueva incorporación, con el fin de alcanzar el 100% de cobertura en el año 2010.

La cobertura de los servicios de protección social en salud iniciará dando preferencia a la población de los dos primeros deciles de ingreso en las áreas de mayor marginación, zonas rurales e indígenas, de conformidad con los padrones que para el efecto maneje el Gobierno Federal.

**Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación<sup>55</sup>**

*Artículo 1.*

Las disposiciones de esta Ley son de orden público y de interés social.

*III. Discriminación:* Para los efectos de esta ley se entenderá por discriminación toda distinción, exclusión, restricción o preferencia que, por acción u omisión, con intención o sin ella, no sea objetiva, racional ni proporcional y tenga por objeto o resultado obstaculizar, restringir, impedir, menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos

---

<sup>55</sup> Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 11 de junio de 2003. Última reforma publicada DOF 20-03-2014.

humanos y libertades, cuando se base en uno o más de los siguientes motivos: el origen étnico o nacional, el color de piel, la cultura, el sexo, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, económica, de salud o jurídica, la religión, la apariencia física, las características genéticas, la situación migratoria, el embarazo, la lengua, las opiniones, las preferencias sexuales, la identidad o filiación política, el estado civil, la situación familiar, las responsabilidades familiares, el idioma, los antecedentes penales o cualquier otro motivo;

También se entenderá como discriminación la homofobia, misoginia, cualquier manifestación de xenofobia, segregación racial, antisemitismo, así como la discriminación racial y otras formas conexas de intolerancia;

#### *CAPÍTULO IV*

#### *DE LAS MEDIDAS DE NIVELACIÓN, MEDIDAS DE INCLUSIÓN Y ACCIONES AFIRMATIVAS*

##### *Artículo 15 Ter.*

Las medidas de nivelación son aquellas que buscan hacer efectivo el acceso de todas las personas a la igualdad real de oportunidades eliminando las barreras físicas, comunicacionales, normativas o de otro tipo, que obstaculizan el ejercicio de derechos y libertades prioritariamente a las mujeres y a los grupos en situación de discriminación o vulnerabilidad.

*Artículo 15 Quáter. Las medidas de nivelación incluyen, entre otras:*

1. Uso de intérpretes y traductores de lenguas indígenas;

##### *Artículo 15 Séptimus.*

Las acciones afirmativas son las medidas especiales, específicas y de carácter temporal, a favor de personas o grupos en situación de discriminación, cuyo objetivo es corregir situaciones patentes de desigualdad en el disfrute o ejercicio de derechos y libertades, aplicables mientras subsistan dichas situaciones. Se adecuarán a la situación que quiera remediarse, deberán ser legítimas y respetar los principios de justicia y

proporcionalidad. Estas medidas no serán consideradas discriminatorias en términos del artículo 5 de la presente Ley.

*Artículo 15 Octavus.*

Las acciones afirmativas podrán incluir, entre otras, las medidas para favorecer el acceso, permanencia y promoción de personas pertenecientes a grupos en situación de discriminación y subrepresentados, en espacios educativos, laborales y cargos de elección popular a través del establecimiento de porcentajes o cuotas. Las acciones afirmativas serán prioritariamente aplicables hacia personas pertenecientes a los pueblos indígenas, afro descendientes, mujeres, niñas, niños y adolescentes, personas con discapacidad y personas adultas mayores.

**Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia<sup>56</sup>**

*Artículo 1*

La presente ley tiene por objeto establecer la coordinación entre la Federación, las entidades federativas, el Distrito Federal y los municipios para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, así como los principios y modalidades para garantizar su acceso a una vida libre de violencia que favorezca su desarrollo y bienestar conforme a los principios de igualdad y de no discriminación, así como para garantizar la democracia, el desarrollo integral y sustentable que fortalezca la soberanía y el régimen democrático establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

*Artículo 5*

Para los efectos de la presente ley se entenderá por:

IV. Violencia contra las Mujeres: Cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público.

---

<sup>56</sup> Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1 de febrero de 2007. Última reforma en el DOF 15 de enero del 2015.

## *CAPÍTULO IV DE LA VIOLENCIA INSTITUCIONAL*

### *Artículo 18*

Violencia Institucional: Son los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia.

### **Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.**

#### *Metas Nacionales*

Un México Incluyente para garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales de todos los mexicanos, que vaya más allá del asistencialismo y que conecte el capital humano con las oportunidades que genera la economía en el marco de una nueva productividad social, que disminuya las brechas de desigualdad y que promueva la más amplia participación social en las políticas públicas como factor de cohesión y ciudadanía.

La presente Administración pondrá especial énfasis en proveer una red de protección social que garantice el acceso al derecho a la salud a todos los mexicanos y evite que problemas inesperados de salud o movimientos de la economía, sean un factor determinante en su desarrollo. Una seguridad social incluyente abatirá los incentivos a permanecer en la economía informal y permitirá a los ciudadanos enfocar sus esfuerzos en el desarrollo personal y la construcción de un México más productivo.

## *VI. Objetivos, estrategias y líneas de acción*

### *VI.1 México en Paz*

*Objetivo 1.5.* Garantizar el respeto y protección de los derechos humanos y la erradicación de la discriminación.

*Estrategia 1.5.4* Establecer una política de igualdad y no discriminación.

#### *Líneas de acción:*

1. Promover la armonización del marco jurídico de conformidad con los principios constitucionales de igualdad y no discriminación.
2. Promover acciones afirmativas dirigidas a generar condiciones de igualdad y a evitar la discriminación de personas o grupos.

### *VI.2. México Incluyente*

*Objetivo 2.1.* Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población.

*Estrategia 2.2.3.* Fomentar el bienestar de los pueblos y comunidades indígenas, fortaleciendo su proceso de desarrollo social y económico, respetando las manifestaciones de su cultura y el ejercicio de sus derechos.

#### *Líneas de acción:*

- Desarrollar mecanismos para que la acción pública dirigida a la atención de la población indígena sea culturalmente pertinente.
- Impulsar la armonización del marco jurídico nacional en materia de derechos indígenas, así como el reconocimiento y protección de su patrimonio y riqueza cultural, con el objetivo de asegurar el ejercicio de los derechos de las comunidades y pueblos indígenas.

- Fomentar la participación de las comunidades y pueblos indígenas en la planeación y gestión de su propio desarrollo comunitario, asegurando el respeto a sus derechos y formas de vida.

*I.* Asegurar el ejercicio de los derechos de los pueblos y comunidades indígenas en materia de alimentación, salud, educación e infraestructura básica.

*Objetivo 2.3.* Asegurar el acceso a los servicios de salud

*Estrategia 2.3.1.* Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal.

*Líneas de acción:*

- I. Garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud a los mexicanos, con independencia de su condición social o laboral.

### **Programa Sectorial de Salud 2013-2018<sup>57</sup>**

*Objetivo 2.* Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad

*Estrategia 2.3.* Crear redes integradas de servicios de salud interinstitucionales

*Línea de acción 2.3.5.* Fomentar una perspectiva intercultural, intersectorialidad (sic) y de género en el diseño y operación de programas y acciones de salud.

*Objetivo 4.* Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.

*Estrategia 4.2.* Asegurar un enfoque integral y la participación de todos los involucrados para reducir la mortalidad materna, especialmente en comunidades marginadas.

---

<sup>57</sup> Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de diciembre de 2013.

*Línea de acción 4.2.1.* Asegurar un enfoque integral y la participación incluyente y corresponsable en la atención del embarazo, parto y puerperio

*Estrategia 4.3.* Fortalecer los servicios de promoción y atención brindados a la población indígena y otros grupos en situación de vulnerabilidad.

*Línea de acción 4.3.4* Adecuar los servicios a las necesidades demográficas, epidemiológicas y culturales de los grupos en situación de vulnerabilidad.

### *Estrategias Transversales*

#### *Perspectiva de Género*

##### *Líneas de acción:*

- Difundir los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, el derecho al consentimiento previo e informado, incluyendo a población indígena.
- Reducir la mortalidad materna y fortalecer la atención perinatal con enfoque de interculturalidad.

### **Reglamento Interior de la Secretaría de Salud<sup>58</sup>**

#### *Artículo 25.*

Corresponde a la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud:

VII. Diseñar y promover la implantación de nuevas unidades de atención a la salud que respondan a las necesidades y características culturales de la población y que consideren prototipos medico-arquitectónicos, sistemas organizacionales y esquemas de operación y financiamiento;

XVII. Impulsar y coordinar la política de interculturalidad en el Sistema Nacional de Salud

XIX. Diseñar, desarrollar e impulsar la política nacional de medicinas tradicionales, alternativas y complementarias en el Sistema Nacional de Salud, y

---

<sup>58</sup> Publicado en el Diario Oficial de la Federación, el lunes 19 de enero de 2004. Última reforma publicada DOF 10-01-2011.



XX. Diseñar, desarrollar e impulsar la política nacional de atención a la salud de los pueblos indígenas promoviendo la equidad en el acceso a los servicios de salud en el territorio nacional.

## **Manual de Organización Específico de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud<sup>59</sup>**

### *X. DESCRIPCIÓN DE FUNCIONES*

#### *DIRECCIÓN DE MEDICINA TRADICIONAL Y DESARROLLO INTERCULTURAL*

##### *OBJETIVO*

Definir, promover e implantar modelos y servicios de salud innovadores con calidad y sensibilidad cultural en el Sistema Nacional de Salud, mediante la definición de competencias específicas en el personal directivo, operativo y en formación, así como con la inclusión de medicinas reconocidas en el marco legal, como tradicional indígena y otros modelos clínico terapéuticos y de fortalecimiento a la salud de la población, con el propósito de fortalecer la oferta y eficacia de los servicios y la eliminación de barreras culturales.

##### *FUNCIONES*

- Definir la política institucional sobre medicina tradicional, salud intercultural y otros sistemas complementarios de atención a la salud, a fin de establecer el marco normativo para la interrelación entre los profesionales de estas medicinas y los usuarios del Sistema Nacional de Salud.
- Proponer normas y lineamientos para la operación de los programas de medicina tradicional, salud intercultural y otros sistemas complementarios de atención a la salud, a fin de fortalecer su implantación y la adecuación operativa de los programas institucionales.
- Apoyar el reconocimiento legal de la medicina tradicional indígena y promover su práctica en condiciones adecuadas, como uno de los objetivos del Sistema Nacional de Salud, bajo modelos y metodologías interculturales, con respeto a

---

<sup>59</sup> Publicado en agosto del 2012. Consultado en el portal de la DGPLADES.  
URL: <http://www.dgplades.salud.gob.mx/Contenidos/Documentos/ManualOrganizacion.pdf>

los derechos de los pueblos indígenas y de los derechos humanos para el desarrollo estratégico de este modelo de atención.

- Proponer que los programas institucionales e interinstitucionales enfocados a población rural e indígena se ofrezcan dentro del enfoque intercultural, para ofrecer servicios culturalmente adecuados que cubran las expectativas de la población.
- Definir y proponer la estrategia de salud intercultural para sensibilizar y capacitar al personal de salud en formación y operación, mediante modelos y metodologías interculturales en forma presencial y vía internet, para mejorar la eficacia y la calidad de los servicios institucionales.
- Definir y proponer estrategias para establecer servicios de salud con calidad y sensibilidad cultural, mediante la definición y difusión de competencias interculturales para el personal de salud y criterios en la acreditación de unidades de salud fijas y móviles de carácter intercultural.
- Intervenir en el diseño de espacios de atención a la salud con sensibilidad intercultural, a fin de ofrecer servicios culturalmente adecuados en los contextos donde se plantea construcción de obra nueva, rehabilitación o sustitución de infraestructura, proponiendo la consulta informada a la población indígena sobre las intervenciones institucionales que les involucren.
- Coparticipar con instituciones del sector salud en el ámbito nacional e internacional para el intercambio de experiencias de carácter técnico en la implantación de modelos de salud interculturales armonizando las necesidades de salud de la población.
- Promover la participación sectorial en la definición de políticas interculturales respecto a los derechos humanos en salud, para impulsar el establecimiento de un sistema de salud integrado, complementario e intercultural.

- Promover la creación del Instituto Nacional de Medicina Tradicional y Sistemas Complementarios de Atención a la Salud, para promover el servicio, la investigación y la enseñanza de modelos interculturales en salud en el ámbito nacional.
- Contribuir en coordinación con médicos tradicionales organizados y en lo individual, los recursos humanos locales en las comunidades indígenas y campesinas y con los profesionales de otros sistemas complementarios de atención a la salud, en los mecanismos de certificación de competencias específicas y “buenas prácticas”, para su reconocimiento desarrollo y protección legal.

#### *SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS*

##### *OBJETIVO*

Contribuir a la rectoría de la Secretaria de Salud con la oferta de modelos, estrategias y servicios culturalmente competentes, incorporando elementos interculturales en los programas y servicios con pleno respeto al marco jurídico respecto a los derechos de los pueblos indígenas, para fortalecer mecanismos que mejoren el impacto de los programas dirigidos a esta población.

##### *FUNCIONES*

- Coordinar estrategias para la atención a la salud de los pueblos indígenas, para identificar las acciones realizadas por los programas institucionales y fortalecer la oferta de servicios con elementos que los definan como culturalmente competentes.
- Proponer acciones para el fortalecimiento de las capacidades en la población indígena para el óptimo aprovechamiento de los servicios y programas de salud.

- Contribuir a la formulación intercultural de los programas de salud que se otorgan a poblaciones indígenas coordinando mecanismos de seguimiento y evaluación de las acciones desarrolladas para pueblos indígenas, para lograr su pertinencia y aceptabilidad social.
- Contribuir a la sistematización de las tareas y la información generada en el desarrollo de los programas de atención a la salud de pueblos indígenas de la Secretaría de Salud, para orientar o reorientar las metas propuestas.
- Proponer las adecuaciones interculturales a los programas y espacios físicos de atención a la salud dirigidos a población indígena, para contribuir a su posicionamiento como servicios de salud culturalmente competentes y su acreditación en el SPSS.
- Difundir el modelo de redes funcionales de servicios para la atención de la salud de la población indígena, promoviendo metodologías de consulta sobre los servicios a ofrecer e incorporando variables étnicas en los sistemas de información en salud, para lograr estrategias de consenso con la población usuaria y la eficacia de los programas.
- Coordinar estrategias para el fortalecimiento de las capacidades de la población indígena como usuarios de los servicios de salud, que logren la difusión, el conocimiento y ejercicio de sus derechos para un mejor aprovechamiento de los servicios que se les ofrecen.
- Proponer soluciones a las barreras culturales institucionales que mejoren el acceso, uso y calidad de los servicios de salud dirigidos a pueblos indígenas, a fin de lograr la oferta institucional de servicios de salud con pertinencia cultural y disminuir las inequidades con este sector de la población.

## *SUBDIRECCIÓN DE INTERCULTURALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD*

### *OBJETIVO*

Diseñar, desarrollar e implantar en coordinación con otras unidades administrativas y dependencias del Sistema Nacional de Salud modelos, lineamientos y procedimientos que permitan fortalecer y desarrollar políticas interculturales de respeto a la diversidad y derechos humanos de las personas, a través del establecimiento de servicios de salud con sensibilidad cultural y competencias interculturales en el personal, a fin de mejorar la calidad de la atención, eliminar barreras culturales de acceso, aumentar la satisfacción de los usuarios y lograr un Sistema Nacional de Salud complementario e intercultural.

### *FUNCIONES*

- Definir los lineamientos y procedimientos que propicien la incorporación del enfoque intercultural en los servicios de salud a fin de fortalecer su implantación y la adecuación operativa de los programas institucionales.
- Proponer normas para la operación de los programas de salud intercultural, en la definición de los perfiles de los profesionales de salud y en la definición de la infraestructura física, para ofrecer servicios culturalmente adecuados que cubran las expectativas de la población.
- Generar propuestas y lineamientos para el desarrollo de servicios de salud con sensibilidad cultural a fin de que los programas institucionales e interinstitucionales enfocados a población rural e indígena se ofrezcan dentro del enfoque intercultural.
- Promover la definición, difusión e implantación de la estrategia de salud intercultural para sensibilizar y capacitar al personal de salud en operación, a fin de mejorar la interrelación de los usuarios con población culturalmente

diferenciada y para que identifiquen y respeten el uso de elementos terapéuticos de otras medicinas que utiliza la población.

- Participar en la definición de políticas interculturales sectoriales e intersectoriales para el respeto a los derechos humanos en salud e intervenir en la construcción de indicadores de evaluación de servicios de salud con enfoque intercultural, a fin de verificar el desarrollo e implantación de los modelos interculturales en los servicios, elaborando los análisis y recomendaciones correspondientes.
- Promover la consolidación de centros de investigación para el desarrollo intercultural de la salud, promoviendo la enseñanza y la adecuación de la oferta institucional, para difundir los avances en la interculturalidad de los servicios de salud.
- Promover la incorporación de contenidos de sensibilización sobre interculturalidad y/o de competencias interculturales en los programas de formación de recursos humanos para la salud, así como en la capacitación a directivos y personal de salud, a fin de contribuir a la implantación de nuevos modelos de atención.
- Promover en la adecuación del marco normativo, a fin de coadyuvar a la implantación de servicios de salud culturalmente adecuados a las necesidades de la población.

#### *SUBDIRECCIÓN DE SISTEMAS COMPLEMENTARIOS DE ATENCIÓN*

##### *OBJETIVO*

Diseñar e implantar modelos, lineamientos y procedimientos para identificar, promover, desarrollar y validar servicios propios de la medicina tradicional y de otros modelos clínico terapéuticos y de fortalecimiento de la salud, para ofertar opciones y estrategias seguras que ofrezcan aportes para los problemas de salud pública que enfrenta México, estableciendo sinergias entre los diversos modelos de atención.

## *FUNCIONES*

- Participar en la definición e implantación de un modelo de identificación, evaluación y validación del impacto y aportes a la salud de diferentes modelos clínico terapéuticos y de fortalecimiento a la salud que existen y se utilizan por la población, para identificar sus aportes y facilitar su aprovechamiento e inclusión en la oferta institucional.
- Proponer el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud, impulsando la inclusión en el marco legal de los modelos clínico terapéuticos y de fortalecimiento de la salud que demuestren cumplir con los criterios de eficacia comprobada, seguridad, costo efectividad, adherencia a normas éticas y profesionales y aceptabilidad social todavía no reconocidos en la Ley General de Salud.
- Generar conjuntamente con los proveedores de servicios de medicina de otros modelos clínico terapéuticos y de fortalecimiento de la salud, los criterios y mecanismos para la definición y modulación de sus competencias, para orientar su enseñanza cumpliendo los criterios institucionales.
- Generar propuestas innovadoras para el desarrollo e interrelación de los servicios de salud con la medicina tradicional indígena y diferentes modelos clínico terapéuticos y de fortalecimiento de la salud, a través de metodologías interculturales, a fin de fortalecer el Sistema Nacional de Salud.
- Proponer normas y lineamientos para la operación de los programas de medicina tradicional y de otros modelos clínico terapéuticos y de fortalecimiento de la salud, que permitan fortalecer el marco legal en la operación de los servicios, disminuyendo los obstáculos para su implantación.
- Generar conjuntamente con las organizaciones y practicantes de la medicina tradicional, procesos de fortalecimiento, sistematización, protección y reconocimiento legal de sus prácticas, para facilitar condiciones de equidad, respeto y ejercicio de sus derechos reconocidos en el marco legal, así como en el desarrollo de la medicina tradicional.

- Promover y participar en los encuentros interculturales y de enriquecimiento mutuo, con las organizaciones de médicos tradicionales y recursos humanos locales de atención a la salud, en conjunto con personal de salud, en los niveles nacional, estatal y regional, para facilitar la escucha y coordinación conjunta con el personal de los servicios de salud y el establecimiento de sinergias para mejorar la atención de la salud de la población.
- Promover la coordinación y complementariedad entre los proveedores de medicina tradicional indígena y los servicios de salud, así como de los proveedores de los modelos clínico terapéuticos y de fortalecimiento de la salud con las instituciones de salud, para el logro de sistema complementario e intercultural de atención a la salud

#### *XI. GLOSARIO DE TÉRMINOS*

INTERCULTURALIDAD. Es una relación de diálogo, entre grupos culturales diferentes y que comparten un entorno común, de respeto y comprensión de la forma de interpretar la realidad y el mundo, en un proceso de comunicación, educación y formación, donde las partes se escuchan, donde las partes se dicen y cada una toma lo que puede ser tomado de la otra, o sencillamente respeta sus particularidades e individualidades. No se trata de imponer, de avasallar, sino de concertar.

#### **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica<sup>60</sup>**

##### *Artículo 102*

Para los efectos de este Reglamento, se consideran personal no profesional autorizado para la prestación de servicios de atención médica, aquellas personas que reciban la capacitación correspondiente y cuenten con la autorización expedida por la Secretaría que los habilite a ejercer como tales, misma que deberá refrendarse cada dos años.

---

60 Última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 10 de enero de 2011



En todo caso, para la expedición de la autorización a que se refiere el párrafo interior se tomarán en cuenta las necesidades de la colectividad y el auxilio requerido.

#### *Artículo 103*

El personal no profesional autorizado para la prestación de servicios de atención médica a que se refiere el artículo anterior, podrá prestar servicios de obstetricia y planificación familiar, además de otros que la Secretaría considere conveniente autorizar y que resulten de utilidad para la población.

#### *Artículo 105*

Para inscribirse en los cursos de capacitación para técnicos y auxiliares, deberán reunirse los siguientes requisitos.

I.-Ser mayor de edad;

II.-Saber leer y escribir;

III.-Tener reconocimiento de sus actividades sobre la materia de que se trate, y

IV.-Los demás que señale la Secretaría.

#### ***Ámbito Estatal (Veracruz)***

**Ley de Salud del Estado de Veracruz de Ignacio de La Llave<sup>61</sup>.**

#### **ARTICULO 1°.**

La presente Ley reglamenta el derecho a la protección de la salud, que toda persona tiene, contenido en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades de acceso a los servicios de salud proporcionados por el Estado y la concurrencia de éste y sus municipios, en la forma en que dispongan los reglamentos respectivos, o en su caso a través de convenios celebrados a tal efecto, en materia de

---

<sup>61</sup> Ley publicada en la Gaceta Oficial. Órgano del Gobierno del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, el martes 17 de mayo de 1988. Última reforma publicada en la Gaceta Oficial el 24 de septiembre de 2012.

salubridad general y local, es de aplicación en el Estado de Veracruz, siendo sus disposiciones de orden público e interés social.

#### *TRANSITORIOS:*

##### *DÉCIMO*

La cobertura de los servicios de Protección Social en Salud, iniciará dando preferencia a la población de los dos primeros deciles de ingreso en las áreas de mayor marginación. zonas rurales e indígenas, de conformidad con los padrones que para el efecto maneje el Gobierno Estatal.

### **Programa Veracruzano de Salud 2011-2016**

#### *OBJETIVOS, ESTRATEGIAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN*

1. Disminuir la ocurrencia de la mortalidad materna en el Estado, con una tendencia a la baja durante el periodo 2011-2016.

- ✓ Proporcionar servicios de urgencias obstétricas con óptima calidad técnica e interpersonal en la red de servicios médicos disponibles en todos los municipios del Estado, en unidades de consulta externa y hospitalización con enfoque intercultural.
- ✓ Fortalecer e incrementar la atención profesionalizada del parto con apego a la normatividad vigente en unidades de primer nivel incorporando de manera progresiva a la partería profesional.
- ✓ *Contratar a parteras profesionales para la atención del parto eutócico.*

1.6 Fortalecer la capacidad de decisión de las mujeres y de sus parejas para planificar la familia y participar activamente en el cuidado de la salud materna y perinatal.

1.10 Promover la utilización oportuna de servicios médicos durante el embarazo, el parto, el puerperio y para la atención del recién nacido entre las mujeres y sus parejas.

1.10.1 Otorgar a todas las mujeres embarazadas información sobre signos y síntomas de alarma durante el embarazo, parto y puerperio y en el recién nacido, así como sobre las medidas a realizar ante su presencia, incluida la utilización oportuna de servicios de salud con enfoque intercultural.

2. Detener el avance y desarrollo del sobrepeso, obesidad y enfermedades ligadas a la mal nutrición en la población veracruzana.

2.2 Mejorar las condiciones de salud, a través de intervenciones intersectoriales, anticipatorias, integradas y efectivas, con énfasis en los grupos indígenas, rurales y urbanos de educación básica, adolescentes y jóvenes de educación media y superior como parte de una estrategia integral que les permita desarrollar capacidades y competencias para ejercer mayor control sobre los determinantes causales de su salud, mejorarla, y así incrementar el aprovechamiento escolar.

11. Mejorar la oferta de servicios a la población con enfoque de riesgo priorizando los daños a la salud.

11.6.4 Implementar Programas Preventivos en los Centros Ambulatorios de Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), estrategias preventivas dirigidas, y de detección del VIH, principalmente a poblaciones clave como: mujeres, mujeres embarazadas, jóvenes, hombres que tienen sexo con otros hombres, indígenas, trabajadores del sexo comercial, usuarios de drogas intravenosas, poblaciones móviles y personas privadas de la libertad.

*Árbol de objetivos sobre cultura de prevención y autocuidado de la salud*

*Componente 1. Incrementar las acciones de promoción de la salud.*

e) Ampliar las acciones de prevención y promociones de la salud pública con enfoque de equidad de género e interculturalidad.

*Árbol de objetivos para la atención de cáncer cérvico uterino y mamario*

*Componente 2. Detección oportuna de mujeres en riesgo de padecer cáncer de mama*

- e) Promoción de las acciones para la detección oportuna del cáncer de mama en las zonas indígenas.

**Ley de Derechos y Culturas Indígenas para el estado de Veracruz de Ignacio de la Llave<sup>62</sup>**

*Artículo 3 Bis.*

Los Poderes del Estado y los municipios deberán incorporar en el desarrollo de sus funciones y diseño de políticas públicas, el enfoque intercultural, así como considerar una evaluación de su pertinencia cultural.

**CAPÍTULO I DEL DERECHO A LA ALIMENTACIÓN Y LA SALUD**

*Artículo 44.*

El Estado, a través de la Secretaría de Salud, garantizará a los miembros de los pueblos y comunidades de indígenas su acceso efectivo a los servicios de salud de acuerdo a lo siguiente:

1. Implementarán programas y políticas públicas que les permitan gozar de plena salud física y mental, los cuales serán específicos y especializados para la atención de las necesidades de salud en las diferentes etapas de la vida humana, niñez, edad adulta reproductiva, adultos mayores, y personas indígenas con discapacidad. En el diseño y ejecución de estos instrumentos y acciones, siempre que sea posible, se incorporarán los conocimientos y técnicas de la medicina tradicional y herbolaria de los pueblos indígenas, sus tradiciones, usos y costumbres; y
2. Impulsarán programas de registro y acreditación de médicos tradicionales, curanderos y parteras, así como de sus asociaciones y organismos, con la

---

<sup>62</sup> Ley publicada en la Gaceta Oficial. Órgano del Gobierno del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, el miércoles 3 de noviembre de 2010. Última reforma 22 de agosto de 2013.

finalidad de generar las condiciones y proporcionarles los elementos necesarios para el desempeño de sus funciones, de igual forma promoverá el desarrollo y actualización de sus conocimientos y su capacitación en el manejo de otras técnicas, conocimientos e instrumentos auxiliares de la medicina.

#### *Artículo 45*

El Estado, a través de las autoridades del sector salud, en común acuerdo con los médicos indígenas, protegerá su medicina tradicional y tomará las medidas necesarias para su conservación y desarrollo; para ello:

1. Promoverá la investigación y difusión de la medicina tradicional a través de instituciones educativas y de salud;
2. Generará organismos y promoverá la apertura de espacios que permitan el intercambio de conocimientos y experiencias sobre medicina tradicional y herbolaria, entre los pueblos indígenas;
3. Impulsará la creación de centros de medicina tradicional y herbolaria, de consultorios y de hospitales y centros de salud en los que se aplique la medicina tradicional y brinden atención sus médicos y parteras; y
4. Informará con la debida anticipación a las autoridades indígenas de las campañas de salud, vacunación y prevención del consumo de alcohol y drogas, para su participación efectiva.

#### *Artículo 46*

La Secretaría de Salud dispondrá las medidas necesarias para que el personal que preste sus servicios en los pueblos y comunidades de indígenas, cuente con los conocimientos básicos sobre la cultura, costumbres y lenguas propias de estas comunidades.

#### *Artículo 47*

La Secretaría de Salud, con la participación de las autoridades indígenas, implementará campañas de información, orientación y prevención general sobre la salud, así como sobre los distintos tipos de cáncer que afectan a la población en general; salud sexual y reproductiva; prevención de enfermedades de transmisión sexual; cuidados pre y postnatales del recién nacido y la madre, así como sobre prevención, atención y erradicación de la violencia familiar.

#### *Artículo 48*

A las mujeres indígenas se les garantizará el derecho a decidir libre e informadamente sobre el número y espaciamiento de los hijos. Para este efecto el Estado, a través de las autoridades sanitarias, implementará programas de salud sexual y reproductiva que permitan la planificación familiar, como una responsabilidad compartida entre mujeres y hombres y atender con prioridad la salud física y emocional de la madre.

#### **Modelo de Salud Indígena con pertinencia cultural<sup>63</sup>**

Debido a la intención institucional de ofrecer servicios de calidad efectivos, seguros, sensibles a las características identitarias de la población indígena, y atendiendo al marco jurídico nacional y estatal que promueve la protección de la salud de los grupos originarios, los Servicios de Salud de Veracruz desarrolla el Modelo de Salud Indígenas con pertinencia cultural.

#### *Objetivo general*

Establecer los principios básicos que guíen la atención integral de la salud a los pueblos indígenas con pertinencia cultural, a partir de ejes temáticos, estrategias y acciones tendientes a favorecer servicios de calidad efectivos, seguros, sensibles a las características indentitarias de dicha población.

---

<sup>63</sup> Publicado por el Gobierno del Estado de Veracruz y Servicios de Salud de Veracruz, Agosto de 2014.

## *Ejes temáticos*

### **1. Sensibilidad intercultural con perspectiva de género**

El eje temático conductor del Modelo de Salud Indígena con Pertinencia Cultural ha sido la capacitación del enfoque intercultural a personal de salud, con lo que se han sentado las bases para edificar la propuesta con que hoy se cuenta, entendiendo que la capacitación es un proceso con significado, el cual implica tomar en cuenta los aspectos de la realidad social que pueden dar sentido a las actividades realizadas. Las estrategias de capacitación permiten que los eventos orientados al personal operativo y comunitario se relacionen a través de un hilo conductor que potencie y dé sentido a las competencias generadas en la apropiación del aprendizaje, por ello la conveniencia de formar los recursos humanos que operan y participan en el Modelo, mediante espacios de reflexión y análisis, recuperando situaciones cotidianas, para propiciar un aprendizaje que favorezca lo conceptual, lo procedimental y lo actitudinal.

### **2. Medicina tradicional**

Un componente importante del Modelo de Salud Indígena con Pertinencia Cultural, es la vinculación que se realiza con médicos tradicionales de la entidad, lo cual se sustenta en la Ley de Derechos y Culturas Indígenas para el Estado de Veracruz de Ignacio de La Llave, con la cual se establecen las normas y los elementos legales para poder brindar a los pueblos indígenas una atención a la salud acorde con sus características culturales. Dicha Ley, establece en los artículos 44 y 45, la incorporación de los conocimientos y técnicas de la medicina tradicional y herbolaria de los pueblos indígenas, sus tradiciones, usos y costumbres, enfatizando el papel rector de la Secretaría de Salud para en común acuerdo con los médicos indígenas, proteger y desarrollar la medicina tradicional.

### **3. Plan de comunicación indígena**

El Plan de Comunicación Indígena (PCI), es una estrategia que integra el Modelo de Salud Indígena con Pertinencia Cultural, misma que se refiere a la elaboración y uso de materiales educativos en lenguas indígenas donde la comunidad participa incorporando una especie de diálogos entre miembros de la comunidad, parteras,

médicos tradicionales y personal de salud, cuya información permite que la población adopte medidas para la prevención de enfermedades, desde una perspectiva de pertinencia cultural y lingüística de los grupos a los cuales se dirige. Es una forma de rescatar experiencias, más aún de rescatar propuestas y armar redes de integración.

#### **4. Planificación lingüística**

Las naciones que poseen lenguas indígenas cuentan con una política lingüística orientada a su protección y promoción, por lo que la planificación lingüística refiere al diseño y aplicación concreta de medidas que se derivan de esa política; es el conjunto de acciones que se efectúan en el contexto de realidades plurilingüísticas y pluridialectales interesadas en contar, entre otros puntos, con información adecuada del uso de cada lengua, con la posibilidad de revitalizar y posicionar a éstas en diferentes espacios y escenarios: escuela, iglesia, salud, etc.

#### **5. Unidades de salud con pertinencia intercultural**

Proporcionar un servicio de salud óptimo y equitativo a zonas indígenas requiere considerar un conjunto de acciones acordes a la complejidad que ello representa, dada su diversidad; para lo cual se requiere, además del aumento de recursos financieros, de la adaptación de los servicios de las unidades de salud a la cultura de los usuarios de las comunidades indígenas, a fin de que éstos se sientan cómodos y satisfechos, mediante una relación ética, eficiente y amable. Ello genera confianza por parte de los usuarios al responder eficazmente a sus necesidades y expectativas. Dicho lo anterior, y con la finalidad de concretar el enfoque intercultural, se implementan unidades de salud culturalmente competentes, para lo cual se trabaja en el cumplimiento de una serie de criterios orientados a ofrecer servicios de salud de calidad, conjuntando varios elementos. Los criterios que se busca lograr en las 140 unidades de primer nivel de atención donde se atiende población con más del 30% de hablantes de una lengua indígena



## **Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Veracruz-Llave<sup>64</sup>**

### *CAPITULO III*

### *VIOLENCIA OBSTÉTRICA*

#### *Artículo 363*

Comete este delito el personal de salud que:

1. No atienda o no brinde atención oportuna y eficaz a las mujeres en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas;
2. Altere el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer;
3. No obstante existir condiciones para el parto natural, practique el parto por vía de cesárea, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer;
4. Acose o presione psicológica u ofensivamente a una parturienta, con el fin de inhibir la libre decisión de su maternidad;
5. Sin causa médica justificada, obstaculice el apego del niño o la niña con su madre, mediante la negación a ésta de la posibilidad de cargarle o de amamantarlo inmediatamente después de nacer; y
6. Aun cuando existan los medios necesarios para la realización del parto vertical, obligue a la mujer a parir acostada sobre su columna y con las piernas levantadas o en forma distinta a la que sea propia de sus usos, costumbres y tradiciones obstétricas.

A quien realice las conductas señaladas en las fracciones I, II, III y IV, se le impondrán de tres a seis años de prisión y multa de hasta trescientos días de salario; y quien incurra en los supuestos descritos en las fracciones IV y V será sancionado con prisión de seis meses a tres años y multa de hasta doscientos días de salario. Si el sujeto activo del delito fuere servidor público, además de las penas señaladas se

---

64 Última reforma publicada en la Gaceta Oficial el 7 de agosto de 2015.

le impondrá destitución e inhabilitación, hasta por dos años, para ejercer otro empleo, cargo o comisión públicos.

## *CAPÍTULO VIII*

### *DISPOSICIONES COMUNES PARA LOS DELITOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO*

#### *Artículo 369*

Para los efectos de este Título se entenderá por:

III. Violencia obstétrica: Acto u omisión que afecta la autonomía y la capacidad de decidir de las mujeres sobre su sexualidad y sus procesos reproductivos.

### IV.3 Fase 3: nivel micro. Testimonios

A continuación presento doce testimonios de cada una de las entrevistas realizadas en el Hospital de Tonalapan y en la comunidad de Huazuntlán. Aclaro que para proteger el anonimato de los informantes, de quienes sólo obtuve su consentimiento informado de forma verbal, en algunos casos omito sus nombres y en otros casos son inventados.

#### *Ámbito local*

##### **Personal directivo: “Hay que ir abriendo todos los caminos hasta que se consiguen”**

La persona entrevistada es originaria de Acayucan, Veracruz, estudió Medicina en la facultad de Minatitlán de la Universidad Veracruzana. En el Hospital de Tonalapan lleva trabajando casi 10 años, en el cargo directivo está desde hace poco más de dos años.

Durante el periodo en su función directiva no ha tenido indicaciones para llevar a cabo algún programa específico para desarrollar el enfoque intercultural al interior del hospital. Sin embargo, años atrás, cuando trabajaba como operativo en atención directa a pacientes, se empezó la relación entre el Hospital y la Universidad Veracruzana Intercultural, la UVI Selvas, que se encuentra en Huazuntlán y es, comenta, que por la UVI empiezan a conocer el Hospital Comunitario de Tonalapan como un hospital intercultural.

En las universidades, refiriéndose a la carrera de Medicina, “sólo se lleva una materia, la de salud comunitaria, pero no tiene nada que ver en cómo se debe tratar a los pacientes indígenas”. “Pero con la vinculación con la UVI se hicieron varios trabajos y aprendieron poco a poco a darle ese sentido intercultural al hospital”, aunque no tienen una indicación formal de que el Hospital Comunitario de Tonalapan sea intercultural.

Por tanto, al no haber un reconocimiento por parte de la Secretaría de Salud del Estado de ser un hospital con categoría de intercultural, no tienen un recurso específico otorgado para el desarrollo de la interculturalidad. No obstante “no sólo para el Hospital de Tonalapan, sino para todos los hospitales, debería haber un recurso, un programa, un enfoque determinado y la formación para los compañeros, ya que todos llegan con una formación muy ortodoxa y no saben a lo que se van a enfrentar”. Por tanto, “necesitan tener cursos y estar capacitados para conocer el contexto en el que viven sus usuarios”, refiriéndose al personal contratado por la Secretaría de Salud.

Lo único que han tenido como reconocimiento o apoyo por ser un hospital intercultural fue que hace unos meses tuvieron un acto representativo en el que la Academia de Lenguas Indígenas a nivel Estado, el AVELI, les regaló la señalética del hospital en los dos idiomas que se hablan ahí, aparte del español, que son el náhuatl y el popoluca.

En cuanto al tema de comunicación y en concreto sobre los idiomas originarios, por motivo de un programa para la atención de mujeres embarazadas que opera desde nivel federal, hay un recurso para contratar a una persona lenguahablante, pero por ciertas circunstancias “los recursos no van siendo fluidos y las personas se desesperan al no tener su pago”. Pero el trabajo de gestión para obtener los recursos lo hacen todos los días porque “hay que ir abriendo todos los caminos hasta que se consiguen”. Al momento de la entrevista se encuentran en ese proceso de gestión, pero aún no tienen respuesta.

El hospital cuenta con personal del área administrativa y enfermeras nahuahablantes “son dos compañeras que hablan náhuatl, pero ninguno habla popoluca”. Por tanto, sí utilizan a los compañeros para que apoyen en la traducción cuando llegan pacientes monolingües, pero no tienen un trato específico como intérpretes.

Referente al programa de certificación de parteras, estuvieron casi dos años capacitando a las parteras. Al respecto, “este programa es una fortaleza para los médicos y las parteras que atienden a las mujeres embarazadas de la región”. Ellas,

las parteras, “manejan a las embarazadas de manera empírica y no hay mejor escuela que la experiencia propia, pero sí tienen que tener conocimiento de las complicaciones serias que pueden tener las pacientes embarazadas”. El objetivo del programa de capacitación es que las parteras tengan la habilidad para poder decidir en qué momento trasladar a su paciente cuando ya no está siendo un parto normal, que está siendo un parto distócico, como le dicen los médicos, y que se puede complicar al grado de morir y que ellas tomen la decisión para que lleguen a tiempo al hospital: “Independientemente que ellas sigan atendiendo a las pacientes y que lleguen algunas complicaciones, se ha fortalecido su conocimiento, su toma de decisiones”. En el hospital no han tenido problemas graves con una paciente embarazada.

Los problemas u obstáculos que presenta el personal de salud al atender a pacientes indígenas son “la falta de conocimiento o de entender su forma de vivir, el hecho de no poder respetar su culturalidad, por su forma de atenderse en sí mismos”. Por ejemplo: “si llega alguien con una mordida de serpiente y llevan hierbas o cataplasmas donde haya sido la lesión, pues no abordarlo diciéndoles ¿por qué te pones eso? O ¡quítate eso! No, respetar esa parte, saber que es parte de los usos y costumbres que ellos tienen para dar inicio a su tratamiento y no abordarlos de esa manera”. Han trabajado en el hospital para ir rompiendo con estas formas, aunque reconoció: “hay que estarles diciendo, prácticamente todos los días, a los compañeros que hay que respetar a los pacientes, pensamos que nosotros tenemos la escuela y entonces somos los que tenemos la razón”. Para esto se necesita trabajo de capacitación, de conocimiento del entorno de los pacientes a los que atienden. Por ejemplo, las pacientes que van de la región popoluca, ellas no hablan, en el caso que la acompañara el esposo, el que habla es el esposo y “nosotros somos de decir: no hables tú! Porque así nos enseñaron en propedéutica médica, que el interrogatorio es directo con el paciente, y en forma indirecta sólo en caso que el paciente tuviera un problema del habla o estuviese inconsciente, pero no dicen en la propedéutica médica que puede haber otra culturalidad en donde el interrogatorio lo debe de hacer con el esposo. Entonces el equipo médico le dice al esposo: ¡Usted

cállese, que hable ella! Y ella no habla porque va en contra de su cultura. Entonces todas esas cosas las van aprendiendo a los trancazos, a los golpes, a que se nos ponga un paciente y nos regañe”.

**Personal administrativo: “Porque hay barreras en la forma de percibir lo que es una urgencia real y una urgencia sentida”**

La persona quien actualmente es encargada del Archivo estuvo casi cinco años en dos periodos diferentes, el primero de dos años y medio y después dos años como responsable del área de Calidad. En su experiencia, en el área de calidad el fuerte es la aplicación de las encuestas de satisfacción de los servicios a los usuarios. Y, a través de la percepción de los usuarios, poder hacer proyectos para mejorar y aplicar todo lo que se pueda de los servicios y programas del hospital con las sugerencias de los usuarios e ir solventando las necesidades que ellos tengan en cuanto a su atención. Con los proyectos que llevaron a cabo lograron obtener la acreditación del hospital; así mismo, ganaron un premio de calidad con un proyecto llamado *ginecólogo itinerante* que consistía en hacer jornadas de salud, antes de las implementadas a nivel político, el hospital iba a las comunidades, llevaban equipo, médicos, personal de enfermería, y las personas que se querían sumar al equipo y pedían apoyo y facilidades a las autoridades municipales, llegaban a las cabeceras municipales y se hacía la brigada ahí, pero lo que no se podía atender se veía la manera de apoyarlos, de encauzarlos a otras unidades, de tratar de darles una respuesta y principalmente, se trataba de llevar al ginecólogo para las mujeres que no podían viajar al hospital para que se les atendiera ahí. Se hicieron algunas detecciones oportunas de cáncer, de papiloma, se le dio atención a embarazos gemelares, hubo experiencias satisfactorias. Al concluir determinado periodo de algunos meses, todo eso se envió y se metió a un premio que se llama a *acuerdos de gestión* y lo ganaron y obtuvieron cien mil pesos de financiamiento que utilizaron para comprar sillas para la sala de espera, un video, una pantalla, computadoras para poder capacitar en el cuidado y la reducción de la mortalidad materna. En la actualidad ya no se lleva a cabo este proyecto, el principal inconveniente es por problemas con la plantilla de ginecología. Ahora cuentan con un solo ginecólogo y por algunas situaciones llevan un tiempo sin contar con él. Anteriormente había dos ginecólogos en plantilla y uno se desplazaba a las comunidades, mientras otro se

quedaba en el hospital. El proyecto fue de gran impacto y a “nosotros nos sirvió para aprender y tener una relación más bonita”.

En cuanto a la participación de los usuarios en las encuestas de satisfacción se enfocaba, sobre todo, a pedir mejor atención en el área de urgencias, “porque hay barreras en la forma de percibir lo que es una urgencia real y una urgencia sentida”, para esto tenían que trabajar con los usuarios, explicarles y darles capacitación para que ellos pudieran entender, incluso con lo que cuenta el hospital como es un solo médico en el área de urgencias, determinado instrumental, y para dar a basto de las urgencias reales se tiene que manejar cierto criterio para poder atenderlos. Y eso era o sigue siendo la inconformidad en el área de urgencias “yo siento que lo mío es una urgencia y quiero que me pasen en este momento, pero si están atendiendo a una embarazada que va a dar a luz pues cambia ahí la prioridad”. Para eso el personal estaba en sala de espera enseñándoles y capacitándoles. “yo siento que nos falta trabajarlo en una manera que ellos pudieran tenerlo ahí, sí, están los carteles, pero para ellos en su lengua no está o un video o algo donde fuera más interactivo donde pudieran retomar toda esta parte”.

Por ahora en idiomas originarios sólo cuentan con las señalizaciones que ya se las mandaron pero están por colocarse. Aunque con esta señalética sólo se abarca a un número determinado de usuarios, ya que no todos saben leer. “Necesitamos otro tipo de estrategias para que las personas que no leen puedan tener la información”.

En cuanto a los indicadores que utilizan para evaluar la calidad de la atención de los servicios del hospital son los que se utilizan en todo México, no utilizan en específico los indicadores de salud intercultural<sup>65</sup> “los conocemos, aunque no nos los marcaron para hacer los parámetros de evaluación”. Sólo utilizaban los indicadores generales que son los de trato digno, satisfacción con el surtimiento del medicamento, los tiempos de espera, de diferimiento quirúrgico, lo que se refleja en el expediente, los

---

65 Los indicadores interculturales propuestos por la Secretaría de Salud son seis: 1. Respeto a la libre expresión de prácticas y creencias; 2. Satisfacción con la exploración física recibida; 3. Satisfacción con el tiempo de atención; 4. Uso de la lengua indígena en la unidad de salud; 5. Satisfacción de las usuarias por un trato que permita la toma libre e informada de decisiones sobre su salud y su cuerpo; y, 6. Existencia de condiciones de acceso a servicios integrales y de buena calidad en la unidad de salud (Almaguer, Vargas-Vite y García-Ramírez, 2014:88).



tiempos en que se indica una cirugía y en que se realiza, las infecciones nosocomiales, la tasa de cesáreas, etcétera. Dependiendo del nivel de atención, tomando en cuenta que en el hospital cuentan con primero y segundo niveles. “Todos los indicadores, pero específico de interculturalidad no los manejábamos, aunque sí los conocemos porque en muchas ocasiones que pudimos interactuar con la UVI se trató mucho el tema”. Incluso, con la UVI, tenían planes de un proyecto para mandar la propuesta a nivel central y se incorporaran esos indicadores de interculturalidad.

Referente a la vinculación y capacitación a las parteras tradicionales se dio por mucho tiempo coordinado por la jefatura de Enseñanza y el doctor encargado de eso se movió al hospital de Cosoleacaque. Por ahora, de manera provisional nombraron de jefe de Enseñanza a un compañero enfermero; sin embargo por su turno no ha podido retomarlo.

Aun así, la directora le comentó a la licenciada que tiene interés de retomar el curso de parteras “ya que ellas tratan con las mujeres embarazadas de la región y les tienen toda la confianza para poder traerlas y apoyarlas y ser un vínculo con los médicos porque de repente hay una barrera entre los médicos y las embarazadas”.

“En el momento cuando estábamos vinculados con las parteras había una muy buena relación, ellas acompañaban a las pacientes en urgencias, estaban con ellas hasta el momento en que ellas ya entraban a la sala de partos, de ahí para allá, ya era competencia del médico”. La explicación que da acerca de que las parteras no atiendan el parto “es por la normatividad del hospital, de la normativa de la Secretaría”.

En el hospital han estado trabajando desde años con el personal del hospital lo que es la sensibilización del trato digno y de ubicarse en el entorno en el que están para poder trabajar y brindar los servicios que necesitan los usuarios, “poniéndonos en su lugar”. Hace dos años hicieron un curso taller de tres días en la UVI, coordinado con la maestra Aimé, y se dio la capacitación. Y el año pasado se hizo en el hospital de manera más sencilla. La directora tiene la idea de hacer continua la capacitación

“porque vimos muchos aspectos que nos abrieron un poco los ojos, incluso a los que estamos aquí desde que inició el hospital. Hay muchos que están con la idea de trabajo de la misma forma que trabajo en la ciudad y es totalmente diferente porque, por ejemplo, la percepción de aquí de los pacientes de lo que es una buena o mala atención, difiere mucho, no es únicamente el doctor me vio, me dio la consulta y me dio los medicamentos...a lo mejor hizo un gesto o comentó alguna cosa que a mi me agredió o me ofendió”. Si bien es un problema complejo, lo han estado trabajando con los compañeros para ofrecer al usuario la atención que necesita. En los talleres les han enseñado la zona, las costumbres, la cosmovisión, les hablaron de las enfermedades de filiación cultural. “Y todos sorprendidos porque realmente hay muchas cosas que los médicos no las toman en cuenta, ellos nada más ven la parte de la ciencia para acá” y también vieron la parte de lo que es la creencia del paciente “también hay que tomarla en cuenta porque a lo mejor por eso también luego se sienten totalmente fuera de lugar cuando vienen, veíamos la parte de la atención del parto, de cómo es el parto para ellas cuando están en casa y cómo cambia su entorno cuando vienen al hospital, en un lugar frío, donde las va a atender un hombre o compañeros de enfermería que son varones y esa parte les impacta”.

**Traductora: “...porque en ocasiones había personas que no entendían ni poquito el español”.**

Una licenciada en Gestión Intercultural para el Desarrollo fue contratada por el Hospital de Tonalapan para desempeñar el puesto de traductora con un recurso destinado para el programa de reducción de muerte materna.

En septiembre de 2013 le dijo la licenciada responsable de recursos humanos, que se presentara a trabajar el día dieciséis. Sus funciones específicas se desconocían: “la Licenciada me dijo que se desconocían las labores que yo iba a hacer”.

Cuando empezó a asistir la ubicaron en el área de trabajo social y ahí ayudaba a anotar a los pacientes y a pasarles cosas a los médicos, como medicina que mandaban a comprar. En urgencias le llamaban de vez en cuando “cuando llegaban pacientes que no hablaban mucho español y hablaban más el náhuatl yo pasaba con ella para que le explicara lo que le dijo el doctor porque en ocasiones había personas que no entendían ni poquito el español”.

Su trabajo era entonces de traductora e intérprete de la lengua náhuatl entre médico y paciente.

En el caso de unos pacientes popolucas que llegaron en tres ocasiones por presentar envenenamiento, no hubo posibilidad de hacer la traducción directa, ya que Verónica sólo habla y entiende náhuatl y español. En el hospital no hay traductor del popoluca. Su participación consistió entonces como intérprete de una niña como de ocho años que iba con la familia y sí hablaba el español y el popoluca. Finalmente lograron encontrar que el maíz donde dormían y con el que se hacían las tortillas estaba contaminado con veneno contra el gorgojo.

Estuvo laborando seis meses y aunque le dijeron que tardarían dos o tres meses en pagarle, que es lo normal que tardan. A los dos meses les llamaron a firmar contratos y les pagaron el retroactivo, a ella y otra compañera de trabajo social. Les dijeron que les renovarían el contrato, no fue así, y fue hasta febrero que la directora les dijo que ya había ido a Xalapa, pero que no había salido el recurso y que ya se sentía

apenada con ellas, entonces le pidieron que firmara la renuncia para gestionar el pago y a finales de marzo le pagaron.

Le dijeron que si se volviera a abrir el puesto le llamarían, pero no le han hablado.

Su trabajo, “cuando no tenía nada que hacer”, era también ayudar en archivo cuando le llamaban o apoyar a la licenciada en recursos humanos a repartir información que llega de SESVER<sup>66</sup> para registrar el material que llegaba y la fecha. Acomodaba los paquetes y repartía a los médicos y enfermeras. También ayudaba a las enfermeras a dar talleres de embarazo y a su compañera de trabajo social a los talleres de Oportunidades. “A las señoras les preguntaban si querían se dieran los talleres en náhuatl, pero dijeron que preferían se les diera en español”.

También apoyaba en la posada para las mujeres embarazadas que está frente al hospital a supervisar la limpieza de las camas y el patio.

---

66 SESVER, Servicios de Salud del estado de Veracruz.

### **Médico de consulta externa<sup>67</sup>: “Culturalmente van evolucionando...”**

Los pacientes que no hablan español por lo regular van acompañados de familiares y entre ellos se comunican en su lenguaje.

El médico piensa que en el hospital existe una traductora. Pero tampoco cree que sea necesario: “yo me las ingenio”. Así lo que los pacientes no pueden entender por el tecnicismo médico “cuando menos utilizo una forma lo más comprensible posible para que ellos me entiendan, por ejemplo, si tienen una cefalea, no puedo decir cefalea, les digo tienen un dolorcito de cabeza, qué molestias tiene, tiene un flujito, tratar de ser lo más dignamente posible”. El médico trata de interpretar lo que los pacientes o los familiares le dicen. De igual manera él trata de hablarles adecuadamente para que ellos le comprendan y le interpreten lo que trata de decirles.

Sobre su percepción acerca de la medicina tradicional y el uso que los pacientes hacen de ella: “las personas buscan a esas personas, a ese tipo de individuos como los hueseros, los yerbateros, tienen sus raíces de medicina tradicional y uno lo toma con mucho respeto porque ellos también tratan de hacerlo con la mejor forma posible”.

El problema que él ha detectado es que cuando hay una fractura los pacientes acuden a los hueseros como primer contacto, y ellos tratan de remediarlo lo mejor posible, porque lo ven superficialmente sin una radiografía. Pero cuando ven los pacientes que no sanan es cuando ya van al hospital después del mes. “Yo no puedo juzgarlos, pero es como dicen: no hay que echarle la culpa...el que lo hizo compadre. En este caso el huesero no tiene la culpa, no tiene educación, el paciente por ir de primer contacto con él y no con nosotros”.

---

67 El médico de consulta externa que me concedió una entrevista fue con la condición de un tiempo de 5 minutos y sin utilizar grabadora. Asimismo, omito su nombre, tal como lo acordé con él en el momento de la negociación previa a la plática que sostuvimos. La narración, incluidas las citas textuales, la redacté de las notas que me entregó Adán, quien me acompañó a todas las entrevistas, así como de mi diario de campo.

En su opinión, al platicar acerca de las mujeres que van a atenderse el parto al hospital y ya no lo hacen con partera, mencionó: “culturalmente van evolucionando y van capacitándose y van viendo cuál es su mejor opción”.

Sin embargo él piensa que las parteras cumplen un papel muy importante, toda vez que se encuentran en comunidades alejadas en donde los centros están desocupados los fines de semana porque no hay médico porque no hay contratos nuevos para médicos y a ellos se les acumula el trabajo. Cuando hay embarazadas en las zonas marginadas, en esos casos “quienes pueden echarnos la mano son las parteras, cuando detectan un signo de alarma pues ya las mandan al hospital. Ellas tienen un rol importante”.

**Partera Carolina: “... yo conozco de todo, mira yo puedo cortar ombligo de mi bebecito, nunca lo maté, nunca...”**

La Señora Carolina tiene 67 años y es de Huazuntlán, tuvo once hijos, de los cuales le sobreviven ocho. Ella sabe náhuatl, pero no lo habla mucho: “yo corregí más en dialecto que hablamos pues, el náhuatl pues es otra hablada de aquí y yo corregí más el lenguaje, pues”.

Dice que a ninguna de sus hijas le llamó la atención seguir la tradición de la partería.

Desde el año 80 empezó a participar en el Seguro Social de Minatitlán “acarreando mujeres para planificación familiar, en Mina, yo llevé mujeres para operaciones”. Ella se encargaba de repartir pastillas, condones, espumas. Le daban \$300.00, pero al separarse de su esposo ella se salió para trabajar en otra cosa para mantener a sus hijos. Se regresó a Huazuntlán y le recomendaron que fuera a la clínica de ahí y así hizo. Le preguntaron si era partera “partera, sí, compongo a los bebecitos y checo, reparto pastillas para planificación familiar, condones para los hombre y llevar mujeres para poner el DIU”, les contestó. Entonces le pidieron sus documentos: credencial de elector, CURP y acta de nacimiento, y sí se quedó. A la fecha sigue haciendo el trabajo de planificación familiar, como promotora y, por parte del Seguro Social, le depositan en el banco, a veces \$1.000.00 ó \$1,500.00.

“Y como parteras, ya vamos a casa de un muchacho que ya está embarazada su mujercita y le platicamos: mira hijo, tu mujer se va a aliviar a la clínica y ya no se va a embarazar, tú lo vas a saber que va a traer el DIU”.

Ella ya no atiende el parto, todo lo atienden en el hospital.

En cuanto a los cursos para la certificación de parteras fueron a Fortín de las Flores, Orizaba, Veracruz, Coatzacoalcos y Jáltipan; finalmente ya estuvieron asistiendo al Hospital de Tonalapan, donde tenían una plática mensual, durante seis meses. Cuando a las mujeres embarazadas que conocían les iban a practicar una cesárea, ellas entraban a la cirugía: “nosotros nos íbamos a toco de parto, que es a donde ellos alivian a las mujeres, nosotros nos metíamos a ir a ver a la paciente que le iban

a hacer cesárea y pues nosotros no metíamos mano, no agarrábamos nada, nomás parados y verlo como trabajan ellos, pero con guantes y cubre boca para no infectarse”, platicó. Además, dijo que ellos se disculpan, les decían “nosotros sabemos menos, ustedes saben más”. Pero ella reconocía que los médicos “saben sajar la panza”, y eso no lo saben hacer ellas. Después asistían dos días por semana. Por asistir no les pagaron, ni les dieron nada: “como quien dice, ni un trastito para cortar ombligo, ¡nada!”.

Anteriormente, la señora Carolina aliviaba a tres o cuatro mujeres en un solo día “porque antes se aliviaban en la casa, ahí en la casa vas a tener tu bebecito porque no le llevan al hospital”. Fue hasta el año 80 que empezó el Seguro Social de allá de Mina. La señora Carolina comenzó a practicar en ese entonces, no sabía leer, ni escribir “pero el gobierno mismo vino que mandó unos cuadernos, lápiz, lapiceros y los médicos decía: mis parteras van a hacer un dibujo de las trompas de la matriz”. Doña Carolina dijo que ella era chica en ese entonces y no sabía nada de eso, pero compañeras que sí sabían les enseñaron y así aprendió “ahora tengo libros, tengo todo ahí, puedo ver la trompa de la matriz cómo está...nos los ganamos ahí en Tatahuicapan”. También le ha tocado atender partos gemelares.

Regresando a su trabajo como partera ella ahora sólo checa. Ni ellas (como parteras), ni en la clínica atienden los partos, sólo en el hospital. A ella le dijeron que a las mujeres que atiende las tiene que mandar al hospital de Jáltipan, aunque ellas hablaron para hacerles ver que es lejos y eso les implica mucho gasto, aunque en el Hospital de Tonalapan les sale lo mismo: “mira, si tuviéramos un gobierno que nos mandara medicamentos, no compraríamos y si se va aquí al hospital compra medicamento y en IMSS COPLAMAR<sup>68</sup>, no compra medicamento, es gratis”.

El compromiso que hicieron es que ellas ya no iban a atender partos en casa “nos dijeron, ustedes ya no se van a cansar, ustedes nomás entregar...ustedes ya no van a atender partos en casa”. Pero no cree que sea por eso, porque después les dijeron

---

68 El hospital de Jáltipan pertenece al IMSS Oportunidades, aunque se siga conociendo como Coplamar. Y el Hospital de Tonalapan es de la SSA y la mayoría de pacientes que atiende están afiliados al Seguro Popular.



que había mucha muerte materna, a lo que ella les contestó: “Nosotros no matamos, mi médico; sin embargo, 'orita hay mortandades que ustedes atienden y se mueren los bebés y ya estamos más grave”.

Después fueron a Orizaba a recibir unos aparatos, y ella preguntó: “¿y por qué las pinzas, y por qué el termo nos dan todavía, si nosotros ya no atendemos parto”. Y las señoras le dijeron “ya ni modo, déjalos, si lo están dando”. Después le dijo a una persona que trabaja en la Clínica: “yo soy sinceramente, voy a decirlo claro, yo soy partera y yo conozco de todo, mira yo puedo cortar ombliguito de mi bebecito, nunca lo maté, nunca, nadien...mira, corto ombligo, lo baño, lo lavo mi bebecito, lo enrolló, ya lo visto, ya y se queda durmiendo, pero nunca se me muere”.

Carolina cumple con lo que le indicaron en el hospital de no atender partos, sin embargo: “el que viene lejos, alguna ocasión que me toca, que ya no le dio tiempo o ya sinceramente dijo que ya va a estar, ¿qué voy a hacer yo?”

Aun así, cuando nace el bebé, el papá le paga alguna cantidad por su trabajo de revisión. Después del parto ella ya no les atiende porque las mujeres ya tienen colocado el DIU.

La señora Carolina cree que, a pesar de no atender los partos en casa, la partería tradicional no se pierde.

A ella le gustaba ir al hospital porque le daban cursos, pláticas, le hablaban de muerte materna y de los bebés, dijo: “es bonito aprender”. Dijo que el ginecólogo la trataba bien. Cuando llegaba una embarazada las llamaba y les decía “miren mis hijas, a ver, ¿cómo se lo acomodan ustedes?, 'ora mis hijas, van a hacer su trabajo, voy a verlo yo, y él con el celular y nosotros meneando al bebito”. Recordó cuando trabajó en el Seguro y con mucha emoción menciona: “¡me fascinaba mi trabajo, me fascinaba mucho!”.

La señora Carolina ha escuchado que las mujeres tienen miedo de ir al hospital, debido a la episiotomía<sup>69</sup>: “porque en el hospital cortan y nosotras no cortamos”. Y también ha escuchado que dicen: “donde está cicatrizado, me pica”.

También platicó que con dos hijos ya las están operando “con el consentimiento de los médicos y del papá y la mamá”

En el Hospital de Tonalapan, cuando hacen cesárea paga el papá, aunque estén en el Seguro Popular “cuando ven que el bebé viene grande le hacen cesárea, ahí no es gratis”. Cobran \$1300.00 por cesárea y ella está de acuerdo que cobren: “su trabajo es de ellos, aparte del gobierno, entonces ellos trabajan también y se desvelan pues, ellos cuando tienen pacientes ahí se quedan”.

Anteriormente en la Clínica de Huazuntlán tenían un médico que atendía los partos, pero ya no: “podría hacerse una junta con la comunidad para que la clínica tenga un médico”.

---

69 Se entiende por episiotomía a la realización de una incisión quirúrgica en la zona del perineo femenino, que comprende piel, plano muscular y mucosa vaginal, cuya finalidad es la de ampliar el canal "blando" para abreviar el parto y apresurar la salida del feto. Se realiza con tijeras o bisturí y requiere sutura. La episiotomía como técnica preventiva para evitar desgarros está contraindicada por la Organización Mundial de la Salud.

**Partera Aurelia<sup>70</sup>: “Nosotras ya no sabemos, es el doctor quien sabe...”**

La señora Aurelia, nahuahablante, de 78 años, inició el oficio de partera a la edad de 45 años, sola, ella cree que le enseñó la virgencita Guadalupana y el señor San Juan Bautista. Nos contó que a media noche compró un juachón, que es como una ofrenda para presentársela a San Juan Bautista a quien le tenía fé y le llamó: “Juan, Juan, si en realidad tienes mucha figura, esa figura ahora la quiero yo, tú ves que soy absolutamente una pobre mujer y gracias a Dios, no supe ni cómo llegué a ser partera”.

Ella aprendió de ver a su suegra trabajar “con el tiempo yo veía a mi suegra cómo le daba vuelta a los bebés, veía cómo ella agarraba el pihchahka”<sup>71</sup>. Su suegra fue partera, las mujeres embarazadas iban para que las *sobara* y las *tallara*<sup>72</sup>, le decía: “toca y siente”. La señora Aurelia, ha enseñado a sus hijas. A una le enseñó durante cuatro años y a la otra lleva un año enseñándole. Pero “a mí, sin embargo, nadie me enseñó, nadie me dijo cómo debo de darle vuelta al niño, solamente mi pensamiento”. Cuando ella inició el trabajo de partería hacía uso del cuchillo, no utilizaba tijera. Las parteras de antes, contó, usaban las hojas de maíz para cortar el cordón umbilical del bebé.

El primer embarazo que atendió era un bebé hombre que estaba sentado y ella le dio vuelta. Y así ha seguido trabajando hasta ahora que ya es una anciana y reconoció que no ha fracasado en nada. A pesar del tiempo que lleva de partera y su éxito en su profesión “ahora ya no tenemos orden de cachar bebé, solamente tallar, sólo lo tallamos y lo mandamos al hospital de Jáltipan”.

---

70 Esta entrevista fue hecha en náhuatl y traducida al español por el Lic. Adán Castillo Gómez

71 Aceite preparado de la semilla del zapote mamey

72 Durante el embarazo, la partera desempeña una importante función, por la orientación que da a la mujer y las prácticas preventivas a que la somete; todo ello, con el propósito de asegurar un parto exitoso. La embarazada la consulta, con cierta regularidad, para someterse a la "tallada", procedimiento que consiste en "poner aceite de olivo, de ricino o crema en las manos, y enseguida tallar (sobar) a la enferma". Si en el curso del procedimiento la terapeuta detecta que la posición del niño dentro de la matriz no es la adecuada, entonces procede a efectuar "la sobada", maniobra que consiste en dar masajes, de arriba hacia abajo, en el estómago y alrededor del vientre, para "acomodar la criatura y que nazca bien". Consultado en el portal de la Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. : <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/>

A los 55 años, el agente municipal Juan Castillo la mandó llamar para que fuera a Minatitlán, al Seguro Social, donde recibió su primer curso. A la fecha, algunas parteras están recibiendo cursos en Jáltipan y les han dicho: desde el momento que ustedes están enviando sus pacientes hasta aquí y cuando lleguen a Jáltipan, ustedes nada tienen que meter, nada que ver, el que se va a encargar es el doctor". Es por eso que ya lleva dos años trabajando de esa manera "sólo dedicarme a puro tallar".

Referente al Hospital de Tonalapan, estuvieron recibiendo el curso durante medio año, iban cada mes. Nos cuenta: "nos mandaron a llamar y por eso acudimos, pero después el Ingeniero nos dijo que no nos corresponde estar ahí, sino que nos corresponde estar en Jáltipan y por eso nos fuimos". Sobre todo, al ver que no les estaban dando nada, entre ellas platicaron y decidieron que ya no irían; además que el ingeniero Calixto les dijo que les correspondía Jáltipan. Actualmente ya no reciben curso en el Hospital de Tonalapan, aunque les llamen, ya no van.

Cuando ellas acudían al curso en el Hospital de Tonalapan, no les pagaban nada, ellas pagaban 10 pesos del taxi. Estaban en un horario de 9 a 12 del día. No les daban nada de comer, sólo agua. En cuanto al curso se los daban en español, recordó: "nos pasaban como una película con imágenes. Aprendí poco del curso, no mucho, y más se me olvidó todo, no se me quedó nada en la mente". Algunas de las cosas que se acuerda es que les decían que cuando estuviera el bebé volteado que no debían darle vuelta, aunque ella piensa que sí debe hacerlo porque la mamá lo siente: "como partera uno debe darle vuelta para que el bebé esté bien". Cuando asistieron al curso los médicos no les preguntaban qué saben, cómo lo hacen "a los médicos no les interesa lo que nosotros hacíamos porque nunca nos preguntaron lo que nosotros hacemos". Doña Aurelia piensa que el curso era más bien para los médicos que para ella: "les conviene más a los médicos, pero para nosotras no hay nada de bueno". Además, a pesar de asistir medio año al curso en Tonalapan, "no me dieron ni un papel, ni gratificación, ¡nada!".

Actualmente todas las mujeres embarazadas van a checarse a la clínica, porque cuando empiezan a presentar dolores, les dan su pase para que puedan presentarse y ser atendidas en Jáltipan. “Nosotras ya no sabemos, es el doctor quien sabe, cuando presentan dolores, tienen que recibir el papel para presentarse en Jáltipan”.

En su caso, cuando va al hospital, no pasa adentro para ver a su paciente, la dejan afuera y sólo el ginecólogo es quien atiende a la mujer embarazada: “al hospital no me dieron lugar para entrar porque no me dieron la oportunidad de poder entrar al hospital cuando se atiende a una mujer embarazada, por eso yo no conozco cómo trabaja el ginecólogo”.

Ahora no manda a nadie al Hospital de Tonalapan, manda a todas a Jáltipan y las pacientes ya saben que tienen que ir a Jáltipan porque allá no les cuesta nada, son gratis los partos, les dan la medicina gratuitamente. “Por esa razón no los enviamos al Hospital de Tonalapan porque ahí se paga. Y ellas tampoco van al Hospital de Tonalapan porque no nos dieron el permiso de trabajar con ellos, por eso ya nos vamos hasta Jáltipan, si es parto normal, nosotros tallamos y cerramos, pero si es cesárea a nosotras ya no nos incumbe, es trabajo del médico”.

Uno de los inconvenientes que identifica la señora Aurelia, en caso de tener al bebé en casa, es que no pueden sacarle sus papeles, o sea su acta de nacimiento, por eso decidieron enviarlos a Jáltipan porque ahí los doctores sí pueden hacer eso.

**Partera Francisca: “Es lo que nos están diciendo, que ya no podemos atender partos...ya no nos queda de otra”**

La señora Francisca habla náhuatl y español, y prefirió que le hiciera la entrevista en español. Ella tiene 45 años y lleva 30 años que trabaja como partera. Su mamá le enseñó: “antes mi mamá trabajaba en Ixhuapa y allá tallábamos, la que estaba mal su bebé, lo íbamos a componer, entonces yo demoré a trabajar con mi mamá dos años, a los dos años aprendí todo”. Después Francisca siguió trabajando sola hasta la fecha.

Estuvo asistiendo como dos años a una capacitación al Hospital de Tonalapan y al terminar le dieron un diploma. El curso se dio en español, y piensa que las parteras que sólo hablan náhuatl le entienden muy poco.

Asistir a la capacitación fue bueno porque aprendió muchas cosas, ella iba por aprender, no porque le pagaran algo: “yo no necesito recurso, necesito aprender lo que ellos saben”. Pero más adelante, cuando hubo más confianza en la plática, comentó: “sí nos trataron bien, pero de nada fuimos, fuimos a perder tiempo”.

A Francisca, como a las otras parteras, les dijeron que ya no atenderían los partos en las casas. “nosotros ahorita tallamos nomás, si nos buscan les decimos que se vayan a la clínica y el doctor ya le manda a hacer su ultrasonido”.

Cuando eran los partos en el hospital a ella nunca la invitaron a estar presente aunque fueran sus pacientes “porque yo a veces llevé a mis pacientes aquí al hospital, principalmente mi hija, y pues no me dejaron pasar”.

Al insistir en el por qué ya no atienden ellas los partos: “para evitar muertes maternas, mejor ya no atender parto en casa, los médicos ya se encargan de atender”. Aunque a ella, en los treinta años que lleva como partera nunca se le ha muerto ni una señora, ni un bebé. Sin embargo reconoce: “es que antes cuando no estaban los hospitales a muchas parteras, lo que antiguamente han fracasado”. Pero ella está consciente que “ahora si una paciente está mal su bebé y a la hora que

empiezan el dolor, nosotras no vamos a poder sacar al bebé y por eso nos están capacitando para llevarlo directamente al hospital”.

Entonces concluye que sea un parto de riesgo o no, a todas las pacientes las tienen que mandar al hospital.

El problema que habría si atiende el parto en casa es que no puede darle papeles oficiales para que registren al niño y en el hospital les dan el documento para ir a sacar su acta de nacimiento.

A pesar de no estar de acuerdo, la señora Francisca, acata la orden al igual que las otras parteras que capacitan en el hospital de no seguir su profesión como partera: “es lo que nos están diciendo, que ya no podemos atender partos...y nosotras ya no tenemos el valor de atender partos, nosotras ya no tenemos ni materiales, ni la tijera, ni la pinza, ni nada.ya no nos queda de otra”.

### **Paciente Paulina: “Yo me sé cuidar, yo sé cómo me voy a cuidar”**

La señora Paulina tiene cuatro hijos, algunos de sus partos los tuvo en casa y otros en el hospital: “pues el primero, m'hijo, aquí es de casa y segundo, m'hija, pues fue aquí en la clínica, ahí me alivié, pues era muy dilatado ya el parto, ya tenía muchos dolores de madrugada, así amaneció y así todo el día”. Cuando llegó su papá le dijo que fuera a la clínica para no poner en riesgo la vida de la bebé y la de ella.

Acordándose de sus experiencias del llamado parto normal en casa y clínica, ella se percató de la diferencia “porque el parto normal en la clínica no es lo mismo, porque en la clínica te hacen como una salpingo chiquito y pues en casa no se corta nada, y ahí yo tuve problemas porque se desató donde le habían costurado”. Debido a esto ella estuvo dos meses en cama, no podía sentarse porque le lastimaba y le dolía. Acudió a la clínica para avisar lo que le había pasado y le volvieron a suturar, por lo cual estuvo otros dos meses en cama. A diferencia cuando tuvo a su hijo en casa se pudo parar sin problema, no le dolió donde le sobaron para acomodar al bebé “el parto normal en casa, te dan unos tés naturales y la partera te va checando que si ya va a nacer la criatura, todo normal, nada de cortaduras, así normal, duele, pero en el hospital es lo mismo que en la casa, te duele, en el hospital que según te ayudan pero no porque quedas todo mallugado en la panza”.

La tercera hija nació en el hospital de Jáltipan que es del Seguro Social “que anteriormente le decían la clínica del campo”. Recordó que tenía dolores y había perdido líquido. En la clínica de Huazuntlán le dijeron que ahí no tenían lo necesario para atenderla y la mandaron a Jáltipan. Entonces se fue a Jáltipan, le faltaban 18 días para los nueve meses “y allá me provocaron el dolor para que ya naciera la niña”. Al nacer su hija le dijeron que tenía que quedarse allá los 18 días que le faltaban a la niña para poderla tener en la incubadora. Pero como a la señora Paulina la querían tener sólo sentada en una silla y eso es cansado para alguien que acaba de parir, dijo el esposo: “para que esté sentada aquí, mejor dale el alta y a mi niña también la llevo”. Le dijeron que no podían darle el alta porque le faltaban 18 días a la niña. Y también tuvieron disgusto con la trabajadora social pues el esposo se



molestó porque le pusieron a la señora Paulina el dispositivo sin su consentimiento: “me lo pusieron sin preguntar, mi esposo se molestó y por último lo sacaron y me dijo la trabajadora social que sí me iban a dar el alta y a la niña también, pero si algo le pasa a la niña ya no lo vamos a recibir porque ustedes lo están llevando a la fuerza y nosotros no queremos porque corre riesgo la niña”.

La cuarta y última hija nació en casa. Carolina fue la partera de todos sus hijos. “Pues ella aunque se voltee la bebé, lo acomoda, cuando siente que está mal, lo acomoda”.

Cuando comenzaron los dolores era de madrugada, el tiempo estaba feo, llovía y su esposo le dijo que mejor lo tuviera en su casa. “Y como la partera que me tallaba me dijo que estaba bien mi bebé, pues ya lo tuve aquí, sin problemas, ni nada”.

Regresando al tema del dispositivo platicó que querían ponérselo a la fuerza, le dijeron que todas las pacientes que salen del hospital les ponen el dispositivo “porque si no, al medio año o al año ya quedan embarazadas otra vez”, ella no quería: “yo me sé cuidar, yo sé cómo me voy a cuidar”. Le insistieron que les dijera cómo se iba a cuidar y le hablaron al esposo y siguieron insistiendo “y él les dijo que él sabe cómo me va a cuidar. Cuando tú tienes comunicación con tu pareja, cuando tú quieras tener a tu bebé, cuando tienes un acuerdo con tu pareja...ahora, cuando no hay acuerdo, entonces sí, es más difícil”.

Ahora se viven cambios en Huazuntlán en cuanto a la atención a las mujeres embarazadas: “ahora la clínica maneja a las embarazadas, les dan pláticas y todo, cómo deben de llevar el embarazo, porque ahora ya no es como antes, antes todo en casa, no en los hospitales”. Una ventaja que ella ve de ir a la clínica es la posibilidad de contar con los ultrasonidos: “a veces los bebés no vienen todos parejo, ahora comentan que a muchas mujeres que están embarazadas les piden el ultrasonido y ahí se ve cómo viene el bebé y cómo vienen los cordones, a veces vienen grandes, a veces cortos, por eso la clínica ahora toma esas medidas de mandarlo al hospital”. Su razonamiento se basa en lo que ha escuchado sobre la reducción de muerte materno infantil “porque ahora el gobierno no quiere que haya muertes de niños o de

madres de familia y por eso tomaron esas medidas, yo creo que una parte está bien porque a veces uno en casa, a nosotros nos tocó esa suerte, porque Dios mismo nos dio esa suerte de dar a luz así, pero muchos no vienen así, vienen diferentes los bebés por eso en los hospitales lo atienden y si no pueden dar a luz ahí los doctores hacen cesárea, por eso ahora ya todo es recomendable en los hospitales”.

**Paciente Margarita y su esposo Manuel: “.....yo pienso que ahí están violando lo que es la ley porque le ponen algo a la mujer sin que lo decida la mujer o la pareja”.**

Margarita y Manuel son una pareja joven que acudió al Hospital de Tonalapan con su bebé que tiene tres meses porque tienen que darlo de alta en el Seguro Popular. David es su primer hijo.

Manuel trabaja en Puebla como albañil y no estuvo cuando nació el bebé: “estuve cuatro semanas allá, tiene una semana que acabo de regresar”.

Cuando Margarita estaba embarazada se atendió en su comunidad, Buenavista, tanto en la clínica como con la partera. La Doctora de la clínica la mandó al Hospital de Tonalapan para atender el parto, porque le dijo “ya hay muchas mujeres que se han muerto”. El parto fue normal no hubo necesidad de cesárea. Margarita platicó que la partera le estuvo dando *sobadas*, pero para el momento del parto prefirió irse al hospital “ porque en el hospital es más seguro”.

Ellos cuentan con el Seguro Popular lo cual cubrió los gastos de hospitalización; sin embargo tuvieron que comprar los medicamentos. El gasto ascendió a dos mil pesos aproximadamente. En opinión del esposo de Margarita: “yo siempre he dicho, para mí, eso del Seguro Popular es algo que no sirve, porque cuando sucede un accidente o algo, por ejemplo, allá en la comunidad no hay ambulancias, ni medicamentos, pues hay que comprarlo uno, aunque tengamos el Seguro Popular...ahorita ya van como dos años y no hay nada en la Clínica...la gente que se enferma...todo lo compramos nosotros”. Manuel dice que cuando se enferma prefiere ir con curanderos que saben de medicina, porque en la clínica no tienen nada. Además ellos conocen de plantas medicinales que les sirven para curarse.

Después del parto, en el hospital le colocaron a Margarita el DIU sin preguntarle, se dio cuenta hasta después: “leí en el papel y regresé a los 42 días para que me lo quitaran”. Manuel le dijo: “eso está mal, porque te pusieron algo sin que te preguntaran...yo pienso que ahí están violando lo que es la ley porque le ponen algo a la mujer sin que lo decida la mujer o la pareja”.

**Paciente Carmen: “Me trataron bien, pero luego son muy remilgones...”**

Carmen originaria de Durango, tiene 20 años. Ella estaba trabajando en ciudad Juárez y allá llegó el esposo que es de Huazuntlán. Decidieron casarse y hace 6 años que viven Huazuntlán. Tienen dos hijos. Se atendió los embarazos en la Clínica y los partos en el Hospital de Tonalapan.

En su experiencia: “me trataron bien, pero luego son muy remilgones...primero te quieren mandar a la ciudad de Jáltipan”. Sin embargo, como no tienen recurso para trasladar a las pacientes a Jáltipan, les dijo que ella no podía irse y sí la atendieron en Tonalapan. Incluso, comentó que tiene Seguro Popular y todo le cubrieron. No pagaron nada.

Después del segundo hijo ella se quería operar, pero como le dieron el alta el mismo día, le pusieron el DIU con su consentimiento: “yo me quería operar y me dieron cita para 15 días y fui y me volvieron a cambiar la cita, y me estuvieron cambiando la cita y decidí ya no operarme”.

Ellos siempre van a la clínica a atenderse, no acostumbran hacer uso de la medicina tradicional.

**Paciente Yazmín: “La verdad no me lo dijeron, pero sí me lo pusieron sin haberme dicho”. Y Nieves, su suegra**

Yazmín tiene 19 años y su hijo va a cumplir cuatro años. La señora Alicia quien es partera la estuvo atendiendo durante el embarazo y el parto lo tuvo en el hospital porque “ahorita eso de las parteras ya no, porque ya es un poco riesgoso cada día, peligroso tenerlo así. Así en el hospital es más fácil, ni a mi ni a mi bebé le pasa nada”.

En el hospital su bebé nació por cesárea y, aunque tenía Seguro Popular, le cobraron los medicamentos. Estuvo tres días en el hospital y por la estancia no le cobraron.

La suegra de Yazmín, la señora Nieves, estaba presente y platicó que su nuera nació con partera y ella también tuvo a sus dos hijos en casa con partera, pero ahora los partos ya no los atienden las parteras “porque luego las parteras fracasan, y luego se muere el bebé o la mamá, también en el hospital pasa, pero dicen que en los hospitales el doctor va checando la dilatación que lleva y ellos van viendo cuánto le falta, pero a veces también ellos no le calculan bien y los bebés también mueren, también es riesgoso”, comentó. Desde hace años que ya mandan a las pacientes al hospital “desde que llegó el programa Oportunidades...porque a veces el bebé viene cruzado o el cordón se enreda y el bebé no puede nacer y allá en el hospital los doctores hacen una cesárea cuando ven así”.

A Yazmín, después de tener a su hijo, en el hospital le colocaron el DIU sin su consentimiento: “la verdad no me lo dijeron, pero sí me lo pusieron sin haberme dicho, yo no sabía si me habían puesto algo...me pusieron el dispositivo y se me cayó, creo que cuando mi matriz se desinflamó, ahí fue cuando me di cuenta”.

Yazmín, ahora cuenta con el programa social *sin hambre*. En el tiempo que estuvo embarazada tenía el programa *Oportunidades* y sólo iba a la clínica a las pláticas del embarazo. Ahora sólo va cuando le toca vacunas al hijo. Dice que nunca fue, ni va a control mensual de crecimiento del hijo.

Normalmente, cuando se enferman, van a la clínica de Huazuntlán, si no tienen medicamento las mandan a Jáltipan o al Hospital de Tonalapan.

“Primero tenemos que pasar a la clínica porque si vamos así nomás al hospital, nos regañan”, aunque la clínica no está abierta las 24 horas. Y como dice la señora Nieves, hay veces que no les atienden en el hospital aunque lleguen por urgencias: “pero a veces no nos atienden, estamos con el dolor, y no nos atienden, hasta que ellos quieran”.

**Paciente María y esposo: “Porque a veces aquí no nos reciben, asegún dicen que no hay cirujanos, o te inventan cosas...”.**

María tiene 25 años y está embarazada por segunda ocasión. Tiene un hijo de cinco años. Los controles de embarazo los ha llevado en la clínica, tiene que ir cada mes, cuando falta un mes para el parto la canalizan al Hospital de Tonalapan donde tiene que acudir cada semana. El parto de su primer hijo fue normal, y por la estancia en el hospital no le cobraron “nomás los medicamentos que te mandan a comprar, pero no me cobraron porque tenía el Seguro Popular, pero los medicamentos no tienen ahí y te mandan a comprar”.

Para su segundo parto, el doctor de la clínica le dijo que la va a mandar a Jáltipan, pero si el dolor fuera en la noche y no tuviera para trasladarse a Jáltipan, le pondrán nota de urgencia para que la atiendan en Tonalapan. Porque el viaje en la noche a Jáltipan es caro “el flete de embarazada sale como en \$500.00 porque es mucho riesgo”, comentó su esposo.

La clínica a la que acude en Huazuntlán pertenece al Seguro Social, por eso envían a las pacientes a Jáltipan que también es del IMSS y dice que allá no cobran nada “en Jáltipan según que todo es gratis porque mi cuñada ya se alivió y no le cobraron nada de medicamento”.

La percepción sobre el Hospital de Tonalapan no es muy buena a diferencia del hospital de Jáltipan: “porque a veces aquí no nos reciben, asegún dicen que no hay cirujanos, o te inventan cosas, y allá tienen más gente y te atienden más bien, hay una parte donde bañan a los bebés y donde le toca a las mamás, y aquí no, hasta te regañan, si vas con dolor te dicen: ¡cálmate! que cuando lo estás haciendo no estás gritando, te dicen así”, comentó María que cuando ella fue, estaba una señora gritando y la doctora así le dijo.

Si bien el control de embarazo lo lleva en la clínica, se atiende con su partera de Naranjos, la señora Hilda: “acabo de ir a tallarme porque asegún tiene que estar el bebé con la cabecita abajo”. Por la *sobada* desde el primer mes hasta antes del parto le pagan \$350.00

María está de acuerdo que le atiendan su parto en el hospital “porque es más cuidadoso”.

Finalmente comentó que cuando ella tuvo su primer bebé, en el hospital le preguntaron si quería que le pusieran el DIU, y ella dijo que no y no se lo pusieron: “tienen que firmar para ponerte algo y si no, también te respetan. Pensé que sí me lo habían puesto porque luego no nos dicen, porque dicen que a muchas sí se lo pusieron, pero a mi no”.



## **V. PERDIMOS; OTROS GANARON: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

En el mismo orden en que fueron expuestos los resultados, en tres fases, se presenta la discusión.

En el nivel macro expongo la comprensión de los tratados internacionales; en el nivel meso presento el análisis crítico de la normatividad federal y estatal, y en el nivel micro me aboco a la forma en que se implementan las políticas de salud con enfoque intercultural en el Hospital Comunitario de Tonalapan, haciendo especial énfasis en dos aspectos: 1) la caracterización de la relación entre los modelos médicos hegemónico y alternativo subordinado; hallando las contradicciones, complementaciones y conflictos que se generan; y, 2) la interpretación de los significados de los actores; es decir las ideologías, saberes y prácticas que se dan en la medicina intercultural.

### **V.1 Fase 1: nivel macro. Comprensión del derecho internacional**

En el ámbito internacional, se encuentra la Declaración Universal de los Derechos Humanos<sup>73</sup> (DUDH) que, como su nombre lo indica, expone los derechos básicos que debería tener cualquier persona. Los artículos de esta Declaración indican como principio fundamental de los derechos humanos la no discriminación; asimismo, hacen referencia al derecho a la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales que se traducirían en el disfrute personal y familiar, de un nivel de vida adecuado en que se asegure la alimentación, vestido, vivienda, empleo, atención médica y todos los servicios sociales, incluida la seguridad social.

Derivado de la DUDH, y como particularidad de los Derechos Humanos, aparece la Convención Internacional Para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial<sup>74</sup>. En su artículo 5 menciona que los Estados partes se comprometen a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza,

<sup>73</sup> Adoptada y proclamada por la Resolución de la Asamblea General de la ONU 217 A (III) del 10 de diciembre de 1948

<sup>74</sup> Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 2106 A (XX), de 21 de diciembre de 1965 Entrada en vigor: 4 de enero de 1969, de conformidad con el artículo 19. Ratificada por México el 20 de febrero de 1975.

color y origen nacional o étnico. De la misma manera, puntualiza en el inciso e), el compromiso a garantizar el goce de los derechos económicos, sociales y culturales en especial el derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales.

Todo lo anterior se vincula con el Pacto Internacional de los Derechos Económicos Sociales y Culturales<sup>75</sup>, (PIDESC), en el cual se especifica que los Estados partes se comprometen a hacer realidad lo expresado en la Declaración, en relación a los derechos colectivos; es decir, se responsabilizan a asegurar a los hombres y a las mujeres igual título a gozar de todos los derechos económicos, sociales y culturales enunciados en dicho Pacto.

Entre las medidas que deben tomar los Estados para hacer realidad estos derechos, según dicho Pacto, están: reducir la mortinatalidad y mortalidad infantil; promover la higiene ambiental; la prevención y tratamiento de enfermedades endémicas y epidémicas; así como crear las condiciones necesarias para asegurar a todos la atención médica en caso de enfermedad.

Para reforzar las obligaciones de los Estados de garantizar algunos de los derechos económicos, sociales y culturales, se llevó a cabo la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas<sup>76</sup>. En este evento 189 naciones, entre ellas México, se comprometieron con el contenido de la Declaración del Milenio, para alcanzar, a más tardar en el 2015, los llamados Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Los ocho ODM buscan atender las necesidades humanas más apremiantes y los derechos fundamentales que todos los seres humanos deberían disfrutar, entre ellos: erradicar la pobreza extrema y el hambre, reducir la mortalidad infantil y materna, mejorar la salud reproductiva, intensificar la lucha contra el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.

---

75 Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de la ONU en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Entrada en vigor: 3 de enero de 1976, de conformidad con el artículo 27

76 La Cumbre de Milenio de la ONU se celebró en Nueva York, en septiembre del 2000.

El PIDESC está dirigido a cualquier ser humano; sin embargo surgen los derechos para grupos especiales como en el caso de los grupos indígenas cuyos derechos están recogidos en el llamado Convenio 169 de la OIT<sup>77</sup>.

Al reconocer que los pueblos indígenas y tribales son proclives a sufrir discriminación en muchas áreas, el primer principio general y fundamental del Convenio 169 es la no discriminación. El artículo 3 del Convenio establece que los pueblos indígenas tienen el derecho de gozar plenamente de los derechos humanos y libertades fundamentales, sin obstáculos ni discriminación.

El espíritu de la consulta y la participación constituye la piedra angular del Convenio 169 sobre la cual se basan todas sus disposiciones. El Convenio exige que los pueblos indígenas y tribales sean consultados en relación con los temas que los afectan. También exige que estos pueblos puedan participar de manera informada, previa y libre en los procesos de desarrollo y de formulación de políticas que los afectan. Todo lo relativo a la consulta y participación está contenido en el artículo 6.

El convenio expresa la necesidad de reconocer el concepto *territorio* entendido éste como lo que cubre la totalidad del hábitat de las regiones que los pueblos interesados ocupan o utilizan de alguna otra manera.

Hace referencia, también, a los derechos de los pueblos interesados a que los recursos naturales existentes en sus tierras deberán protegerse especialmente. Estos derechos comprenden el derecho de esos pueblos a participar en la utilización, administración y conservación de dichos recursos.

Los señalamientos específicos para la atención de la salud de los indígenas se hallan en los artículos 24 y 25 que, si bien repiten la parte fundamental del PIDESC, vale la pena resaltar, hacen referencia a que los servicios de salud deberían planearse y administrarse junto con los pueblos interesados, tomando en cuenta tanto las condiciones geográficas, económicas, sociales y culturales, como sus prácticas de prevención, curación y medicamentos tradicionales.

---

<sup>77</sup> Convenio sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes (Entrada en vigor: 05 septiembre 1991) Adopción: Ginebra, 76ª reunión CIT (27 junio 1989).

En el ámbito regional, llamado Las Américas, se encuentra en primer término la Carta de la Organización de los Estados Americanos<sup>78</sup> donde se rescata en sus principios la intención de los Estados partes de la no discriminación. Para asegurar la salud y otros derechos para el trabajador y su familia, reconoce el trabajo como derecho y deber social, el cual debe incluir salarios justos.

Posteriormente señalo la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José)<sup>79</sup>, de la que se puede resaltar en el apartado de los deberes de los Estados partes el compromiso a adoptar, con arreglo a sus procedimientos constitucionales y a las disposiciones de esta Convención las medidas legislativas o de otro carácter que fueren necesarias para hacer efectivos los derechos y libertades contenidos en esta Convención.

Menciono ahora, como parte del documento anterior, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, también conocido como “Protocolo de San Salvador”<sup>80</sup>. En términos generales recoge los mismos principios que el PIDESC, como son la obligación de no discriminación, en el artículo 3; y los compromisos de los Estados partes a fin de reconocer la salud como un bien público y de garantizar el derecho a la salud, incluido en el artículo 10. Es importante mencionar que el punto e, del apartado 2 del artículo mencionado, expresa la necesidad de adoptar medidas a fin de satisfacer las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

Cabe señalar otro instrumento internacional, la Convención Interamericana contra el Racismo, la Discriminación Racial y formas conexas de Intolerancia<sup>81</sup>. Para efectos de este trabajo me centraré solamente en el artículo 1 del capítulo I, en que define la

---

78 Suscrita en Bogotá en 1948 y reformada por el Protocolo de Buenos Aires en 1967, por el Protocolo de Cartagena de Indias en 1985, por el Protocolo de Washington en 1992, y por el Protocolo de Managua en 1993.

79 Firmada en san José de Costa Rica el 22 de noviembre de 1969.

80 Adoptado por la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos, en su décimo octavo periodo ordinario de sesiones, en San Salvador, El Salvador, el 17 de noviembre de 1988. Cabe hacer mención del descuido de los firmantes de la Convención Americana en 1969, donde omitieron incluir los DESC. Por tanto fue necesario redactar y adicionar este Protocolo.

81 Adoptado en La Antigua, Guatemala el miércoles 5 de junio de 2013.

discriminación racial como “cualquier distinción, exclusión, restricción o preferencia, en cualquier ámbito público o privado, que tenga el objetivo o el efecto de anular o limitar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de uno o más derechos humanos o libertades fundamentales consagrados en los instrumentos internacionales aplicables a los Estados Partes”.

Para cerrar el ámbito regional, hago referencia a la Resolución CD37/20 del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud<sup>82</sup>, el cual describe la Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas, SAPIA, así como el informe con sus conclusiones y recomendaciones de la Reunión de Trabajo de Winnipeg, Canadá, que tuvo lugar entre el 13 y 18 de abril de 1993.

La Resolución CD40.R6 reconoce el incremento de las inequidades en el estado de salud y en el acceso a los servicios sanitarios básicos para los indígenas de las Américas debido a los obstáculos económicos, geográficos y culturales que se oponen a la prestación eficiente y eficaz de servicios de salud pública y de atención sanitaria. Exhorta a los Estados Miembros a ser persistentes en los esfuerzos para detectar, vigilar y eliminar las inequidades en el estado de salud y en el acceso a los servicios sanitarios básicos de los pueblos indígenas (IIDH, 2006:68).

La Iniciativa SAPIA consensuó cinco principios que debían regir el trabajo de la OPS y de sus Estados Miembros al abordar la temática de los pueblos indígenas: a) necesidad de un enfoque integral de la salud; b) derecho a la autodeterminación; c) respeto y revitalización de las culturas indígenas; d) reciprocidad en las relaciones; y, e) derecho a la participación sistemática.

Los principios de igualdad y de no discriminación, explícitamente establecidos en los tratados internacionales y regionales de derechos humanos, son bases fundamentales para la realización de los derechos humanos.

---

82 También conocida como “Resolución V” fue emitida en septiembre de 1993 en el marco del XXXVII Consejo Directivo de la OPS.

## V.2 Fase 2: nivel meso. Análisis crítico de la normatividad federal y estatal

### *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*

En el artículo primero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2015:1), queda expresamente prohibida la discriminación motivada, entre otras, por el origen étnico, la condición social, las condiciones de salud, o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas, por lo que cabe afirmar que este artículo se encuentra en completa coincidencia con los tratados internacionales descritos anteriormente.

Encuentro que el artículo 2º, inicialmente, afirma que la nación mexicana es única e indivisible y, con posterioridad, reconoce que la nación tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas.

Los adjetivos *única* y *pluricultural* pueden sonar bien y dar la idea que recogen la realidad de nuestro país; pero es lo que ha dado base a que los no indígenas hayan avasallado a los seres humanos de las culturas que integran nuestra nación, pretendiendo integrarlos, orillándolos al abandono de su idioma, vestido, e infinidad de usos y costumbres. En conclusión, se ha propiciado la discriminación.

En este artículo constitucional se puede observar claramente el modelo político multicultural al que se refiere Escalante (2009:53): cuando menciona que se reconoce a favor de los pueblos indígenas el respeto a valores, costumbres y formas de ser, pero no vislumbra modificación de territorios políticos; cuando establece a favor de la Federación, los Estados y los Municipios las facultades para la distribución y el control de los recursos naturales o económicos; y cuando se abstiene del reconocimiento a favor de los pueblos indígenas, de jurisdicciones u otros derechos que la autonomía implica, como es la posibilidad misma de ostentar personalidad jurídica.

Asimismo, el artículo segundo constitucional, hace alusión a la no discriminación de los pueblos indígenas e igualdad de oportunidades, por lo que expresa que para tal

fin se han de diseñar políticas específicas para garantizar los derechos de los indígenas y el desarrollo de sus comunidades y éstas deberán ser diseñadas y operadas conjuntamente con ellos.

Respecto a lo anterior considero: (1) los pueblos y naciones indígenas rechazan la noción de igualdad no porque no les interese luchar por ella, sino porque las políticas de la igualdad han estado ligadas a procesos de homogenización, blanqueamiento y occidentalización, y también porque admitirlas es renunciar al autogobierno sobre sus territorios (Álvarez-Cárdenas, 2012:3); y, (2) a pesar de un “aparente” respeto a la otredad, es un discurso que denota discriminación racial por parte de la clase dominante, ya que la intención, en este caso de igualar para diseñar en conjunto, se basa en un principio de superioridad que convierte a los indígenas en entes pasivos y manipulables. Las políticas de igualación pueden sostenerse en discursos paternalistas y bien intencionados, pero cuyo fondo consiste en no aceptar al otro ni tomar en cuenta sus aspiraciones. Predomina, a mi parecer, el discurso multiculturalista, ya que se siguen instrumentando políticas públicas decididas desde las propias instancias gubernamentales, pese a que se haya hecho la simulación de ser consultadas con los pueblos interesados (Escalante, 2009).

Sobre la salud de los pueblos indígenas, el artículo 2º constitucional en su fracción III menciona: “las autoridades tienen la obligación de asegurar el acceso a los servicios de salud y el aprovechamiento debido de la medicina tradicional”.

Se recalca la obligación del Estado de garantizar los servicios de salud, también concede a las autoridades la facultad de asegurar el aprovechamiento “debido” de la medicina tradicional. En este enunciado queda claro que el poder del sistema hegemónico se sigue ejerciendo para decidir sobre el modelo médico subordinado. Se corre el riesgo de que si bien se están usando términos que aparentemente buscan garantizar la igualdad de oportunidades para la población indígena, en realidad lo que hacen es preservar las políticas indigenistas racistas en las que la supremacía y el poder de un grupo sobre otro tiene el propósito de asimilar, aculturar

e incluso de *mejorar racialmente* a quienes se alejaban de los valores y modelos de vida del grupo dominante (Escalante, 2009).

En el artículo 4º constitucional (2015:5) se plasma el derecho a la salud y, de su última reforma, se puede rescatar lo siguiente: la libertad de las personas a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos; el compromiso del Estado de garantizar la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad; el reconocimiento del derecho de toda persona a un medio ambiente sano para su desarrollo y bienestar, entre otros. Todo lo concerniente al derecho a la salud en los términos del artículo 4º constitucional se reglamenta en la Ley General de Salud y es aplicable en toda la República Mexicana.

Si bien no tengo crítica en relación a lo anterior, en el párrafo cuarto del artículo en comento se expresa: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud” y que “La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud”.

Encuentro que la Ley General de Salud que se encarga de reglamentar el tema de salud contenido en el artículo 4º constitucional, hace referencia al Sistema de Protección de Salud. Esta denominación es utilizada por la OPS, quien la define como “la garantía que la sociedad otorga, por medio de los poderes públicos, para que un individuo o un grupo de individuos, pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud al obtener acceso adecuado a los servicios del sistema o de alguno de los subsistemas de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago constituya un factor restrictivo”.

Cabe señalar que si bien es correcto que la ley suprema remita a la ley secundaria como la que debe definir las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, el texto constitucional resulta omiso en señalar candados para la protección real del derecho a la salud de los grupos vulnerables.

Hallo prueba de lo expuesto al advertir que en el 2003 en la Ley General de Salud se menciona que el Sistema de Protección Social de Salud, conocido como Seguro Popular, tendría una cobertura del 100% para el año 2010. Dicha cobertura de protección iniciaría dando preferencia a la población de los dos primeros deciles de



ingreso en las áreas de mayor marginación, zonas rurales e indígenas. Sin embargo, para el 2012, según el *Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social* (2014:20) había 25.3 millones de personas carentes de acceso a servicios de salud.

### ***Ley General de Salud***

En once artículos de la Ley General de Salud (2014) se hace referencia específica a los indígenas. Entre los puntos que se mencionan están la atención a la nutrición materno infantil; así como impulsar el desarrollo y bienestar de las familias promoviendo su participación y respetando sus valores y formas de organización social. Asimismo, hace alusión<sup>83</sup> a la promoción del conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas.

Comparto la mención de Menéndez (2009b) por lo que hace a que, en el sistema de salud institucional las prácticas racistas y discriminatorias hacia los indígenas son frecuentes y legitimadas por las ideologías dominantes. No olvidemos que México es producto del colonialismo.

Considero que el enunciado “condiciones adecuadas”, es posible que se aplique de manera no respetuosa, discriminatoria, por el desconocimiento de la práctica tradicional en cuestión. El discurso asume que existe un Otro que tiene una matriz cultural diferente a la “nuestra” (Saldívar, 2012:72).

Retomando las palabras de González Garza (García, 1981), pienso que el artículo 27 de la Ley General de Salud (2014: 34) que considera a los servicios de salud básicos como los referentes a la “asistencia social” a los grupos vulnerables, especialmente a los indígenas, contribuye a preservar el desnivel económico de las clases sociales y en una población con tantos pobres, el Estado sólo cubre parcialmente las necesidades de este sector de la población en función de su generosidad, remarcando el carácter político de la acción.

---

83 En el apartado IV Bis del artículo 6 de la Ley General de Salud.

Por otro lado, el término “asistencia social”, a mi parecer, discrimina el derecho a la salud de aquéllos a los que se etiqueta como “grupos vulnerables”. Se sigue utilizando la categoría de asistencia al desvalido, al pobre, al menesteroso, y no simplemente la garantía del derecho humano para cualquier persona. Cabe señalar que si bien en muchos servicios de salud el término asistencia se ha ido modificando, en la ley aun reformada, permanece.

Es posible reconocer un discurso racista en el texto del artículo 64 de la Ley General de Salud (2014:20) que se refiere a la salud materno infantil e indica expresamente que las autoridades sanitarias competentes deberán implementar acciones de capacitación para fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales.

Como puede verse, se da total libertad para que el grupo hegemónico realice acciones sobre el subordinado, posiblemente con la intención de asimilar o aculturar. Tales políticas o doctrinas de igualación pueden sostenerse en discursos paternalistas y bien intencionados, pero cuyo fondo consiste en no aceptar al otro ni tomar en cuenta sus aspiraciones (Escalante, 2009).

Por lo que se refiere al artículo 67 de la Ley General de Salud (2014:21), aunque retoma lo que explícitamente se encuentra en la Constitución concerniente a planificación familiar al decir que los servicios que se presten servirán de medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad. También menciona que habrá sanción para quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita.

Por lo anterior, resulta importante comentar que existen estudios que dedican poco espacio a la descripción y análisis de las discriminaciones en el campo de la salud reproductiva, pero se conocen diversas investigaciones que han señalado discriminación respecto de la población indígena ejercida por el personal de salud (Menéndez, 2009a:157).

En el artículo 93 de la Ley General de Salud (2014:42) identifiqué acciones en salud con enfoque intercultural en salud, al señalar que: “los programas de atención

primaria que se desarrollan en comunidades indígenas, deberán *adaptarse*<sup>84</sup> a su estructura social y administrativa, así como a su concepción de la salud”.

De lo anterior deduzco que la Ley General de Salud no recoge de forma adecuada el concepto de interculturalidad, ya que ésta, lejos de pugnar por una “adaptación”, pretende una propuesta de diálogo, intercambio y complementariedad. No se trata únicamente de tener en cuenta elementos culturales para no discriminar o para tolerar, sino de la construcción política de nuevas relaciones entre ciudadanos, y de ellos con el Estado. La interculturalidad, como paradigma, proyecto y política se propone eliminar las asimetrías respecto a las culturas subalternas (Castañeda, 2010: 113-114).

### ***Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación***

En términos de Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, se entiende por discriminación:

Toda distinción, exclusión, restricción o preferencia que, por acción u omisión, con intención o sin ella [...] y tenga por objeto o resultado obstaculizar, restringir, impedir, menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos y libertades, cuando se base en uno o más de los siguientes motivos: el origen étnico o nacional, la cultura, la condición social, económica, de salud, el idioma, entre otros (2014:1).

Es posible encontrar total coincidencia entre el contenido de esta ley y lo expresado en los tratados internacionales. Precizando que si las medidas de nivelación, medidas de inclusión y acciones afirmativas<sup>85</sup> son aquéllas que buscan hacer efectivo el acceso real de oportunidades a todas las personas eliminando barreras de diferente índole, que obstaculizan el ejercicio de derechos a los grupos en situación de discriminación o vulnerabilidad, la medida de nivelación que compete para el

---

84 Las cursivas son mías.

85 Artículo 15 Ter, del capítulo XV de la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.

objeto de estudio se refiere al uso de intérpretes y traductores de lenguas indígenas<sup>86</sup>.

De lo anterior reconozco un aparente avance legal al incluir medidas de nivelación en la normatividad; sin embargo lo interpreto como un discurso multiculturalista, pues el texto se utiliza como retórica o con el fin de aplicar programas culturalistas, lo cual poco contribuye a remediar el problema de discriminación de fondo como, podría ser, la modificación integral de la sociedad (Escalante, 2009:39).

### ***Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia***

El objetivo de esta ley es prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres. Establece los principios y modalidades para garantizar su acceso a una vida libre de violencia.

La ley define las diferentes modalidades de violencia y, para fines de este estudio, cabe señalar la definición de “violencia contra las mujeres” (2015:2) y la “violencia Institucional” (ibídem:6). Estos tipos de violencia se encuentran presentes en la vida de muchas mujeres, en general; y, en específico, en las mujeres entrevistadas en este estudio. Hay mucho trabajo por realizar para que esta ley se cumpla. Sin embargo, cabe señalar que la violencia contra las mujeres en sus diferentes modalidades ya está tipificado como delito en el código penal del estado de Veracruz el cual se menciona más adelante.

### ***Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018***

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (2013) es un documento de trabajo que rige la programación y presupuestación de toda la Administración Pública Federal, en el cual se plasman los objetivos de las políticas públicas y se establecen las acciones específicas para alcanzarlos. “El Plan Nacional de Desarrollo 2013 – 2018 proyecta, en síntesis, hacer de México una sociedad de derechos, en donde todos tengan acceso efectivo a los derechos que otorga la Constitución”, se lee en la introducción de dicho Plan.

---

86 Reconocido en el objetivo 1 del Programa Institucional del Instituto Nacional de Lenguas Indígenas PROINALI 2014-2018, que dice: “promover el ejercicio, respeto y defensa de los derechos lingüísticos de los pueblos indígenas”.

Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales de todos los mexicanos, que vaya más allá del asistencialismo, así como disminuir las brechas de desigualdad, entre otros propósitos, constituyen la meta 2.

Se observa una contradicción entre lo citado en el párrafo anterior que se refiere a los derechos sociales *más allá del asistencialismo* y el contenido del artículo 27 de la Ley General de Salud, donde se sigue considerando a los servicios de salud básicos a aquéllos referentes a la “asistencia social” a los grupos vulnerables, especialmente a los indígenas.

Advierto que el objetivo 1.5 específicamente hace referencia a garantizar y respetar los derechos humanos y erradicar la discriminación, mediante el establecimiento de una política de igualdad y no discriminación.

El Plan considera la necesidad de dirigir mecanismos dirigidos a la atención culturalmente pertinente de la población indígena<sup>87</sup>; impulsar el reconocimiento y protección de su patrimonio y riqueza cultural, el respeto a sus derechos y formas de vida; así como asegurar el ejercicio de los derechos de las comunidades y pueblos indígenas, entre ellos la salud.

Nuevamente encuentro un discurso multiculturalista al observar una política de gobierno que gestiona la diversidad étnica, pero más bien como derecho colectivo al folclor, las tradiciones y la lengua; ese multicitado discurso retórico que no implica cambios de raíz en el consenso de la clase dominante (Escalante, 2009).

### ***Programa Sectorial de Salud 2013-2018***

Cabe mencionar que el Programa Sectorial de Salud (2013:10) no explica a qué se refiere el término interculturalidad cuando en el apartado correspondiente al diagnóstico, en un párrafo dice: “el perfil de cada paciente requiere que el personal médico reconozca la interculturalidad de la población, y se apegue al cumplimiento de los derechos humanos y los criterios éticos”.

---

87 El objetivo 2.1 se refiere específicamente a la garantía del ejercicio de los derechos sociales.

Al parecer hay una confusión o poca claridad de la palabra interculturalidad en el enunciado ya que debería decir: “interculturalidad en salud”<sup>88</sup>; o bien “la interculturalidad en la práctica médico-paciente”<sup>89</sup>.

### ***Reglamento Interior de la Secretaría de Salud***

En el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud (2011:34) se establece que la responsable de diseñar, promover, impulsar e implementar el enfoque intercultural en el Sistema Nacional de Salud es la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES)<sup>90</sup>. Ésta a su vez delega la responsabilidad en la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural<sup>91</sup>.

El Manual de Organización Específico de la DGPLADES, describe el objetivo de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural que dice:

*“Definir, promover e implantar modelos y servicios de salud innovadores con calidad y sensibilidad cultural en el Sistema Nacional de Salud, mediante la definición de competencias específicas en el personal directivo, operativo y en formación, así como con la inclusión de medicinas reconocidas en el marco legal, como tradicional indígena y otros modelos clínico terapéuticos y de fortalecimiento a la salud de la población, con el propósito de fortalecer la oferta y eficacia de los servicios y la eliminación de barreras culturales”*(2012:79).

---

88 Para la OPS (1998) significa “reconocer la validez de los conocimientos y prácticas desarrolladas por los diferentes grupos humanos a lo largo de su historia para enfrentar el proceso salud-enfermedad y facilitar procesos que se sustenten en la reciprocidad de las relaciones, el respeto y el entendimiento mutuo”.

89 Siguiendo la definición de interculturalidad de la Secretaría de Salud (Almaguer *et al.*, 2014:62) que dice: “es como un modo de convivencia en el que las personas, grupos e instituciones, con características culturales y posiciones diversas conviven y se relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido, no siempre libre de conflicto”.

90 Los objetivos y funciones de la DGPLADES se encuentran en el Manual de Organización Específico de la DGPLADES. Disponible en: <http://www.dgplades.salud.gob.mx/Contenidos/Documentos/ManualOrganizacion.pdf>

91 La *Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural* se apoya para cumplir su objetivo, en tres subdirecciones: 1) De Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas; 2) De Interculturalidad en Servicios de Salud; y 3) De Sistemas Complementarios de Atención.

Reconozco en el objetivo una retahíla de buenas intenciones; da la idea de la implementación de programas culturalistas cuando se refiere a sensibilidad cultural y eliminación de barreras culturales, lo cual se traduce en un discurso retórico, multiculturalista, que no remedia conflictos de fondo entre la clase dominante y subordinada. No es un reconocimiento verdadero a la definición de interculturalidad<sup>92</sup> planteado incluso por la misma dependencia.

### ***Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica***

En el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (2014:16) se define al personal no profesional autorizado para la prestación de servicios de atención médica como “aquellas personas que reciban la capacitación correspondiente y cuenten con la autorización expedida por la Secretaría que los habilite a ejercer como tales, misma que deberá refrendarse cada dos años” (artículo 102) y menciona que ese personal “podrá prestar servicios de obstetricia y planificación familiar, además de otros que la Secretaría considere conveniente autorizar y que resulten de utilidad para la población” (artículo 103).

Establece como uno de los requisitos, para las personas no profesionales a capacitarse, saber leer y escribir (artículo 105).

Se evidencia de forma clara el poder que ejerce la clase dominante sobre la clase subordinada, en este caso las parteras tradicionales. Discrimina doblemente a las parteras, ya que, por una parte, les identifica como personas *no profesionales*<sup>93</sup>; y, por la otra, en caso de capacitarse, establece como requisito *saber leer y escribir*, sabiendo que muchas de ellas son analfabetas.

---

92 De todos los documentos normativos revisados, el Manual de Organización Específico de la DGPLADES es el único que cuenta con una definición de interculturalidad en el glosario de términos. Interculturalidad, dice, es una relación de diálogo, entre grupos culturales diferentes y que comparten un entorno común, de respeto y comprensión de la forma de interpretar la realidad y el mundo, en un proceso de comunicación, educación y formación, donde las partes se escuchan, donde las partes se dicen y cada una toma lo que puede ser tomado de la otra, o sencillamente respeta sus particularidades e individualidades. no se trata de imponer, de avasallar, sino de concertar.

93 El diccionario define profesional, como: “se aplica a la persona que realiza una actividad que constituye su profesión o medio de ganarse la vida”

### ***Ley de Salud del Estado de Veracruz de Ignacio de La Llave***

Esta Ley reglamenta el derecho a la protección de la salud, que toda persona tiene, contenido en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Lo que vale la pena señalar es el contenido del artículo décimo transitorio, donde dice que la cobertura de los servicios iniciará dando preferencia a la población de mayor marginación, rurales e indígenas. Es decir, los servicios de salud cuentan con la anuencia de la Ley estatal para afiliar a la población pobre y no derechohabiente al Seguro Popular.

### ***Programa de Salud veracruzano 2011-2016***

El objetivo 1 de este Programa está dirigido a la reducción de la muerte materna. Para tal fin señala que, por un lado, se proporcionará la atención para las urgencias obstétricas con calidad tanto técnica como interpersonal en los servicios de consulta externa y hospitalización con enfoque intercultural; por otro lado, hace mención de contratar a parteras profesionales para la atención de partos eutócicos y su incorporación progresiva en unidades de primer nivel.

Lo anterior no puede cumplirse toda vez que no existen suficientes servicios de consulta externa y hospitales con enfoque intercultural para atender en tiempo y forma a todas las mujeres que requieran el servicio. Por otro lado, no especifica a quienes reconocen como parteras profesionales quienes, a mi entender, podrían ser las parteras empíricas o tradicionales, ya que “profesional”, según el diccionario: “Se aplica a la persona que realiza una actividad que constituye su profesión o medio de ganarse la vida”. Pero a las parteras lejos de contratarlas les prohíben el ejercicio libre de su profesión.

En las acciones de prevención y promoción de salud pública aparece explícito que se impulsará el enfoque de interculturalidad pero, al igual que el Programa Sectorial de Salud, no incluye un glosario.

Seguramente, aquí la perspectiva de interculturalidad se enraíza en el reconocimiento de la diversidad y diferencia culturales, con metas a la inclusión de la



misma al interior de la estructura social establecida (Saldívar. 2012:72). Desde esta perspectiva -que busca promover el diálogo, la convivencia y la tolerancia-, la interculturalidad es “funcional” al sistema existente, no toca las causas de la asimetría y desigualdad sociales y culturales (Viaña, Tapia y Welsh, 2010:77).

***Ley de Derechos y Culturas Indígenas para el estado de Veracruz de Ignacio de La Llave***

Cabe mencionar esta Ley en la que se especifica la incorporación del enfoque intercultural en el desarrollo de las funciones y diseño de las políticas públicas por parte de los Poderes del Estado y los municipios. Asimismo menciona que se ha de considerar una evaluación de su pertinencia cultural. Esta consideración da competencia a los evaluadores a decidir sobre los pueblos indígenas del estado de Veracruz lo que es pertinente culturalmente y lo que no. Implica, por tanto, un ejercicio de poder que denota racismo.

En los artículos del capítulo I del Derecho a la salud y la alimentación de esta ley (Ley de Derechos y Cultura Indígenas, 2013:12-13) se encuentra detalladamente la obligación que confiere el Estado al DIF<sup>94</sup> y a la Secretaría de Salud para la atención de los pueblos indígenas a través de los servicios de salud poniendo especial interés en respetar las tradiciones, usos y costumbres, y siempre que sea posible la incorporación de la herbolaria y la medicina tradicional.

Mientras se deje en manos de los tomadores de decisiones de los servicios de salud la incorporación o no de la medicina tradicional y herbolaria<sup>95</sup>, seguirá estando a merced de la sensibilidad intercultural del representante del modelo hegemónico.

Por otro lado se fundamenta el impulso de programas de registro y acreditación de médicos tradicionales, curanderos y parteras. El personal del sistema hegemónico, por supuesto, será el responsable de controlar a los terapeutas del sistema médico subordinado el ejercicio de su profesión.

---

94 Desarrollo Integral de la Familia

95 Acoto que separa la herbolaria como una práctica distinta a la medicina tradicional.

En el artículo 45 expresa la intención de llevar una buena comunicación entre la Secretaría de Salud y los médicos tradicionales, sobre todo para la conservación y desarrollo de la medicina tradicional. Algunas propuestas son a todas luces dominantes pues pretenden hacer difusión e investigación de la medicina tradicional a través de instituciones educativas y de salud; así como generar organismos para el intercambio de conocimientos de la medicina tradicional entre pueblos indígenas; es decir, se propone academizar la práctica tradicional indígena como respuesta a la promoción del enfoque intercultural.

Por último, puntualiza: a las mujeres indígenas se les garantizará el derecho a decidir libre e informadamente sobre el número y espaciamiento de los hijos (artículo 46). Este artículo es desconocido por diferentes prestadores de servicios de salud o bien es violentado a pesar del conocimiento del mismo como ejercicio de su poder.

### ***Modelo de Salud Indígena con pertinencia cultural***

En este compendio presentado por los Servicios de Salud de Veracruz (SESVER) se encuentra una guía para atender en específico los señalamientos en cuanto al componente salud incluidos en la Ley de Derechos y Culturas Indígenas para el estado de Veracruz de Ignacio de La Llave, anteriormente comentada.

En cuanto a los ejes temáticos y estrategias del Modelo hago dos precisiones:

1. El eje temático llamado medicina tradicional y sus estrategias, parecería que fuera una nueva versión del Imeplam (*Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales*), donde van acorde a los planteamientos institucionales y promueven “diálogo de saberes” para recuperar información de los “informantes clave” (médicos tradicionales) y academizarla.
2. En la estrategia 12.4.1 Gestión intercultural para el desarrollo, dentro del eje temático “planificación lingüística”, en la que los SESVER ha contratado egresados de la Universidad Veracruzana Intercultural (UVI) con el fin de contar con traductores/intérpretes y lograr a través de ellos -supuestamente- el diálogo entre usuarios hablantes de una lengua indígena y personal de salud;

generar confianza con la población indígena y terapeutas tradicionales al ser atendida en su propio idioma y respetando sus creencias y tradiciones y orientar a los usuarios en la solución de problemas relacionados con la atención en unidades de salud y hospitales.

Al respecto quisiera señalar que, - por supuesto, no está expresado en el documento escrito-, los egresados de la UVI a pesar de contar con título universitario, los SESVER los contrata como promotores o promotores bilingües, según las competencias del egresado, lo cual es un escalafón menor en el profesiograma de la Institución (nivel técnico). Si bien parte de sus funciones es la promoción de la salud, a los gestores interculturales para el desarrollo no se les reconoce el grado académico, ni se les otorga el salario correspondiente a dicho grado. También cabe mencionar que aunque sean contratados como promotores bilingües, el salario es muy diferente, si los profesionistas son contratados por los SESVER o por el Sistema de Protección Social en Salud. Con este ejemplo se resalta la discriminación a los profesionistas al recordar que “la discriminación se define como toda distinción, exclusión, restricción, preferencia, omisión y cualquier otra diferencia[...]sea de manera deliberada o no, el ejercicio igualitario de los derechos humanos ...” (Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, 2014:1).

### ***Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Veracruz-Llave***

Para fines de este trabajo me apego al artículo 363 (2015:78) donde se reconoce el delito de violencia obstétrica, el cual es penalizado con privación de la libertad y multa, según sea el caso. Incluso, si el sujeto activo del delito fuere servidor público, además de las penas señaladas se le impondrá destitución e inhabilitación, hasta por dos años, para ejercer otro empleo, cargo o comisión públicos.

Se reconoce que el personal de salud comete violencia en diferentes circunstancias, por motivos de mi estudio me enfoco ahora solamente a una: cuando acose o presione psicológica u ofensivamente a una parturienta, con el fin de inhibir la libre decisión de su maternidad.

Es un gran avance la tipificación de dicho delito en Veracruz, no obstante no se denuncia.

Para terminar este subapartado discuto que a pesar de contar con leyes, reglamentos, planes y programas que reconocen en el papel la importancia de garantizar la salud a la diversidad cultural de nuestro país, respetando y promoviendo el enfoque intercultural, no dejan de tener un sesgo de discriminación al diseñarse desde la visión del grupo dominante y ser los representantes del modelo médico hegemónico los encargados de implementar las políticas interculturales en salud. Se puede encontrar una brecha enorme al contrastar otras experiencias locales como por ejemplo en Bolivia y en la Araucanía. Allí, quienes diseñan, cumplen y hacen cumplir las leyes respecto a la medicina tradicional e interculturalidad son indígenas.

### **V.3 Fase 3: nivel micro. Implementación de las políticas y prácticas de salud con enfoque intercultural en el Hospital de Tonalapan**

#### ***Implementación de políticas de salud intercultural***

El Hospital Comunitario de Tonalapan no cuenta con algún programa establecido para impulsar y desarrollar el enfoque intercultural ni en sus prácticas administrativas, ni médicas, a pesar de ser un servicio de salud donde se atienden a pacientes indígenas y no indígenas. Personal directivo y administrativo del Hospital reconocen la importancia de capacitarse en interculturalidad, ya que no se les prepara en las facultades para enfrentarse a la atención de pacientes con otra cultura, pero carecen de recursos por parte de la Secretaría de Salud en los niveles federal, estatal y municipal, para tal fin.

Debido a la cercanía geográfica como por la relación académica que tienen con la Universidad Veracruzana Intercultural sede Las Selvas, el personal del hospital ha aprendido acerca del enfoque intercultural. Todo se ha planificado y ejecutado por motivación personal, no como lineamiento institucional.

A pesar de estar asentado en la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, en el artículo 15 Quáter del Capítulo IV donde establece que “las medidas de nivelación incluyen, entre otras: Uso de intérpretes y traductores de lenguas indígenas...” quedan limitados para la contratación de intérpretes o facilitadores interculturales, toda vez que no está reconocido en la plantilla formal del hospital esta figura y no tienen la autorización para contratar personal profesional en ese campo. Si bien por el programa federal de reducción de muerte materna se contrató a un traductor, se tuvo que despedir, por no contar con el recurso permanente para los honorarios.

Como en este ejemplo, entre otros, se pueden encontrar propuestas interesantes en las políticas interculturales en salud; sin embargo carecen de realidad al no contemplar o destinar en la planeación el recurso necesario para lograr su ejecución.

Cabe mencionar que, al ser la primera vez que contrataban formalmente a una traductora por el programa mencionado sobre de muerte materna, el trabajo de intérprete fue desaprovechado, tanto por el propio personal del hospital como por las señoras que asistieron a talleres de capacitación. En el caso del hospital interpreto fue por la inexperiencia y falta de conocimiento de la labor de un intérprete intercultural. En el caso de las señoras que asisten a los talleres y prefieren se les dé en español, cabe la posibilidad que ellas realmente se comuniquen mejor en español o bien, se haya presentado el llamado, como menciona Escalante (2009:29), racismo encubierto y disimulado, debido a la identidad negativa que provoca en el sujeto el rechazo de su lengua, su apariencia y los valores de su pueblo.

Los pacientes en caso de ser monolingües normalmente acuden acompañados de algún familiar al servicio de salud, éste hace la labor de traductor en la relación médico-paciente. No obstante, hay que recordar que legalmente (artículo 51 de la Ley General de Salud) el hospital tienen la obligación de proporcionar información en su idioma originario a las personas cuya lengua materna es diferente al español.

El hospital cuenta con personal nahuahablante de las áreas de enfermería y administrativa quienes apoyan en casos necesarios; pero no están reconocidos como traductores o intérpretes, ni hay personas que hablen y entiendan la lengua originaria de la población popoluca. La falta de una condición objetiva que se derive de la estructuración de la implementación y organización de los servicios médicos, que haga posible una comunicación comprensible expresa el carácter subordinado de la cultura no occidental frente a la hegemonía de la cultura occidental, este desencuentro discursivo es determinante en tanto que los estudiosos del lenguaje y el discurso sostienen que éste determina las prácticas de los sujetos en tanto que el lenguaje es la base sobre la cual se reproducen significados que encuentran su materialidad en las acciones. Esta limitación estructural, de inicio obstaculiza cualquier práctica intercultural que se pretenda desplegar.

Respecto a la necesidad del trabajo de un traductor en el hospital, el médico entrevistado comentó que tiene idea que en el hospital existe una traductora, aunque

nunca ha solicitado sus servicios, al no creerlo necesario. Esta opinión por parte del médico en la que prescinde del servicio profesional de un traductor intercultural podría identificarse como una actitud racista, recordando que el racismo es una construcción prejuiciada, que parte por lo general del desconocimiento premeditado de lo que es el otro (Escalante, 2009:35).

Acerca de los seis indicadores interculturales que marca la Secretaría de Salud para evaluar la calidad de la atención de los servicios del hospital, no los utilizan.

El personal de salud que lleva más tiempo laborando en el Hospital de Tonalapan y quienes han tenido contacto y convivencia con profesores y estudiantes de la UVI, demuestran sensibilidad a la necesidad de formarse, capacitarse para su práctica intercultural; sin embargo gran parte del personal ya no trabaja ahí. Con los empleados de reciente ingreso se enfrentan a los problemas comunes del modelo médico hegemónico: no respetan la cultura de los pacientes indígenas.

La Academia Veracruzana de Lenguas Indígenas, la AVELI, regaló la señalética al Hospital en los dos idiomas originarios que hablan ahí: el náhuatl y el popoluca. Este tipo de acción podría llamarle medida de nivelación<sup>96</sup>. Sin embargo, muchas de las personas que hablan lengua originaria no saben leer. Por tanto, la implementación de esta estrategia de la AVELI la interpreto como una política culturalista que no implica cambios de fondo a las prácticas dominantes y que, en última instancia, denota racismo (Escalante, 2009:53).

---

96 “Las medidas de nivelación son aquellas que buscan hacer efectivo el acceso de todas las personas a la igualdad real de oportunidades eliminando las barreras físicas, comunicacionales, normativas o de otro tipo, que obstaculizan el ejercicio de derechos y libertades prioritariamente a las mujeres y a los grupos en situación de discriminación o vulnerabilidad” (Artículo 15 Ter del Capítulo IV de la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación).

### **Caracterización de relaciones entre modelos médicos hegemónico y subordinado: complementación, contradicción y conflicto**

Atendiendo al artículo 64 de la Ley General de Salud y los artículos 102 y 103 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, la única práctica formal sobre salud intercultural que identifiqué en el Hospital de Tonalapan fue un curso de capacitación a parteras tradicionales, que impartieron en un periodo de dos años. Si bien algunas parteras comenzaron a tener capacitación en diferentes hospitales del estado de Veracruz como en Fortín de las Flores, Orizaba, Veracruz, Coatzacoalcos y Jáltipan; fue en el 2009, cuando les dijeron se presentarían en el Hospital de Tonalapan.

Dicho curso estaba enfocado a enseñar a las parteras la identificación de las señales de riesgo durante el embarazo y acerca de la muerte materna.

Cabe señalar que el curso se impartió en español. Algunas parteras entendieron, otras no. Al finalizar el curso a algunas les entregaron un diploma a otras no. A algunas parteras les dejaron entrar a la sala de partos para acompañar a sus pacientes, a otras no se les permitió, siquiera, el paso al hospital.

A pesar de que personal de salud del hospital piensa que las parteras cumplen un papel muy importante, toda vez que se encuentran en comunidades alejadas en donde los centros de salud están desocupados los fines de semana porque no hay médicos suficientes, las parteras recibieron indicaciones por parte de empleados de los hospitales de Tonalapan y Jáltipan de no atender partos en casa, las razones son variadas: para que no se cansen, para evitar la muerte materna, para que los bebés puedan tener su acta de nacimiento, etcétera. Sólo les permiten hacer su trabajo de *sobadas* o *talladas* durante el embarazo. Además tienen la instrucción de enviar a las pacientes al Hospital de Jáltipan o de Tonalapan para el parto.

Lo anterior puede interpretarse, como una acción en cumplimiento “en parte”, del capítulo IV del artículo 64 de la Ley General de Salud, que establece:



*“En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán: [...] acciones de capacitación para fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales, para la atención del embarazo, parto y puerperio” (2014:16).*

Y resalto: “en parte”, ya que la capacitación se enfocó al reconocimiento de señales de alarma en la mujer embarazada, pero se les prohibió a las parteras atender partos. Solamente se les autoriza realizar su trabajo durante el embarazo.

Según los artículos 102 y 103 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, concibe a las parteras empíricas como personal no profesional autorizado para la prestación de servicios de atención médica<sup>97</sup>, en este caso de obstetricia y planificación familiar; no obstante, en el caso de las parteras que acudieron a capacitación en el Hospital de Tonalapan, a pesar de haber concluido el curso de capacitación y de haber recibido un diploma, no se les autoriza para ejercer la atención de parto ni puerperio, propósito fundamental del ejercicio de su profesión. Por lo tanto, infiero:

- La institución lejos de reconocer, respetar y promover el desarrollo de la medicina tradicional indígena como lo señala dicha normatividad (artículos 6 y 93 de la Ley General de Salud), prohíbe la práctica.
- La Secretaría, en este caso, violenta el artículo 5º de la Constitución, al impedir a las parteras el ejercicio libre de su profesión que es lícita, aun cumpliendo con ciertas normas establecidas por la misma institución.
- Se evidencia discriminación racial<sup>98</sup> al restringir a las parteras tradicionales el ejercicio de su derecho al trabajo reconocido en instrumentos internacionales aplicables a México.

---

97 Son aquellas personas que reciban la capacitación correspondiente y cuenten con la autorización expedida por la Secretaría que los habilite a ejercer como tales, misma que deberá refrendarse cada dos años.

98 Según la definición contenida en la Convención Interamericana contra el Racismo, la Discriminación Racial y formas conexas de Intolerancia.

- Se ejerce violencia contra la mujer y violencia institucional, según los artículos 5 y 18 de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Recordemos que la violencia es tipificada como delito en el Código Penal del estado de Veracruz.

Aunque las parteras no estén de acuerdo en dejar de atender los partos han seguido las indicaciones que les han dado. Lo mismo sucede en otras partes del país, comenta Berrío (2013: 346), en la Costa Chica de Guerrero existe una desvinculación con los recursos locales de atención como las parteras, a las cuales se las ve como amenaza en el mejor de los casos se incorporan en una relación de subordinación, asignándoles funciones de “madrinas obstétricas” o de atención durante el embarazo, pero restringiendo sus posibilidades de atención en los partos.

Es evidente que la interculturalidad<sup>99</sup> no se practica entre modelos médicos. El modelo médico hegemónico impone, el modelo alternativo subordinado obedece. No hay respeto, no hay comprensión. No se concerta.

Además, es un claro ejemplo de discriminación oculta puesto que, como comenta Escalante (2009:29), difícilmente es denunciada y contribuye a normalizar y acumular sus efectos perjudiciales en la sociedad. La falta de participación política de los grupos minorizados, al no manifestar sus intereses y particularidades, generan aún más su marginación o desaparición.

Desde el enfoque relacional, según Menéndez (2002:14, 42), el personal del hospital y las parteras tienen una relación asimétrica en la cual ellos están inmersos, condicionados por una estructura social. Los médicos imponen y las parteras obedecen. Así está establecido desde la estructura de los servicios de salud.

---

99 Según la definición de interculturalidad que se encuentra en el glosario del Manual de Organización Específico de la DGPLADES: “Es una relación de diálogo, entre grupos culturales diferentes y que comparten un entorno común, de respeto y comprensión de la forma de interpretar la realidad y el mundo, en un proceso de comunicación, educación y formación, donde las partes se escuchan, donde las partes se dicen y cada una toma lo que puede ser tomado de la otra, o sencillamente respeta sus particularidades e individualidades. no se trata de imponer, de avasallar, sino de concertar”

No cabe duda que en estas prácticas entre modelos médicos se ejerce un poder simbólico que, como dice Bourdieu (2001:88), se encuentra en las prácticas contemporáneas de nuestras sociedades. El sistema simbólico, en este caso, cumple su función de imposición de legitimación de la dominación que contribuye a la “domesticación de los dominados”, según la expresión de Weber (ibídem: 94).

“El hecho de que la dominación racial-relacional haya sido parte clave de la construcción de la identidad nacional, y a veces hasta posicionada como patrimonio nacional, evidencia el problema” (Viaña *et al.*, 2010:77).

### **Interpretación de significados de los actores: ideologías, saberes y prácticas de los actores**

En este apartado enfocaré el análisis a las ideologías, saberes y prácticas en la atención del embarazo y parto en el cual interactúan pacientes, parteras y personal del sector salud oficial.

El afán de esta parte es, en última instancia, poder construir el significado de lo comprendido, lo vivido y, lo deseado o no, por parte de los actores que intervienen en el proceso de medicina intercultural.

Empiezo comentando sobre las pacientes. La mayoría de las señoras entrevistadas se atienden o se han atendido el embarazo con parteras y en la clínica del IMSS de Huazuntlán, mientras que el parto en un hospital, ya sea el de Tonalapan o el de Jáltipan.

Para recordar lo anterior, menciono cuatro casos:

La señora Margarita se atendió el embarazo tanto en la clínica como con la partera. Si bien fue con la partera a *tallarse*, asistía a la clínica para que le revisaran mensualmente y le dieran el pase al hospital para el momento del parto. El parto fue normal no hubo necesidad de cesárea y lo tuvo en el Hospital de Tonalapan.

En el caso de la señora Yazmín durante el embarazo fue atendida por la partera Alicia, pero el parto lo tuvo en el hospital.

La señora María también opta por integrar dos modelos médicos. El control mensual de embarazo lo lleva en la clínica de Huazuntlán, cuando falta un mes para el parto la canalizan al Hospital de Tonalapan donde tiene que acudir cada semana. Pero también se atiende con su partera.

La señora Paulina ha tenido la experiencia de atender sus partos en casa y en hospital. Aunque mencionó que por comodidad y costo le parece mejor atenderse en casa. No obstante, reconoce que una ventaja que tiene el hospital es que cuentan con el aparato para realizar ultrasonido y practican las cesáreas.

En el discurso de las parteras, los médicos y las pacientes se encuentra la idea sobre la importancia de atención del parto en el hospital, dicen: “para prevenir la muerte materna” o porque “es más seguro” o “menos riesgoso”.

Si bien las parteras no lo sienten así, por no haber tenido ninguna muerte materno infantil en su práctica profesional, lo expresan como discurso oficial. Ellas ya no atienden los partos en casa, obedecen a los médicos del sector salud.

Vale la pena recordar a Ortega-Canto (2010:496-7) cuando menciona que la institución biomédica ocupa un lugar preponderante, dada la infraestructura y el respaldo político ideológico con el que cuenta. Los hombres y las mujeres reconocen los beneficios que ofrece la atención biomédica en cuanto al abatimiento de la muerte materno infantil asociándola claramente a la capacidad tecnológica de la que carecen las parteras. No obstante este reconocimiento es posible asociarlo a la cercanía con la vida urbana, la migración, el nivel de escolaridad, etcétera. Son en conjunto elementos que sumados a los medios de difusión masivos van imponiendo patrones de conducta ligados al uso de tecnología, medicamentos, espacios hospitalarios, entre otros.

Con lo relatado en los renglones anteriores, se puede corroborar cómo a través de la función normativa de la ideología, que guía el comportamiento político de un individuo, lo impulsa a adoptar posiciones y le brinda patrones de orientación para su conducta, se ha logrado "organizar una multitud de creencias sociales acerca de lo que sucede, bueno o malo, correcto e incorrecto, según ellos y actuar en consecuencia" (Van Dijk, 1999 en Lazo, 2002:47). De esta manera se ha logrado influir en las pacientes de tal suerte que están convencidas que lo bueno y correcto es atender los partos en el hospital por ser el lugar seguro y donde no ocurren muertes maternas; mientras que lo malo e incorrecto sería hacerlo con parteras, a pesar de ser un parto sin complicaciones y lo cual era acorde a sus creencias culturales.

Referente a la práctica de atención a las embarazadas entre los modelos médicos hegemónico (servicios de salud institucionales) y subordinado (parteras tradicionales)

se puede distinguir el primer nivel de procesos transaccionales, a los que se refiere Menéndez (2005), ya que el modelo hegemónico “permite” la atención de las parteras durante el periodo de embarazo; y las parteras, a su vez “envían” a sus pacientes a atenderse en la clínica durante el embarazo para que obtengan “el pase” al hospital donde les atenderán el parto. Así pues es posible distinguir cierto tipo de articulación entre diferentes formas de atención.

Por otro lado, identifiqué el segundo nivel de los procesos transaccionales (Menéndez, 2005), prácticamente en todos los casos de las pacientes entrevistadas, el cual se refiere a la integración de dos o más formas de atención por los sujetos. Me refiero a la elección por parte de las pacientes embarazadas a atenderse tanto por parteras tradicionales como en las clínicas y hospitales del sector salud oficial. La única persona que no optó por por dos formas de atención fue Carmen, quien es originaria de Durango y avecindada en Huazuntlán; ella utilizó solamente el servicio médico hospitalario para su atención.

A pesar de la influencia del modelo médico hegemónico -ejerciendo el poder- sobre las creencias, valores, actitudes y emociones de las personas de la comunidad de Huazuntlán, aún se evidencia la cultura originaria cuando las señoras embarazadas, incluso las más jóvenes, no dejan de buscar, aunque sea durante el embarazo, la atención de la partera tradicional. Como diría Ruth Benedict “los ata su cultura, las ideas y las normas que tienen entre sí”.

En estas prácticas de atención de embarazo y parto no se puede distinguir un proceso de hibridación, como lo expone García-Canclini (2001:14), debido a las formas en que se ha ido moldeando la cultura y se ha penetrado en las ideologías y creencias de la comunidad, incluidas las parteras. Las estructuras o prácticas no se combinan para generar nuevas estructuras, objetos y prácticas. Se puede reconocer un proceso de imposición y desplazamiento de las prácticas tradicionales, que desaparecerán en cuanto dejen de existir las parteras tradicionales que aún viven.

Finalmente es importante recordar la opinión del médico entrevistado acerca de la preferencia de las mujeres de atenderse el parto en el hospital y no con parteras:

“culturalmente van evolucionando y van capacitándose y van viendo cuál es su mejor opción” y sus expresiones al referirse en diminutivo a los padecimientos de los pacientes indígenas: “dolorcito de cabeza”, “flujito”. Estas expresiones son muy significativas de la ideología del MMH. Excluyen los procesos históricos y los condicionantes socioeconómicas, culturales e ideológicos respecto de la causalidad y desarrollo de los padecimientos. La dimensión ideológico/cultural es considerada negativa en un doble sentido; por una parte porque favorece el rechazo de determinados sectores subalternos hacia la biomedicina dadas las concepciones dominantes en dichos grupos sociales, cuya cultura operaría como una “barrera” a la expansión biomédica; y por otra parte, al pensar la dimensión ideológica/ cultural como exclusiva de los conjuntos sociales, y la cientificidad como propia de la biomedicina, por lo cual aparecen para los médicos alópatas como saberes incompatibles (Menéndez, 2005b:12).

Además, es posible vislumbrar la segunda modalidad del discurso racista al que se refiere Van Dijk (2007a), sobre los Otros étnicamente diferentes. En este modo los miembros del grupo dominante interactúan verbalmente con los miembros de los grupos dominados y pueden hacerlo de forma descubierta utilizando expresiones ofensivas, derogatorias, insultos, groserías u otras formas de discurso que explícitamente expresan y promulgan la superioridad y falta de respeto .

Debido a que estas formas descaradas de discriminación verbal son generalmente consideradas 'políticamente incorrectas', la mayoría de los discursos racistas dirigidos a los miembros del grupo étnico dominado tienden a convertirse en sutiles e indirectos (ídem).

Para continuar hago mención de los diferentes costos para la atención del parto en el hospital y otros gastos que enfrentan las mujeres embarazadas. Por lo referido a las parteras y pacientes entrevistadas, aclaro, los partos pueden ser atendidos en el hospital del IMSS en Jáltipan que queda a una hora aproximadamente de Huazuntlán, en vehículo particular. O bien en el Hospital de Tonalapan que es de la Secretaría de Salud. Todas las pacientes entrevistadas están afiliadas al Seguro Popular, por lo que deberían ser atendidas en el Hospital de Tonalapan y no tendrían

que pagar por hospitalización, atención médica, ni medicamentos. No obstante me enteré de lo que escribo a continuación:

Margarita y su esposo Manuel están afiliados al Seguro Popular lo cual cubrió los gastos de hospitalización; sin embargo tuvieron que comprar los medicamentos. El gasto ascendió a dos mil pesos, aproximadamente.

El caso de Carmen fue diferente, la querían mandar a Jáltipan. Sin embargo, les dijo que ella no tenía recurso para trasladarse y la atendieron en Tonalapan. Incluso, el Seguro Popular cubrió todos los gastos. No pagaron nada. Cabe señalar que Carmen no es indígena y nació en Durango.

El bebé de Yazmín nació por cesárea en el Hospital de Tonalapan y, aunque tenía Seguro Popular, le cobraron los medicamentos. La estancia en el hospital de tres días no se la cobraron.

La señora María tuvo su primer hijo en el Hospital de Tonalapan hace cinco años y fue parto normal. Por la estancia en el hospital no le cobraron aunque sí le mandaron comprar los medicamentos.

A las parteras les pagan por todas las *sobadas* o *talladas* durante el embarazo, un promedio de \$350.00. En el Hospital de Tonalapan cobran \$1300.00 por cesárea.

En el Hospital de Jáltipan no cobran por los servicios, medicamentos ni hospitalización. Pero las personas de Huazuntlán deben pagar el transporte y los gastos del acompañante.

De lo anterior interpreto:

- A la única persona que atendieron en el Hospital de Tonalapan y sin pagar fue a Carmen. Lo cual puede ser por lo siguiente: La señora Carmen exigió su derecho a una atención médica con gastos cubiertos al estar afiliada al Seguro Popular; y/o el hospital ofreció la atención a Carmen como debería ser con todos sus pacientes, posiblemente porque ella no es indígena o nativa de la región.
- Si se retoma la definición de protección social en salud de la OMS, que dice:



*“ la garantía que la sociedad otorga, por medio de los poderes públicos, para que un individuo o un grupo de individuos, pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud al obtener acceso adecuado a los servicios del sistema o de alguno de los subsistemas de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago constituya un factor restrictivo”.*

Es claro que el Seguro Popular en el Hospital de Tonalapan no está cumpliendo con la protección a la salud de los indígenas como lo marca el artículo 4o constitucional y la Ley General de Salud, entre otras normativas. No cuenta con medicamentos y material de curación necesario para los partos o cesáreas. No tiene personal suficiente para la atención de los mismos. Todo apunta que el IMSS-Oportunidades, ahora llamado IMSS- Prospera, sí les garantiza la atención en el Hospital de Jáltipan, aunque los transportes tienen que costearlos los pacientes.

El Seguro Popular, comparto con Berrío (2013: 345), ha sido implantado de manera muy rápida, ampliando el número de afiliados de un modo considerable cada año. No es un sistema de seguridad social como se ha planteado, ni garantiza el derecho a la salud. En Huazuntlán, al igual que en el caso de la Costa Chica, Guerrero, en relación a la atención del embarazo y parto, el gasto de bolsillo no se ha eliminado y acceder a la atención y a la resolución de la emergencia obstétrica cuando ella se presenta, tiene costos importantes para la mujer y sus familiares.

Otro punto de interacción entre los actores y de la cual recibí información fue acerca de la práctica cotidiana por parte del sector salud en los hospitales de Tonalapan y de Jáltipan de colocar sin consentimiento informado de la mujer y/o la pareja el dispositivo intrauterino (DIU) a las mujeres que acaban de parir. Incluso de interferir en las decisiones de la pareja de sus formas convenidas de planificación familiar.

Con lo anterior se pone en evidencia que (1) el derecho “a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad”, estipulado en el artículo 4º constitucional ha sido violentado, toda vez que algunas mujeres manifestaron que se les colocó el DIU sin ser informadas; o bien, al interferir en la intimidad y dignidad de la pareja que tienen sus formas convenidas de planificación familiar; (2) esta práctica podría interpretarse,

además, como el llamado racismo cotidiano (o supuesto infraracismo), que puede ser resultado de una política histórica y sistemática, que a fuerza de aplicarse y mantenerse por un tiempo prolongado se vuelve invisible, intersticial, natural y normal (Escalante, 2009); (4) se ejerce violencia obstétrica y violencia institucional contra las mujeres, la cual está tipificada como delito. Y, (4), la medicina intercultural, no se manifiesta satisfactoriamente toda vez que, parafraseando a Roberto Campos (2004:129), la práctica y proceso relacional que se establece entre el personal de salud y las señoras pacientes, no se da en recíproco entendimiento para que los resultados del contacto, en este caso la intervención, sea satisfactorio para las dos partes.

En relación a los párrafos de arriba quiero recalcar que algunas parteras, desde hace años, trabajan como promotoras de planificación familiar y de salud sexual y reproductiva en el *Seguro Social* o en la *Secretaría de Salud*. Por lo platicado, el sector salud utiliza a las parteras para convencer a la población y así tener el control de las mujeres para los fines de la Institución.

Utilizar a las parteras para anticipar a las mujeres embarazadas y sus parejas que la colocación del DIU después del parto será la forma de planificación familiar, es una forma de violencia simbólica. Las parteras trabajan para la institución (*IMSS* o *Secretaría de Salud*), por la necesidad de la remuneración, y sin ser conscientes de la labor que realizan son utilizadas como instrumentos de legitimación que contribuye a asegurar la dominación de una clase sobre otra, dando lugar a una violencia simbólica, aportando el esfuerzo de su propia fuerza a las relaciones de fuerza que las fundan (Bourdieu, 2001:94).

En concordancia con Freyermuth (2003:391), pienso que es indispensable ofrecer un trato digno y respetuoso a las pacientes por parte del personal de salud que incluya el consentimiento informado de todos los procedimientos médicos a los que se deba someter.

## VI. ¿QUIÉN DIJO QUE TODO ESTÁ PERDIDO?...REFLEXIONES FINALES

*Ojalá podamos ser desobedientes,  
cada vez que recibimos órdenes  
que humillan nuestra conciencia o  
violan nuestro sentido común.*

*Eduardo Galeano*

En este capítulo presento una valoración de los logros obtenidos y las limitaciones, para lo cual he reflexionado sobre el diseño de la investigación y los obstáculos a los que me enfrenté. En un segundo momento expongo algunas propuestas como posibilidad para futuras investigaciones.

Para dar razón de ser a este proceso de indagación enuncié cinco preguntas de investigación y para poder dar respuesta a ellas redacté cuatro objetivos específicos a fin de llegar al objetivo general que dice: “Identificar las formas en que las políticas de salud intercultural, su implementación y las prácticas de interculturalidad, en el Hospital Comunitario de Tonalapan, promueven u obstaculizan la realización del derecho a la salud de los pueblos indígenas.”.

Las dos primeras preguntas que giran en torno al derecho internacional que enmarca la salud de los pueblos indígenas y las características de las políticas sobre salud intercultural en México, dieron lugar a los objetivos específicos uno y dos, los cuales fueron alcanzados y lo demuestro en el siguiente subapartado:

### **VI.1 Políticas públicas de salud intercultural en México**

La políticas en salud con enfoque intercultural en México tiene un paraguas legal conformado por tratados internacionales y regionales (de las Américas) en materia de derechos humanos, en general, y derechos económicos, sociales y culturales, en específico. Por supuesto, se nutre de las convenciones para eliminar todas las formas de discriminación racial y , por el objeto de estudio de este trabajo, también se fundamenta en la *Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas* y el *Convenio 169 de la OIT*, el cual recopila los derechos de los pueblos indígenas, ya que en nuestro país al hacer referencia a la salud intercultural

se encauza, sobre todo, en dos sentidos: (1) hacia la relación que se da entre modelos médicos hegemónico (alópata) y subordinado (tradicional indígena); y, (2) hacia la relación entre médicos del sector salud y pacientes indígenas.

También se rige por el contenido de la *Declaración del Milenio* que permite reforzar las obligaciones de los Estados de garantizar algunos de los derechos económicos, sociales y culturales, Los Estados signatarios se comprometieron, a más tardar en el 2015, alcanzar los llamados Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Especialmente la salud intercultural en Latinoamérica se fundamenta en la *Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas*, SAPIA que exhorta a los Estados Miembros a ser persistentes en los esfuerzos para detectar, vigilar y eliminar las inequidades en el estado de salud y en el acceso a los servicios sanitarios básicos de los pueblos indígenas.

Cabe mencionar que en ningún documento consultado del ámbito internacional se menciona “salud intercultural” o la palabra “interculturalidad”. Únicamente en ámbito regional en la Iniciativa SAPIA. Infiero que si hubiera un pleno ejercicio de los derechos humanos y, por tanto, respeto a sus principios fundamentales de no discriminación e igualdad, no habría necesidad de normar especificaciones para la relación entre modelos médicos o seres humanos, quienes otorgan y/o reciben un servicio de atención a la salud que es un derecho humano.

Para lograr los principios de no discriminación e igualdad, los Estados tienen la obligación de implementar medidas “con el fin de corregir los efectos a largo plazo de una discriminación ejercida en épocas anteriores”. Así que se podría suponer que el las políticas sobre interculturalidad en salud o atención en salud a los pueblos indígenas es la forma en que el Estado mexicano procura respetar este acuerdo internacional; no obstante, es cuestionable la forma de abordaje de la normativa.

La política de Estado para “atender” el derecho humano a la salud de los pueblos indígenas, en su mayoría población en condiciones de pobreza, ha sido a través de programas sociales con el “componente salud”, los cuales son paternalistas y asistencialistas; no reconocen la salud como bien público, ni garantizan el derecho a

la salud. En este caso las medidas adoptadas por el Estado no han logrado cambios sustanciales en la reducción de la pobreza o el desarrollo humano que son objetivos primordiales de los programas sociales; tampoco impulsan algún cambio estructural que vaya rompiendo con la, cada vez más polarizada, desigualdad social.

En la normatividad federal y estatal respecto al derecho a la salud de los pueblos indígenas o salud intercultural, es evidente que, como dice Saldívar (2012:72), la perspectiva institucional de la interculturalidad es el resultado de un proceso de reciente valorización de las diferencias culturales por parte de la cultura dominante. Esta perspectiva de interculturalidad se arraiga en el reconocimiento de la diversidad y diferencia culturales, con metas a la inclusión de la misma al interior de la estructura social establecida. Desde esta perspectiva, la interculturalidad es “funcional” al sistema existente, si bien busca promover el diálogo, la convivencia y la tolerancia, no toca las causas de la asimetría y desigualdad sociales y culturales (Viaña *et al.*, 2010:77).

Los discursos racistas y multiculturalistas están presentes en la legislación nacional que se aprueba para garantizar los derechos humanos. Generalmente se piensa que las leyes son justas y libres de discriminación; sin embargo, éstas son elaboradas por los grupos dominantes quienes tienen interiorizado su poder que lo expresan en perjuicio de los grupos discriminados.

Los discursos de la gente que tiene poder ( Van Dijk, 1994), como los hacedores de políticas públicas, son los que tienen acceso a la manipulación y al uso de estructuras discursivas de dominación, de desigualdad y de limitaciones de la libertad.

La discriminación racial en la legislación mexicana sobre el derecho a la salud de los pueblos indígenas está presente, toda vez que las políticas públicas se diseñan e instrumentan desde las propias instancias gubernamentales a quienes no les interesa cambiar el *status quo*.

Los derechos de los pueblos indígenas, están diseñados desde una política multiculturalista, ya que consideran el derecho a la diversidad cultural, enfatizando

los valores, costumbres y tradiciones, pero sin respetar los derechos políticos o territoriales estipulados en el derecho internacional. No hay cambios reales del grupo dominante.

Las prácticas discriminatorias no son cosa del pasado. El racismo está presente en las prácticas verbales y no verbales. Las leyes, políticas y mensajes perjudican a los grupos racializados (Van Dijk, 2007a), en este caso a los pueblos indígenas.

Los principios de la Iniciativa SAPIA (necesidad de un enfoque integral de la salud; derecho a la autodeterminación; respeto y revitalización de las culturas indígenas; reciprocidad en las relaciones; derecho a la participación sistemática) son ignorados o interpretados de tal forma que la clase dominante preserve el poder sobre los grupos subordinados.

En última instancia, como dijo Marx, el Estado en la sociedad capitalista sirve ampliamente a los intereses de la clase capitalista (Gold, Clarence y Wright, 1999:23).

Pasando a la tercera pregunta de investigación, y para dar respuesta, enseguida expongo el resultado del objetivo específico 3:

### **VI.2 Implementación de políticas de salud con enfoque intercultural en el Hospital de Tonalapan**

- El Hospital de Tonalapan a la fecha no cuenta con programas o acciones con enfoque intercultural por la carencia de recursos, financiero y humano, así como por la falta de instrucción por parte de la Secretaría de Salud. Por tanto la legislación no se cumple.
- La línea de acción 2.3.5 de la estrategia 2.3 del objetivo 2 del Programa Sectorial de Salud 2013-2018 no se está llevando a cabo en el Hospital de Tonalapan. Dicha línea se refiere a: "Fomentar una perspectiva intercultural [...] en el diseño y operación de programas y acciones de salud.

- A la fecha no se aplica ninguno de los artículos correspondientes a salud, contenidos en el capítulo I de la Ley de Derechos y Culturas Indígenas para el estado de Veracruz de Ignacio de la Llave.
- La *Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural* de la DGPLADES no ha realizado, en el Hospital de Tonalapan, la función que le compete de “Definir, promover e implantar modelos y servicios de salud innovadores con calidad y sensibilidad cultural en el Sistema Nacional de Salud, mediante la definición de competencias específicas en el personal directivo, operativo y en formación, [...] con el propósito de fortalecer la oferta y eficacia de los servicios y la eliminación de barreras culturales. ”, estipulado en Manual de Organización Específico de la Dirección General de Planeación y Desarrollo de la Secretaría de Salud.
- La *Subdirección de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas* de la DGPLADES tampoco ha llevado a cabo en el Hospital de Tonalapan su objetivo que estipula el Manual de funciones correspondiente, que dice: “Contribuir a la rectoría de la Secretaria de Salud con la oferta de modelos, estrategias y servicios culturalmente competentes, incorporando elementos interculturales en los programas y servicios con pleno respeto al marco jurídico respecto a los derechos de los pueblos indígenas, para fortalecer mecanismos que mejoren el impacto de los programas dirigidos a esta población”.
- La *Subdirección de Interculturalidad en Servicios de Salud*, no cumple con su objetivo, indicado en el Manual de Organización Específico de la DGPLADES, que dice: “Diseñar, desarrollar e implantar en coordinación con otras unidades administrativas y dependencias del Sistema Nacional de Salud modelos, lineamientos y procedimientos que permitan fortalecer y desarrollar políticas interculturales de respeto a la diversidad y derechos humanos de las personas, a través del establecimiento de servicios de salud con sensibilidad cultural y competencias interculturales en el personal [...]”.

- Detecto prácticas racistas al implementar políticas culturalistas como es el diseño de señalética en lenguas originarias, las cuales no implican cambios de fondo a las prácticas dominantes.
- El Hospital de Tonalapan impartió cursos de capacitación a parteras tradicionales indígenas durante dos años, y les ha prohibido desde entonces la atención del parto. Por tanto:
  - La Secretaría de Salud, violenta el artículo 5º de la Constitución, al impedir a las parteras el ejercicio libre de su profesión que es lícita, aun cumpliendo con ciertas normas establecidas por la misma institución. Como en el caso de las parteras que acudieron a capacitación en el Hospital de Tonalapan, a pesar de haber concluido el curso y obtenido un diploma, no se les autoriza ejercer la atención de parto ni puerperio, propósito fundamental del ejercicio de su profesión.
  - Se evidencia la discriminación racial por parte de la Institución al restringir a las parteras tradicionales el ejercicio de su derecho al trabajo reconocido en instrumentos internacionales aplicable a México.
  - La Secretaría de salud ejerce violencia contra la mujer toda vez que al prohibir su ejercicio libre de la profesión les causa daño económico y posiblemente psicológico. Así como violencia institucional al obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres como es el derecho al trabajo.
  - Se evidencian resabios colonialistas en el sector salud institucional que tiene el control de la autoridad política, de los recursos de producción y de trabajo del grupo dominado, es decir de las parteras tradicionales indígenas.

La pregunta cuatro que dice ¿Cómo se relacionan los modelos médicos hegemónico y alternativo subordinado en el Hospital Comunitario de Tonalapan?, y su respectivo objetivo específico, se alcanzó tal como lo redactó a continuación:



### VI.3 Modelos médicos hegemónico y subordinado: complementación, contradicción y conflicto

Si se toma en cuenta la relación entre modelos médicos hegemónico y subordinado, representados por personal del hospital y parteras tradicionales, respectivamente, reconozco:

- Desde el enfoque relacional, según Menéndez (2002:14, 42), el personal del hospital y las parteras tradicionales indígenas tienen una relación asimétrica en la cual se encuentran inmersos, condicionados por una estructura social. Los médicos representantes de la cultura dominante imponen; mientras que las parteras personifican al grupo subordinado: obedecen; se ejerce un poder simbólico. Así está establecido desde la estructura de los servicios de salud; la interculturalidad, en cualquiera de sus definiciones no se practica entre modelos médicos.
- Las políticas interculturales como política de Estado incorporan a los pueblos indígenas para mantenerlos subordinados. Considero que las políticas públicas con enfoque intercultural que ha implementado el Estado son políticas integracionistas, a las que puedo llamar *neoindigenistas*.
- Discriminación oculta ejercida por parte del modelo hegemónico hacia el modelo subordinado. Este tipo de discriminación, difícilmente es denunciada y contribuye a normalizar y acumular sus efectos perjudiciales en la sociedad. La falta de participación política de los grupos minorizados, al no manifestar sus intereses y particularidades, contribuyen a su propia exclusión.
- El primer nivel de procesos transaccionales, a los que se refiere Menéndez (2005), toda vez que los médicos alópatas “permiten” la atención de las parteras durante el periodo de embarazo; y las parteras, a su vez “envían” a sus pacientes al hospital para la atención del parto y puerperio. Así pues es posible distinguir cierto tipo de articulación entre diferentes formas de atención.

- No se puede distinguir un proceso de hibridación, como lo expone García-Canclini (2001:14). Se puede reconocer un proceso de imposición y desplazamiento de las prácticas tradicionales de partería, que desaparecerán en cuanto las parteras tradicionales que aún viven dejen de existir.
- *A pesar de las formas, adecuadas o no, se da una complementación entre modelos para la atención de las mujeres embarazadas.*
- *Contradicción* en el principio de interculturalidad estipulado por la Dirección de la Secretaría de Salud encargada del desarrollo intercultural en los servicios de salud<sup>100</sup>. En la práctica, el sistema médico hegemónico no respeta particularidades e individualidades del modelo subordinado, sino que impone, avasalla y no concierne.
- La presencia de *conflicto* debido al descontento de las parteras al impedirseles el ejercicio de su profesión. Acatan las órdenes, aunque no estén de acuerdo.

Como dice Carlos Zolla:

*“...la coexistencia de los saberes en un tiempo y espacio determinados no es condición suficiente para el diálogo entre esos saberes ni para deducir de aquélla procesos de interculturalidad ni, mucho menos, interculturalidades armónicas. En otras palabras, creo en la existencia posible y verificable de interculturalidades asimétricas, donde se expresan relaciones de poder diferenciadas entre las medicinas que se interrelacionan, que introducen o perpetúan desigualdades y no sólo diferencias” (2011:203).*

Alcanzando el objetivo específico cinco, a continuación presento las conclusiones correspondientes:

---

<sup>100</sup> Interculturalidad: “Es una relación de diálogo, entre grupos culturales diferentes y que comparten un entorno común, de respeto y comprensión de la forma de interpretar la realidad y el mundo, en un proceso de comunicación, educación y formación, donde las partes se escuchan, donde las partes se dicen y cada una toma lo que puede ser tomado de la otra, o sencillamente respeta sus particularidades e individualidades. no se trata de imponer, de avasallar, sino de concertar”.

#### **VI.4 Medicina intercultural: ideologías, saberes y prácticas de los actores**

Respecto a la preferencia que en la actualidad tienen las pacientes de atenderse en el proceso de embarazo y parto, con dos modelos médicos, considero:

- Se puede apreciar casi en todos los casos, un segundo nivel de los procesos transaccionales (Menéndez, 2005), el cual se refiere a la integración de dos o más formas de atención en este caso queda demostrado por la elección de las pacientes embarazadas a atenderse tanto por parteras tradicionales como en las clínicas y hospitales del sector salud oficial.
- Si bien las prácticas de atención del embarazo y parto que se llevaban en forma separada, ya sea con parteras o en hospital, ahora se combinan. No es posible identificar un proceso de hibridación (García-Canclini, 2001:14), debido a que se están desplazando a las parteras de la atención del parto. En este camino, la partería terminará por desaparecer en cuanto mueran las parteras que aún viven.

Referente al discurso de las pacientes, médicos y las parteras, acerca de la atención del parto en el hospital, para “evitar la muerte materna” o porque “es más seguro” o debido a que hay “menos riesgo, percibo:

- La ideología comporta creencias sociales compartidas por un grupo, creencias que controlan y organizan el conocimiento y las opiniones (actitudes) específicas de un grupo. A través de la función normativa de la ideología, que guía el comportamiento político de un individuo, lo impulsa a adoptar posiciones y le brinda patrones de orientación para su conducta, se ha logrado "organizar una multitud de creencias sociales acerca de lo que sucede, bueno o malo, correcto e incorrecto, según ellos y actuar en consecuencia" (Van Dijk, 1999 en Lazo, 2002:47), de tal manera que los actores dicen convencidos que lo bueno y correcto es atenderse los partos en el hospital por ser el lugar seguro y donde no ocurren muertes maternas; mientras que lo malo e incorrecto sería hacerlo con parteras, aun cuando sea un parto sin

complicaciones y esa práctica era acorde a sus creencias culturales originarias.

- Es posible distinguir formas de “colonialismo interno” (Quijano, 2010:342): el personal del sector salud ejerce su poder racista opera sobre las parteras y pacientes con quienes interactúa.

Al saber que en el Hospital de Tonalapan para la atención del parto a personas que están afiliadas al Seguro Popular no les proporcionan los medicamentos o en caso de cesárea se les cobra aparte, puedo afirmar que en el Hospital de Tonalapan se violenta el derecho a la protección a la salud de los indígenas como lo marca el artículo 4o constitucional y la Ley General de Salud, entre otras normativas.

El cobro de cuotas de recuperación se ha convertido en un mecanismo de exclusión de la población muy pobre, y atenta contra el principio de gratuidad del sistema (Kompas, 2003:90).

Referente a la práctica cotidiana, por parte del personal de salud de los hospitales, de colocación del DIU a las mujeres después del parto sin su consentimiento, y la utilización de las parteras como promotoras, para “informar” a las parejas que se les colocará el DIU en el hospital, infiero:

- Se violan los tratados internacionales, así como el artículo 4o constitucional que estipulan el derecho “a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad”.
- El artículo 48 de la Ley de Derechos y Culturas Indígenas para el estado de Veracruz, que dice: “A las mujeres indígenas se les garantizará el derecho a decidir libre e informadamente sobre el número y espaciamiento de los hijos...”, no se respeta.
- Esta práctica podría interpretarse como racismo cotidiano (o supuesto infrarracismo), que puede ser resultado de una política histórica y sistemática

(Escalante, 2009:37), que a fuerza de aplicarse y mantenerse por un tiempo prolongado se vuelve invisible, intersticial, natural y normal; sobre todo si no se denuncia.

- Los prestadores de servicios de salud cometen el delito de violencia obstétrica contra las mujeres el cual, si fuera denunciado por las víctimas, ameritaría multa y cárcel para los agresores.
- La interculturalidad, no se manifiesta satisfactoriamente, ya que la práctica y el proceso relacional que se establece entre el personal de salud y las señoras pacientes, no se da en recíproco entendimiento para que los resultados del contacto, en este caso la intervención, sea satisfactorio para las dos partes (Campos, 2004:129).
- Las parteras son utilizadas como instrumentos de violencia simbólica (Bourdieu, 2001:94); de legitimación de la dominación que contribuye a asegurar la dominación de una clase sobre otra.

Para terminar, me parece indispensable recapitular que es obligación del Estado garantizar niveles esenciales del derecho a la salud, aun en periodos de limitaciones graves de recursos. Las violaciones al derecho a la salud ocurren cuando no se cumple alguna o varias de las condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad o calidad en los bienes o servicios públicos de salud. Algunas formas de violación al derecho a la salud se comete por discriminación o exclusión en el acceso a los servicios, negación o postergación de la atención, falta de insumos y equipo y disminución de la calidad de los servicios (Kompass, 2003:90).

Por tanto, después de los resultados, discusión y conclusiones, anteriormente expuestos, concluyo:

Las políticas de salud intercultural, su implementación y las prácticas de interculturalidad, en el Hospital Comunitario de Tonalapan, obstaculizan la realización del derecho a la salud de los pueblos indígenas.

### ***Contratiempos en el trayecto: limitantes***

¿Quién no tiene tropiezos o peripecias en los viajes? El itinerario de esta odisea no fue la excepción.

Por la falta de experiencia y formación en investigación documental y etnográfica, considero que podría haberse diseñado y desarrollado mejor la investigación.

La idea inicial del proyecto de investigación pretendía conocer las políticas interculturales en salud implementadas y las prácticas de atención por cualquier motivo de consulta, en el Hospital de Tonalapan; sin embargo, encontré únicamente la relación e interacción entre modelos médicos representados por el personal del Hospital y las parteras tradicionales, por tal motivo dirigí y acoté mi estudio a la atención de embarazo y parto. Fue interesante y me dio temas emergentes para mi trabajo. Sin embargo, de funcionar realmente como intercultural el Hospital de Tonalapan, podría haber ampliado mi campo de estudio a otros médicos tradicionales y a una gran diversidad étnica, etárea y genérica de pacientes. En ese caso, podría haberse utilizado la herramienta de grupos focales, por ejemplo.

Carecí de asesoría académica constante en el proceso, lo que seguramente se nota en el documento. La falta de retroalimentación en cada fase lleva a seguir el recorrido, sin percatarse quizá de otras rutas y paisajes. La ventaja que encontré al desplazarme sin guía fue la oportunidad de indagar, conocer más de lo que imaginé y decidir para continuar la travesía hasta donde mis recursos me lo permitieron.

Por otro lado, vale la pena comentar que, una gran limitante a la que me enfrenté para lograr realizar todas las entrevistas pensadas originalmente, es el clima de violencia e inseguridad que se vive concretamente en la región donde está el Hospital de Tonalapan. Los secuestros, extorsiones, y atentados son frecuentes. Por tal motivo fue imposible entrevistar a médicos ginecólogos, y personal de salud que había laborado en el Hospital en el periodo de capacitación a las parteras. El miedo que percibí me hizo tomar la decisión de no regresar, ni insistir en localizar informantes. También lo hice por seguridad propia, no quise ser vista con frecuencia

por esos lugares y menos tratando de localizar a personas víctimas de este tipo de violencia.

### ***Otras posibles rutas de viaje o exploración a fondo***

Como suele suceder, en los procesos investigativos, se tiene que poner un alto para cumplir con los términos académicos. Pero van surgiendo ideas que no fue posible explorar o que quedan en el baúl para otros momentos u otros investigadores.

Se podría hacer investigación para conocer:

- En cuanto a los informantes, sería pertinente entrevistar a todos aquellos que no pude hacerlo por la explicación de inseguridad y violencia que hice en el párrafo anterior. Incluso, realizar entrevistas a profundidad explorando nuevos temas emergentes.
- En referencia a las categorías de análisis, propongo: violencia, poder, medicalización, etcétera.
- Estudios comparativos entre comunidades de Veracruz u otros estados de la República Mexicana, incluso entre otros países.
- Políticas públicas desde el enfoque de los derechos humanos.
- El sentir de comunidades indígenas acerca de sus preferencias de atención en salud, incluido el idioma.
- Visión y formación sobre salud intercultural en las Universidades Interculturales del país.
- Proceso de medicalización en la atención de pacientes indígenas desde el modelo médico hegemónico.

## PRÓXIMA ESTACIÓN: UTOPIÍA

*La utopía está en el horizonte. Camino dos pasos,  
ella se aleja dos pasos y el horizonte se corre diez pasos más allá.*

*¿Entonces para qué sirve la utopía?*

*Para eso, sirve para caminar.*

*Eduardo Galeano*

La discriminación en cualquiera de sus expresiones no se erradica por decreto o con buenas intenciones. Mientras no haya un verdadero cambio estructural, los discursos racistas y multiculturalistas serán una contribución a la reproducción del racismo como una forma de dominación étnica o racial.

Es necesaria una verdadera participación ciudadana plural en todos los niveles de la administración pública. Resultan indispensables mecanismos democráticos de participación ciudadana que frenen la imposición de reglas de Estado que perpetúan la discriminación como clase dominante.

El camino a recorrer entraña la puesta en práctica, real y efectiva, de los derechos humanos reconocidos por el derecho internacional.

¿Y cómo se lleva a cabo todo esto en el momento histórico, social y económico en el que se encuentra el país? Entonces me acuerdo de aquella reflexión de Roberto Campos Navarro, en una ponencia en Xalapa: ¿Se puede o no se puede? ¡Claro que se puede...es sólo cuestión de voluntad política!

Mientras tanto, la única propuesta o recomendación que sugiero y que está a nuestro alcance, es que cada uno de quienes leamos este párrafo y con quienes se quiera compartir, seamos críticos y congruentes en cualquier ámbito de nuestra vida. Así, a través del currículum oculto y/o con muestras materiales, afectivas, y efectivas, transmitamos a todas las personas con las que interactuemos valores de respeto, igualdad, solidaridad, honestidad, empatía, etcétera. De cualquier manera, como mejor podamos y sepamos hacerlo, luchar diariamente por la justicia social.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguirre-Beltrán, G. (1986). *Antropología Médica*. México: CIESAS.
- Alarcón, A., Vidal, A., y Rozas, J. (2003). Salud intercultural: Elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista Médica Chile*, (131), pp. 1061-1065. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v131n9/art14.pdf>
- Alarcón, A.M., Astudillo, P., Barrios, S. y Rivas, E. (2004). Política de Salud Intercultural: Perspectiva de usuarios mapuches y equipos de salud en la IX región, Chile. *Revista Médica de Chile*, (132), pp. 1109-1114
- Almaguer, J.A., Vargas-Vite, V. y García-Ramírez, H.J. (coord.) (2014). *Interculturalidad en Salud. Experiencia y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud*. 3a ed. México: Secretaría de Salud.
- Álvarez-Cárdenas, S.L. (2014). *Salud intercultural como política social*. (Tesis inédita de maestría). – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Disponible en: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/16346/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20SONIA%20ALVAREZ%20CARDENAS.%202014.pdf>
- Álvarez-Roldán, A. (01 de marzo de 2012) . Teoría e historia antropológica. (Blog) Recuperado de: <http://teoriaehistoriaantropologica.blogspot.mx/search/label/configuracionismo>
- Antonin-Martin, M. (2009). *La mediación intercultural en el sistema de salud de Cataluña*. (Tesis inédita de doctorado). Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, España. Recuperado de: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8442/TESIS.pdf;jsessionid=FB3920667369ACE1EE13A9C4338A4AFB.tdx1?sequence=1>
- Beghennou, A. (2011). *La relation interculturelle à l'hôpital*. (Tesis inédita de licenciatura). Travail de fin d'étude conduisant au diplôme d'état d'infirmière. Institut de formation en soins infirmiers. Hôpital G. Marchant. Toulouse, Francia. Recuperado de: <http://www.infirmiers.com/pdf/tfe-aurore-beghennou.pdf>
- Benedict, R. (1939). *El hombre y la cultura, Investigación sobre los orígenes de la civilización contemporánea*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana
- Berrío, L.R. (2013). *Entre la normatividad comunitaria y las instituciones de salud". Procesos reproductivos y salud materna en mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero*. (Tesis inédita de Doctorado en Ciencias Antropológicas). UAM-Iztapalapa, México. D.F.

- Bohórquez, F. (2004). El diálogo como mediador de la relación médico - paciente. *Revista ieRed: Revista Electrónica de la Red de Investigación Educativa*, Julio-Diciembre, 1 (11-18. Recuperado de: <http://revista.iered.org>.
- Bourdieu, P. (1988). *Cosas dichas*. Barcelona: Gedisa
- Bourdieu, P. (1997). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama
- Bourdieu, P. (2001). *Poder, derecho y clases sociales*. Bilbao: Desclée de Brouwer
- Cahn, J. (2012). *Comunicación entre Personal Médico y Pacientes Indígenas un Estudio de la Medicina Intercultural en Huancarani, Cusco, Peru*. Independent Study Project (ISP) Collection. Recuperado de: [http://digitalcollections.sit.edu/isp\\_collection/1421](http://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/1421)
- Campos-Navarro, R., García-Vargas, F., Barrón, U., Salazar, M. y Cabral, J. (1997). La satisfacción del enfermo hospitalizado: empleo de hamacas en un hospital rural del sureste de México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 35 (4), pp. 265-272
- Campos-Navarro, R. (2003). *Hacia un diálogo intercultural en salud*. Yolpahtli S.C. Servicios de Salud con Calidad Intercultural en Pueblos Amerindios. México, D.F: Yolpahtli, S.C.
- Campos-Navarro, R. (2004). Experiencia sobre salud intercultural en América Latina. En: G. Fernández-Juárez (Ed.) *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas* (pp. 129-151). Quito, Ecuador: Ediciones Abya-Yala.
- Campos-Navarro, R. (2007, 25 y 26 de junio). *Las políticas públicas y la salud intercultural en el marco de los derechos humanos e indígenas en América Latina. Seminario-Taller "Pueblos Indígenas de América Latina: políticas y programas de salud, ¿cuánto y cómo se ha avanzado?"*. CEPAL, Santiago de Chile. Recuperado de <http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/8/29208/RCamposD.pdf>
- Castañeda, A. (2010). Derechos Humanos e Interculturalidad. En: Fernández-Juárez, G. (Ed.) *Salud, interculturalidad y derechos. Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen Vivir* (pp. 91-120). Quito, Ecuador: Ediciones Abya-Yala

- Castillo, A. (2011). *Salud Intercultural: El caso del Hospital de la comunidad de Tonalapan, municipio de Mecayapan, Veracruz*. (Tesis de licenciatura no publicada). Universidad Veracruzana Intercultural, Huazuntlán, Veracruz, México.
- Castro, R. (1996). En busca del significado: supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo. En: Szasz, I. y Lerner, S. *Para comprender la subjetividad: investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. (pp.57-85). El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano.
- Citarella, L., Zangari, A. y Campos-Navarro, R. (Ed.) (2010). *Yachay Tinkuy. Salud Intercultural en Bolivia y América Latina*. Bolivia: Prohisaba, Cooperación Italiana y Editorial Gente Común.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, CONEVAL (2011). *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social en México 2011*. . Recuperado de <http://web.coneval.gob.mx/Paginas/principal.aspx>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, CONEVAL (2014). *Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular*. CONEVAL Recuperado de: <http://www.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/Impacto/Acceso%20y%20Uso%20Efectivo.pdf>
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, CONAPRED (2010). Encuesta Nacional sobre Discriminación en México, Recuperado de: <http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Enadis-2010-RG-Accss-002.pdf>
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, CONAPRED (2012). *Documento informativo sobre Indígenas*. . Recuperado de: [http://www.conapred.org.mx/documentos\\_cedoc/Dossier%20INDIGENAS\\_INACCSS.pdf](http://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/Dossier%20INDIGENAS_INACCSS.pdf)
- De la Maza, M.L. (2005). Fundamentos de la filosofía hermenéutica: Heidegger y Gadamer. *Rev. Teología y Vida*. 46 (1-2), pp. 122 –38
- De Moura-Pontes, A.L. y Cortez-Gómez, R.G. (2012). Entrevista: Eduardo Luis Menéndez Spina. *Trabalho, Educação e Saúde*, 10(2) 335-345. Recuperado de: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462012000200009&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462012000200009&lng=pt&tlng=pt). 10.1590/S1981-77462012000200009.

Delanty, G y Strydom, P. (2003). *Selección de extractos del libro Philosophies of Social Science*. Inglaterra: Open University Press and McGraw-Hill Education. Traducido por Manuel González Ávila. Recuperado de: <http://myslide.es/documents/delanty-g-y-strydom-p.html>

Denzin, N. K. y Lincoln, Y. S. (2005). Introduction. The Discipline and Practice of Qualitative Research. En: N.K. Denzin e Y.S. Lincoln (Ed.) *The Sage Handbook of Qualitative Research* (pp. 1-7). Thousand Oaks, California: Sage Publications

Diario Oficial de la Federación 21 de mayo de 2003: Ley de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas

Diario Oficial de la Federación 16 de junio de 2010: Lineamientos y Criterios Generales para la Definición, Identificación y Medición de la Pobreza.

Diario Oficial de la Federación 18 de junio de 2010: Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas.

Diario Oficial de la Federación 10 de enero de 2011: Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

Diario Oficial de la Federación 9 de abril de 2012: Ley de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.

Diario Oficial de la Federación 20 de mayo de 2013: Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.

Diario Oficial de la Federación 12 de diciembre de 2013: Programa Sectorial de Salud 2013-2018.

Diario Oficial de la Federación 19 de marzo de 2014: Ley General de Salud.

Diario Oficial de la Federación 20 de marzo de 2014: Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.

Diario Oficial de la Federación 17 de diciembre de 2014: Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica

Diario Oficial de la Federación 15 de enero de 2015: Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia

Diario Oficial de la Federación 27 de enero de 2015: Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

- Duarte-Gómez, M.B., Brachet-Márquez, V., Campos-Navarro, R. y Nigenda, G. (2004) Políticas nacionales de salud y decisiones locales en México: el caso del Hospital Mixto de Cuetzalan, Puebla. *Salud Pública México*, 46(5), pp. 388-398. ISSN 0036-3634.
- Engels, F. (1981). *El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado*. Moscú: Editorial Progreso
- Escalante, Y. (2009). *Derechos de los pueblos indígenas y discriminación étnica o racial*. CONAPRED. Cuadernos de la igualdad, Núm. 11. México: Atril Excelencia Editorial
- Fernández-Buey, F. (2006). *Sobre multiculturalidad en estados plurinacionales*. Reelaboración de dos conferencias pronunciadas, respectivamente, en el Congreso anual de Filosofía de Coin (Málaga) y en La Paz (Bolivia). Càtedra UNESCO d'Estudis Interculturals. Universitat Pompeu Fabra. Recuperado de: [http://www.upf.edu/materials/polietica/\\_img/int7.pdf](http://www.upf.edu/materials/polietica/_img/int7.pdf)
- Fernández-Juárez, G. (Coord.) (2004). *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas*. Quito, Ecuador: Ediciones Abya-Yala
- Fernández-Juárez, G. (coord.) (2006). *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y Crítica Intercultural*. Quito, Ecuador: Ediciones Abya-Yala
- Fernández-Juárez, G. (Ed.) (2010). *Salud, interculturalidad y derechos. Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen Vivir*. Quito, Ecuador: Ediciones Abya-Yala
- Fernández-Juárez (Dir.), G., González-González I. y García Ortiz, P. (coords.) (2008). *La diversidad ante el espejo: salud, interculturalidad y contexto migratorio*. Quito, Ecuador: Ediciones Abya-Yala
- Freyermuth, G. (2003). *Las mujeres de humo. Morir en Chenalhó. Género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*. México: Porrúa
- Freyermuth, G. y Sesia, P. (2006). Del curanderismo a la influencia aviaria: viejas y nuevas perspectivas de la antropología médica. *Revista Desacatos*, (20), pp. 9-28. Recuperado de [www.ciesas.edu.mx/Desacatos/20%20Indexado/presentacion.pdf](http://www.ciesas.edu.mx/Desacatos/20%20Indexado/presentacion.pdf)

- Gaceta Oficial 7 de agosto de 2015: Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Veracruz-Llave
- García, J.C. (1981). La Medicina Estatal en América Latina/2", (1880-1930). *Revista Latinoamericana de Salud*. (2), pp. 103-115
- García-Canclini, N. (2001). Culturas híbridas. Estrategias para entrar y salir de la modernidad. Buenos Aires: Paidós
- García-Canclini, N. (2003). Noticias recientes sobre la hibridación. *Trans-Revista transcultural de música* (7), artículo 2. Recuperado de: <http://www.sibetrans.com/trans/p8/trans-7-2003>
- García-Canclini, N. (2004). *Diferentes, desiguales y desconectados. Mapas de la interculturalidad*. España: Gedisa.
- Goetz, J.P. & Lecompte, M.D. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo de investigación educativa*. Madrid: Morata
- Gold, D. A., Clarence, Y. H. y Wright, E.O. (1999) Recientes desarrollos en la teoría marxista del Estado capitalista. En: Sonntag, H.R. y Valecillos, H. (comps.), *El Estado en el capitalismo contemporáneo* (pp. 23-61). México: Siglo XXI
- Gómez Dantés O., Sesma, S., Becerril, V.M., Knaul, F.M., Arreola y H, Frenk, J. (2011) El sistema de salud en México. *Salud Publica Mex* 53 (supl. 2), pp. S220-S232.
- Hall, J. e Ikenberry, G. J. (1989). *El Estado*. México: Nueva Imagen
- Hanssen, I., y Alpers, L.M (2010). Interpreters in intercultural health care settings: Health professionals' and professional interpreters' cultural knowledge, and their reciprocal perception and collaboration. *Journal of Intercultural Communication*, (23). Recuperado de: <http://www.immi.se/intercultural/nr23/hanssen.htm>
- Hernández-Guerson, E. y López Granados, L. M. (1998). Una aproximación al análisis cualitativo. *Revista Enseñanza e Investigación en Psicología*. Universidad Veracruzana. Jul-dic. 3 (2), pp. 89-101
- Instituto Interamericano de Derechos Humanos, IIDH (2006). *Campaña educativa sobre derechos humanos y derechos indígenas, salud indígena y derechos humanos: manual de contenidos*. San José, Costa Rica: IIDH

- Instituto Nacional de Geografía y Estadística, INEGI (2010). *Censo de Población y vivienda 2010*. México, D.F.:INEGI
- Jæger, K. (2012). Adopting a Critical Intercultural Communication Approach to Understanding Health Professionals' Encounter with Ethnic Minority Patients. *Journal of Intercultural Communication*, (29), ISSN 1404-1634. Recuperado de <http://immi.se/intercultural/nr29/jaeger.html>
- Kompass, A. (coord.) (2003). *Diagnóstico sobre la Situación de los Derechos Humanos en México*. México: OACNUDH
- Korsbaek, L. y Sámano, M. (2007). El Indigenismo en México: Antecedentes y Actualidad. *Ra Ximhai Revista De Sociedad, Cultura Y Desarrollo Sustentable*, 3(1), pp. 195-224. Recuperado de [http://dialnet.unirioja.es/servlet/fichero\\_articulo?codigo=2278991yorden=0](http://dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=2278991yorden=0)
- Lacaze, D. (2002). Experiencias en medicina tradicional y salud intercultural en la Amazonía ecuatoriana. *Anales*, (5), pp. 163-194 ISSN 1101-4148
- Laurell, A.C. (2010). Revisando las políticas y discursos en salud en América Latina. *Medicina Social* 5 (1), pp. 79-88. Recuperado de <http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/403/816>
- Lazo, J. (2002). La ideología: de las representaciones sociales al poder simbólico. *Politeia*, 25 (29), pp. 39-62 ISSN 0303-9757 Recuperado de: [http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-97572002000200002&lng=es&nrm=iso](http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-97572002000200002&lng=es&nrm=iso)
- Maldonado-Ruiz, L. (2010). Interculturalidad y políticas públicas en el marco del Buen Vivir. En: Fernández-Juárez, G. (Ed.) *Salud, interculturalidad y derechos. Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen Vivir*. (pp. 80-89 ) Quito, Ecuador: Ediciones Abya-Yala
- Martínez-Miguélez, M. (2002). La Etnometodología y el Interaccionismo Simbólico. *Heterotropía*. 2 (21), pp.9-21
- Martínez-Miguélez, M. (2006). Validez y confiabilidad en la metodología cualitativa. *Paradigma*. 27 (20), pp. 7-33. Recuperado de: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1011-22512006000200002&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1011-22512006000200002&lng=es&nrm=iso). ISSN 1011-2251.

- Martínez-Ramírez, A. y Cruz-Pascual, C. (2010). *Recursos y estrategias para mejorar la comunicación entre usuarios hablantes de zoque-popoluca y personal de salud en el Hospital de Tonalapan, Mecayapan, Veracruz*. (Tesis de licenciatura no publicada). Universidad Veracruzana Intercultural, Huazuntlán, Veracruz, México.
- Mejía, J. (2004). Sobre la investigación cualitativa. Nuevos conceptos y campos de desarrollo. *Investigaciones Sociales*, 8 (13), pp. 1-23.
- Menéndez, E.L. (1982). La crisis del modelo médico y las alternativas autogestionarias en salud. *Cuadernos Médico Sociales*, julio, (21), pp. 2-13  
Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/239015425/mexico-menendez-crisis-modelo-medico-82#scribd>
- Menéndez, E.L. (1983). *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. México: CIESAS
- Menéndez, E.L. (1990). *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. Cuadernos de la Casa Chata. México: CIESAS
- Menéndez, E.L. (2002). *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona: Edicions Bellaterra
- Menéndez, E.L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência y Saúde Coletiva*. 8 (1), pp. 185-207
- Menéndez, E.L. (2005). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*, (14), pp. 33-69.
- Menéndez, E.L. (2005b). El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. *Salud colectiva*. Enero-abril, 1 (1), pp. 9-32.
- Menéndez, E.L. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Editorial Lugar: Buenos Aires
- Montiel, L. (2004). Derecho a la salud en México. Un análisis desde el debate teórico contemporáneo de la justicia sanitaria. *Revista Interamericano de Derechos Humanos*, Julio – Diciembre (40), pp. 291-313. Recuperado de: <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/iidh/cont/40/pr/pr15.pdf>
- Moreno-García, D. (2000). Antropología Médica. *Revista Salud Pública y Nutrición de laa U.A.N.L*, 1(4). Recuperado de <http://www.respyn.uanl.mx/4/ensayos/antropologia.html>



- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, OACNUDH. (1996). Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Folleto informativo No.16 (Rev. 1) Recuperado de: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet16Rev.1sp.pdf>
- Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos OACNUDH, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales México (FLACSO), Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A.C. y Gesoc, Agencia para el Desarrollo, A.C. (2010). *Políticas Públicas y Presupuestos con Perspectiva de Derechos Humanos. Manual operativo para servidoras y servidores públicos*. Recuperado de: [http://www.hchr.org.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=148:politicas-publicas-y-presupuestos-con-perspectiva-de-derechos-humanos-manual-operativo-para-servidoras-y-servidores-publicos-2010&catid=17&Itemid=278](http://www.hchr.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=148:politicas-publicas-y-presupuestos-con-perspectiva-de-derechos-humanos-manual-operativo-para-servidoras-y-servidores-publicos-2010&catid=17&Itemid=278)
- Olmos, C. y Silva, R. (2011). El desarrollo del Estado de bienestar en los países capitalistas avanzados: Un enfoque socio-histórico, *Revista Sociedad y Equidad*. (1), pp. 1-8. Doi: 10.5354/0718-9990.2011.10599
- Ordóñez Plaja, A., Cohen, L.M. y Samora, J. (1968). Communication Between Physicians and Patients in Outpatient Clinics: Social and Cultural Factors. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 46 (2) pp. 161-212.
- Organización Panamericana de la Salud, OPS. (1998, 4 al 8 de noviembre). *Hacia una Política Nacional Intercultural en Salud*. Memoria del Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas: Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. Saavedra IX Región Araucanía, Chile. Recuperado de [http://amro.who.int/Spanish/AD/THS/OS/indi\\_7esp.pdf](http://amro.who.int/Spanish/AD/THS/OS/indi_7esp.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud, OPS. (2007a). *Salud en las Américas*. Volumen I-Regional. Whashington, D.C.: OPS
- Organización Panamericana de la Salud, OPS. (2007b). *Salud en las Américas*. Volumen II-Países. Whashington, D.C.: OPS
- Organización Panamericana de la Salud, OPS y Organización Mundial de la Salud, OMS. (2008). *Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas*. Washington, D.C: OPS
- Ortega-Canto , J.E. (2010). *Género. Generaciones y transacciones. Reproducción y sexualidad en mayas de Yucatán*. México: El Colegio de Michoacán

- Ortiz, I. (2007). *Política Social. Estrategias Nacionales de Desarrollo. Guías de orientación de políticas públicas*. Nueva York: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Organización de Naciones Unidas (ONUDES)
- Osorio, R.M. (2008). Reseña de "La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo" de Eduardo L. Menéndez. *Región y Sociedad*, XX, (2), pp. 337-345
- Quijano, A. (2014). Colonialidad del poder y clasificación social. *Journal of World Systems Research*. Otoño Invierno, VI(2), pp.342-388.
- Rizo, M. (2005). La Intersubjetividad como Eje Conceptual para pensar la Relación entre Comunicación, Subjetividad y Ciudad. *Rev virtual Razón y Palabra*. Recuperado de: <http://www.razonypalabra.org.mx/anteriores/n47/mrizo.html#au>
- Rosen, G. (1986). ¿Qué es la medicina social?. En G. Rosen (Ed.) *De la policía médica a la medicina social* (pp.77-134). México: Siglo XXI editores.
- Salamanca, A.B. y Martín-Crespo Blanco, C. (2007). El muestreo en la investigación cualitativa. *Nure Investigación*. Marzo-Abril (27). Recuperado de: [http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/F\\_METODOLOGICA/FMetodologica\\_27.pdf](http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/FMetodologica_27.pdf)
- Salaverry, O. (2004). Interculturalidad en salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 27(1), pp. 80-93.
- Saldívar, E. (2012). Racismo en México: apuntes críticos sobre etnicidad y diferencias culturales. En Castellanos Guerrero, A. Y Landázuri Benitez, G. (Coord.) *Racismos y otras formas de intolerancia de Norte a Sur en América Latina*. (pp. 49-76). México: Universidad Autónoma Metropolitana
- Sámano, M. (2004). El indigenismo institucionalizado en México (1936-2000): Un análisis. En: J. Ordóñez Cifuentes (Ed.). *La Construcción Del Estado Nacional: Democracia, Justicia, Paz y Estado de Derecho*, (pp.141-158). México: Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM.
- Secretaría de Salud (2002). *La Medicina Tradicional Mexicana en el Contexto de la Antropología Médica en los Planes de estudio de Escuelas y Facultades de Medicina de México*. Recuperado de: <https://es.scribd.com/doc/47820102/med-tradicional-y-antrop-medica>

- Spinelli H. (2008, 2 de octubre) *La acción de gestionar y gobernar frente a las desigualdades, un nuevo punto en la agenda del pensamiento crítico en América Latina*. Ponencia presentada en el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES, Ciudad de México, 30 de septiembre-2 de octubre de 2008.
- Tetelboin, C. (1997). Problemas en la conceptualización de la práctica médica. *Estudios en Antropología Biológica*, (VIII), pp. 483-510.
- Tonon, G. (comp.) (2009). *Reflexiones latinoamericanas sobre investigación cualitativa*. Buenos Aires: Prometeo Libros-Unlam
- Valles, M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: síntesis sociológica
- Van Dijk, T. (1994). *Discurso, Poder y Cognición Social*. Cuadernos. No 2, Año 2. Maestría en Lingüística. Escuela de Ciencia del Lenguaje y Literaturas. Cali, Colombia: Universidad del Valle
- Van Dijk, T. (2007a). Discurso racista. En: Juan José Igartua y Carlos Múñiz (Eds.). *Medios de comunicación, inmigración y sociedad*. (pp. 9-16). España: Ediciones Universidad de Salamanca.
- Van Dijk, T. (2007b). Racismo y discurso en América Latina: una introducción. En Van Dijk, T. (Coord.) *Discurso y racismo en América Latina*. (pp. 21-34). España: Gedisa
- Vela, F. (2001). Un acto metodológico básico de la investigación social: la entrevista cualitativa. En: Tarrés , M.L. (coord). *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*,. (pp. 63-91). México: El Colegio de México
- Velandia , F., Ardón, N., y Jara, M.I.. (2007). Satisfacción y calidad: análisis de la equivalencia o no de los términos. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 6(13), pp. 139-168. Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-70272007000200008&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272007000200008&lng=en&tlng=es).
- Viaña, J, (2008). Reconceptualizando la interculturalidad. En: Mora, D. y De Alarcón, S. *Investigar y Transformar. Reflexiones sociocríticas para pensar la educación*. (pp. 293-343) La Paz: Instituto Internacional de Integración.
- Viaña, J., Tapia, L. y Walsh, C.(2010). *Construyendo Interculturalidad Crítica*. La Paz: Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello

Walsh, C. (1998). La interculturalidad y la educación básica ecuatoriana: propuestas para la reforma educativa. *Procesos: revista ecuatoriana de historia*, (12), pp. 119-128

Zolla, C. (2011). Del IMSS-COPLAMAR a la experiencia del Hospital Mixto de Cuetzalan Diálogos, asimetrías e interculturalidad médica. En: A. Argueta, E. Corona-M y Paul Hersch (coord.). *Saberes colectivos y diálogo de saberes en México*. Cuernavaca: UNAM, CRIM; Puebla, Universidad Iberoamericana (pp.201-231). Recuperado de: [http://www.crim.unam.mx/drupal/crimArchivos/Colec\\_Dig/2011/Arturo\\_Argueta/10\\_IMSS\\_Coplamar\\_Cuetzalan.pdf](http://www.crim.unam.mx/drupal/crimArchivos/Colec_Dig/2011/Arturo_Argueta/10_IMSS_Coplamar_Cuetzalan.pdf)

## **ANEXO 1. GUÍAS DE ENTREVISTA**

### ***Guía de entrevista al personal directivo/administrativo del hospital de Tonalapan***

#### **Datos generales**

- ¿Cuál es su formación?
- ¿Qué tiempo tiene laborando en este hospital?
- ¿Hace cuánto ocupa el cargo?

#### **Interculturalidad**

- En el tiempo que lleva usted ocupando el cargo ¿han tenido algún tipo de instrucción desde jurisdicción o nivel central de promover el enfoque intercultural?
- ¿Tienen algún tipo de recurso específico para tal fin?
  - ¿Cree que es necesario este tipo de programas por el tipo de población que atiende?
  - ¿Cuenta el hospital con traductor o intérprete?

#### **Procesos transaccionales y de hibridación**

- ¿En la actualidad se está llevando a cabo algún programa que promueva la relación entre el hospital y la medicina tradicional indígena?
- ¿En cuanto al programa de certificación de parteras, usted qué opina?

#### **Discriminación**

- En su opinión, ¿qué dificultades se presentan en el hospital al atender a personas indígenas que tienen formas de pensar y de comunicación, en la mayoría de los casos, distintos al personal de salud que les atiende?
- ¿Cuenta el hospital con personal indígena? ¿Qué puesto ocupa?
- En el caso del diseño de programas y llevar a cabo las acciones para promover la relación entre el hospital y la medicina tradicional indígena, ¿participan personas indígenas en el proceso? ¿Por qué?

## ***Guía de entrevista a un ginecólogo/médico de consulta externa del hospital de Tonalapan***

### **Datos generales**

¿De dónde es usted?

¿En dónde estudió Medicina y la especialidad de Ginecología, en su caso?

¿Qué tiempo tiene laborando en este hospital?

### **Interculturalidad**

En el tiempo que lleva usted laborando aquí en el hospital de Tonalapa ¿le han impartido algún curso o taller sobre salud intercultural?

¿Cree que es necesario este tipo de programas por el tipo de población que atiende?

Estoy enterada que hubo un programa de capacitación a parteras tradicionales y que durante una temporada estuvieron viniendo a colaborar. ¿Cómo era la forma en que ustedes se comunicaban para atender a una paciente?

### **Procesos transaccionales y de hibridación**

¿A usted le parece adecuado que vengan las parteras al hospital a atender a sus pacientes o cree que sólo deberían atender en sus comunidades?

¿Cuando usted atiende a una señora embarazada o en la etapa del puerperio, le recomienda atenderse con la partera de su localidad como complemento a la atención que usted les brinda? ¿Por qué?

¿Cree que para las pacientes indígenas se sientan mejor atendiendo en el momento del parto con la partera, con usted o con los dos?

### **Discriminación**

¿Usted habla o entiende alguna de las lenguas indígenas que hablan los pacientes que atiende? ¿Cómo le hace para comunicarse?

En su opinión, ¿qué dificultades se presentan en el hospital al atender a mujeres indígenas que tienen formas de pensar y de comunicación, en la mayoría de los casos, distintos a usted?

Para terminar ¿qué piensa usted acerca de la partería tradicional?

## ***Guía de entrevista a parteras certificadas en el Hospital de Tonalapan***

### **Datos generales**

¿Cuál es su nombre?

¿Cuántos años tiene?

¿De dónde es?

¿Desde cuándo se dedica a la partería?

¿Quién le enseñó?

### **Interculturalidad**

¿Por qué empezó a asistir al hospital? ¿La invitaron del hospital a un curso o cómo fue?

¿Cuánto tiempo estuvieron asistiendo?

¿Les pagaron algo o les apoyaron para los pasajes o alimentos de los días que fueron?

¿El curso fue en su lengua, le entendió?

¿Aprendió, le sirvió lo que le enseñaron para su práctica?

### **Procesos transaccionales y de hibridación**

Cuando usted atiende a una señora, ¿le recomienda atenderse con el ginecólogo o les dice que vayan a revisión al hospital? ¿Por qué?

¿Usted atiende en el hospital o sólo en su localidad?

¿Qué piensa sobre eso de la certificación? Usted qué piensa de que tengan que capacitarse?

A usted le parece adecuado eso de que vayan las parteras al hospital o cree que sólo deberían atender en sus comunidades o que los médicos deberían ir a las localidades de las pacientes...¿usted qué propondría si le preguntaran lo que sea mejor para las señoras embarazadas?

### **Discriminación**

Al estar certificada por la SSA, puede usted seguir ejerciendo la partería libremente como la hacía antes o a qué se comprometió? ¿Atiende o ha atendido algún parto en el hospital? ¿Lo hace sola o con el médico? ¿Qué le toca hacer a él y qué le toca hacer a usted?

¿Alguna vez usted o alguna de las parteras participaron para hacer el programa del curso de certificación?

¿Usted enseñó al personal del hospital algo de lo que sabe hacer como partera?

¿Le preguntaron acerca lo que usted sabe hacer y de las necesidades que tiene en su comunidad?

¿Cómo se sintió? ¿Cómo la trataron? ¿Le gustó?

***Guía de entrevista pacientes que se hayan atendido durante su embarazo y parto con parteras y en hospital***

**Datos generales**

¿Cuál es su nombre?

¿Cuántos años tiene?

¿De dónde es?

**Procesos transaccionales y de hibridación**

¿Cuántos hijos tiene?

¿Durante el embarazo te atendiste con partera o en el hospital?

¿Y el parto dónde lo tuviste?

¿Por qué ya no te seguiste atendiendo con la partera?

**Interculturalidad y Discriminación**

¿Cómo te atendieron en el hospital?

¿Fue parto natural o por cesárea?

¿Cuánto tiempo estuviste en el hospital?

¿Te cobraron?

¿Tienes el seguro popular o estabas en otro programa para que no te cobraran?

¿Después del parto te informaron de algún método anticonceptivo?

¿Te dieron algún método o te colocaron el DIU? ¿Con tu consentimiento?

¿Cómo consideras el trato que te ofrecen en el hospital cuando tienes que ir?