

CAPÍTULO 5

EL PROBLEMA DE LA DIABETES MELLITUS TIPO-2 EN PUEBLOS ORIGINARIOS DE MEXICO. UNA PROPUESTA INTERCULTURAL Y DERECHOS HUMANOS EN SALUD.

Sergio Lerin³⁷Diana Reartes³⁸

INTRODUCCIÓN

Este artículo se deriva de la investigación: “Situación de los grupos de autoayuda para diabéticos en los servicios públicos de salud y propuesta para mejorar la participación de los enfermos”, desarrollada durante el periodo 2009-2011 en los estados de Chiapas, Campeche y Quintana Roo, situados en el sureste de la república mexicana. Estos estados presentan un alto porcentaje de población indígena y de incidencia de diabetes mellitus tipo 2. Focalizamos en la zona denominada los Altos de Chiapas, que concentra el mayor porcentaje de población indígena del estado (más el 85%) habitada por varias etnias, siendo las mayoritarias la tsotsil y la tseltal. Adoptando un enfoque etnográfico el trabajo documentó mediante entrevistas a pacientes indígenas diabéticos y personal sanitario las dificultades y conflictos emergentes en el proceso de prevención, detección, tratamiento y seguimiento de la enfermedad en contextos indígenas.

De políticas en el decenio de los pueblos originarios

En diciembre de 1994 a iniciativa de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) se instituyó el Decenio Internacional sobre los Pueblos Indígenas del mundo y se instauró el 9 de agosto como el Día Internacional de los Pueblos Indígenas. Uno de los principales cometidos de tal iniciativa era la de comprometer a los gobiernos de la región para que impulsen los derechos humanos, pero sobre todo para que mejoren los niveles de educación, se eleven los indicadores en salud e impulsen acciones para el desarrollo y acciones favorables al medio ambiente.

³⁷ CIESAS (México)

³⁸ CESMECA-UNICACH (San Cristóbal de las Casas, Chiapas)

En el transcurso de los primeros diez años de acciones dirigidas a los pueblos indígenas los resultados no fueron los esperados (2004). El relator para Asuntos indígenas de la ONU, el antropólogo Rodolfo Stavenhagen, afirmó que el compromiso asumido por los gobiernos distaba mucho de los magros logros alcanzados a lo largo de esos primeros diez años. Posterior a esta declaratoria se proclamó por los mismos organismos internacionales y asumido por los gobiernos, el Segundo Decenio de los Pueblos Indígenas, que establecía y reiteraba el respeto a los derechos a la salud, a su lengua, a su cultura, a sus derechos humanos y las oportunidades de desarrollo.

Actualmente se estima que existen alrededor del mundo 350 millones de indígenas que practican alrededor de 5 mil lenguas, y que la mayoría están privados de sus derechos más básicos y elementales. En América Latina, no contamos con fuentes estadísticas confiables debido a la falta de un identificador étnico; algunos refieren a la pertenencia lingüística y otros al reconocimiento de la propia etnicidad. Con seguridad uno de los pocos logros del primer decenio de los pueblos indígenas fue su identificación y visualización en las sociedades mestizas; en casi todos los países del continente se registró un aumento en la cifra de las principales etnias.

En la actualidad, México, según el INEGI-CONAPO (en base al conteo del 1995) aproxima a casi 8 millones la cifra de indígenas, en tanto que el INI-PNUD-CONAPO maneja de manera global que de 97.483.412 mexicanos, 12.707.000 millones son indígenas (SERRANO, 2002). De manera oficial es común reportar la cifra de 10.253.627 indígenas, lo cual representaría al 10% de la población, lo que hace que México siga siendo uno de los países de América que cuenta con una alta presencia de pueblos indígenas y con una gran diversidad étnica. A pesar de esta situación estadística, los indígenas no tienen representación en los órganos de gobierno del país, no son una prioridad en materia de salud, a no ser la salud reproductiva que en los años 80-90 se enfocó al control natal. También es notoria la ausencia de demandas por el reconocimiento de sus territorios, como ya sucede en algunas regiones de Centro Sur América.

La población indígena en las Américas ha sufrido constantemente de registros negativos en materia de salud, a ello se suma la violencia biológica, de género, racial y armada en distintas regiones. Como afirma Castellanos (2000) la antropología no ha mostrado interés en los procesos racistas y son escasamente documentadas, por ejemplo, las acciones de esterilización a que fueron sometidas las mujeres indígenas en los sistemas de salud, además en conflictos de guerra los que más sufren son los sectores subalternos, en donde “la mayoría de la población

asesinada, torturada y vejada es la de origen indígena, como es el caso de Guatemala” (MENENDEZ, 2010:176).

Es bien difícil hablar de Derechos Humanos en salud cuando los sectores populares y la población indígena no tiene acceso garantizado a lo más básico, como al saneamiento y a medicamentos esenciales, e incluso “¿por qué discutir formas alternativas de lidiar con la salud cuando gran parte de las clases populares todavía no tienen una atención satisfactoria en los locales de salud pública?” (VINCENT, 2000: 92).

Derechos humanos en salud. Una añeja relación integración exclusión

Diversas instituciones a nivel internacional se han venido ocupando de los derechos y el respeto a la diversidad cultural. Una de estas instituciones es la Organización Mundial de la Salud (OMS) que se ha despegado de las políticas integracionistas del indigenismo clásico y dio impulso en los últimos 20 años al reconocimiento de los derechos más elementales de los grupos indios de la región, como la salud, la alimentación, la educación y su incorporación al desarrollo.

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) por medio de sus reuniones de expertos ha promovido cada vez más la orientación intercultural en salud y el respeto a los derechos en materia de salud de los pueblos originarios.

Desde hace algunos años la OPS que orienta no sin tropiezos las políticas en salud en la región, (algunos gobiernos no aceptan los lineamientos del organismo como el caso de México para el periodo 2002-2006), ha insistido en la promoción de una verdadera “salud intercultural” que respete la cosmovisión indígena en relación a la salud y la enfermedad y revitalice el trabajo de los médicos tradicionales, e incluso va más allá, estimulando a las instituciones de salud que trabajan en contextos indígenas para que adecuen culturalmente los servicios con el fin de brindar un trato digno a los indígenas enfermos.

Actualmente, se impulsa la formación de nuevos recursos locales en salud, los auxiliares de salud se transforman en facilitadores interculturales en salud, por medio de capacitaciones, de programas educativos y particularmente a través de diplomados y maestrías en Gestión Intercultural en Salud, como son: el programa a distancia de la Universidad de la Frontera en Temuco, Chile y la Universidad Huracán en Nicaragua, por citar algunos casos.

La Organización de los Estados Americanos (OEA) viene promoviendo, por medio de becas y reuniones, el diálogo entre los pueblos indígenas del continente. La Organización de

las Naciones Unidas por conducto de varios de sus organismos como la UNESCO, la OIT, el FIDA y la FAO también ha motivado proyectos y estimulado el intercambio de experiencias entre el gobierno y las organizaciones de pueblos indígenas.

Cabe mencionar la iniciativa de la OIT, que promovió desde 1989 el convenio núm. 107, el que fue modificado en esta década para convertirse en el número 169, ratificado por el gobierno mexicano. Este convenio se plantea como marco general que deben ser los propios pueblos indígenas los que tienen el derecho a mantener y promover su integridad cultural, lingüística y territorial.

En los años recientes, las instituciones de salud de la región, como en el caso de Costa Rica, vienen formulando los derechos humanos en salud, en términos de garantizar la integridad y el respeto a la cultura, el trato digno y respeto a los espacios en donde se promueve la salud y se brindan cuidados: “Es parte de nuestro derecho a vivir con salud... es condición para hacer efectivo este derecho lograr consolidar una práctica que tenga como proyecto no sólo resolver la enfermedad, sino construir la salud y el bien-estar” (QUIROS, 2002).

Se debe acotar que las recomendaciones de expertos y organismos internacionales se alejan del indigenismo integracionista, pero van a contra corriente en nuestra región. La orientación integracionista de corte economicista que fomentan los organismos financieros internacionales, como el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) han orientado sus apoyos a través de préstamos a México y otros países, proponiendo un **MODELO FOCALIZADO Y DE ALTO IMPACTO** en salud, alimentación y educación, sin alentar la participación de los sectores a quien van dirigidas tales acciones, en particular no se fomenta la consulta a los pueblos indígenas.

Si bien los conceptos básicos de los derechos humanos en salud están acordados, en más de los casos no se instrumentan mecanismos de control para garantizar los derechos. La defensa de los derechos humanos en salud es ya parte de las agendas de organizaciones no gubernamentales.

Es decir que estos planes de desarrollo se implementan si contar con la participación social de los “beneficiarios-indígenas”, no vigilándose su ejecución en términos de la pertinencia cultural.

Así, las grandes acciones han impactado durante los últimos 18 años de forma negativa en los derechos a una salud intercultural que se deben implementar para y con los pueblos indígenas en materia de salud y educación. Persiste para todo el periodo un modelo que excluye

el derecho a la participación social y se niega a ampliar la cobertura geográfica (inmuebles físicos) de los servicios de salud en zonas rurales, así como dotar de servicios adecuados culturalmente con respeto a la lengua, las normas, creencias y valores de los pueblos originarios.

Los grandes programas del Gobierno Mexicano para atender a la población de menores recursos son: OPORTUNIDADES (2002-2006) y el SEGURO POPULAR (2003-2012) los cuales no cuentan con lineamientos en salud intercultural y mucho menos con personal calificado en gestión intercultural, como lo recomienda la OPS, estos programas que operan en todo el país siguen trabajando con pasantes de medicina que trabajan sólo un año en las comunidades indígenas y después se van a las zonas urbanas ya como profesionales.

El Seguro Popular que ha incorporado a la población de bajos recursos entre ellos a la población indígena, es un instrumento financiero que dirige los recursos a través de acciones focalizadas y de alto impacto y fue creado en el 2003 a través del Sistema de Protección Social en Salud. La afiliación de la población es un paso obligado para recibir atención, medicamentos y hospitalización; sin embargo, en términos generales el déficit mayor tiene que ver con la salud pública en tanto hay pocos recursos para las grandes acciones que requieren los problemas más apremiantes, como la epidemia de obesidad y la diabetes de la población mexicana, además de que el reto más grande es la baja calidad del servicio reconocido incluso por las autoridades máximas en salud. Se encuentra en el olvido, como ya lo mencionamos, la obligatoriedad de ajustar los programas de salud a la cultura local, la pertinencia cultural de los mensajes y las prescripciones médicas cuando se trata de población rural e indígena.

Como formula Langdon para Brasil, teóricamente no debería presentarse conflicto entre el sistema médico y el de los indios y curadores. Los pueblos indios saben e incorporan los medicamentos a sus tratamientos, sin embargo, el personal de salud ignora los valores culturales de los usuarios indígenas. Por ello: “es importante que la formación de los profesionales que trabajan con la salud indígena dedique suficiente tiempo a la comprensión en profundidad del concepto de cultura. El profesional de la salud debe estar familiarizado con la naturaleza del sistema indígena de salud y con la idea de que sus prácticas forman parte de su cultura, entendida como un sistema simbólico compuesto de valores, representaciones y significados interrelacionados” (2000:113)

Entre acuerdos de cambio y realidades que cambian de a poco. La iniciativa de la salud intercultural.

Desde la década de los noventa, varias instancias internacionales han promovido y siguen haciéndolo, el reconocimiento de los derechos en materia de salud de los pueblos originarios. El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) creó en 1992 el Fondo para el desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe, cuya sede actual está en La Paz, Bolivia. Debe mencionarse también el largo trabajo de la Fundación Interamericana de Desarrollo, que ha colaborado directamente con las organizaciones de base de las distintas regiones indígenas de México.

En el campo de la salud todos los cambios en el contexto sociopolítico de las reformas constitucionales y jurídicas incluyen desde el reconocimiento de las medicinas tradicionales indígenas hasta la autonomía en la gestión de la salud. En el marco jurídico internacional, el Convenio 169 sobre los pueblos indígenas y tribales en países independientes de la OIT y las resoluciones CD.37.R5 y CD.40.R6 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (ratificadas por todos los países de la región) establecen directrices que facilitan la incorporación de las perspectivas, medicinas, y terapias indígenas en la atención de la salud.

En el Programa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas (SAPIA) de la OPS se establecen los siguientes principios: enfoque integral de la salud; derecho a la autodeterminación de los pueblos; respeto y revitalización de las culturas indígenas; enfoque integral de la salud; derecho a la autodeterminación de los pueblos; respeto y revitalización de las culturas indígenas; reciprocidad en las relaciones y derecho a la participación sistemática de los pueblos indígenas.

La protección en salud debe entenderse en el contexto general de reconocimientos a los derechos culturales, económicos y sociales de los pueblos indígenas. El BID, sobre la base del convenio 169 de la OIT propone tres dimensiones para evaluar el cumplimiento al respeto a la salud: si existe o no legislación especial y la garantía de acceso preferencial; si las prácticas tradicionales están aceptadas y bien integradas al sistema nacional de salud, y si los pueblos indígenas tienen garantizada una participación y una autonomía en el manejo de los recursos en salud.

Es innegable el papel de liderazgo que los organismos rectores internacionales cumplen en el diseño de las políticas en salud en la región, este es el caso de la interculturalidad en salud, a la que se le asignan un conjunto de atributos que en nuestra opinión son un aporte importante

respecto de los planteamientos que le dieron origen, impulsando su desarrollo y su actual vigencia, sin embargo se obvia el proceso conflictivo y antagónico, de hegemonía y subalternidad que se presenta generalmente entre dos o más culturas o entre dos sistemas de salud.

Para la OPS-OMS, el concepto de interculturalidad involucra las interacciones equitativas, respetuosas de las diferencias políticas, sociales y culturales, etarias, lingüísticas, de género y generacionales que se producen y reproducen en diferentes contextos y diferentes culturas, pueblos y etnias para construir una sociedad más justa. Definición rectora con la que estamos parcialmente de acuerdo en términos del “deber ser” pero no en términos de proceso en donde la interculturalidad contiene aspectos conflictivos y en permanente proceso de cambio sociocultural.

Por lo regular, el personal de salud descalifica los saberes de los grupos sociales subalternos porque no son adecuados a sus acciones en salud, en tanto que los sujetos construyen acciones en pro del cuidado y restablecimiento de su salud desde el ámbito sociocultural (BREILH, 2003; LANGDON, 2000 y MENENDEZ, 2009).

Desde nuestro punto de vista es imprescindible estrechar los vínculos entre los programas de salud y la comunidad en zonas indígenas, mediante estrategias que aproximen de manera complementaria las acciones sociosanitarias y el saber local a través de una verdadera epidemiología sociocultural. Ello implica construir modelos que articulen de qué enferma y muere la gente con las condiciones en que ello ocurre, de tal suerte que se acerquen la dimensión técnica de la enfermedad y la dimensión sociocultural del padecer (BREILH, 2003; HARO, 2009; MENENDEZ, 2008).

Como apunta Bibeau (2001) la salud en situación intercultural debe ser estudiada a partir de tres aspectos: a) los discursos de la gente (padecer), b) las causalidades de la enfermedad y c) la realización de investigaciones acotadas en contextos locales. Todos estos aspectos de una u otra manera se encuentran en el proceso de construir una epidemiología sintética o sociocultural.

A lo largo de las últimas dos décadas en los países de la región se ha avanzado de manera desigual en el reconocimiento, el fomento y la garantía de los derechos a salud de los pueblos indígenas. En algunos ello se da en políticas públicas que los garanticen y en otros casos se da la situación inversa, es decir un claro rechazo y estigmatización a las nociones y visiones

terapéuticas locales, que son útiles al menos en el nivel preventivo y de cuidado aunque la constante en las Américas son los índices negativos en salud que presenta la población indígena.

El enfoque intercultural en salud ha sido, entonces, apropiado por instancias gubernamentales de educación y de salud y aplicado de manera ecléctica en programas de capacitación a parteras, médicos tradicionales, acciones de salud materno-infantil, así como por las ONGs. Para el caso de México, su importancia la ubicamos hacia los años cuarenta, para esos años, como ahora, se buscaba indagar las causas de la desigualdad en salud entre los pueblos indígenas y el resto de la población y mejorar sus condiciones de vida a través de la implementación de programas sociosanitarios.

Todavía hoy persisten barreras de todo tipo que juegan un papel negativo en la relación de los indígenas con las instituciones públicas de salud. De parte de los usuarios se manifiesta una resistencia al uso de los servicios y pervive una desconfianza hacia la medicina occidental, con frecuencia las nociones del proceso salud-enfermedad chocan, aunque también se da una complementación entre los conceptos científicos que constituyen la alopátia moderna y las nociones nativas, lo que genera relaciones contradictorias y conflictivas entre los distintos modelos de atención (MENENDEZ, 1990).

El lenguaje utilizado por los médicos, uno de los elementos cruciales de la comunicación intercultural, dificulta la relación e imposibilita la empatía y confianza con el paciente. La ausencia del manejo de un vocabulario local básico por parte del personal institucional, además de la escasa información que se da a la persona indígena sobre el propósito y la necesidad de algunas intervenciones, tales como la extracción de sangre para medir la glucosa y explicar lo incurable de la diabetes (en el caso que nos ocupa) terminan por distanciar en momentos cruciales a los actores del proceso terapéutico.

Médico y paciente no sólo hablan idiomas distintos, sino que manejan visiones del mundo a menudo contrapuestas, el personal de salud frecuentemente descalifica las prácticas tradicionales y populares de atención a la salud y a menudo tilda de mitos las creencias sobre la causalidad de la diabetes de parte del paciente, un ejemplo de ello es el susto.

Históricamente en nuestro país la aplicación de un enfoque intercultural pasó por incorporar al personal de salud local a los servicios institucionales, las múltiples estrategias llevadas a cabo por las instituciones tuvieron un corte de sujeción y subalternidad. También se realizaron esfuerzos para formular estrategias compartidas en las que el médico alópata y el médico tradicional atiendan los padecimientos de manera conjunta en espacios hospitalarios.

A la fecha existen en distintas regiones del país hospitales interculturales de segundo nivel que cuentan con especialidades. El primero es el de Coetzalán, Puebla, en la zona totonaca (1999); el de la mesa del Nayar, en la zona Cora-Huichola de Nayarit (2003) y dos más de reciente creación en el estado de Chiapas, el hospital de San Andrés Larrainzar, levantado con el apoyo de la OPS en el 2008 y el Hospital de las Culturas en San Cristóbal de las Casas (2012). Estos hospitales cuentan con personal de salud rotativo y descansan gran parte de su trabajo en campañas de voluntariado en salud que trabajan puntualmente problemas oculares, odontológicos, de prótesis, etc.

De algunos indicadores negativos a la salud en población indígena en México

Actualmente en México las condiciones de salud de los 10 o 12 millones de indígenas mexicanos si bien han mejorado presentan un rezago importante respecto al resto de la población. Existen marcadas diferencias en cuanto a las causas de mortalidad general. Mientras que las cuatro principales causas en el país corresponden a enfermedades no transmisibles (Enfermedades del corazón con una tasa de 69 por 100 000 habitantes, tumores con una de 53, DM-T2 con una tasa de 36 y cirrosis con una tasa de 24) en las zonas indígenas dos enfermedades infecciosas se mantienen dentro de las primeras causas de muerte: como son las infecciones intestinales, la influenza y la neumonía. El peso relativo de la mortalidad por enfermedades transmisibles en la población indígena es de casi el doble (16%) de la nacional (9%) (INEGI-SSA, 1999).

En este corte resalta también la alta frecuencia de las enfermedades crónicas, así la cirrosis hepática que ocupando un lugar intermedio entre los principales padecimientos afecta de igual manera a la población indígena y la población general (cirrosis con una tasa de 23 por 100 000 habitantes y enfermedades del corazón con una tasa de 46 por 100 000 habitantes en población indígena, en tanto que las tasas a nivel nacional son de 24 y 69 respectivamente).

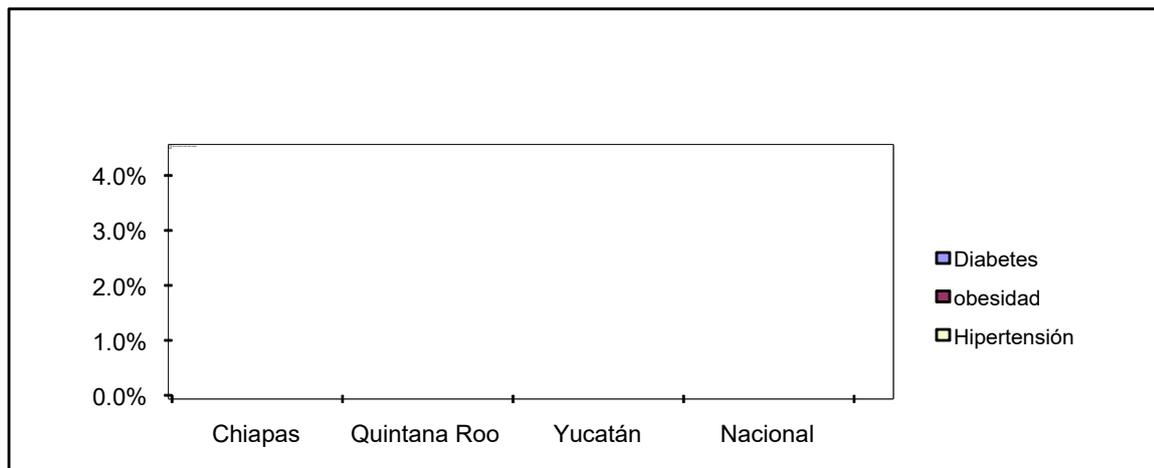
Hasta hace poco se pensaba que los indígenas morían por enfermedades infectocontagiosas, actualmente se registra entre la población indígena una alta incidencia de enfermedades crónicas, entre ellas, los accidentes cerebro-vasculares y la diabetes mellitas tipo 2. Aunque la proporción sea de uno a tres entre la población indígena y urbana en los últimos diez años se viene registrando un aumento importante como señalaremos más adelante.

Si bien la salud de los mexicanos ha mejorado en las últimas cuatro generaciones, en zonas indígenas las enfermedades de contagio y las crónicas son ya un problema importante como lo refleja el aumento de la obesidad, la diabetes y la hipertensión; datos ciertamente

indirectos nos indican que en zonas en donde se tiene una alta presencia de indígenas mayas estos tres factores van en aumento.

Buscando evidencias entre diabetes, hipertensión y obesidad se observa, en los tres estados del sur-sureste con alta presencia de población maya, un aumento de egresos hospitalarios por morbilidad donde la DM-T2 está por encima del promedio nacional (Gráfico 1) mientras que la hipertensión y obesidad están cerca de la media nacional.

Gráfico 1. Egresos hospitalarios por morbilidad en instituciones públicas del sector salud por causas seleccionadas y entidad federativa.³⁹



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT-2006

En los tres estados con alta proporción de población maya, en los que se desarrolló la investigación, encontramos que va en aumento la DM-T2, siendo Yucatán el estado que más casos registra, seguido de Quintana Roo y Chiapas. Si bien estos datos son a nivel general es de suponer que en la población maya también se registra este aumento ya que se ha documentado que en las ciudades es donde habita el mayor número de maya hablantes.

Epidemiología de la diabetes en México

La DM-T2 se caracteriza por el déficit relativo de producción de insulina y una deficiente utilización periférica por los tejidos de glucosa (resistencia a la insulina), esto quiere decir que los receptores de las células que se encargan de facilitar la entrada de la glucosa a la propia célula están dañados; se desarrolla a menudo en etapas adultas de la vida y es muy frecuente asociarla con la obesidad y la inactividad física, por ello es de relevancia estudiarla

³⁹ No se ha podido recuperar los datos del gráfico. Sin embargo, es posible acceder a los datos generales y específicos de egresos hospitalarios por morbilidad de México, en los siguiente enlaces: Anuarios de Morbilidad 1984 a 2021 | Secretaría de Salud | Gobierno | gob.mx (www.gob.mx) y en ODH_2011.pdf (www.gob.mx) (Nota de los Editores)

en poblaciones actuales que en su mayoría presentan sobrepeso o que tienen antecedentes familiares de diabetes y por lo tanto se encuentran mayormente en riesgo de padecerla. Es una enfermedad poco sintomática, en algunos casos la escasa sintomatología clásica determina que, con alta frecuencia, se diagnostique tardíamente y en presencia de complicaciones crónicas.

En México la morbilidad por DM-T2 ha mostrado una tendencia ascendente, lo que condiciona que la demanda de hospitalización en los últimos años sea mayor que la de otros padecimientos y con una mayor incidencia de complicaciones. Es un problema de salud pública y una de las patologías que genera mayor discapacidad y mortalidad, especialmente en el adulto en edad productiva y en el adulto mayor, ocupando gran parte de los recursos sanitarios. Es la principal causa de demanda en la consulta externa en instituciones públicas y privadas y uno de los principales motivos de hospitalización. Es frecuente más en el medio urbano (63%) que en el rural (37%), es mayor en mujeres y emerge entre adultos jóvenes.

México ocupaba en 1995 el noveno lugar mundial, de acuerdo al número de adultos con diabetes, y para el año 2025 ocupará el séptimo. El panorama mundial actual de la diabetes, permite predecir que durante la primera cuarta parte del siglo XXI, este padecimiento alcanzará proporciones pandémicas. Lo anterior se debe en gran medida al proceso de envejecimiento de la población y al reflejo de la acción de los factores de riesgo tales como: obesidad, vida sedentaria, modificaciones en la alimentación que actúan de manera sinérgica a lo largo de la vida, aunado al número de niños que nacieron con bajo peso hace 40 ó 50 años y la predisposición genética de ciertos grupos de la población. Todos estos factores determinan el rumbo de esta epidemia. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2006), reveló que el 9% de la población adulta padece diabetes y de ellos el 30 % lo ignoraban. Esto significa que en nuestro país existen alrededor de seis millones de personas enfermas y en los últimos años enuncia la Secretaria de Salud que el aumento puede llegar a diez millones de mexicanos (LERIN ET AL., 2008).

La esperanza de vida de un individuo diabético es de dos tercios de la esperada; los pacientes con complicaciones crónicas tienen el doble de posibilidades de morir que la población general. Los pacientes diabéticos en México viven 20 años en promedio con la enfermedad; este padecimiento se presenta entre los 35 y 40 años. Anualmente se registran alrededor de 300 mil personas diabéticas y fallecen 40 mil aproximadamente. Por cada diabético que muere se detectan 13 nuevos casos de enfermedad. Los estados con la mortalidad más alta son: Coahuila (17.6%), Distrito Federal (16.7%), Guanajuato (15.2% 9, Estado de México

(15.1%), Tamaulipas y Puebla (14,8 %). La mortalidad por DM-T2 es mayor en los estados del norte que en los del sur ⁴⁰.

La importancia de tomar en cuenta el sobrepeso y la obesidad radica en que de todos los factores de riesgo para desarrollar DM-T2 y enfermedades cardiovasculares, la obesidad es uno de los más peligrosos, ya que el exceso de grasa intraabdominal juega un papel central en la resistencia a la insulina, en la intolerancia a la glucosa, incrementa los triglicéridos y favorece la aparición de hipertensión.

Las cardiopatías y la DM-T2, son las dos principales causas de muerte en México desde el año 2000. Se relacionan también con el llamado síndrome metabólico (SM) el cual se caracteriza por la presencia de obesidad, diabetes mellitus e hipertensión entre la población (JUAREZ ET AL., 2010).

Para el año 2009 de las 77 699 muertes registradas por DM-T2 en México, 2.7% ocurrieron en Chiapas. Para este mismo año, la diabetes ocupó el primer lugar como causa de muerte en este estado, con una tasa estandarizada de mortalidad de 70.8 por cada 100 mil habitantes (con un incremento de 8.5 veces entre 1980 y 2009), seguida por las enfermedades isquémicas del corazón (54.6), cirrosis y otras enfermedades del hígado (44.5), enfermedades cerebrovasculares (32.4) y las enfermedades respiratorias agudas (21.9). Dicha tasa se incrementó en 71% entre 2000 y 2009. Cabe señalar que la tasa de mortalidad por DM-T2 en Chiapas para 2009 fue mayor que el valor estimado a nivel nacional (69 por cada 100 mil habitantes).

Con este panorama se entiende que la DM-T2 no es un problema de menor importancia para el estado Chiapas que cuenta alta presencia de indígenas. En particular la diabetes debe mirarse con mayor atención debido a que esta población no siempre accede a servicios de salud por un sinnúmero de factores entre los que destacan: el trato inadecuado en términos de sus saberes y estrategias locales de prevención y atención, a lo que se agregan prácticas intolerantes, discriminatorias y racistas por parte del personal sanitario. A continuación, documentamos algunos aspectos clave del proceso local del proceso de diagnóstico local para esta enfermedad, la mayoría de las veces obviado por los profesionales que los atienden.

⁴⁰ Fuente: Incidencia de DM-T2. Anuario de morbilidad 2007

Indicios o alarma del enfermar y padecer de DM-T2

Como reiteradamente lo ha venido señalando Menéndez (1984) una de las características del Modelo Médico Hegemónico es la descalificación de todo saber y práctica local en la atención de la enfermedad, no se acepta ninguna otra explicación en términos de diagnóstico-curación que no sea la científica, por lo que la visión del mundo de la enfermedad y en especial, de las causas que llevan a la pérdida de la misma son frecuentemente explicadas por los médicos en términos técnicos descalificando e ignorando los saberes locales en salud. Por ejemplo, las “almas” de los amerindios “constituyen el objeto principal de buena parte de las terapéuticas rituales practicadas por los grupos aborígenes de América” (FERNANDEZ, 2004) que desde luego no son tomadas en cuenta por los médicos para adecuar sus prescripciones y mejorar el pronóstico del paciente.

Particularmente entre los indígenas de origen Maya, las “almas” y los acontecimientos que suceden a las diferentes entidades anímicas que configuran la persona han sido recogidos en diversos estudios y monografías que acuciosamente describen, incluso en términos iconográficos, el perfil de dichas entidades (PITARCH, 1996. Citado por FERNANDEZ, 2004:279).

Las distintas nociones de las entidades que provocan daño entre los mayas de los Altos del Estado de Chiapas propician un sinnúmero de malestares como: el cansancio, la fatiga, la pérdida del alma, los nervios, que son en conjunto la mayor causa de visitas al “Iloletik”, quien posee el “don” y maneja recursos terapéuticos locales para reestablecer el equilibrio físico, mediante el rezo y la palabra, configurando un ritual mágico-religioso de gran complejidad.

La pérdida o extravío del “alma” entre los mayas de los altos ha sido recurrentemente estudiada por especialistas (GUITERAS HOLMES, 1961 entre otros) y es tal vez el padecimiento que con mayor frecuencia tratan los médicos tradicionales, yerbateros, ya que es una entidad o estado de ánimo de múltiples facetas. Los riesgos o peligros que corre el “alma” deben ser tratados por especialistas, o brujos quienes deben buscar mediante la palabra (rezaderos) retornar el “alma” o las “almas”. Uno de los grandes hallazgos respecto de este síndrome de filiación cultural tiene que ver con la palabra, se documenta que, entre la etiología y la terapéutica para sanar, el arte de platicar va más allá de la comunicación entre las personas, es ante todo una forma diagnóstica que pone en juego los distintos orígenes del problema y sobre todo es la forma de encontrar soluciones, aunque momentáneas, parciales y/o de contención.

En los distintos parajes tsotsiles aun hoy día está presente el recurso terapéutico local como el primer nivel de atención incluso antes de acudir al médico. En la ya clásica historia de vida de Juan Pérez Jolote, indígena tsotsil, se narra que él también estuvo enfermo:

“Vino un “Ilol”, me tomó el pulso y me dijo que tenía “komel”:

-Mañana vengo a curarte. Traigan las velas de cera y de sebo, copal, un litro de trago, un gallo y las flores.....

El “ilol” me dijo que había quedado un poco maltratado mi chulel y que no quedaría bien luego. Pero, poco a poco, me fui poniendo bueno hasta que sané” (POZAS, 1998, p.97).

Otra importante dimensión del sistema de creencias y explicaciones del padecer y del enfermar entre los tsotsiles es la triada sueño-enfermedad-contención. El sueño entre los tsotsiles es revelador de indicios buenos y malos augurios, es premonitor de venturas y desgracias y sobre todo de revelaciones de males contraídos y estrategias de sanación, para distintos padecimientos, males, hechizos, envidias o accidentes físicos y sobre naturales. Así lo relata un diabético originario de San Juan Chamula:

“Yo me sentía mal, muy triste andando de allá para acá, yo no decía nada a nadie, solo con mi tristeza. Me soñé caminando entre los caminos viejos, entre montes, Allí atrás en los cerros lejos de la gente, me crucé con unos amigos vestidos de traje tradicional Chuk y sombrero de fiesta, estaban bebiendo y platicando, cuando me acerqué uno de ellos me dijo cómo estás Juan? me palmeó la espalda y me dijo te veo mal, yo le dije que no le conté a nadie estoy malo de la azúcar en mi sangre, pero yo sólo me encomiendo al padre sol al más poderoso y a nadie más, y en tos yo lloré y recé ante dios padre y le dije, pues yo soy de ti, si tú quieres que sea así, así sea tu voluntad señor, soy de ti mi señor...”.

El autodiagnóstico, la perspectiva del actor: así comenzó todo

Uno de los principales problemas relacionados con la DM-T2 es lo relativo a la identificación de los primeros síntomas, para una enfermedad que inicialmente es asintomática según el saber del médico, y que se caracteriza por el deseo frecuente de orinar, tener mucha sed y hambre, por lo cual el diagnóstico es complicado en comunidades indígenas que no asisten a los centros de salud salvo cuando se presentan eventos graves de enfermedad.

Una paciente tsotsil nos refiere: “Empezó su enfermedad con dolor de cabeza, ya no quería ruido, estaba triste, enojada, le dijo a una hermana que probablemente tenga diabetes, le compró medicamentos y empezó a sentirse bien, siguió con el tratamiento y después ya no le

hizo efecto, aumentó el dolor de cabeza. Luego acudió a la clínica donde le dijeron que fuera a un laboratorio y ahí le diagnosticaron que tenía 279 de azúcar, por los medicamentos ahora bajó a 151” (Doña Martha).

Podemos afirmar no sin reservas que en el autodiagnóstico se encuentran distintas entidades enfermantes algunas naturales y otras sobre naturales, pero que se sintetizan en dolencias, angustias, sufrimiento y sobre todo susto, que resulta ser una de las principales causas del padecer diabetes. El susto es uno de los elementos centrales con el que los mayas de los altos y de las tierras bajas identifican parte de la causalidad del padecer diabetes así como otros tantos males. El susto, el enojo, la impresión, las peleas, el estar en el momento menos indicado entre las corrientes de aire, y comer algo que asociado con corajes nos hace sentir mal son con frecuencia eventos señalados como causa o consecuencia de la subida y bajada del azúcar.

Doña Pamela nos dice que la diabetes se le presentó porque frecuentemente se asustaba. Su suegra cada noche le decía: “Pamela me estoy muriendo, yo digo que es por eso, porque me asustaba así pensando que se va a morir, pero que quiere que haga si no quiere ir al médico, yo sentí que de esos sustos se me presentó la diabetes”.

El enfoque intercultural en salud en la DM-T2.

Según Lara y cols. el manejo inicial del paciente con diabetes mellitus 2 debe estar a cargo de un equipo multidisciplinario, con médico, enfermera y nutricionista capacitados, que lleven a cabo consultas/controles de cada paciente. Lo ideal es que al médico le corresponda hacer una evaluación clínica completa, analizar resultados de exámenes de laboratorio básicos, formular un diagnóstico y prescribir el tratamiento.

La principal función del equipo de salud consistiría en informar al paciente sobre los aspectos básicos de su enfermedad y el autocuidado. Es así como la frecuencia y el tipo de consulta debe ser en función de las características y necesidades de cada paciente, tomando en cuenta en primera instancia que una alimentación adecuada junto con actividad física, son la base del tratamiento no farmacológico de la diabetes.

Este conjunto de acciones orientadas a construir una “cultura médica” no farmacológica del paciente diabético es y será un campo pertinente siempre y cuando se reconozca la diversidad cultural del paciente, es decir, que el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la enfermedad deben ser explicados desde y para la cultura del paciente indígena. Esto es básico si se quiere reducir los daños a la salud que aquejan a la población más desprotegida y disminuir la brecha de desigualdad existente en contextos pluriétnicos.

Las dificultades técnicas, teóricas y conceptuales del enfoque interculturalidad implica reconocer que la diabetes tiene una dimensión sociocultural interpretativa y explicativa que involucra a distintos actores y de ello deriva la complejidad.

La DM-T2 además de ser un problema de salud pública, requiere de un tratamiento con pertinencia cultural tanto en la información y atención que se brindan en contextos indígenas como en el seguimiento del paciente en los Grupos de Ayuda Mutua, principal estrategia en la que descansa la propuesta institucional para lograr la adherencia al tratamiento.

Específicamente al incorporar el enfoque intercultural también se debe incidir en la formación del personal de salud, en donde la capacitación, como competencia técnica y humana, tiene mucho que ver en los propósitos de una equidad en salud y una mejor calidad de la atención hacia los usuarios.

Evitar este desencuentro entre culturas, particularmente en los servicios de salud que se proporcionan a la población indígena, especialmente en el primer nivel y segundo nivel de atención, depende en gran parte de la profesionalización y competencia técnica del personal de salud.

En estos dos aspectos se presenta actualmente un déficit muy importante, que puede ser superado mediante la incorporación del enfoque intercultural de la salud como una estrategia adecuada en los programas de capacitación del personal de salud, con el fin de modificar la percepción, los valores y sobre todo, las prácticas del trabajo del equipo de salud en situación intercultural.

La formación de recursos humanos en salud con orientación intercultural supone mejoras en la competencia técnica y humana del personal institucional, incide en el respeto, en el trato adecuado del usuario, en el reconocimiento de las tradiciones culturales, en la atención y la equidad en salud.

El gran reto de la interculturalidad no sólo es dar cuenta de la importancia que tiene la cultura del paciente en el diagnóstico y pronóstico del tratamiento en contextos indígenas sino demostrar que el equipo de salud también construye y reproduce nociones culturales del diagnóstico y cuidado de la enfermedad.

Una propuesta estratégica para implementar acciones que contribuyan a abatir los grandes rezagos entre la población indígena, pasa inevitablemente por la profesionalización del personal de salud a través de la capacitación intercultural, con la que se pretende modificar en

primera instancia la percepción y hábitos negativos de los pacientes pero también de los proveedores de servicios.

Generalmente las acciones de educación intercultural trabajan en torno al cambio en los patrones de conducta de la población y mucho menos en el necesario cambio de conductas del personal de salud; quien debe modificar hábitos, creencias y cultura médica es el paciente en tanto se considera que el personal de salud se capacita técnica y científicamente. La “adecuación cultural” debe pasar por la población y no por los profesionales sanitarios (LERIN y REARTES, 2008).

En nuestra opinión una estrategia viable es la construcción de una medicina intercultural que establezca pautas que guíen las relaciones entre ambas medicinas y permita la articulación de los saberes tradicionales y científicos validados por el propio paciente (GARCIA, 2008, p.311).

Esta relación contradictoria entre saberes médicos, populares, tradicionales e institucionales registran tensión cuando se trata de la prevención de enfermedades emergentes, del rezago o pandémicas como la DM-T2. Para el saber profesional (alópata) la prevención de enfermedades, que no tiene cura por el momento, se basa en construir una cultura médica del paciente que fomente cambios de valores y comportamientos teniendo como principal objetivo: el auto cuidado.

Sin embargo, la biomedicina generalmente suele descalificar los saberes populares de autocuidado y autoatención: “Considera dichos saberes como factores que frecuentemente inciden en forma negativa sobre los procesos de S/E/A. Los perciben como factores equivocados o incorrectos que deben ser modificados, considerando explícitamente o implícitamente que la población no sólo carece de criterios de prevención, sino que incluso rechaza la prevención” (MENENDEZ, 2009, p.121).

Un claro ejemplo claro de estas contradicciones o conflictos, es el caso de las Unidades Médicas de Especialidad (UNEMEs) que en México sea han constituido, junto con los grupos de autoayuda (GAMs) en las estrategias rectoras para el manejo integral de la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, el sobrepeso, la obesidad y las dislipidemias desarrolladas por el primer nivel de atención. Entre sus objetivos destaca el: “Fomentar una cultura por la salud entre la población que propicie cambios de actitudes saludables para reducir los factores de riesgo” (GONZALEZ Y COLS., 2009).

Si bien podemos estar de acuerdo con estas estrategias de atención primaria a la salud, debemos señalar algunos puntos motivos de crítica y reflexión. Digamos que un primer aporte de esta nueva estrategia es que reconoce el campo de la ayuda mutua como importante. Nosotros diríamos con Menéndez que el auto cuidado es un componente del verdadero primer nivel de atención a la salud y no a la enfermedad, que es estructural en cualquier sociedad, y que tiene que ver con las primeras acciones que se llevan a cabo por el paciente, su núcleo familia, grupo doméstico, grupo de conocidos o grupo comunitario ante los peligros o riesgos de perder la salud y prevenir las complicaciones. Sin embargo, hay que señalar que el modo en que son implementados en la práctica los GAMs, evidencian la vigente hegemonía del modelo médico en las estrategias de prevención y atención.

En términos de Modelo, la medicina alopática tiende a hegemonizar distintas prácticas de cuidado que le son útiles y descalifica a otras e incluso las estigmatiza como los saberes populares de atención. En este caso, la ayuda mutua expresada en los GAMs sólo es posible bajo el control del equipo de salud y es parte de la denominada expansión del Modelo Médico Hegemónico (MENENDEZ, 1988, p.13).

A partir de nuestro trabajo en la región de los altos de Chiapas, los GAMs pueden tener un mayor impacto si se orientan culturalmente a la cultura local. Para ello proponemos que estas instancias que fomentan el autocuidado y la adherencia terapéutica alcanzarían mejores resultados si:

- 1.- Reconocieran que existen diferentes significados y prácticas culturales de atención local y regional relacionadas con la identificación y control de la DM-T2.

- 2.- Aceptaran que existen diferentes prácticas alimenticias locales y regionales que tienen como objeto el control de los niveles de azúcar difundidos entre la población.

- 3.- Asumieran que existen distintas trayectorias del padecer diabetes entre la población, en las que se recurre en primera instancia a la ayuda mutua y/o auto ayuda, al médico popular o yerbatero, al culto religioso cercano y siendo el último recurso, el personal de salud.

- 4.- Consideraran que la prescripción médica no siempre se recepciona de la misma manera por parte del paciente a causa de obvias diferencias culturales y la lengua.

- 5.- Reflexionaran acerca de que no siempre el personal de salud adecua sus métodos, técnicas y conocimientos a la cultura del paciente.

La estrategia de los GAMs en contextos interculturales podría incorporar la figura de un promotor sanitario capacitado para vincular adecuadamente la medicina oficial y la popular o como señalan Kalinsky y Arrúe (1996) capaces de ser intermediadores entre campos semánticos heterogéneos.

Desde hace algunos años, la OPS ha insistido en la promoción de una verdadera “salud intercultural” que respete la cosmovisión indígena en relación a la salud y la enfermedad y revitalice el trabajo de los médicos tradicionales, e incluso va más allá, estimulando a las instituciones de salud que trabajan en contextos indígenas para que adecuen culturalmente los servicios con el fin de brindar un trato digno a los indígenas enfermos.

Varias son las experiencias en el sur del continente, que nos invitan a reflexionar sobre la incorporación del enfoque intercultural en salud, en el contexto de unos servicios de salud de carácter supuestamente universales. Aunque el gobierno mexicano ha firmado a nivel internacional compromisos a favor de los derechos a la salud de la población originaria se siguen orientando las políticas sin tomar en cuenta los mínimos requisitos para el otorgamiento de servicios con pertinencia cultural y en la lengua de los propios pueblos indígenas.

La propuesta de educación intercultural en salud que aquí proponemos (Figura1) para atender las distintas problemáticas asociadas a la diabetes mellitus tipo-2 en contextos indígenas pretende articular en el ámbito de la prevención, diagnóstico y atención a los distintos actores sociales involucrados en el proceso terapéutico y debe ser pensada como el inicio de un conjunto de acciones que tiendan a la adecuación cultural de los programas y servicios así como la pertinencia cultural en los tratamientos y prescripciones médicas, respecto por ejemplo de la alimentación y el ejercicio físico, y que deben impulsarse al interior y fuera de los servicios, con el principal objetivo de fomentar mejoras en la calidad de la atención.

Finalmente, consideramos que: “La educación intercultural es uno de los temas que más interés ha despertado en los últimos años ... ya que ... abre la comprensión hacia asuntos urgentes y que necesita una respuesta inmediata, la cultura actual no es homogénea, sino que es compleja como la sociedad en que vivimos. Por ello, es el momento de ofrecer competencias a través de la educación intercultural para gestionar una nueva convivencia cultural” (SAEZ, 2008, p. 104).

FIGURA 1



BIBLIOGRAFIA

BIBEAU, Gilles. ¿Hay una enfermedad en las Américas?. En: Pinzón et al. Cultura y salud en la construcción de las Américas. Bogotá: Instituto Colombiano de Cultura-Instituto Colombiano de Antropología-Comitato Internazionale per lo Sviluppo dei Popoli, 2001. p. 42-69.

BREILH, Jaime. Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar editorial, 2003.

CASTELLANOS, Alicia. Antropología y racismo en México. En: Desacatos, núm.4, México: CIESAS, 2000, p. 53-79.

COMISION ECONOMICA PARA AMERICA LATINA (CEPAL). Derechos, sistemas de salud y medicinas indígenas: algunas experiencias en la Región. CEPAL: 194.1, 2007.

CONSEJO NACIONAL DE POBLACION (CONAPO). La situación demográfica de México, México: CONAPO, 1998.

FERNANDEZ, G. Enfermedad del ‘susto’ en el altiplano de Bolivia. En: FERNANDEZ, G. (coord.). Salud e interculturalidad en América Latina: Perspectivas antropológicas. Quito-Ecuador: Ed. Abya-Yala-Agencia Bolhispana, 2004.

GARCIA VAZQUEZ, Cristina. Modelos de interpretación y relaciones terapéuticas: salud mental, hegemonía e interculturalidad. En: GARCIA VAZQUEZ, Cristina (coord.). Hegemonía

e interculturalidad. Poblaciones originarias y migrantes. Buenos Aires: Prometeo, 2008. p.281-316

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA, GEOGRAFIA E INFORMATICA (INEGI)-SECRETARIA DE SALUD (SSA). Cinta de mortalidad promedio, 1998-1999. México: INEGI-SSA, 1999.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA, GEOGRAFIA E INFORMATICA (INEGI). XII Censo general de población y vivienda. México: INEGI, 2000. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx>. Acceso en: 7 octubre 2013.

INSTITUTO NACIONAL INDIGENISTA (INI). Información básica sobre los pueblos indígenas de México. México: INI, 1999. Disponible en: <http://www.sedesol.gob.mx>. Acceso en: 23 septiembre 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA (INSP). Encuesta nacional de nutrición. México: INSP, 1999.

JUAREZ, Clara y cols. La diabetes entre la población indígena de la región maya: situación actual y propuesta de adecuación intercultural en los programas de prevención de los servicios públicos de salud. Proyecto con financiamiento CONACYT, 2009.

KALINSKY, Beatriz y ARRUE, Willie. Claves antropológicas de la salud. El conocimiento en una realidad intercultural. Buenos Aires: Niño y Dávila Editoriales, 1996.

LANGDON, Esther. Salud y Pueblos Indígenas: Los desafíos en el cambio de Siglo. En: BRICEÑO-LEON, Roberto; SOUZA MINAYO, María Cecilia y COIMBRA Jr., Carlos E. A. Salud y Equidad: una mirada desde lo social. Rio de Janeiro: Editorial Fiocruz, 2000. p. 107-117.

LARA, A et al. Epidemiología de la diabetes mellitus en México 1993-2006. Una visión de los últimos años. En: 3ª Reunion Internacional sobre diabetes. México: UNAM, 2009, p.151-162.

LERIN, Sergio y REARTES, Diana. Salud mental, un tema olvidado: capacitación intercultural del personal de salud que atiende a población indígena. En: GARCIA VAZQUEZ, Cristina. Hegemonía e interculturalidad. Poblaciones originarias y migrantes. Buenos Aires: Prometeo, 2008, p. 317-340.

LERIN, Sergio y cols. Situación de los grupos de autoayuda para diabeticos en los servicios públicos de salud y propuesta para mejorar la participacion de los enfermos. Proyecto con financiamiento CONACYT, 2009.

LERIN, Sergio y cols. Presencia de la pertinencia cultural en las estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 en cuatro comunidades yucatecas. Proyecto con financiamiento FOMIX, 2011.

MENENDEZ, Eduardo. Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones. México: CIESAS, 1990 (Cuadernos de la Casa Chata, núm. 179).

_____ De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en estudios de la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2010.

_____ La parte negada de la cultura: relativismo, diferencias y racismo. Rosario: Ed. Prohistoria , 2010.

Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS). Hacia el abordaje integral de la salud. Pautas para la investigación con pueblos indígenas. Washington D.C. : OPS-OMS, 1997. p. 6.

_____ Incorporación del enfoque intercultural de la salud en la formación y desarrollo de recursos humanos. Washington D. C: OPS-OMS, 1998.

PAGE, Jaime. Utilidad de los conceptos “chamanismo” y “estados alterados de conciencia” para el estudio de los sistemas etnomédicos de tres poblados mayas de los altos de Chiapas. En: FAGETTI, Antonella (coord.). Iniciaciones, trances, sueños. Investigaciones sobre chamanismo en México. México: Plaza y Valdes. p. 393-412.

POZAS, Ricardo. Juan Pérez Jolote. México: Fondo de Cultura Económica, 1998. p. 97.

QUIROS. Módulo para Promover y Defender el Derecho a la Igualdad, Justicia y desarrollo y Respeto para las Personas que viven con VIH-SIDA. Costa Rica: Instituto Interamericano de derechos humanos, 2002.

SAEZ ALONSO, Rafael. La educación intercultural para una sociedad global. En: GARCIA VAZQUEZ, Cristina. Hegemonía e interculturalidad. Poblaciones originarias y migrantes. Buenos Aires: Prometeo, 2008. p. 103-129.

SECRETARIA DE SALUD (SSA). Boletín de Información Estadística, vol. 1 “Recursos y servicios”, núm. 17. México: SSA-Dirección General de Estadística e Informática, 1997.

_____ La Estrategia de Extensión de Cobertura. Salud Reproductiva. México: SSA, 1999.

_____ Programa Nacional de Salud, 2001-2006. México: SSA, 2001.

_____ Programa de acción: Salud reproductiva. México: SSA, 2001.

_____ Programa de acción: Salud y nutrición para los pueblos indígenas. México: SSA, 2001.

SEPULVEDA, Jaime (ed.) La salud de los pueblos indígenas en México. México: Secretaría de Salud-Instituto Nacional Indigenista, 1993.

VINCENT VALLA, Víctor. Participación social, derechos humanos y salud: procurando comprender los caminos de las clases populares. En: BRICEÑO-LEON, Roberto; SOUZA MINAYO, María Cecilia y COIMBRA Jr., Carlos E. A. Salud y Equidad: una mirada desde lo social. Rio de Janeiro: Editorial Fiocruz, 2000. p. 85-105.