

Pandemia y diversidad cultural. El derecho a la salud de los pueblos originarios

Jaime Eduardo Ortiz Leroux*

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA. UNIDAD AZCAPOTZALCO.

RESUMEN: *En este trabajo se realiza un análisis del contenido de las normas del Sistema Nacional de Salud para determinar qué conceptos y disposiciones garantizan el derecho a la salud de los pueblos originarios y aluden a una visión intercultural reconocedora de las nociones, técnicas y prácticas de sus sistemas de salud. El incumplimiento del derecho a la protección de la salud de los pueblos, en particular durante la pandemia, de COVID-19, tiene como una de sus causas la falta de herramientas teóricas vinculadas al Sistema Nacional con los sistemas de salubridad de las comunidades.*

PALABRAS CLAVE: *Interculturalidad, Derecho a la Salud, Pandemia, Normas de los pueblos originarios.*

Pandemic and Cultural Diversity.
The Right to Health for Native Peoples

ABSTRACT: *In this paper is carried out an analysis of the Mexican Health System norms content, to determine which concepts and provisions guarantee the human right to health of indigenous peoples. It refers to an intercultural vision that recognizes notions, techniques and practices of their health systems. Among the causes of non-compliance with their human right to health, particularly during the COVID-19 pandemic, is the lack of theoretical tools that could link the National System to the communities health systems.*

KEYWORDS: *Interculturality, Right to Health, Pandemic, Native peoples' Norms.*

* pamitl@yahoo.com

1. INTRODUCCIÓN. DEPURACIÓN CONCEPTUAL Y METODOLÓGICA

Hablar del derecho a la salud requiere precisar el significado de esa palabra cuando se dice que un sujeto “tiene un derecho”. Tener un derecho es un uso moderno e intersubjetivo de la palabra que hace referencia a una comunidad política, quienes están obligados a no impedir la conducta del objeto de protección [Correas 2011: 12].¹ En la teoría de los derechos humanos “tener un derecho” es un principio universal de la razón, una esencia para naturalizar la idea de los individuos humanos como sujetos en igualdad de libertad y dignidad [Habermas 2010].

El concepto iusnaturalista y racionalista de los derechos humanos se erige como el objeto de protección del Estado constitucional democrático y base para la interpretación de los procesos sociales y políticos en las sociedades contemporáneas, con fuertes repercusiones en los campos de la acción social política y jurídica [Habermas 2010]. La naturalización de lo humano en el concepto de “derechos humanos”, con fundamento en el Derecho Internacional, aspira a instaurar un orden que supere el conflicto y la desigualdad, a crear obligaciones de los Estados con respecto de su propia población. En este sentido, desde una perspectiva jurídico-estatal “tener un derecho” no es principio de la razón, en realidad es un “derecho subjetivo”: la facultad ciudadana de exigir a la autoridad realizar una determinada conducta, capacidad que corresponde con la obligación legal de la autoridad [Correas 2011: 28-29].

El ejercicio del “derecho a la salud” debe ser analizado a la luz de las disposiciones de la ley, de las instituciones, las obligaciones y los medios para asegurarlos y sancionarlos. El contenido del texto legal, así como las tesis de jurisprudencia sobre la materia conforman el contexto de interpretación de su ejercicio, no en términos de una racionalidad universal sino en cuanto a las instituciones establecidas, las obligaciones de la autoridad y los conceptos referentes al mismo. Si no existe norma que obligue a la autoridad para resolver la petición ciudadana, no existe derecho subjetivo correspondiente.

En este sentido, realizaremos un análisis e interpretación del Sistema Nacional de Salud, como sistema legal inscrito en el orden constitucional, en cuanto al derecho a la protección de la salud de los pueblos originarios. Se analizará la Ley General del Salud de los Estados Unidos Mexicanos, y sus reglamentos, así como las resoluciones de los órganos jurisdiccionales

¹ Se trata de un uso lingüístico distinto cuando se dice “estudio derecho”, “el derecho me asiste” o “no hay derecho”, donde se usa el mismo término con diferentes significados.

donde se encuentran las obligaciones de las autoridades en la materia y los criterios de interpretación en los que descansan; conocerlas e interpretarlas permitirá establecer los alcances del cumplimiento de las obligaciones internacionales del Estado con respecto a la protección de salubridad de los pueblos originarios, las herramientas dispuestas para hacerla efectiva y el grado de reconocimiento de los conceptos y prácticas de sanidad, surgidas de los pueblos originarios.

Se conciben los sistemas de salud, nacional y de los pueblos originarios como órdenes dentro del contexto de pluralidad normativa de la sociedad mexicana [Correas 2007: 67-70], los cuales son incompatibles en múltiples aspectos, como el de la salud, representado por la contradicción entre los conceptos y principios que orientan el modelo estatal y el de los pueblos originarios, así como en el choque de las prácticas, generadas por cada uno de estos sistemas.

Los sentidos surgidos de la interpretación del campo jurídico-estatal en el Sistema Nacional de Salud permitirán valorar el significado del “derecho a la salud de los pueblos originarios” y el alcance de su ejercicio durante la emergencia sanitaria mundial causada por el virus SARS COV2, al poner énfasis en la perspectiva intercultural y la posible existencia de puentes conceptuales que vinculen a los sistemas involucrados.²

EL DERECHO A LA SALUD DE LOS PUEBLOS ORIGINARIOS EN EL ORDEN JURÍDICO

En el Derecho Internacional de los Derechos Humanos, el derecho a la salud es una obligación estatal mediante la prestación positiva por parte de la autoridad; se representa como el derecho a un conjunto de acciones de asistencia médica, seguridad social y servicios sociales por parte del Estado. Se define en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales como el disfrute (por parte de la población) “del más alto nivel posible de salud física y mental” [PIDESC 2012], así como en el artículo 10 del Protocolo de San Salvador donde para llegar a esa meta es obligación de los Estados comprometidos “adoptar medidas para asegurar la plena efectividad de ese derecho” y asegurar “el acceso a los beneficios

² En 2020 se dio a conocer un proyecto de Decreto por parte del Gobierno Federal, con el objeto de regular la prestación de servicios de salud para los pueblos originarios, el cual ha generado diversas reacciones de protesta entre sectores académicos y organizaciones civiles. En este artículo no se analiza dicha propuesta en virtud de que no se conoce su origen y carece de positividad, por lo tanto, su análisis sería meramente especulativo.

de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado” (Protocolo de San Salvador 2022).

En términos constitucionales, la salud es uno de los cometidos del Estado mediante las instituciones y políticas públicas para asegurar el acceso universal a los mismos. El derecho a la salud es visto como un bien universal en el marco del territorio nacional, está definido en el artículo cuarto constitucional, párrafo IV, así como en la Ley General de Salud, como el “derecho a la protección de la salud”, concepto que lo vincula directamente a cualquier individuo con la obligación de las autoridades responsables de promover, gestionar y prestar los servicios sanitarios y de salubridad pública, necesarios para proteger la sanidad de la población.

La Jurisprudencia del Poder Judicial Federal resalta la “complementariedad” entre este concepto y lo indicado del Derecho Internacional “que incluye, entre otras, las obligaciones de adoptar leyes u otras medidas para velar por el acceso igual a la atención de la salud y a los servicios; vigilar que la parte privada del sector no represente una amenaza a la disponibilidad, accesibilidad, y calidad de los servicios”; de controlar la comercialización de equipo y medicamentos; asegurar que los profesionales reúnan las condiciones necesarias de educación y experiencia [SCJN 2008a]. El ejercicio universal del derecho a la salud “constituye una responsabilidad social, que se traduce en la obligación del Estado de establecer los mecanismos necesarios para que todas las personas tengan acceso a los servicios” [TCC 2020a]. Estos conceptos se aplican en el caso del derecho a la salud de los pueblos originarios.

Por otra parte, los sistemas de salud de los pueblos originarios están formados por un conjunto de conceptos y prácticas en términos de su población, reglas de interpretación que hunden sus raíces en los conocimientos antiguos sobre salud y enfermedad que los pueblos indígenas de nuestro país han acumulado por medio de la tradición, basada en su cosmovisión y su identidad, expresada mediante prácticas y usos de los recursos naturales, lo cuales conforman saberes tradicionales originarios sobre la vida y la muerte. Con estos sistemas los pueblos han protegido y cuidado su vida, hacen efectivo el derecho a la salud por la propia comunidad [Correas 2007: 60-63].

Las referencias en la Constitución Política de nuestro país a esos sistemas y al derecho a la salud de los pueblos originarios son escasas. El artículo cuarto señala el carácter progresivo del Sistema Nacional para brindar atención integral y gratuita a todas las personas “que no cuenten con seguridad social”, para aludir a la población de los pueblos originarios y población migrante que se reconoce como tal. El artículo segundo, que otorga la tutela de los derechos de los pueblos originarios a las entidades federativas, admite que el derecho a la salud es una obligación concurrente

de Federación, estados y municipios. En la fracción III del apartado B, de ese artículo segundo, se señala que la ampliación del Sistema Nacional garantizará su acceso a los servicios de salud, “aprovechando la medicina tradicional [...] e impulsando la nutrición de los indígenas mediante programas de alimentación” (CPEUM 2022).

En contraste, las bases conceptuales de la Ley General de Salud (LGS: 2022), fundamento del Sistema Nacional, remiten al principio de igualdad como modelo de atención para todos y de servicio para la población entera.³ La ley dispone que el sistema esté integrado por los sectores público y privado;⁴ el primero comprende las instituciones de seguridad social y las prestadoras de servicios a la población sin seguridad social.⁵ El sector privado está formado por los servicios de salud financiados con los recursos de los usuarios. Como principio general, el financiamiento de los servicios de protección de la salubridad es compartido, se prevén cuotas de recuperación a cargo de los usuarios “considerando el costo de los servicios y las condiciones socioeconómicas”.

La jurisprudencia, por su parte, plantea que la sociedad (representada por “los interesados”) y el Estado comparten la responsabilidad de la protección de la salud, “con base en criterios de capacidad contributiva y redistribución del ingreso”; así, se eximirá de cobro a aquellos que carezcan de recursos para cubrirlas, en cuyo caso los servicios serán “financiados de manera solidaria por la Federación, los estados y los beneficiarios” [SCJN 2008b]. Se trata de un régimen asistencial y paliativo, el cual supone el derecho a la salud de los pueblos originarios sólo en calidad de población en condición de pobreza.

Los conceptos sobre responsabilidad compartida entre sociedad y Estado en la tareas de protección en sanidad tienen como objetivo la creación de instrumentos para una redistribución del gasto público; sin embargo, en un contexto donde el gasto público en servicios sociales se considera un rubro deficitario, donde se observa una caída de la inversión pública en salud cobijada por una reformulación asistencial del concepto de “bienestar social”,

³ Para ello propone “la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud” en todas las localidades.

⁴ La Ley General, para atender al prestador de los servicios, los clasifica en: a) servicios públicos a la población general; b) servicios a derechohabientes de instituciones públicas; c) servicios sociales y privados.

⁵ Entre las instituciones que prestan servicios a la población con seguridad social están el IMSS, el ISSSTE, Petróleos Mexicanos, la Sedena, la Semar. Entre las instituciones dirigidas a la población sin seguridad están el Insabi, la Secretaría de Salud y el Programa IMSS-Oportunidades [Gómez Dantes *et al.* 2011: 220].

la responsabilidad compartida repercute directamente en la capacidad del Estado para atender las necesidades de los pueblos originarios.

El problema es que el financiamiento de las unidades de salud en las regiones más alejadas resulta más costoso en términos económicos y políticos con respecto de los que se construyen en los centros urbanos. Por lo tanto, muchas de ellas están en el abandono. En un contexto demográfico donde presiona a la migración y al despoblamiento del territorio, la inversión del Estado es menor. En contraparte y a pesar de lo señalado en la Constitución y las leyes, el Estado no se hace responsable por las condiciones de salud de los pueblos originarios, siempre ha sido responsabilidad de ellos mismos, mediante los recursos de sus respectivos sistemas.

ACERCA DEL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS QUE REGULAN EL DERECHO A LA SALUD

El cumplimiento de lo dispuesto en las normas legales es otro aspecto que permite conocer el alcance del ejercicio de un derecho en la sociedad. Los conceptos que constituyen el derecho a la salud deben corresponder con los instrumentos legales para hacerlo efectivo, con las facultades de ejecución y sanción de las autoridades y con el funcionamiento de las instituciones responsables. El funcionamiento del Sistema Nacional de Salud conlleva el problema de su financiamiento, así como el problema de determinar cuál es la política económica que permite contar con los recursos necesarios para cumplir con las obligaciones constitucionales y legales, además de cubrir las necesidades de la población. Esa pregunta hasta ahora no tiene una respuesta cierta en la teoría política y económica.

En México, en el siglo pasado el Sistema Nacional de Salud alcanzó un importante desarrollo en infraestructura y prestación de servicios con respecto de otros países.⁶ No obstante, el actual régimen y su funcionamiento están muy lejos de cumplir con objetivos y metas para los que fueron creados y no cuentan con la capacidad de satisfacer las necesidades de sus beneficiarios. Es abundante la literatura de investigación que muestra el conjunto de factores que impiden el ejercicio del derecho a la salud, entre ellos “la desigualdad social, el estrato socioeconómico, el género, la etapa de vida, la condición étnico-racial, el territorio, la situación de discapacidad y el estatus migratorio” [CIDH 2020]. Esto coincide con los mismos elementos que favorecieron la expansión de la Pandemia de

⁶ Los trabajadores del sector formal de la economía, activos y jubilados, así como sus familias beneficiarias cubren a 48.3 millones de personas [Gómez Dantes *et al.* 2011: 220].

COVID19 en 2020 y pusieron al descubierto las deficiencias en la atención de los beneficiarios.

El artículo 2 de la Convención Americana de los Derechos Humanos señala que los Estados están obligados a adoptar medidas “hasta el máximo de los recursos de que dispongan [...], para lograr progresivamente la efectividad de los derechos humanos”. Este artículo reconoce que quizá los Estados no cuenten con recursos para el fin previsto. Por lo tanto, el Comité Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales emitió la Observación General Número 3, donde sostuvo que esas obligaciones se relacionan con el principio de progresividad y debe ser analizado según un dispositivo de flexibilidad [CIDESC 1990: 3].

La interpretación que el Sistema Internacional formuló en los casos motivados por el incumplimiento de las políticas que aseguran los derechos económicos, sociales y culturales, la obligación depende de la cantidad de recursos con que cuentan los Estados. [CIDESC 1990: 3]. En el contexto nacional la obligación se mantiene como factor de disputa para la asignación del presupuesto, que hace chocar dicha obligación con los recursos disponibles, con otras necesidades sociales y con los proyectos gubernamentales prioritarios.

De acuerdo con los datos de la última década, el gasto de nuestro país en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) 5.5% se mantiene por debajo del promedio latinoamericano (6.9%), más debajo aún de lo dedicado a países como Argentina (9.8%), Colombia (7.4%), Costa Rica (8.1%) y Uruguay (8.2%). A pesar que México tiene un alto nivel de cobertura de servicios e inversión en infraestructura, éstos son insuficientes porque el gasto en salud *per cápita* ha venido cayendo en los últimos años [Lomelí 2020: 198]. Lo anterior explica por qué las unidades en las zonas rurales e indígenas no trabajan de manera adecuada, no están bien planeadas, son poco funcionales y carecen de insumos y recursos humanos.

El abandono de la prestación de servicios en las zonas rurales se explica también como efecto del proceso de urbanización del país. Por un lado, más de 70% de la población es urbana y 35% de ella —40 000 000 de personas— habita en las nueve zonas metropolitanas, donde se concentra la capacidad de atención. Por otro lado, la urbanización conlleva la dispersión y aislamiento de la población rural: de 55 000 localidades con menos de 100 habitantes en 1970 se pasó a casi 140 000 en 2000, donde habita poco más de 2% de la población y la atención de salud cada vez es más escasa [CEPAL-ONU 2020].

El incumplimiento de lo prescrito en la Constitución, con respecto de los grupos sociales más pobres, entre ellos migrantes y pueblos indios, puede explicarse como consecuencia de la falta de presupuesto, de las limitaciones

en el ejercicio del gasto de los gobiernos y la reducción financiera del presupuesto para pagar los servicios y personal. Esto significa para las zonas más marginadas un aumento de la mortalidad de la población por enfermedades curables; así, en los estados donde la mortalidad materna presenta cifras más elevadas, como Chiapas, Guerrero y Oaxaca, la atención institucional de los partos disminuye a 70%, mientras que 30% de los casos restantes son atendidos por parteras dentro del sistema de salud tradicional, en muchos casos la única alternativa con la que se cuentan por la inasequibilidad de los servicios de salud públicos para las poblaciones lejanas [Gómez Dantes *et al.* 2011: 227-228].

En el siglo pasado y lo que va de éste durante el periodo de existencia de las instituciones públicas de salud, las comunidades indígenas han estado excluidas de la atención servicios correspondientes. Pero no representa sólo un problema económico y financiero, también significa un problema de orden cultural, una consecuencia del menosprecio y desvalorización de los pueblos, del choque entre formas contradictorias de proteger la salud y de la ausencia de normas que integren en un modelo nacional las concepciones de la salud entre la población.

EL INCUMPLIMIENTO DEL DERECHO A LA SALUD

De las causas económicas a las causas político-culturales

El tema económico no es el único impedimento para el ejercicio al derecho de la salud, aunque sí el principal. Para que los Estados adopten medidas presupuestales aseguradora del ejercicio de los derechos se requiere de “medidas legislativas, administrativas, judiciales apropiadas para dar plena efectividad a ese derecho” [TCC 2020a]; en el caso de los pueblos originarios estas medidas —políticas públicas, en favor de un sector determinado— no existen porque se carecen de los conceptos necesarios para implementar las normas en contextos culturales con prácticas diferenciadas. Una cosa es que un derecho esté contemplado en ley y otra que las normas dispongan mecanismos de ejecución y sanción, sin olvidar la operación del sistema, la obediencia y la sanción de las normas para realizar los objetivos sociales previstos y generar avances en las condiciones de vida de la población.

El sesgo entre las normas constitucionales en materia de salubridad, las acciones de los poderes públicos y la situación de salud de la población —entre el deber ser y la realidad de las normas— se expresa en la tensión permanente entre la idea de derecho a los servicios de salubridad, noción que choca con el hecho de un sistema de salud carente de presupuesto, sin medicinas, con servicios de mala calidad, desprovistos de personal y

equipo. Se expresa en un deterioro de las condiciones de sanidad de la población, situación, ya acostumbrado, pero que se vio exacerbada durante la pandemia.

Con base en distintos autores, la Secretaría de Salud plantea que las barreras que dificultan el acceso a la población a los servicios de salud se reúnen en tres categorías: económicas, geográficas y culturales [DMT-ss 2008: 3-4]. Las primeras han sido un elemento central de la mayoría de análisis en la materia, pero las llamadas barreras culturales han sido poco abordadas y atendidas como factores que dificultan los procesos y están determinadas por el género, la identidad cultural, la clase social, la edad, la preferencia sexual y la asociación gremial.

En este sentido, el deterioro en las condiciones de salud de los pueblos nos remite a un problema de carácter estructural en el Sistema Nacional y las normas que lo regulan, los que desconocen los conceptos y prácticas de salud que identifican a la población indígena. Detrás de esta laguna se encuentra la incompatibilidad entre el sistema de salud público y el sistema de los pueblos, cuyas normas respectivamente proveen de diferentes formas de concebir el orden social y el lugar que ocupa la salud, lo cual se ha convertido en fuente permanente de conflictos entre la población.

Si reconocemos esa brecha cultural, el sesgo entre los que ordenan las normas de la población indígena y quienes disponen las normas nacionales no tendremos problema en aceptar la inexistencia del derecho a la salud de los pueblos; es la disociación entre el contenido del texto legal y el contexto donde las normas se aplican. Se necesita analizar el ordenamiento e identificar los conceptos usados para abordar dicha problemática, señalar la inexistencia de criterios para la prestación de servicios de acuerdo con la calidad de los usuarios, así como para interpretar los hechos de salubridad —síntomas, enfermedades, causas y acción terapéutica— de acuerdo con sus conceptos y prácticas.

Esta brecha es causa de situaciones conflictivas, presentes en cuatro campos: 1) en la estructura y prestación de los servicios; 2) en el establecimiento físico de la unidad; 3) en la conducta de los prestadores de servicios de salud y 4) en la conducta de los usuarios [DMT-ss 2008: 3]. El primer campo tiene un mayor peso para la comprensión del problema; los demás, son campos específicos que pueden ser explicados como consecuencia del primero.

En cuanto a la estructura, las diferencias se refieren a la forma cómo está regulada la prestación de servicios de salud. En la tradición política liberal e iusnaturalista, en la que se inscribe el Sistema Nacional de Salud, las distinciones culturales son problematizadas como aspectos negativos para el cumplimiento de las obligaciones del Estado. Se trata de un orden

cuyas disposiciones excluyen la identidad de los usuarios en sus procesos y no toman en cuenta el lugar que ocupan los sistemas de los usuarios; que soslaya la situación de desigualdad en que se encuentra el usuario que no le otorga un lugar como sujeto en la sociedad.

Este rechazo también es característico de la disciplina médica, vinculada a una noción positivista de su objeto y subordinada a la industria farmacéutica. Se considera que los servicios no deben hacer distinciones culturales porque se causan problemas para establecer el diagnóstico y seguir las indicaciones médicas. Las diferencias estructurales entre la ciencia del “proveedor” de los servicios y las formas de conocimiento de los “usuarios”, se expresan en las conductas del personal a cargo de la prestación de los servicios que dificultan el acceso a los servicios de de la población de las comunidades [Sánchez Torres 2017: 85].

Las diferencias sistémicas aluden al choque entre las normas representantes de cada uno de los sistemas de atención de salud en juego, el estatal y el comunitario, como un conjunto articulado de representaciones donde descansa el conocimiento sobre la salud, la enfermedad, el dolor y la muerte; se expresan en normas diferenciadas para prevenir y/o curar la enfermedad, eliminar el dolor, restituir la salud y prolongar la vida, y como conflicto entre las respectivas prácticas de estos sistemas.

Es importante resaltar que las diferencias referentes a la subjetividad de los sujetos del proceso se expresan en su conducta. En cuanto a los prestadores, es posible reconocer los problemas que atañen a su percepción de *status* social con respecto a los usuarios y pacientes; las personas prestadoras dan atención en función de un ideal de la salud, como un bien con un enorme prestigio social. Sin tener conciencia de ello, el personal atropella los derechos de los pacientes o lastima sus creencias cuando usa ciertos códigos, valores, etiquetas o prejuicios sobre ellos, entonces genera desconfianza, desapego y alejamiento. Las diferencias limitan su capacidad comunicativa por la incomprensión de los códigos de los usuarios e impiden una relación respetuosa con el paciente. [Sánchez Torres 2017]

Desde la perspectiva del prestador, los conceptos de los usuarios sobre salud son aspectos irracionales e innecesarios en la práctica médica, que entorpecen la prestación del servicio y dificultan la interacción, retrasan el tratamiento, impiden la comprensión de las indicaciones y confrontan al prestador del servicio con el usuario, como consecuencia crea serios riesgos para la salud del usuario [DMT-ss 2008: 5].

Las diferencias culturales para los usuarios están relacionadas con las nociones que guían su percepción y comprensión de la salud y la enfermedad. Al momento del contacto con los servicios los usuarios manifiestan sus

ideas sobre la enfermedad, su origen y las formas de tratamiento que se han aplicado, entendidas en términos y códigos diferentes a las formas de racionalidad que sustenta el modelo en el que se formaron los médicos y las enfermeras. Estas diferencias se traducen en conflictos y quejas por la atención, por el trato del personal, percibido como falto de sensibilidad y discriminatorio. En ese contexto, acudir a los servicios médicos aparece para los usuarios indígenas, en especial para las mujeres como una fuente de tensiones y malestar [DMT-SS 2008: 13].

La calidad de los servicios de salud pública tiene un componente cultural [CIDECS: 2008: 8], Para las comunidades la salud de cada individuo repercute directamente en el bienestar comunitario, estas no pueden tratar los casos que afectan la salud como problemas individuales, como si lo hace el modelo del Sistema Nacional de Salud. La garantía por parte del Estado del derecho a la salud de los miembros de esas comunidades pasa por la reformulación de sus modelos de prestación de servicios, de acuerdo con las formas y criterios culturales que rigen los sistemas de salud de los pueblos.

LA DIVERSIDAD CULTURAL EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Con la reforma del Sistema Nacional de Salud en septiembre 2006 se incluyeron en la Ley General varios conceptos dirigidos a la protección de la salud de los pueblos originarios. Entre los objetivos se señala que la atención a los usuarios de pueblos y comunidades indígenas busca “contribuir al desarrollo demográfico armónico del país”, noción que pone al Estado como objeto principal de protección. Se consideran, además, otros objetivos particulares como impulsar el bienestar de las familias y comunidades, el desarrollo de sus potencialidades, la participación conforme sus valores y organización, el fomento al programa de nutrición materno-infantil y el desarrollo de la medicina tradicional.

Los planteamientos desglosados suponen el reconocimiento de obligaciones generales del Estado frente a los pueblos originarios, pero a lo largo del ordenamiento no se prevén instrumentos suficientes para ello. El artículo 27 de la Ley General incluyó en su texto que las autoridades de salud proveerían de asistencia médica de manera especial a los grupos más vulnerables y los pertenecientes a las comunidades, lo cual sólo es una declaración programática como las anteriores. Quizá el artículo 51 de la Ley contiene una obligación específica al alcance de la autoridad de salud: “Cuando se trate de la atención a los usuarios originarios [...], estos tendrán derecho a obtener información necesaria en su propia lengua”.

Sobre interculturalidad no hay contenido suficiente. En un párrafo equívoco se señala que la autoridad tiene la obligación de “coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinan hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección”; dicha tarea alude a la problemática cultural, pero donde no se comprende qué se va a modificar, ni cuáles son los “hábitos, costumbres y actitudes relacionadas con la salud”, necesarias de un cambio. Esto puede referirse a las prácticas de cualquiera de los sistemas involucrados, sin embargo, la Ley no lo dice. La modificación de los hábitos puede entenderse como una autorización al personal de salud para excluir los saberes terapéuticos de los pueblos, incluso como una voluntad de modificar los correspondientes del Sistema Nacional.

En este sentido, debemos poner atención en lo que señala el artículo 35 sobre la prestación de los servicios de salud, los cuales deben regirse bajo criterios de “universalidad, igualdad, inclusión y gratuidad”. Salvo el tema de la gratuidad de los servicios, los conceptos expresados fundamentan un principio de exclusión para las formas de vida de los pueblos, exclusión que carece de motivación científica en el campo médico y de las ciencias sociales. El principio de universalidad hace referencia no sólo al universo de la población sino al modelo de atención, el principio de igualdad se mide conforme la igualdad de los servicios y donde la inclusión parece una forma logofágica de administración de la salud.

El artículo de la Ley General de Salud que hace referencia de la diversidad cultural como base de una forma diferenciada de servicios lo encontramos en el artículo 93, el cual señala que los programas de atención primaria en las comunidades deberán adaptarse a su estructura social y administrativa, así como a su concepción de salud. El artículo 11 del Reglamento de la Ley en Materia de Prestación de Servicios indica que la participación de la comunidad, así como la concertación de acciones entre la Secretaría y las comunidades indígenas se realizarán mediante convenios y contratos; la participación de los municipios y las comunidades se harán conforme lo dispongan los ordenamientos locales (párrafo reformado) [GOBIERNO DE MÉXICO: 2022].

Los contratos se ajustarán a las siguientes bases: las acciones concertadas estarán a cargo de la Secretaría de Salud, es decir la participación de los pueblos originarios está respaldada por la Secretaría de Salud, pero en dicha participación se desconoce la personalidad de la comunidad; la concertación de acciones tendrá un carácter operativo, es decir, los conceptos del Sistema Nacional no entran en la negociación, sólo las formas de operarlo. En ambos casos la Secretaría de Salud se reserva las funciones de autoridad y deja a

los pueblos originarios sin personalidad política y sin “reconocimiento” de sus sistemas de salud.

Para responder a esta problemática, en 2002 se creó la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural de la Secretaría de Salud, con varios objetivos: definir e impulsar una política intercultural como parte de la oferta de servicios, generar cambios en los modelos de atención y prestación de servicios, así como la protección de los derechos humanos de las poblaciones originarias. Se impulsaron estrategias y programas como el reconocimiento de la “competencia cultural” de las unidades de salud, según lo dispuesto en guías y lineamientos de atención intercultural: personal sensibilizado y capacitado en el idioma y la cultura local, con la posibilidad que los usuarios decidan sobre los procedimientos, optar por los servicios de una partera tradicional, entre otros. Sólo el Hospital de Atención Integral en Hueyotitlán, Puebla, el Hospital Mixto de Jesús María en Nayarit, la Unidad de Salud de Calpulalpan en Oaxaca y la Unidad de Salud con Medicina Tradicional en la Sierra Norte del estado de Chiapas tenían, en 2018, un catálogo de acciones para el fortalecimiento de la atención a las poblaciones originarias [DMT-ss 2008: 14-15].

Otro programa impulsado es el de parteras tradicionales, mantenido gracias al apoyo de los sucesivos titulares de la presidencia de la República. En sus guías⁷ se promovió una definición de las parteras tradicionales, yerbateros, sobadores, hueseros, rezanderos, graniceros y “curanderos”, entre otros personajes propios de las culturas originarias, como personas con la capacidad de reestablecer el equilibrio entre los seres humanos, la naturaleza y el mundo espiritual que “poseen un don o característica distintiva para prevenir las enfermedades, curar o mantener la salud individual física, emocional o espiritual; colectiva y comunitaria”. Definición un tanto idílica y sobrenatural que poco dice acerca de su labor.

Los servicios de salud en algunas entidades incluyen a parteras tradicionales para la atención del embarazo, parto y puerperio. En 2017, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) presentó varias recomendaciones para crear un entorno institucional referente a esa práctica, donde señala que los servicios de parto tradicional consisten “en servicios preventivos y curativos de tipo comunitario, destinados a proporcionar a la población de zonas rurales y urbanas marginadas un servicio de salud integral, oportuno y de calidad”. Asimismo, se enfatiza la dimensión

⁷ Basadas en la llamada Resolución 13, normativa-marco sobre Medicina Tradicional, creada en el contexto del Parlamento Latinoamericano y el Caribe.

comunitaria de su trabajo: “Por su participación voluntaria [las parteras] son seleccionadas por sus comunidades para promover acciones en su localidad, los beneficiarios son los miembros de los sectores de la población quienes carecen de acceso regular a los servicios” [CNDH 2017].

No obstante, “con el objeto de brindar certeza a esa práctica”, el Reglamento de Prestación de Servicios de Salud de la Secretaría estableció limitaciones a la actuación del “Personal no Profesional Autorizado para la Prestación de Servicios de Atención Médica”, como las llamadas parteras: no pueden prestar atención de primer nivel ni atender casos graves, sólo embarazos y puerperios normales, con el aviso a la Secretaría, sin embargo, pueden prescribir medicamentos de acuerdo con las Normas Técnicas. Por otra parte, la NOM 007-SSA2, reguladora de los criterios de certificación, establece que sólo parteras con capacitación atiendan partos de bajo riesgo, pero la capacitación de actualización está sujeta al consentimiento de la autoridad.

Las parteras carecen de un contrato de trabajo, las tesis de jurisprudencia, en su momento, resolvieron los juicios para el reconocimiento de su relación laboral, determinaron que ellas no eran trabajadoras del Sector Salud. Si bien se reconoce su labor, la cual “se basa en el conocimiento empírico, usos, costumbres, recursos terapéuticos derivados de la medicina tradicional de mujeres y hombres”, se concluye que no se configura una relación laboral: “[su labor] se cumple mediante la participación voluntaria, dicha actividad la realizan libre e independientemente, sin que se encuentren sujetos a supervisión ni horario, sin que se presenten los elementos que integran la relación de trabajo” [TCC 2020b].

El desconocimiento por parte del Estado de la problemática indígena en el campo de la salud es sistemático. A pesar que la Constitución y la Ley señalan a la medicina tradicional como un objeto de protección, en ninguno de los cuerpos normativos se refiere esta práctica ni de los productos y bienes naturales utilizados por la población como recursos de medicina preventiva o en los procesos terapéuticos. Salvo con respecto de la acción de aseguramiento prevista en el artículo 414 de la Ley General de Salud, como medida de seguridad en el caso de comercializarse: “a) remedios herbolarios, [...] que se les hubiera atribuido cualidades o efectos terapéuticos, presentándolos como una solución definitiva en el tratamiento preventivo o rehabilitatorio de un padecimiento, no siendo medicamentos y sin que los mismos cuenten con registro sanitario”, así como en los casos del uso terapéutico de hongos y peyote. La Secretaría de Salud es competente con los gobiernos de las entidades federativas al ordenar o ejecutar medidas de seguridad para dichas sustancias.

EL DERECHO A LA SALUD DE LOS PUEBLOS DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19

El Sistema Nacional de Salud enfrentó la pandemia del COVID-19 (2020) con varios años de déficit presupuestal en la prestación de sus servicios, con sistemas de atención pública colapsados —en especial de primer nivel— porque la infraestructura y los recursos para la atención de las necesidades de la población han sido insuficientes para atender a las necesidades de salud de la población y porque las condiciones laborales de los médicos y el personal han venido deteriorándose.

Las medidas adoptadas por el Consejo General de Salubridad para hacer frente a la pandemia, según lo dispone la Constitución, tuvieron que apoyarse de otros sectores del Estado para suplir las enormes deficiencias que quedaron expuestas. Se acordó la participación del Ejército en la organización de sistemas intensivos de salud de campaña, para la atención de los crecientes casos de gravedad que se presentaron en varias regiones del país durante los años 2020 y 2021. La movilidad territorial de estas unidades dependía de las condiciones de morbilidad en las regiones y cubrió las ciudades importantes.

Las decisiones del Consejo de Salubridad y las políticas del gobierno federal estuvieron dirigidas a atender principalmente las necesidades de la población de las ciudades; por ejemplo, la sana distancia, el uso del cubre bocas y la siempre insuficiente detección de casos fueron medidas que buscaban crear sentido para la población urbana porque sus formas de vida representaba más susceptibilidad para provocar contagios, por las distintas situaciones de riesgo en el trabajo, el transporte público y la convivencia.

Como parte de esas medidas, el Consejo de Salubridad General también aprobó la formulación de una *Guía para la Asignación de Recursos en la Situación de Contingencia*, la cual buscaba responder a las necesidades presupuestales y hacer frente a los gastos imprevistos. No obstante, durante la pandemia se presentaron tensiones por ese motivo, se confrontaron al personal del Sistema Nacional con las autoridades de salud y con el gobierno al ahondar la problemática del modelo de salubridad público en México.

Las largas jornadas y las condiciones de los trabajadores de salud durante la pandemia se tradujeron en protestas por mejores condiciones de trabajo, en particular para dotar de más mascarillas. La negativa de las autoridades motivó la presentación de amparos judiciales para obligarlas a proporcionar medios de trabajo. En una de las resoluciones al recurso constitucional contra el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se indica que: “Si el Estado Mexicano aduce que la limitación de recursos imposibilita

el cumplimiento de las obligaciones que ha contraído, tendrá que [realizar] todo lo posible por utilizar al máximo los recursos de que dispone para satisfacer el derecho” [TCC 2020a]. Señala también: “[la entrega] del equipo de protección personal a los trabajadores del sector salud [...] durante la epidemia [...] no puede quedar condicionado a la determinación de si se aprueba o no una partida presupuestal [TCC 2020a].

Una tesis reciente sobre la política pública del gobierno en el caso de la distribución de medicamentos dio un fundamento reflexivo a esa obligación estatal:

La faceta social o pública del derecho a la salud consiste en el deber del Estado de atender los problemas de salud que afectan a la sociedad en general, así como en establecer los mecanismos necesarios para que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud. Lo anterior comprende el deber de emprender las acciones necesarias para alcanzar ese fin, tales como el desarrollo de políticas públicas, controles de calidad de los servicios de salud, identificación de los principales problemas que afecten la salud pública del conglomerado social, entre otras [TCC 2020a].

Existen también resoluciones internacionales que sirven de fundamento a la obligación estatal de proteger la salud de los pueblos originarios durante la pandemia. Las resoluciones de la Corte Interamericana de los Derechos Humanos, en los casos de las comunidades indígenas *Yakye Axa* (Corte IDH, 2006) y *Xákmok Kásek* [CORTE IDH 2010], contra el Estado de Paraguay por la violación a los derechos que posibilitan una vida digna de los pueblos de esa nación, señalan que entre las obligaciones de los Estados en materia de Salud está la de conocer las circunstancias de las regiones más lejanas; tener información sobre su ubicación, su cultura, historia, lengua, condiciones sanitarias, conocer la dinámica comunitaria y las estructuras del poder social y político. Si el Estado conoce de la existencia de una situación de riesgo real e inmediato para la salud de un individuo o un grupo de individuos “y no toma las medidas que podía esperarse que previnieran o evitaran el riesgo” está incumpliendo sus obligaciones internacionales en materia del derecho humano a la salud [CIDH 2010: 47].

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) formuló varios documentos respecto a la salud de los pueblos originarios en América Latina; el que está dedicado a México advirtió sobre la necesidad de adoptar medidas de protección para los pueblos, promovió la participación de líderes y autoridades tradicionales en su diseño e implementación; recomendó a los Estados obtener el “consentimiento

libre, previo e informado” sobre las acciones de salud necesarias. Expuso, asimismo, la necesidad de definir estrategias de información sobre COVID-19 desde el punto de vista cultural y en los idiomas de los pueblos, sobre la forma de acceder a las medidas estatales de mitigación del impacto, en especial a las comunidades en aislamiento voluntario [UNESCO 2022].

Salvo ciertos estímulos mediáticos que buscaban crear la impresión de un gobierno con una perspectiva intercultural de los asuntos públicos, el gobierno no se preocupó por el cumplimiento de sus obligaciones, solamente agregó medidas paliativas: una guía para servidores del sector salud para la atención de pueblos y comunidades con 51 versiones en lenguas originarias; la creación de material audiovisual para la televisión abierta; informes sobre el problema por medio del Sistema de Radios Indígenas; la entrega de 80 000 despensas con productos alimenticios y elaboración de materiales educativos para el programa “Quédate en casa” [UNESCO 2022].

En la pandemia quedó claro que no bastan las normas, las recomendaciones de los expertos ni los objetivos de los programas públicos porque la atención a la salud de los pueblos a lo largo de la historia, no forma parte del horizonte de posibilidad de acción del gobierno en materia de salud tampoco forma parte de su horizonte de gobernabilidad. El problema no sólo es la falta de recursos ni infraestructura, tampoco existen las herramientas conceptuales en la legislación o en las políticas de gobierno que puedan llevar a la práctica un modelo de atención desde la perspectiva de la diversidad cultural, un modelo sin imposición de fórmulas ajenas a los pueblos, recubiertas de conceptos como “consulta y participación”, que recupere las prácticas y nociones de los pueblos como constitutivos de la autoridad sanitaria en sus regiones.

¿Por qué en la Costa Grande de Guerrero sólo hay un hospital de segundo nivel con 30 camas —siempre saturadas por mujeres en labores de parto y por pacientes con enfermedades crónico-degenerativas— con tres respiradores mecánicos de los cuales sólo uno funciona? Porque a nadie les importa la atención a los pueblos originarios ni se ha ocupado en darle sentido a los conceptos que integran su sistema de salud.

La pandemia puso de relieve la condición estructural de la sociedad mexicana: no existe un modelo de Estado multicultural, tampoco está “el derecho a la atención de la salud para los pueblos originarios” porque no hay recursos ni modelos teórico-políticos para ello. Por eso, la incidencia de las enfermedades asociadas a la pobreza y las condiciones de vida precarias es mayor en los pueblos donde viven en su territorio ancestral, pero también en las comunidades de migrantes, situadas en las ciudades, quienes son los principales afectados por enfermedades relacionadas con

el estilo de vida urbana. Por eso, la tasa de muerte por COVID-19 es más alta entre la población indígena migrante —entre los hablantes de una lengua originaria— frente a los demás de la población [Camacho 2020].

En el contexto indígena la afectación por la pandemia asumió el carácter de una “sindemia”, concepto que conjuga la epidemia del COVID-19, las comorbilidades y mortalidades históricas de los pueblos; los colocan en condiciones de mayor vulnerabilidad, dadas las carencias sanitarias [Villela 2020: 124]. En esta sindemia la atención de salud frente al COVID no contempló a los pueblos, de modo que éstos siguieron su vida como la han seguido, siempre en condiciones de precariedad, desnutrición, alta morbilidad y mortalidad.

No significa que en las comunidades indígenas la afectación del COVID haya sido más grave frente a las ciudades, significa que la problemática de salud en pandemia por coronavirus se agregó a otros factores ya presentes de índole económico, político, jurídico y cultural en condiciones de desigualdad de los pueblos originarios. La epidemia los hizo más vulnerables; es muy alto el porcentaje de la población indígena sin acceso a agua potable ni a los sistemas de saneamiento y alcantarillado; no tienen acceso a servicios de salud pública y enfrenta condiciones de desnutrición.

El problema de la pandemia para los pueblos no fue en sí la enfermedad, sino lo que ésta trajo consigo. La preocupación de las familias indígenas y de los migrantes no era contagiarse y caer enfermo, se angustiaban por perder su fuente de subsistencia, pues durante la emergencia se interrumpieron sus fuentes de ingreso; buscaban en contar con granos y comida suficiente para afrontar los impactos. Ellos no pudieron “quedarse en casa”, como lo indicó la instrucción sanitaria, porque carecían de recursos para sobrevivir.⁸

Varios reportajes dieron cuenta de la situación. De las condiciones en la región de la montaña de Guerrero, cuyos habitantes viven de las remesas de migrantes, quienes salían a Estados Unidos para trabajar, se interrumpieron de un momento a otro durante la pandemia. Las comunidades migrantes *Ñu savi* de la ciudad de México dejaron de vender sus artesanías; las comunidades de Michoacán, durante la pandemia, vivieron el doble proceso de la reducción de la venta de recursos forestales y la tala clandestina de sus bosques. La prensa documentó cómo la interrupción de las exportaciones de fentanilo afectó a las comunidades de la montaña alta y enfatizó en el gasto hecho cuando las familias trajeron a sus familiares migrantes muertos [CLACSO 2020].

⁸ Los trabajadores indígenas, 80%, laboraban en el sector informal, una proporción ostensiblemente superior a la registrada entre los no indígenas [CEPAL-ONU 2020, 10]

En estas condiciones, los pueblos originarios hicieron frente a la pandemia con sus propios recursos y conforme a sus formas de vida; Alicia Barabas lo calificó como un proceso de “autogestión de la pandemia” [2020: 2-3]. La falta de asistencia gubernamental en el periodo hizo que la respuesta fuera local, la ausencia de puentes que vincularan los sistemas de salud abrió la posibilidad en distintas regiones para la autogestión de la pandemia de acuerdo con los sistemas normativos indígenas y conforme los conceptos y prácticas que encierra su sistema de salud.

Enfrentar la sindemia requirió de medidas organizativas provenientes de sus sistemas normativos, creencias, religiosidad y rituales, los pueblos y comunidades acudieron a los recursos materiales, organizativos y conceptuales de su comunalidad. Fue el caso de las comunidades guerrerenses del Concejo Indígena y Popular de Guerrero-Emiliano Zapata, del Frente Nacional de Liberación del Pueblo y de la Organización Campesina de la Sierra del Sur, las cuales, de manera conjunta, ordenaron un “repliegue externo y un despliegue interno” para tomar el control del territorio y enfrentar la pandemia [Camacho 2020].

También es el caso de pobladores de las localidades de la Montaña y de la Costa Chica de Guerrero, donde conviven pueblos *ñuu savi* (mixtecos), *me'phaa* (tlapanecos), *ñom'daa* (amuzgos) y nahuas, quienes decidieron instalar filtros con el apoyo de sus autoridades comunales para blindarse ante la llegada del virus. Por medio de asambleas comunales se acordó no permitir la entrada de personas externas, se establecieron días específicos para comprar provisiones y periodos de cuarentena obligatorios para quienes llegaban del exterior. Esta decisión se replicó en muchas comunidades en el norte y sur del país, como medidas de autocuidado en regiones donde no hay recursos sanitarios.

Los demás pueblos acordaron mantener abierta la entrada a la población externa, de acuerdo con su situación concreta, el tamaño de población, el comercio, el movimiento de personas de paso, la existencia de oficinas de gobierno, etc. Algunas comunidades mixes y zapotecas de la Sierra de Oaxaca cerraron sus puertas y otras no; fue una decisión política y cultural que explica también por qué muchos pueblos en todo el país acordaron contra la orden gubernamental de confinamiento, la celebración de sus fiestas y ceremonias.

La “autogestión de la pandemia” formó parte también de la agenda de las comunidades organizadas contra la imposición de actividades de explotación o aprovechamiento de los recursos. Los movimientos sociales indígenas y rurales contra planes estratégicos de despojo sirvieron como marco en varias regiones del país para tomar decisiones y el control de la población de la gestión y el tratamiento de la enfermedad [Barabas 2020: 8].

Como ha sucedido en la historia de nuestro país, los pueblos originarios tomaron en sus manos las decisiones para proteger su vida y su salud, conforme a las normas de sus sistemas y su organización política. El derecho a la protección a la salud del que gozan es brindar sus propios recursos, normas y conocimientos, que ellos se proveen como comunidad. Esta capacidad de autogestión de sus necesidades en materia de salubridad, mostrada durante la pandemia no ha sido suficiente para crear sistemas que permitan resolver sus necesidades.

Los sistemas de salud de los pueblos enfrentan condiciones de precariedad y exclusión. No están considerados dentro del marco del sistema nacional y su acción autónoma es insuficiente. Pensar que existe un derecho humano a la salud de los pueblos originarios, como obligación internacional del Estado, tanto como acción política y social de las comunidades, es tema que todavía está en la mente de quienes están comprometidos con esa idea.

CONCLUSIONES

El derecho a la salud de los pueblos originarios carece de las garantías suficientes en la Constitución y en las leyes, en particular en el caso de la población indígena y migrante. El problema alude a la falta de recursos económicos y humanos por parte del Estado mexicano para invertir en las regiones donde éstos se ubican. Pero, detrás de las causas económicas subyacen razones de orden cultural, efecto de la diversidad de formas de vida que representan respectivamente el sistema de salud de las comunidades y el Sistema Nacional de Salud.

La revisión del ordenamiento legal en materia de sanidad nos muestra que más allá de los aspectos declarativos presentes en la Constitución y la Ley General de Salud, acerca de la importancia de garantizar servicios de salud a los pueblos, el ordenamiento carece de conceptos para hacer referencia a los sistemas de los pueblos ni para instrumentar su integración dentro del Sistema Nacional. Tampoco se encontraron elementos suficientes para aludir a la diversidad cultural o servir como puente entre las prácticas de los pueblos originarios y aquellas del Sistema Nacional.

El Sistema Nacional está concebido conforme una visión monista de la función pública, la disciplina médica impone los criterios de atención y terapia, mientras que se desconocen aquellos criterios provenientes de la población usuaria. En ese contexto, la acción del Estado, para atender la emergencia sanitaria por la enfermedad del COVID-19, se enfocó en atender las necesidades de la población urbana, donde existe un gran porcentaje de población indígena migrante en condiciones de marginalidad.

La ausencia en las leyes e instituciones de salud en un modelo teórico que incorpore la perspectiva de la diversidad cultural en los procesos y políticas de salud se tradujo en la inexistencia de acciones para hacer frente a la pandemia entre los pueblos originarios. La acción del Estado fue asistencial; la respuesta a la emergencia y los recursos necesarios para ello fueron provistos por la estructura social y política de las comunidades, sus sistemas normativos, formados como comunidad.

REFERENCIAS

Barabas, Alicia

2020 La autogestión de la pandemia COVID-19 en los pueblos originarios de Oaxaca, México. *Revista Antropologías del Sur*, 7 (14): 1-13.

Camacho, Zózimo

2020 Pandemia: 16 millones de indígenas en vulnerabilidad absoluta. *Revista Contralínea*, Número 734, Año 18, 7 de abril de 2020. <<https://contralinea.com.mx/interno/featured/pandemia-16-millones-de-indigenas-en-vulnerabilidad-absoluta/>>. Consultado el 12 de julio de 2021.

Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO)

2020 *Dossier Pueblos indígenas mexicanos frente a la pandemia COVID-19*, octubre. CLACSO, El Colegio de Sonora. <<https://www.clacso.org/wp-content/uploads/2020/05/Haro-2020-Dossier-Indigenas-mexicanos-frente-a-la-pandemia-Covid19.pdf>>. Consultado el 16 de junio de 2022.

Correas, Oscar

2007 Teoría del derecho y mundo indígena, en *Pluralismo Jurídico, Otros Horizontes*. Oscar Correas (coord.). Ediciones Coyoacán. México.

2011 *Acerca de los Derechos Humanos. Apuntes para un ensayo*. Ediciones Coyoacán, CEIICH-UNAM. México.

Gómez Dantes, Octavio, Julio Frenk, Felicia M. Knaul et al.

2011 Sistema de Salud de México. *Salud pública*, 53, supl.2, enero. <https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800017>. Consultado el 25 de julio de 2022.

Habermas, Jurgen

2010 El concepto de dignidad humana y el carácter realista de los derechos humanos. *Diánoia*, LV (64), mayo: 3-25. <<https://www.scielo.org.mx/pdf/dianoia/v55n64/v55n64a1.pdf>>. Consultado el 4 de agosto de 2022.

Lomelí Vanegas, Leonardo

2020 La economía de la salud en México. *Revista de la CEPAL*, 132, diciembre. <<https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46830/>>

RVE132_Lomeli.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Consultado el 3 de julio de 2022.

Sánchez-Torres, Diana Alejandra

- 2017 Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, [S.l.], vol. 55, n. 1: 82-89. Disponible en: <http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/1135/1754>. Consultado el 29 de mayo de 2022

Villela, Samuel

- 2020 Pueblos originarios y Sindemia de COVID-19 en México *Antropología Revista Interdisciplinaria del INAH*, Nueva Época, 4 (9): 124-140. Disponible en: <<https://revistas.inah.gob.mx/index.php/antropologia/article/view/17585>>. Consultado el 19 de agosto de 2022.

NORMAS Y RESOLUCIONES DE LAS INSTITUCIONES DEL ESTADO MEXICANO

Normas Nacionales en materia de salud

- 2022 *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Página electrónica de la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión. Disponible en: <<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>>. Consultado el 23 de septiembre de 2022.
- 2022 *Ley General de Salud*. Página electrónica de la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf>. Consultado el 21 de julio de 2022.
- 2022 *Reglamentos de la Ley General de Salud*. Página electrónica del Gobierno de México. Disponible en: <<https://www.gob.mx/insabi/prensa/reglamentos-de-la-ley-general-de-salud-275018?idiom=es>>. Consultado el 14 de agosto de 2022.

Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN)

- 2008a Derecho a la Salud. Su regulación en el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y su complementariedad con los Tratados Internacionales en materia de Derechos Humanos. *Gaceta del Semanario Judicial de la Federación*. Tesis aislada: 1a. LXV/2008. Instancia: Primera Sala, Materia: Constitucional, Administrativa, Novena Época, tomo xxviii, julio. Registro digital: 169316. México: 457.
- 2008b Derechos Humanos a la Salud. La eficacia en el goce de su nivel más alto, implica obligaciones para el Estado y deberes para todos los miembros de la comunidad. *Gaceta del Semanario Judicial de la Federación*. Tesis jurisprudencia: P./J. 136/2008. Instancia: Pleno, Materia: Constitucional,

- Novena Época, tomo xxviii, octubre. Registro digital: 168549. México: 61.
- 2019 Derecho a la protección de la salud. Dimensiones individual y social. *Gaceta del Semanario Judicial de la Federación*, I, tesis jurisprudencia: 1a./J. 8/2019 (10a.). Instancia: Primera Sal, Décima Época Materia(s): Constitucional, libro 63, febrero. Registro digital: 2019358. México: 486.

Tesis y Jurisprudencia de los Tribunales Colegiados de Circuito (TCC)

- 2020a *La entrega de equipo de protección personal a los trabajadores del sector salud durante la epidemia por Covid-19, no puede condicionarse a la aprobación de una partida presupuestal para hacer frente a la obligación impuesta.*, Tesis aislada xvii.1o.p.a.21 K (10a.). *Gaceta del Semanario Judicial de la Federación*, Décima Época, libro 79, tomo III, octubre. Registro digital: 2022336. México: 1931.
- 2020b *IMSS. La capacitación voluntaria de parteras y parteros rurales en beneficio de zonas rurales y urbanas marginadas, no crea un vínculo laboral entre éstos y dicho organismo.* Tesis aislada: vi.1o.t.37 L (10a.). Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito en Materia del Trabajo, Décima Época, Materia: Laboral. Registro digital: 2019550.

Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH)

- 2017 *Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud*, Tesis de Jurisprudencia del Poder Judicial Federal y otras resoluciones de organismos no jurisdiccionales. Recomendación general 31/2017, julio. CNDH. <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-07/RecGral_031.pdf>. Consultado el 15 de abril de 2022.

Dirección de Medicina Tradicional-Secretaría de Salud (DMT-SS)

- 2008 *Servicios y Unidades de Salud, culturalmente competentes.* Secretaría de Salud, Gobierno de México. <<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29316/ServiciosUnidades.pdf>>. Consultado el 20 de julio de 2022.

INFORMES Y RESOLUCIONES DE ORGANISMOS INTERNACIONALES

Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Organización de las Naciones Unidas (CEPAL-ONU)

- 2020 *El impacto del COVID en los pueblos indígenas de Abya Yala.* <https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46543/S2000817_es.pdf>. Consultado el 11 de abril de 2021.

Corte Interamericana de los Derechos Humanos (CIDH)

- 2006 *Caso Comunidad Indígena Yakye Axa vs Paraguay.* San José, Corte IDH. OEA. <https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_125_esp.pdf>. Consultado el 9 de agosto de 2022.

2010 Caso Comunidad indígena Xákmok Kásek vs. Paraguay San José, Corte IDH. OEA. <https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_214_esp.pdf>. Consultado el 9 de agosto de 2022.

2020 *Pandemia y Derechos Humanos en las Américas*. Resolución 1/2020. <http://www.oas.org/es/cidh/SACROI_COVID19/documentos/resolucion01-2020_ilustrada.pdf>. Consultado el 11 de abril de 2021.

Comité Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CIDESC)

1990 *La índole de las obligaciones de los Estados parte*. Observación General 3. Oficina para el Alto Comisionado de los Derechos Humanos-ONU. <<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1452.pdf>>. Consultado el 12 de enero de 2020.

2000 *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. Observación General 14. Consejo Económico y Social. ONU. Disponible en: <<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>>. Consultado el 26 de julio de 2022.

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)

2022 *Pueblos indígenas y Pandemia. Una mirada desde México*. UNESCO, <<https://www.unesco.org/es/articles/pueblos-indigenas-y-covid-19-una-mirada-desde-mexico>>. Consultado el 30 de agosto de 2022.

TRATADOS INTERNACIONALES EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS

2012 *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y sus protocolos Facultativos*. Comisión Nacional de los Derechos Humanos, México. En página electrónica de la CNDH. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/7_Cartilla_PIDESCyPF.pdf>. Consultado el 13 de mayo de 2022.

2022 “Protocolo de San Salvador”: Protocolo Adicional a la Convención Americana en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en *Sistema Interamericano de Derechos Humanos. Comisión Interamericana de los Derechos Humanos*. Washington. Disponible en: <https://www.oas.org/es/CIDH/jsForm/?File=/es/cidh/mandato/documentos_basicos.asp>. Consultado el 13 de mayo de 2022.