

Repensar la interculturalidad para contribuir a la equidad en salud de los pueblos indígenas

BLANCA ESTELA PELCASTRE-VILLAFUERTE

La Dra. Pelcastre Villafuerte es Psicóloga egresada de la Universidad Nacional Autónoma de México, con Maestría y Doctorado en Psicología Social en la Universidad Autónoma de Barcelona. Es profesora-investigadora del Instituto Nacional de Salud Pública y Coordinadora del Programa Institucional Salud de los Pueblos Indígenas, del Observatorio de la Salud de los Pueblos Indígenas y de la Especialidad Nacional para el Bienestar Comunitario en Salud Comunitaria. Es Investigadora Nacional Nivel 3 e integrante de la Academia de Ciencias de Morelos.

Esta publicación fue revisada por el comité editorial de la Academia de Ciencias de Morelos.

Los pueblos indígenas de México

Cuando aludimos a los pueblos indígenas de México quizá pensemos en la diversidad de lenguas, textiles y tradiciones que los representan. Menos común es identificar el amplio conjunto de elementos étnico-históricos que caracterizan a cada uno de estos pueblos y que se traducen en cosmovisiones y prácticas. Tampoco es común que las y los mexicanos sepamos que actualmente existen distintos criterios para contabilizar a esta población. Ser hablante de una lengua indígena es uno de ellos, pero otro criterio muy importante que apenas fue introducido en los censos de nuestro país en el 2010 es la *autoadscripción* de las propias personas a algún pueblo originario. Contamos con datos del 2023 que muestran que, siguiendo el criterio lingüístico, 5.9% de la población es indígena, mientras que por el criterio de autoadscripción lo es el 30.3% (1). Es aún menos frecuente reconocer que los pueblos indígenas sistemáticamente presentan peores indicadores de salud que los del resto de la población nacional y viven mayoritariamente en condiciones de pobreza y marginación, en comparación con los no indígenas (2,3). Ejemplo de estas condiciones son las altas tasas de mortalidad materna e infantil que registran estos pueblos, la esperanza de vida que llega a ser de hasta 7 años menos que la media nacional o el hecho de que más de la mitad de la población indígena (65.2%) viva en condiciones de pobreza (4). Estos datos son persistentes a través de los años y no podemos más que preguntarnos a qué se deben.

A través de la investigación, hemos podido reconocer que la principal explicación detrás de estos indicadores se encuentra en las estructuras sociales que han venido actuando históricamente, beneficiando a unas personas y desfavoreciendo a otras, generando brechas, que se hacen cada vez más profundas. Una de las consecuencias del carácter histórico de la conformación estructural de nuestra sociedad nacional es que los pueblos indígenas cuentan con un acceso limitado a bienes y servicios básicos, así como a buenas oportunidades educativas y laborales. Estos pueblos no se encuentran en esa situación debido a sus características culturales, su identidad, sus valores o sus formas locales de organización social, sino por otros factores. Las personas indígenas han tenido menos oportunidades, por años han ocupado los últimos peldaños de la jerarquía social, y son objeto de ideologías y prácticas de discriminación y racismo, que se han normalizado en nuestra sociedad. Por *discriminación* se entiende aquí dar y/o recibir un trato desfavorable o de desprecio (5) y por *racismo* se entiende aquí la exclusión que se hace por el color de la piel o la identidad étnica. De modo que todas estas razones son suficientes para considerar estas condiciones como injustas e inequitativas.

(In) Equidad en salud

Para conseguir ser atendidas con calidad (y calidez) frente a una necesidad en salud, algunas personas indígenas deben encarar una serie de barreras de diferente tipo, por ejemplo, *culturales* (como hablar un idioma distinto), *económicas* (no contar con recursos para el pago de transporte y/o de medicamentos), o *geográficas* (vivir en zonas de difícil acceso o mal comunicadas). La ubicación de las comunidades indígenas, que generalmente se encuentran alejadas y con limitados medios de transporte, hace difícil que en sus comunidades haya presencia permanente de personal de salud que brinde atención continua a esta población en los centros de salud ubicados en esas regiones, generalmente rurales. Por ello, frente a los elevados costos que representa la atención médica privada, muchas personas que viven en estos lugares aceptan sus malestares, palian sus dolencias con algunos remedios naturales o consultan a médicos tradicionales, como única opción. Por la afinidad cultural de estos prestadores de salud con la población indígena, ellos representan un recurso de atención de más fácil acceso para ella, máxime cuando la lengua es el principal obstáculo identificado para el ac-

ceso a los servicios de salud (6). El reconocer que “el piso no está parejo” para todas las personas en la sociedad debería ser el primer paso para avanzar hacia la equidad. Los rezagos en salud de las poblaciones indígenas requieren de un abordaje integral, que considere no solo las características culturales de las comunidades indígenas, sino sobre todo tome en cuenta los determinantes socioeconómicos y geográficos que juegan en su contra y que son responsables en buena medida de las escasas oportunidades que tienen para estar sanos y tener bienestar. Estos determinantes son las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud (7). Este abordaje integral requiere una renovada *política pública intercultural* de salud. Es decir, una política que tanto en su diseño como en su implementación tome en cuenta las distintas características culturales de los diversos sectores del país, y que reconozca el carácter estructural, sistémico, de las brechas en salud, debidas a la relación altamente asimétrica entre los pueblos indígenas y la cultura mayoritaria nacional. El personal de salud, bajo esta perspectiva intercultural, debe tener muy en cuenta no sólo la asimetría de carácter socioeconómico y de acceso a derechos y oportunidades entre sus usuarios indígenas y no indígenas. También debe considerar con mucho cuidado las diferencias culturales que existen entre ambos, e incluso entre los primeros y los propios prestadores de servicios. Dicho de otra manera, cuando el personal médico tiene enfrente a una persona, debería preguntarle si pertenece a un pueblo indígena y a cuál de ellos, si habla un idioma distinto al español y si necesita traducción; preguntarle cuáles son las principales costumbres y prácticas de salud en su comunidad, tratarla con respeto, llamarla por su nombre y apellido como a cualquier otra persona, hacerla sentir relajada, y brindarle toda la información que necesite. Al mismo tiempo debería explorar si en el lugar donde ella vive hay acceso a agua potable, electricidad, servicios urbanos, si tiene estudios y hasta qué grado cursó, si vive sola o con otras personas, si acudió por voluntad propia, etc. Lo anterior fortalecería esta pers-

pectiva intercultural y contribuiría a fortalecer la calidad de la atención, objetivo que está expresado tanto en el Programa de Trabajo del Sector Salud 2024-2030 (8), como en el Plan Nacional de Desarrollo (9) de la presente administración, que señala la salud de la población como una prioridad, y busca garantizar el acceso a servicios de salud de calidad para todas y todos. Los derechos de las comunidades indígenas es uno de los ejes transversales de este Plan. En México no hemos integrado asertivamente una perspectiva de equidad en las políticas públicas, que tenga como objetivo central reducir las desigualdades injustas y evitables (10). Tampoco reconocemos plenamente el daño a la salud que el racismo acarrea, y no hemos podido garantizar un trato digno y respetuoso a quienes son víctimas de este sistema estructural de opresión en el espacio de los servicios de salud. Desarrollar un sistema público de salud verdaderamente intercultural puede ser la vía a través de la cual se hagan posibles, en materia de salud, estos objetivos.

¿Cómo se ha entendido la interculturalidad en salud?

A partir de la década de los 90, la política de interculturalidad en salud ha sido la respuesta de los gobiernos de América Latina para tratar de mejorar la relación de los servicios de salud biomédicos con los pueblos indígenas de la región (11). Se entiende por salud intercultural o interculturalidad en salud el conjunto de acciones basadas, en primer lugar, en la toma de conciencia de la cultura del paciente o persona usuaria de los servicios de atención a la salud para poder, a partir de esta comprensión, incorporar la cultura en el proceso de atención a la salud (12). La interculturalidad implica una relación en la que personas de diversos grupos poblacionales que son diversos desde el punto de vista étnico-cultural se vinculan, compartiendo espacios territoriales, lingüísticos y jurídicos, fomentando la horizontalidad, la comunicación, el respeto, la inclusión, la equidad y la reciprocidad, entre otros aspectos (13). Este concepto considera que el encuentro de personas de grupos distintos desde el punto de vista étnico-cultural, es un acercamiento equilibrado. Lamentablemente, en

los hechos este equilibrio no puede darse porque hay un desequilibrio de *facto*. Esto es, de entrada, los pueblos indígenas no gozan de igualdad de derechos frente a personas no indígenas, que en nuestro país suelen ser catalogadas por el Estado como “mestizas”. La horizontalidad y reciprocidad no pueden darse en estas circunstancias. Generalmente hay pocos esfuerzos unificados para facilitar la comunicación. Y la inclusión, cuando se da, suele darse de una manera en la que se reitera la desigualdad entre las partes.

En México y América Latina han predominado dos perspectivas de interculturalidad: la *relacional* y la *funcional*. La primera hace referencia al contacto e intercambio entre culturas distintas, pero esta mirada oculta el conflicto y los contextos de poder y dominación en los que tienen lugar esas relaciones. La segunda reconoce la diferencia cultural, con la finalidad de fomentar la inclusión en la estructura social establecida. Sin embargo, ninguna de estas perspectivas toca las causas de la desigualdad ni propone cómo afrontarlas.

En México, la política asume que la interculturalidad alude únicamente a las poblaciones indígenas y se ha centrado en el desarrollo de competencias y adecuaciones espaciales dentro de los servicios de atención a la salud, pretendiendo una interacción armoniosa, sinérgica y de enriquecimiento mutuo entre las personas indígenas y el personal de salud. No obstante, las acciones que se han implementado -etiquetadas como interculturales-, como la silla de parto vertical o los hospitales mixtos, parecen atribuir los rezagos de los pueblos indígenas a sus características culturales (14).

Un elemento sustantivo de la política de interculturalidad en salud vigente ha sido el “rescate” de la medicina tradicional, una acción que parece responder a la diversidad cultural, pero no necesariamente atiende las desigualdades. De este modo, las acciones implementadas desde esta política no han contribuido significativamente a la equidad y al ejercicio del derecho a la salud, como lo demuestran las persistentes brechas que se registran y desfavorecen a estas poblaciones (15). Las desigualdades estructurales y las prácticas de discriminación



LOS NAHUAS DE Morelos. Figura de <https://www.gob.mx/inpi/articulos/etnografia-de-los-nahuas-de-morelos>

y racismo hacia las poblaciones indígenas, históricamente determinadas y vigentes en el mundo contemporáneo interperlan a los sistemas de salud y demandan la necesidad de construir una noción de interculturalidad, que al mismo tiempo reconozca las diferencias culturales y atienda las brechas de desigualdad. Esto exigiría el diseño de acciones en salud basadas en una interculturalidad crítica. Este tipo de interculturalidad afirma la necesidad de cambiar no sólo las relaciones, sino también las estructuras y las condiciones y dispositivos de poder que mantienen la desigualdad, la inferiorización, la racialización y la discriminación (11).

Inquietudes presentes, respuestas pendientes

El trabajo que he realizado con pueblos indígenas del estado de Morelos y otras regiones del país me ha llevado a preguntarme si es suficiente el sentido de justicia que mueve a la acción para justificar una intervención en salud en estas poblaciones. Como profesional de la salud pública reconozco que el personal médico ha sido formado bajo una visión occidental, no indígena, sobre el proceso salud-enfermedad-atención. Aunque puedo reconocer más discrepancias que coincidencias entre esta visión y aquella de los pueblos indígenas hacia ese mismo proceso, considero que el sistema de salud y las personas que trabajamos en el ámbito de la salud pública, tenemos una responsabilidad frente a estos pue-

blo, que consiste en contribuir a eliminar las barreras para el acceso a la atención de la salud, debidas a las estructuras sociales de desigualdad. No hay que olvidar que el incremento de riesgos a la salud para estas poblaciones se debe en parte a la creciente “disponibilidad” de productos del mundo capitalista-occidental, en los territorios indígenas, como, por ejemplo, las bebidas azucaradas y otros alimentos chatarra que han sido introducidos hasta en las comunidades más remotas; adicionalmente, el uso indiscriminado de plaguicidas, los proyectos de minería a cielo abierto y la sobreexplotación del recurso hídrico, son ejemplos de lo que se conoce como racismo ambiental (16) y son prácticas que debemos detener como parte de esta responsabilidad.

Sólo desde una acción social organizada que parta de una interculturalidad crítica se puede llevar a buen puerto este compromiso. Sin embargo, hoy en día, el concepto de interculturalidad es polisémico como lo hemos visto, de manera que una diversa gama de acciones - desde el activismo político hasta el rescate de la medicina tradicional- puede ser calificada como “intercultural”. Pero interculturales deberían ser también aquellas acciones encaminadas a transformar las condiciones de injusticia social. Por ello la invitación a repensar esta noción. Debemos darle un nuevo contenido al concepto de interculturalidad en el ámbito de la salud. La acción en este sentido debe ir más

allá de propiciar encuentros entre los modelos médicos o de generar acciones monoculturales en salud hacia las poblaciones indígenas. Como hemos visto, lo intercultural no es sinónimo de lo tradicional o indígena, ya que intercultural es todo aquello que es producto de la relación de dos o más culturas. La base de la inter-cultura no sólo es el reconocimiento de lo diferente, sino, sobre todo, la idea de que los diversos polos de la diversidad deberían poder complementarse, vincularse, comunicarse, y desde este ejercicio, contribuir a la afirmación de las identidades, sin que dicha afirmación se vuelva esencialista y por lo tanto excluyente.

¿Son realmente interculturales, desde una perspectiva crítica, las acciones que desde el sistema de salud se han implementado para la atención de las poblaciones indígenas? No me lo parece. A pesar del discurso respetuoso de la diversidad cultural, en México tenemos un sistema de salud basado en una visión biomédica, medicalizada y fragmentada (14), y uno de los principales obstáculos para romper con esta visión es el propio gremio médico (17). Las acciones que se han emprendido para atender las que creemos son las necesidades de salud de los pueblos indígenas son acciones basadas en una visión parcializada. Partimos de una forma de organización específica, con una infraestructura particular que es acorde con la perspectiva biomédica, que parte de una visión sobre la salud y la enfermedad distinta a la indígena, inserta en un siste-

ma que atiende y se preocupa por planificar, por cumplir con indicadores, por responder a necesidades normativas. Intentamos construir puentes entre la población indígena y los servicios de salud, pero esos puentes nunca se cruzan en ambas direcciones, solo se construyen para que la población indígena se acerque a los servicios de salud, eso, lejos de favorecer la equidad, únicamente contribuye a ratificar el poder hegemónico del modelo biomédico.

El esfuerzo para integrar en la atención en salud a la medicina tradicional y a la alópata (modelo de hospital mixto), ha sido infructuoso porque, a diferencia de otras regiones como Alaska, Nueva Zelanda, Australia o Canadá, en México las minorías étnicas y las poblaciones no indígenas mantienen una relación desigual de poder, que se refleja en la subordinación del modelo tradicional frente al biomédico. Los servicios de atención son el mejor espacio para el ejercicio del derecho a la salud, pero en realidad ese espacio es limitado para operacionalizar todo lo que una perspectiva de interculturalidad crítica podría ofrecer.

Conclusiones

Debemos seguir repensando la interculturalidad en salud. Ésta no puede basarse en el predominio de un modelo sobre otro. Debe sobre todo superar la visión culturalista y enfocarse en las estructuras que generan las desigualdades en salud, para que se trabaje alrededor de la acción transectorial para transformar esas condiciones, pues la salud de las poblaciones tiene una determinación multicausal que incluye aspectos culturales, pero también económicos, políticos y sociales. Los servicios de salud se fortalecen a través de la implementación de acciones que respondan a la diversidad cultural de las poblaciones que atienden; pero las poblaciones se benefician de políticas públicas que contribuyan a mejorar sus condiciones de vida y que permitan “emparejar el piso”.

Esta columna se prepara y edita semana con semana, en conjunto con investigadores morelenses convocados del valor del conocimiento científico para el desarrollo social y económico de Morelos.



CULTURA Y TRADICIÓN mazahua. Figura de <https://go.microsoft.com/fwlink/?linkid=799165>

REFERENCIAS

1. INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2023.
2. Pelcastre-Villafuerte BE, Meneses-Navarro S, Sánchez-Domínguez M, Meléndez-Navarro D, Freyermuth-Enciso G. (2020). Condiciones de salud y uso de servicios en pueblos indígenas de México. *Sal Pub Mex*, 62:810-819.
3. Montenegro RA, and Stephens C. (2006). Indigenous health in Latin America and the Caribbean. *Lancet*, 367: 1859-69.
4. CONEVAL. (16 de enero de 2025). Medición de pobreza 2022. [Archivo PDF]. https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/MMP_2022/Pobreza_multidimensional_2022.pdf
5. CONAPRED. ¿Qué es la discriminación?. <https://www.conapred.org.mx/discriminacion-en-mexico/que-es-la-discriminacion/>
6. Datos del diagnóstico cualitativo “Identificación de un modelo de

7. atención a la salud para adultos mayores en zonas indígenas”. Proyecto de investigación financiado por CONACYT-Fondos Sectoriales SALUD-2008-01-87123.
8. Ortiz-Prado E, Begay RL, Vasconez-Gonzalez J, and Izquierdo-Condoy JS. (2024). Editorial: Promoting health and addressing disparities amongst Indigenous populations. *Front. Public Health*, 12:1526515.
9. Gobierno de México. Programa de Trabajo del Sector Salud 2024-2030.
10. Gobierno de México. Plan Nacional de Desarrollo 2025-2030.
11. Pelcastre-Villafuerte BE, Meneses-Navarro S, Sánchez-Domínguez M, Rueda Neria C, Leyva Flores R. Equidad en el acceso a los servicios de salud. En Rivera Dommarco J, Barrientos Gutiérrez T, Oropeza Abúndez C. Síntesis sobre políticas de salud. Propuestas basadas en evidencia. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2021.
12. Viaña J, Tapia L y Walsh C. Construyendo Interculturalidad Crítica. III – CAB, 2010.
13. Carreazo J. (2004). Salud Intercultural: Atisbos de un enfoque multidisciplinario. *Paediatrica* 6(2): 101-107

14. Almaguer A, Vargas V, García H. (coords.). Interculturalidad en Salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. México, D.F.: Secretaría de Salud/ Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, 2014.
15. Menéndez EL. (2016). Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciência & Saúde Coletiva* 21(1): 109-118.
16. Leyva-Flores R, Infante-Xibille C, Gutiérrez JP, Quintino-Pérez F. (2013). Inequidad persistente en salud y acceso a los servicios para los pueblos indígenas de México, 2006-2012. *Sal Pub Mex*, 55(Supl. 2), S123-S128.
17. Coimbra C. Minorías étnico-raciales, desigualdad y salud: consideraciones teóricas preeliminarias. En Bronfman M y Castro R. (coords.) Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina. México: EDAMEX, 1999.
18. Castro R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Rev Mex Sociol*, 76(2):167-97.