

Resumen para la incidencia: enfoque de interculturalidad en salud sexual y reproductiva



Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir, A.C.

Elaborado por:

PROGRAMA DE INNOVACIÓN SOCIAL Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA

Tania Martínez

Aída Bustos

Ana Laura Flores

DIRECCIÓN

Friné Salguero, directora

Eugenia Likar, subdirectora

COORDINACIÓN EDITORIAL

Arabella Jiménez

Diseño: Murcio Editores

Agradecimientos:

Al Programa de Mujeres Indígenas (Promui) y al Programa de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos (REDefine), por acompañar la elaboración de este documento.

Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir, A.C.

Tabasco 68, int. 3, colonia Roma, Cuauhtémoc

06700 Ciudad de México

www.ilsb.org.mx

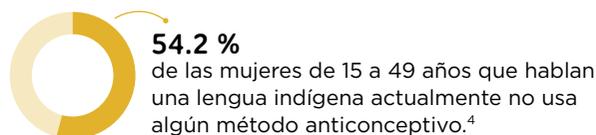
Introducción

La Constitución reconoce al Estado mexicano como una nación pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas. De acuerdo con datos del censo de 2020, en México habitan 7,364,655 personas de tres años o más que hablan alguna lengua indígena, es decir, 6.1 % del total de la población, del cual 51.4 % son mujeres y 48.6 % hombres. Por criterio de adscripción, son 23.2 millones de personas de tres años o más las que se consideran indígenas, lo que representa 18.4 % de la población. De este porcentaje, aproximadamente 11.8 millones son mujeres indígenas.¹

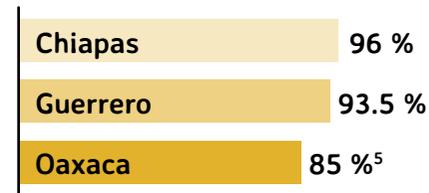
De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Discriminación 2017 (Enadis), 23.3 % de la población mayor de 18 años señaló que se le negó injustificadamente algún derecho;² en el caso de las mujeres indígenas, esta cifra asciende casi al doble, pues 40.1 % de las mujeres indígenas mayores de 12 años mencionó haber sido discriminada en los servicios médicos (consultorios, clínicas u hospitales),³ con lo que se afecta así el ejercicio de su derecho a la salud.



La discriminación, junto con el escaso acceso a servicios de salud de calidad para las personas de comunidades indígenas, por factores geográficos, económicos, lingüísticos, culturales, entre otros determinantes sociales, continúan representando un obstáculo para el bienestar de las mujeres y otras poblaciones históricamente vulneradas:



En entidades como Chiapas, Guerrero y Oaxaca, por ejemplo, el porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que hablan alguna lengua indígena y no usó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, es de:



Sin duda, son cifras alarmantes, pues revelan que a gran parte de la población mexicana se le está vulnerando su derecho a la salud, al no recibir atención de calidad y culturalmente competente. Lo anterior refleja uno de los principales retos para el Estado mexicano: **lograr que los servicios de salud en México cuenten con pertinencia cultural, la cual “deriva del principio de “derecho a la diferencia”, que quiere decir “adecuado a la cultura”.**⁶

¹ Inegi, estimaciones a partir del Censo de Población y Vivienda 2020.

² Inegi/Conapred, Encuesta Nacional sobre Discriminación 2017, tabulados básicos con precisiones estadísticas (en línea).

³ Atención médica o medicamentos, atención o servicios en alguna oficina de gobierno, entrada o permanencia en algún negocio, centro comercial o banco, recibir apoyos de programas sociales y obtener algún crédito de vivienda, préstamo o con tarjeta.

⁴ Inegi, Enadis 2018, microdatos (en línea).

⁵ Ibid.

⁶ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, Normas con pertinencia cultural hacia la interculturalidad (en línea): https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&alias=570-2011-normas-con-pertinencia-cultural&category_slug=sfc-salud-reproductiva-materna-y-neonatal-nacional&Itemid=518.

Enfoque de interculturalidad en salud en México

Al integrar la pertinencia cultural a los servicios del Estado, específicamente a los de salud, se logrará promover el enfoque de interculturalidad, el cual se basa en la **interacción de las culturas, el respeto a la diversidad y el enriquecimiento mutuo**; en este sentido, los servicios no deben ser sólo una homologación de herramientas, sino que hay que adecuarlos al contexto en el que se desarrollan y brindan.

En México, por medio de diversos instrumentos, se ha guiado la integración del enfoque de interculturalidad en varios sectores, como el educativo o el de salud. Estos esfuerzos se han dado como respuesta a distintos mecanismos internacionales, como el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), sobre pueblos indígenas y tribales, la Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas de las Naciones Unidas, la Convención Internacional sobre la Eli-

minación de Todas las Formas de Discriminación Racial, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y algunos instrumentos nacionales, como la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (en su artículo 2°), la Ley General de Salud, la Ley del Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas, la Ley de Planeación, el Programa Sectorial de Salud, entre otros.



Instancias responsables

En el sistema de salud mexicano, el ente encargado de definir e impulsar el enfoque de interculturalidad en los servicios institucionales⁷ es la **Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DMTDI)**, pues el reglamento interior de la Secretaría de Salud (SSA) le mandata impulsar y coordinar la política de interculturalidad en el Sistema Nacional de Salud.

Así, esta dirección ha diseñado e implementado acciones de sensibilización en interculturalidad en salud dirigidas a escuelas de medicina y enfermería, así como a personal directivo y operativo de las instituciones de salud. De igual forma, en Chiapas, Estado de México, Hidalgo, Puebla, Querétaro y Nayarit ha impulsado el establecimiento de unidades de salud⁸ con espacios específicos para medicina tradicional y atención intercultural. Asimismo, esta dirección ha desarrollado propuestas, modelos y lineamientos para impulsar modelos interculturales de atención a la salud en el país.

Para realizar el trabajo a escala nacional, esta dirección establece contacto con los servicios estatales de salud por medio de los enlaces estatales en salud, que impulsan la implementación de los modelos de interculturalidad

propuestos. Sin embargo, es preciso decir que ningún estado recibe presupuesto específico para operar estas acciones,⁹ por lo cual están sujetas a la voluntad política de las autoridades de cada estado, lo que representa una limitación importante para su adecuada implementación y funcionamiento.

Para abordar las barreras lingüísticas, esta dirección promueve en sus lineamientos que en las unidades de salud haya mecanismos para la traducción y comunicación entre el personal de salud y la población hablante de lengua indígena; para esto, en algunas unidades de salud se apoya con personal de enfermería o administrativo habitante de la región y que hable la lengua.¹⁰ Aun cuando las acciones realizadas por esta dirección han sido pioneras y necesarias para la implementación del enfoque de

interculturalidad, continúan siendo sólo “un conjunto de recomendaciones [...] al personal de salud” por lo que no hay la obligación de que éstas se realicen.

Finalmente, esta dirección ha trabajado de la mano con el **Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR)**, el cual, por medio de la Dirección de Género y Salud, ha realizado esfuerzos como el políptico ***Derechos sexuales y reproductivos***,¹¹ disponible en 12 lenguas indígenas, el cual, sin embargo, sólo se distribuyó por correo electrónico,¹² lo que limita enormemente el alcance de esta información.

Desde 2013, el CNEGSR estableció la integración del enfoque de interculturalidad en los procesos de capacitación dirigidos a profesionales de salud en los servicios estatales de sa-

⁷ SAI 0001200063920, vinculada al recurso de revisión RRA 03386/20.

⁸ Hasta 2020 se cuenta con 19 clínicas de salud culturalmente competentes.

⁹ SAI 0001200063920

¹⁰ SAI 0001200200003420

¹¹ Políptico Derechos sexuales y reproductivos en lenguas indígenas, disponible en <https://www.gob.mx/inpi/documentos/poliptico-derechos-sexuales-y-reproductivos-en-lenguas-indigenas?idiom=es>.

¹² SAI 1200200013720

lud, con el objetivo de ofrecer un panorama general acerca de la articulación entre determinantes sociales de la salud, como el género, con el enfoque de interculturalidad, con énfasis en las poblaciones adolescentes, las mujeres y la población indígena.¹³ Es importante mencionar que el enfoque intercultural para el centro parte de la inclusión de todas las poblaciones y no sólo de aquellas indígenas.

El **Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (Inali)** cuenta con un Padrón Nacional de Intérpretes y Traductores en Lenguas Indígenas (Panitli), en el que considera la “promoción de programas públicos de salud a la población hablante”; en total hay 243 mujeres y 163 hombres certificados como promotores hablantes de lengua indígena (PHILI).¹⁴ Los cinco estados con mayor número de PHILI son Puebla, Chiapas, Hidalgo, Guerrero y Oaxaca; aun cuando los esfuerzos son valiosos, todavía son insuficientes: pues sólo 15 de las 32 entidades de la República cuentan con esta figura. Es importante mencionar que el acceso a ellas y ellos tiene un costo para la persona usuaria.¹⁵

A finales de agosto de 2019, el **Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (INPI)** y el **Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)** firmaron el “Convenio de coordinación interinstitucional para el fortalecimiento de las acciones en materia de salud dirigidas a los pueblos indígenas y afromexicano”. Como parte de éste, el INPI destinaría 19 millones de pesos para mejorar la atención de la población indígena y se comprometía a garantizar capacitación para el personal del Programa IMSS-Bienestar, en materia de interculturalidad, igualdad de género y derechos de los pueblos, así como para la difusión, en lenguas indígenas, de temas referentes a salud pública por medio del Sistema de Radiodifusoras Culturales Indígenas (SRCI).¹⁶

El IMSS cuenta con 80 hospitales rurales y 3,622 unidades médicas rurales, asimismo, se estima que tiene cuatro millones de personas indígenas adscritas a sus servicios.¹⁷ Sin embargo, este programa únicamente está presente en 19 estados del país, dejando fuera a Baja California Sur, Sonora, Nuevo León, Jalisco, Aguascalientes,

Guanajuato, Colima, Querétaro, Ciudad de México, Morelos, Tlaxcala, Tabasco y Quintana Roo, entidades con importante población indígena. El IMSS no ha contratado a personas traductoras de lenguas indígenas, para los servicios de traducción utiliza las habilidades de su personal: en total 58 trabajadoras(es) que hablan diferentes lenguas maternales.¹⁸

El IMSS-Bienestar también cuenta con unidades móviles disponibles, empero, fue hasta la pandemia por Covid-19 que el IMSS y el INPI articularon sus acciones y enviaron una unidad móvil a la comunidad de Lacanjá Chanzayab, adscrita al municipio de Ocosingo, Chiapas, para brindar atención a la población indígena que habita la región de la selva Lacandona.¹⁹ No obstante, según el comunicado oficial, sólo estará en esta localidad hasta que termine la pandemia. Esta unidad atiende a aproximadamente 500 familias, las cuales, después de la pandemia, continuarán requiriendo servicios de salud.

¹³ SAI 1200200003420

¹⁴ El objetivo de las y los PHILI, al estar certificadas(os), es que brinden orientación individual al hablante de la lengua y al mismo tiempo puedan interpretar de la lengua indígena al español durante una consulta médica y en los diferentes servicios de salud.

¹⁵ Según el acuerdo por el que se emiten las reglas de operación del Programa para el Bienestar Integral de los Pueblos Indígenas, a cargo del Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas, para el ejercicio fiscal 2021 el monto máximo que se puede cobrar, si se solicita un PHILI, es de 1 100 pesos por interpretación.

¹⁶ “Firman IMSS e INPI convenio para fortalecer el derecho a la salud en comunidades indígenas”, 29/08/2019 (en línea), <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201908/314>.

¹⁷ Catálogo Clave Única de Establecimientos de Salud. Adicionalmente, incorpora unidades médicas en proceso de inicio de operación (en línea), <http://www.imss.gob.mx/imss-bienestar>.

¹⁸ SAI 0064101176420

¹⁹ Comunicación Social, INPI, comunicado 32 (en línea), <https://www.gob.mx/inpi/articulos/95816>.

Programas gubernamentales

El programa institucional **Salud de los Pueblos Indígenas. Agenda para la Investigación, la Docencia y la Vinculación** es de reciente creación (2019) y busca contribuir a la salud y el bienestar de los pueblos indígenas del país, a partir de la investigación de sus principales necesidades de salud, la formación de personal para su atención y la innovación para el desarrollo de políticas de salud basadas en evidencia con pertinencia cultural.²⁰ Sin embargo, “el programa no cuenta con presupuesto etiquetado, las acciones contempladas, específicamente las de investigación, se realizan con los recursos que los propios investigadores consiguen”,²¹ lo cual refleja la relevancia que se da a estos temas en la agenda pública, más allá de la retórica oficial.

En el ámbito estatal se encuentran los **Acuerdos para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados (AFASPE)**, los cuales son un mecanismo para transferir recursos financieros e insumos desde la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS), de la SSA, a los servicios estatales de salud (Sesa), destinados a los 32 pro-

gramas de acción específicos²² de los estados. En algunas entidades federativas se han contratado intérpretes con recursos de los AFASPE.²³

Por último, como parte de la **Alianza de Gobierno Abierto**, espacio en el que gobierno y sociedad civil trabajan en torno a soluciones para temas de interés público, la Secretaría

de Salud incorporó en su formato de registro de lesiones la variable de autodescripción afrodescendiente, y la de pertenencia indígena y afrodescendencia en el formato de emergencias. Estos ajustes son fundamentales para la generación de información que sirva como base para el desarrollo de políticas públicas, su monitoreo y evaluación.

²⁰ Programa Institucional Salud de los Pueblos Indígenas. Agenda para la Investigación, la Docencia y la Vinculación, Atención de los determinantes estructurales de las inequidades en salud que afectan a los pueblos indígenas de México, p.22

²¹ Oficio DCISS/045/2020, adjunto a la SAI 1227000013320.

²² Maricela Freyermuth, Transparencia y rendición de cuentas en salud materna: el caso del AFASPE en Chiapas (en línea), http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-41152014000100079&lng=es&nrm=iso&tling=es#affl.

²³ Para la investigación de LPEN, se informó que en Durango algunas traductoras pertenecen al programa Salud Materna y Perinatal, el cual recibe recursos del programa AFASPE. En el estado de Guerrero, en esos momentos, se contaba con 33 traductoras y traductores de lenguas indígenas contratados para fortalecer las acciones del Programa de Salud Materna y Perinatal; el financiamiento provenía del AFASPE Ramo 12. En el estado de Yucatán eran siete intérpretes, catalogados como “enlaces interculturales”, quienes fueron contratados con recursos federales del AFASPE, por medio del CNEGSR. Para 2021, este indicador sigue presente en algunos AFASPES; su meta federal es contar con 50 promotores de salud hablantes de lengua indígena capacitados mediante programas de trabajo implementados en comunidades indígenas; la meta estatal se adecua a la entidad: en el caso de Yucatán es de 15, en Durango de cuatro, en Puebla de cinco, en Michoacán de cuatro, entre otras.

Buenas prácticas regionales sobre el enfoque de interculturalidad en salud, con énfasis en salud sexual y reproductiva

En la región de La Araucanía, en **Chile**, desde 1999 la Asociación Indígena para la Salud Makewe Pelale²⁴ gestiona un hospital rural para 90 comunidades indígenas mapuches. En el área de hospitalización de esta unidad de salud, las familias de los pacientes pueden visitar durante todo el día a sus enfermos, sin restricciones de horario, y son atendidos por personal de salud local, la mayoría perteneciente al pueblo mapuche.²⁵ El hospital comenzó en 1895 como un dispensario de salud; en 1962 se estableció un convenio entre el Hospital Makewe-Pelale y el Servicio Nacional de Salud, actualmente Servicio Salud Araucanía Sur, con el cual se acordó una subvención destinada a financiar el funcionamiento del hospital. A partir del 1º de marzo de 1999, la Asociación Indígena para la Salud Makewe-Pelale se hizo cargo de la administración de este hospital.²⁶

En **Colombia**, la capacidad organizativa y de movilización de los pueblos indígenas permitió que la constitución política de 1991 reconociera la diversidad étnica y multicultural, con lo que se estableció un contexto favorable para la adopción de políticas y la expedición de normas sobre salud diferencial, a partir de lo cual se reglamenta la participación de los

grupos étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, que incorpora elementos importantes como atención gratuita, obligatoriedad de adecuar los servicios de salud a las necesidades de los diferentes grupos étnicos de Colombia, subsidio para gestantes y menores de cinco años, además de que posibilita la financiación diferencial y se reitera el recono-

cimiento de la medicina tradicional. En este sistema se destaca el reconocimiento de las autoridades e instituciones indígenas.

En **Ecuador**, en el Hospital Asdrúbal de la Torre, en Cotacachi, se llevaron a cabo diversas acciones con enfoque intercultural para dar cumplimiento al Plan Nacional de Reducción de la

²⁴ Esta asociación fue fundada el 1º de agosto de 1998, con una representación de 35 comunidades que agrupan aproximadamente a 2 100 personas.

²⁵ Foro Indígena de Abya Yala (FIAY), Guías de buenas prácticas sobre la aplicación de los derechos de los pueblos indígenas en sectores de educación, salud, medio ambiente y recursos naturales, 2018 (en línea).

²⁶ Idem.

Muerte Materna y Neonatal del Ministerio de Salud Pública (MSP). Entre dichas acciones se implementó el sistema de referencia y contrarreferencia ancestral, mediante elementos gráficos para facilitar la comprensión de personas que no saben leer, así como para respetar las tradiciones orales de los pueblos indígenas. En cuanto a infraestructura, se implementó una sala de psicoprofilaxis del parto y una de parto culturalmente adecuado, en las que se permite el acompañamiento de algún familiar o de la partera al momento del parto, se respeta la vestimenta y las mujeres eligen la posición en que quieren tener el parto; se ofrece la entrega de la placenta a la madre y se evitan procedimientos rutinarios, como episiotomías, uso de vías venosas y tactos vaginales.²⁷

En **Bolivia**, el gobierno desarrolló la iniciativa Servicio de Salud Estrella, por medio de acciones en el

departamento de La Paz, para concentrarse luego en el municipio del mismo nombre y en el servicio de salud Pampahasi Bajo, con el que se hizo un diagnóstico cualitativo a prestadoras del servicio médico y a las mujeres usuarias, y se identificó que había barreras de calidad y accesibilidad. De manera participativa y conjunta, profesionales de la salud, grupos de mujeres y autoridades sanitarias elaboraron un plan de intervenciones llamado Modelo de Actuación en Salud.²⁸

Para concluir, los gobiernos de **Bolivia, Ecuador y Perú** realizaron un proyecto que se enfocó en apoyar y reforzar la gestión local de salud con participación social, a fin de fortalecer las redes de salud y la consolidación de un sistema de atención primaria adecuado y de calidad, para dar mayor visibilidad y valor a la interculturalidad, a los sistemas médicos tradicionales y al enfoque de género y de

derechos humanos. Además, en Perú se trabajó con grupos de hombres en talleres de masculinidades para la prevención de la violencia de género en comunidades quechuahablantes.

²⁷ John Arias Lobato, Byron Albuja Echeverría y Silvana Maldonado Pérez, Mejorar las condiciones de vida y fortalecer la identidad de la población andina de Cotacachi, a través del fortalecimiento del modelo de salud intercultural y las prácticas de medicina ancestral, 2016 (en línea).

²⁸ OPS, Servicios de Salud Estrella. Una experiencia para la integración de consideraciones de género en la gestión de servicios públicos de salud de primer nivel de complejidad, 2009 (en línea).

Conclusiones y recomendaciones

Son relevantes los avances en cuanto al desarrollo de instrumentos, lineamientos e iniciativas para integrar el enfoque de interculturalidad en los servicios de salud. Sin embargo, al no contar con presupuesto específico asignado para estas propuestas y líneas de acción a nivel federal y estatal, es imposible que se lleven a cabo los ajustes y las actividades que favorecerían el acceso pleno a servicios de salud de calidad y culturalmente competentes para las personas indígenas y afroamericanas.

En cuanto a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, es importante señalar que las iniciativas hasta ahora propuestas se enfocan primordialmente en la salud reproductiva, dejando de lado la salud sexual y el ejercicio de derechos humanos relacionados con la sexualidad para las personas indígenas en todo su ciclo de vida, en especial para las juventudes indígenas.

Llamamos a que el gobierno actual avance de las palabras a los hechos, designando el presupuesto y los recursos necesarios, generando la información y los datos indispensables para conocer las necesidades y así diseñar políticas y programas públicos que las satisfagan, y estableciendo espacios institucionales en los que las personas indígenas participen activa y de forma significativa en el diseño, la implementación, el monitoreo y la evaluación de las acciones gubernamentales relacionadas con la salud en general y, de manera específica, en torno a la salud sexual y reproductiva, reconociendo su derecho al grado máximo de salud y bienestar:

- **Ampliar** la cobertura e incrementar el número de hospitales rurales y unidades médicas rurales, para que la población indígena tenga servicios de salud accesibles, aceptables y de calidad para una atención integral de salud.
- **Brindar** a las personas traductoras e intérpretes el código de puesto dentro del tabulador para rama médica, paramédica y grupo afín, en el catálogo de puestos del Sistema Nacional de Salud, para facilitar su contratación.
- **Diseñar**, implementar, monitorear y evaluar políticas públicas con la participación de juventudes y mujeres indígenas, en las que se recuperen sus propuestas para integrarlas a éstas.
- **Asignar** presupuesto para las políticas, los programas y las acciones gubernamentales que tengan por objeto integrar el enfoque de interculturalidad en los servicios de salud.
- **Generar** datos estadísticos desagregados que permitan mejorar el diseño de las políticas públicas, mismas que abonen a la garantía de atención culturalmente pertinente y con perspectiva de género.
- **Estandarizar** el uso de formatos de registro de atención en salud, los cuales integren las variables de adscripción étnica.

Referencias

Catálogo Clave Única de Establecimientos de Salud. Adicionalmente incorpora unidades médicas en proceso de inicio de operación (en línea), <http://www.imss.gob.mx/imss-bienestar>.

Comunicación Social, INPI, comunicado 32 (en línea), <https://www.gob.mx/inpi/articulos/95816>.

“Firman IMSS e INPI convenio para fortalecer el derecho a la salud en comunidades indígenas”, 29/08/2019 (en línea), <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201908/314>.

Foro Indígena de Abya Yala (FIAY), Guías de buenas prácticas sobre la aplicación de los derechos de los pueblos indígenas en sectores de educación, salud, medio ambiente y recursos naturales, 2018 (en línea).

Freyermuth, Maricela, Transparencia y rendición de cuentas en salud materna: el caso del AFASPE en Chiapas (en línea), http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-41152014000100079&lng=es&nrm=iso&tlng=es#aff1.

Inegi/Conapred, Encuesta Nacional sobre Discriminación 2017, tabulados básicos con precisiones estadísticas (en línea).

Inegi, Enadid 2018, microdatos (en línea).

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, Normas con pertinencia cultural hacia la interculturalidad (en línea), https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&alias=570-2011-normas-con-pertinencia-cultural&category_slug=sfc-salud-reproductiva-materna-y-neonatal-nacional&Itemid=518.

Salud de los Pueblos Indígenas, Agenda para la Investigación, la Docencia y la Vinculación, Atención de los determinantes estructurales de las inequidades en salud que afectan a los pueblos indígenas de México, p. 22.

Solicitudes de acceso a la información

- SAI 0001200063920
- SAI 0001200200003420
- SAI 0001200063920, vinculada al recurso de revisión RRA 03386/20
- SAI 1200200005020
- SAI 1200200013720
- SAI 1200200003420
- SAI 0064101176420
- Oficio DCISS/045/2020, adjunto a la SAI 1227000013320

