

PROGRAMA • INSTITUCIONAL

Salud de los pueblos indígenas

Agenda para la investigación, la docencia y la vinculación



Instituto Nacional
de Salud Pública

Programa Institucional

Salud de los Pueblos Indígenas
Agenda para la investigación, la docencia
y la vinculación

Atención de los determinantes estructurales de las inequidades
en salud que afectan a los pueblos indígenas de México

PROGRAMA • INSTITUCIONAL

Salud de los pueblos indígenas

Agenda para la investigación, la docencia y la vinculación



Instituto Nacional
de Salud Pública

Programa Institucional
Salud de los Pueblos Indígenas
Agenda para la investigación, la docencia
y la vinculación

Primera edición, 2019

D.R. © Instituto Nacional de Salud Pública
Av. Universidad 655, Col. Santa María Ahuacatlán
62100 Cuernavaca, Morelos, México

Documento preparado bajo la coordinación de Blanca Estela Pelcastre Villafuerte, Sergio Meneses Navarro y Juan Ángel Rivera Dommarco, con los aportes del grupo de trabajo conformado por: Urinda Álamo Hernández, Betania Allen Leigh, María de la Luz Arenas Monreal, Anabelle Bonvecchio Arenas, Lourdes Campero Cuenca, Lorena Elizabeth Castillo Castillo, Dolores González Hernández, Rosalinda Domínguez Esponda, Tonatiuh González Vázquez, Clara Juárez Ramírez, Leith León Maldonado, Ana Lilia Lozada Tequeanes , Nayeli Macías Morales, Hortensia Reyes Morales, Sandra Rodríguez Dozal, Leonor Rivera Rivera, Astrid Schilmann Halbinger, Tere Shamah Levy, Florence Lise Theodore, Pilar Torres Pereda, Kirvis Torres Poveda, Sandra Treviño Siller y María Ángeles Villanueva Borbolla.

Contenido

| | |
|---|----|
| Mensaje del Secretario de Salud | 9 |
| Mensaje del Director General del Instituto Nacional de Salud Pública | 12 |
| Introducción | 13 |
| Marco teórico | 15 |
| Valores y principios | 18 |
| Marco jurídico | 19 |
| Alineación con las metas nacionales e institucionales | 21 |
| Objetivo general del PISPI | 22 |
| Objetivos específicos | 22 |
| Agenda de investigación, docencia y vinculación | 23 |
| Investigación | 24 |
| Docencia | 25 |
| Vinculación o servicios | 26 |
| Referencias | 27 |

Mensaje del Secretario de Salud

La salud, la enfermedad y su problemática son fenómenos que preocupan a los individuos y a la sociedad en su conjunto. Durante las últimas décadas, se ha utilizado el modelo neoliberal para tratar de equilibrar la balanza y disminuir las desigualdades entre los diferentes sectores de la población; sin embargo, este modelo no demostró los resultados que todos esperamos.

Por una parte, el modelo neoliberal ha contribuido a que la mayoría de la humanidad se hunda en la pobreza con el fin de beneficiar a una élite privilegiada. Actualmente, la crítica se le ha abalanzado. Se dice que es la causa de las crisis económicas, la destrucción del medio ambiente, la excesiva importancia de las finanzas y del sector financiero, el menosprecio por las culturas madre y muchos otros males de la sociedad contemporánea, lo que incluye un aumento explosivo de la desigualdad, de la cual la atención de la salud no es la excepción.

La orientación y la trayectoria cultural de nuestras civilizaciones antiguas nos dan una posición favorable entre otras culturas del mundo. Otras civilizaciones han sobresalido por su *poderío material* o han dado mayor importancia a la organización política o a la conquista militar y a la formación de imperios, pero los rasgos más notables de nuestras culturas antiguas son de un orden intelectual y espiritual.

¿Qué misterios les dieron la fuerza para impulsar sus ideas más allá de los astros?

Mientras que muchas culturas antiguas cuentan con un interés particular, algún centro focal alrededor del cual se organiza la mayor parte de la sociedad, pocas han concentrado su atención en la consecución de conquistas intelectuales y espirituales. Aquí, en nuestro país, siguen vivas esas culturas que mantienen su sabiduría en los pueblos que el sistema neoliberal olvidó al temperamento de la selva, sin respetar la innegable posición de los habitantes como herederos de las más complejas, bellas y misteriosas civilizaciones humanas.

De acuerdo con el artículo segundo de nuestra carta magna que a la letra plasmada menciona: “La Nación tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas”, resulta contradictorio y a la vez indignante que actualmente los pueblos indígenas de México registren el mayor rezago en la atención de la salud. Las condiciones de pobreza y marginación a las que se enfrentan los pueblos

indígenas contribuyen a la persistencia de las brechas. A esto hay que agregar la insuficiente cobertura y calidad de los servicios de salud pública y la falta de esquemas adecuados de protección financiera que enfrentan, sin mencionar la ausencia de políticas que garanticen el desarrollo integral de los pueblos y las comunidades.

El Sistema de Salud mexicano está segmentado, es decir, la población está dividida en sus derechos y posibilidades de atender su salud según su inserción laboral y posibilidades económicas de pago. Hay notables diferencias entre las instituciones en cuanto a número de establecimientos de salud, fuente de financiamiento y la administración de la prestación de servicios de salud.

Los servicios estatales de salud en las 32 entidades federativas y el IMSS-BIEN-ESTAR atienden al 55% de la población y, sin embargo, cuentan con sólo el 21% de los hospitales del país. Y no es la única diferencia. En otras palabras, el sistema de salud tiene una deuda enorme con los pueblos indígenas de México.

¿Cómo puede ser que la sabiduría de nuestros pueblos sobre el medioambiente, la exactitud de sus sistemas astronómicos, la habilidad para elaborar sistemas matemáticos y de escritura no sean prioritarios en nuestra salud?

La actual administración federal, presidida por el Lic. Andrés Manuel López Obrador, ha reconocido públicamente las condiciones de desventaja de los pueblos indígenas y ha hecho un llamado a los servidores públicos para atender con oportunidad y calidad las diferentes necesidades de éstos. Por mencionar un ejemplo, desde la Secretaría de Salud se han determinado como prioridad para la inversión y el desarrollo de la salud 21 estados del país, aquellos en los que, en promedio, más del 60% de su población no se encuentra afiliada a la seguridad social y gran parte de sus municipios muestran rezago en el índice de desarrollo humano.

Muy pocos mexicanos han tratado de rescatar la riqueza de nuestra antigüedad con tanta intensidad y amor como Miguel León-Portilla, nuestro gran historiador, lingüista, antropólogo y mucho más...

En un poema, escribió el lamento que hoy queremos rectificar:

*Cuando muere una lengua,
ya muchas han muerto
y muchas pueden morir.
Espejos para siempre quebrados,
sombra de voces
para siempre acalladas:
la humanidad se empobrece.*

Para recuperar esa riqueza que tenemos en nuestra tierra, desde esta secretaría nos planteamos impulsar una sociedad con equidad, cohesión social e igualdad de oportunidades, enfocada en alcanzar una colectividad de derechos humanos plenos que contribuya a cerrar las brechas sociales. Esto implica hacer efectivo el ejercicio de los derechos sociales de todos los mexicanos, de manera transversal e intersectorial a través del acceso a servicios básicos, agua potable, drenaje y saneamiento, electricidad, educación, alimentación y vivienda digna. Todos estos factores son determinantes fundamentales para garantizar el acceso universal de la salud.

Con el fin de abatir las carencias y rezagos que afectan a los pueblos indígenas, tenemos la obligación de asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional, las estrategias de la Atención Primaria de la Salud, así como apoyando la nutrición de las comunidades mediante programas de alimentación, en especial para la población infantil.

Por todo lo anterior, celebro que el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), reconocido internacionalmente por sus aportes a la investigación, se suma a este llamado a través del *Programa Institucional Salud de los pueblos indígenas. Agenda para la investigación, la docencia y la vinculación*.

Los objetivos del programa contribuirán a la reflexión y la reforma del sistema de salud, lo que permitirá hacer efectivo el derecho a la salud para este sector de la población que ha enfrentado innumerables obstáculos para el acceso a servicios de salud con calidad, fortaleciendo prácticas encaminadas a la eliminación de comportamientos de discriminación y que promuevan la equidad.

Este es un esfuerzo que se suma a los establecidos por la propia Secretaría de Salud, cuyo compromiso es también con estas poblaciones. Trabajando de manera colaborativa, conseguiremos mejorar la salud de la población y hacer efectivo el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Esa es la tarea. Aquí estamos.

Dr. Jorge Carlos Alcocer Varela
Secretario de Salud Federal

Mensaje del Director General del Instituto Nacional de Salud Pública

El Instituto Nacional de Salud Pública tiene la misión de contribuir a la equidad social y la plena realización del derecho a la protección de la salud a través de la generación y difusión de conocimiento, la formación de recursos humanos de excelencia y la innovación en investigación multidisciplinaria para el desarrollo de políticas públicas basadas en evidencia.

Con esta responsabilidad presente, elaboramos el *Programa Institucional Salud de los pueblos indígenas. Agenda para la investigación, la docencia y la vinculación* (PISPI). Este programa representa un instrumento de referencia para enmarcar y visibilizar el quehacer del Instituto para la atención prioritaria de los rezagos en salud que afectan de manera particular y más profunda a las poblaciones indígenas.

El subtítulo del programa es: *Atención de los determinantes estructurales de las inequidades en salud que afectan a los pueblos indígenas de México*. Este énfasis señala que, más allá de una visión que indague exclusivamente las diferencias culturales, pone atención a las causas y efectos de la estratificación social y las ideologías que la sustentan, que han colocado a los pueblos indígenas en condiciones de mayor vulnerabilidad. Entre estas ideologías reconocemos las diversas formas de discriminación y racismo, y sus efectos en la salud, la enfermedad y su atención.

Con el PISPI aspiramos a generar conocimiento innovador que contribuya a comprender mejor los desafíos para garantizar la protección de la salud de los pueblos indígenas de México y mejorar la respuesta del sistema de salud para atenderlos.

Dr. Juan Ángel Rivera Dommarco

Introducción

Es una ignominia que nuestros pueblos originarios vivan desde hace siglos bajo la opresión y el racismo, con la pobreza y la marginación a costas

Andrés Manuel López Obrador, presidente de México
Zócalo de la Ciudad de México, 1° de diciembre de 2018

Los pueblos indígenas de México registran los mayores rezagos sociales, económicos y de salud del país:

- Duplican la razón de mortalidad materna.¹
- Tienen una esperanza de vida al nacimiento entre 8 a 20 años menor que la media nacional.^{2,3}
- Enfrentan mayores barreras para el acceso a servicios de salud.⁴
- 71% de los indígenas se encuentran en condiciones de pobreza y presentan rezagos en servicios básicos como acceso a agua entubada y drenaje.^{5,6}

Pero además de las condiciones de pobreza y marginación en que sobreviven, sufren sistemáticamente valoraciones y prácticas de discriminación —como el racismo y el clasismo—. ⁷⁻¹⁴ Estas formas de discriminación han permeado todos los ámbitos de la vida social del país, incluyendo los espacios de la salud y la academia, así lo evidencia la persistencia de las brechas en salud que aquejan a los pueblos indígenas, y los enfoques de las investigaciones que generalmente normalizan las desigualdades y reproducen prejuicios y estereotipos respecto a “lo indígena”.

Las ideologías discriminatorias y racistas han sido históricamente rasgos esenciales de la estructura social de México, estratificada a partir de la condición socioeconómica, el origen étnico o los rasgos fenotípicos de los pueblos amerindios y afrodescendientes. De este modo, las valoraciones y prácticas de discriminación se han normalizado en nuestra sociedad y se han incorporado como esquemas de pensamiento, de actuar y de sentir.¹⁵

Reconociendo esta problemática, el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) desarrolló el *Pro-*

grama Institucional Salud de los Pueblos Indígenas: agenda para la investigación, la docencia y la vinculación. Atención de los determinantes estructurales de las inequidades en salud que afectan a los pueblos indígenas de México (PISPI), como un eje transversal de la política institucional, dada su misión.

El PISPI reconoce a los indígenas de todas las culturas del país como sujetos de derecho —no como objetos pasivos de intervención— y la importancia de su participación. Pretende generar evidencia a corto, mediano y largo plazo que contribuya a describir y analizar los principales rezagos y brechas en salud que los afectan para proponer recomendaciones e iniciativas —basadas en evidencia— que contribuyan a su desarrollo y bienestar. En este sentido, plantea una agenda de investigación, docencia y actividades de vinculación interinstitucional orientadas a atender sus principales necesidades en la materia.

El subtítulo del PISPI es *Atención de los determinantes estructurales de las inequidades en salud que afectan a los pueblos indígenas de México*. Esto significa que además de reconocer las diferencias culturales, la perspectiva del programa no pierde de vista la determinación estructural de las desigualdades que han colocado históricamente a los pueblos indígenas en los últimos peldaños de la estratificación social de México.

De este modo, el anhelo de contribuir a la construcción de una sociedad más equitativa —que ha sido parte esencial de la misión del INSP y eje transversal de su política institucional— requiere reconocer y fomentar la inclusión de esta perspectiva de

equidad y la atención prioritaria de los problemas de salud que afectan a los pueblos indígenas de México.

Ya desde su origen, el INSP ha llevado a cabo algunos proyectos de investigación que involucran a los pueblos indígenas de diversas etnias y estados del país. Algunos de los principales grupos étnicos con los que se ha realizado investigación son: Amuzgo, Chol, Huave, Huichol, Mame, Maya, Mixteco, Nahuatl, Purépecha, Rarámuri, Tenek, Tlapaneco, Tojolabal, Tseltal, Tsotsil, Xi'iuy, Zapoteco y Zoque.¹

Sin embargo, han sido esfuerzos individuales. Estos estudios abordaron distintas áreas de la salud pública: salud materna e infantil, salud sexual y reproductiva, nutrición, salud ambiental, interculturalidad en salud, partería tradicional, salud de las personas adultas mayores, enfermedades crónicas, cáncer de la mujer, entre otras.

Dos productos específicos relevantes generados desde el INSP, que dan cuenta de la situación general de salud de los pueblos indígenas son, en primer lugar, el libro *La salud de los pueblos indígenas de México*, coordinado por el Dr. Jaime Sepúlveda Amor, con la colaboración de destacados investigadores del Instituto Nacional Indigenista y la Secretaría de Salud, publicado en 1993.¹⁶ Este libro representa un esfuerzo colectivo para documentar las condi-

ciones socioeconómicas de los pueblos indígenas, los daños a la salud y la respuesta del sistema para atender sus necesidades. Quizá el principal aporte de dicha obra es identificar la falta de información sobre salud de los pueblos indígenas en los sistemas de registro oficiales. Este antecedente dio pie al segundo aporte del INSP en la materia, que fue la incorporación de indicadores específicos para la población indígena en las Encuestas Nacionales de Salud, de la que deriva la publicación de diversos productos que analizan específicamente las brechas que aquejan a estas poblaciones.^{4,17,18}

El PISPI hoy representa una prioridad para el INSP, lo que abre una agenda explícita para la investigación y atención preferente de la salud de los pueblos indígenas. Este documento presenta de manera sucinta el marco teórico que encuadra la perspectiva institucional para el análisis de la salud de los pueblos indígenas y las acciones al respecto; los principios y valores en que se sustenta; el marco jurídico que lo respalda; su alineación con las metas nacionales e institucionales; los objetivos y prioridades en materia de investigación, docencia y vinculación, así como sus indicadores, metas y mecanismos de evaluación y seguimiento para los próximos tres años (2019 – 2021).

Marco teórico

Las estructuras sociales productoras de desigualdad

Al analizar tanto las condiciones de salud-enfermedad de los pueblos indígenas como las respuestas del sistema de salud para su atención, se suelen privilegiar enfoques que enfatizan o exaltan las diferencias culturales, lo que da lugar a reduccionismos culturalistas que eluden considerar la determinación estructural de las desigualdades. Es común, así, atribuir a los llamados “factores culturales” las formas diferenciales de utilizar servicios médicos —ya sean alópatas, tradicionales o de alguna otra racionalidad—, así como las formas de nacer, vivir, enfermar, sanar y morir. Sin embargo, se alude muy poco a la organización de la estructura social desde una perspectiva histórica. Esta omisión impide reconocer la organización social jerárquica que, desde la época colonial hasta nuestros días, ha ubicado a las poblaciones indígenas en el último peldaño de una estructura social sustentada en ideologías discriminatorias; es decir, en valoraciones, actitudes y prácticas violentas de exclusión y maltrato que se han normalizado en todos los ámbitos de la vida social.

De este modo a pesar de las aspiraciones de igualdad y justicia asentadas en el marco constitucional, la sociedad mexicana se caracteriza por marcadas desigualdades socioeconómicas y expresiones de discriminación que afectan principalmente a los pueblos indígenas.^{5,19-21} Estas desigualdades tienen su origen histórico en el proceso colonial y son determinadas por estructuras sociales que establecieron diferencias sistemáticas entre los diversos sectores poblacionales, colocando a algunos en condiciones privilegiadas (por ejemplo, a los españoles y los criollos) y dificultando a otros el acceso a los recursos (económicos o socioculturales) que les permitan

ejercer —en mayor o menor grado— sus derechos y alcanzar mejores condiciones de bienestar (por ejemplo, las poblaciones indígenas). Ejemplos de estos recursos son la escolaridad, el empleo bien remunerado, los servicios de salud, la autonomía personal o una alimentación suficiente y saludable.^{13,23}

Si bien las estructuras sociales —y las ideologías que las sustentan y producen desigualdades— son múltiples y están arraigadas, no son ineludibles; por el contrario, se pueden evitar mediante la acción social derivada de las políticas públicas. Un primer paso para transformar estas estructuras de desigualdad es identificarlas. Tres estructuras, en particular, determinan las inequidades sociales que afectan sistemáticamente a las poblaciones indígenas —sobre todo a las mujeres— e influyen en sus condiciones de salud y en la respuesta del sistema para atenderlas. Nos referimos a:

- Las formas de discriminación y violencia contra las mujeres
- El racismo por el que se discrimina a las poblaciones indígenas
- El clasismo por el que se discrimina a los sectores sociales en condiciones de pobreza

Estas estructuras productoras de desigualdades —y sus ideologías— se fundan en ciertos principios de ordenamiento jerárquico de los grupos de una colectividad, por lo general tácitos e históricamente determinados, para configurar una organización política, económica y social estratificada donde el poder se distribuye de manera diferenciada sobre la base de determinados rasgos como la pertenencia étnica, la clase social o atributos fenotípicos como el color de la piel y el sexo. A partir de dichos principios sobreen-tendidos o manifiestos, a algunos miembros de esa colectividad *les toca* estar en una posición de poder

sobre los demás y, en consecuencia, en mejores condiciones de acceso a los recursos que les permitan conseguir un mayor bienestar. Mientras tanto, a otros les toca estar en una posición menos favorecida, de subordinación o de opresión, que les impide el acceso a los medios que les permitan tener una vida mejor.²²

Los miembros de una sociedad suelen interiorizar estas estructuras de desigualdad e incorporarlas como esquemas de pensar, actuar y sentir conforme a la posición social en que se encuentran. Las valoraciones y las prácticas de los individuos operan, así, en un plano relacional, generalmente inconsciente. Las formas de dominación, subordinación, violencia y discriminación no son, por tanto, siempre iguales; están determinadas por la posición del individuo, su papel en la etapa del curso de vida en que se encuentra y el contexto social en que se desarrolla. De este modo, por ejemplo, las relaciones de poder de un médico con respecto a los pacientes son distintas en una comunidad indígena que en un hospital ubicado en una ciudad mestiza. También las relaciones son diferenciales si la persona es hombre o mujer, si está en edad reproductiva, o si es adolescente o anciana. Las formas de dominación y discriminación se normalizan y aceptan, así, como algo dado, hechos de sentido común, pero de manera relacional. Aunque, por supuesto, el orden establecido por dichas estructuras sociales no está exento de conflictos, contradicciones, críticas y resistencias.²³

En México es frecuente identificar valoraciones y prácticas de discriminación y racismo dirigidas a las poblaciones indígenas, rurales y en condiciones de pobreza.*^{20,24} A grandes rasgos, las ideas racistas atribuyen los rezagos sociales de las poblaciones indígenas a su cultura, su evolución biológica y su desarrollo social “primitivos”.²⁰ Las personas indígenas

son representadas como inferiores desde el punto de vista cultural, social, biológico e incluso moral. Prevalecen estereotipos que señalan al indígena como holgazán, vicioso, violento y degenerado; o bien como persona imposibilitada física, mental y moralmente; desposeída, dependiente y sumisa.²⁰

Estas ideas racistas no tienen, por supuesto, ningún sustento científico. Por el contrario, la evidencia que proveen las ciencias sociales y biológicas refutan los argumentos racistas.²³ No obstante, estas ideas forman estructuras de desigualdad dominantes en nuestra sociedad y son rasgos constitutivos del modelo médico hegemónico.²⁵

Es así como estas estructuras —y las ideologías que las sustentan— generan desigualdades producto de una estratificación social que excluye a unos y beneficia a otros. En el ámbito de la salud, esta organización social da lugar a importantes brechas en las condiciones de las poblaciones indígenas respecto a las no indígenas. La mortalidad materna, por ejemplo, es dos veces mayor entre las mujeres indígenas que entre las mestizas,¹ debido a las estructuras sociales en que viven y no por diferencias naturales. Hay un efecto en el estado de bienestar general y en la calidad de vida de las comunidades indígenas que es injusto y puede evitarse. La articulación de estas estructuras y sus resultados en salud puede verse en el esquema 1.

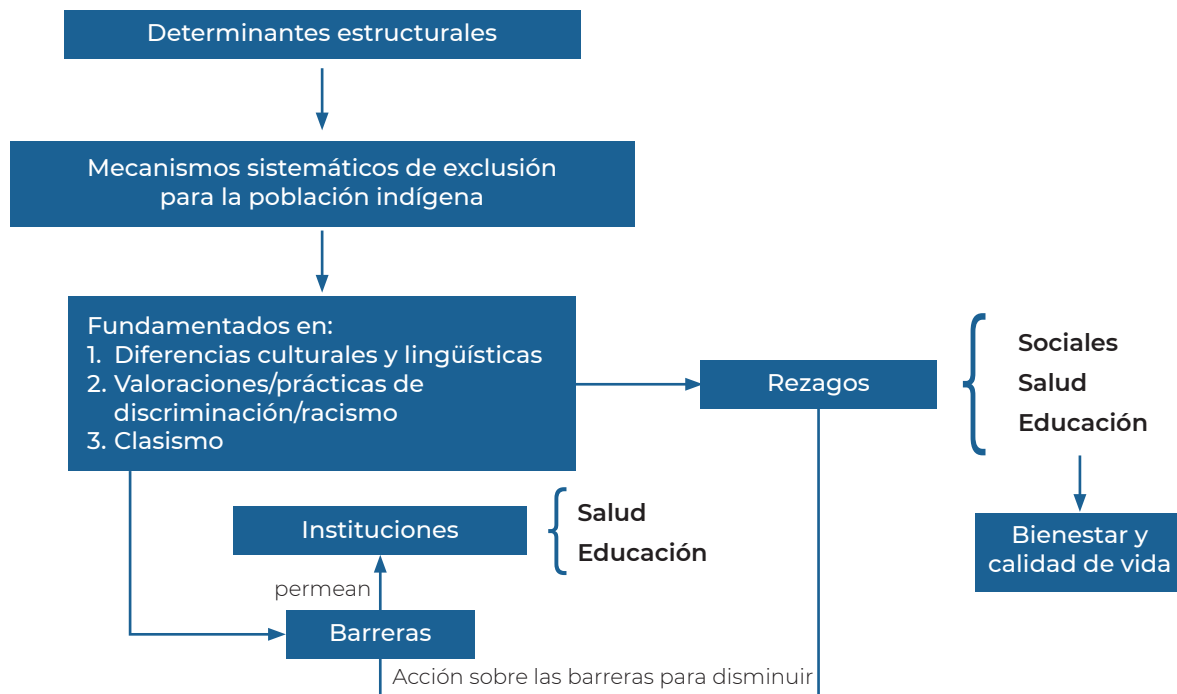
Interculturalidad en salud

Para promover la equidad en salud —entendida como igualdad de oportunidades de los seres humanos para desarrollar al máximo sus capacidades y eliminar, así, las desventajas con respecto al estado de salud— es necesario, además de documentar las diferencias, desarrollar estrategias que problematicen

* El 43.6% de los mexicanos —53.4 millones de personas— se encuentran en condiciones de pobreza y 7.6% —9.3 millones— en condiciones de pobreza extrema. Sin embargo, 38 % de los indígenas subsisten en pobreza extrema, es decir que superan cinco veces el promedio nacional de esta forma inaceptable de miseria. Los estados con mayor concen-

tración de población indígena son los más pobres: Chiapas con 77.1 y 28.1%, Oaxaca con 70.4 y 26.9%, y Guerrero con 64.4 y 23% de población en pobreza y pobreza extrema respectivamente.⁵ Por otro lado, sólo 1% de la población mexicana concentra 21% de la riqueza que genera el país.

ESQUEMA 1



Fuente: Pelcastre y Meneses²⁶

y transformen las estructuras sociales productoras de desigualdad. Al mismo tiempo, desde la academia se debe cuestionar en qué medida las iniciativas que se implementan para mejorar el estado de salud de las personas indígenas no tienen el efecto deseado y, en cambio, reproducen desigualdades e ideologías discriminatorias.

La perspectiva de interculturalidad con que el PISPI se propone trabajar parte de una noción diferente de la tradicional; no se trata de un acercamiento a las comunidades indígenas, que solamente reconozca sus peculiaridades culturales o haga una exaltación apologética de “lo ancestral”. Es, antes que nada, una postura crítica que, además de reconocer lo anterior, no esconde las desigualdades sociales históricas en la distribución del poder. Por el contrario, de manera específica, parte del análisis de las

estructuras y las ideologías que las determinan y perpetúan, para encaminarse a promover la igualdad de oportunidades en salud.

Esta perspectiva contribuye también a fortalecer el sistema de salud en su deber de proteger la salud de todas las personas cuidando su dignidad.²⁷ Lo anterior incluye considerar elementos de pertinencia cultural en la respuesta del sistema a cada grupo específico, de modo que los servicios sean accesibles, aceptables y de calidad.

Para construir un sistema universal de salud justo y contribuir a la equidad social, debemos tomar medidas particulares, y en algunos casos diferentes y novedosas, que permitan reconocer las estructuras productoras de desigualdades para evitar reproducir las valoraciones y prácticas que atentan contra el bienestar y la dignidad de los pueblos indígenas.

Valores y principios

El PISPI se sustenta en seis valores —entendidos como atributos que definen la relación institucional con los pueblos indígenas— y cuatro principios o normas que orientan dicha relación.

Valores

- Respeto
- Igualdad y no discriminación
- Equidad en salud
- Inclusión
- Justicia social
- Actitud crítica

Principios

- Autonomía y libre determinación de los pueblos indígenas y de todas las personas
- Reconocimiento de los pueblos indígenas como sujetos de derechos y no como objetos de asistencia social
- Respeto a la diversidad y el derecho a la participación
- Recomendaciones basadas en evidencia científica y no en preconcepciones ideológicas

Marco jurídico

La norma fundamental que rige las relaciones entre las instituciones de gobierno y los ciudadanos es la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Esta ley establece el pacto social del gobierno, sus instituciones y la sociedad con los pueblos indígenas de México.

En el artículo 1º se señala que todas las personas gozarán de los derechos humanos y que todos los funcionarios públicos—incluyendo a los académicos en instituciones públicas— tienen la obligación de promoverlos, respetarlos, protegerlos y garantizarlos en el ámbito de sus competencias, como la investigación, la docencia y la vinculación para la transferencia de conocimiento.²⁸

Como se enfatiza en el presente PISPI, este mismo artículo establece la prohibición de cualquier forma de discriminación:

Queda prohibida toda discriminación motivada por el 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.²⁸

La Constitución advierte que México tiene una composición pluricultural sustentada en los pueblos indígenas.* Reconociendo los rezagos y carencias que afectan a estos pueblos, el artículo 2º establece que para promover la igualdad de oportunidades y eliminar cualquier práctica discriminatoria, los distintos niveles de gobierno—con la participación de los

propios pueblos indígenas— establecerán las instituciones y políticas que garanticen la vigencia de sus derechos, su desarrollo y su bienestar.²⁸ El PISPI responde a este mandato constitucional de definir y atender sus necesidades en materia de salud, entre las que está asegurar el acceso efectivo a servicios de salud respetuosos y culturalmente pertinentes, fomentando, además, la participación y la incorporación de las mujeres en los planes y programas de desarrollo, bienestar y salud.

México aspira a construir un sistema universal de salud en que todas las personas y las comunidades tengan acceso a servicios seguros, integrales, efectivos y oportunos que garanticen no sólo la protección de su salud, sino también la protección de la dignidad de quienes reciben atención médica. El concepto de dignidad fundamenta los derechos humanos—que, de hecho, derivan de él—y significa que todas las personas deben ser reconocidas, valoradas y respetadas de manera igualitaria, y que puedan gozar de sus derechos fundamentales con autonomía.

El artículo 4º indica que toda persona tiene derecho a un medio ambiente sano para su desarrollo y bienestar y que el Estado garantizará el respeto a este derecho.²⁸

Además de la Constitución, México cuenta con una sólida normativa sobre la atención digna y con pertinencia cultural de la salud de los pueblos indígenas.

El artículo 51º de la Ley General de Salud señala que:

Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente res-

* Los pueblos indígenas "son aquellos que descienden de las poblaciones que habitaban en el territorio actual del país al iniciarse la colonización y que conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte

de ellas. La conciencia de su identidad indígena deberá ser criterio fundamental para determinar a quiénes se aplican las disposiciones sobre pueblos indígenas".²⁸

ponsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.²⁹

Las personas afiliadas al Seguro Popular tienen el derecho explícito a recibir un trato digno durante su atención. El artículo 77° BIS 37 establece que los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tendrán (...) los derechos (a):

- I. Servicios integrales de salud
- II. Acceso igualitario a la atención
- III. Trato digno, respetuoso
- IV. Atención de calidad²⁹

El artículo 57° pone especial énfasis en los servicios de planificación familiar:

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.²⁹

El artículo 9° del Reglamento a la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica señala que “la atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica”.³⁰

Es decir, los principios de beneficencia (buscar los mayores beneficios), no maleficencia (evitar hacer cualquier daño, incluyendo los de índole moral), autonomía y justicia.

Finalmente, la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos reglamenta las responsabilidades y sanciones a las que están sujetas las personas que desempeñan un cargo público. Entre las obligaciones de los servidores públicos, el artículo 47° norma el trato que deben brindar:

V.- Observar buena conducta en su empleo, cargo o comisión, tratando con respeto, diligencia, igualdad y sin discriminación a las personas con las que tenga relación con motivo de éste.

VI.- Observar en la dirección de sus inferiores jerárquicos un trato digno, de respeto y no discriminación, y abstenerse de incurrir en agravio, desviación o abuso de autoridad.³¹

De esta manera, la atención prioritaria con trato digno y pertinencia cultural de las necesidades de los pueblos indígenas es un aspecto presente en la normativa general, con implicaciones para las instituciones académicas y en la agenda de la investigación, para contribuir a la solución de los principales problemas y rezagos nacionales.

Alineación con las metas nacionales e institucionales

Aunque de acuerdo con la Ley de Planeación, el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Sectorial de Salud 2019-2024 aún se encuentran en elaboración, el PISPI del INSP se alinea con los principales compromisos del gobierno federal:

1. En primer lugar, (...) darles atención especial a los pueblos indígenas de México (...). Todos los programas del gobierno tendrán como población preferente a los pueblos indígenas de las diversas culturas del país.

2. Se atenderá a todos los mexicanos sin importar creencias, clases, organizaciones, sexo, partidos, sectores económicos o culturales, pero se aplicará el principio de que, por el bien de todos, primero los pobres.³²

Al mismo tiempo, el PISPI se alinea cabalmente con la misión y visión del INSP:

Misión

Contribuir a la equidad social y a la plena realización del derecho a la protección de la salud a través de la generación y difusión de conocimiento, la formación de recursos humanos de excelencia y la innovación en investigación multidisciplinaria para el desarrollo de políticas públicas basadas en evidencia.

Visión

El INSP es el centro de investigación y docencia de referencia en México y con alto impacto en América Latina, líder en la formación integral de la fuerza de trabajo en salud pública y en la generación de conocimiento de referencia obligada para la formulación, organización y conducción de políticas públicas para la salud.³³

Objetivo general del PISPI

El objetivo general del PISPI es contribuir a la salud y el bienestar de los pueblos indígenas del país mediante la investigación de sus principales necesidades de salud, la formación de personal para su atención y la innovación para el desarrollo de políticas de salud basadas en evidencia con pertinencia cultural.

Objetivos específicos

El PISPI tiene por objetivos específicos los siguientes:

- Analizar mediante enfoques tradicionales y vanguardistas de investigación los principales rezagos y brechas en salud que afectan a los pueblos indígenas de México y sus determinantes, a fin de proponer recomendaciones basadas en evidencia para el diseño y la implementación de políticas que contribuyan a su solución.
- Formar profesionales de la salud pública de manera integral para la atención prioritaria de las necesidades de salud de los pueblos indígenas, a partir de una política de acción afirmativa que incentive la incorporación de profesionales indígenas en los programas de posgrado y educación continua.
- Fortalecer los vínculos con organizaciones y representantes de los pueblos indígenas, instituciones públicas, privadas y sociales encargadas de diseñar e implementar políticas de salud dirigidas a su atención, para la cooperación técnica en la materia.

Agenda de investigación, docencia y vinculación

Investigación

Los temas de investigación del PISPI son, entre otros, los siguientes:

- Perfil epidemiológico de los pueblos indígenas de México y sus determinantes
- La respuesta del sistema de salud a las condiciones de salud de los pueblos indígenas
- Problemas prioritarios de salud de los pueblos indígenas
- Discriminación, racismo y otras formas de violencia estructural y sus efectos en salud
- Interculturalidad y pertinencia cultural en salud
- Modelos alternativos de atención a la salud
- Barreras para el acceso y la utilización de servicios de salud
- Cosmovisión indígena y salud ambiental

La investigación se realizará siempre dentro de un marco de la ética, en apego a las pautas internacionales para la investigación relacionada con la salud de los seres humanos. Los estudios de investigación serán revisados y aprobados por el Comité de Ética en Investigación Institucional. Se buscará que la investigación se efectúe bajo una selección justa de los participantes de los estudios; la distribución equitativa de beneficios y cargas por su participación en la investigación; el involucramiento de la comunidad en la investigación, para dar oportunidad de escuchar sus preocupaciones respecto al estudio y de esta manera respetar a las comunidades involucradas y evitar que los participantes sean sujetos de abuso y explotación en la investigación.

Docencia

En el ámbito de la docencia el PISPI propone tres acciones principales:

- Contribución a una política de acción afirmativa para la incorporación de estudiantes indígenas en los programas académicos del INSP
- Establecer un sistema de seguimiento al desarrollo profesional de los egresados indígenas, así como su contribución en el fortalecimiento de los sistemas de salud y sus resultados a favor de la salud de los pueblos indígenas
- Promoción de la formación de profesionales de la salud con competencias interculturales

Vinculación

El PISPI busca vincularse con:

- Secretarías de salud federal y de los estados
- Organizaciones indígenas de base y representantes de los pueblos originarios
- La Comisión de Asuntos Indígenas de la Cámara de Diputados LXIV Legislatura
- El Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas
- La Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural de la Secretaría de Salud
- Universidades interculturales
- La Subsecretaría de Autosuficiencia Alimentaria, Secretaría de Agricultura y Desarrollo Rural
- El *National Institute on Minority Health and Health Disparities*

Investigación

| | | | | | |
|--|--------------------|--------------------|--------------------|---------------------|--------------------|
| Acción 1: Desarrollar propuestas de investigación sobre salud de las poblaciones indígenas | | | | | |
| Indicador: Número de propuestas elaboradas y sometidas a financiamiento/número de convocatorias publicadas en el tema de salud en poblaciones indígenas | | | | | |
| Meta: Obtener financiamiento para el desarrollo de un proyecto de investigación | | | | | |
| Cronograma | | | | | |
| 2019 | | 2020 | | 2021 | |
| 1º semestre | 2º semestre | 1º semestre | 2º semestre | 1er semestre | 2º semestre |
| | X | | X | | X |
| Acción 2: Publicar artículos que se deriven de proyectos de investigación sobre poblaciones indígenas | | | | | |
| Indicador: Número de artículos publicados | | | | | |
| Meta: Publicar un artículo al año en revistas de grupo III o superior | | | | | |
| Cronograma | | | | | |
| 2019 | | 2020 | | 2021 | |
| 1er semestre | 2º semestre | 1º semestre | 2º semestre | 1º semestre | 2º semestre |
| | X | | X | | X |

Docencia

| | | | | | |
|---|--------------------|---------------------|--------------------|---------------------|--------------------|
| Acción 1: Promover la incorporación de estudiantes indígenas en los programas de la oferta académica del INSP | | | | | |
| Indicador A: Número de acciones de promoción realizadas/número de programas de la oferta académica del INSP | | | | | |
| Meta A: Dos acciones de promoción al año | | | | | |
| Cronograma | | | | | |
| 2019 | | 2020 | | 2021 | |
| 1º semestre | 2º semestre | 1º semestre | 2º semestre | 1º semestre | 2º semestre |
| X | X | X | X | X | X |
| Indicador B: Número/porcentaje de alumnos indígenas incorporados en los programas académicos del INSP | | | | | |
| Meta B: 10% de alumnos indígenas en tres años | | | | | |
| Cronograma | | | | | |
| 2019 | | 2020 | | 2021 | |
| 1º semestre | 2º semestre | 1º semestre | 2º semestre | 1º semestre | 2º semestre |
| | | | | | X |
| Acción 2: Incorporar en el sistema de registro de candidatos y alumnos la autoadscripción étnica y la competencia lingüística de algún idioma indígena (especificando grupo etnolingüístico) | | | | | |
| Indicador A: Incorporación de este dato en el sistema de registro | | | | | |
| Meta A: Incorporación del dato en el sistema de registro | | | | | |
| Cronograma | | | | | |
| 2019 | | 2020 | | 2021 | |
| 1er semestre | 2º semestre | 1er semestre | 2º semestre | 1er semestre | 2º semestre |
| | | X | | | |

Vinculación o servicios

| | | | | | |
|---|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Acción 1: Establecer convenios de colaboración entre el INSP y organizaciones indígenas en materia de investigación, docencia o servicios de salud | | | | | |
| Indicador: Número de convenios firmados/número de organizaciones indígenas interesadas en colaboración | | | | | |
| Meta: Firmar un convenio de colaboración cada dos años | | | | | |
| Cronograma | | | | | |
| 2019 | | 2020 | | 2021 | |
| 1º semestre | 2º semestre | 1º semestre | 2º semestre | 1º semestre | 2º semestre |
| | X | | | | X |
| Acción 2: Elaborar propuestas de investigación o servicios que incluyan la participación de otras instituciones u organizaciones/número de convocatorias publicadas en el tema de salud en poblaciones indígenas | | | | | |
| Indicador: Número de propuestas elaboradas y sometidas a financiamiento | | | | | |
| Meta: Obtener financiamiento para el desarrollo de un proyecto colaborativo de investigación | | | | | |
| Cronograma | | | | | |
| 2019 | | 2020 | | 2021 | |
| 1º semestre | 2º semestre | 1º semestre | 2º semestre | 1º semestre | 2º semestre |
| | X | | X | | X |
| Acción 3: Publicar documentos de recomendaciones para las políticas y programas de salud dirigidas a las poblaciones indígenas | | | | | |
| Indicador: Número de documentos publicados | | | | | |
| Meta: Publicar un documento de recomendaciones al año | | | | | |
| Cronograma | | | | | |
| 2019 | | 2020 | | 2021 | |
| 1º semestre | 2º semestre | 1º semestre | 2º semestre | 1º semestre | 2º semestre |
| | X | | X | | X |
| Acción 4: Llevar a cabo reuniones técnicas y/o de entrega de resultados con tomadores de decisiones | | | | | |
| Indicador: Número de reuniones realizadas/número de tomadores de decisiones con colaboración institucional | | | | | |
| Meta: Realizar una reunión al año | | | | | |
| Cronograma | | | | | |
| 2019 | | 2020 | | 2021 | |
| 1º semestre | 2º semestre | 1º semestre | 2º semestre | 1º semestre | 2º semestre |
| | X | | X | | X |

Referencias

1. Observatorio de Mortalidad Materna. Indicadores de mortalidad materna, 2015. México: CIESAS, 2017.
2. Torres JL, Villatoro R, Ramírez T, Zurita B, Hernández P, Lozano R, Franco F. La salud de la población indígena en México. En: Knaul F, Nigenda G (eds.). *Caleidoscopio de la salud. De la investigación a las políticas y de las políticas a la acción*. México: FUNSALUD, 2003.
3. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Ciudad de México: SSA, 2007.
4. Leyva-Flores René, Cesar Infante-Xibille, Juan Pablo Gutiérrez-Reyes, Frida Quintino-Pérez. Inequidad persistente en salud y acceso a los servicios para los pueblos indígenas de México, 2006-2012. *Salud Pública Mex.* 2013;55(supl 2):S123-8.
5. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. *Medición de la pobreza 2017*. México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2018.
6. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. *Estudio diagnóstico del derecho al medio ambiente sano*. México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2018.
7. Meneses S. *Semiótica de la otredad. La diferencia como diagnóstico. Etnografía de los encuentros médicos interétnicos en Los Altos de Chiapas*. Tesis de Maestría en Antropología Social. México: CIESAS-Sureste, 2005.
8. Menéndez E. Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciencia y Saúde Colectiva.* 2016;21(1):109-118.
9. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Recomendación General 4. Derivada de prácticas administrativas que constituyen violaciones a los derechos humanos de los miembros de comunidades indígenas respecto a la obtención del consentimiento libre e informado para la adopción de métodos de planificación familiar. México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2002.
10. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Recomendación General 15. Sobre el derecho a la protección de la salud. México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2009.
11. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Recomendación General 31. Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud. México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2017.
12. Meneses S, Gonzáles MA, Quezada D, Freyermuth G. Evolución de la equidad en el acceso a servicios hospitalarios según composición indígena municipal en Chiapas, México: 2001 a 2009. En Page J (ed.). *Enfermedades del rezago y emergentes desde las ciencias sociales y la salud pública*. Ciudad de México: UNAM, 2014; pp. 17-35.
13. Meneses S, Pelcastre B, Vega M. Coverage, availability of resources, and access to women's health services in three indigenous regions: Guerrero Mountains, Tarahumara Sierra and Nayar. En: Schwartz D (ed.). *Maternal Health, Pregnancy-Related Morbidity and Death Among Indigenous Women of Mexico & Central America: An Anthropological, Epidemiological and Biomedical Approach*. Estados Unidos de América: Springer, 2018.
14. Meneses S, Meléndez D, Meza A. Contraceptive counseling and family planning services in the Chiapas Highlands: Challenges and opportunities for improving access for the indigenous population. En Schwartz D (ed.). *Maternal Health, Pregnancy-Related Morbidity and Death Among Indigenous Women of Mexico & Central America: An Anthropological, Epidemiological and Biomedical Approach*. Estados Unidos de América: Springer, 2018.
15. Martínez J. El habitus. Una revisión analítica. *Revista Internacional de Sociología.* 2017;75(3):1-14.
16. Sepúlveda J (coord.). *La salud de los pueblos indígenas en México*. México: Secretaría de Salud, Instituto Nacional Indigenista, 1993.
17. Rivera JA, Monterrubio EA, González-Cossío T, García-Feregrino R, García-Guerra A, Sepúlveda-Amor J. Nutritional status of indigenous children younger than five years of age in Mexico: Results of a National Probabilistic Survey. *Salud Publica Mex.* 2003;45;(suppl 4):S466-76.
18. Servan-Mori E, Pelcastre-Villafuerte B, Heredia-Pi I, Montoya-Rodríguez A. Essential health care among Mexican indigenous people in a universal coverage context. *Ethnicity & Disease.* 2014;24(4): 423-30.
19. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED). *Encuesta Nacional sobre Discriminación en México*. México: Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, 2011.
20. Navarrete F. *México racista*. México: Grijalbo, 2016.
21. Navarrete F. *Alfabeto del racismo mexicano*. México: Malpaso, 2017.
22. Menéndez E. *Poder, estratificación y salud*. México: Ediciones de la Casa Chata, CIESAS, 1981.

23. Meneses S, Meza A, Pelcastre B. ¿Por qué los prestadores de servicios de salud deben brindar un trato digno a los pacientes durante la atención clínica? En: Meneses S, Freyermuth G (coords). Aportes de la antropología médica y la salud pública para prestadores de salud en regiones indígenas y rurales. México: CIESAS. En prensa.
24. Gall O. Identidad, exclusión y racismo: reflexiones teóricas y sobre México. *Revista Mexicana de Sociología*. 2004;66(2):221-59.
25. Menéndez E. Modelo Médico Hegemónico, Modelo Alternativo Subordinado y Modelo de Autoatención. Caracteres Estructurales. En: Menéndez E (comp.). *La antropología médica en México*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, 1992. Pp. 60-80.
26. Pelcastre B, Meneses S. Protocolo de investigación "Estrategias de fortalecimiento al sistema de salud para la atención de las poblaciones indígenas". Proyecto financiado por la Fundación Gonzalo Río Arronte I.A.P., 2016.
27. Organización Mundial de la Salud. Mejorar el desempeño de los Sistemas de Salud. En: OMS. Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. Ginebra: OMS, 2000. Pp. 49-50.
28. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Ciudad de México, 2019.
29. Secretaría de Salud. Ley General de Salud. Ciudad de México, 2019.
30. Secretaría de Salud. Reglamento a la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
31. Diario Oficial de la Federación. Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos [internet]. Ciudad de México, 2016. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/115_180716.pdf
32. López-Obrador AM. Discurso del presidente de México. Zócalo de la Ciudad de México, 1 de diciembre de 2018.
33. Instituto Nacional de Salud Pública. Misión y Visión [internet]. Cuernavaca: INSP, 2019. Disponible en: <https://www.insp.mx/el-instituto/mision-y-vision.html>