

Recomendaciones de política para prestar servicios de salud sin discriminación y fortalecer el modelo intercultural de atención a la salud y entornos saludables de Pueblos Indígenas y afrodescendientes en México

Adriana P. Lozano



Gracias por su interés en esta publicación de la CEPAL



Si desea recibir información oportuna sobre nuestros productos editoriales y actividades, le invitamos a registrarse. Podrá definir sus áreas de interés y acceder a nuestros productos en otros formatos.

Deseo registrarme



NACIONES UNIDAS



www.cepal.org/es/publications



www.instagram.com/publicacionesdelacepal




www.facebook.com/publicacionesdelacepal



www.issuu.com/publicacionescepal/stacks

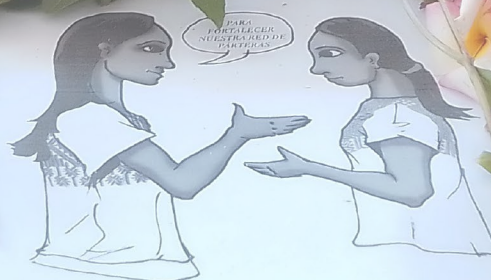


www.cepal.org/es/publicaciones/apps



Recomendaciones de política para prestar servicios de salud sin discriminación y fortalecer el modelo intercultural de atención a la salud y entornos saludables de Pueblos Indígenas y afrodescendientes en México

Adriana P. Lozano



Este documento fue preparado por Adriana P. Lozano, Consultora, bajo la supervisión de Pablo Yanes, Coordinador de Investigaciones de la sede subregional de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en México, en el marco de la cooperación técnica que la CEPAL brindó al CONAPRED. El documento se hizo con valiosos aportes y comentarios de expertos del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED).

Las Naciones Unidas y los países que representan no son responsables por el contenido de vínculos a sitios web externos incluidos en esta publicación.

No deberá entenderse que existe adhesión de las Naciones Unidas o los países que representan a empresas, productos o servicios comerciales mencionados en esta publicación.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad del autor y pueden no coincidir con las de la Organización o las de los países que representa.

Notas explicativas:

Los tres puntos indican que los datos faltan, no constan por separado o no están disponibles.

La raya indica que la cantidad es nula o despreciable.

La coma se usa para separar los decimales.

La palabra “dólares” se refiere a dólares de los Estados Unidos, salvo cuando se indique lo contrario.

La barra puesta entre cifras que expresen años (por ejemplo, 2022/2023) indica que la información corresponde a un período de 12 meses que no necesariamente coincide con el año calendario.

Debido a que a veces se redondean las cifras, los datos y los porcentajes presentados en los elementos gráficos no siempre suman el total correspondiente.

Publicación de las Naciones Unidas

LC/MEX/TS.2024/4

Distribución: L

Copyright © Naciones Unidas, 2024

Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Santiago

Esta publicación debe citarse como: A. P. Lozano, *Recomendaciones de política para la prestación de servicios de salud sin discriminación y fortalecimiento del modelo intercultural de atención a la salud y entornos saludables de Pueblos Indígenas y afrodescendientes en México* (LC/MEX/TS.2024/4), Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2024.

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse a la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), División de Documentos y Publicaciones, publicaciones.cepal@un.org. Los Estados Miembros de las Naciones Unidas y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Solo se les solicita que mencionen la fuente e informen a la CEPAL de tal reproducción.

Índice

Resumen	7
Introducción	9
I. Diseño de la investigación	13
A. Objetivo	13
B. Marco teórico-metodológico	13
C. Categorías conceptuales.....	14
1. Discriminación y prácticas discriminatorias en los servicios de salud	14
2. Salud como derecho humano y actualidad del Sistema Nacional de Salud en México.....	15
3. Derecho a la salud y principio de no discriminación	17
4. Salud e igualdad de género.....	18
5. Interculturalidad en salud.....	18
D. Enfoque metodológico.....	19
E. Estrategia de investigación	19
II. Compendio diagnóstico sobre prácticas discriminatorias en el ejercicio del derecho a la salud	21
A. Estado del arte: discriminación en los servicios de salud.....	21
B. Perfil sociodemográfico de la población indígena y afromexicana	23
1. Población indígena.....	23
2. Población afromexicana o afrodescendiente	25
C. Perfiles generales de salud y derechohabiencia de la población indígena y afromexicana	26
1. Perfil epidemiológico	26
2. Derechohabiencia, acceso y uso de los servicios de salud.....	27
3. Afiliación a servicios de salud población indígena	27
4. Afiliación a servicios de salud población afromexicana o afrodescendiente.....	28
5. Uso de servicios de salud por parte de población indígena y afromexicana	28
6. Poblaciones indígenas y afromexicanas: impacto y riesgos en el marco de la pandemia por COVID-19.....	32

D.	Mapeo de información sobre discriminación en los servicios de salud hacia personas indígenas y afroamericanas	33
1.	Datos de la Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS) 2017 (INEGI, 2017).....	33
2.	Programa Nacional para la Igualdad y no Discriminación (PRONAIND) 2021-2024.....	35
3.	Análisis cualitativo de recomendaciones de la CNDH relacionadas con derecho a la salud y prácticas discriminatorias hacia personas indígenas y afroamericanas	36
4.	Informes periódicos en el marco de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer	37
5.	Informes periódicos en el marco de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial.....	38
III.	Propuestas	41
A.	Lineamientos generales.....	41
B.	Guía de actuación para el personal de salud.....	44
IV.	Modelo de atención intercultural en salud para Pueblos Indígenas y afrodescendientes	47
A.	Proceso de revisión	47
B.	Criterios por incorporar	50
V.	Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro	53
A.	Proceso de revisión	53
B.	Criterios por incorporar	57
VI.	Conclusiones	59
	Bibliografía	61
	Anexos	71
Anexo 1	Marco normativo y programas relacionados con el derecho a la salud de Pueblos Indígenas y afroamericanos.....	72
Anexo 2	Tabla resumen de las recomendaciones generales de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), 2002-2021	75
Anexo 3	Tabla resumen de los Lineamientos de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural de la Secretaría de Salud Federal (SSA) en materia de salud, interculturalidad, Pueblos Indígenas y afroamericanos.....	90
Anexo 4	Fortalecimiento de los servicios de salud en la atención de las mujeres indígenas con parteras tradicionales [lineamientos] (DMTDI, 2019).....	95
	Cuadros	
Cuadro 1	México: atención según institución y grupos de personas, 2017.....	29
Cuadro 2	Principales recomendaciones relacionadas con atención humanizada e intercultural, guía de práctica clínica para la vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo.....	54
	Gráficos	
Gráfico 1	México: grupos quinquenales de edad y sexo población de 3 años y más hablante de lengua indígena, 2020	24
Gráfico 2	México: población de 3 años y más hablante de lengua indígena y población indígena en hogares por entidad federativa, 2020.....	25
Gráfico 3	México: grupos quinquenales de edad y sexo de la población afroamericana o afrodescendiente, 2020.....	26
Gráfico 4	México: afiliación a servicios de salud de la población de 3 años y más hablante de lengua indígena, 2020	27
Gráfico 5	México: afiliación a servicios de salud población por autoadscripción afroamericana o afrodescendiente, 2020.....	28

Gráfico 6	México: uso de servicios de salud de personas indígenas por lugar de atención de salud, 2017.....	29
Gráfico 7	México: uso de servicios de salud personas afrodescendientes lugar de atención de salud, 2017.....	30
Gráfico 8	México: personas indígenas que reportan negación de derechos, agosto de 2012 a octubre de 2017.....	34
Gráfico 9	México: lugares en donde personas indígenas reportan discriminación, agosto de 2016 a octubre de 2017.....	34

Resumen

En este documento se presentan los resultados del análisis en torno a la discriminación que enfrenta la población indígena y afroamericana en los servicios de salud en México. Se reflexiona sobre el tipo de prácticas discriminatorias que se observan en los procesos de atención médica y la manera como dichas prácticas restringen, impiden, obstaculizan, menoscaban o niegan el derecho a la salud. La discriminación en la prestación de servicios de salud hacia las personas indígenas y afroamericanas se da a partir de un trato desigual e injusto que tiene como origen prejuicios, estigmas, estereotipos y el desconocimiento de sus derechos humanos, en este caso por acción u omisión de instituciones o diversos actores del Sistema Nacional de Salud.

También se presenta la revisión de modelos de atención intercultural impulsados en diferentes momentos por instancias rectoras del sector salud, específicamente del Modelo de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas y Afrodescendientes (MASPIA) y del Modelo de Atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro. Al respecto se presentan una serie de lineamientos, guías y recomendaciones que buscan aportar a la concreción de una política pública de salud acorde con las necesidades y contextos de los Pueblos Indígenas y afroamericanos. El propósito central de este estudio es brindar herramientas analíticas que promuevan el ejercicio pleno y universal del derecho a la protección de la salud de esta población, con base en los enfoques de derechos humanos, interculturalidad, igualdad de género y el principio de no discriminación.

Introducción

Existe una vasta producción de informes, libros, artículos académicos y de prensa que documentan las situaciones de vulnerabilidad y las brechas que impiden el derecho a la protección de la salud en México, evidenciando que en determinados grupos o sectores de la población se expresan con mayor rigor las desigualdades sociales en salud. Tal es el caso de las personas indígenas y afrodescendientes, entre quienes se reporta un menor acceso a servicios de salud y de seguridad social (CONAPRED, 2021).

Por otro lado, a nivel nacional se han realizado reformas relacionadas con los procesos de planeación, operación y evaluación de los servicios de salud, especialmente en las últimas dos décadas. No obstante, están en el orden del día varias discusiones en torno a los problemas de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención médica, tanto en el nivel asistencial curativo como en el preventivo y paliativo, así como en la rehabilitación y promoción de la salud¹. Se trata de una problemática que involucra principalmente a instituciones del sector salud, pero que, al tratarse de un asunto de interés público, precisa la vinculación con otros actores, lo que no significa minimizar la responsabilidad de las autoridades y del personal de salud, en especial del personal médico, con respecto al derecho a la salud.

En este mismo tenor, se comprende que cualquier estrategia en materia de mejoramiento de la prestación de servicios de atención médica pasa, en primer lugar, por una necesaria revisión de cómo se concibe el derecho a la salud. En este sentido, se retoma lo planteado en la Observación General núm. 14 de 2000 (OG14-2000) del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, misma que sintetiza la interrelación entre cuatro elementos esenciales del derecho a la salud, como lo son: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (Naciones Unidas, 2000). En términos más detallados, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUD) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) describen dichos elementos de la siguiente manera:

- Cada Estado debe tener disponibles un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios de salud y centros de atención de la salud públicos.

¹ Dentro del art. 7º del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, estos se definen como “el conjunto de servicios que se proporcionan al usuario con el fin de proteger, promover y restaurar su salud, así como brindarle cuidados paliativos al paciente en situación terminal” (DOF, 2018).

- Deben ser físicamente accesibles (deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los niños, los adolescentes, las personas de edad, las personas con discapacidad y otros grupos vulnerables), y también desde el punto de vista económico, sin discriminación alguna. La accesibilidad también comprende el derecho a solicitar, recibir y difundir información relacionada con la salud en forma accesible (para todos, incluidas las personas con discapacidad), pero sin menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.
- Los establecimientos, bienes y servicios de salud también deben comportar respeto hacia la ética médica y sensibilidad para con los requisitos de género y ser culturalmente apropiados. En otras palabras, deben ser aceptables desde el punto de vista médico y cultural.
- Por último, deben apropiarse desde el punto de vista científico y médico y de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua potable y condiciones sanitarias adecuadas (OACNUD/OMS, 2018, pág. 5).

Como puede verse, el cumplimiento de estos estándares básicos para la prestación de servicios de salud es una tarea compleja pues convergen diversos tipos de determinantes sociales estructurales, incluyendo aquellos que tienen que ver con las condiciones políticas, económicas, culturales y ambientales que impactan el proceso de salud-enfermedad-atención, tanto a nivel colectivo, como individual. El reto es todavía mayor, si se analizan las realidades en salud de grupos específicos de población que han sufrido históricamente procesos de exclusión social, pues son quienes han vivido de manera más dramática los costos de la discriminación. En materia de atención a la salud la OACNUD y la OMS también plantean que:

“en algunas sociedades, las minorías étnicas y los Pueblos Indígenas tienen acceso a un menor número de servicios de salud, reciben menos información sanitaria y es menos probable que dispongan de una vivienda adecuada y de agua potable, y sus hijos registran una tasa de mortalidad más elevada y padecen malnutrición más grave que la población en general” (OACNUD/OMS, 2018, pág. 9).

En este sentido, se hace urgente dar continuidad a la agenda en materia de políticas públicas en salud para grupos discriminados y repensar la forma en cómo puedan operar, de manera más práctica, los principios de integralidad, dignidad, respeto, igualdad de género y no discriminación al interior de los servicios de salud.

También se precisa de un debate más profundo y abierto sobre la existencia y persistencia de prácticas discriminatorias en la prestación de servicios de atención médica. Dicha discriminación opera a partir de actitudes, conductas y prácticas que restringen, impiden, obstaculizan o niegan el derecho a la salud debido a un trato discriminatorio, desigual e injusto, basado en prejuicios, estigmas y desconocimiento de los derechos humanos. Estas prácticas operan a partir de acciones u omisiones en la prestación de los servicios de atención médica, pueden darse en los diferentes niveles y ser ejercidas por parte de las propias instituciones y actores del Sistema Nacional de Salud.

De igual manera, es importante recuperar estudios que ya se han realizado en esta materia. Desde hace ya una década, Raphael (2012) evidenciaba cómo la fragmentación del Sistema Nacional de Salud da origen a una discriminación de facto, por ejemplo, a partir de la diferencia de bienes y servicios presentes en los diferentes subsistemas de atención a la salud (seguridad social laboral, servicios para población no asegurada, servicios privados). En ese mismo estudio se documentaron procesos de exclusión en los servicios de salud hacia determinados sectores de población: mujeres, niñas y niños, adolescentes y jóvenes, personas adultas mayores, personas con VIH, población de la diversidad sexual², migrantes, personas con discapacidad y población indígena. Precisamente en este último grupo los principales problemas estaban relacionados con disponibilidad y accesibilidad, tanto por falta de servicios básicos de salud, como por la baja proporción de derechohabencia entre personas indígenas.

² El término diversidad sexual se refiere de manera incluyente a las diversas características sexuales, orientaciones, expresiones e identidades de género.

Por su parte, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) publicó un informe especial sobre el derecho a la salud en 2019 en el que advierte que la mayor parte de las barreras para que las comunidades indígenas gocen de servicios de salud tienen como origen las políticas integracionistas³. Un rasgo del modelo médico predominante tiene que ver con la imposición de una mirada homogénea de los procesos de atención a la salud, lo que en la práctica desconoce la pluriculturalidad y la diversidad étnica y, por ende, se convierte en un obstáculo para el derecho a la protección de la salud, particularmente de la población indígena y afroamericana.

Teniendo en cuenta lo anterior, a continuación se presentan algunos elementos descriptivos y analíticos para discutir las inercias institucionales heredadas, así como las resistencias “naturales” que tienen los procesos de transformación del modelo de atención médica predominante. El propósito central de estas reflexiones es brindar alternativas para prevenir y eliminar las prácticas discriminatorias dentro de los servicios de salud, particularmente de aquellas que se ejercen hacia poblaciones indígenas y afroamericanas.

Así, en el primer capítulo se presentan los fundamentos conceptuales que inspiran este estudio y algunas categorías que invitan a un diálogo interdisciplinar y una mirada compleja del fenómeno de la discriminación en los servicios de salud; también se precisa la metodología y estrategia investigativa. Posteriormente, en el segundo capítulo se ofrece un panorama demográfico y los perfiles generales de salud y de atención de las personas indígenas y afroamericanas, así como un acercamiento al tipo de prácticas discriminatorias que obstaculizan el acceso y goce a su derecho a la salud.

En lo concerniente a propuestas, en el tercer capítulo se exponen lineamientos y consideraciones para prevenir y erradicar las prácticas discriminatorias hacia poblaciones indígenas y afroamericanas en el ámbito de la salud, para lo que se propone una guía básica o decálogo para la actuación del personal de salud. Por su parte, en los capítulos cuarto y quinto se presenta una revisión pormenorizada de los principales modelos interculturales en salud que se han planteado en México en las últimas décadas y se propone incluir algunos criterios que dinamicen la implementación de un enfoque intercultural, de igualdad y no discriminación en la prestación de los servicios de salud.

³ En el informe citado se alude a los antecedentes de la política indigenista cuyo propósito central fue la aculturación, proceso que tuvo continuidad a partir de enfoques integracionistas y monoculturales orientados a la universalización de la identidad nacional (CNDH, 2019).

I. Diseño de la investigación

A. Objetivo

El propósito general de la presente investigación es brindar herramientas analíticas y propuestas de políticas públicas que promuevan el ejercicio pleno y universal del derecho a la protección de la salud de las poblaciones indígenas y afroamericanas, con base en los enfoques de derechos humanos, interculturalidad, igualdad de género y el principio de no discriminación, como aporte a la prevención y la reducción de las prácticas discriminatorias dentro de los servicios de atención médica.

B. Marco teórico-metodológico

Para abordar el estudio de las prácticas de discriminación en los servicios de salud, se requiere un marco conceptual que contenga diferentes aristas y desde el cual sea posible analizar las dimensiones involucradas en dichas prácticas, específicamente las que vive la población indígena y afroamericana durante su contacto con los servicios de atención médica.

En el caso de esta investigación, se tienen en cuenta las principales conceptualizaciones en torno a la discriminación y, de manera específica, se propone que las prácticas discriminatorias en el ejercicio del derecho a la salud sean la categoría central de análisis. Para la reflexión sobre la presencia y persistencia de este tipo de prácticas en los servicios de atención médica (públicos y privados) se incorpora la perspectiva de la sociología médica crítica, así como sus análisis sobre el campo médico, mismo que es definido como:

“un conjunto de instituciones y actores de la salud que, ubicados en diferentes posiciones, mantienen entre ellos, relaciones de fuerza orientadas a conservar, adquirir o transformar esa forma de capital específico que consiste en la capacidad de imponer los esquemas dominantes de definición, percepción y apreciación de las materias propias de la agenda sanitaria, así como de la acción (política, comercial, científica, profesional) que deriva de ello” (Castro, 2014, pág. 173).

Castro (2014) ha documentado el origen de diferentes formas de maltrato y abuso en el sector salud, señalando que su abordaje debe ser amplio y, por tanto, no puede limitarse a un asunto de calidad de la atención. Asimismo, identifica su origen en las propias estructuras de poder del campo médico, desde donde se expresan las predisposiciones incorporadas a la subjetividad de los agentes. Desde esta interpretación bourdiana del habitus médico (Castro, 2014) se puede comprender mejor la reproducción naturalizada y cotidiana de las relaciones de poder dentro de las prácticas de atención médica (Castro y Erviti, 2015).

También se adopta el enfoque de salud como derecho humano desde una significación amplia e integral que incluye, además de la atención médica, el estudio sobre los principales determinantes sociales. Este derecho se concreta (o no) en la organización de los sistemas de salud y, en este caso, es importante identificar las tendencias de los procesos de reforma del sector salud en México. Otros marcos conceptuales contemplados en el análisis son: i) el principio de no discriminación e igualdad en relación con el derecho a la salud; ii) la perspectiva de igualdad de género; y iii) el enfoque de interculturalidad en salud.

C. Categorías conceptuales

1. Discriminación y prácticas discriminatorias en los servicios de salud

Se toma como referencia el concepto de discriminación en el sentido de aquellas prácticas desarrolladas desde espacios informales o institucionales “que niegan el trato igualitario o producen resultados desiguales para ciertos grupos sociales” (Solís, 2017, pág. 27) y que tienen como resultado tanto la privación o menoscabo del acceso a derechos, como la reproducción de las desigualdades sociales (Solís, 2017). La discriminación puede ser un acto que se realice de manera intencional o no, empero se basa en una “injusta diferenciación” (Del Pino, 2015, pág. 37) basada en estigmas o prejuicios mediante los cuales determinados grupos sociales son catalogados como “inferiores, desiguales, indignos” (Del Pino, 2015).

Por su parte, la base del marco normativo nacional se expresa en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM). En su artículo primero, párrafo quinto, se encuentra la prohibición explícita de la discriminación en sus diferentes vertientes:

“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” (México/SEGOB, 1917, págs. 1-2).

Asimismo, se retoma la definición del artículo primero de la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (LFPEDE), donde se define la discriminación como:

“toda distinción, exclusión, restricción o preferencia, que por acción u omisión, con intención o sin ella, no sea objetiva, racional ni proporcional y tenga por objeto o resultado obstaculizar, restringir, impedir, menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos y libertades, cuando se base en uno o más de los siguientes motivos: el origen étnico o nacional, el color de piel, la cultura, el sexo, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, económica, de salud o jurídica, la religión, la apariencia física, las características genéticas, la situación migratoria, el embarazo, la 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, la misoginia, cualquier manifestación de xenofobia, la segregación racial, el antisemitismo, así como la discriminación racial y otras formas conexas de intolerancia (México/SEGOB, 2003, págs. 1-2).

De manera concreta, en el Programa Nacional para la Igualdad y No Discriminación (PRONAIND) 2021-2024, la discriminación se conceptualiza como un conjunto de procesos sociales que tiene como origen prejuicios, estigmas y estereotipos, mismos que se manifiestan en actitudes, conductas y prácticas

de trato desigual hacia ciertos grupos, generando —y al mismo tiempo legitimando— “relaciones asimétricas de poder y de dominio de los grupos sociales dominantes sobre los grupos discriminados y, por tanto, inferiorizados” (México/SEGOB, 2021, pág. 5).

Además de las acepciones sobre discriminación presentadas, se incluye la categoría de prácticas discriminatorias, que facilita su observación y análisis en escenarios concretos. En el PRONAIND se considera que:

“Estas prácticas, entendidas como conductas, normas (formales o informales), programas y políticas (o su inexistencia) que se realizan desde las instituciones constituyen una de las principales causas de la desigualdad social y del déficit en la garantía de los derechos humanos en ámbitos como la salud, la educación, el trabajo, la seguridad social, la justicia, el mercado y la cultura” (México/SEGOB, 2021, pág. 5).

Pese a la existencia del marco conceptual y normativo sobre la discriminación, en algunos estudios se han señalado las dificultades para investigar las prácticas de discriminación en ámbitos institucionales, incluido el de la salud, toda vez que las metodologías de medición y estudio se han centrado en el nivel microsocial y los abordajes se han hecho desde la subjetividad, descuidando así los niveles de análisis meso y macrosociales (Solís, 2017), desde los que se podría ilustrar y explicar de mejor manera el fenómeno de la discriminación estructural y, de manera particular, la discriminación que se observa en los servicios de salud.

Justamente dentro de la LFPED se incluyeron varias fracciones de lo que podría considerarse como discriminación; en el capítulo segundo, artículo noveno, se mencionan los siguientes motivos en referencia a la salud y la atención médica:

“VI. Negar o limitar la información sobre derechos sexuales y reproductivos o impedir el libre ejercicio de la determinación del número y espaciamiento de los hijos e hijas;

VII. Negar o condicionar los servicios de atención médica, o impedir la participación en las decisiones sobre su tratamiento médico o terapéutico dentro de sus posibilidades y medios;

XX. Impedir el acceso a la seguridad social y a sus beneficios o establecer limitaciones para la contratación de seguros médicos, salvo en casos que la ley así lo disponga;

XXI. Limitar el derecho a la alimentación, la vivienda, el recreo y los servicios de atención médica adecuados, en los casos que la ley así lo prevea;

XXXI. Difundir sin consentimiento de la persona agraviada información sobre su condición de salud;

XXXII. Estigmatizar y negar derechos a personas con VIH/SIDA (México/SEGOB, 2003, págs. 3-5).”

Con base en estas consideraciones, el presente estudio se centra en el análisis de las prácticas discriminatorias en el ejercicio del derecho a la salud, entendidas como aquellas actitudes, conductas y prácticas que restringen, impiden, obstaculizan o niegan el derecho a la salud a partir de un trato discriminatorio, desigual e injusto, basado en prejuicios, estigmas y desconocimiento de los derechos humanos. Estas prácticas operan a partir de acciones u omisiones en la prestación de los servicios de atención médica (curativa, preventiva o de promoción), las ejercen las instituciones y los actores del Sistema Nacional de Salud⁴ y pueden resultar en afectaciones innecesarias en el estado de salud individual y colectivo y, en ese sentido, expresarse en el aumento de los índices de morbimortalidad en grupos históricamente discriminados.

2. Salud como derecho humano y actualidad del Sistema Nacional de Salud en México

La salud se reconoce como un derecho humano fundamental; en concreto, la asistencia médica se reconoce como parte de este derecho en la Declaración Universal de Derechos Humanos. Por su parte, dentro del contenido del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y

⁴ De acuerdo con el art. 5° de la Ley General de Salud, el Sistema Nacional de Salud está conformado por dependencias y entidades públicas del nivel federal y local, así como por personas físicas y morales del sector social y del sector privado.

Culturales (PIDESC) se reconoce que la salud es “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (Naciones Unidas, 2000, pág. 2), aclarando que lograrlo supera por mucho la atención que brindan las instituciones del sector. De esta manera se proyecta un accionar en salud centrado en promover condiciones de vida sanas, esto es, un enfoque de derecho a la salud que abarca diferentes determinantes sociales (agua potable, alimentación, nutrición, vivienda, trabajo, medio ambiente, educación en salud e igualdad de género, entre otros) (OACNUD/OMS, 2018).

De acuerdo con lo anterior, una aproximación a los logros en salud —concebida desde una mirada integral y de determinación social— puede hacerse a partir de la medición de indicadores como el acceso a sistemas de protección a la salud; la oferta de programas preventivos que incluyan acciones de detección temprana de enfermedades; el acceso y disponibilidad de medicamentos esenciales; la promoción de programas de atención a la salud sexual y reproductiva, materna e infantil; el acceso equitativo, oportuno y de calidad a servicios de salud básicos; el acceso a educación e información en salud y los procesos de participación social y comunitaria en diferentes niveles de decisión (OACNUD/OMS, 2018).

De igual manera, la OG14-2000 del PIDESC cuenta con un abordaje integral del derecho a la salud, donde se definen sus cuatro elementos esenciales: i) disponibilidad; ii) accesibilidad; iii) aceptabilidad, y iv) calidad, que a su vez se encuentran interrelacionados (OACNUD/OMS, 2018). Sin embargo, debido a las dificultades para que los Estados avancen en dicho abordaje y ante la persistencia de las desigualdades sociales, los objetivos internacionales en materia de salud se han limitado a la meta de cobertura sanitaria universal, cuya medición puede hacerse mediante indicadores como la proporción de población con acceso a servicios de salud o el porcentaje de la economía familiar que se destina a gastos en salud (Naciones Unidas, 2021).

En cuanto al derecho a la salud en México y su relación con el Sistema Nacional de Salud, su medición a partir de indicadores como el de derechohabencia es limitado y parcial, pues el derecho a la protección de la salud, incluido en el artículo 4° de la CPEUM, implica una mirada más allá del acceso a servicios de atención médica, preventiva o de la salud pública. En cuanto a la cobertura y el acceso, desde la primera década de 2000 se implementaron varias reformas orientadas al denominado aseguramiento universal, pero dentro de los principales obstáculos se identificaron la segmentación y la fragmentación del Sistema Nacional de Salud, pues se evidenció la desarticulación entre los tres subsistemas existentes (población abierta, seguro social laboral público y privado) (Laurell, 2013).

En un escenario opuesto al anterior, actualmente se transita de este esquema de aseguramiento y afiliación individual, conocido como Seguro Popular (SP), hacia un escenario de acceso y atención universal para toda la población. Así, en 2019, dentro de las reformas constitucionales al artículo 4° se incluyó la creación de un sistema de salud para el bienestar y, en este sentido, “la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social” (México/SEGOB, 2019, pág. 10).

Esta iniciativa también se conecta con diferentes reformas a la Ley General de Salud (LGS) en el último período donde, por ejemplo, se incluye la prestación gratuita de servicios de salud y medicamentos a población sin seguridad social (art. 27, fracción III). Asimismo, se creó una entidad federal, el Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI) (México/SEGOB, 1984). De manera reciente se derogó el artículo que creó dicho organismo y sus funciones serán asumidas por los servicios de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-Bienestar), mismos que estarán a cargo de “la prestación gratuita de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados que requieran las personas sin seguridad social” (México/SEGOB, 2023, pág. 77).

También se crearon nuevas disposiciones dentro del Programa Sectorial de Salud (PSS) 2020-2024, haciendo referencia explícita a la población indígena y afromexicana, así como estableciendo estrategias prioritarias y acciones que incluyen nominalmente el enfoque de interculturalidad y el principio de no discriminación (México/SEGOB, 2020a). En 2022, la Secretaría de Salud federal avanzó en la formulación e implementación de una política nacional de salud en concordancia con los lineamientos de gratuidad, integralidad y calidad de la atención a la salud. En este sentido, emitió el Programa Estratégico de Salud para el Bienestar (México/SEGOB, 2022a), dentro del que se contempló la recuperación de las funciones de rectoría de la Secretaría de Salud Federal (SSA), así como los mecanismos financieros y administrativos para garantizar la federalización de los servicios.

Para lo anterior se transferirán las unidades médicas y el personal de salud al IMSS-Bienestar, teniendo así a cargo los servicios de salud estatales (SESA) y, por ende, la prestación de servicios de atención médica de la población sin seguridad social en las entidades federativas que suscriban los respectivos acuerdos de coordinación. El horizonte de este proceso es consolidar un sistema de salud para el bienestar y crear un servicio nacional de salud pública (México/SEGOB, 2022b). Asimismo, como parte de los objetivos prioritarios de este programa se incluyó la elaboración e implementación de un modelo de atención denominado Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-Bienestar) acorde a los fundamentos de la atención primaria de salud (APS). Para la operación del modelo se contempló, por un lado, la creación de los servicios de salud del IMSS-Bienestar como un organismo público descentralizado, así como la transformación de otros modelos (estatales públicos y de instituciones de seguridad social) (México/SEGOB, 2022c).

En sus lineamientos el MAS-Bienestar propone redes integradas de servicios de salud (RISS) a través de la vinculación efectiva entre los tres niveles de atención; más aún, propone una reestructuración del sector, comenzando por las funciones de rectoría de las secretarías de salud (federal y estatales) y la creación de nuevos espacios de coordinación territorial (distritos y centros coordinadores). Este modelo también retoma los elementos centrales de la APS; en ese sentido, define que los ejes de intervención son: i) promoción de la salud; ii) prevención de enfermedades, iii) diagnóstico y tratamiento, iv) rehabilitación, y v) cuidados paliativos. A su vez, en el apartado de acceso del MAS-Bienestar se menciona que los servicios deben ser “aceptables para los diferentes grupos en términos de diversidad de género, culturas y etnias y contar con formación intercultural”. Por su parte, en el apartado de calidad de la atención también se dice que los servicios “requieren adaptarse a la visión de interculturalidad de las personas a quienes se prestan los servicios” (México/SEGOB, 2022a).

El marco normativo del MAS-Bienestar retoma las reformas constitucionales del artículo 4º y de la Ley General de Salud, particularmente lo relacionado con el derecho a la protección a la salud de las personas sin seguridad social; además, hace referencia a la jurisprudencia de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN, 2019) con respecto a los objetivos de garantía de este derecho por parte del Estado, especificando que además de sus deberes con respecto a la dimensión nivel individual o personal de la salud, también existe el deber en materia de políticas de salud pública y demás acciones de la dimensión colectiva o social (México/SEGOB, 2022a). Con base en la información del MAS-Bienestar se puede concluir que el proceso actual de transformación del Sistema Nacional de Salud está inspirado en enfoques que retoman la dimensión estructural y de determinantes sociales, por lo que se concibe la salud desde un sentido complejo e integral.

3. Derecho a la salud y principio de no discriminación

La OG14-2000 del PIDESC también hace una mención específica a que los servicios, bienes e instalaciones de salud deben facilitarse sin discriminación; de hecho, incluye este principio antidiscriminatorio como una de las cuatro dimensiones de la accesibilidad “No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, he hecho y de derecho, a los sectores vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos” (art. 12, literal b, párr. i)⁵ (Naciones Unidas, 2000, pág. 5).

Esta misma observación advierte de la existencia de acciones, políticas o leyes estatales que contravienen o violan las obligaciones definidas dentro del artículo 12 del PIDESC. Se mencionan, por ejemplo, la negación del acceso a instituciones, bienes o servicios de salud a causa de discriminación de jure o de facto (Naciones Unidas, 2000, pág. 19). Por su parte, a nivel nacional dentro del artículo 77 bis 1 de la Ley General de Salud (LGS) se determina que el derecho a la protección a la salud debe ser garantizado por el Estado, y que el acceso a los servicios de atención médica debe ser “gratuito, progresivo, efectivo, oportuno y de calidad y sin discriminación a los servicios médicos” (México/SEGOB, 1984, pág. 30). En este mismo sentido, los beneficiarios de los servicios gratuitos según el artículo 77

⁵ En el párr. 18 del art. 12 de la OG 14 de 2000 se menciona la prohibición de toda discriminación por motivos de “raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, estado de salud (incluidos el VIH/SIDA), orientación sexual y situación política, social o de otra índole” (Naciones Unidas, 2000, pág. 8).

bis 37, fracción I, tendrán derecho a recibir en igualdad y sin discriminación los servicios de salud; el nivel de ingreso o la carencia de este, no podrán ser limitantes para el acceso a la prestación de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados (México/SEGOB, 1984).

Pensando en la particularidad del derecho a la salud de los Pueblos Indígenas y el principio de no discriminación, además de los mandatos contenidos en la legislación internacional (véase el anexo 1), es relevante el contenido de la Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, que precisa “el derecho a utilizar, sin discriminación alguna, todas las instituciones y servicios de salud y atención médica accesibles a la población en general” (OEA, 2016, pág. 8).

4. Salud e igualdad de género

En salud es un sentido común incluir a la población de mujeres como parte de las poblaciones prioritarias, así como ligar sus necesidades en materia de atención médica a temas considerados prioritarios para su ciclo vital. Es el caso de lo relacionado con la salud sexual y reproductiva, tales como embarazo, parto y puerperio, anticoncepción, aborto, embarazo adolescente, prevención de cáncer de mama y cervicouterino y violencia de género, entre otros. Por otra parte, la mayor parte de los diagnósticos de salud y perfiles epidemiológicos solo incluyen la variable sexo (hombre/mujer) como una de sus principales variables. Aunque parezca obvio, eso no implica una mirada de género *per se*.

Incluir el enfoque de igualdad de género en salud permitiría ampliar el rango, tanto de análisis, como de acción porque el género como categoría de análisis remite a la reflexión sobre los significados culturales de lo femenino y lo masculino e implica (más que reconocer las diferencias físicas de los sexos) identificar los roles que socialmente se asignan y reproducen sobre ser hombre o ser mujer, las desigualdades que dicha asignación de roles produce e incluso la invisibilización de otras identidades de género no binarias. Este enfoque permite analizar cómo dichas desigualdades impactan en el uso de los servicios de salud o, de manera más amplia, cómo condicionan las formas individuales y colectivas de vivir, enfermar, sanar y morir.

Al respecto, Lagarde (1996) plantea que cada sociedad y cultura cuenta con una cosmovisión o cuerpo de significados y prácticas sobre los géneros, y que adoptar una perspectiva de género permite contar con herramientas para analizar las relaciones de poder y desigualdad basadas en concepciones androcéntricas. En ese mismo horizonte, dicha perspectiva:

“Reconoce la diversidad de géneros y la existencia de las mujeres y los hombres, como un principio esencial en la construcción de una humanidad diversa y democrática. Sin embargo, plantea que la dominación de género produce la opresión de género y ambas obstaculizan esa posibilidad” (Lagarde, 1996, pág. 13).

Dentro del campo de la salud, la igualdad de género también permite cuestionar la medicalización y los procesos de control sobre el cuerpo, la sexualidad y la reproducción por parte de la institución médica. En respuesta a esto, desde hace al menos cuatro décadas las vertientes feministas han impulsado una agenda internacional sobre derechos sexuales y reproductivos como una herramienta para la defensa de los derechos de las mujeres, incluyendo el derecho a contar con servicios de salud que respeten, protejan y garanticen sus derechos humanos.

5. Interculturalidad en salud

Desde la antropología médica existe un marco analítico para estudiar los diferentes modelos y prácticas de atención médica. De hecho, para analizar los problemas de salud cada vez es más frecuente usar conceptos como cultura, cosmovisión, procesos bioculturales, pluralismo médico, modelos médicos (hegemónico, subordinado, autoatención), epidemiología sociocultural e interculturalidad (Campos, 2016). Con respecto a la interculturalidad, sus orígenes se remontan a las discusiones y propuestas de salud indígena de inicio de la década de 1980 pero, en sentido estricto, la interculturalidad no es sinónimo de pueblos originarios, aunque sí nace como respuesta a su exclusión, a la ausencia de políticas públicas en salud indígena o al rechazo de aquellas que replicaban enfoques asimilacionistas.

La interculturalidad en salud en México se reconoce como una orientación de la política de salud desde hace aproximadamente dos décadas (Almaguer, Vargas y García, 2014; SSA, 2020). Sin embargo, el balance no es tan favorable; algunos autores han documentado que las adecuaciones interculturales dentro de los servicios de salud son aún insuficientes y precarias (Campos, Peña y Maya, 2017; Menéndez, 2016). Las razones son complejas, pero parte de la situación se explica por la persistencia de fenómenos de racismo estructural, discriminación y desigualdad social; de manera que, al hacer referencia a la interculturalidad y a las acciones que desde allí se promuevan, se ha de incluir no solo las reflexiones en torno a la dimensión de la cultura, sino también su contexto, en vínculo con otro tipo de determinaciones de orden estructural (económicas, políticas y sociales).

En este sentido, es razonable que se señalen las ausencias o vacíos que subyacen a las hoy conocidas iniciativas de salud con enfoque intercultural, sobre todo cuando terminan limitándose a acciones puntuales, tales como la presencia de intérpretes o los denominados cursos de sensibilización intercultural para el personal de salud. En el análisis de los vacíos y debilidades para la concreción de la perspectiva intercultural debe considerarse el contexto social, que para la mirada culturalista es apenas subsidiario. Al respecto, los enfoques más críticos advierten:

“el discurso intercultural, al resaltar el aspecto simbólico-cosmogónico de las terapéuticas indígenas, tiende a anular el contexto sociocultural en el que se expresan, tales como el proceso de empobrecimiento; el despojo del territorio, la discriminación con base en imaginarios racistas, así como el poco o nulo acceso a bienes y servicios” (Campos, Peña y Maya, 2017, pág. 453).

Aun con estas salvedades, también es cierto que dentro de los diferentes significados asignados al término interculturalidad en salud, ha sido valiosa la visibilización de la interrelación cultural entre diferentes grupos sociales, así como la existencia de identidades culturales diversas, aclarando que estas relaciones pueden ser de complementariedad, equidad y cooperación, pero al igual pueden expresar relaciones asimétricas y contradictorias (Menéndez, 2016).

A su vez, muchas de las iniciativas en materia de interculturalidad y Pueblos Indígenas han provenido de las voces de sectores sociales críticos, incluyendo a varias organizaciones o representantes de los Pueblos Indígenas y afromexicanos. Desde allí se han impulsado iniciativas de reconocimiento a sus actores, sistemas y modelos de atención y, por ende, el respeto de sus saberes y prácticas al proponer la creación de escenarios —en condiciones de igualdad— para el diálogo con las y los actores, sistemas, modelos, saberes y prácticas del modelo biomédico.

D. Enfoque metodológico

Aunque más adelante se describe la estrategia de investigación, del marco metodológico se puntualiza que la principal unidad de análisis son las prácticas discriminatorias dentro de los servicios de atención médica y que los sujetos clave para dicho análisis son las poblaciones y comunidades indígenas y afromexicanas. Aun así, no es posible analizar este tipo de fenómenos sin una lectura interseccional de los diferentes escenarios, prácticas y tipos de discriminación, por ejemplo, de aquellas que se basan en motivos como el sexo, género, edad, idioma, discapacidad, condición socioeconómica, de salud, origen nacional, situación migratoria, orientación sexual, identidad y expresión de género, entre otros.

De igual manera, se observa que dentro de la temática de discriminación interactúan diversos actores. Por un lado, están las personas indígenas y afromexicanas usuarias de los servicios de salud; por otro, una amplia gama de actores institucionales del sistema de salud público, privado y social. Entre ellos resalta el personal médico, pero también es clave tener en cuenta otras profesiones u oficios que tienen contacto directo con las y los pacientes, como el personal de enfermería, nutrición, psicología, trabajo social, fisioterapia, técnico y administrativo, así como de intendencia y vigilancia, entre otros.

E. Estrategia de investigación

En este tema de trabajo coinciden diferentes ángulos y campos de acción, entre los que destacan:

- Derecho a la protección a la salud

- Salud y discriminación hacia Pueblos Indígenas y afroamericanos
- Prácticas discriminatorias en la prestación de servicios de atención médica
- Modelos interculturales de atención a la salud
- Políticas antidiscriminatorias en los servicios de salud

Para el análisis se eligieron algunas palabras clave que orientaran la recolección de la información y se elaboró un estado del arte sobre los temas mencionados, priorizando la lectura y descripción de estudios realizados en México afines al objetivo de investigación. En este sentido, se realizó una búsqueda detallada a partir de fuentes de información académicas disponibles en revistas científicas, tesis y libros consultados en repositorios abiertos⁶ usando las siguientes palabras clave: salud y discriminación, maltrato salud, violencia atención salud, exclusión salud y medidas antidiscriminatorias salud. Por otro lado, se consultó la información disponible en diferentes bases de datos; los siguientes portales de información fueron de gran utilidad:

- Censo de Población y Vivienda 2020 y Encuesta Intercensal 2015, del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).
- Sistema Nacional de Información sobre Discriminación (SINDIS) del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED); se incluyeron los resultados de la Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS) 2017, (INEGI, 2017).

También se utilizaron las recomendaciones generales emitidas por la CNDH (2021b), en cuyo caso las categorías de búsqueda fueron: “omisiones, déficit, negación, rechazo, maltrato, discriminación, racismo, violencia en la atención médica por parte de servicios de salud o violación a derechos humanos y al derecho a la salud, personas indígenas, afrodescendientes, afroamericanas”.

Asimismo, se revisaron los informes que México presentó ante los comités de los principales tratados internacionales en materia de salud y discriminación, en este caso, el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (OACNUDH, 2021). De igual manera, se revisaron algunos informes sombra presentados por organizaciones de la sociedad civil que trabajan en lo relacionado con el derecho a la salud, los Pueblos Indígenas y las personas afroamericanas.

En cuanto a la revisión de la legislación, se buscaron los aspectos normativos a nivel internacional y nacional concernientes al derecho a la salud y a la no discriminación. Se incluyó la consulta de las versiones más actualizadas de las leyes y normativas disponibles en el Diario Oficial de la Federación (DOF), así como de la legislación y los programas de acción de la Secretaría de Salud (SSA), del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) y de la instancia responsable de la política para Pueblos Indígenas y afroamericanos, el Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (INPI), sobre todo de lo relacionado con los principios de igualdad, no discriminación y derecho a la salud.

⁶ Por ejemplo, la Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc), Scientific Electronic Library Online (SciELO), PubMed Central (PMC) y Latindex, entre otros.

II. Compendio diagnóstico sobre prácticas discriminatorias en el ejercicio del derecho a la salud

A. Estado del arte: discriminación en los servicios de salud

En la revisión de literatura académica se encuentran estudios de tipo cualitativo que documentan prácticas discriminatorias en los servicios de salud hacia diferentes grupos de población. Por ejemplo, en entrevistas con mujeres trans, ellas expresaron haber sido víctimas de estigma, maltrato y negación de servicios. Como parte de las recomendaciones de dicha investigación se identificó la urgencia de capacitar y sensibilizar al personal médico desde la perspectiva de género y la diversidad sexual (Granados, Hernández y Olvera, 2017).

En otros estudios de corte cuantitativo que se han dedicado a los asuntos de violencia, discriminación y prejuicio hacia identidades sexuales no normativas se muestra que la relación médico-paciente se caracteriza por rasgos de intolerancia, desconfianza e incomunicación (Boivin, 2014) y se plantea que “la discriminación del personal de salud es uno de los abusos más reportados por la población participante, la cual menciona haber sido estigmatizada tanto por sus prácticas sexuales o su apariencia de género, como por su condición VIH-positiva” (Granados, Hernández y Olvera, 2017, pág. 100).

Asimismo, se comprobaron situaciones de maltrato y discriminación hacia personas adultas mayores, que sucedieron tanto en la atención directa por parte del personal de salud como en diferentes trámites administrativos (asignación de citas, tiempos de espera, referencias y solicitud de estudios). De esta manera, se documentó la violación de los derechos humanos en este grupo de la población, con mayor frecuencia en el caso de las mujeres mayores (Ruelas, Pelcastre y Reyes, 2014).

La violencia institucional y discriminación hacia las personas de los Pueblos Indígenas se observa tanto en el proceso de atención a la enfermedad como en el ámbito de la promoción de la salud, por ejemplo, en los programas de salud sexual y reproductiva. Es el caso documentado por Muñoz-Martínez (2014) sobre la detección y tratamiento del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) de personas indígenas de los Altos de Chiapas; el autor muestra cómo a la discriminación por origen étnico se suma la estigmatización en torno a una condición de salud.

Otra característica documentada dentro de los servicios de atención médica tiene que ver con el hecho de que el personal médico no comprenda la lengua de las personas que atiende, así como la ausencia de intérpretes o traductores de la lengua local dentro de las unidades de salud. En acciones específicas de atención a la salud de las personas indígenas, un campo de interés es el de la salud sexual y reproductiva (SSR) de las mujeres indígenas; al respecto, son numerosos los estudios y denuncias sobre prácticas de discriminación, maltrato y violación del derecho a la protección a la salud, en este caso de los derechos sexuales y reproductivos, los saberes y prácticas tradicionales y, específicamente, del derecho a decidir de manera informada y consentida sobre los métodos de planificación familiar (Sánchez, 2014; Freyermuth, 2017; Argüello y Mateo, 2014).

Otro número importante de investigaciones también evidencia las prácticas de maltrato, discriminación y racismo del sector salud hacia los Pueblos Indígenas, así como “las profundas relaciones de descalificación, subordinación y exclusión que viven sus terapeutas y los sistemas médicos tradicionales” (Berrío, 2015, pág. 5). En especial, en estudios sobre la muerte materna se visibiliza la mayor vulnerabilidad de las mujeres indígenas, además de que se han identificado políticas de salud que replican el racismo y que, junto con los sistemas de atención a la salud, conforman “una red de dispositivos políticos de omisión, discriminación y normalización que se expresan en fenómenos dañinos ampliamente documentados por separado, como la violencia de género y la violencia obstétrica” (Bautista y López, 2017, pág. 50).

Desde el punto de vista de las organizaciones representativas de las mujeres indígenas en México y Latinoamérica, la Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas (CONAMI) y el Enlace Continental de Mujeres Indígenas (ECMIA) han discutido los posicionamientos con respecto a estos temas. En cuanto a la SSR recomiendan, por ejemplo, que se establezcan metodologías para adecuar los derechos a los respectivos contextos. Asimismo, estas organizaciones plantean exigencias sobre el derecho de las mujeres indígenas a elegir el tipo de atención médica que desean. En cuanto a los sistemas de salud, los califican como espacios de exclusión, discriminación e invisibilización:

“nos han subordinado mediante criterios de capacitación y control que anulan la espiritualidad de nuestras prácticas y conocimientos. Incluso bajo las nuevas propuestas institucionales, en donde se ha promovido que la médica o el médico tradicional y las parteras sean el enlace entre el sistema de salud estatal y las comunidades, la situación sigue siendo la misma, porque ellas ya no son parte de la espiritualidad del pueblo y quedan subordinadas a los criterios de la medicina occidental” (CONAMI, CHIRAPAQ y ECMIA, 2021, pág. 71).

En términos generales, los estudios sobre situación de salud y condiciones de vida de poblaciones indígenas y afrodescendientes evidencian que en dichas poblaciones se presentan perfiles de morbimortalidad más críticos, principalmente en las localidades rurales. Allí también se presentan mayores indicadores de pobreza y de desigualdad social en salud, así como “tasas de mortalidad más altas, a causa de enfermedades prevenibles, en comparación con las personas pertenecientes al grupo étnico-racial dominante” (Hurtado, Vargas y Valdés, 2013, pág. 149).

En todo caso, llama la atención la escasa producción académica sobre la salud de los pueblos afromexicanos. Entre los estudios encontrados, la mayor parte son abordados por especialistas de la antropología a partir de temas como los modelos y prácticas de atención de las comunidades negras (Demol, 2017); el gasto de bolsillo, el endeudamiento y la desatención estructural hacia la población afromexicana (Hersch y Rodríguez, 2017); las condiciones estructurales de desigualdad que, de por sí antes de la pandemia, ya afectaban negativamente la situación de salud de las personas afrodescendientes, así como su agudización durante esta emergencia sanitaria (Berrío, 2021; Mojica, 2020; Avendaño, 2020). En pocos estudios se ha profundizado en los perfiles de morbimortalidad de las poblaciones afromexicanas y sus condiciones de vida (Saucedo y Aguilar, 2015).

En cuanto a las demandas de la población afromexicana en materia de salud, se encontraron algunas referencias en las memorias de eventos realizados por la CNDH (Peña y García, 2016). Un ejemplo es un documento en el que una de las líderes de la Asociación de las Mujeres de la Costa de Oaxaca se refirió a los estudios realizados en los estados de Oaxaca, Guerrero y Veracruz en los que se mostró una alta prevalencia de enfermedades diarreicas (uno de cada dos menores de 5 años) y respiratorias en la niñez (uno de cada cuatro) (citando a Saucedo y Aguilar, 2016). Entre las mujeres afromexicanas también

se expresa la preocupación por la incidencia de mortalidad por cáncer cervicouterino y de mama, y por enfermedades como hipertensión, diabetes y obesidad. A su vez, mencionaron problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva (embarazos tempranos) y la violencia de género (feminicidios).

B. Perfil sociodemográfico de la población indígena y afroamericana

1. Población indígena

Con relación a los datos de Pueblos Indígenas en México, se observa que en general existe un sesgo en la presentación de información proveniente de los censos de población pues, aunque desde 2000 se incluyen preguntas en torno a la autoadscripción, la mayor parte de datos estadísticos disponibles priorizan información según las variables hablante de lengua indígena o población indígena en hogares⁷. Aunque a partir de la Encuesta Intercensal 2015 (EIC) del INEGI se comienza a dar respuesta a la demanda de inclusión de datos relacionados con identidad y pertenencia indígena. En ese sentido, esta encuesta presentó la información de acuerdo con tres variables: hablantes de lengua indígena, población indígena según hogar y autoadscripción (INEGI, 2017).

Según el indicador de autoadscripción, en la EIC 2015 se calculó que 25.694.928 personas en México eran indígenas, esto era el 21,5% de la población total (INEGI, 2017). Por otro lado, se contabilizaban 7.382.785 personas hablantes de lengua indígena de 3 años y más, lo que equivalía al 6,5% del total de personas de ese grupo de edad. Dicho porcentaje contrasta y es 3,5 veces menor a la cifra de autoadscripción. Por su parte, la entonces Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI)⁸ contabilizó para 2015 una población indígena en hogares de 12.025.947, equivalente al 10,1% de la población total (CDI, 2017). La cifra más actualizada corresponde al conteo del Censo de Población y Vivienda 2020 del INEGI (en adelante, Censo 2020) en el que se presenta información sobre la población indígena de acuerdo con diferentes variables, pero se privilegia la presentación de los tabulados con base en datos del cuestionario básico, mismo que incluye la variable de condición de habla indígena para personas de 3 años o más y la de hogares censales con hablantes de lengua indígena.

De acuerdo con esta medición, en 2020 se reporta un total de 7.364.645 de personas de 3 años y más hablantes de lengua indígena, lo que equivale al 6,1% del total de población de ese grupo de edad. De estas personas, el 51,4% son mujeres y el 48,6% son hombres. En cuanto a la pirámide poblacional de personas de 3 años y más hablantes de lengua indígena (véase el gráfico 1), se observa un porcentaje importante de población infantil y adolescente entre los 0 y 14 años (18,5%), así como de jóvenes entre los 15 y 29 años (24,1%). Por su parte, la población adulta entre los 30 y 59 años representa el 40,5% y la de personas adultas mayores el 16,9% (60 años y más).

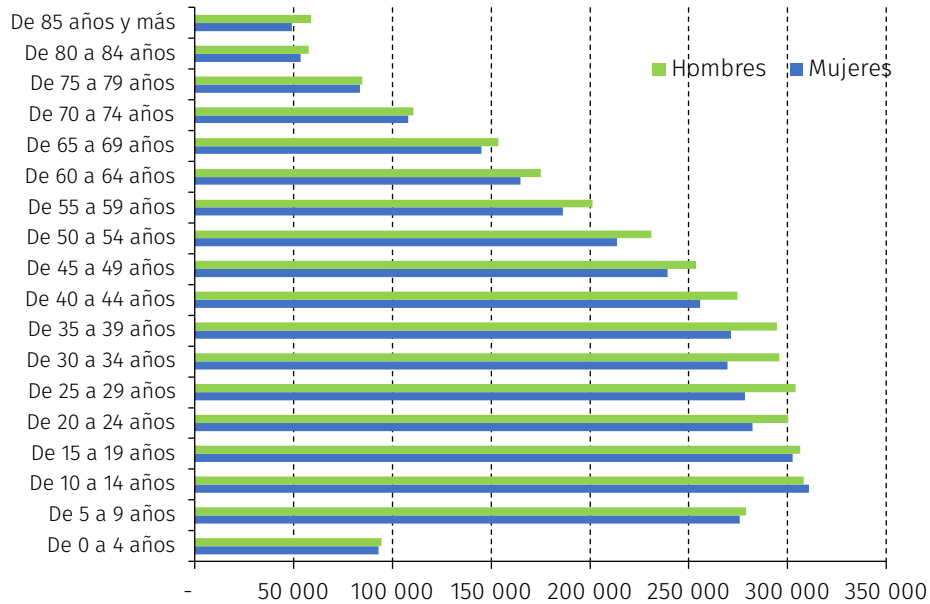
Asimismo, el mayor porcentaje de personas de 3 años y más hablantes de lengua indígena se ubica en Chiapas (19,8%), seguido por Oaxaca (16,6%), Veracruz (9%), Puebla (8,4%), Yucatán (7,1%), Guerrero (7%), Estado de México (5,7%), Hidalgo (4,9%), San Luis Potosí (3,1%) y Quintana Roo (2,8%). Hay registros de hablantes de lengua indígena en la mayor parte de las entidades federativas (véase el gráfico 2).

⁷ El INPI reconoce la limitación del criterio lingüístico para definir a la población indígena en el país, resaltando que el criterio principal debería ser el de autoidentificación. También menciona que la información de la variable autoadscripción del Censo de Población y Vivienda 2020 no cuenta con la misma calidad estadística con respecto a las variables población indígena en hogares o hablantes de lengua indígena. Véase [en línea] <https://www.inpi.gob.mx/indicadores2020/>.

⁸ A partir del 4 de diciembre de 2018 se expide la Ley del Instituto Nacional para los Pueblos Indígenas (INPI) y se abroga la Ley de la CDI (DOF, 4 de diciembre de 2018).

Gráfico 1

México: grupos quinquenales de edad y sexo población de 3 años y más hablante de lengua indígena, 2020



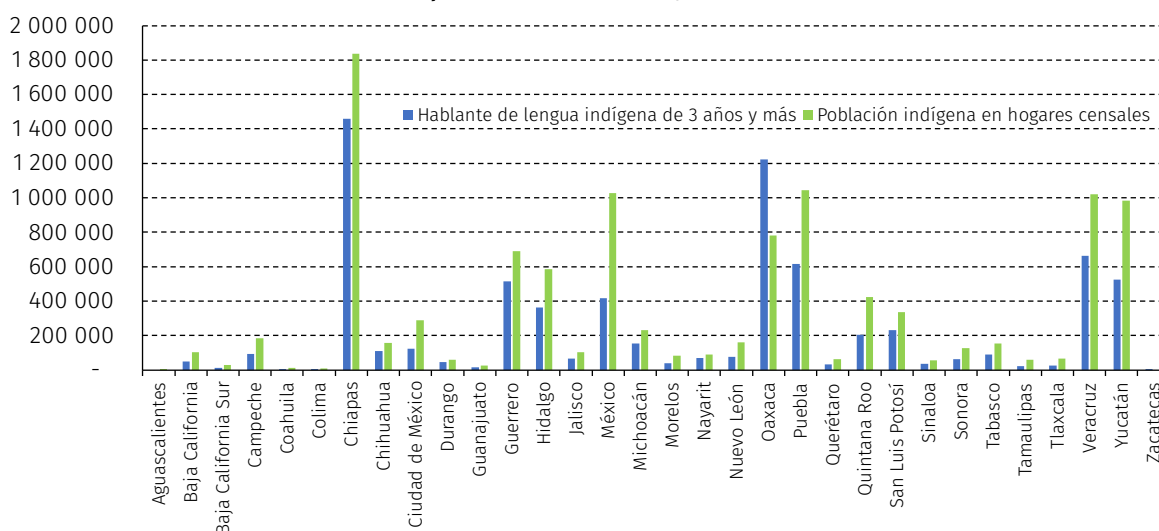
Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), "Tabulados del Cuestionario Básico de acuerdo con la variable Población Indígena en Hogares Censales por entidad federativa, variable etnicidad", *Censo de Población y Vivienda 2020* [en línea] <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/#Tabulados> [fecha de consulta: 15 de septiembre de 2021].

En el Censo 2020 también se reportó que del total de personas de 3 años y más hablantes de lengua indígena, el primer lugar corresponde al náhuatl (22,4%), el segundo al maya (10,5%), el tercero al tseltal (8%), el cuarto al tsotsil (7,5%) y el quinto al mixteco (también conocido como tu'un savi) (7,2%) (INEGI, 2021a). Es significativa la diversidad lingüística que se reporta en el país; así, de acuerdo con el catálogo del Instituto Nacional de lenguas Indígenas (INALI) se identifican 11 familias lingüísticas, 68 agrupaciones lingüísticas y 364 variantes lingüísticas (INALI, 2009). Por su parte, en el Censo 2020, según los tabulados del cuestionario básico correspondientes a etnicidad, se presentan datos de hablantes de lengua indígena de 70 lenguas indígenas en todo el territorio nacional (INEGI, 2021a).

Para tener un mejor panorama de la presencia indígena en el país, a continuación se presentan los datos correspondientes a la variable población indígena en hogares censales indígenas. De acuerdo con esta, se contabilizaron 11.800.247 personas indígenas, esto es, el 9,4% de la población nacional. Al comparar los datos de la variable hablantes de lengua indígena con respecto a la de hogares censales indígenas, en el segundo caso se reporta 1,6 más de población indígena, así como un mayor número en cada entidad federativa (véase el gráfico 2).

Conforme a las variables ya mencionadas (hablantes de lengua indígena de 3 años y más y población indígena en hogares censales) los diez estados con más porcentaje de población indígena son i) Oaxaca (29,6% hablantes de lengua indígena; 43,1% hogares); ii) Yucatán (22,6% hablantes de lengua indígena; 42,4% hogares); iii) Chiapas (26,3% hablantes de lengua indígena; 33,1% hogares); iv) Quintana Roo (11% hablantes de lengua indígena; 22,8% hogares); v) Campeche (9,9% hablantes de lengua indígena; 19,7% hogares); vi) Guerrero (14,6% hablantes de lengua indígena; 19,5% hogares); vii) Hidalgo (11,8% hablantes de lengua indígena; 19,0% hogares); viii) Puebla (9,4% hablantes de lengua indígena; 15,8% hogares); ix) Veracruz (8,2% hablantes de lengua indígena; 12,6% hogares), y x) San Luis Potosí (8,2% hablantes de lengua indígena; 12% hogares) (INEGI, 2021d).

Gráfico 2
México: población de 3 años y más hablante de lengua indígena y población indígena en hogares por entidad federativa, 2020



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), "Tabulados del Cuestionario Básico de acuerdo con la variable etnicidad", *Censo de Población y Vivienda 2020* [en línea] <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/#Tabulados> [fecha de consulta: 15 de septiembre de 2021].

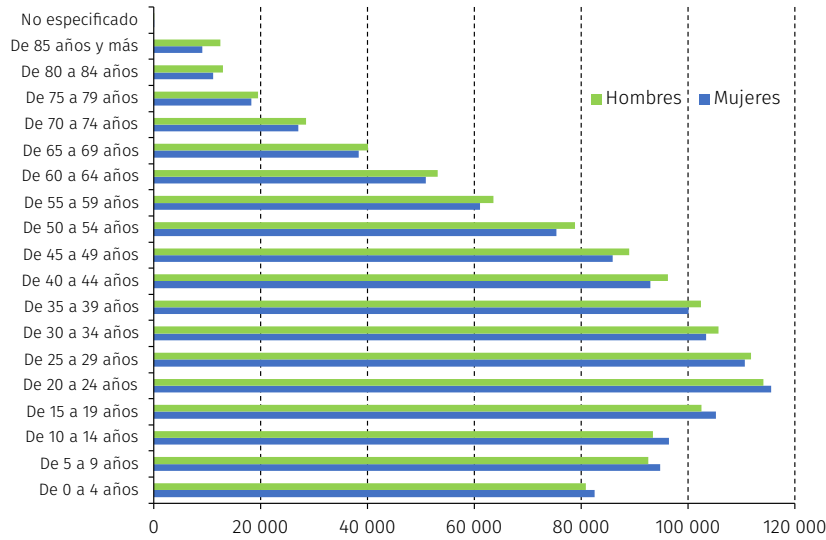
2. Población afroamericana o afrodescendiente

Con respecto a la población afroamericana, en la EIC 2015 se incluyó la siguiente pregunta sobre autoadscripción: "De acuerdo con su cultura, historia y tradiciones, ¿usted se considera negra(o), es decir, afroamericana(o) o afrodescendiente?" (INEGI, 2017, pág. 8), con lo que se contabilizaron 1.381.853 personas afrodescendientes, equivalentes al 1,2% de la población total nacional. También se encontró que la población afroamericana estaba distribuida en diversas regiones y entidades federativas. Los cinco estados con mayor número de personas afrodescendientes, de mayor a menor, fueron Estado de México, Veracruz, Guerrero, Oaxaca y la Ciudad de México. De manera proporcional, las cinco entidades con mayor porcentaje de población afroamericana fueron Guerrero (6,5%), Oaxaca (4,9%), Veracruz (3,3%), Estado de México (1,9%) y la Ciudad de México (1,8%).

En el documento *Perfil sociodemográfico de la población afrodescendiente en México* se identificaron los municipios con el 10% o más porcentaje de autoadscripción a población afrodescendiente, encontrando al menos 100 municipios: 69 de Oaxaca, 16 de Guerrero, 12 de Veracruz, 2 del Estado de México y 1 de Baja California Sur. En Oaxaca se identificaron 18 municipios con altos porcentajes de población afroamericana, así como 3 en Guerrero y 1 en Veracruz, es decir, un total de 22 municipios que cuentan con el 30% al 84% de población afrodescendiente (INEGI, 2017). En el Censo 2020 se reporta que el número de personas que se consideran afroamericanas o afrodescendientes es de 2.576.213, lo que representa el 2% de la población total de México, una cantidad mayor con respecto a la contabilizada en la EIC 2015 (INEGI, 2017).

Las cinco entidades federativas con mayor porcentaje de presencia afroamericana son Guerrero (8,6%), Oaxaca (4,7%), Baja California Sur (3,3%), Yucatán (3,0%) y Quintana Roo (2,8%). Para el caso de Veracruz se reportó un menor porcentaje con respecto a los datos de 2015 (2,7%). Con respecto a la variable sexo, el 50,4% son mujeres y el 49,6% hombres. En la pirámide poblacional (véase el gráfico 3) se observa un porcentaje importante de población afrodescendiente en el grupo de edad correspondiente a menores de 5 años (6,3%), así como en la adultez (41% está entre los 30 y 59 años); por su parte, el 21% está en el rango de la niñez y la adolescencia (entre los 0 y 19 años) y un 12,5% son personas adultas mayores (de 60 años y más).

Gráfico 3
México: grupos quinquenales de edad y sexo de la población afroamericana o afrodescendiente, 2020



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), "Tabulados del Cuestionario Básico de acuerdo con la variable etnicidad", *Censo de Población y Vivienda 2020* [en línea] <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/#Tabulados> [fecha de consulta: 15 de septiembre de 2021].

C. Perfiles generales de salud y derechohabencia de la población indígena y afroamericana

1. Perfil epidemiológico

En materia de salud de la población indígena, algunos datos demográficos y epidemiológicos ejemplifican la condición de vulnerabilidad y las desigualdades en salud; por ejemplo, con datos del Censo 2020 se calcula una esperanza de vida al nacer (EVN) de 75,2 años a nivel nacional, en mujeres es de 78,1 años y en hombres solo de 72,4 años; las entidades federativas con mayor porcentaje de población indígena y afroamericana, a excepción de Quintana Roo, tenían una EVN por debajo del promedio nacional. Guerrero es la entidad con la menor EVN (73,3 años) (CONAPO, 2021). Por otro lado, en 2018 se calculó que el 15,4% de la población indígena reportaba carencia por acceso a los servicios de salud y el 78,5% carecía de acceso a la seguridad social (CONEVAL, 2019).

De acuerdo con información del INPI (2021a), en el perfil de mortalidad de la población hablante de lengua indígena, para 2018 se ubicaron como principales causas de mortalidad: i) enfermedades isquémicas del corazón; ii) enfermedades endocrinas y metabólicas, y iii) enfermedades del aparato digestivo. En materia de mortalidad infantil, los municipios con mayor porcentaje de población indígena reportaron porcentajes elevados (73,6%) en comparación con municipios no indígenas (41%). A nivel estatal, las tasas más altas de mortalidad infantil se registraron en Chiapas, Oaxaca y Guerrero (21,4, 19,9 y 18,4 defunciones de niños y niñas menores de 1 año por cada 1.000 nacidos vivos, respectivamente).

Según datos del Censo 2020, la tasa global de fecundidad para 2019 es de 1,88 hijos por cada mujer. Este valor se incrementa a 2,85 para mujeres hablantes de lengua indígena; la tasa específica en adolescentes fue de 41,15 hijos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años, mientras que para mujeres adolescentes hablantes de lengua indígena fue de 73,46. En materia de mortalidad materna de 2002 a 2019 se presentó una disminución significativa de la razón de muerte materna (RMM) (número de defunciones maternas por cada 100.000 nacidos vivos). No obstante, las mujeres indígenas tenían dos o hasta tres veces más probabilidad de morir (CNEGSR-SSA, 2021). A partir de 2020, las muertes maternas muestran una tendencia creciente a causa de la pandemia por COVID-19; en ese año la RMM fue de 46,6 defunciones de mujeres durante el embarazo, parto o puerperio por cada 100.000 nacidos vivos. Del total de defunciones maternas el 12% fueron mujeres hablantes de lengua indígena; para 2021 la RMM subió a 53,1 (SSA/DGE, 2021).

2. Derechohabiencia, acceso y uso de los servicios de salud

A nivel nacional, las estadísticas del Censo 2020 reportaron que 92.582.812 personas contaban con algún tipo de afiliación a servicios de salud, lo que representaba el 73,5% de la población nacional. En algunos textos dicho indicador, de manera imprecisa, se asimila a derechohabiencia. De esta población con algún tipo de afiliación, el 51% contaba con servicios por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el 35,5% por el Seguro Popular o INSABI, el 8,8% por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el 2,8% institución privada, el 1,3% por parte de Petróleos Mexicanos (PEMEX), la Secretaría de la Defensa Nacional o de la Marina; el 1,2% por otra institución y el 1% IMSS-Bienestar (INEGI, 2021).

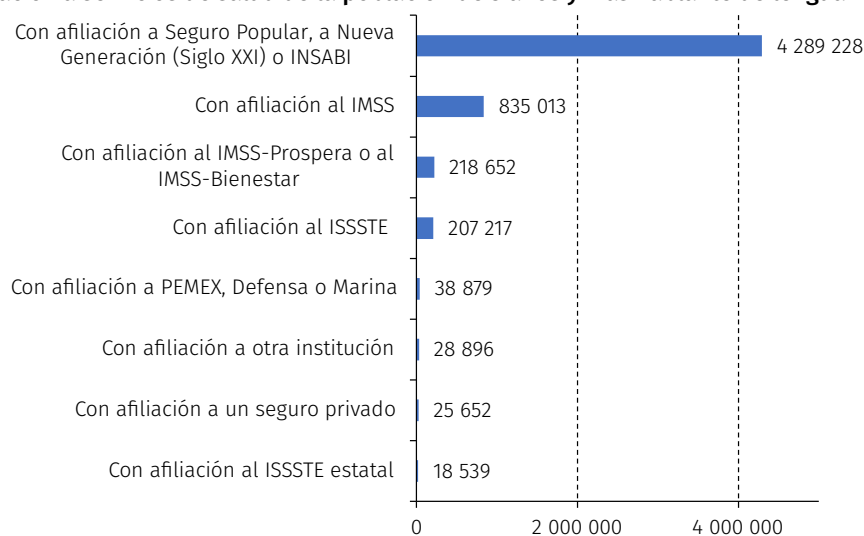
Por otro lado, también se contabilizaron 32.999.713 personas que no tenían ningún tipo de afiliación, lo que equivalía al 26% de la población nacional. Estas cifras, desagregadas por entidad federativa, también expresan las desigualdades en la materia. Por ejemplo, en Michoacán 38 de cada 100 habitantes reportan no contar con afiliación; también estaban por encima del porcentaje nacional de población no afiliada el Estado de México, Chiapas, Tabasco, Hidalgo, Jalisco, Oaxaca, Puebla, Tlaxcala, Morelos, Veracruz y Ciudad de México.

Otro aspecto que debe incluirse en la descripción y análisis de la atención a la salud tiene que ver con el alto porcentaje de personas que, pese a contar con algún tipo de derechohabiencia, reciben atención en otros lugares y servicios. Esta situación se ha agudizado en este último período con la emergencia producto de la pandemia y la saturación de servicios por el COVID-19. En este sentido, según datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 (ENSANUT), solo una tercera parte de la población recibe atención en su lugar de afiliación. Por ejemplo, el 45% de derechohabientes del IMSS y el 57% del ISSSTE se atendieron en servicios privados; en cuanto a la población no derechohabiente, pese a tener derecho a ser atendida en unidades de la Secretaría de Salud, en su mayoría se atendió en servicios privados (69%) (Shamah-Levy y otros, 2021).

3. Afiliación a servicios de salud población indígena

Según la EIC 2015, del total de 12.025.947 de personas indígenas, el 83,1% (9.993.562 personas) tenía algún tipo de derechohabiencia. De estas, el mayor porcentaje contaba con Seguro Popular (SP) (80,9%), seguido por IMSS (15,3%), ISSSTE (3,9%), otra institución (16%) e institución privada (9,0%) (CDI, 2017).

Gráfico 4
México: afiliación a servicios de salud de la población de 3 años y más hablante de lengua indígena, 2020



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), "Cuestionario Básico. Tabulados interactivos", *Censo de Población y Vivienda 2020* [en línea] [https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=\[fecha de consulta: 30 de septiembre de 2021\]](https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=[fecha de consulta: 30 de septiembre de 2021]).

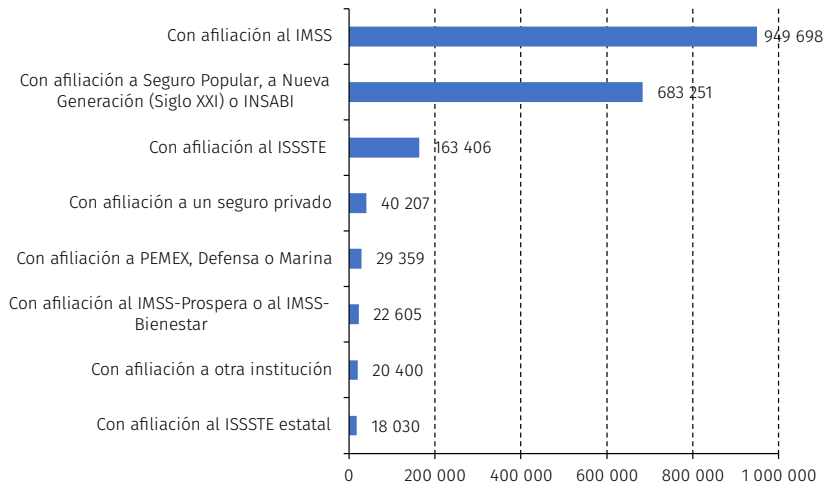
Asimismo, de acuerdo con el Censo 2020, 5.662.076 personas hablantes de lengua indígena de 3 años y más reportaron estar afiliadas a servicios de salud (77%), mientras que 1.700.345 personas hablantes de lengua indígena (23%) no lo estaban. De las personas hablantes de lengua indígena de 3 años y más que sí reportaron afiliación, la mayor parte (76%) contaba con afiliación al Seguro Popular o para una Nueva Generación (Siglo XXI) o Instituto de Salud para el Bienestar, seguida por afiliaciones a servicios de salud del IMSS (15%), ISSSTE (4%), IMSS-Prospera o IMSS-Bienestar (4%) y, con un punto porcentual, PEMEX-Defensa-Marina, Seguro Privado y otra Institución (véase el gráfico 4).

4. Afiliación a servicios de salud población afroamericana o afrodescendiente

Con respecto a los servicios de salud para la población afrodescendiente, según la EIC 2015 el 82,1% contaba con afiliación a servicios de salud; de este porcentaje, la mayoría contaba con SP (43,3%), seguido del IMSS (29,1%), ISSSTE (6,6%), institución privada (2,7%), PEMEX, Defensa o Marina (1,5%) u otra institución (1,4%). Del 17,7% de la población afrodescendiente que no contaba con afiliación, la mayor parte se ubicaba en entidades como Chiapas, Michoacán, Quintana Roo, Tabasco y Yucatán (INEGI, 2017).

En cuanto al Censo 2020, el INEGI reportó que del total de personas afroamericanas (un poco más de 2,5 millones), el 75% contaba con afiliación a servicios de salud y el 25% no, es decir, 648.063 personas afroamericanas no contaban con afiliación a servicios de salud. De las personas afroamericanas con afiliación, aproximadamente la mitad contaba con IMSS (49%), seguido de un 35% con SP/INSABI, 9% al ISSSTE, 1,5% a PEMEX, Defensa o Marina, 2% a Seguro privado y 1% a IMSS-Prospera o IMSS-Bienestar u otra institución (véase el gráfico 5).

Gráfico 5
México: afiliación a servicios de salud población por autoadscripción afroamericana o afrodescendiente, 2020



Fuente: Elaboración propia, sobre la base del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), "Cuestionario Básico. Tabulados interactivos", *Censo de Población y Vivienda 2020* [en línea] https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c= [fecha de consulta: 30 de septiembre de 2021].

5. Uso de servicios de salud por parte de población indígena y afroamericana

Si bien los datos del Censo 2020 evidencian que al menos 7 de cada 10 personas indígenas y afroamericanas contaban con afiliación a servicios de salud, esto no implicaba que necesariamente los usaran cuando requerían de atención médica. En la *Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS) 2017* (INEGI, 2017) se indagó cuál es el lugar de atención al que acude la población en caso de enfermedad (CONAPRED, 2018, pág. 52). Se encontró que a nivel nacional el 36,7% de las personas indígenas y afroamericanas señalaba el uso del SP, el 35,2% empleaba los servicios correspondientes a su derechohabencia a la seguridad social, el 15,7% acudía a consultorios privados y el 10,2% a consultorios de farmacia. Sin embargo, entre grupos discriminados (población hablante de lengua indígena, adscrita

indígena, afrodescendiente, con discapacidad y de la diversidad religiosa) los porcentajes reportados fueron contrastantes (véase el cuadro 1).

Cuadro 1
México: atención según institución y grupos de personas, 2017
(En porcentajes)

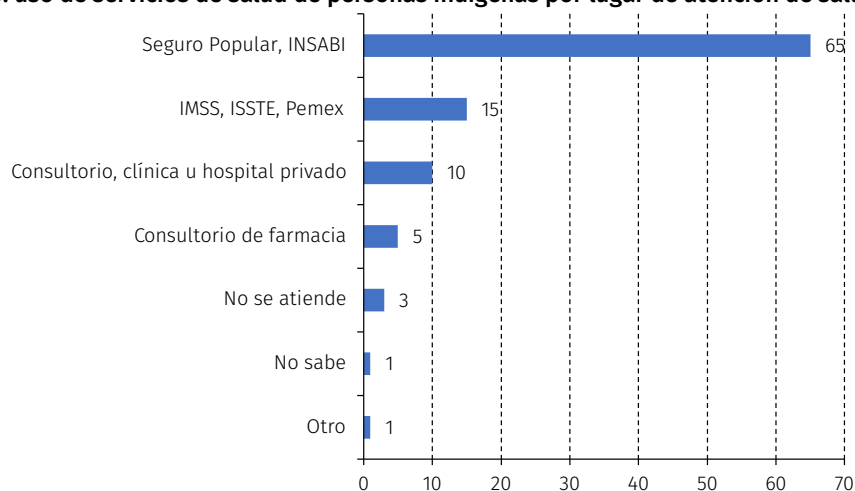
Categorías	Personas afrodescendientes	Personas por adscripción indígena	Personas que hablan lengua indígena	Población nacional de 6 años y más
Seguro Popular (SP)/INSABI (clínica, hospital de la SSA)	40,8	54,5	72,0	36,7
IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR	33,8	23,5	11,9	35,2
Consultorio de farmacia	8,9	7,7	6,8	10,2
Consultorio, clínica u hospital privado	15,0	11,0	4,0	15,7
No se atiende	1,1	2,6	4,0	1,5
Otro	0,3	0,7	1,3	0,7
No sabe	0,1	0,1	0,1	0,1

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI), *Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS)*, 2017 [en línea] <http://sindis.conapred.org.mx/estadisticas/enadis/>.

Nota: Porcentajes calculados con base en el cuestionario general, pregunta 3.7, "Cuando requiere atención de salud, ¿principalmente dónde se atiende?".

Como se muestra en el cuadro 1 y en el gráfico 6, el uso de servicios de salud del SP entre las personas hablantes de lengua indígena fue del 72%, casi el doble del porcentaje a nivel nacional, mientras que tan solo el 4% usó consultorios privados y el 6,8% consultorios de farmacia. También es ilustrativa la baja atención de personas indígenas en instituciones de la seguridad social; para personas hablantes de lengua indígena se registró un 11,9% y para población indígena autoadscrita un 23,5%. Otro aspecto que llama la atención es que 4 de cada 100 personas hablantes de lengua indígena, a la pregunta: cuando requiere atención de salud ¿principalmente dónde se atendió?, reportaron no haber usado servicios de salud (véase el gráfico 6).

Gráfico 6
México: uso de servicios de salud de personas indígenas por lugar de atención de salud, 2017

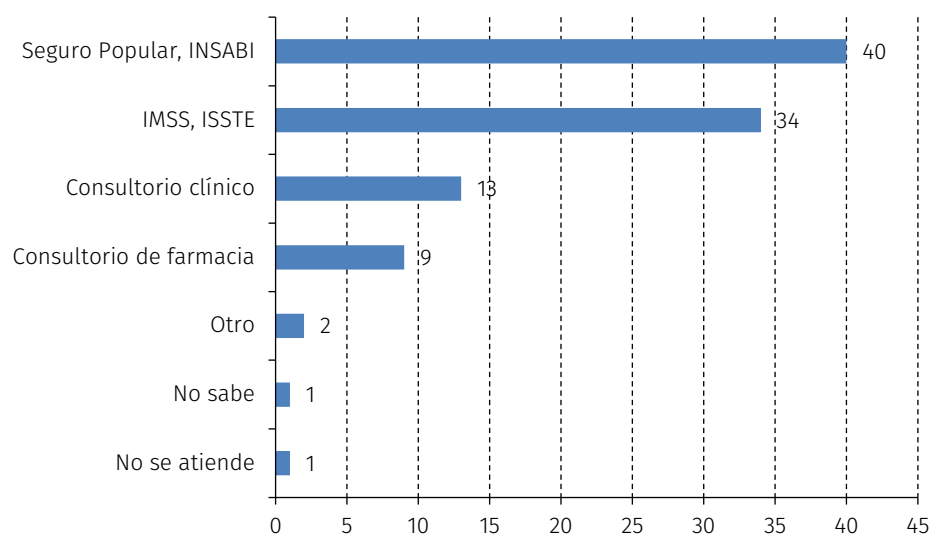


Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI), *Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS)*, 2017 [en línea] <http://sindis.conapred.org.mx/estadisticas/enadis/> [fecha de consulta: 19 de septiembre de 2021].

Nota: Porcentajes calculados con base en el cuestionario general, pregunta 3.7, "Cuando requiere atención de salud, ¿principalmente dónde se atiende?".

En cuanto a la distribución porcentual de atención médica entre la población afrodescendiente, esta fue un poco más cercana al promedio nacional. Para el caso del SP se reportó el 40,8%; en cuanto a consultorios privados su uso es similar al porcentaje nacional (15%). Con respecto a quienes se atienden en instituciones de la seguridad social, los porcentajes son más altos (33,8%) y cercanos al de la población general (véase el gráfico 7).

Gráfico 7
México: uso de servicios de salud personas afrodescendientes lugar de atención de salud, 2017



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI), *Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS)*, 2017 [en línea] <https://www.inegi.org.mx/programas/enadis/2017/> [fecha de consulta: 19 de septiembre de 2021].

Nota: Porcentajes calculados con base en el cuestionario general, pregunta 3.7, "Cuando requiere atención de salud, ¿principalmente dónde se atiende?".

A propósito de la relación entre afiliación y uso de servicios médicos, en su acepción más integral, el derecho a la salud incluye no solo la dimensión de accesibilidad y disponibilidad de los servicios médicos, sino también su adaptabilidad y calidad. En este caso, aunque los servicios del SP reportaban una mayor demanda entre los grupos más discriminados, su afiliación (o incluso su uso) no constituían una garantía *per se* del derecho a la protección a la salud. Por el contrario, la estructuración del entonces Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) se basaba en una desigualdad estructural debida al tipo de atenciones y recursos acotados para la población no derechohabiente a la seguridad social. Este sistema estuvo basado en un modelo de subsidio a la demanda, que contemplaba una póliza de afiliación al SP con un número limitado de medicamentos e intervenciones y como parte de un Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) (CNPSS-SP, 2019)⁹.

Durante el período 2003-2018 se profundizaron las barreras para el acceso a una atención médica de calidad. Entre las más representativas estuvieron el incremento en el gasto de bolsillo; la falta de recursos financieros para contratar personal médico capacitado; el desabasto de medicamentos e insumos y la debilidad o ausencia de infraestructura en las unidades pertenecientes al SP. En el análisis situacional del actual Programa Sectorial de Salud (PSS 2020-2024) se menciona que:

"el Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) propuesto para solucionar la desatención a la población sin seguridad social, después de 15 años no logró la cobertura universal de aseguramiento y aproximadamente 20 millones de mexicanos carecen de cobertura en salud, hasta antes de la reforma a la ley general de salud en noviembre de

⁹ En 2019, el CAUSES contemplaba 294 intervenciones y 633 claves de medicamentos.

2019... Los servicios que amparaba eran restringidos y solo correspondían al 20% de los servicios ofrecidos a los derechohabientes de los institutos de seguridad social. Por ello, los afiliados al Seguro Popular se veían obligados a pagar de su bolso los servicios no cubiertos para disminuir las carencias en la atención de su salud, procedimiento que además conllevaba muchos trámites burocráticos y fomentaba la corrupción” (México/SEGOB, 2020b, pág. 56).

En respuesta a esta grave situación, y como parte de las reformas impulsadas por el actual gobierno federal, se aprobó una reforma a la Ley General de Salud (LGS) en noviembre de 2019. En esta se derogó el SPSS y se incluyó un nuevo articulado referente a la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos para personas sin seguridad social (art. 77). Además, se creó el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) (art. 7, numeral II) (México/SEGOB, 1984. Última reforma: 16 de marzo de 2022). Como ya se ha mencionado, en 2023 se expidió un decreto que reformó algunos artículos de la LGS y se creó el nuevo organismo público descentralizado, el IMSS-Bienestar, cuya responsabilidad principal es la prestación gratuita de servicios de salud a población sin seguridad social (México/SEGOB, 2023).

La Secretaría de Salud también ha avanzado en la formulación e implementación de una política nacional de salud en concordancia con los lineamientos de gratuidad, integralidad y calidad de la atención a la salud. En este sentido, además del PSS 2020-2024, emitió el Programa Estratégico de Salud para el Bienestar (México/SEGOB, 2022a) y el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-Bienestar) (México/SEGOB, 2022b).

Dentro de esta importante transición hacia lo que se denomina un Sistema de Salud para el Bienestar, un propósito central tiene que ver con lograr la atención a la salud universal y gratuita para toda la población. Parte de los retos será avanzar con la inclusión, como ya se había mencionado, de casi 33 millones de personas, es decir, del 26% de la población nacional que según el Censo 2020 no tenía ningún tipo de afiliación. Por ende, dentro de esta transformación del sector salud se debe considerar prioritario el acceso a servicios de salud de aproximadamente 1,7 millones de hablantes de lengua indígena (23% del total de hablantes de lengua indígena) y de casi 650.000 personas afromexicanas (25% del total de personas autoadscritas como afromexicanas o afrodescendientes) que no contaban con servicios de salud (datos del Censo 2020).

Dentro del Programa Estratégico de Salud para el Bienestar se incluyen como metas para 2024, tanto disminuir al 17,52% el porcentaje de población que carece de acceso a servicios de salud, así como incrementar a 32,2 millones la cifra de personas usuarias del IMSS-Bienestar (México/SEGOB, 2022a). Sin embargo, para el caso que atañe a este informe, además del acceso universal a servicios de salud, hay que insistir en la discusión de aquellos problemas de inequidad y discriminación que impiden el ejercicio del derecho a la salud de sectores específicos de la población como las personas indígenas y afromexicanas, y de aquellas que se ubican en zonas históricamente marginadas, sean urbanas o rurales. Para esto se sugiere tener presentes los rubros ya mencionados (aceptabilidad, disponibilidad y calidad).

Asimismo, se sugiere revisar minuciosamente el modelo de atención institucional predominante y los retos para transitar hacia el nuevo MAS-Bienestar, incluyendo la inclusión de lineamientos y estrategias para enfrentar la discriminación hacia Pueblos Indígenas y afromexicanos. Esto implica un papel protagónico del IMSS-Bienestar y la participación del conjunto de prestadores de servicios de atención médica, comenzando por quienes hacen parte de los Servicios Estatales de Salud (SESAS), IMSS, ISSSTE, SEDENA, PEMEX, SEMAR, así como de otras instituciones sectoriales como el INPI, la CNDH, el CONAPRED, la SEP, la SEMARNAT, la SADER, instituciones académicas formadoras de profesionales de la salud, incluyendo a las universidades Interculturales, entre otras. En este horizonte se reconocen los pasos ya dados por la Secretaría de Salud en el impulso al modelo de Atención Primaria de Salud Integral (APS-I) con capacidad resolutoria del primer nivel de atención, así como del Acuerdo que dio vida al MAS-Bienestar (México/SEGOB, 2022a).

6. Poblaciones indígenas y afromexicanas: impacto y riesgos en el marco de la pandemia por COVID-19

Dentro de los principales problemas para describir y analizar los perfiles de salud-enfermedad de las poblaciones indígenas y afromexicanas se encuentran la falta de disponibilidad de datos epidemiológicos desagregados según variables étnicas, las dificultades propias del subregistro en lugares con poca cobertura de los servicios de salud y los errores en el registro y captura de las variables incluidas dentro de los formatos que diligencia el personal médico (por ejemplo, egresos hospitalarios, nacimientos, defunciones, hospitalizaciones, urgencias y recursos en salud, entre otros).

Otra limitación importante tiene que ver con que el personal de salud tiende a subestimar y no cumplir con las normas para registrar los datos, sobre todo en lo relacionado con la información correspondiente a usuarios que pertenecen a comunidades indígenas o afromexicanas. Ante esta situación, Muños y otros (2020) sugieren emitir recomendaciones y llevar a cabo procesos de sensibilización y capacitación para el personal de salud, orientados a reconocer “la importancia de incluir la variable siempre y de obtener la información de manera confiable” (pág. 122). No obstante, desde 2007 se han incluido variables étnicas que deben registrarse y capturarse en la base de datos de egresos hospitalarios (SSA, 2020).

Por otro lado, en la presente coyuntura las autoridades de salud e instituciones responsables de la política pública para estas poblaciones (como es el caso del INPI y del INALI), también han presentado información pública, por ejemplo, sobre casos y defunciones de personas indígenas por causa de COVID-19 (SSA, 2021b), han producido materiales en lenguas indígenas (INALI, 2009) y mapeo de los casos de contagio y muerte de acuerdo con municipios y regiones indígenas (WWF/INPI). Por el contrario, y de manera preocupante, el impacto de la pandemia en poblaciones afromexicanas ha estado en un plano secundario.

En el escenario epidemiológico actual, varios estudios y organismos internacionales han alertado sobre el impacto diferenciado de la pandemia por COVID-19, señalando el alto riesgo en que se encuentran aquellos sectores de la población que enfrentan graves condiciones de desigualdad social, como las comunidades indígenas y afromexicanas (Avendaño, 2020; Berrío y otros, 2020; Berrío, 2021; CEPAL, 2021; CEPAL y otros, 2020; Hernández, 2020; Mojica, 2020; Suárez y otros, 2021, entre otros). Hernández (2020) señala que en los municipios indígenas (aquellos con más del 70% de hablantes de lengua indígena) se presentan los más altos porcentajes de letalidad¹⁰, el 20% en comparación con el 10,7% en municipios urbanos; además, ser indígena aumentó en un 53% el riesgo de morir por COVID-19.

Suárez y otros (2021) también han identificado territorios con índices críticos de vulnerabilidad, que afectan la salud y la vida de aproximadamente 8,9 millones de personas que habitan en algunos municipios de Guerrero, Oaxaca, Chiapas, Yucatán, y en las regiones de la Huasteca en Veracruz y San Luis Potosí, la sierra Tarahumara en Chihuahua, el norte de Nayarit y el sur de Durango. Suárez y otros (2021) afirman que:

“la mayor cantidad de vectores que suman a la vulnerabilidad ante los efectos de la epidemia de COVID-19 se encuentra en los municipios más marginados del país, los cuales suman y acumulan factores como mayor precariedad en la vivienda, una mayor proporción de población indígena, menor cantidad de bienes en el hogar, mayores tasas de hacinamiento, deficiencias en la infraestructura de salud, actividades económicas mayormente informales y menor producción económica global” (pág. 20).

Como ya se ha señalado, a diferencia de la información disponible sobre COVID-19 y Pueblos Indígenas, los datos públicos no presentan información para personas afromexicanas o afrodescendientes, pese a ser una de las poblaciones que enfrenta más desigualdades sociales de tipo estructural, así como prácticas de racismo y discriminación por parte de las propias instituciones públicas.

Lo anterior contrasta con los compromisos resultantes del proceso de reconocimiento constitucional de los pueblos afromexicanos, a partir de la adición del párrafo C al artículo 2º de la

¹⁰ Número de defunciones por cada 100 casos positivos de COVID-19.

CPEUM (México/SEGOB, 2019a), pues dentro de las políticas y programas específicos relacionados con la protección de sus derechos, la mención a la población afromexicana se ocupa de manera básicamente nominal (México/SEGOB, 2018; México/SEGOB, 2020a; México/SEGOB, 2020c). En este sentido, siguen estando pendientes las reformas legislativas que garanticen el derecho a la protección de la salud de las comunidades afromexicanas y afrodescendientes.

A propósito de estas dificultades, Avendaño (2020) señala que las organizaciones de mujeres afromexicanas identifican diversas exigencias hacia el Estado:

“El racismo estructural mantiene a las comunidades afromexicanas en una situación de exclusión que en esta pandemia las condena con más probabilidad a la muerte. Es necesario seguir exigiendo la implementación de políticas públicas específicas en este campo” (pág. 21).

“garantizar que en los hospitales de referencia en los cuales se atenderá a la población afromexicana exista la infraestructura hospitalaria y los insumos necesarios para brindar una atención oportuna y libre de discriminación; debe ser obligatorio desagregar datos sobre la población afromexicana afectada por la enfermedad” (pág. 27).

En su estudio desarrollado en municipios afromexicanos de Guerrero y Oaxaca, Berrío y otros (2020) también concluyen que la gravedad de la situación no solo tiene que ver con la prevalencia de contagios de COVID-19 y su impacto en los indicadores de morbimortalidad, sino que particularmente para las personas afromexicanas esta pandemia devela

“precarias condiciones socioeconómicas y de infraestructura en salud, así como las vulnerabilidades estructurales en una región caracterizada por altos índices de marginación, de tal suerte que la percepción de riesgo incluye no solo la salud sino también la preocupación por los impactos en la economía, pérdida de empleo y endeudamiento” (pág. 48).

D. Mapeo de información sobre discriminación en los servicios de salud hacia personas indígenas y afromexicanas

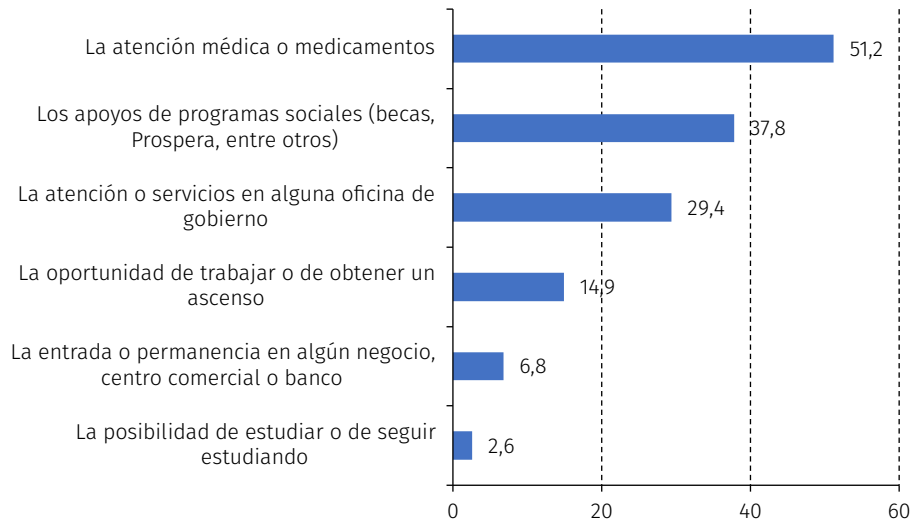
1. Datos de la Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS) 2017 (INEGI, 2017)

De acuerdo con los resultados nacionales de esta encuesta, 24 de cada 100 personas de 18 años y más declararon que se les había negado algún derecho básico en los cinco años previos. Entre personas indígenas de 12 años y más y personas afrodescendientes esta proporción fue mayor (29,5% y 26,9%, respectivamente). El primer lugar de negación de derechos tuvo que ver con los programas sociales y el segundo lugar con la atención médica y los medicamentos. Dichos valores fueron mayores en entidades federativas con altos índices de marginación y entre la población femenina (CONAPRED, 2018).

En materia de salud, en la ENADIS 2017 se contabilizó que del conjunto de personas de 18 años y más a quienes se les había negado algún derecho, el 42,2%, reportó la negación injustificada de su derecho a la atención médica o medicamentos. En el caso de las personas indígenas este porcentaje fue mayor (51,2%); es decir, un poco más de la mitad de las personas indígenas encuestadas manifestó que en los cinco años previos se le negó la atención médica o los medicamentos de manera injustificada (véase el gráfico 8).

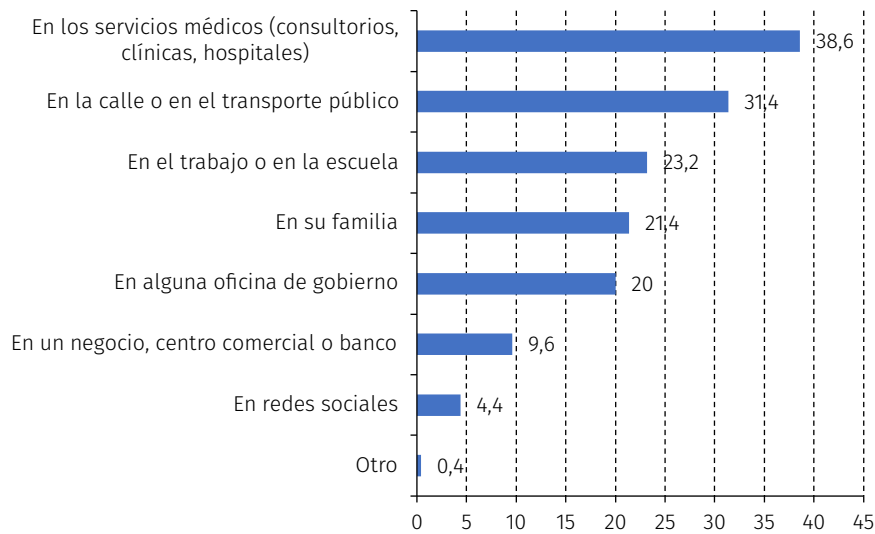
Igualmente, la ENADIS 2017 indagó sobre cuáles fueron los ámbitos o lugares en que las personas percibieron discriminación, por ejemplo, espacios laborales, educativos, familiares, servicios médicos, espacios como la calle y el transporte público y oficinas de gobierno, entre otros. Los hallazgos fueron preocupantes, pues 39 de cada 100 personas indígenas afirmaron haber sido discriminadas o menospreciadas, en primer lugar, dentro de los servicios médicos (véase el gráfico 9); en otras palabras “el principal ámbito en que la población indígena declaró ser víctima de discriminación es en los servicios médicos” (CONAPRED, 2018, pág. 115).

Gráfico 8
México: personas indígenas que reportan negación de derechos, agosto de 2012 a octubre de 2017
 (En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI), *Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS) 2017, 2017* [en línea] <https://www.inegi.org.mx/programas/enadis/2017/>.
 Nota: Cuestionario de opinión, pregunta 4.2., "En los últimos cinco años, de agosto de 2012 a la fecha ¿le han negado injustificadamente alguno de los siguientes derechos?"

Gráfico 9
México: lugares en donde personas indígenas reportan discriminación, agosto de 2016 a octubre de 2017
 (En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI), *Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS), 2017* [en línea] <https://www.inegi.org.mx/programas/enadis/2017/>.
 Nota: Cuadernillo módulos, pregunta 8.7. En los últimos 12 meses, de agosto de 2016 a octubre de 2017, ¿le han discriminado o menospreciado (ignoraron, rechazaron o agredieron) en alguno de los siguientes lugares?"

Por otro lado, también es importante cruzar la información sobre la discriminación que sucede en el ámbito de los servicios médicos con respecto a otros ámbitos, por ejemplo, en el relacionado con el trabajo. De esta manera, resalta que mientras a nivel general el 40,4% de las personas de 18 años y más tenían prestaciones, tales como el derecho a servicios públicos de salud por cuenta de su vinculación

laboral, entre la población de habla indígena ese porcentaje solo llegaba al 13,7% y en la población indígena por autoadscripción al 27%. Con respecto a la población afrodescendiente, este porcentaje fue mucho mayor (39,3%).

2. Programa Nacional para la Igualdad y no Discriminación (PRONAIND) 2021-2024

Como parte del proceso de identificación de prácticas discriminatorias que operan en el ámbito de la salud, en el estudio del CONAPRED (2021) se identifican aquellas que impiden el acceso a la atención en salud, por ejemplo, las que tienen que ver con la falta de cobertura, costos, negación de los servicios y el condicionamiento de la atención aludiendo razones como derechohabencia, tipo de padecimientos y orientación sexual, entre otros. Asimismo, se identifican prácticas relacionadas con el tipo de servicios brindados, por ejemplo, aquellas que se manifiestan en modelos y prácticas de atención médica carentes de las cualidades de calidad, calidez, eficacia y pertinencia cultural.

Por su parte, en el PRONAIND 2021-2024 se señala que estas prácticas discriminatorias son la concreción del fenómeno de la discriminación estructural, es decir, de un trato desigual que no solamente se normaliza e institucionaliza a partir de “prejuicios y estereotipos sociales imperantes, sino también en las normas, las interpretaciones jurídicas, las presupuestarias, las políticas y programas públicos” (México/SEGOB, 2021). Asimismo, en el ámbito de la salud, en el PRONAIND se identifica un contexto de mercantilización y un sistema nacional de salud fragmentado que generan exclusión y barreras para una atención médica de calidad y, por ende, mayor vulnerabilidad en la condición de salud de grupos discriminados sea por su “condición socioeconómica, el estatus laboral, la edad, el lugar de nacimiento o residencia, la pertenencia étnica y la orientación sexual o identidad de género” (México/SEGOB, 2021, pág. 10).

La debilidad en los procesos de denuncia del fenómeno de discriminación en el ámbito de la salud y hacia grupos específicos, en este caso hacia población indígena y afroamericana, se ha constituido en una limitante no solo para la medición cuantitativa y cualitativa del problema, sino principalmente para definir las acciones de atención, prevención y erradicación. Para analizar los datos estadísticos se debe considerar que solo el 10% de víctimas de actos discriminatorios denuncia debido a: i) pensar que se ignorarán o que es una pérdida de tiempo; ii) no saber que se puede hacer la denuncia y desconocer en dónde hacerlo; y iii) percibir que es algo sin importancia (CONAPRED, 2018, págs. 109-110)

Con base en estas consideraciones, se presenta información proporcionada por la Dirección General Adjunta de Quejas del CONAPRED (2021) según la cual de 2014 a junio de 2021 se radicaron 299 expedientes de quejas y reclamaciones por presuntos actos de discriminación relacionados con el ámbito de la salud. De esta cifra, el 90% se vinculó con servidores y servidoras públicas federales o poderes públicos. El primer lugar en causas de discriminación fue la condición de salud, que representa el 48% del total de causas; por otro lado, solo se identificaron cuatro causas de discriminación por origen étnico o lengua, lo que representa apenas el 1%.

Con relación a derechos humanos vulnerados, el primer lugar de quejas lo ocupó el derecho a la salud (33%). De acuerdo con la pertenencia a un grupo, las personas con VIH ocuparon el primer lugar (18%), mientras que el porcentaje de personas indígenas fue mínimo (1%) y no se reportaron casos de personas afroamericanas. La Ciudad de México es la entidad con mayor número de reportes (148), lo que representa casi la mitad del total de casos (49%). Las entidades federativas con mayor presencia indígena (por ejemplo, Campeche, Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Quintana Roo y Yucatán) presentan quejas escasas (de 1 a 8 reportes) (CONAPRED, 2021). Lo anterior puede estar relacionado con un bajo porcentaje de denuncias, falta de presencia de delegaciones del CONAPRED en otras entidades federativas y la recepción de quejas por organismos homólogos (CONAPRED, 2019).

Asimismo, al indagar la existencia de quejas relacionadas con origen étnico en el ámbito de la salud, la Dirección General Adjunta de Quejas informó sobre cuatro casos reportados entre 2015 y 2019, en los que las personas afectadas pertenecían a diversos Pueblos Indígenas (mixe, zapoteco, mazateco y tlapaneco). Durante este proceso se contó con la gestión del personal del CONAPRED, así como con el compromiso de que el personal de las respectivas unidades de salud tomara cursos de sensibilización sobre el derecho a la igualdad y la no discriminación.

Finalmente, se revisaron las resoluciones por disposición emitidas por el CONAPRED como parte del proceso posterior a la investigación de la queja y en el que se comprueban actos, omisiones o una práctica discriminatoria. Estas resoluciones son medidas administrativas y de reparación vinculantes. Durante el período 2005-2020 se emitieron 36 resoluciones de este tipo (CONAPRED, s/f), de las cuales se ubicaron 9 referidas a actos y prácticas de discriminación por causa de condiciones de salud. Sin embargo, no se reportaron afectaciones específicas a personas indígenas o afroamericanas.

3. Análisis cualitativo de recomendaciones de la CNDH relacionadas con derecho a la salud y prácticas discriminatorias hacia personas indígenas y afroamericanas

En 2019 la CNDH presentó un estudio pormenorizado sobre la situación del derecho a la salud en México, una de las principales observaciones tiene que ver con su concepción en un escenario de pluriculturalidad. Se plantea que el derecho a la protección de la salud de los Pueblos Indígenas no se limita a su acceso a los servicios del Sistema Nacional de Salud, sino que implica también “el respeto a sus tradiciones en la preservación de la misma” (CNDH, 2019, pág. 102). Este derecho de mantener, fortalecer y ejercer la medicina tradicional se menciona en la Ley del INPI (México/SEGOB, 2018), además de estar contemplado en el artículo 6° de la Ley General de Salud cuando en el numeral VI Bis se plantea la promoción del “conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas” (México/SEGOB, 1984).

La CNDH (2019) también presenta una síntesis del marco jurídico internacional y nacional en materia de salud de las mujeres indígenas, recuperando en su mayoría el marco normativo aplicable a Pueblos Indígenas, así como el reconocimiento general de derechos a nivel constitucional y de la legislación sanitaria (anexo 1). Empero, no hay referencias sobre salud para mujeres o para población afroamericana ni en las políticas públicas en salud ni en los posicionamientos de las instituciones garantes del derecho a la protección de la salud en México.

Por otro lado, a partir de la revisión de 26 recomendaciones realizadas por la CNDH (2019) durante el período 2002-2021 (anexo 2), se identificaron casos de negación del servicio de salud o su inadecuada prestación, así como prácticas de discriminación donde confluyeron tipologías diversas (por motivos étnicos, sexo, condición económica y lugar de procedencia, entre otras). No obstante, llama la atención que el mayor porcentaje de víctimas de afectaciones y violaciones se concentró en la población de mujeres, seguidas de población infantil. Las víctimas pertenecían a los siguientes Pueblos Indígenas: amuzgo, chinanteco, lacandón, maya, mazahua, mazateco, mixteco, nahua, ódami, purépecha, rarámuri, tepehuano, tsotsil, tzeltal y zapoteco.

Los reportes de negativas, fallas o violaciones de derechos humanos se presentaron en unidades de salud del sector público, principalmente en unidades médico-rurales (UMR) y hospitales del IMSS de los estados de Oaxaca (3), Chiapas (2), Puebla (1), Michoacán (1), Veracruz (1) y, por otro lado, en unidades pertenecientes a los servicios estatales de salud (SESA) de Oaxaca (6), Guerrero (2), Puebla (2), Yucatán (2), Chiapas (1), Tabasco (1), Hidalgo (1) y Chihuahua (1).

Los casos que motivaron dichas recomendaciones son dramáticos y dolorosos (CNDH, 2017a, 2017b y 2012) (véase el anexo 2) y también dan cuenta de violaciones graves a los derechos humanos cometidas por personal de los servicios de salud públicos, quienes vulneraron los siguientes derechos:

- Derecho a la protección de la salud
- Derecho a la integridad personal y a un trato digno
- Derecho a la vida de mujeres indígenas y recién nacidos
- Derecho a vivir una vida libre de violencia (violencia obstétrica)
- Derecho a elegir el número y espaciamiento de los hijos, a la libertad y autonomía reproductiva
- Derecho al consentimiento informado
- Derecho a la calidad y oportunidad de la atención médica
- Derecho de acceso a la información en materia de salud
- Derecho a la integridad, la vida y la salud de niñas y niños

- Derecho a la igualdad y no discriminación

Las recomendaciones en su mayoría se dirigieron, en el caso del IMSS y del ISSSTE, a sus direcciones generales y, en el caso de los SEHA a los gobernadores de las entidades federativas.

Dentro de las medidas de reparación se incluye: i) indemnización a familiares de las víctimas e inclusión en el registro nacional o estatal; ii) cursos de formación, capacitación y educación en derechos humanos y normas oficiales mexicanas (NOM); iii) solicitudes de equipamiento y recursos para unidades de salud; iv) medidas administrativas; v) solicitud de certificación y recertificación de especialistas médicos; vi) circulares sobre adecuada integración de expedientes clínicos; y en algunos casos, vii) seguimiento a denuncias en instancias de procuración de justicia u organismos internos de control.

4. Informes periódicos en el marco de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer¹¹

En su noveno informe periódico ante el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, para 2017 el Estado mexicano reportó:

Numeral 78: 24 Casas de la Mujer Indígena a cargo de la CDI, cuyas acciones estaban orientadas a salud sexual, reproductiva y violencia de género. Allí mismo se precisa que se trata de un modelo de atención “culturalmente pertinente, diferenciada, con perspectiva de equidad de género y de derechos” (Naciones Unidas, 2017a, pág. 16).

Numeral 133: Programa IMSS-PROSPERA como responsable de brindar servicios de salud a las poblaciones rurales. Además, para esa fecha se reportó la afiliación al Seguro Popular de 2,6 millones de mujeres indígenas.

Numeral 144: se creó una línea telefónica para brindar información sobre salud materna en diferentes lenguas indígenas. Por otra parte, se mencionan de manera explícita acciones para impulsar las partería tradicional y técnica, y la existencia de posadas de atención a la mujer embarazada (Posadas AME).

Numeral 145: existe un Modelo de Atención a la Salud Intercultural de Pueblos Indígenas y Afrodescendientes y se contrataron 81 enlaces interculturales para apoyar la atención obstétrica (Naciones Unidas, 2017a, pág. 27).

Numeral 146: campaña radiofónica en lenguas indígenas sobre signos de alarma en el embarazo, parto y puerperio dirigida a mujeres indígenas a cargo de CDI e INMUJERES.

En los informes sombra presentados por algunas organizaciones (UNAM y otros, 2018) se documentan situaciones concretas de vulneración de los derechos de las mujeres en el campo de la salud, así como propuestas de recomendaciones para el Estado mexicano. Por ejemplo, se propone incluir que el Estado “garantice el acceso universal a servicios de salud, con pertinencia cultural y respeto al derecho de las mujeres a decidir sobre sus propios cuerpos” (pág. 12). A su vez, se alude al presupuesto para medicamentos y personal de salud bilingüe y capacitado en la norma oficial mexicana, en este caso sobre violencia familiar, sexual y contra la mujer (NOM 046-SSA2-2005).

Sobre violencia obstétrica y mortalidad materna, se documenta la persistencia de dichos eventos en mujeres indígenas y los lugares donde son más alarmantes las cifras de defunciones; por ejemplo, se menciona que en 2015 cuatro de cada diez muertes maternas en Chiapas correspondían a mujeres que hablaban una lengua indígena (Gire, 2018). Igualmente, las organizaciones de mujeres indígenas enviaron propuestas en torno a la evaluación de los impactos de la contaminación medioambiental en la salud de las mujeres y niñas indígenas (Alianza y otros, 2018). En cuanto a cambios en los programas como PROSPERA, se plantea incluir parteras tradicionales en unidades de salud rural. También se menciona que en cuanto a salud sexual y reproductiva se mantiene la preocupación por la falta de reconocimiento e inclusión de la población indígena y afrodescendiente (INMUJERES, SRE, 2017).

¹¹ Véanse los documentos e informes de los Estados parte del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer [en línea] <https://www.ohchr.org/es/treaty-bodies/cedaw> [fecha de consulta: 2 de octubre de 2021].

5. Informes periódicos en el marco de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial¹²

En los informes periódicos 18° a 21° ante el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, en 2017 el Estado Mexicano reportó sobre salud y Pueblos Indígenas (Naciones Unidas, 2017b):

Numeral 108. Existe un Consejo Consultivo de la CDI el cual incluye un grupo de trabajo de salud con participación de Pueblos Indígenas.

Numeral 118. Se informa una disminución en el porcentaje de personas indígenas con carencia en el acceso a servicios de salud.

Numeral 129. Se reporta que las unidades de salud del SPSS deben contar con una acreditación que incluye criterios de interculturalidad, tales como contratación de traductores y difusión en lengua indígena, y sensibilización del personal de salud en temas de interculturalidad.

Numeral 134. Las Secretarías de Salud de 17 entidades federativas designaron personal denominado “enlaces de interculturalidad”.

Numeral 137. Plan de comunicación indígena para beneficiarios del programa PROSPERA, con mensajes sobre salud y autocuidado, sensibilidad intercultural, usos y costumbres, entre otros.

Numeral 140. Guías de implantación de modelos interculturales.

Numeral 145. Integración del Programa de Acción Promoción de la Salud de los Pueblos Indígenas 2013-2018.

Numeral 148. Modelo de fortalecimiento de la medicina tradicional e inclusión de indicadores en el sistema de información en salud (consultas terapeutas tradicionales y parto vertical).

En el apartado de salud materna y perinatal, se informa nuevamente de la contratación de traductores hablantes de lengua indígena en unidades de salud que atienden a mujeres embarazadas. Asimismo, se reporta la traducción a 22 lenguas de materiales escritos y orales sobre salud materna-perinatal y la presencia de 69 posadas de atención a la mujer embarazada (AME) en municipios indígenas. En cuanto a salud y población afroamericana, únicamente se menciona:

Numeral 140. Entrega a 230 jefes jurisdiccionales del documento sobre el modelo denominado Atención Intercultural a la Salud de los Pueblos Indígenas y Afrodescendientes.

Por su parte, algunas organizaciones presentaron dentro de sus informes alternativos varios puntos sobre salud, uno de los cuales fue expresar las insuficiencias y malas condiciones en las que se encuentran las unidades de salud que atienden a las mujeres afroamericanas y sin seguridad social: “en los Centros de Salud no hay medicamentos y los hospitales se encuentran lejos de las comunidades y están saturados” (UNPROAX y otros, 2017, pág. 11). También se menciona una serie de propuestas en salud, al considerar que no se incluyeron dentro del informe que presentó el Estado mexicano; entre las más importantes están:

- Elaborar campañas informativas y brindar orientación sobre los derechos sexuales y reproductivos, y salud integral a nivel comunitario, con énfasis en mujeres jóvenes y madres niñas y adolescentes afroamericanas.
- Garantizar servicios de salud de calidad en todos los niveles, sin discriminación por color de piel, posición económica, etnicidad y género ni cualquier forma de discriminación formal o de facto que atente contra la dignidad humana, especialmente en la atención de las mujeres

¹² Véanse los documentos e informes de los Estados parte del Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial [en línea] <https://www.ohchr.org/es/treaty-bodies/cerd> [fecha de consulta: 2 de octubre de 2022].

afromexicanas, que sufren altos índices de violencia obstétrica (UNPROAX y otros, 2017, págs. 15-16).

En 2022 México presentó los informes periódicos 22° a 24° (Naciones Unidas, 2022). En cuanto a salud de los Pueblos Indígenas y afromexicanos se pudieron identificar los siguientes numerales:

16. La publicación del PRONAIND en diciembre de 2021.

76. Reforma a la Ley General de Salud en 2019 (servicios de salud gratuitos).

Se dedica un enunciado específico para mujeres indígenas y afromexicanas:

196 y 197. Las casas de la mujer indígena y afromexicana, 35 casas en 17 entidades federativas.

204. Menciona que el PSS 2020-2024 impulsa servicios de salud con pertinencia cultural.

209 y 210. Campaña “Por tu seguridad, hazles caso a las señales de tu cuerpo”, cápsulas radiofónicas en 36 lenguas indígenas; participaron instancias como el CNEGSR, INMUJERES y el INPI.

211. Acciones comunitarias de la SSA madrinas-padrinos obstétricos, vinculación con partería tradicional, traslados emergencia obstétrica, posadas AME, enlaces interculturales y traductores en unidades de salud.

212. El Modelo con enfoque humanizado, intercultural y seguro para las mujeres en su embarazo, parto y puerperio fue el marco de referencia para el proyecto de Entornos habilitantes para una experiencia positiva durante la atención integral de la salud materna y perinatal.

213. Reestructuración del Modelo de Atención para Personas Indígenas y Afromexicanas (MIASPIA) en 2020.

214. Elaboración del modelo de Encuentros de Enriquecimiento Mutuo entre personal de salud y parteras tradicionales.

III. Propuestas

A. Lineamientos generales

- i) Como derecho humano, la salud es el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (Naciones Unidas, 1966, art. 12), siendo así el fundamento que debe inspirar y orientar la labor de todo el personal de salud, tanto de quienes están a cargo del diseño de las políticas, planes y programas, como de quienes tienen responsabilidades operativas, directivas y de evaluación de los servicios.
- ii) El personal de salud que tiene contacto directo con la población tiene la responsabilidad de brindar servicios de atención médica de calidad, entendidos como aquellos servicios que se proporcionan a las personas usuarias y que tienen como fin proteger, promover y restaurar la salud y, en su caso, prestar cuidados paliativos (México/SEGOB, 1984 y 1986).
- iii) Las características de la prestación de dichos servicios deben estar en concordancia con el marco jurídico vigente, en primer lugar, con el mandato constitucional donde se reconoce que toda persona tiene derecho a la protección a la salud (México/SEGOB, 1917, art. 4º), seguido de todo el cuerpo normativo presente en la Ley General de Salud, sus reglamentos y disposiciones administrativas secundarias, así como en el Programa Sectorial de Salud (PSS), los programas de acción específicos (PAE), las normas oficiales mexicanas (NOM) y las guías de práctica clínica (GPC) (entre los más importantes).
- iv) Desde 2019 se cuenta con nuevas orientaciones en materia de política pública en salud con base en el concepto de Atención Primaria de la Salud Integral (APS-I), cuyo reto es garantizar el acceso a servicios integrales, es decir, servicios que incluyen los ámbitos de educación para la salud, promoción de la salud, prevención de enfermedades, detección y tratamiento de enfermedades y rehabilitación (México/SEGOB, 2020b y 2020e).
- v) En el país uno de los principales retos en salud tiene que ver con el acceso efectivo, universal y gratuito a los servicios (accesibilidad), así como el cumplimiento de los demás elementos esenciales del derecho a la salud (disponibilidad, aceptabilidad y calidad) (Naciones Unidas, 2000). En su conjunto, estos retos determinan la existencia de cualidades adecuadas para prestar los servicios de atención médica en sus diferentes niveles.

- vi) Para enfrentar las debilidades y fallas dentro del sector salud se necesita de un proceso de transformación y reorientación de los modelos de atención médica. La prestación de servicios debe basarse en los enfoques de derechos humanos, interculturalidad e igualdad de género, así como los principios de igualdad, no discriminación, trato digno y respetuoso. Lograr estos propósitos implica reconocer de manera explícita aquellos obstáculos que impiden la operacionalización de estos enfoques y principios.
- vii) Como parte del reconocimiento de los principales problemas que enfrentan los servicios de atención médica, se debe incluir la reflexión sobre el origen y naturaleza de las prácticas institucionales que pueden llegar a impedir, obstaculizar o incluso negar el derecho a la protección de la salud. Para el análisis de dichas prácticas es preciso:
 - Identificar los determinantes estructurales que condicionan la organización y prestación de los servicios de atención médica (nivel macro).
 - Caracterizar detalladamente prácticas institucionales discriminatorias durante el proceso de atención médica (niveles meso y micro social).
 - Identificar el marco legal permisivo con prácticas institucionales de salud discriminatorias, con especial atención de prácticas médicas que vayan en contravía de los enfoques y principios ya mencionados.
- viii) Como parte del diálogo intersectorial que se ha impulsado entre diferentes agentes gubernamentales y sociales¹³, hay un interés especial en el fenómeno de la discriminación, específicamente aquella que se presenta dentro de los servicios de salud, debido a los impactos negativos que genera en los perfiles de salud de determinados grupos de la población (población indígena, afroamericana, de la diversidad sexual, con discapacidad, entre otras) y, por tanto, en la profundización de las brechas y las desigualdades sociales hacia estos mismos grupos.
- ix) Hay un amplio marco legal que a nivel internacional prohíbe la discriminación, lo que incluye las garantías de igualdad de toda persona ante la ley, sin distinción de origen nacional o étnico, sexo, edad y demás categorías protegidas. En materia de salud el Estado debe garantizar “el derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social, y los servicios sociales” (Naciones Unidas, 1965). Asimismo, los Estados se comprometieron a tomar medidas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica, planteando que el acceso a los servicios debe prestarse en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres (Naciones Unidas, 1979). Específicamente en los temas de salud y medio ambiente, la Declaración de Durban (2001) instó a los Estados, organizaciones gubernamentales y el sector privado a “establecer mecanismos eficaces para la vigilancia y eliminación del racismo, la discriminación racial, la xenofobia y las formas conexas de intolerancia en el sistema de atención de la salud” (OACNUD, 2002, pág. 64).
- x) A nivel nacional la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), en su artículo primero, párrafo quinto, prohíbe la discriminación 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 (México/SEGOB, 2021, pág. 2).
- xi) En el artículo 2º constitucional se define que la nación mexicana tiene una composición pluricultural, cuyo sustento son sus Pueblos Indígenas, mismos que tienen derecho a la libre determinación. En el literal B de este mismo artículo las autoridades en los diferentes niveles (federal, estatal y municipal) deben “promover la igualdad de oportunidades de los Pueblos Indígenas y eliminar cualquier práctica discriminatoria” (México/SEGOB, 2021, pág. 3).

¹³ Secretaría de Salud (SSA); Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED); Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (INPI), y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), entre otros.

Finalmente, en el literal C se incluye el reconocimiento de los pueblos y comunidades afroamericanas.

- xii) En el cuarto párrafo del artículo 4° de la CPEUM se incluye el derecho a la protección de la salud como un derecho constitucional, así como la definición de un sistema de salud para el bienestar que esté a cargo de la atención integral y gratuita de las personas que no tienen seguridad social.
- xiii) En consonancia con el artículo 1° de la CPEUM, en México existe la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (México/SEGOB, 2003). En relación con la salud, en su artículo noveno se considera como discriminación:
 - VI. Negar o limitar la información sobre derechos sexuales y reproductivos o impedir el libre ejercicio de la determinación del número y espaciamiento de los hijos e hijas.
 - VII. Negar o condicionar los servicios de atención médica, o impedir la participación en las decisiones sobre su tratamiento médico o terapéutico dentro de sus posibilidades y medios.
 - XX. Impedir el acceso a la seguridad social y a sus beneficios o establecer limitaciones para la contratación de seguros médicos, salvo en casos que la ley así lo disponga.
 - XXI. Limitar el derecho a la alimentación, la vivienda, el recreo y los servicios de atención médica adecuados, en los casos que la ley así lo prevea.
 - XXXI. Difundir sin consentimiento de la persona agraviada información sobre su condición de salud.
 - XXXII. Estigmatizar y negar derechos a personas con VIH/SIDA (México/SEGOB, 2003, págs. 3-5).
- xiv) En correspondencia con el mandato constitucional del art. 4, la Ley General de Salud reglamenta el derecho a la protección de la salud. Al respecto de los derechos de las personas que no cuentan con seguridad social, en el artículo 77 bis 1 se mencionan los criterios de universalidad e igualdad, a la vez que el acceso a servicios médicos debe brindarse sin discriminación. Adicionalmente, entre los derechos de los beneficiarios en el artículo 77 bis 37 se incluye recibir servicios de salud en igualdad y sin discriminación (México/SEGOB, 1984).
- xv) En 2018 se expide la Ley del Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas; dentro de las atribuciones de este instituto está lograr una coordinación con el Sistema Nacional de Salud para promover e impulsar el acceso de los Pueblos Indígenas y afroamericanos a “servicios de salud con pertinencia cultural, lingüística y de género, sin discriminación alguna” (México/SEGOB, 2018, pág. 6).
- xvi) El primer objetivo prioritario del Programa Nacional para la Igualdad y No Discriminación (PRONAIND) 2021-2024 está orientado a reducir las prácticas discriminatorias que obstaculizan el ejercicio del derecho humano a la salud y sus consecuencias en la generación de desigualdad y exclusión de determinados grupos sociales: Pueblos Indígenas y afroamericanos, personas de la diversidad sexual y de género, poblaciones callejeras, personas migrantes irregulares en tránsito y otros (México/SEGOB, 2021, pág. 11).
- xvii) Entre las estrategias prioritarias del Programa Sectorial de Salud (PSS) 2020-2024 se contempla la adopción de un enfoque intercultural y sin discriminación, a la vez que se incorporan acciones puntuales tales como:
 - Fortalecer los programas prioritarios especiales o institucionales para atender grupos en situación de discriminación histórica o reiterada, ejecutando acciones concretas en beneficio de estos grupos.
 - Capacitar y sensibilizar en materia de atención integral a víctimas, derechos indígenas, interculturalidad, derechos humanos, igualdad de género y no discriminación a personal directivo y encargado de la atención directa de población en condición de vulnerabilidad para prevenir la revictimización (México/SEGOB, 2020b, págs. 75 y 84).

- xviii) Las orientaciones que se definen dentro del Programa Estratégico de Salud para el Bienestar (México/SEGOB, 2022b) y del Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-Bienestar) contemplan prestar servicios de salud adaptados interculturalmente y que consideren la diversidad de género, culturas y etnias. El personal de salud debe contar con una formación intercultural. De acuerdo con el Programa Sectorial de Salud 2020-2024, “la actividad se realiza de manera coordinada entre el personal de salud y de acción comunitaria. El enfoque intercultural en salud es un llamado a pensar y actuar desde las heterogeneidades de las poblaciones” (México/SEGOB, 2022b).

B. Guía de actuación para el personal de salud

Teniendo en cuenta los lineamientos anteriores se propone la siguiente guía, que puede utilizarse como una herramienta para el personal médico que se desempeña en los servicios de salud, considerando los diferentes entornos, niveles y responsabilidades en la atención directa de usuarios y usuarias del Sistema Nacional de Salud. Para transitar hacia un modelo de atención intercultural y antidiscriminatorio no basta con contar con lineamientos de política pública de salud, también se deben contemplar estrategias y acciones para la transformación de los entornos inmediatos y directos de la atención médica, incluyendo la adecuación de los perfiles y competencias del personal de salud.

Asimismo, se recomienda activar los mecanismos de participación efectiva y, de esta manera, vincular el conjunto de actores de la salud (incluyendo a las personas usuarias), dentro del proceso de diseño e implementación de nuevos modelos de atención. En correspondencia con lo anterior y, a propósito del enfoque intercultural, Freyermuth y Meneses (2017) mencionan que la prestación de servicios públicos de salud con pertinencia cultural “considera las prácticas, los valores y la cosmovisión de la población que los recibe, sea indígena, afroamericana o mestiza, para adaptarse a la forma de vida de la población y, así, respetarla” (pág. 12).

En este mismo tenor, el siguiente decálogo de propuestas se realiza tomando en cuenta las múltiples exigencias que soportan las y los prestadores de servicios de atención médica, pero también apelando a criterios superiores como la calidad, el principio de igualdad y no discriminación, y la pertinencia cultural de los servicios:

- i) Reconocer y diagnosticar los problemas o barreras que impiden ofrecer una atención médica de calidad, intercultural y no discriminatoria dentro del respectivo ámbito laboral y de acción.
- ii) Establecer una línea base de conocimientos, actitudes y prácticas en estos temas para el personal médico que labora en la institución (por ejemplo, pasantes, servicio social, internas e internos, residentes, personal médico de base, jefaturas, direcciones, entre otros), así como del conjunto del personal de salud en contacto con las personas usuarias y familiares.
- iii) Identificar cuáles son las cualidades y competencias que requiere un prestador de servicios para brindar una atención médica de calidad, intercultural y no discriminatoria. En ese sentido, analizar el perfil de formación del personal médico que egresa de las instituciones educativas más próximas a la unidad de salud, a partir del análisis de mallas curriculares, materias y créditos asignados al componente socio/biocultural.
- iv) Formular un plan de actualización para que el personal médico, y en general, el personal de salud de la unidad tenga conocimientos sobre el marco normativo en materia de derechos humanos, derechos de Pueblos Indígenas y afroamericanos, así como información sobre presencia étnica, cosmovisiones y prácticas de salud de las poblaciones que atienden. Procurar que los cursos de sensibilización intercultural sean realizados o incluyan a personas líderes, parteras, promotores de salud, médicos y medicas tradicionales, comités de salud del área de acción de la unidad.
- v) Evaluar la posibilidad de adaptación de espacios de atención médica acordes a las características socioculturales de la población usuaria, valorando los requerimientos y costos para la adecuación cultural de la unidad de salud (por ejemplo, espacios físicos, insumos, rutas de atención, redes de referencia y contrarreferencia, contratación de intérpretes o personas traductoras, parteras, alimentos y vestuario, entre otros).

- vi) Identificar barreras culturales para la atención de personas usuarias en los diferentes tipos de servicios, por ejemplo: consulta externa, urgencias, atención por parte de especialistas, programas preventivos, de educación o de promoción para la salud. Una vez identificadas las barreras, definir metas e indicadores de mejoramiento de la calidad relacionadas con acciones interculturales y antidiscriminatorias.
- vii) Dar seguimiento al proceso de registro y captura de información, a través del monitoreo de calidad de los sistemas de información, como en el caso del registro de variables sobre etnicidad en los formatos correspondientes (egreso hospitalario y urgencias, entre otros) por parte del personal médico y de estadística en las unidades de salud.
- viii) Promover espacios de participación e intercambio de saberes con diferentes sectores y organizaciones de la población. En regiones rurales, indígenas o afroamericanas, incluir las voces de actores de la salud comunitaria.
- ix) Promover de manera intersectorial e interinstitucional la promoción de modelos de atención interculturales basados en prácticas respetuosas de los derechos humanos y los enfoques de integralidad, interculturalidad, igualdad de género, igualdad y no discriminación. Dichos modelos de atención han de contemplar los siguientes aspectos:
 - Cosmovisión de las poblaciones usuarias y sus concepciones sobre salud-enfermedad.
 - Derechos humanos, derechos de las mujeres y derechos de Pueblos Indígenas, afroamericanos y afroindígenas.
 - Reconocimiento de los modelos de atención más utilizados en el área de acción de la unidad de salud e identificación de prácticas de atención más usadas por la población (pluralismo médico).
 - Adecuación de programas y estrategias de prevención y atención a la enfermedad, con perspectiva de género e intercultural.
 - Ruta de acción y estrategias para implementar prácticas antidiscriminatorias, de acuerdo con variables de seguimiento que incluyan percepción de calidad y satisfacción con los servicios de atención médica.
- x) Promover buenas prácticas de atención médica intercultural a través de la inclusión de indicadores en los siguientes rubros:
 - Atención oportuna
 - Comunicación y trato
 - Participación comunitaria
 - Acciones para prevenir prácticas de discriminación dentro de las unidades de salud.

IV. Modelo de atención intercultural en salud para Pueblos Indígenas y afrodescendientes

A. Proceso de revisión

El reconocimiento de la multiculturalidad y la diversidad de saberes, prácticas y modelos de atención, así como los estudios culturales sobre el proceso de salud-enfermedad en México, son asuntos de larga data. Al menos desde la década de 1930 se incorporó la antropología social en algunos planes de estudio de carreras de medicina, asociando buena parte de sus contenidos con el abordaje y “el estudio de los problemas indígenas y rurales de México, y la organización social, el conocimiento histórico de los pueblos amerindios” (Campos, 2010, pág. 115).

A mediados del siglo XX ya se reconocía el indigenismo como la corriente de pensamiento que predominaba en la política pública. Su propósito estaba orientado a incorporar los Pueblos Indígenas al proceso de modernización nacional y, en ese sentido, sus acciones estaban inspiradas en nociones “integracionistas y asimilacionistas” (Campos, Peña y Maya, 2017, pág. 445). En 1948 se creó el Instituto Nacional Indigenista (INI), desde el cual se propusieron los primeros programas de salud interculturales. La integración intercultural se pensaba como aquellas intervenciones culturalmente apropiadas para la medicina oficial, más que el reconocimiento y respeto por los saberes indígenas (Campos, Peña y Maya, 2017).

Desde la década de 1940 se hicieron innumerables estudios sobre las prácticas de atención de los grupos originarios y se cuestionaron las corrientes culturalistas predominantes. En la década de 1980 surgió la antropología médica crítica, que introdujo en el análisis otros “modelos explicativos de carácter sociopolítico” (Campos, 2010, págs. 116-117), es decir, la vinculación de los significados, símbolos, normas y prácticas culturales con los procesos de producción material y reproducción social, todos necesarios para la discusión sobre interculturalidad.

Entre las principales limitaciones de las propuestas interculturales en México, Menéndez (2016) ubica: i) el desconocimiento de cómo opera la interacción intercultural en la vida cotidiana de las poblaciones; ii) la falta de participación en el diseño y operación de los programas; iii) la invisibilización de las diferencias culturales y las desigualdades socioeconómicas, iv) la homogenización de los grupos étnicos, así como la ausencia de una mirada histórica y dinámica de sus cosmovisiones y modelos

médicos; y v) la omisión de procesos de violencia estructural, racismo y penetración de la biomedicina en la vida social. Estos antecedentes son clave, por un lado, para comprender el impacto del indigenismo y de la interculturalidad funcional en diversas políticas públicas y, por otro lado, para entender que los estudios sobre modelos de atención a la salud de los Pueblos Indígenas y los proyectos interculturales no son de reciente creación.

Al iniciar el presente siglo, se identifica un gran impulso a la interculturalidad en salud; desde 2001 inicia un proceso de institucionalización liderado por parte del órgano rector del sector salud, la Secretaría de Salud Federal (SSA), a partir de la formulación del “Programa de Acción: Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas” (PROSANI) (SSA, 2001). Además, se creó la Coordinación de Salud para Pueblos Indígenas adscrita a la Dirección General de Equidad y Desarrollo en Salud (México, SEGOB, 2001). Desde esa época, el Estado mexicano reconocía que las prácticas discriminatorias ejercidas por el personal de salud, específicamente por parte del personal médico, tenían que ver con la falta de calidad y sensibilidad cultural de los servicios de salud. De hecho, se identificaba que el lenguaje utilizado por los médicos:

“fomenta la incomunicación e imposibilita la empatía y confianza con el paciente. La escasa información que se da a la persona indígena sobre el propósito y la necesidad de algunas intervenciones, tales como la vacunación, las inyecciones, la extracción de sangre, los exámenes de gabinete, etc., terminan por distanciar definitivamente a los actores del proceso terapéutico. En el caso de la atención gineco-obstétrica existen barreras específicas como el pudor y el hábito de ser atendidas solamente por mujeres. Médico y paciente no solo hablan idiomas distintos, sino que operan visiones del mundo a menudo contrapuestas, y no siempre encuentran los puntos de contacto intercultural. La población indígena lleva además el estigma de la marginación y la pobreza, resultado de una histórica y persistente enajenación social” (SSA, 2001, pág. 31).

Desde el mismo PROSANI se definieron estrategias orientadas a mejorar la salud y nutrición de la población indígena. Entre las más relevantes estaban el seguimiento a programas de salud para estas poblaciones; la promoción de servicios de salud con calidad y sensibilidad intercultural; la capacitación del personal de salud con enfoque intercultural; el relacionamiento entre medicina institucional y medicina tradicional; los programas de salud de la mujer indígena y los sistemas de información en salud con presencia de población indígena (SSA, 2001).

Durante ese mismo período, se crearon los fundamentos y la orientación de lo que sería la instancia responsable de la política de interculturalidad en salud en México, es decir, de la Dirección de Medicina Tradicional¹⁴, cuyo origen se remonta a 2002. En uno de sus documentos iniciales, dicha Dirección define que el objetivo del enfoque intercultural tiene que ver con promover un modelo de atención en el cual el personal de salud sea capaz de identificar y reconocer otros modelos y otras interpretaciones sobre la salud-enfermedad. De esta manera, se buscaba fortalecer un “sistema de atención a la salud complementario dentro de un esquema de coordinación y de respeto entre las dos concepciones para mejorar la calidad, accesibilidad y la satisfacción entre usuarios y proveedores” (DGPLADES, 2002, pág. 15). Este programa proyectó a su vez intervenciones en los siguientes ejes:

- Sensibilización y capacitación intercultural
- Validación ciudadana a partir de talleres de salud intercultural
- Contraloría social de los programas

Igualmente, se incluyeron propuestas en torno a la formación del personal médico. Entre las más relevantes estaba la inclusión de una materia específica sobre medicina tradicional y antropología médica, con el objetivo de que las y los estudiantes de ciencias de la salud contaran con conocimientos, actitudes y valores para la atención integral de las personas, a partir del reconocimiento de la diversidad cultural y a partir de “un enfoque intercultural de la práctica médica” (DMTDI, 2002, pág. 5); asimismo, se propuso la introducción de dicha asignatura hacia la mitad de la carrera, con duración de un semestre y una carga horaria de entre 105 y 170 horas (DMTDI, 2002).

¹⁴ Perteneciente a la Dirección General Adjunta de Implantación de Sistemas de Salud (DGAISS), a su vez parte de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES).

En 2003, ya con la denominada Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DMTDI), se definió un programa enfocado al campo de la medicina tradicional con el que se propuso fomentar la complementariedad, haciendo referencia a dos modelos médicos. El objetivo manifiesto fue fortalecer un sistema complementario intercultural de atención a la salud dentro de un esquema de coordinación y respeto entre las dos medicinas (alopática y tradicional) (UT-SSA, 2020, pág. 7).

Posteriormente, se estableció el Programa de Acción y Atención a la Salud de Pueblos Indígenas, que focalizó sus acciones en 101 municipios de siete entidades federativas (Chiapas, Durango, Guerrero, Nayarit, Oaxaca, Puebla y Veracruz) (SSA, 2007). Entre sus características relevantes se identifican, por un lado, la creación de una coordinación interinstitucional conformada por la SSA, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) y el IMSS-Prospera; por otro lado, se trazaba el objetivo de:

“Impulsar una política integral para la atención de la salud de los Pueblos Indígenas mediante la coordinación de las áreas administrativas y la alineación de los recursos para lograr el acceso efectivo de la población indígena a servicios de calidad técnica y cultural en la atención y promoción de la salud, satisfaciendo sus necesidades y cumpliendo sus expectativas en un marco de respeto a la diversidad cultural de usuarios y usuarias” (SSA, 2007, pág. 17).

De acuerdo con la información proporcionada por la propia DGPLADES (UT-SSA, 2020) y la información pública disponible del período 2002-2020, se ubican diversas guías, esquemas, libros, lineamientos, cursos-talleres de sensibilización y se identifican metodologías específicas para el trabajo con Pueblos Indígenas (véase el anexo 3 del presente documento). Entre las más reconocidas están los “Encuentros de Enriquecimiento Mutuo” (EEM) (SSA, 2008c) definidos como espacios de intercambio y diálogo horizontal entre el personal de salud y grupos de población (ya sea de usuarios o de terapeutas tradicionales) con base en un enfoque educativo intercultural.

A su vez, dentro del proceso de capacitación se crean cursos interculturales en torno a temas como derechos humanos, género y parto vertical, entre otros (DGPLADES, 2003, 2009, 2013c, 2013d). También se incluyen variables para la población indígena dentro del Sistema de Información en Salud (SIS), particularmente dentro del Sistema Automatizado de Egreso Hospitalario (SAEH) (UT-SSA, 2020). Igualmente, la DMTDI impulsa la inclusión de indicadores interculturales como parte del proceso de acreditación de calidad de las unidades de salud, entre los que sobresalen el relacionado con traductores indígenas en las unidades de salud (UT-SSA, 2020). Posteriormente, dentro de las cédulas de acreditación también se incluyeron los siguientes criterios de interculturalidad:

- Personal de salud bilingüe
- Recursos humanos con competencia intercultural y de género
- Difusión de programas de salud en lengua local (DMTDI, 2013e, pág. 2)

Asimismo, se formulan iniciativas orientadas a readecuar la infraestructura de las unidades de salud, a partir del diseño de nuevos modelos arquitectónicos. En este marco surgirán propuestas como los hospitales mixtos y luego los hospitales sustentables interculturales (DMTDI, 2013f).

Uno de los principales logros en la formulación de una política pública de interculturalidad en salud en México ha sido la creación del Programa de Acción Específico (PAE) en esta materia. Justamente para el período 2007-2012, en el PAE se identifica que las barreras culturales son una de las principales limitaciones para el acceso a los servicios de salud. De la misma manera, se plantea la consolidación de “un modelo intercultural y complementario de Atención a la Salud, que considere y respete la diversidad, los Derechos Humanos, de género y las expectativas y necesidades de atención a los usuarios de los servicios de salud” (SSA, 2008b, pág. 27). Las estrategias y metas de dicho programa incluyeron la consolidación de la política intercultural y del modelo de capacitación en determinadas entidades federativas, así como la coordinación intersectorial e inclusión de variables de etnicidad en el SIS.

En ese mismo período también se formuló otro PAE denominado “Medicina Tradicional y Sistemas Complementarios de Atención a la Salud” (SSA, 2008c), en el que se mencionan las diversas terapias (más de 125) también llamadas prácticas complementarias o alternativas (SSA, 2008c, pág. 17), y que provienen de diferentes sistemas de atención médica —por ejemplo, occidental alopático, tradicional chino,

ayurvédico e hipocrático griego— (SSA, 2008c). Asimismo, este programa propuso incorporar las medicinas tradicionales y complementarias, como la homeopatía, la herbolaria, la acupuntura y la medicina tradicional mexicana, entre otras, al Sistema Nacional de Salud (SSA, 2008c, pág. 22).

Otro antecedente significativo tiene que ver con la formulación de un modelo de atención dirigido específicamente a personas indígenas y afrodescendientes. Así, entre 2013 y 2016 se estableció un Modelo de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas y Afrodescendientes (MASPIA) (DMTDI, 2014) y se crearon los Grupos Interinstitucionales e Intersectoriales de Atención a la Salud de Pueblos Indígenas y Afromexicanos (GIASPIYA), así como enlaces estatales interculturales. Dentro de las principales líneas de acción del MASPIA se incluyeron:

- Diagnóstico de la oferta de servicios por parte de los Servicios Estatales de Salud (SES)
- Coordinación con los SES y la instancia responsable de la acreditación de las unidades de salud (Dirección General de Calidad y Educación en Salud-DGCES)
- Oferta de servicios de medicina y partería tradicional en regiones indígenas y con presencia afrodescendiente
- Competencia intercultural del personal de salud
- Sensibilización del personal de los SES (desde el nivel de atención I hasta el III)
- Instrumentos normativos para equipamiento y construcción de unidades de salud
- Subsistema de información y aval ciudadano en regiones indígenas y afrodescendientes
- Consulta informada y diagnóstico participativo (DMTDI, 2014)

Del período más actual (2017-2021) resalta la existencia y difusión del decálogo de los Lineamientos Interculturales para el Personal de los Servicios de Salud¹⁵, que incluye las adaptaciones que deben realizar las unidades y el personal de salud, así como los cambios en la misión de las unidades de salud, trato respetuoso, identificación de las identidades culturales de las y los pacientes, atención humanizada del parto, brindar información clara con el apoyo de personas traductoras, consentimiento informado y no emitir o replicar prejuicios, maltrato o discriminación (DMTDI, 2013d).

B. Criterios por incorporar

Como puede evidenciarse, durante las últimas dos décadas la instancia de salud responsable de la política de interculturalidad a nivel nacional, en este caso la DMTDI, ha formulado tanto los marcos conceptuales para el reconocimiento de diversos modelos de atención a la salud, como las herramientas metodológicas para implementar el enfoque intercultural en diferentes ámbitos (por ejemplo, formación, capacitación, sensibilización, adecuación de servicios, calidad e infraestructura, entre otros), con el propósito de promover la interrelación y el diálogo entre esas diversas maneras de comprender los fenómenos de salud-enfermedad.

En el período actual se observa la continuidad de dicha política, específicamente a través del denominado Modelo para la Atención Intercultural a la Salud de los Pueblos Indígenas y Afromexicano. Como parte de su misión, en este se incluye lograr una atención a la salud en “condiciones de respeto y dignidad, con modelos y metodologías interculturales, de perspectiva de género y de respeto a los derechos humanos, considerando la cultura, cosmovisiones y demás elementos de su identidad, como su medicina tradicional” (SSA, 2020, pág. 19). Este modelo a la vez define el acceso, el trato con dignidad, la visibilidad y el empoderamiento como sus objetivos específicos hacia el mejoramiento de la situación de salud de la población indígena y afromexicana (SSA, 2020).

Pese a esta política, el personal que dirige y opera las instituciones del Sistema Nacional de Salud, que toma las decisiones o dirige los servicios, no prioriza dicho modelo, por lo que resulta necesario profundizar no solo en los elementos conceptuales del mismo, sino en los requerimientos técnicos y financieros para implementar un modelo intercultural tanto en el sector de salud público como en el

¹⁵ Para mayor información véase Almaguer, J. A. y otros (coords.) (2020) y Secretaría de Salud (2013) [en línea] <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29323/CarlLineamientos.pdf>.

social y el privado. Se debe revisar la prevalencia de conceptos reduccionistas de la cultura y recuperar el papel protagónico que esta tiene en las maneras en que los individuos y colectivos entienden y resuelven sus necesidades de salud. La cultura es una dimensión esencial que debe considerarse en los modelos de atención médica, por lo que al brindar un servicio médico directo hay que erradicar el menosprecio o desconocimiento que de dicha dimensión pueda tener el personal de medicina y de otras áreas de la salud o administrativas.

En el campo de la cultura las diferentes cosmovisiones, interpretaciones, saberes y prácticas de salud también están íntimamente vinculadas con determinaciones sociales de distinta índole, por ejemplo, de tipo económico, político y ambiental, entre otros. Esta perspectiva se reconoce como la determinación social de la salud e incluye las determinantes culturales. Por otro lado, más allá de un requisito administrativo para la acreditación, el objetivo de la propuesta intercultural debe orientarse a concretar prácticas de atención médica que verdaderamente reconozcan los significados que tienen los y las usuarias en torno a su salud-enfermedad, así como a identificar de manera no prejuiciosa las múltiples prácticas individuales y colectivas en la atención a la salud.

Además de contemplar las responsabilidades y los compromisos individuales de quienes prestan servicios de atención médica, los lineamientos interculturales también deben incluir los compromisos institucionales orientados al reconocimiento y diálogo entre actores de los diferentes modelos de atención a la salud-enfermedad. En relación con lo anterior, se debe superar el argumento de que la interculturalidad es útil en la medida en que permite complementar dos o más modelos, o que la presencia de otros modelos de atención es válida en tanto puedan ser aprovechados por el modelo biomédico. Buena parte de las críticas a este enfoque pragmático y funcional de la interculturalidad tienen que ver con la invisibilización de las relaciones de poder y las barreras que generan para un diálogo horizontal, en este caso entre el modelo biomédico y otros denominados alternativos o complementarios.

Las apuestas por la interculturalidad en salud implican una lectura mucho más compleja y dinámica y superan, por mucho, el logro de un hipotético diálogo horizontal entre las diferentes formas de entender la salud y la enfermedad. Las referencias a interculturalidad operan en un “trasfondo monocultural y hegemónico del Estado” (Eroza y Carrasco, 2020, pág. 115) y en un escenario de rechazo explícito o implícito de las prácticas de salud históricamente subordinadas, tal como sucede en el caso de los sistemas y modelos de atención de los Pueblos Indígenas y afroamericanos. Para lograr un espacio ideal de diálogo intercultural entre modelos se requiere reflexionar sobre las posibilidades de modificar los escenarios verticales que se emplean en los servicios de atención médica, lo que a su vez implicaría una reforma estructural del propio sistema de salud y la ruptura de la inercia y las prácticas burocráticas que operan en los procesos de formación médica y en los escenarios de toma de decisiones, así como en la propia dinámica y cotidianidad de las instituciones.

En cuanto a la formación, es importante que en los programas académicos de todas las disciplinas en salud y especialidades médicas, además de incluirse asignaturas de antropología médica se contemplen espacios teórico-prácticos y que dentro de los planes de estudio se precise cuál es el marco político en el que se fundamenta el reconocimiento, el respeto y la protección de la diversidad cultural, así como los enfoques en materia de derechos humanos, igualdad y no discriminación, protección a la salud, derechos de los Pueblos Indígenas y afroamericanos, entre otros.

Aunque en las experiencias de la SSA se documentan espacios de intercambio con población indígena y afroamericana, dentro del proceso de diseño, ejecución y evaluación de las políticas específicas se deben reforzar los mecanismos de participación social y comunitaria en salud. En el caso de la salud de las mujeres se propone la vinculación y participación decisiva de las organizaciones en el nivel nacional, estatal y local, como la Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas (CONAMI), la Asamblea Nacional Política de Mujeres Indígenas (ANPMI), la Alianza de Mujeres Indígenas de Centroamérica y México (AMICAM) y la Colectiva de Mujeres Afroamericanas de la Costa Chica de Oaxaca y Guerrero (MUAFFRO), entre otras.

También se necesitan diagnósticos actualizados de cómo están operando los servicios en términos de recursos (humanos y materiales) y del modelo de atención predominante, así como actualizar los perfiles epidemiológicos con variables socioculturales, especialmente en aquellas regiones con mayor presencia indígena y afroamericana. Los sistemas y modelos de atención que desarrollan los Pueblos

Indígenas o afromexicanos deberían ser reconocidos, pues incluyen su propio cuerpo de conocimientos e ideas sobre la salud-enfermedad, métodos y prácticas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación, a la vez que un conjunto de actores que realizan acciones de promoción, atención y prevención de los padecimientos. Se han documentado experiencias de subsistemas para poblaciones indígenas en varios países latinoamericanos, por ejemplo, en el Brasil, Colombia y la República Bolivariana de Venezuela¹⁶.

En el caso de las personas afromexicanas, pese al reconocimiento de sus derechos a nivel constitucional, todavía “no existen políticas públicas específicas, ni presupuesto para atender sus requerimientos y necesidades, entre ellas el acceso a los servicios de salud” (Avendaño, 2020, pág. 21). Un paso esencial para lograrlo es registrar de manera adecuada la variable étnica dentro de los formatos de atención en los servicios de salud, además de elaborar diagnósticos y perfiles epidemiológicos específicos para esta población. También es urgente crear estrategias efectivas de participación comunitaria en salud, así como reconocer y proteger sus saberes y prácticas tradicionales. En cuanto al vínculo interinstitucional, se requiere una mejor alineación entre estrategias, metas e indicadores de los diferentes planes o programas de acción estratégica formulados por la Secretaría de Salud a nivel federal. También se precisa de una adecuada coordinación entre las unidades administrativas de la SSA y de estas con los SESA, incluyendo los niveles jurisdiccionales.

Por otro lado, en materia de intersectorialidad, los programas que tengan como objeto atender la salud de los Pueblos Indígenas y afromexicanos deben contar con la participación de diferentes instancias sectoriales (por ejemplo, educación, mujeres, desarrollo social, agricultura y justicia, entre otras) durante su proceso de formulación, ejecución y evaluación. El INPI debería jugar un papel protagónico y contar con mecanismos de articulación más efectivos con el sector salud, tanto en el nivel federal como estatal y local; en este último caso, la articulación podría hacerse a partir de la relación de sus centros coordinadores con las jurisdicciones sanitarias.

¹⁶ En el Brasil, dentro del Sistema Único de Salud opera el Subsistema de Salud Indígena con los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas (DSEI) desde 1999. En el caso de Colombia, en 2014 se creó el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI). En cuanto a la República Bolivariana de Venezuela, dentro del Ministerio de Salud está la Dirección General de Salud Indígena, Intercultural y Terapias Complementarias.

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

A. Proceso de revisión

Los antecedentes del actual Modelo de Atención a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio, con enfoque humanizado, intercultural y seguro se encuentran en 2003, período en el que se estableció la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DMTDI) e iniciaron los Encuentros de Enriquecimiento Mutuo (EEM) entre personal de salud y parteras tradicionales (DMTDI, 2018). Asimismo, en el contexto de salud pública de ese entonces, desde mediados de la década de 1990 se identificaba la mortalidad materna como uno de los principales problemas de salud de las mujeres. Entre las principales causas de muerte materna¹⁷ estaban los trastornos hipertensivos relacionados con el embarazo y las hemorragias, es decir, causas obstétricas directas.

De las 1.400 muertes maternas que se estimaron en esa época, el 70% provenía de regiones del sureste y centro (Espinosa, 2004). La tasa de muerte materna en 1999 era de 5,1 por cada 10.000 nacidos vivos a nivel nacional y los estados que ocupaban los primeros lugares en mortalidad materna eran Guerrero y Chiapas, ambos con una tasa de 7,0¹⁸ (Espinosa, 2004). De esta manera, se identificaba no solo el aumento de la cobertura en la atención de las mujeres embarazadas, sino la prevención e identificación temprana de riesgos, que se retomó en 2002 a través del programa de acción “Arranque Parejo en la Vida”, principal política del sector salud para el control y la disminución de la mortalidad materna. Para ese momento la DMTDI ya identificaba barreras culturales para la atención de la salud materna de mujeres indígenas, así como el necesario diálogo que debía entablarse entre el sector salud y los terapeutas tradicionales, específicamente con las parteras.

Por otro lado, se identificaban las directrices para la atención prenatal y del parto a partir del modelo propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el que ya se planteaban aspectos como la posición vertical, el acompañamiento, la lactancia materna inmediata, las estrategias no

¹⁷ Defunciones de mujeres durante su proceso de embarazo, parto y puerperio (hasta los 42 días postparto).

¹⁸ Actualmente, el indicador de muerte materna se mide a través del cálculo de la razón de muerte materna (RMM), que se calcula al dividir el número de defunciones de mujeres durante su proceso de embarazo, parto, puerperio (hasta los 42 días postparto) entre los nacidos vivos registrados en un año; todo esto se multiplica por cada 100.000.

medicalizadas para el manejo del dolor, el respeto de la cultura y las decisiones de las mujeres, evitar el uso innecesario de tecnologías, entre otros (Almaguer, Vargas y García, 2014). De manera que en este período (2003-2010), además de los EEM, se crearon los lineamientos que incorporaban las perspectivas de género, por ejemplo, en la atención y prevención de cáncer cérvico uterino (CACU) y cáncer de mama (CAMA), así como de interculturalidad, partir de la inclusión de las parteras tradicionales en este tipo de acciones (DMTDI, 2018).

En 2008 se formuló la propuesta de atención intercultural a las mujeres a través del impulso de la atención del parto en posición vertical. En la propuesta se exponen los beneficios de la interacción entre diferentes modelos de atención, por un lado, la medicina científica y, por otro, la medicina tradicional. Además, se resalta la evidencia científica a favor de prácticas tradicionales en la atención del parto, específicamente de los beneficios de la posición vertical; también se avanza en el diseño de dispositivos para atender en esta posición (por ejemplo, mesa y banco obstétrico ergonómico) (Almaguer, Vargas y García, 2014).

Para el período 2013-2014, la DMTDI y el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) cambian la denominación del modelo a “Atención de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro” (SSA, 2018) (en adelante, el Modelo), colocando el centro de atención en la decisión y los derechos de las mujeres. En ese momento también fue clave la participación de la DMTDI para actualizar la Guía de práctica clínica (GPC) para la vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. Su versión actualizada incluye varias recomendaciones relacionadas con el enfoque humanizado e intercultural (véase el cuadro 2).

Cuadro 2

Principales recomendaciones relacionadas con atención humanizada e intercultural, guía de práctica clínica para la vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo

- Se recomienda que en la atención a todas las mujeres en trabajo de parto se procure mantener su dignidad, privacidad y confidencialidad, así como asegurar la ausencia de daño y maltrato, permitiendo la posibilidad de una elección informada y continua durante el trabajo de parto y el nacimiento.
- Se requiere comunicación efectiva entre los proveedores del cuidado de la salud y las mujeres en trabajo de parto, usando términos simples y culturalmente aceptables.
- Durante la fase activa del trabajo de parto, se recomienda el acompañamiento continuo (por familiar o personal de salud) en mujeres con embarazo no complicado.
- Se recomienda la libre movilidad y adopción de la postura vertical durante el trabajo de parto de mujeres sanas.
- Se recomienda permitir la libre adopción de postura durante el nacimiento (incluyendo la posición vertical) a mujeres con y sin analgesia epidural.
- Se recomienda que los recién nacidos sin complicaciones tengan contacto piel con piel durante la primera hora después del nacimiento, con la finalidad de promover la lactancia materna.
- Se recomienda bañar al recién nacido 24 horas después de su nacimiento. Se debe procurar que la vestimenta del neonato sea adecuada y se encuentre a temperatura ambiente.
- Se recomienda usar técnicas de relajación para el control del dolor de mujeres sanas durante el trabajo de parto, como respiración profunda, relajación muscular progresiva y musicoterapia. Se recomienda usar técnicas manuales para el control del dolor de mujeres sanas durante el trabajo de parto, como masajes o aplicación de compresas calientes.

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC), “Vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo”, *Guía de práctica clínica: guía de evidencias y recomendaciones*, México, 2019 [en línea] <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-052-19/ER.pdf> [fecha de consulta: 30 de noviembre de 2021].

Retomando los avances en la implementación del Modelo propuesto por la DMTDI, también hay un avance significativo durante el período 2015-2018 pues se ratifica su pertinencia y se incorporan

algunos indicadores dentro del Catálogo de Procedimientos Médicos de la CIE-9MC¹⁹, cuyos códigos incluyen la atención del período expulsivo en posición vertical, el acompañamiento psicoemocional, el apego inmediato y el manejo activo del dolor en el tercer período de trabajo de parto (SSA, 2018, pág. 6). Otro aspecto que se impulsó en ese período y que hasta el día de hoy genera polémica, tiene que ver con la certificación de las parteras tradicionales, debido a que los procesos de capacitación y autorización están a cargo del Sector Salud, que a su vez las clasifica como “personal de salud no profesional autorizado” (SSA, s/f). En la propia norma oficial mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida (NOM-007-SSA2-2016), actualizada en 2016, se define a la partera tradicional como:

“La persona que pertenece a comunidades indígenas y rurales y que ha sido formada y practica el modelo tradicional de atención del embarazo, parto, puerperio y la persona recién nacida, la cual se considera como personal no profesional autorizado para la prestación de los servicios de atención médica” (México/SEGOB, 2016).

Al respecto, varios sectores de parteras rechazan la relación de subordinación y el condicionamiento de los procesos de capacitación/certificación impuestos por el Sector Salud (Conde y Román, 2019, págs. 95-97). En la actualidad, se sigue denunciando no solo la estigmatización de su práctica, sino también su descalificación por parte de la mayor parte del personal médico. Un ejemplo de lo anterior es la negación de actas de nacimiento de las y los recién nacidos atendidos por parteras tradicionales, ante lo cual ellas exigen:

“Al sector salud y al Registro Civil que las parteras tradicionales podamos expedir las constancias/hojas de alumbramiento sin condicionamientos y que los certificados de nacimiento registren fielmente los partos que atendemos, independientemente de que las parteras estén o no registradas/certificadas o con credencial emitida por la Secretaría de Salud. Esto es fundamental para eliminar el subregistro de atención de partos por parteras, visibilizar su aporte a la salud de la población y reconocer la relevancia y vitalidad de su trabajo” (partera Ofelia Pérez Ruiz, vocera del Movimiento de Parteras de Chiapas “Nich Ixim”) (Conde y Román, 2019, pág. 19).

También se han definido medidas explícitas frente al incremento de denuncias por violencia obstétrica en las instituciones públicas de salud. Una de las más categóricas fue la emisión de la Recomendación General 31 de 2017 por parte de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). Dentro de su numeral 160 se menciona a las mujeres indígenas y afromexicanas, al señalar “el impacto que tiene esta forma de violencia sobre las mujeres en situación de vulnerabilidad” (CNDH, 2017b, pág. 58). A su vez, en el numeral 167 plantea:

“la precaria situación que persiste para los miembros de comunidades indígenas, quienes ven obstaculizado el acceso a los servicios de salud por diversos motivos como la lejanía de los centros de salud, las malas condiciones en que estos se encuentran, la ausencia de personal médico de base, falta de intérpretes y traductores, y actitudes discriminatorias por parte de algunos profesionales de salud” (CNDH, 2017b, pág. 61).

En este mismo documento se definen seis recomendaciones; la primera contempla el diseño de una “política pública de prevención de violaciones a los derechos humanos de las mujeres en ocasión del embarazo, el parto y el puerperio... que atienda las perspectivas de derechos humanos y género” (CNDH, 2017b, pág. 81). Por su parte, la tercera recomendación se refiere a la implementación del Modelo en diversas instituciones pertenecientes al Sistema Nacional de Salud, precisando que tiene como fin “garantizar la disminución de la morbilidad materno-infantil, la atención médica calificada, digna, respetuosa y con perspectiva de género” (CNDH, 2017b). En la quinta se menciona la vinculación de la partería tradicional al Sistema Nacional de Salud, lo que amerita reformas jurídicas y de las instituciones, así como otro enfoque en los procesos de “capacitación técnica” (CNDH, 2017b, pág. 82). A su vez, las propias instancias de derechos humanos se han pronunciado contra la discriminación y el riesgo de que

¹⁹ La clasificación internacional de enfermedades (CIE) es el sistema universal de codificación que se usa en las unidades de salud para el registro; en el caso de padecimientos y diagnósticos se utiliza la CIE-10, y para los procedimientos/atenciones se usa el catálogo de la CIE-9, modificación clínica (MC).

se extingan los saberes tradicionales de los pueblos originarios, incluyendo los saberes y prácticas de la partería tradicional indígena (CNDH, 2017b, págs. 71-72).

Por otro lado, desde 2018-2019 la SSA dio un mayor énfasis a la difusión de lineamientos interculturales. En primer lugar, están los concernientes a la atención de las mujeres indígenas con parteras tradicionales (SSA, s/fb), mismos que contemplan 13 lineamientos sobre el ejercicio de la partería tradicional indígena, así como las responsabilidades de los diferentes niveles y unidades del Sistema Nacional de Salud (anexo 4). En segundo lugar, están aquellos que se refieren al proceso general de atención de las mujeres durante su embarazo, parto y puerperio (SSA, s/fc), en los que se manifiesta la importancia del conocimiento que debe tener todo el personal de salud en materia de la NOM-007-SSA2-2016, la GPC, la Recomendación General N° 31/2017 de la CNDH y el Modelo (DGPLADES, 2018).

En la lectura detallada de estos lineamientos se identifica una tensión entre la normativa o regulación por parte de la SSA y el ejercicio de la medicina tradicional, toda vez que no hay una armonización entre la legislación nacional y el marco normativo internacional para los Pueblos Indígenas, particularmente en lo que concierne al artículo 25 del Convenio 169 de la OIT sobre tener presentes sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicina tradicional (OIT, 1989), y lo que se contempla en el artículo 24 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, donde se puntualiza que:

“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” (Naciones Unidas, 2007).

Recientemente se han presentado controversias con respecto a la incorporación de la medicina tradicional en la Ley General de Salud (LGS); por ejemplo, en marzo de 2021 la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados emitió un dictamen a favor de reformar la LGS (Gobierno de México, Cámara de Diputados, 2021). Al respecto se han expresado varios desacuerdos pues se identifican puntos que van que contradicen el derecho de los Pueblos Indígenas a su medicina tradicional. Dentro de las principales controversias identificadas en el dictamen están las relacionadas con los siguientes artículos:

- Art. 6° IV Bis. Reconocer, orientar, regular la medicina tradicional indígena y complementaria.
- Art. 31 Bis. Se reconocen como modelos clínicos terapéuticos no convencionales y de fortalecimiento de la salud a las medicinas tradicionales indígenas y complementarias. Como atención al fortalecimiento de la salud que cumplan los criterios de seguridad, eficacia comprobada, costo efectividad, adherencia a normas éticas y profesionales y aceptabilidad social.
- Las prácticas médicas complementarias serán sujetos de certificación, regulación y vigilancia por la Secretaría de Salud (Cámara de Diputados, 2021).

Asimismo, dicha propuesta no se apejó al proceso de consulta libre, previa e informada al cual tienen derecho los Pueblos Indígenas, por lo que las organizaciones indígenas y diversos sectores sociales la rechazaron (Morales, 2021; PUIC/UNAM, 2021). Incluso el propio INPI, como instancia rectora de la política pública para este sector de la población, manifestó su desacuerdo (INPI, 2021b). Actualmente el INPI desarrolla un proyecto de reforma constitucional sobre derechos de los Pueblos Indígenas y afroamericanos. En materia de medicina tradicional indígena, dentro del punto 12 se propone la reforma del artículo 2° constitucional a través de la siguiente inclusión (apartado A, fracción VII):

“el derecho a mantener, fortalecer y ejercer su medicina tradicional y la partería, así como a las personas que la ejercen, los saberes, prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, minerales, animales, aguas, tierras y espacios sagrados de interés vital, entre otros” (INPI, 2021a).

En cuanto al articulado de la Ley General de Salud, por ahora sigue vigente lo relacionado con los objetivos del Sistema Nacional de Salud, entre los que se especifican la promoción “del conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas” (art. 6°, VI Bis) (México/SEGOB, 1984). También se menciona la coordinación entre autoridades educativas y de salud para el reconocimiento, respeto y promoción del desarrollo de esta medicina (artículo 93), además del

establecimiento, por parte de las autoridades sanitarias, de acciones de capacitación a parteras tradicionales (art. 64, IV) (México/SEGOB, 1984).

B. Criterios por incorporar

El recorrido realizado evidencia que hay lineamientos enfocados en la atención intercultural, humanizada y segura de la salud materna, y su concreción a partir de la creación de un modelo estructurado para tal fin. Pese a esto, los avances en su implementación todavía son incipientes si se toma como referencia el modelo biomédico predominante en la atención obstétrica dentro de las unidades del Sistema Nacional de Salud, específicamente en las instituciones del sector público.

Aunado a esto, la calidad de la atención, la violencia obstétrica y la mortalidad materna siguen siendo problemas que demandan un interés prioritario. Una de las principales amenazas fue el escenario epidemiológico de pandemia, ya que en 2020 y 2021 la pandemia por COVID-19 se constituyó en la principal causa de defunciones maternas. También se incrementó de manera sustancial la RMM, pues mientras que en 2019 fue de 31,1 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos, en 2020 esta cifra se incrementó a 44,8 y en 2021 llegó a 53,2 (SSA, 2021)²⁰. Afortunadamente para 2022 hubo una disminución de muertes maternas (664 defunciones) con una RMM de 30,4 (SSA, 2022).

No obstante, hay un escenario de oportunidad debido a las recientes reformas en materia de política de salud. Dentro del Programa Sectorial de Salud (PSS) 2020-2024 se contempla el incremento de la capacidad resolutoria del primer nivel de atención en el marco de un nuevo modelo de Atención Primaria a la Salud Integral (APS-I). Se incluyen tanto estrategias como actividades puntuales; por ejemplo, en torno a la interculturalidad la estrategia priorizada tiene como objetivo “consolidar los mecanismos y procedimientos relacionados con la adopción de un enfoque de interculturalidad y sin discriminación para propiciar una atención adecuada y digna a mujeres víctimas de violencia, comunidades indígenas y grupos históricamente discriminados” (México/SEGOB, 2020b, pág. 76). Otra de las acciones puntuales del PSS tiene que ver con la atención integral a las mujeres, señalando que la protección a la salud materna y perinatal priorizará “la erradicación de la discriminación, estigmatización y violencia obstétrica” (México/SEGOB, 2020b, pág. 83).

Con este marco de política pública, es posible continuar en el camino de la difusión e implementación del Modelo. La referencia a los enfoques interculturales en salud no solo se limita a la prestación de servicios médicos para Pueblos Indígenas o afroamericanos. La adecuación cultural de las políticas, programas, estrategias y actividades aplica para personas y entornos cultural y geográficamente diversos (urbanos, rurales, semiurbanos, con poblaciones indígenas, originarias, afroamericanas, campesinas y migrantes, entre otros).

También se debe dar mayor difusión a los componentes de este modelo y hacer una evaluación integral y pormenorizada de los retos para su implementación en el territorio nacional, incluyendo un balance de indicadores, metas, recursos financieros, humanos y cobertura de usuarias durante cada período de operación. En un escenario futuro y debido a la debilidad en la etiquetación de recursos materiales y humanos específicos, se necesita repensar su implementación diferenciada en cada uno de los niveles de atención, así como un esquema de seguimiento mucho más estructurado y que incluya a instancias tanto de la SSA como del INPI.

Por otro lado, en el caso del primer nivel, el Modelo debe promover la desmedicalización en la atención del embarazo y parto de bajo riesgo, e incluir la adaptación de los espacios físicos y del modelo de atención de acuerdo con las recomendaciones internacionales (OPS, 2019). Para ello la autoridad sanitaria debe contemplar, además de un perfil intercultural del personal de salud (medicina, enfermería, psicología, partería y trabajo social), los mecanismos que garanticen la relación respetuosa del modelo de atención médico con respecto a otros modelos de atención, tales como el de la medicina tradicional mexicana.

²⁰ Según datos de la Dirección General de Epidemiología, en 2020 se reportaron 963 defunciones maternas, lo que equivalía a una RMM de 44,8 y en 2021 se presentaron 1.036 defunciones, de las cuales 465 fueron a causa del COVID-19, lo que representó una RMM de 53,2. En 2021 los estados con RMM por encima de 60 fueron Estado de México, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Sinaloa, Tamaulipas y Yucatán.

También se debe cuestionar qué tanto se ha avanzado en la comprensión y relacionamiento respetuoso entre los diferentes modelos de atención a la salud materna, incluyendo el conocimiento de los diferentes tipos de partería (técnica, profesional, tradicional e indígena). En este sentido, se precisan ajustes normativos que permitan un verdadero reconocimiento y vínculo intercultural con las parteras y parteros. Para garantizar la atención y promoción de la salud materna intercultural con enfoque de derechos humanos, se debe revisar la relación y las competencias de las propias dependencias internas de la Secretaría de Salud, en este caso del CNEGSR y su papel en la puesta en marcha del Modelo, debido a su autoridad en materia de salud sexual y reproductiva.

La DMTDI, perteneciente a la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES), debería ser más que un organismo asesor. Asimismo, se necesitan recursos para operar una política de interculturalidad en salud a nivel nacional, lo que implicaría, por ejemplo, fortalecer instancias como la Subdirección de Atención a la Salud Indígena, el personal de salud indígena, los mecanismos de participación y la consulta con organizaciones indígenas y afroamericanas.

Por otro lado, se deben formalizar las instancias de atención a la salud materna intercultural, a nivel de los SESA, jurisdicciones sanitarias, instituciones de la seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, ISSFAM y CFE) y del IMSS-Bienestar. También se precisa armonizar los programas que en esta materia ofrezcan tanto la DMTDI como el CNEGSR, INPI y otras instancias relacionadas con la atención a la salud de mujeres indígenas y afroamericanas. Otro aspecto esencial tiene que ver con la revisión del impacto del Modelo en el IMSS, particularmente la evaluación de las reglas de operación de este programa y del modelo de atención a la salud materna que se presta en las UMR del IMSS-Bienestar.

En materia de protección del derecho a la protección de la salud, derechos sexuales y reproductivos, derecho a una vida libre de violencia, derecho a la no discriminación y la igualdad, y en seguimiento a los tratados internacionales, así como a la Recomendación General 031 de 2017 de la CNDH, sería pertinente que haya un mecanismo integral de prevención de la violencia obstétrica, que incluya un sistema de alerta y atención con participación de la SSA, las instituciones de la seguridad social, las instancias de derechos humanos a nivel federal y estatal (CONAPRED, CNDH y CONAMED), de procuración de justicia (por ejemplo, la Fiscalía General de la República), el INPI, las instituciones académicas y las organizaciones de derechos humanos especialistas en salud materna, derechos de las mujeres indígenas y afroamericanas e interculturalidad en salud.

VI. Conclusiones

Las prácticas discriminatorias que se presentan en el ejercicio del derecho a la salud constituyen una violación a los derechos humanos y son prácticas que se pueden reproducir en las instituciones de salud a través de actitudes, prácticas e incluso de políticas y programas que normalizan y legitiman ejercicios de poder, maltrato y racismo hacia sectores históricamente discriminados como las personas indígenas y afroamericanas. La organización misma de los servicios de salud y de las instituciones médicas se basa en la presunción de superioridad del modelo clínico asistencial con respecto a otro tipo de modelos (preventivos, de salud pública, comunitarios y de promoción de la salud). Con contadas excepciones, algunas experiencias dentro del propio Sistema Nacional de Salud han logrado impulsar modelos de atención desde estos otros enfoques; la SSA ha impulsado, desde hace al menos dos décadas, la institucionalización de modelos interculturales de atención.

Por otro lado, se han creado modelos al margen o aun en contraposición a la política intercultural institucional, tal es el caso de los proyectos de salud impulsados por parte de organizaciones sociales y autónomas. Sin embargo, este documento se centró en el fenómeno de la discriminación en la prestación de servicios dentro del modelo de atención médica institucional y con los actores de dicho modelo. Debido al origen multifactorial de este problema, también se requirió de un abordaje más amplio. Por un lado, se tomó en cuenta la relación de la discriminación con las prácticas de maltrato o negligencia por parte del personal de salud y, por otro, se identificaron los elementos estructurales y las formas de violencia institucional que se ejercen dentro de los servicios de salud, a partir de prácticas de discriminación como el racismo, la xenofobia, la homofobia y la misoginia, entre otras.

Entre los hallazgos se puede afirmar que, aunque las violaciones al derecho a la protección de la salud y a la no discriminación e igualdad no se circunscriben exclusivamente a poblaciones discriminadas por razones de pertenencia étnica, sí las impactan de una manera más dramática. Asimismo, llaman la atención los casos documentados de discriminación hacia personas que viven con VIH, con orientaciones sexuales e identidades de género no normativas y personas indígenas. Resulta preocupante la falta de datos y por tanto la invisibilidad de otros grupos sociales, como en el caso de las personas afroamericanas o de migrantes irregulares. Que no haya datos no quiere decir que estos grupos no experimenten este tipo de situaciones, por el contrario, su invisibilización es una expresión del olvido y la exclusión. Tal como lo expresan varias autoras afroamericanas, las prácticas discriminatorias, racistas y de exclusión expresan la falta de garantías en materia de acceso a derechos fundamentales de las personas afroamericanas, incluido el derecho a una atención médica de calidad.

Por otra parte, es alarmante la situación de las mujeres indígenas, especialmente en lo relacionado con las violaciones a sus derechos sexuales y reproductivos debido a prácticas de maltrato, discriminación y racismo. Los casos documentados por la CNDH, las denuncias en medios de comunicación y los informes sombra presentados por organizaciones ante instancias internacionales muestran las graves vulneraciones a los derechos humanos en las que han estado comprometidas no solo la vida y la salud de las mujeres, sino la de sus hijos, hijas y familiares. Es necesario ajustar los mecanismos de monitoreo a la calidad de atención y, en los casos que así lo ameriten, el derecho a acceder a mecanismos de justicia oportunos y efectivos en casos de violaciones graves del derecho a la salud y la vida.

Por lo anterior, no han sido ni serán suficientes los cursos o talleres de capacitación ni las medidas de reparación económica. La estrategia de erradicación y prevención de prácticas de discriminación en los servicios de salud debe incluir un profundo análisis de las bases del modelo médico institucional y una serie de medidas que permitan sancionar el ejercicio de dichas prácticas. Sería deseable realizar una articulación intersectorial estratégica (SSA-CONAPRED-INPI). Un punto de encuentro puede ser el cumplimiento del primer objetivo del PRONAIND 2021-2024, que propone “reducir las prácticas discriminatorias que generan exclusión y desigualdad social para los grupos históricamente discriminados y que obstaculizan el ejercicio de los derechos humanos en el ámbito de la salud” (México/SEGOB, 2021).

Aunque a nivel nacional se observan avances en el reconocimiento de las directrices internacionales en materia de derechos de las poblaciones indígenas, la formulación de lineamientos en materia de interculturalidad en los servicios de salud, el desarrollo de un Modelo de Atención para Personas Indígenas y Afromexicanas (MIASPIA), el impulso de la adecuación intercultural en la atención del embarazo, parto y puerperio y el reconocimiento de la partería tradicional, la concreción de dichas medidas se ha hecho de manera fragmentaria debido, en buena medida, a la segmentación del Sistema Nacional de Salud y a los rezagos de las instituciones de salud que brindan servicios a la población sin seguridad social, además de las inercias en los modelos de prestación de servicios (sin adecuación cultural), incluidos los que se ofertan en las unidades de atención médica del IMSS, ISSSTE, SEDENA, SEMAR y PEMEX.

Otro obstáculo para concretar los lineamientos interculturales tiene que ver con los recursos limitados con que se cuenta para implementarlos en la política de salud, lo que implica una transformación que fortalezca o cree instancias para la salud de los pueblos indígenas y afromexicanos, replanteando competencias y vínculos entre dependencias internas de la SSA a nivel federal, así como sus contrapartes en el nivel estatal. Asimismo, debe establecerse una estrecha relación entre la instancia rectora en materia de derechos de los Pueblos Indígenas y afromexicanos (el INPI) y las demás instancias de atención a la salud, es decir, SSA, IMSS-Bienestar, IMSS ordinario e ISSSTE, entre otras. Esta vinculación implica la armonización legislativa en materia del derecho a la protección de la salud y la normativa en materia de medicina tradicional y derechos de los Pueblos Indígenas y afromexicanos.

Finalmente, pensando en la continuidad de la sistematización de esta problemática, se propone realizar estudios específicos en campo con base en la categoría prácticas discriminatorias en el ejercicio del derecho a la salud, esto es, un proceso de investigación que incluya la observación, descripción y análisis de aquellas actitudes, conductas y prácticas por parte de actores y funcionarios públicos de las diferentes instituciones del Sistema Nacional de Salud.

Bibliografía

- Alianza y otros (Alianza de Mujeres Indígenas de Centroamérica y México) (2018), "Informe alternativo: acceso a la tierra, territorio y recursos naturales para mujeres rurales, mujeres indígenas y mujeres rurales e indígenas con discapacidad", *Textual, análisis del desarrollo rural*, N° 72 [en línea] <https://chapingo-cori.mx/textual/textual/article/view/81>.
- Almaguer, J. A., V. Vargas y H. García (coords.) (s/f), *Interculturalidad en salud (marco conceptual y operativo). Modelo intercultural para la implantación en los servicios de salud*, Secretaría de Salud (SSA), Subsecretaría de Innovación y Calidad (SIC), Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPP), Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES), Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DMTDI) [en línea] http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/modelo_intercultural_09.pdf.
- _____. (2014), *Interculturalidad en salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud*, Ciudad de México [en línea] <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/docs/InterculturalidadSalud.pdf>.
- Almaguer, J. A. y otros (coords.) (2020), *Fortalecimiento de la salud con comida, ejercicio y buen humor. La dieta de la milpa: modelo de alimentación mesoamericana saludable y culturalmente pertinente*, Ciudad de México, Secretaría de Salud (SSA) [en línea] https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/715861/01_Documento_de_La_dieta_de_la_milpa.pdf.
- Argüello, H. y A. Mateo (2014), "Parteras tradicionales y parto medicalizado, ¿un conflicto del pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años", *Revista LiminaR*, vol. 12, N°2, [en línea] https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-80272014000200002.
- Avendaño, E. (2020), "La situación de los pueblos afroamericanos ante la pandemia", R. Campoalegre (coord.), *Ancestralidad, antirracismo y actualidades. La pandemia racializada. Debates desde la afroepistemología (II)*, Buenos Aires, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO) [en línea] <https://www.clacso.org/en/boletin-2-ancestralidad-antirracismo-y-actualidades/>.
- Bautista, E. y O. López, (2017), "Muerte materna en mujeres indígenas de México y racismo de Estado. Dispositivos biopolíticos en salud", *Salud Problema*, Segunda época, año 11, N° 21, enero-junio [en línea] https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/Muerte-materna-en-mujeres-ind%C3%ADgenas-de-M%C3%A9xico-y-racismo-de-Estado.-Dispositivos-biopol%C3%ADticos-en-salud_compressed-1.pdf.
- Berrío, L. R. (2021), "Diversidad de atención durante el embarazo y el parto: reflexiones sobre los saberes locales de mujeres indígenas", *Ichan Tecolotl*, año 33, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) [en línea] <https://ichan.ciesas.edu.mx/la-poblacion-afrodescendiente-y-la-pandemia-de-covid-19-en-mexico/> [fecha de consulta: 5 de noviembre de 2021].

- _____ (2015), "Diversidad de atención durante el embarazo y el parto: reflexiones sobre los saberes locales de mujeres indígenas", *Género y salud en cifras*, año 13, N° 3, Ciudad de México [en línea] https://www.academia.edu/25883647/Diversidad_de_atenci%C3%B3n_durante_el_embarazo_y_el_parto_reflexiones_sobre_los_saberes_locales_de_mujeres_ind%C3%ADgenas_i.
- Berrío, L. R. y otros (2021), "La pandemia de COVID-19 en municipios afromexicanos de la costa guerrerense y oaxaqueña", *Alteridades*, vol. 31, N° 61, Ciudad de México, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa, Departamento de Antropología [en línea] <https://alteridades.izt.uam.mx/index.php/Alte/article/view/1238> [fecha de consulta: 31 de octubre de 2021].
- Boivin, R. R. (2014), "Se podrían evitar muchas muertes: discriminación, estigma y violencia contra minorías sexuales en México", *Sexualidad, Salud y Sociedad (Río de Janeiro)*, N°16, abril [en línea] <https://www.scielo.br/jj/sess/a/qRZM9NY7mzctKZVYr56QBZK/?lang=es>.
- Campos, R. (coord.) (2016), *Antropología médica e interculturalidad*, Ciudad de México, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Facultad de Medicina, Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina [en línea] <https://hfm.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2022/04/antmedInterCul2018.pdf>.
- _____ (2010), "La enseñanza de la antropología médica y la salud intercultural en México: del indigenismo culturalista del siglo XX a la interculturalidad en salud del siglo XXI", *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, vol. 27, N° 1 [en línea] http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342010000100016&script=sci_abstract.
- Campos, R., E. Peña y A. Maya (2017), "Aproximación crítica a las políticas públicas en salud indígena, medicina tradicional e interculturalidad en México (1990-2016)", *Salud Colectiva*, vol. 13, N°3 [en línea] <https://www.redalyc.org/journal/731/73157095007/>.
- Castro, R. (2014), "Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México", *Revista Mexicana de Sociología*, N° 2 (abril-junio), Ciudad de México, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Instituto de Investigaciones Sociales (IIS) [en línea] https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032014000200001.
- Castro, R. y J., Erviti (2015), "Sociología de la práctica médica autoritaria", *Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*, Cuernavaca, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM)/Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) [en línea] https://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/crim-unam/20170511032438/pdf_1464.pdf.
- CDI (Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas) (2017), *Indicadores socioeconómicos de los Pueblos Indígenas de México, 2015*, Ciudad de México, Coordinación General de Planeación y Evaluación [en línea] <https://www.gob.mx/inpi/articulos/indicadores-socioeconomicos-de-los-pueblos-indigenas-de-mexico-2015-116128>.
- CENETEC (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud) (2019), "Vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo", *Guía de Práctica Clínica: Guía de Evidencias y Recomendaciones*, México [en línea] <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-052-19/ER.pdf> [fecha de consulta: 30 de noviembre de 2021].
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2021), "Las personas afrodescendientes y el COVID-19: develando desigualdades estructurales en América Latina", *Informes COVID-19* [en línea] https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46620/1/S2000729_es.pdf [fecha de consulta: 5 de noviembre de 2021] [en línea].
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) y otros (2020), "El impacto del COVID-19 en los Pueblos Indígenas de América Latina-Abya Yala: entre la invisibilización y la resistencia colectiva", *Documentos de Proyectos (LC/TS.2020/171)*, Santiago, CEPAL [en línea] <https://www.cepal.org/es/publicaciones/46543-impacto-covid-19-pueblos-indigenas-america-latina-abya-yala-la-invisibilizacion>.
- CNDH (Comisión Nacional de los Derechos Humanos) (2021a), "Recomendaciones generales", Ciudad de México [en línea] <https://www.cndh.org.mx/tipo/226/recomendaciones-generales> [fecha de consulta: 30 de septiembre de 2021].
- _____ (2021b), "Búsqueda en la base de datos de recomendaciones" [en línea] <https://www.cndh.org.mx/tipo/226/recomendaciones-generales> [fecha de consulta: 30 de septiembre de 2021].
- _____ (2019), "Estudios sobre el cumplimiento e impacto de las recomendaciones generales, informes especiales y pronunciamientos de la CNDH 2001-2017", *Tomo X. Derecho a la protección de la salud. Investigación para la Comisión Nacional de los Derechos Humanos*, Ciudad de México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) [en línea] <https://www.cndh.org.mx/documento/estudio-sobre-el-cumplimiento-e-impacto-de-las-recomendaciones-generales-informes-1>.

- _____ (2018), “Recomendación general N° 15. Sobre el derecho a la protección a la salud”, Ciudad de México, Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) [en línea] <https://www.cndh.org.mx/documento/recomendacion-general-numero-15-sobre-el-derecho-la-proteccion-de-la-salud>.
- _____ (2017a), “Recomendación general N° 11/2017. Sobre el caso de la violación al Derecho Humano a la protección de la salud de V1, mujer indígena purépecha, en el Hospital Rural IMSS-PROSPERA del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el municipio de Paracho, Michoacán”, Ciudad de México, 21 de marzo [en línea] <https://www.cndh.org.mx/documento/recomendacion-112017>.
- _____ (2017b), “Recomendación general N° 31/2017. Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud”, Ciudad de México, 31 de julio [en línea] https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-07/RecGral_031.pdf.
- _____ (2015), “Derecho a la salud de los Pueblos Indígenas, Servicios y Atención en las Clínicas de las comunidades”, Ciudad de México, CNDH, 2ª edición [en línea] <https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/2015-2016/04-Salud-Pueblos-Indigenas.pdf>.
- _____ (2012), “Recomendación general número 4. Derivada de las prácticas administrativas que constituyen violaciones a los derechos humanos de los miembros de las comunidades indígenas respecto a la obtención de consentimiento libre e informado para la adopción de métodos de planificación familiar”, Ciudad de México, 16 de diciembre [en línea] <https://www.cndh.org.mx/documento/recomendacion-general-numero-4-derivada-de-las-practicas-administrativas-que-constituyen>.
- CNEGSR-SSA (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva-Secretaría de Salud) (2021), “Programa de Acción Estratégico Salud Sexual y Reproductiva 2020-2014” [en línea] https://drive.google.com/file/d/1iEfpOX-zJ4vyBuKmQQdC5Q_Ks4uxTtGo/view [fecha de consulta: 30 de noviembre de 2021].
- CNPSS-SP (Comisión Nacional de Protección Social en Salud/Seguro Popular) (2019), “Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) 2019”, Ciudad de México [en línea] <https://www.gob.mx/salud/seguropopular/documentos/catalogo-universal-de-servicios-de-salud-causes-2018-153111> [fecha de consulta: 30 de noviembre de 2021].
- CONAMI/CHIRAPAQ/ECMIA (Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas/Centro de Culturas Indígenas del Perú/Enlace Continental de Mujeres Indígenas) (2021), “VIII Encuentro Continental de Mujeres Indígenas de las Américas. Memoria - Levantando nuestras voces por la paz y la seguridad de nuestros pueblos y continentes”, Lima, CONAMI, CHIRAPAQ, ECMIA [en línea] <http://chirapaq.org.pe/es/wp-content/uploads/sites/3/2021/07/MEMORIA-VIII-ENCUENTRO-en-baja.pdf>.
- CONAPO (Consejo Nacional de Población) (2021), “Datos abiertos. Indicadores demográficos 1950-2050”, Ciudad de México [en línea] https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Mortalidad_Mortalidad_09_8ee7e842-805c-4e36-9832-deba2ca260da&idrt=127&opc=t [fecha de consulta: 1° de noviembre de 2021].
- CONAPRED (Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación) (s/f), “Resoluciones por disposición” [en línea] https://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=76&id_opcion=121&op=121 [fecha de consulta: 1° de noviembre de 2021].
- _____ (2021), *Encuesta Nacional sobre Discriminación 2017. Resultados sobre personas indígenas y afrodescendientes*, Ciudad de México [en línea] https://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=documento&id=409&id_opcion=147&op=147.
- _____ (2020), *Informe anual de actividades y ejercicio presupuestal 2020* [en línea] <https://www.conapred.org.mx/userfiles/files/InformeAnual2020.pdf>.
- _____ (2019), *Informe anual de actividades y ejercicio presupuestal 2019* [en línea] <https://www.conapred.org.mx/userfiles/files/InformeAnual2019.pdf>.
- _____ (2018), *Encuesta Nacional sobre Discriminación 2017. Prontuario de resultados*, Ciudad de México [en línea] http://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/Enadis_Prontuario_Ax.pdf.
- Conde, E. y S. Román (2019), “La partería tradicional en la prevención de la violencia obstétrica y en su defensa como derecho cultural, México: Programa de Asuntos de la Mujer y de Igualdad entre Mujeres y Hombres-CNDH” [en línea] <https://igualdaddegenero.cndh.org.mx/Content/doc/Publicaciones/parteria-tradicional.pdf> [fecha de consulta: 5 de noviembre de 2021].
- CONEVAL (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social) (2019) [en línea] https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/Pobreza_Poblacion_indigena_2008-2018.pdf [fecha de consulta: 30 de noviembre de 2021].
- Del Pino, M. (2015), “Catálogo de medidas para la igualdad”, Ciudad de México, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), Secretaría de Gobernación (SEGOB), 1ª edición [en línea] <http://sindis.conapred.org.mx/wp-content/uploads/2018/09/Catalogo-de-Medidas-para-la-igualdad.pdf>.

- Demol, C. M. J. (2017), "Protección y cura: medicina tradicional en comunidades negras de la Costa Chica, Oaxaca", *Colección Informes y Estudios* N° 9, Ciudad de México, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Programa Universitario de Estudios de la Diversidad Cultural y la Interculturalidad (PUIC) [en línea] <https://www.cndh.org.mx/documento/proteccion-y-cura-medicina-tradicional-en-comunidades-negras-de-la-costa-chica-oaxaca>.
- DGPLADES (Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud) (2018), "Lineamientos para la atención de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro, en el marco de los derechos humanos", Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES), Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (SIDSS) [en línea] <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/716666/ModeloDeAtencionALasMujeres.pdf>.
- ____ (2012), "Manual general de procedimientos de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud", México, D.F., Secretaría de Salud (SSA), Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (SIDSS), octubre.
- ____ (2009), "Competencias interculturales para el personal de salud", México, D.F., Secretaría de Salud (SSA), Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES), DGSISS, Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DMTDI) [en línea] <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29312/CompetenciasInterculturales.pdf>.
- ____ (2008), "Servicios y unidades de salud, culturalmente competentes", México, D.F., Secretaría de Salud (SSA), Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES), febrero [en línea] <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29316/ServiciosUnidades.pdf>.
- ____ (2003), "Esquema metodológico para incorporar los derechos humanos en salud, mediante el enfoque intercultural", México, D.F., Secretaría de Salud (SSA), Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (SIDSS), Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES), Dirección General Adjunta de Implantación de Sistemas de Salud (DGAISS), Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DMTDI) [en línea] <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29317/EsquemaDerechosHumanos.pdf>.
- ____ (2002), "El enfoque intercultural, herramienta para apoyar la calidad de los Servicios de Salud", México, D.F., Secretaría de Salud (SSA), Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (SIDSS), Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES), Dirección General Adjunta de Implantación de Sistemas de Salud (DGAISS), Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DMTDI) [en línea] <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29330/EnfoqueIntercultural.pdf>.
- DMTDI (Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural) (s/fa), "Metodología Intercultural para la realización de Consultas Informadas", México, D.F., Secretaría de Salud (SSA), Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DMTDI), Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES) [en línea] <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29325/GuiaConsultasInformadas.pdf>.
- ____ (2019), "Fortalecimiento de los servicios de salud en la atención de las mujeres indígenas con parteras tradicionales", Ciudad de México, Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DMTDI), DGPDS, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (SIDSS).
- ____ (2018), "Recuperación histórica del modelo de atención a las mujeres en el parto. Enfoque humanizado, intercultural y seguro", Ciudad de México, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES), Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DMTDI) [en línea] https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/804879/RECUPERACI_N_HIST_RICA_PARTO_INTERCULTURAL_Febrero_2023.pdf.
- ____ (2014), "Modelo Intercultural de Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas y Afrodescendientes" (documento preliminar), Secretaría de Salud (SSA), Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (SIDSS) [en línea] <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29579/ModeloASPIA.pdf>.
- ____ (2013a), "Guía de implantación/implementación: lineamientos interculturales para la operación de los servicios de salud", Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DMTDI), Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES), Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (SIDSS) [en línea] <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29327/LineamientosInterculturalesOperacion.pdf>.
- ____ (2013b), "Marco legal y normativo - interculturalidad", México, D.F., Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DMTDI), Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES), Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (SIDSS) [en línea] <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29308/MarcoLegalNormativo.pdf>.

- _____ (2013c), "Sensibilización intercultural", Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DMTDI), México, D.F., Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES) [en línea] <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29318/TallerInterculturalidad.pdf>.
- _____ (2013d), "Lineamientos Interculturales para el Personal de los Servicios de Salud", México, D.F., Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DMTDI), Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES), Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (SIDSS) [en línea] <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29323/CartelLineamientos.pdf>.
- _____ (2013e), "Acreditación de unidades de salud con criterios de interculturalidad", México, D.F., Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DMTDI), Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES) [en línea] <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29322/ElementosInterculturales.pdf>.
- _____ (2013f), "Promoción de la salud con enfoque intercultural", México, D.F., Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DMTDI), Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES).
- _____ (2013g), "El Hospital sustentable intercultural- Propuesta para el fortalecimiento de los servicios de salud, en armonía con el medio ambiente, tomando en cuenta la multiculturalidad nacional", México, D.F., Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DMTDI), Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES) [en línea] <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29326/HospitalSustentable.pdf>.
- _____ (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", Ciudad de México, Secretaría de Salud (SSA), Subsecretaría de Innovación y Calidad (SIC), Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES), Dirección General Adjunta de Implantación de Sistemas de Salud (DGAISS), Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DMTDI) [en línea] http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/medicina_tradicional_mexicana.pdf.
- Eroza, E. y M. Carrasco (2020), "La interculturalidad y la salud: reflexiones desde la experiencia", *LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, vol. XVIII, N°1 [en línea] <http://dx.doi.org/10.29043/liminar.v18i1.725> [fecha de consulta: 18 de octubre de 2021].
- Espinosa, G. (2004), "Doscientas trece voces contra la muerte materna: Mortalidad materna en zonas indígenas, Castañeda y otros", *La mortalidad materna en México, cuatro visiones críticas*, Ciudad de México, Fundar, K'inál Antzetik A.C., Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población, Universidad Autónoma Metropolitana, Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas.
- Freyermuth, M. G. (coord.) (2018), *Los caminos para partir en México en el siglo XXI: experiencias de investigación, vinculación, formación y comunicación*, Ciudad de México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) [en línea] https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/09/Los-caminos-para-parir-en-Me%CC%81xico_Formacio%CC%81n_29nov_web.pdf.
- _____ (2017), "El derecho a la protección de la salud de las mujeres indígenas en México. Análisis nacional y de casos desde una perspectiva de derechos humanos", Ciudad de México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) [en línea] <https://www.cndh.org.mx/documento/informe-el-derecho-la-proteccion-de-la-salud-en-las-mujeres-indigenas-en-mexico-analisis>.
- Freyermuth, M. G. y S. Meneses (coord.) (2017), *La atención del parto con pertinencia cultural – Guía para Médicos*, Ciudad de México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), Cátedras CONACYT-CIESAS [en línea] https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/Blog-36_Gu%C3%ADa-APPC.pdf.
- Gobierno de México, Cámara de Diputados (2021), "Dictamen de la Comisión de Salud sobre diversas iniciativas con proyecto de decreto por las que se reforman diversas disposiciones de la ley General de Salud en materia de medicina tradicional", Ciudad de México, Comisión de Salud [en línea] http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/iniclave/64/CD-LXIV-III-2P-386/02_dictamen_386_21abr21.pdf.
- GIRE (Grupo de Información y Reproducción Elegida) (2018), *Informe alternativo sobre la situación de los derechos reproductivos de niñas, adolescentes y mujeres en México*, Ginebra, Comité CEDAW, GIRE [en línea] https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2020/11/Informer-GIRE-espan%CC%83ol_S.pdf.
- Granados, A., P. Hernández y A. Olvera (2017), "Performatividad del género, medicalización y salud en mujeres transexuales en Ciudad de México", *Salud Colectiva*, vol. 13, N° 4 [en línea] <https://www.scielosp.org/article/scol/2017.v13n4/633-646/es/>.

- Hernández, H. (2020), "COVID-19 en México: un perfil sociodemográfico" (LC/PUB.2020/19-P), *Notas de Población*, N° 111, Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), julio-diciembre [en línea] <https://www.cepal.org/es/publicaciones/46557-covid-19-mexico-un-perfil-sociodemografico>.
- Hersch, P. y B. Rodríguez (2017), "Un marcador epidemiológico invisibilizado: el endeudamiento en una población afroamericana de Oaxaca", *Salud pública de México*, vol. 59 N° 2, Cuernavaca, marzo/abril [en línea] <https://doi.org/10.21149/7841> [fecha de consulta: 5 de noviembre de 2021].
- Hurtado, T., R. Vargas y A. Valdés (2013), "Servicios de salud, discriminación y condición étnica-racial: un estudio de caso de la problemática en México y Colombia, Ra Ximhai", vol. 9, N° 1 [en línea] <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46127074012> [fecha de consulta: 25 de septiembre de 2021].
- INALI (Instituto Nacional de Lenguas Indígenas) (2009), *Catálogo de las lenguas indígenas nacionales, Variantes lingüísticas de México con sus autodenominaciones y referencias geoestadísticas*, Ciudad de México, Gobierno de México [en línea] <https://www.inali.gob.mx/clin-inali/>.
- INEGI (Instituto Nacional de Geografía y Estadística) (2021a), "Tabulados del Cuestionario Básico, población de 3 años y más que habla lengua indígena por sexo y lengua según grupos quinquenales de edad (Catálogo INALI)", *Censo de Población y Vivienda 2020* [en línea] <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/#Tabulados>.
- _____ (2021b), "Panorama sociodemográfico de México", *Censo de Población y Vivienda 2020*, Ciudad de México [en línea] https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=México: INEGI, CNDH, CONAPRED.
- _____ (2021c), "Tabulados del cuestionario básico de acuerdo con la variable etnicidad", *Censo de Población y Vivienda 2020* [en línea] <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/#Tabulados>.
- _____ (2021d), "Tabulados del Cuestionario Básico, población indígena en hogares censales por entidad federativa según parentesco", *Censo de Población y Vivienda 2020* [en línea] <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/#Tabulados>.
- _____ (2017), *Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS) 2017*, Ciudad de México [en línea] <https://www.inegi.org.mx/programas/enadis/2017/>.
- _____ (2015), "Perfil sociodemográfico de la población afrodescendiente en México", Encuesta Intercensal (EIC) 2015", México [en línea] <https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/>.
- INMUJERES/SRE (Instituto Nacional de las Mujeres/Secretaría de Relaciones Exteriores) (2017), "Foro de Consulta con las Organizaciones de la Sociedad Civil en Preparación del IX Informe de México en Cumplimiento de la CEDAW" Ciudad de México [en línea] <https://www.gob.mx/inmujeres/documentos/foro-de-consulta-con-las-organizaciones-de-la-sociedad-civil-en-preparacion-del-ix-informe-de-mexico-en-cumplimiento-de-la-cedaw>.
- INPI (Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas) (2021a), "Propuesta de Reforma Constitucional sobre Derechos de los Pueblos Indígenas y Afroamericano", Resultado del proceso de diálogo y consulta [en línea] <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/651157/INPI-Reforma-Constitucional-Resultado-del-Proceso.pdf> [fecha de consulta: 1° de diciembre de 2021].
- _____ (2021b) "INPI reconoce labor de las y los médicos tradicionales y busca proteger derecho a la salud de pueblos indígenas - Conmemora Día Mundial de la Medicina Tradicional con foro de discusión en el que participan más de 120 médicas, médicos y parteras tradicionales", Comunicado 61/21 Ciudad de México [en línea] <https://www.gob.mx/inpi/es/articulos/inpi-reconoce-labor-de-las-y-los-medicos-tradicionales-y-busca-protger-derecho-a-la-salud-de-pueblos-indigenas?idiom=es> [fecha de consulta: 1° de diciembre de 2021].
- _____ (2020), "Guía para la Atención de Pueblos y Comunidades Indígenas y Afroamericanas ante la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19)", INPI [en línea] <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/551398/guia-atencion-pueblos-indigenas-afroamericano-covid19.pdf> [fecha de consulta: 2 de noviembre de 2021].
- Lagarde, M. (1996), "Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia", *Cuadernos Inacabados*, N° 25, Madrid, Ed. Horas y Horas, Repositorio temático de la Universidad de Costa Rica [en línea] <https://repositorio.ciem.ucr.ac.cr/jspui/handle/123456789/259>.
- Laurell, A.C. (2013), "Impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano", Colección CLACSO-CROP, Buenos Aires, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO), 1ª edición [en línea] <https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/clacso-crop/20130807020931/ImpactodelSeguroPopular.pdf>.
- Menéndez, E. L. (2016), "Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos", *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 21, N°1 [en línea] <https://www.scielo.br/j/csc/a/xKHjCpmDcQrS8HP6GJLcsTv/?format=pdf&lang=es>.

- México/SEGOB (México/Secretaría de Gobernación) (2023), “Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, para regular el Sistema de Salud para el Bienestar”, *Diario oficial de la federación*, Ciudad de México, 29 de mayo [en línea] https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5690282&fecha=29/05/2023#gsc.tab=0 [fecha de consulta: 14 de abril de 2023].
- _____(2022a), “Acuerdo por el cual se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR)”, *Diario oficial de la federación*, Ciudad de México, 25 de octubre [en línea] https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5669707&fecha=25/10/2022#gsc.tab=0.
- _____(2022b), “Acuerdo por el que se emite el Programa Estratégico de Salud para el Bienestar”, *Diario oficial de la federación*, Ciudad de México, 7 de septiembre [en línea] https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5663700&fecha=07/09/2022#gsc.tab=0 [fecha de consulta: 14 de abril de 2023].
- _____(2022c), “Decreto por el que se crea el organismo público descentralizado denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano de Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)”, *Diario oficial de la federación*, Ciudad de México, 31 de agosto [en línea] https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5663064&fecha=31/08/2022#gsc.tab=0 [fecha de consulta: 14 de abril de 2023].
- _____(2021), “Programa Nacional para la Igualdad y No Discriminación 2021-2024”, *Diario oficial de la federación*, Ciudad de México, 14 de diciembre [en línea] http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5638256&fecha=14/12/2021 [fecha de consulta: 25 de enero de 2022].
- _____(2020a), “Programa Institucional 2020-2024 del Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas”, *Diario oficial de la federación*, Ciudad de México, 9 de septiembre [en línea] https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5600020&fecha=09/09/2020 [fecha de consulta: 6 de noviembre de 2021].
- _____(2020b), “Programa Sectorial de Salud 2020-2024”, Ciudad de México, *Diario oficial de la federación*, 17 de agosto [en línea] https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020 [fecha de consulta: 17 de septiembre de 2021].
- _____(2020c), “Decreto por el que se reforma y adiciona el artículo 40. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos”, *Diario oficial de la federación*, Ciudad de México, 8 de mayo [en línea] <http://sidof.segob.gob.mx/notas/5593045> [fecha de consulta: 17 de septiembre de 2021].
- _____(2020d), “Decreto promulgatorio de la Convención Interamericana contra el Racismo, la Discriminación Racial y Formas Conexas de Intolerancia, adoptada en La Antigua, Guatemala, el cinco de junio de dos mil trece”, *Diario oficial de la federación*, Ciudad de México, 20 de febrero [en línea] <http://sidof.segob.gob.mx/notas/5587002> [fecha de consulta: 25 de septiembre de 2021].
- _____(2020e), “Acuerdo por el que se adscriben orgánicamente las unidades administrativas y órganos desconcentrados de la Secretaría de Salud”, *Diario oficial de la federación*, Ciudad de México, 19 de agosto [en línea] https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598727&fecha=19/08/2020#gsc.tab=0 [fecha de consulta: 25 de septiembre de 2021].
- _____(2019a), “Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud”, *Diario oficial de la federación*, Ciudad de México, 29 de noviembre [en línea] <http://sidof.segob.gob.mx/notas/5580430> [fecha de consulta: 25 de septiembre de 2021].
- _____(2019b), “Decreto por el que se adiciona un apartado C al artículo 2o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos”, *Diario oficial de la federación*, Ciudad de México, 9 de agosto [en línea] <http://sidof.segob.gob.mx/notas/5567623> [fecha de consulta: 17 de septiembre de 2021].
- _____(2018), “Decreto por el que se expide la Ley del Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas y se abroga la Ley de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas”, *Diario oficial de la federación*, Ciudad de México, 4 de diciembre [en línea] <http://sidof.segob.gob.mx/notas/5545778> [fecha de consulta: 17 de septiembre de 2021].
- _____(2016), “Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida”, *Diario oficial de la federación*, Ciudad de México, 7 de abril [en línea] http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016 [fecha de consulta: 30 de noviembre de 2021].
- _____(2003), “Decreto por el que se expide la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación”, *Diario oficial de la federación*, Ciudad de México, 11 de junio [en línea] <http://sidof.segob.gob.mx/notas/694195> [fecha de consulta: 25 de septiembre de 2021].
- _____(2001), “Reglamento Interior de la Secretaría de Salud”, *Diario oficial de la federación*, 5 de julio [en línea] <https://sidof.segob.gob.mx/notas/762923> [fecha de consulta: 2 de noviembre de 2021].
- _____(1986), “Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica”, última reforma del 17 de julio de 2018, *Diario oficial de la federación*, México, D.F., 14 de mayo, [en línea] https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSAM_170718.pdf [fecha de consulta: 29 de septiembre de 2021].

- _____ (1984), “Ley General de Salud”, *Diario oficial de la federación*, México, D.F., 7 de febrero [en línea] https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4652777&fecha=07/02/1984#gsc.tab=0 [fecha de consulta: 19 de marzo de 2022].
- _____ (1917), *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, última reforma del 28 de mayo de 2021, *Diario oficial de la federación* [en línea] http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_280521.pdf [fecha de consulta: 17 de septiembre de 2021].
- Mojica, T. J. (2020), “Afromexicanes, COVID-19 y legado de Nelson Mandela”, R. Campoalegre (coord.), *Ancestralidad, antirracismo y actualidades: la pandemia racializada - debates desde afroepistemología III*, Buenos Aires, Ed. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO) [en línea] https://www.clacso.org/wp-content/uploads/2020/07/V2_Ancestralidad_antirracismo_actualidades_N3.pdf.
- Morales, Y. (2021), “Parteras, academia y personal médico piden al Senado rechazar dictamen en materia de medicina tradicional indígena”, *Chiapas Paralelo. Es otra versión* [en línea] <https://www.chiapasparalelo.com/noticias/chiapas/2021/09/parteras-academia-y-personal-medico-piden-al-senado-rechazar-dictamen-en-materia-de-medicina-tradicional-indigena/> [fecha de consulta: 1° de diciembre de 2021].
- Muñoz, J. A. y otros (2020), “Fuentes de información sobre población indígena en México: los problemas de la búsqueda de datos en el ámbito de la salud”, *Notas de Población*, N° 110 (LC/PUB.2020/8-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), enero-junio [en línea] <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45804-fuentes-informacion-poblacion-indigena-mexico-problemas-la-busqueda-datos-ambito>.
- Muñoz-Martínez, R. (2014), “Cultura organizacional de cuidados médicos, violencia institucional y desadherencia al tratamiento antirretroviral de las personas indígenas que viven con VIH/SIDA en Los Altos de Chiapas”, *Revista LiminaR, Estudios Sociales y Humanísticos*, vol. 12, N° 2 [en línea] https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-80272014000200004&script=sci_abstract.
- Naciones Unidas (2022), Informes periódicos 22° a 24° combinados que México debía presentar en 2022 en virtud del artículo 9 de la Convención (CERD/C/MEX/22-24), Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial.
- _____ (2021), “La salud es un derecho humano: ¿Qué significa la cobertura sanitaria universal?”, *Noticias ONU* [en línea] <https://news.un.org/es/story/2021/04/1490682> [fecha de consulta: 30 de septiembre de 2021].
- _____ (2017a), “Examen de los informes presentados por los Estados parte en virtud del artículo 18 de la Convención. Noveno informe periódico que los Estados parte debían presentar en 2016” (CEDAW/C/MEX/9), Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer.
- _____ (2017b), “Examen de los informes presentados por los Estados parte en virtud del artículo 9 de la Convención. Informes periódicos 18° a 21° que los Estados parte debían presentar en 2016”, Ciudad de México, (CERD/C/MEX/18-21), Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial.
- _____ (2007), “Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los Pueblos Indígenas” (A/RES/61/295), Nueva York, Asamblea General-Naciones Unidas [en línea] https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_es.pdf.
- _____ (2000), “Observación general N° 14 (2000), El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)”, (E/C.12/2000/4), Ginebra, Comisión de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [en línea] <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>.
- _____ (1979), “Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer”, resolución 34/180, Asamblea General de las Naciones Unidas [en línea] <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>.
- _____ (1966), “Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI)”, 16 de diciembre [en línea] https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/ProfessionalInterest/cescr_SP.pdf.
- _____ (1965), “Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial”, resolución 2106 A (XX), Asamblea General de las Naciones Unidas [en línea] <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-convention-elimination-all-forms-racial>.
- OACNUDH (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos) (2023), “Comité para la eliminación de la discriminación racial” [en línea] <https://www.ohchr.org/es/treaty-bodies/cerd>.

- _____ (2002), “La Declaración y Programa de Acción de Durban”, Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia, Bogotá, OACNUD-Oficina en Colombia [en línea] <https://www.un.org/es/fight-racism/background/durban-declaration-and-programme-of-action>.
- _____ (2021), “Bases de datos de los órganos de tratados de las Naciones Unidas” [en línea] https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/TreatyBodyExternal/Countries.aspx?CountryCode=MEX&Lang=SP [fecha de consulta: 29 de septiembre de 2021].
- OACNUD/OMS (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos /Organización Mundial de la Salud) (2018), “El derecho a la salud”, Folleto informativo N°31, Ginebra, OACNUDH, OMS [en línea] <https://www.ohchr.org/es/publications/fact-sheets/fact-sheet-no-31-right-health>.
- OEA (Organización de los Estados Americanos) (2016), “Declaración americana sobre los derechos de los Pueblos Indígenas” (AG/RES.2888 (XLVI-O/16)) [en línea] <https://www.oas.org/es/sadye/documentos/res-2888-16-es.pdf>.
- OIT (Organización Internacional del Trabajo) (1989), “Convenio sobre Pueblos Indígenas y tribales”, N° 169 [en línea] http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312314:NO [fecha de consulta: 29 de septiembre de 2021].
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2019), “Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva”, Washington, D.C. [en línea] <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51552>.
- Peña, H, y A. García (comp.) (2016), “Memorias del foro internacional “Discriminación racial de afrodescendientes en México”, Boca del Río, Veracruz, Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) [en línea] <https://informe.cndh.org.mx/uploads/menu/10064/Memoriasfidiscriminacialafro.pdf>.
- PUIC/UNAM (Programa Universitario de Estudios de la Diversidad Cultural y la Interculturalidad/Universidad Nacional Autónoma de México) (2021), Ciudad de México [en línea] https://www.nacionmulticultural.unam.mx/portal/pdf/eventos_convocatorias/211018_pronunciamento_contra_proyecto_reforma_ley_general_salud_materia_medicina_indigena_tradicional.pdf [fecha de consulta: 1 de diciembre de 2021].
- Raphael R. (2012), *Reporte sobre discriminación en México 2012. Salud y alimentación*, Ciudad de México, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE) [en línea] <http://sindis.conapred.org.mx/wp-content/uploads/2018/09/Reporte-sobre-la-Discriminacion-en-Mexico-2012-Salud-y-alimentacion.pdf>.
- Ruelas, M.G., B. E. Pelcastre y H. Reyes (2014), “Maltrato institucional hacia el adulto mayor: percepciones del prestador de servicios de salud y de los ancianos”, *Salud Pública de México*, vol. 54, N° 6, Cuernavaca, noviembre-diciembre [en línea] https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000600013.
- Sánchez, A. (coord.) (2014), *Desigualdades en la procreación: trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbimortalidad materna en México*, Ciudad de México, Universidad Autónoma Metropolitana (UAM)/Editorial Itaca [en línea] <https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/Desigualdades-en-la-procreaci%C3%B3n-trayectorias-reproductivas-atenci%C3%B3n-obst%C3%A9trica-y-morbilidad-materna-en-M%C3%A9xico.pdf>.
- Saucedo, G. y C. Aguilar (2016), “Afroamericanos en la Costa Chica de Guerrero-Oaxaca y en Veracruz, condiciones materiales de vida salud”, *Diario de Campo. La antropología física ayer y hoy*, N° 10 y 11 tercera época, septiembre-diciembre [en línea] https://www.academia.edu/28748057/Afromexicanos_en_la_Costa_Chica_de_Guerrero_Oaxaca_y_en_Veracruz_condiciones_materiales_de_vida_y_salud.
- SCJN (Suprema Corte de Justicia de la Nación) (2019), “Derecho a la protección de la salud. Dimensiones individual y social”, *Gaceta del Semanario Judicial de la Federación*, Tesis de Jurisprudencia 1ª/J.8/2019 (10ª). Ciudad de México [en línea] <https://sjf2.scjn.gob.mx/detalle/tesis/2019358>.
- Shamah-Levy, T. y otros (2021), *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre COVID-19. Resultados nacionales*, Cuernavaca, México, Instituto Nacional de Salud Pública [en línea] <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2020/doctos/informes/ensanutCovid19ResultadosNacionales.pdf>.
- SIC (Subsecretaría de Innovación y Calidad) (2008a), “Programa de Acción Específico 2007-2012, Interculturalidad en Salud”, Ciudad de México, Secretaría de Salud (SSA) [en línea] <http://biblioteca.ciess.org:8081/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=23957>.
- _____ (2008b), “Programa de Acción Específico 2007-2012”, Medicina Tradicional y Sistemas Complementarios de Atención a la Salud, Ciudad de México, Secretaría de Salud (SSA).
- Solís, P. (2017), *Discriminación estructural y desigualdad social. Con casos ilustrativos para jóvenes indígenas, mujeres y personas con discapacidad*, Ciudad de México, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) y Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) [en línea] https://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/Discriminacionestructural%20accs.pdf.

- SSA (Secretaría de Salud) (s/fa), *Guía para la autorización de las parteras tradicionales como personal de salud no profesional*, Ciudad de México, Secretaría de Salud (SSA) [en línea] <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/38480/GuiaAutorizacionParteras.pdf>.
- _____(s/fb), *Fortalecimiento de los servicios de salud en la atención de las mujeres indígenas con parteras tradicionales – Consideraciones y lineamientos para su implementación con enfoque intercultural en el marco de respeto a los derechos humanos de las mujeres indígenas y la no discriminación* [en línea] https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/338175/LINEAMIENTOS_SOBRE_FORT_DE_LOS_SS_CON_PARTER_A_TRADICIONAL_18_06_18.pdf.
- _____(s/fc), *Lineamientos para la atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro, en el marco de los derechos humanos* [en línea] https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/359798/Lineamientos_atenci_n_parto.pdf.
- _____(2022), *Informe semanal de notificación inmediata de muerte materna – Semana epidemiológica 52 de 2022*, Ciudad de México [en línea] https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/788958/MM_2022_SE52.pdf [fecha de consulta: 1° de abril de 2023].
- _____(2021a), *Informe semanal de notificación inmediata de muerte materna – Semana epidemiológica 52 de 2021*, Ciudad de México [en línea] https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/690500/MM_2021_SE52.pdf.
- _____(2021b), *COVID-19 México: panorama en población que se reconoce como indígena*, 10 de noviembre [en línea] <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/681676/panorama-covid19-poblacion-indigena-10-noviembre-2021.pdf> [fecha de consulta: 30 de noviembre de 2021].
- _____(2020), *Política intercultural en Salud. Elementos esenciales. Modelo para la Atención Intercultural a la Salud de los Pueblos Indígenas y Afromexicanos*, Ciudad de México, Secretaría de Salud (SSA) [en línea] https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/601461/Modelo_de_Atenci_n_a_la_Salud_de_los_Pueblos_Ind_genas_R.pdf.
- _____(2008a), *Servicios y unidades de salud, culturalmente competentes* [en línea] <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29316/ServiciosUnidades.pdf>.
- _____(2008b), “Programa de Acción Específico 2007-2012 - Interculturalidad en salud”, Ciudad de México, Secretaría de Salud (SSA) [en línea] <http://biblioteca.ciess.org:8081/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=23957>.
- _____(2008c), “Programa de Acción Específico 2007-2012. Medicina Tradicional y Sistemas Complementarios de Atención a la Salud”, Ciudad de México, Secretaría de Salud (SSA).
- _____(2008c), “Encuentros de enriquecimiento mutuo entre personal de salud y parteras tradicionales” [en línea] <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29576/MetodologiaEEM.pdf>.
- _____(2007), *Atención a la salud de los Pueblos Indígenas de México. Elementos generales para la construcción del Programa de Acción*, Secretaría de Salud (SSA) [en línea] <https://cuidadoalternativo.files.wordpress.com/2016/06/atencic3b3n-a-la-salud-de-los-pueblos-indc3adgenas-de-mc3a9xico.pdf>.
- _____(2001), “Programa de Acción: Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas”, Ciudad de México, Secretaría de Salud (SSA).
- SSA/DGE (Secretaría de Salud/Dirección General de Epidemiología) (2021), *Informes semanales de vigilancia epidemiológica de muerte materna* [en línea] https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/690500/MM_2021_SE52.pdf e INEGI https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c= [fecha de consulta: 5 de febrero de 2022].
- Suárez, M. y otros (2021), “Índice de vulnerabilidad ante el COVID-19 en México”, *Investigaciones Geográficas*, N° 104, abril [en línea] <https://doi.org/10.14350/rig.60140> [fecha de consulta: 11 de noviembre de 2021].
- UNAM (Universidad Nacional Autónoma de México) (2018), *Informe sombra para el Comité de CEDAW. La situación de las mujeres en Chiapas en el marco de la Declaratoria de Alerta de Violencia de Género*, Cátedra Unesco de Derechos Humanos y otros, Tuxtla Gutiérrez [en línea] https://catedraunescohdh.unam.mx/catedra/papiit/cedaw/Informe_chiapas.pdf.
- UNPROAX (Unidad para el Progreso de Oaxaca)/Fundación Afromexicana Petra Morga, Mano Amiga de la Costa Chica, Organización para el Fomento de la Equidad de Género y el respeto de los Derechos Humanos de los Pueblos Negros Afromexicanos (OFPNA)/Proyecto Afrodescendencia México (2017), *Informe Alternativo de organizaciones Afromexicanas de la Sociedad Civil sobre los informes periódicos 18° A 21°, que presenta México*, Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial de la OACDHNU.
- UT-SSA (Unidad de Transparencia de la Secretaría de Salud) (2020), *Informe sobre las políticas, programas, estrategias y acciones de interculturalidad en salud que ha impulsado el gobierno federal desde el año 2000 hasta el año 2019*.
- WWF/INPI (World Wide Fund for Nature/Instituto Nacional de Pueblos Indígenas) (s/f), *Mapeo de COVID-19 en municipios indígenas de México* [en línea] <https://indigenascovid19.red/archivos/10872>.

Anexos

Anexo 1

Marco normativo y programas relacionados con el derecho a la salud de Pueblos Indígenas y afroamericanos

Marco legal	Contenidos sobre derecho a la salud de los Pueblos Indígenas o afroamericanos
<p>Convenio sobre los Pueblos Indígenas y tribales (Núm. 169) (OIT, 1989), ratificado por México en septiembre de 1990</p>	<p>Art. 25</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados los 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, manteniendo 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.
<p>Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los Pueblos Indígenas (Naciones Unidas, 2007)</p>	<p>Art. 24</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 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 a acceder, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud. 2. 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 que este derecho se haga plenamente efectivo.
<p>Declaración americana sobre los derechos de los Pueblos Indígenas, Asamblea General de la Organización de Estados Americanos (OEA, 2016, págs. 7-8)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los Pueblos Indígenas tienen derecho en forma colectiva e individual al disfrute del más alto nivel posible de salud física, mental y espiritual. 2. Los Pueblos Indígenas tienen derecho a sus propios sistemas y prácticas de salud, así como al uso y la protección de las plantas, animales, minerales de interés vital, y otros recursos naturales de uso medicinal en sus tierras y territorios ancestrales. 3. Los Estados tomarán medidas para prevenir y prohibir que los pueblos y las personas indígenas sean objeto de programas de investigación, experimentación biológica o médica, así como la esterilización sin su consentimiento previo libre e informado. Asimismo, los pueblos y las personas indígenas tienen derecho, según sea el caso, al acceso a sus propios datos, expedientes médicos y documentos de investigación conducidos por personas e instituciones públicas o privadas. 4. Los Pueblos Indígenas tienen derecho a utilizar, sin discriminación alguna, todas las instituciones y servicios de salud y atención médica accesibles a la población en general. Los Estados en consulta y coordinación con los Pueblos Indígenas promoverán sistemas o prácticas interculturales en los servicios médicos y sanitarios que se provean en las comunidades indígenas, incluyendo la formación de técnicos y profesionales indígenas de salud.

Marco legal	Contenidos sobre derecho a la salud de los Pueblos Indígenas o afromexicanos
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (México/SEGOB, 1917)	<p><i>Art. 2. Literal B, III</i> 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.</p> <p><i>Art. 2. Literal C</i> Esta Constitución reconoce a los pueblos y comunidades afromexicanas, cualquiera que sea su autodenominación, como parte de la composición pluricultural de la nación. Tendrán en lo conducente los derechos señalados en los apartados anteriores del presente artículo en los términos que establezcan las leyes, a fin de garantizar su libre determinación, autonomía, desarrollo e inclusión social (SEGOB, 2019).</p>
Ley General de Salud (México/SEGOB, 1984; última reforma publicada en el DOF 14-10-2021)	<p>Dentro del Art. 6. Relacionado con los objetivos del Sistema Nacional de Salud se incluye: 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; En el art. 11 se plantea: 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, los cuales se ajustarán a las siguientes bases: En el art. 27 se definen los servicios básicos de salud; se incluyen en el numeral X: La asistencia social a los grupos más vulnerables y, de estos, de manera especial, a los pertenecientes a las comunidades indígenas. En los art. 51 Bis 1, art. 54, art. 67, art. 113, se menciona el derecho de los Pueblos Indígenas a que les sea brindada la información necesaria en su lengua. En el art. 93, a propósito de los procesos de enseñanza en salud se precisa la responsabilidad de la SEP y la SSA: 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.</p>
Ley del Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas y se abroga la Ley de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (México/SEGOB, 2018, pág. 6)	<p>Dentro de las atribuciones del INPI, las relacionadas con salud son: XLIII. Promover el mantenimiento, fortalecimiento y ejercicio de la medicina tradicional de los Pueblos Indígenas, a través de sus instituciones, saberes y prácticas de salud, incluida la conservación de plantas medicinales, animales, minerales, aguas, tierras y espacios sagrados de interés vital. Asimismo, promover e impulsar, en coordinación con el Sistema Nacional de Salud, el acceso de los Pueblos Indígenas y afromexicano, así como de sus integrantes a los servicios de salud con pertinencia cultural, lingüística y de género, sin discriminación alguna.</p>

Marco legal	Contenidos sobre derecho a la salud de los Pueblos Indígenas o afroamericanos
Programa Sectorial de Salud 2020-2024 (México/SEGOB, 2020, págs. 72-76)	<p>XLIV. Apoyar y coadyuvar para el reconocimiento institucional de quienes ejercen la medicina tradicional en sus diferentes modalidades, así como la formación del personal médico en la materia, con perspectiva intercultural;</p> <p>Dentro de la estrategia prioritaria 1.3. concerniente con brindar acciones integrales de salud a población sin seguridad social, se encuentra como acción puntual:</p> <p>1.3.6 Definir los requerimientos para la implementación de los programas en materia de salud, considerando la diversidad cultural de cada grupo de la población, con especial atención en las áreas rurales, marginadas e indígenas bajo un enfoque de derechos y perspectiva de género.</p> <p>En la estrategia prioritaria 1.5. se propone:</p> <p>Fomentar la participación de comunidades en la implementación de programas y acciones, bajo un enfoque de salud comunitaria para salvaguardar los derechos de niñas, niños, adolescentes, jóvenes, personas adultas mayores, mujeres, comunidad LGBTTTI, personas con discapacidad, comunidades indígenas y afroamericanas. Desde allí se contemplan como acciones puntuales:</p> <p>1.5.6 Fortalecer los modelos de atención que coordinen la capacitación y el trabajo del personal médico y parteras para la atención de mujeres en comunidades rurales.</p> <p>1.5.7 Incorporar elementos de la medicina tradicional en los servicios de salud brindados a población indígena y fortalecer el registro sanitario de medicamentos herbolarios.</p> <p>Por otra parte, se define la estrategia prioritaria 2.5. con el objetivo de consolidar los mecanismos y procedimientos relacionados con la adopción de un enfoque de interculturalidad y sin discriminación para propiciar una atención adecuada y digna a mujeres víctimas de violencia, comunidades indígenas y grupos históricamente discriminados. En este sentido las acciones puntuales son:</p> <p>2.5.1 Desarrollar e implementar documentos metodológicos, operativos y procedimentales para brindar servicios de salud y asistencia social, que procuren la atención prioritaria, permanente, accesible, de calidad y gratuita, a la población en condición de vulnerabilidad, marginación y discriminación.</p> <p>2.5.2 Capacitar y sensibilizar en materia de atención integral a víctimas, derechos indígenas, interculturalidad, derechos humanos, igualdad de género y no discriminación a personal directivo y encargado de la atención directa de población en condición de vulnerabilidad para prevenir la revictimización.</p> <p>2.5.3 Promover la atención integral de población indígena, considerando las contribuciones de la medicina tradicional, la participación de intérpretes y traductores de lenguas indígenas, la capacitación en materia de derechos indígenas y el enfoque de interculturalidad.</p> <p>2.5.4 Elaborar y difundir lineamientos interculturales para la adecuación, diseño y operación de los programas de Salud en el marco de la Atención Primaria de Salud Integral e Integrada.</p> <p>2.5.5 Promover la coordinación interinstitucional e intersectorial y la participación de la comunidad para procurar la inclusión de la Interculturalidad bajo un enfoque territorial.</p>

Anexo 2

Tabla resumen de las recomendaciones generales de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), 2002-2021

Códigos de búsqueda: omisiones, déficit, negación, rechazo, maltrato, discriminación, racismo, violencia en la atención médica por parte de servicios de salud o violación a derechos humanos y al derecho a la salud, personas indígenas, afrodescendientes y afromexicanos.

Recomendación/ año	Hechos (tipo de violación de derechos humanos y fecha)	Lugar	Población	Unidades de salud relacionadas	Instituciones y tipo de recomendación
009/2002	<ul style="list-style-type: none"> Discriminación por la condición de seropositivo o enfermos de VIH e inadecuada prestación del servicio médico; abril y agosto de 2000 	Yucatán	Personas con VIH	Hospital General O'Horán SEDESA/SSY	<i>Gobernador de Yucatán</i> <ul style="list-style-type: none"> Hacer una investigación administrativa contra la Directora General por la negación de atención médica de urgencia Proporcionar recursos Dar cursos de capacitación
046/2002	<ul style="list-style-type: none"> Conculcación de derechos reproductivos y a la protección de la salud por inserción de un dispositivo intrauterino sin consentimiento; enero de 2000 	Santiago Jojotepec, Oaxaca	Mujer indígena chinanteca	Unidad Médico Rural Montenegro (IMSS)	<i>Director General del IMSS</i> <ul style="list-style-type: none"> Determinar responsabilidad administrativa Capacitar al personal en programas de planificación familiar
004/2002	<ul style="list-style-type: none"> Personal médico de las clínicas rurales de las instituciones de salud pública obliga a las mujeres que acuden a consulta a utilizar el dispositivo intrauterino (DIU) como método de control natal, bajo la amenaza de que si no aceptan usarlo pueden perder apoyos de programas gubernamentales 				<i>Secretaría de Salud, gobernadores (as) de las entidades federativas y responsables de los servicios de salud pública</i> <ul style="list-style-type: none"> Establecer la coordinación interinstitucional para atender comunidades indígenas Elaborar y difundir materiales informativos en la lengua de las comunidades indígenas Capacitar al personal médico y de enfermería en derechos humanos, procesos sociales y culturales
015/2009	<ul style="list-style-type: none"> Violaciones al derecho a la salud; 11.854 quejas de enero de 2000-enero de 2009 Irregularidades en la prestación de servicio de atención médica: trato indigno, irrespetuoso y discriminatorio 				<i>Secretaríos de Salud, de la Defensa Nacional y de Marina; gobernadores de las entidades federativas; Jefe de Gobierno del Distrito Federal y directores generales del IMSS, ISSSTE y de PEMEX</i>

Recomendación/ año	Hechos (tipo de violación de derechos humanos y fecha)	Lugar	Población	Unidades de salud relacionadas	Instituciones y tipo de recomendación
	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de médicos, delegación de funciones e insuficiente en supervisión de internos y residentes • Insuficientes recursos para el Sistema Nacional de Salud • Trato poco amable, irrespetuoso a pacientes y familiares • Deficiencias atención materno infantil • Incumplimiento de las NOM (82) 				<ul style="list-style-type: none"> • Crear partidas presupuestales suficientes para el sector salud • Contar con presupuesto en actividades de investigación en salud • Elaborar manuales de PS y PE en entidades federativas • Crear políticas para mejorar las condiciones de salud (ambientales, control y vigilancia) • Capacitar al personal de salud de instituciones públicas con respecto a la NOM • Crear programas específicos para grupos vulnerables (población indígena, extrema pobreza, menores, adultos mayores, discapacidad, enfermos terminales, enfermos VIH, mujeres embarazadas) • Cambiar los procedimientos y otorgamiento de servicios de salud • Ofrecer consejería para personas VIH positivo
017/2013	<ul style="list-style-type: none"> • Vulneración de los derechos humanos a la vida y a la protección de la salud por inadecuada atención médica a un recluso • Fallece paciente; 31 de julio de 2012 	Ciudad Ayala, Morelos	Indígena mazahua en reclusión	Servicios médicos del CEFERESO Núm. 5 Villa Aldama, Veracruz	<i>Comisionado Nacional de Seguridad</i> <ul style="list-style-type: none"> • Reparar daño a familiares • Investigar al personal médico • Capacitar en derechos humanos de reclusos indígenas para servidores públicos adscritos al CEFERESO Núm. 5 • Proveer equipos de laboratorio • No permitir que reclusos con padecimientos graves, ECD o terminales ingresen al CEFERESO
001/2014	<ul style="list-style-type: none"> • Transgresión de los derechos humanos a la protección de la salud, integridad y la dignidad personal y el derecho a un trato digno 	San Felipe Jalapa de Díaz, Oaxaca	Mujer indígena mazateca con embarazo de 36 semanas	Centro de Salud Rural de San Felipe Jalapa de Díaz, Oaxaca y Jurisdicción	<i>Gobernador de Oaxaca</i> <ul style="list-style-type: none"> • Reparar el daño a la mujer y su recién nacido • Crear programas de educación, formación y capacitación JS 3

Recomendación/ año	Hechos (tipo de violación de derechos humanos y fecha)	Lugar	Población	Unidades de salud relacionadas	Instituciones y tipo de recomendación
	<ul style="list-style-type: none"> • Nacimiento en el patio del Centro de Salud sin asistencia de personal médico ni de enfermería y sin medidas de salubridad; 2 de octubre de 2013 			Sanitaria (JS) 3 (San Juan Bautista, Tuxtepec) de la SEDESA Oaxaca	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar indicadores de gestión y evaluación al personal capacitado • Circular para entregar copias de certificación y recertificación del personal médico JS 3 • Cuidar que los servidores públicos integren debidamente los expedientes clínicos • Dar seguimiento a la denuncia ante la PGJ del estado de Oaxaca
8/2014	<ul style="list-style-type: none"> • Transgresión de derechos humanos a la protección de la salud, la integridad y seguridad personal y al trato digno, además de falta de infraestructura para prestación de servicios por negación del derecho de protección a la salud; 18 de julio de 2013 	San Felipe Jalapa de Díaz, Oaxaca	Mujer indígena mazateca con 37 semanas de embarazo	Centro de Salud Rural de San Felipe Jalapa de Díaz, Oaxaca y Jurisdicción Sanitaria (JS) 3 (San Juan Bautista, Tuxtepec) de la SEDESA Oaxaca	<p><i>Gobernador de Oaxaca</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reparar el daño a la mujer y su recién nacida • Implementar programas integrales de educación, formación y capacitación en derechos humanos de mujeres y niños para clínicas, hospitales y centros de salud de la JS 3 • Circular para entregar copias de certificación y recertificación del personal médico JS 3 • Cuidar que los servidores públicos integren debidamente los expedientes clínicos • Dar seguimiento a la denuncia ante la PGJ del estado de Oaxaca. • Hacer la denuncia administrativa y seguir el proceso disciplinario de la Secretaría de la Contraloría y Transparencia Gubernamental del estado de Oaxaca
024/2014	<ul style="list-style-type: none"> • Violación a los derechos humanos a la protección de la salud, trato digno y a la vida • Inadecuada atención médica; 25 - 27 de enero de 2014 	Peto y Mérida, Yucatán	Mujer indígena maya con embarazo gemelar de 21,4 semanas	Hospital Comunitario de Peto y Hospital General "Dr. Agustín O'Horán", SEDESA Yucatán	<p><i>Gobernador de Yucatán</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reparar el daño a los familiares • Circular para la entrega de copias de certificación y recertificación • Cuidar que los servidores públicos integren debidamente los expedientes clínicos

Recomendación/ año	Hechos (tipo de violación de derechos humanos y fecha)	Lugar	Población	Unidades de salud relacionadas	Instituciones y tipo de recomendación
025/2014	<ul style="list-style-type: none"> • Transgresión de los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida e inobservancia del interés superior del menor • 3 - 9 de octubre de 2013 	San Felipe Jalapa de Díaz, Oaxaca	Niña indígena mazateca de 10 meses, con síndrome de Down	Centro de Salud Rural de San Felipe Jalapa de Díaz, Oaxaca de la SEDESA Oaxaca	<ul style="list-style-type: none"> • Crear programas integrales de educación, formación y capacitación • Presentar y dar seguimiento de hechos ante la FG del estado • Hacer la denuncia administrativa ante la Secretaría de la Contraloría General del estado <p><i>Gobernador de Oaxaca</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reparar el daño a la madre y padre de la menor • Crear programas de educación, formación y capacitación JS 3. • Implementar indicadores de gestión y evaluación al personal capacitado • Circular entrega de copias de certificación y recertificación personal médico JS 3 • Cuidar que los servidores públicos integren debidamente los expedientes clínicos • Presentar y dar seguimiento a la denuncia ante la PGJ del estado de Oaxaca • Hacer la queja administrativa ante la Secretaría de la Contraloría y Transparencia del estado • Registro nacional de víctimas
045/2015	<ul style="list-style-type: none"> • Violación del derecho a la vida, a la protección de la salud, a la libertad y autonomía reproductiva, a la integridad física, derecho a la igualdad y no discriminación, a la información en materia de salud y el derecho a vivir una vida libre de violencia obstétrica; 23 - 30 de marzo de 2013 	Palenque, Chiapas Villahermosa, Tabasco	Mujer originaria de Nahá, Ocosingo (región lacandona) y su recién nacido	Hospital General de Palenque de la SEDESA Chiapas Hospital de Alta Especialidad de la Mujer Villahermosa, Tabasco	<p><i>Gobernadores de Chiapas y Tabasco</i></p> <p><i>Gobernador de Chiapas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reparar el daño, pagar indemnización o compensación económica, proveer atención médica y psicológica • Personal de ginecología Hospital Gral. de Palenque • Cursos o talleres sobre derechos humanos de las mujeres,

Recomendación/ año	Hechos (tipo de violación de derechos humanos y fecha)	Lugar	Población	Unidades de salud relacionadas	Instituciones y tipo de recomendación
					<p>derechos reproductivos y trato humanizado y NOM</p> <ul style="list-style-type: none"> • Circular al personal del Hospital General de Palenque (certificación-recertificación) • Atención médica adecuada y programas de salud reproductiva en hospitales de la SEDESA Chiapas • Promover la queja ante la contraloría interna de la SEDESA Chiapas • Registro estatal de víctimas <p><i>Gobernador de Tabasco</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reparar el daño, pagar indemnización o compensación económica, atención médica y psicológica • Supervisión permanente de médicos residentes • Supervisión y asesoría de médicos internos por parte de personal de contrato • Dar cursos o talleres sobre derechos humanos de las mujeres, derechos reproductivos y trato humanizado y NOM • Circular al personal del Hospital Regional de Tabasco (certificación-recertificación) • Brindar atención médica adecuada y programas de salud reproductiva en hospitales de la SEDESA Tabasco • Integrar expedientes clínicos de acuerdo con la NOM • Dar instrucciones de investigación y establecer responsabilidades de la petición de dinero, vulneración de derechos a la igualdad y a la

Recomendación/ año	Hechos (tipo de violación de derechos humanos y fecha)	Lugar	Población	Unidades de salud relacionadas	Instituciones y tipo de recomendación
					<p>no discriminación, a vivir una vida libre de violencia (obstétrica)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover una queja ante la contraloría interna de la SEDESA Tabasco • Participar en las investigaciones de la PGJ Tabasco • Registro nacional de víctimas • Iniciativa de ley para atención a víctimas
33/2015	<ul style="list-style-type: none"> • Dx. Encefalopatía anóxica isquémica, inadecuada atención médica y violencia obstétrica • Se comprueban transgresiones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la integridad personal, a una vida libre de violencia • Violación a los derechos humanos a la debida procuración de justicia y de las víctimas por parte de servidores públicos de la PGJ; 21 de junio - 4 de septiembre de 2001 	Tlaxiaco, Oaxaca	Mujer indígena mixteca	Hospital Rural Solidaridad Núm. 34 del IMSS, Tlaxiaco, Oaxaca	<p><i>Director General del IMSS</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reparar el daño, inadecuada atención médica y violencia obstétrica • Atención médica permanente (neuroológica y ginecológica, rehabilitación, tanatología) • Curso integral para el personal de clínicas y hospitales del IMSS (DDHH, perspectiva de género, NOM (anestesia) • Circular sobre la no imposición de algún método anticonceptivo • Equipamiento médico y quirúrgico • Certificación-recertificación • Registro Nacional de Víctimas • Expediente administrativo del personal médico • Servicios interculturales a las mujeres, DSR, planificación familiar, especialmente mujeres indígenas de Santa Cruz Itundujia, Putla de Guerrero <p><i>Gobernador de Oaxaca</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reparar el daño • Pagar compensación • Fideicomiso de recursos para el hijo de la víctima

Recomendación/ año	Hechos (tipo de violación de derechos humanos y fecha)	Lugar	Población	Unidades de salud relacionadas	Instituciones y tipo de recomendación
18/2016	<ul style="list-style-type: none"> • 31 niños presentaron síntomas después de ser vacunados; 2 bebés perdieron la vida y 29 fueron hospitalizados • Afectaciones a la vida, integridad y salud de las y los niños; 8 de mayo de 2015 	Simojovel, Chiapas	Niños y niñas de Pueblos Indígenas tsotsil y tseltal	Unidad Médica Rural IMSS “La Pimienta”, Simojovel, Chiapas	<p data-bbox="1493 678 1873 699"><i>Director General del IMSS</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reparar el daño, indemnización • Atención médica vitalicia para las víctimas • Recurso IMSS-Prospera gastos víctimas • Reconocimiento, responsabilidad institucional y disculpa pública • Queja ante el órgano interno de control del IMSS • Cuidar que las víctimas tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral <p data-bbox="1493 1045 1873 1066"><i>Gobernador de Chiapas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Curso integral sobre derecho a la protección a la salud (principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad) • Dotación Centros de Salud • Médico permanente en el centro de salud • Traductor en el centro de salud • Queja ante la contraloría interna de la SEDESA Chiapas

Recomendación/ año	Hechos (tipo de violación de derechos humanos y fecha)	Lugar	Población	Unidades de salud relacionadas	Instituciones y tipo de recomendación
33/2016	<ul style="list-style-type: none"> • Violaciones a los derechos humanos, específicamente del derecho a la protección a la salud y al trato digno, a la información en materia de salud, a vivir una vida libre de violencia obstétrica y al interés superior de la niñez, 24 - 28 de febrero de 2014 	Santo Domingo, Oaxaca	Mujeres indígenas zapotecas	Hospital Básico Comunitario "De la Paz Teojomulco-Textmelucan", Hospital General de San Pedro Pochutla SEDESA, Oaxaca	<p><i>Gobernador de Oaxaca</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reparación del daño, indemnización • Atención médica y psicológica para las víctimas • Cursos integrales de educación, formación y capacitación sobre derechos humanos de mujeres, niñas y niños a Jurisdicciones Sanitarias 01 Valles Centrales y 04 Costa • Circular al personal de Jurisdicciones Sanitarias 01 Valles Centrales y 04 Costa (certificación recertificación) • Integración de expedientes clínicos de acuerdo con la NOM • Queja administrativa ante la Secretaría de la Contraloría y Transparencia del estado • Registro estatal de víctimas
46/2016	<ul style="list-style-type: none"> • Violaciones a los derechos humanos del derecho a la protección de la salud, derecho a la vida, derecho a una vida libre de violencia (obstétrica), derecho de acceso a la información en materia de salud, derecho a la vida e integridad personal (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad) • Pérdida de la vida; 29 - 30 de noviembre de 2014 	Cochoapa y Ometepec, Guerrero	Mujer indígena amuzga	Hospital General de Ometepec	<p><i>Gobernador de Guerrero</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Compensación justa • Atención médica gratuita, inmediata y accesible con equipo interdisciplinario a bebé de la víctima • Atención psicológica víctimas • Diagnóstico de las necesidades y un plan presupuestal para garantizar la atención médica oportuna para el Hospital General de Ometepec • Curso integral de capacitación y formación sobre derechos humanos, especialmente de mujeres, niñas y niños indígenas • Integración de expedientes clínicos de acuerdo con la NOM

Recomendación/ año	Hechos (tipo de violación de derechos humanos y fecha)	Lugar	Población	Unidades de salud relacionadas	Instituciones y tipo de recomendación
47/2016	<ul style="list-style-type: none"> • Violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y a vivir una vida libre de violencia (obstétrica), por incumplimiento de calidad y oportunidad de la atención médica con muerte materna y perinatal; 10 de junio de 2013 	Ocosingo, Chiapas		Hospital Rural 32 del IMSS, Ocosingo, Chiapas	<ul style="list-style-type: none"> • Circular al personal médico del Hospital General de Ometepec (certificación y recertificación) • Responsabilidad administrativa del personal de salud • Denuncia de hechos ante la FG del estado de Guerrero • Registro estatal de víctimas <p><i>Director General del IMSS</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reparación del daño • Curso integral de capacitación y formación sobre derechos humanos • Protocolos de supervisión de residentes y servicio social a cargo de personal médico autorizado • Informe sobre las condiciones de atención médica en el Hospital Rural 42 • Denuncia de hechos ante la PGR • Presentar queja ante el órgano interno de control del IMSS • Registro nacional de víctimas
58/2016	<ul style="list-style-type: none"> • Violaciones a los derechos humanos: a la protección de la salud, a la vida, al consentimiento informado en servicios de anticoncepción, a una vida libre de violencia obstétrica, a la libertad y autonomía reproductiva • Muerte perinatal; 6 de septiembre de 2015 	Pahuatlán, Puebla	Mujer indígena náhuatl	Hospital Integral de Pahuatlán, SEDESA Puebla Hospital General de Tulancingo, SEDESA Hidalgo	<p><i>Gobernador de Puebla</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Personal capacitado y suficiente en el Hospital Integral de Pahuatlán. Oportunidad en el servicio de urgencias <p><i>Gobernador de Hidalgo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reparación del daño • Atención médica de seguimiento y psicológica • Cursos o talleres capacitación de derechos humanos de las mujeres en el Hospital General de Tulancingo • Curso sobre observancia de la NOM-007-SSA2-2016 y NOM-005-SSA2-1993 en el Hospital General de Tulancingo

Recomendación/ año	Hechos (tipo de violación de derechos humanos y fecha)	Lugar	Población	Unidades de salud relacionadas	Instituciones y tipo de recomendación
61/2016	<ul style="list-style-type: none"> • Violaciones a derechos humanos: derecho a elegir el número y espaciamiento de los hijos, derecho a la protección de la salud, y derecho a una vida libre de violencia obstétrica. • Salpingoclasia sin consentimiento. • Muerte perinatal; 15 de junio de 2014 y 8 de julio de 2014 	Juchitán de Zaragoza, Oaxaca	Mujer indígena zapoteca	Hospital General de Juchitán de Zaragoza, SEDESA de Oaxaca	<ul style="list-style-type: none"> • Campaña de difusión a población en general sobre derechos sexuales y reproductivos de las mujeres • Circular al personal médico del Hospital General de Tulancingo (certificación recertificación) • Colaboración procedimiento administrativo queja • Investigación PGJ del estado de Hidalgo • Registro estatal de víctimas <p><i>Gobernador de Oaxaca</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reparación del daño • Atención médica y psicológica • Cursos capacitación de DDHH y DSR, especialmente en libertad y autonomía reproductiva • Campaña de difusión de los derechos de las mujeres • Reforma código penal r/c esterilización forzada • Infraestructura y equipamiento área ginecología • Colaboración procedimiento queja administrativa • Registro estatal de víctimas • Investigación FG del estado de Oaxaca
11/2017	<ul style="list-style-type: none"> • Omisiones y violación del derecho a la protección a la salud y a la Ley General de Salud, art. 61 con respecto a atención de la mujer embarazada y a la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas, art. 1º • El Hospital Rural no contaba con especialistas de segundo nivel • Muerte fetal; 29 de diciembre de 2015 - 7 de enero de 2016 	Paracho, Michoacán	Mujer indígena purépecha, embarazo de 39 semanas	Hospital Rural IMSS-PROSPERA de Paracho	<p><i>Director General del IMSS</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reparación integral del daño • Medidas de rehabilitación • Medidas de satisfacción (denuncia penal PGR y órgano interno del IMSS) • Medidas de no repetición (curso y taller de capacitación y formación sobre el derecho a la protección de la salud de las mujeres) • Circular entrega de copias de certificación y recertificación

Recomendación/ año	Hechos (tipo de violación de derechos humanos y fecha)	Lugar	Población	Unidades de salud relacionadas	Instituciones y tipo de recomendación
71/2017	<ul style="list-style-type: none"> • Infección bacteriana de recién nacidos en la salud de cuidados intensivos neonatales. Deceso de 8 RN por insuficiencia de medidas sanitarias, higiene, falta de insumos e infraestructura adecuados • Servicios de salud sin condiciones mínimas esenciales para garantizar el derecho a la protección de la salud. No disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios • Violación del derecho a la vida, interés superior de la niñez, derecho a la justicia en la modalidad de inadecuada procuración de justicia; julio - agosto de 2015 	Tlapa, Guerrero	Región con presencia mixteca, tlapaneca y nahua	Hospital de la Madre y el Niño Indígena guerrerense en Tlapa	<ul style="list-style-type: none"> • Instrucciones para que se cuente con personal médico especializado (cirugía, pediatría, medicina interna y gineco-obstetricia) • Atención médica intercultural (reglas de operación Programa IMSS-PROSPERA) • Medidas de compensación (indemnización) • Registro Nacional de Víctimas. <p><i>Gobernador del estado de Guerrero y Fiscal general</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Medidas para reparar el daño • Registro estatal de víctimas • Atención psicológica a víctimas • Programa presupuesto dotación del Hospital • Concluir obras de ampliación de la UCIN • Colaborar para iniciar procedimiento disciplinario • Curso integral y taller de capacitación derecho a la protección a la salud • Estudios sobre partos pretérmino en Tlapa
75/2017	<ul style="list-style-type: none"> • Violaciones a los derechos humanos a la protección de la Salud y a la Integridad Personal, a la Verdad, a la Libertad y Autonomía Reproductiva, a una Vida Libre de Violencia Obstétrica y a la Información en materia de Salud y a Igualdad y no discriminación, así como a la Vida y al Interés Superior de la Niñez, atribuibles a personal médico y de enfermería • Violación al derecho a acceso a la justicia; 24 - 26 de septiembre de 2014 	San Quintín y Ensenada, Baja California	Mujer mixteca y su recién nacido	Clínica Ensenada y San Quintín ISSSTE	<p><i>Director General del ISSSTE</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reparación integral a familiares (compensación, atención médica, psicológica y tanatológica) • Seguimiento órgano de control interno del ISSSTE • Denuncia de hechos ante la PGR • Curso de capacitación en derechos humanos de las mujeres, especialmente en violencia obstétrica y observancia de la NOM-004-SSA3-2012 y NOM-007-SSA2-2016

Recomendación/ año	Hechos (tipo de violación de derechos humanos y fecha)	Lugar	Población	Unidades de salud relacionadas	Instituciones y tipo de recomendación
31/2017	<ul style="list-style-type: none"> • Dentro de esta recomendación concerniente con la violencia obstétrica en los servicios de salud, se identifican también violaciones al derecho a la igualdad y no discriminación. En el numeral 160 se menciona: “el impacto que tiene esta forma de violencia sobre las mujeres en situación de vulnerabilidad, como las afrodescendientes, migrantes, mujeres con VIH, jornaleras, indígenas o con discapacidad, por mencionar a algunas” (pág. 58). • Asimismo, en el numeral 167 se plantea: “la precaria situación que persiste para los miembros de comunidades indígenas, quienes ven obstaculizado el acceso a los servicios de salud por diversos motivos como la lejanía de los centros de salud, las malas condiciones en que estos se encuentran, la ausencia de personal médico de base, falta de intérpretes y traductores, y actitudes discriminatorias por parte de algunos profesionales de salud” (pág. 61). • Específicamente se mencionan las RG 45/2015 y una recomendación de la CEDH de Michoacán • También se hace referencia a la discriminación hacia parteras tradicionales 		Entre los casos de discriminación se mencionan violaciones a derechos humanos de mujeres indígenas lacandonas y purépechas		<ul style="list-style-type: none"> • Circular expedientes clínicos • Programa de supervisión Clínica San Quintín y Ensenada del ISSSTE • Registro nacional de víctimas • Expediente servidores públicos • Queja administrativa ante la PGR <p><i>Secretarios de Salud, de la Defensa Nacional y de Marina; gobernadores; jefe de gobierno de la CDMX; Directores del IMSS, ISSSTE y PEMEX</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Política pública de prevención de violaciones a los DDHH de las mujeres y acciones de capacitación y sensibilización para contrarrestar prejuicios basados en la discriminación • Requerimientos técnicos y humanos • Implementar modelo de atención con enfoque humanizado, intercultural y seguro • Campaña en instituciones de salud sobre DDHH y salud reproductiva • Políticas relacionadas con la partería tradicional, vínculo con el Sistema Nacional de Salud • Actividades de formación de médicos y especialistas estudio violencia obstétrica

Recomendación/ año	Hechos (tipo de violación de derechos humanos y fecha)	Lugar	Población	Unidades de salud relacionadas	Instituciones y tipo de recomendación
25/2018	<ul style="list-style-type: none"> • Violaciones al derecho a la protección de la salud con motivo de inadecuada atención médica en agravio a la vida • Inadecuada atención médica de cuatro recién nacidos indígenas; 19-20 de mayo de 2017 	Guadalupe y Calvo, Chihuahua	Niños tepehuanos/ ódami y un niño rarámuri/tarahumara	Hospital Comunitario de Guadalupe y Calvo, SEDESA Chihuahua	<p><i>Gobernador de Chihuahua</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reparación integral del daño • Sistema estatal de víctimas • Atención psicológica de seguimiento • Atención médica vitalicia • Programa y presupuesto dotación del Hospital • Procedimiento disciplinario personal médico • Curso integral y taller de capacitación en materia de derecho a la protección a la salud y obligaciones de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad, así como NOM • Expedientes laborales • Servidor público que dé seguimiento a recomendación
26/2018	<ul style="list-style-type: none"> • Vulneración de los derechos humanos: derecho a una vida libre de violencia, hostigamiento sexual, acoso sexual, derecho de las mujeres a la no discriminación, sobre el deber de prevenir, investigar y sancionar la violencia contra las mujeres; mayo - diciembre de 2015 	Huaxcaleca, Chichiquila, Puebla	Mujeres indígenas nahuas	Unidad Médica Rural número 152 del IMSS, Huaxcaleca, Chichiquila, Puebla	<p><i>Director General del IMSS</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reparación integral del daño • Registro nacional de víctimas • Taller capacitación integral violencia sexual y ética profesional en IMSS-PROSPERA • Capacitación acceso a la justicia a oficina de investigaciones laborales del IMSS • Campaña mujeres usuarias del Programa IMSS-Prospera derecho de las mujeres a una vida libre de violencia • Protocolo hostigamiento sexual y acoso • Encuesta de opinión atención médica UMS Huaxcaleca • Queja administrativa órgano de control • Copias expediente laboral
81/2018	<ul style="list-style-type: none"> • Violaciones al derecho a la protección a la salud e interés superior de la 	Cuetzalan, Puebla	Mujer indígena nahua de 16 años	Hospital General de Cuetzalan	<p><i>Gobernador de Puebla</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reparación integral del daño

Recomendación/ año	Hechos (tipo de violación de derechos humanos y fecha)	Lugar	Población	Unidades de salud relacionadas	Instituciones y tipo de recomendación
	niñez por inadecuada atención médica; 22 - 29 de septiembre de 2017				<ul style="list-style-type: none"> • Registro estatal de víctimas • Queja a la Contraloría del estado de Puebla • Insumos Hospital General y personal médico especializado • Cursos de capacitación sobre NOM y recomendaciones Generales • Circular personal médico del Hospital General y JS 3 (certificación recertificación)
11/2019	<ul style="list-style-type: none"> • Vulneración derechos humanos: derecho a la protección de la salud por inadecuada atención médica e incumplimiento del deber de disponibilidad; 30 - 31 de agosto de 2018 	Zongolica, Veracruz	Hombre indígena nahua de 84 años	Hospital Rural IMSS-PROSPERA Zongolica	<p><i>Director General del IMSS</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reparación integral del daño • Registro Nacional de víctimas • Queja ante órgano interno de control del IMSS • Insumos para brindar servicios médicos de calidad • Carpeta de investigación fiscalía general • Cursos de capacitación: <ul style="list-style-type: none"> - Estándares protección a la salud adultos mayores - Estándares de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad - Derechos de los pueblos y comunidades indígenas • Enlace CNDH
11/2021	<ul style="list-style-type: none"> • Vulneración a los derechos humanos a la seguridad jurídica, intimidad y vida privada, y el derecho a vivir una vida libre de violencia • 26 de septiembre - 28 de octubre de 2019 	San Ildefonso Villa Alta, Oaxaca	Mujer zapoteca, médica	Hospital Rural IMSS-Bienestar del IMSS en San Ildefonso Villa Alta, Oaxaca	<p><i>Director General del IMSS</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reparación integral del daño • Registro Nacional de víctimas • Derecho a ser restituida • Taller de capacitación violencia de género y ética profesional • Capacitación acceso justicia perspectiva de género • Protocolo prevención y atención casos violencia digital hacia mujeres trabajadoras del IMSS

Recomendación/ año	Hechos (tipo de violación de derechos humanos y fecha)	Lugar	Población	Unidades de salud relacionadas	Instituciones y tipo de recomendación
					<ul style="list-style-type: none"> • Campaña mujeres Hospital Rural IMSS-Bienestar derecho mujeres vida libre de violencia • Queja administrativa Órgano Interno de Control IMSS • Enlace CNDH

Anexo 3

Tabla resumen de los Lineamientos de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural de la Secretaría de Salud Federal (SSA) en materia de salud, interculturalidad, Pueblos Indígenas y afroamericanos

Nombre del documento	Año/Ideas centrales
Programa de Acción: Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas	<p>2001</p> <ul style="list-style-type: none"> • Creación de la Coordinación de Salud para Pueblos Indígenas, en correspondencia con el artículo 17 del Reglamento Interior de la SSA (México/SEGOB, 5 de julio de 2001). • Este Programa define diez estrategias, entre las más importantes están el seguimiento a los programas de salud en población indígena; servicios de salud con calidad y sensibilidad intercultural; capacitación del personal de salud con enfoque intercultural; relación entre medicina institucional y medicina tradicional; programas de salud de la mujer indígena; sistema de información en salud y presencia población indígena (SSA, 2001).
El enfoque intercultural, herramienta para apoyar la calidad de los servicios de salud	<p>2002</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interculturalidad como “relación de respeto y comprensión de la forma de interpretar la realidad y el mundo, en un proceso de comunicación, educación y formación” (DGPLADES, 2002, pág. 4). • Se esbozan los niveles en los que opera el proceso intercultural (respeto, diálogo horizontal, comprensión mutua y sinergia). Se incluyen definiciones sobre cosmovisión; características y relaciones de la medicina alópata y de la tradicional; multiculturalismo; importancia de un enfoque intercultural con respecto al empoderamiento, la relación personal de salud-paciente y entre interculturalidad, género y DDHH; complementariedad y respeto. • Tres niveles de propuestas: a) sensibilización y capacitación intercultural; b) validación ciudadana a partir de talleres de salud intercultural; c) contraloría social de los programas, además de seis temas iniciales para la estrategia de capacitación en enfoque intercultural (DGPLADES, 2002, págs. 16-17).
La medicina tradicional mexicana en el contexto de la antropología Médica en los planes de estudio de escuelas y facultades de medicina de México	<p>2002</p> <ul style="list-style-type: none"> • Propuesta de materia sobre Medicina Tradicional Mexicana en el contexto de la Antropología Médica, cuyos contenidos temáticos eran: <ol style="list-style-type: none"> 1. Antropología médica 2. Medicina tradicional mexicana 3. Procesos bioculturales 4. Personal de salud/paciente
Fortalecimiento y desarrollo de la medicina tradicional	<p>2003</p> <ul style="list-style-type: none"> • La recién creada Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DMTDI) propone un programa que tenía como objetivo “fortalecer un sistema complementario intercultural de atención a la salud dentro de un esquema de coordinación y respeto entre las dos medicinas (medicina alopática y Medicina Tradicional)” (UT-SSA, pág. 7). A su vez, se definieron como objetivos específicos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Colaborar en el alcance de los retos de equidad, calidad y protección financiera establecidos en el plan nacional de salud 2001-2006. 2. Lograr la coordinación entre la medicina institucional y la medicina tradicional en un plano de respeto y apoyo mutuo hacia la complementariedad.

Nombre del documento	Año/Ideas centrales
	<p>3. Ampliar la cobertura de atención a la salud en forma coordinada y mejorar accesibilidad y calidad de los servicios.</p> <p>4. Promover el desarrollo de la medicina tradicional, identificando, conservando, difundiendo y protegiendo sus recursos y la libre participación del médico indígena tradicional como autoridad social.</p> <p>5. Mejorar y proteger la salud de la población, identificando las prácticas nocivas de las dos medicinas.</p> <p>6. Garantizar la referencia y contrarreferencia de enfermos de acuerdo con las necesidades de especialización de la medicina.</p> <p>7. Identificar la capacidad resolutive de la medicina tradicional para su reconocimiento en el Sistema Nacional de Salud, con el fin de difundir los remedios tradicionales de eficacia terapéutica comprobada para la complementación con la medicina Institucional.</p> <p>8. Promover el apoyo y la relación intercultural con los médicos tradicionales, para la libre circulación y empleo de recursos curativos, vegetales, animales, minerales y simbólicos de sus comunidades, en la interacción con autoridades sanitarias, civiles y judiciales.</p> <p>9. Identificar y promover, donde sea una demanda sentida por los médicos tradicionales reconocidos por las comunidades, los puntos de encuentro hacia legalización.</p> <p>10. Fomentar la participación comunitaria en los procesos de planeación, ejecución, control y evaluación de las acciones en salud aplicados en zonas indígenas y rurales.</p> <p>11. Complementar recursos y conocimientos a favor de la sociedad.</p> <p>12. Apoyar y facilitar la sistematización del modelo médico tradicional en cada grupo cultural y étnico para enriquecer el conocimiento de los médicos tradicionales y facilitar la enseñanza de nuevos médicos tradicionales.</p> <p>13. Promover la difusión de la cosmovisión sistematizada a toda la población de cada grupo étnico para dar significado a sus prácticas y fortalecer su cultura, lo cual repercute también en mayor reconocimiento, uso y fortalecimiento de la medicina tradicional.</p> <p>14. Fomentar la organización colegiada de los médicos tradicionales, para que estas organizaciones recuperen y enriquezcan su medicina tradicional, validen su práctica y refuercen su identidad cultural (SSA, págs. 7-9).</p>
Esquema metodológico para incorporar los derechos humanos en salud mediante el enfoque intercultural	<p>2003</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modelo de sensibilización intercultural para personal de salud y en formación. Referencia a la iniciativa de la OPS (iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas). • Interculturalidad como relación con respeto y horizontalidad. Relación intercultural: prestador y población. • Niveles del proceso intercultural: respeto, diálogo horizontal, comprensión mutua, sinergia.
Encuentros de enriquecimiento mutuo	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio de Metodología 2004 • Relación horizontalidad. Metodología mejorar la escucha
Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas de México. Elementos generales para la construcción del programa de acción	<p>2007</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definió que la implementación operativa se haría en 101 municipios de siete estados del país (Chiapas, Durango, Guerrero, Nayarit, Oaxaca, Puebla y Veracruz). • Se trazó como objetivo “impulsar una política integral para la atención de la salud de los Pueblos Indígenas mediante la coordinación de las áreas administrativas y la alineación de los recursos para lograr el acceso efectivo de la población indígena a servicios de calidad técnica y cultural en la atención y promoción de la

Nombre del documento	Año/Ideas centrales
Servicios y unidades de salud culturalmente competentes	<p>salud, satisfaciendo sus necesidades y cumpliendo sus expectativas en un marco de respeto a la diversidad cultural de usuarios y usuarias” (SSA, 2007, pág. 17).</p> <p>2008</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hace referencia a las barreras culturales, es decir, aquellas barreras “...determinadas por las características (diferencias) entre la cultura del “proveedor” y la de los usuarios de los servicios, limitando o dificultando el acceso de estos últimos a los servicios...” (DGPLADES, 2008, pág. 6). • Los servicios y unidades deben adaptar la información a las lenguas de la región, contar con personal capacitado técnicamente y que respete la dignidad de los pacientes, así como adecuaciones a los espacios físicos, de mobiliario, módulos de traducción y servicios de medicinas tradicionales o complementarias (por ejemplo, indígena, acupuntura, homeopatía, herbolaria). • Se propone que dicho modelo intercultural está a cargo de la Subsecretaría de Innovación y Calidad, y que los procesos de sensibilización y cursos interculturales iniciaron han iniciado desde 2004 por parte de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DMTDI). • Como parte de los avances se menciona el trabajo realizado en Puebla con el proyecto de hospitales integrales y la relación con las áreas de medicina tradicional y los Servicios de Salud de Oaxaca, Veracruz, Campeche, San Luis Potosí, Morelos y Colima.
Modelo intercultural para la Implantación en los servicios de salud. Interculturalidad en salud (marco conceptual y operativo)	<p>2007-2008</p> <ul style="list-style-type: none"> • Surge en el marco de la Campaña Nacional por la Diversidad Cultural de México. • La política intercultural incluye: <ol style="list-style-type: none"> 1. Programas de Salud con enfoque intercultural, en donde se incluye la capacitación para el personal directivo y para los estudiantes. 2. Medicina tradicional mexicana 3. Sistemas complementarios de atención a la salud. 4. Política salud poblaciones indígenas (Almaguer, Vargas y García, s/f).
Programa de Acción Específico 2007-2012. Interculturalidad en Salud	<p>2008</p> <ul style="list-style-type: none"> • La misión se plantea consolidar “un modelo intercultural y complementario de Atención a la Salud” (SIC, 2008a, pág. 27). Incluye dentro de las estrategias: <ol style="list-style-type: none"> 1. Promover políticas interculturales de respeto a la dignidad y derechos humanos de las personas. 2. Consolidar la atención a la salud de los Pueblos Indígenas como una prioridad del sector salud (SIC, 2008a, págs. 27-28). • En cuanto a las líneas de acción, da continuidad al modelo de capacitación y sensibilización intercultural del personal de salud, así como a la implantación del modelo de parto intercultural y la validación intercultural de unidades de salud. Adicionalmente se incluyen metas sobre difusión de competencias culturales en las instituciones educativas.
Programa de Acción Específico 2007-2012. Medicina tradicional y sistemas complementarios de atención a la salud	<p>2008</p> <ul style="list-style-type: none"> • Define como misión “el desarrollo, conocimiento y utilización segura en condiciones adecuadas, de la medicina tradicional y las medicinas complementarias, fortaleciendo el Sistema Nacional de Salud con sus aportes” (SIC, 2008b, pág. 23).
Competencias interculturales para el personal de salud	<p>2009</p> <ul style="list-style-type: none"> • La competencia intercultural incluye conocimientos, habilidades y actitudes en torno a:

Nombre del documento	Año/Ideas centrales
	<ul style="list-style-type: none"> • La Identificación de la singularidad cultural de la población usuaria de los servicios de salud. • Desarrollo de actitudes de respeto al usuario en sus expectativas, expresiones y prácticas en torno al proceso salud-enfermedad-atención. • Capacidad de comunicación eficiente y asertiva. • Capacidad de comprensión de la percepción de la causalidad y riesgo de la población usuaria. • Conocimiento de los marcos filosóficos, científicos y culturales que sustentan otros modelos o prácticas terapéuticas que utiliza la población (SSA, 2009, pág. 8).
Interculturalidad en salud. Síntesis ejecutiva	s/f
Curso en línea y curso a directivos, Interculturalidad en salud	2013 (actualización)
Sensibilización intercultural	2013 (actualización)
Acreditación de unidades de salud con criterios de interculturalidad	2013 (actualización)
Guía de implantación. Fortalecimiento de los Servicios de Salud con Medicina Tradicional	2013 <ul style="list-style-type: none"> • Guía para el personal directivo, que funge como enlace entre los servicios estatales y la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DMTDI). Define los lineamientos para la institucionalización de la interculturalidad en los servicios de salud entre los que están la acreditación de unidades, la sensibilización al personal de salud y la adecuación de infraestructura física.
Marco legal y normativo Interculturalidad	2013 (actualización)
Promoción de la Salud con enfoque intercultural	2013 (actualización)
El hospital sustentable intercultural	2013 (actualización) <ul style="list-style-type: none"> • Propuesta para fortalecer los servicios de salud, relación armónica con medio ambiente y teniendo en cuenta la multiculturalidad. • Define este tipo de hospitales sustentables interculturales como aquellos que “incorporan elementos en espacios arquitectónicos y procedimientos de atención, para fortalecer las condiciones de salud para la gente y el ambiente, para que sea más eficiente en el manejo de la energía y recursos, y para evitar o erradicar las barreras culturales y facilitar el acceso de los usuarios. También incorpora de manera integrativa, diversos elementos para la atención y fortalecimiento de la salud, desde los aportes que ofrecen diferentes modelos médicos” (DMTIC, 2013g, pág. 3).
Lineamientos Interculturales para el Personal de los Servicios de Salud	2013 <ul style="list-style-type: none"> • Decálogo con las transformaciones que deben realizar las unidades y el personal de salud.
Modelo Intercultural de Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas y Afrodescendientes	2014 (primera versión 2012) <ul style="list-style-type: none"> • Dicho modelo define como misión “Lograr que el personal de salud institucional, terapeutas y parteras tradicionales (autoridades de las comunidades indígenas que trabajan a favor de la salud) trabajen de manera sinérgica en un marco de respeto y colaboración mediante procesos interculturales, mejorando sustancialmente la salud integral de la población indígena, afrodescendientes y de sus comunidades” (DMTDI, 2014, pág.10). • Las principales líneas de acción fueron: i) seguimiento a las unidades culturalmente competentes por parte de las Secretarías de Salud Estatales y la DGCEG; ii) impulso de servicios de medicina y partería tradicional en las unidades de salud; iii) incorporación del requisito de competencia intercultural para el personal de

Nombre del documento	Año/Ideas centrales
	salud; iv) desarrollo de subsistemas de información con variables étnicas; v) diagnósticos participativos y consulta informada.
Fortalecimiento de los Servicios de Salud en la atención de las mujeres indígenas con parteras tradicionales	2019
Lineamientos interculturales [Cartel]	2020
Política intercultural en Salud. Elementos esenciales. Modelo para la Atención Intercultural a la Salud de los Pueblos Indígenas y Afromexicano	2020
Fortalecimiento de la salud con comida, ejercicio y buen humor. La dieta de la Milpa. Modelo de Alimentación Mesoamericana Saludable y Culturalmente Pertinente	2020 <ul style="list-style-type: none"> • El objetivo de la propuesta es la difusión de un modelo de alimentación saludable basado en los alimentos mesoamericanos que forman parte de la identidad cultural, y que a su vez pueda impactar positivamente en el estado de nutrición de personas sanas y enfermas. La propuesta plantea estrategias interculturales con colectivos comunitarios y con grupos de pacientes referidos por los servicios de nutrición.

Anexo 4

Fortalecimiento de los servicios de salud en la atención de las mujeres indígenas con parteras tradicionales [lineamientos] (DMTDI, 2019)

- i) El personal directivo y operativo del Sistema Nacional de Salud que labore en unidades que atiendan población indígena o afromexicana deberá informarse del marco normativo y de derechos humanos... que en su carácter de obligatorio debe aplicar en su área de responsabilidades.
- ii) Los servicios estatales de salud deben garantizar las condiciones para que las mujeres que así lo demanden y en especial las de poblaciones indígenas puedan ejercer su derecho a la salud, en la atención del embarazo, parto y puerperio con parteras tradicionales, en condiciones de seguridad.
- iii) Los servicios estatales de salud, en coordinación con las áreas federales correspondientes, deben establecer acciones de capacitación para fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales indígenas, para la atención del embarazo, parto y puerperio (artículo 64 de la LGS).
- iv) Para la atención del parto de las mujeres indígenas con las parteras tradicionales, no se condicionarán ni negarán servicios o programas como Oportunidades, Seguro de una Nueva Generación, Registro de nacimiento, Incapacidad por Maternidad, o cualquier otro programa nacional, estatal o municipal, además de erradicar cualquier forma de discriminación hacia las parteras tradicionales (art. 1 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos).
- v) Se garantizará la participación de las parteras tradicionales en las redes de servicios de salud y en la atención del parto en condiciones de seguridad, tanto para la mujer embarazada, como las parteras tradicionales y el personal de salud.
- vi) Se garantizará que las mujeres indígenas puedan atender su embarazo, parto y puerperio con parteras tradicionales en condiciones de seguridad, favoreciendo su participación en centros de salud, unidades médicas rurales, hospitales y especialmente en las unidades médicas de parto humanizado, que se deben de promover principalmente en los municipios donde haya el 40% y más de población indígena y afrodescendientes. Para ello se dará instrucción a las direcciones hospitalarias.
- vii) Se promoverá la autorización de las parteras tradicionales indígenas de acuerdo con lo establecido en los artículos 102 al 114 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, para otorgar certeza jurídica en la atención de los embarazos, partos y puerperios normales, tanto a las parteras tradicionales capacitadas, como a los servicios de salud, en la atención de las mujeres indígenas y las mujeres que así lo soliciten.
- viii) En las regiones que atienden población indígena se dará prioridad a las parteras tradicionales indígenas en interrelación con las instituciones del sector salud, para su incorporación y contratación en las redes y servicios de salud, especialmente en las unidades de parto humanizado.
- ix) Se garantizarán condiciones para el desarrollo de la enseñanza y formación de nuevas parteras tradicionales con mujeres jóvenes indígenas, seleccionadas bajo los criterios, procesos de enseñanza y participación de las parteras tradicionales indígenas como docentes. Ellas deben ser reconocidas por las comunidades con más de 10 años de práctica, aprovechando sus experiencias sistematizadas y enriquecidas con competencias institucionales, de manera que se otorguen condiciones para su desarrollo.
- x) Se establecerán estrategias para poder otorgar una retribución justa a las parteras tradicionales por su labor comunitaria y en las redes de servicios de salud, facilitando su contratación con el código MO2120 en los servicios de salud en unidades de parto

humanizado (posadas de nacimiento), apoyándolas también con los gastos de traslado cuando refieran y acompañen pacientes en los servicios de salud.

- xi) Las instituciones públicas y privadas, especialmente del sector salud y social, identificarán y aplicarán mecanismos para mejorar las condiciones de salud y de vida de las parteras tradicionales indígenas, afiliándolas con prioridad a algún servicio médico (seguro popular) y con el apoyo de programas sociales de mejoramiento de vivienda y alimentación.
- xii) Se establecerán convenios de los servicios de salud (jurisdicciones sanitarias y hospitales cercanos) con las casas de la mujer en las cuales participan parteras tradicionales, para coordinar la atención, sobre todo de las mujeres con riesgo y complicaciones.
- xiii) Se establecerá un calendario operativo en las entidades federativas para aplicar estos lineamientos de manera gradual de la siguiente forma:
 - Actualización del censo nominal de las parteras tradicionales del estado con su nombre, localidad, municipio y años de práctica.
 - Procesos de capacitación en la modalidad de Encuentros de Enriquecimiento Mutuo de parteras tradicionales indígenas y personal de salud, a fin de cumplir con las condiciones y trámites para su autorización.
 - Las entidades federativas iniciarán procesos de autorización de las parteras tradicionales indígenas ya capacitadas que participan en los servicios de salud, ampliando con las parteras que así lo soliciten y que cumplan los requisitos establecidos.
 - Contratación de las parteras tradicionales indígenas en módulos de partería tradicional y en las unidades de parto humanizado.
 - Evaluación semestral de los resultados e impacto de la atención con parteras tradicionales indígenas en el embarazo, parto y puerperio.
 - Establecer y facilitar condiciones para la actualización y formación de nuevas parteras indígenas tradicionales, en la modalidad de enseñanza “De partera a partera” (DMTDI, 2019).

En este documento se analizan las prácticas discriminatorias que la población indígena y afroamericana enfrentan en los servicios de salud en México y se proponen lineamientos de política pública para prevenir la vulneración de su derecho a la salud. En la prestación de servicios de atención médica (curativa, preventiva y de promoción de la salud) se han observado tratos discriminatorios, desiguales e injustos por parte de diferentes instituciones y actores del Sistema Nacional de Salud, ya sea por acción u omisión. Esta discriminación se origina en prejuicios, estigmas y estereotipos, y revela un desconocimiento de los derechos humanos.

Asimismo, se revisan los modelos de atención intercultural en México, específicamente los propuestos en los documentos *Modelo de atención a la salud de los pueblos indígenas y afrodescendientes* y *Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro*. Las guías y criterios por incorporar se formulan con base en los enfoques de derechos humanos, interculturalidad, igualdad de género y el principio de no discriminación.