

Discriminación en el marco legal del derecho a la salud con enfoque intercultural en México: una aproximación crítica

*Andrea Isunza Vera**

RESUMEN

La discriminación étnica no es cuestión del pasado, sigue presente no sólo en las prácticas, sino también en los discursos. Generalmente se piensa que las leyes son justas y no discriminatorias, como los principios fundamentales de los derechos humanos; sin embargo al ser diseñadas por los grupos dominantes, es posible identificar discursos racistas y multiculturalistas, a pesar del reconocimiento de la interculturalidad en los países pluriétnicos y multiculturales. En este trabajo se presenta una aproximación al análisis crítico del marco legal del derecho a la salud en México, enfocado específicamente a los pueblos indígenas.

PALABRAS CLAVE: derecho a la salud, salud intercultural, discriminación, discurso racista, discurso multiculturalista.

ABSTRACT

Ethnic discrimination is not a matter of the past, continues to be present not only in practice but also in the discourses. Generally it is thought that the laws are fair and non-discriminatory, such as the fundamental principles of human rights. However here it is argued that these laws are made by dominant groups, it is possible to identify racist and multiculturalist discourses, despite the recognition of interculturality in the multiethnic and multicultural countries. This paper presents an approximation to the critical analysis of the legal framework of the right to health in Mexico, focused specifically on indigenous peoples.

KEYWORDS: health right, intercultural health, discrimination, racist discourse, multiculturalist discourse.

*Doctorante en Ciencias en Salud Colectiva de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

Fecha de recepción: 21 de mayo de 2015
Fecha de aprobación: 16 de julio de 2015

Introducción

La mayoría de los países latinoamericanos reconocieron desde hace veinte años su condición pluriétnica y multicultural. En estos contextos reconocidos de diversidad cultural surge el tema de la interculturalidad, en sus inicios en el ámbito educativo, posteriormente en todos los ámbitos de política del Estado.

Una definición de interculturalidad que me convence, y la que concuerda con mi posicionamiento para fines de este trabajo, es la que comparte Castañeda:

La interculturalidad es una propuesta de diálogo, intercambio y complementariedad. Constituye una noción propositiva que apunta hacia la articulación de las diferencias pero no a su desaparición. Supone impulsar espacios de encuentro, diálogo y asociación entre seres y saberes, sentidos y prácticas distintas. Más allá de la mera relación entre culturas, requiere confrontar las desigualdades en los intercambios culturales y entre culturas mismas (2010:113).

Esta noción de interculturalidad aparece ligada a la emergencia de los movimientos indígenas, afroamericanos y, en menor grado, migrantes, como actores sociales en el escenario sociopolítico latinoamericano impugnando el proyecto homogeneizador e integracionista de las políticas estatales (ídem).

En épocas de interculturalidad, diversidad y tolerancia, donde lo étnico o lo racial que antes se conceptualizaba desde lo biológico, ahora desde lo social se vislumbra como cultura, es importante visualizar y aceptar la posible presencia de racismo. Es necesario señalar de qué manera el racismo

es parte central en la formación del Estado y de la injusticia social (*cf.*: Saldívar, 2012).

Los principios de igualdad y de no discriminación, explícitamente establecidos en los tratados internacionales y regionales de derechos humanos, son bases fundamentales para la realización de los derechos humanos. Por tanto, cabría esperar que el derecho a la salud, en la legislación mexicana, adoptara dichos principios.

El propósito de este trabajo es reconocer la discriminación étnica que se encuentra inmersa en los discursos racistas y multiculturalistas en la legislación federal.

Se presenta en este trabajo: (1) una pequeña semblanza sobre la utilización del enfoque intercultural en salud, en México; (2) algunos conceptos sobre discriminación y discursos racista y multicultural que sirven de base para el análisis del trabajo; (3) una síntesis sobre diferentes tratados internacionales de derechos humanos signados y ratificados por México, incluidos los regionales o de las Américas relativos al derecho a la salud de los pueblos indígenas; y (4) una aproximación al análisis crítico sobre el discurso de la legislación de México sobre el derecho a la salud de los indígenas o también llamada salud con enfoque intercultural.

Enfoque intercultural en salud: breve recorrido histórico en México

El enfoque intercultural en salud ha sido apropiado de manera fragmentaria por instancias gubernamentales, inicialmente por la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional Indigenista¹, que a través

¹ Ahora Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, CDI.

de acciones aisladas pretendieron cambios de alto impacto y bajo costo en la salud de los indígenas.

En 1940, a partir del I Congreso Indigenista Interamericano, al reconocerse de manera oficial el surgimiento de la antropología médica, se inician las grandes acciones del enfoque intercultural en salud. Médicos e indigenistas se pronuncian por el respeto y la tolerancia hacia las ideas y prácticas utilizadas por los médicos tradicionales. En 1954, el doctor Aguirre Beltrán inaugura la cátedra de antropología en la Escuela de Salubridad del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales y publica su libro *Programas de Salud en la Situación Intercultural*, reimpresso por el IMSS en 1980 como parte del programa IMSS-COPLAMAR. (Lerín, 2004:119). La antropología médica surgió a mediados del siglo XX de la antropología social, que estaba estrechamente vinculada con los procesos históricos y sociales del país. Formó parte del proyecto hegemónico del Estado mexicano que la concebía como una disciplina al servicio de la nación cuyo objetivo principal era entender a los pueblos indios en sus especificidades socioculturales y buscar formas para “aculturarlos” (*cf.*: Freyermuth y Sesia, 2006:10).

Desde los años cuarenta, se acumularon un sinnúmero de experiencias con el enfoque intercultural, sea en la formación del personal de salud o en la aplicación de programas en zonas indígenas. Estas experiencias fueron muy importantes en los años sesenta cuando se realizaron las grandes acciones, con todo y sus críticas, del estado indigenista, pero dejaron de aplicarse hacia la década de los noventa cuando, en pleno apogeo neoliberal, se impulsaron estrategias selectivas con el objetivo de obtener alto impacto con poca inversión en materia de salud. (Lerín, 2004:111).

En el contexto de la conmemoración de los 500 años de la llegada de los europeos al continente americano y como una estrategia para abordar en cooperación con los pueblos indígenas la problemática de salud que los aqueja, se llevó a cabo, en 1993, el Primer Taller Hemisférico sobre Salud y Pueblos Indígenas, con participantes provenientes de 18 países de la región, que representaban a organizaciones, pueblos y naciones indígenas de América, así como a gobiernos, organismos internacionales, centros académicos y organismos no gubernamentales (*cf.*: OPS, 1998:28).

Las recomendaciones de dicho taller se agruparon en una propuesta: *La Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas*² (SAPIA). En esta iniciativa se hizo hincapié en la necesidad de que el enfoque intercultural en la salud fuera un eje transversal en los procesos de reforma del sector salud, dando además prioridad a la participación de los pueblos indígenas, tanto en los niveles de decisión como en los de ejecución de los planes, políticas y propuestas que los involucraran (*cf.*: Freyermuth y Sesia, 2006).

En México esta iniciativa se impulsa formalmente en El Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 donde se instaura una nueva relación entre el Estado, los pueblos indígenas y la sociedad en su conjunto. La Secretaría de Salud creó la Coordinación de Salud para los Pueblos Indígenas, con el propósito de lograr que los programas de salud alcanzaran con eficiencia y efectividad a la población indígena; asimismo, la Secretaría de Salud establece que la responsable de diseñar, promover, impulsar e implementar el enfoque intercultural en el Sistema Nacional de Salud es la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, para tal fin, en

² México firmó en 1993 la Resolución CD37.R5 y fue ratificada mediante la Resolución CD40.R6.

el 2001 se funda la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural de la Secretaría de Salud (Campos, 2007:6).

Discriminación: discursos racista y multiculturalista

La discriminación³, tiene como efecto la privación o la disminución de un derecho. Las múltiples formas de discriminación persisten en la vida cotidiana de las personas, comunidades y pueblos indígenas; se encuentran limitados en el ejercicio de sus derechos, son frecuentes las violaciones a sus derechos sociales como son la educación, salud, seguridad social, vivienda, servicios básicos y alimentación. Los pueblos indígenas mexicanos enfrentan la experiencia de la discriminación múltiple, que violenta sus vidas, identidades y esperanzas (*cf.* CONAPRED, 2012).

La discriminación étnica o racismo⁴ es un género muy específico de discriminación, ya que se dirige contra personas y/o grupos que se distinguen por

³ Discriminación se define como toda distinción, exclusión, restricción, preferencia, omisión y cualquier otra diferencia o trato fundados en la religión o las creencias, que tenga por fin o por efecto imposibilitar, directa o indirectamente, sea de manera deliberada o no, el ejercicio igualitario de los derechos humanos y de las libertades fundamentales en la vida civil, política, social, económica o cultural (Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, 2014:1). El principio fundamental de no discriminación se encuentra incluido en diversos instrumentos internacionales, como son: la Carta de las Naciones Unidas, El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención Internacional sobre la Eliminación de Toda Forma de Discriminación Racial, entre otros.

⁴ El racismo refiere a un fenómeno de discriminación causado por la idea y sus prácticas asociadas de que las características fenotípicas o genéticas de la gente determinan sus características intelectuales y culturales (CONAPRED, 2012).

sus características raciales, culturales, nacionales o cualquier otra que las asocie con un grupo que comparte una herencia común (Escalante, 2010:10).

El discurso racista se esconde en discursos y políticas culturalistas o legalistas; se encuentra incrustado en las instituciones y las legislaciones (Escalante, 2010:38).

Los discursos dominantes son definidos por los responsables de diseñar las estrategias en política. El discurso racista, afirma Van Dijk (*cf.* 2007a), es una modalidad de la práctica social discriminatoria que se manifiesta tanto en el texto, como en el habla y la comunicación. El discurso racista, junto con las otras prácticas (no verbales) discriminatorias, contribuye a la reproducción del racismo como una forma de dominación étnica o racial. Lo habitual es que se lleve a cabo mediante la expresión, confirmación o legitimación de las opiniones, actitudes e ideologías racistas del grupo étnico dominante.

Por lo que se refiere al término multiculturalismo se empezó a usar en los Estados Unidos para promover políticas de desarrollo y enaltecimiento de grupos étnicos que han padecido una larga historia de opresión racial (*cf.* Fernández, 2006).

Como adjetivo multiculturalista se ha usado, más habitualmente, en distintos países tradicionalmente receptores de inmigrantes, como Canadá, Australia, Reino Unido, Holanda, Suecia, etc., para designar políticas de inmigración y/o de integración cultural (*ídem*).

Lo que caracteriza este multiculturalismo o estas políticas multiculturalistas es que en ellas se da mucha importancia al papel de las comunidades de origen de los individuos (etnias, culturas o

religiones) como instituciones intermedias entre el individuo y el Estado (ídem).

Si bien el multiculturalismo podría entenderse como una política incluyente y positiva al ser una política legislativa y de gobierno que gestiona la diversidad étnica, en los hechos discrimina a los grupos subordinados, como los pueblos indígenas, al enaltecer el derecho a la diversidad sólo desde el folclor, las tradiciones y la lengua, pero sin respetar los derechos civiles, políticos y territoriales aceptados en el derecho internacional, aun siendo enunciados en la Constitución (*cf.* Escalante, 2010).

El discurso multicultural, por su parte, aunque reconoce el derecho a la diversidad cultural, es decir, al respeto a los valores, las costumbres y formas de ser, no ha incidido en la modificación de territorios políticos, en la distribución y el control de los recursos naturales o económicos, ni en el reconocimiento de jurisdicciones u otros derechos que la autonomía implica, como es la posibilidad misma de ostentar personalidad jurídica (ídem).

Derechos humanos: tratados internacionales en materia de la salud de los pueblos indígenas

Los derechos humanos son la suma de los derechos individuales, colectivos y de los pueblos inherentes a todas las personas, sin distinción de sexo, edad, nacionalidad, origen, religión, lengua, orientación sexo-afectiva o cualquier otra característica. Se establecen y proclaman con el objetivo principal de garantizar la dignidad humana de las personas, lo que significa que todas y todos, sin distinción, deberíamos tener acceso a un desarrollo y bienestar plenos durante todas las etapas y aspectos de nuestra vida (OACNUDH et al., 2010:11).

En el ámbito internacional, se encuentra la Declaración Universal de los Derechos Humanos⁵ (DUDH) que, como su nombre lo indica, expone los derechos básicos que debería tener cualquier persona. Los artículos de esta Declaración indican como principio fundamental de los derechos humanos la no discriminación; asimismo, hacen referencia al derecho a la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales que se traducirían en el disfrute personal y familiar, de un nivel de vida adecuado en que se asegure la alimentación, vestido, vivienda, empleo, atención médica y todos los servicios sociales, incluida la seguridad social.

Derivado de la DUDH, y como particularidad de los Derechos Humanos, aparece la Convención Internacional Para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial⁶. En su artículo 5 menciona que los Estados partes se comprometen a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico. De la misma manera, puntualiza en el inciso e), el compromiso a garantizar el goce de los derechos económicos, sociales y culturales en especial el derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales.

Todo lo anterior se vincula con el Pacto Internacional de los Derechos Económicos Sociales y Culturales⁷, (PIDESC), en el cual se especifica que los

⁵ Adoptada y proclamada por la Resolución de la Asamblea General de la ONU 217 A (III) del 10 de diciembre de 1948

⁶ Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 2106 A (XX), de 21 de diciembre de 1965 Entrada en vigor: 4 de enero de 1969, de conformidad con el artículo 19. Ratificada por México el 20 de febrero de 1975.

⁷ Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por

Estados partes se comprometen a hacer realidad lo expresado en la Declaración, en relación a los derechos colectivos; es decir, se responsabilizan a asegurar a los hombres y a las mujeres igual título a gozar de todos los derechos económicos, sociales y culturales enunciados en dicho Pacto.

Entre las medidas que deben tomar los Estados para hacer realidad estos derechos, según dicho Pacto, están: reducir la mortalidad y mortalidad infantil; promover la higiene ambiental; la prevención y tratamiento de enfermedades endémicas y epidémicas; así como crear las condiciones necesarias para asegurar a todos la atención médica en caso de enfermedad.

Para reforzar las obligaciones de los Estados de garantizar algunos de los derechos económicos, sociales y culturales, se llevó a cabo la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas⁸. En este evento 189 naciones, entre ellas México, se comprometieron con el contenido de la Declaración del Milenio, para alcanzar, a más tardar en el 2015, los llamados Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Los ocho ODM buscan atender las necesidades humanas más apremiantes y los derechos fundamentales que todos los seres humanos deberían disfrutar, entre ellos: erradicar la pobreza extrema y el hambre, reducir la mortalidad infantil y materna, mejorar la salud reproductiva, intensificar la lucha contra el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.

la Asamblea General de la ONU en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Entrada en vigor: 3 de enero de 1976, de conformidad con el artículo 27

⁸ La Cumbre de Milenio de la ONU se celebró en Nueva York, en septiembre del 2000.

El PIDESC está dirigido a cualquier ser humano; sin embargo surgen los derechos para grupos especiales como en el caso de los grupos indígenas cuyos derechos están recogidos en el llamado Convenio 169 de la OIT⁹.

Al reconocer que los pueblos indígenas y tribales son proclives a sufrir discriminación en muchas áreas, el primer principio general y fundamental del Convenio 169 es la no discriminación. El artículo 3 del Convenio establece que los pueblos indígenas tienen el derecho de gozar plenamente de los derechos humanos y libertades fundamentales, sin obstáculos ni discriminación.

El espíritu de la consulta y la participación constituye la piedra angular del Convenio 169 sobre la cual se basan todas sus disposiciones. El Convenio exige que los pueblos indígenas y tribales sean consultados en relación con los temas que los afectan. También exige que estos pueblos puedan participar de manera informada, previa y libre en los procesos de desarrollo y de formulación de políticas que los afectan. Todo lo relativo a la consulta y participación está contenido en el artículo 6.

El convenio expresa la necesidad de reconocer el concepto *territorio* entendido éste como lo que cubre la totalidad del hábitat de las regiones que los pueblos interesados ocupan o utilizan de alguna otra manera.

Hace referencia, también, a los derechos de los pueblos interesados a que los recursos naturales existentes en sus tierras deberán protegerse especialmente. Estos derechos comprenden el derecho

⁹ Convenio sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes (Entrada en vigor: 05 septiembre 1991) Adopción: Ginebra, 76ª reunión CIT (27 junio 1989).

de esos pueblos a participar en la utilización, administración y conservación de dichos recursos.

Los señalamientos específicos para la atención de la salud de los indígenas se hallan en los artículos 24 y 25 que, si bien repiten la parte fundamental del PIDESC, vale la pena resaltar, hacen referencia a que los servicios de salud deberían planearse y administrarse junto con los pueblos interesados, tomando en cuenta tanto las condiciones geográficas, económicas, sociales y culturales, como sus prácticas de prevención, curación y medicamentos tradicionales.

En el ámbito regional, llamado Las Américas, se encuentra en primer término la Carta de la Organización de los Estados Americanos¹⁰ donde se rescata en sus principios la intención de los Estados partes de la no discriminación. Para asegurar la salud y otros derechos para el trabajador y su familia, reconoce el trabajo como derecho y deber social, el cual debe incluir salarios justos.

Posteriormente señalo la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José)¹¹, de la que se puede resaltar en el apartado de los deberes de los Estados partes el compromiso a adoptar, con arreglo a sus procedimientos constitucionales y a las disposiciones de esta Convención las medidas legislativas o de otro carácter que fueren necesarias para hacer efectivos los derechos y libertades contenidos en esta Convención.

¹⁰ Suscrita en Bogotá en 1948 y reformada por el Protocolo de Buenos Aires en 1967, por el Protocolo de Cartagena de Indias en 1985, por el Protocolo de Washington en 1992, y por el Protocolo de Managua en 1993.

¹¹ Firmada en san José de Costa Rica el 22 de noviembre de 1969.

Menciono ahora, como parte del documento anterior, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, también conocido como “Protocolo de San Salvador”¹². En términos generales recoge los mismos principios que el PIDESC, como son la obligación de no discriminación, en el artículo 3; y los compromisos de los Estados partes a fin de reconocer la salud como un bien público y de garantizar el derecho a la salud, incluido en el artículo 10. Es importante mencionar que el punto e, del apartado 2 del artículo mencionado, expresa la necesidad de adoptar medidas a fin de satisfacer las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

Cabe señalar otro instrumento internacional, la Convención Interamericana contra el Racismo, la Discriminación Racial y formas conexas de Intolerancia¹³. Para efectos de este trabajo me centraré solamente en el artículo 1 del capítulo I, en que define la discriminación racial como “cualquier distinción, exclusión, restricción o preferencia, en cualquier ámbito público o privado, que tenga el objetivo o el efecto de anular o limitar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de uno o más derechos humanos o libertades fundamentales consagrados en los instrumentos internacionales aplicables a los Estados Partes”.

¹² Adoptado por la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos, en su décimo octavo periodo ordinario de sesiones, en San Salvador, El Salvador, el 17 de noviembre de 1988. Cabe hacer mención del descuido de los firmantes de la Convención Americana en 1969, donde omitieron incluir los DESC. Por tanto fue necesario redactar y adicionar este Protocolo.

¹³ Adoptado en La Antigua, Guatemala el miércoles 5 de junio de 2013.

Para cerrar el ámbito regional, hago referencia a la Resolución CD37/20 del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud¹⁴, el cual describe la Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas, SAPIA, así como el informe con sus conclusiones y recomendaciones de la Reunión de Trabajo de Winnipeg, Canadá, que tuvo lugar entre el 13 y 18 de abril de 1993.

La Resolución CD40.R6 reconoce el incremento de las inequidades en el estado de salud y en el acceso a los servicios sanitarios básicos para los indígenas de las Américas debido a los obstáculos económicos, geográficos y culturales que se oponen a la prestación eficiente y eficaz de servicios de salud pública y de atención sanitaria. Exhorta a los Estados miembros a ser persistentes en los esfuerzos para detectar, vigilar y eliminar las inequidades en el estado de salud y en el acceso a los servicios sanitarios básicos de los pueblos indígenas (IIDH, 2006).

La Iniciativa SAPIA consensuó cinco principios que debían regir el trabajo de la OPS y de sus Estados Miembros al abordar la temática de los pueblos indígenas: a) necesidad de un enfoque integral de la salud; b) derecho a la autodeterminación; c) respeto y revitalización de las culturas indígenas; d) reciprocidad en las relaciones; y e) derecho a la participación sistemática.

Los principios de igualdad y de no discriminación, explícitamente establecidos en los tratados internacionales y regionales de derechos humanos, son bases fundamentales para la realización de los derechos humanos.

¹⁴ También conocida como “Resolución V” fue emitida en septiembre de 1993 en el marco del XXXVII Consejo Directivo de la OPS.

Legislación federal sobre salud de los pueblos indígenas: estudio crítico *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*

En el artículo primero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2015:1), queda expresamente prohibida la discriminación motivada, entre otras, por el origen étnico, la condición social, las condiciones de salud, o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas, por lo que cabe afirmar que este artículo se encuentra en completa coincidencia con los tratados internacionales descritos anteriormente.

Encuentro que el artículo 2º, inicialmente, afirma que la nación mexicana es única e indivisible y, con posterioridad, reconoce que la nación tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas.

Los adjetivos *única* y *pluricultural* pueden sonar bien y dar la idea que recogen la realidad de nuestro país; pero es lo que ha dado base a que los no indígenas hayan avasallado a los seres humanos de las culturas que integran nuestra nación, pretendiendo integrarlos, orillándolos al abandono de su idioma, vestido, e infinidad de usos y costumbres. En conclusión, se ha propiciado la discriminación.

En este artículo constitucional se puede observar claramente el modelo político multicultural al que se refiere Escalante (2010:53): cuando menciona que se reconoce a favor de los pueblos indígenas el respeto a valores, costumbres y formas de ser, pero no vislumbra modificación de territorios políticos; cuando establece a favor de la federación, los Estados y los Municipios las facultades para la distribución y el control de los recursos naturales o económicos; y cuando se abstiene del

reconocimiento a favor de los pueblos indígenas, de jurisdicciones u otros derechos que la autonomía implica, como es la posibilidad misma de ostentar personalidad jurídica.

Asimismo, el artículo segundo constitucional, hace alusión a la no discriminación de los pueblos indígenas e igualdad de oportunidades, por lo que expresa que para tal fin se han de diseñar políticas específicas para garantizar los derechos de los indígenas y el desarrollo de sus comunidades y éstas deberán ser diseñadas y operadas conjuntamente con ellos.

Respecto a lo anterior considero: (1) los pueblos y naciones indígenas rechazan la noción de igualdad no porque no les interese luchar por ella, sino porque las políticas de la igualdad han estado ligadas a procesos de homogenización, blanqueamiento y occidentalización, y también porque admitirlas es renunciar al autogobierno sobre sus territorios (Álvarez, 2012:3); y, (2) a pesar de un “aparente” respeto a la otredad, es un discurso que denota discriminación racial por parte de la clase dominante, ya que la intención, en este caso de igualar para diseñar en conjunto, se basa en un principio de superioridad que convierte a los indígenas en entes pasivos y manipulables. Las políticas de igualación pueden sostenerse en discursos paternalistas y bien intencionados, pero cuyo fondo consiste en no aceptar al otro ni tomar en cuenta sus aspiraciones. Predomina, a mi parecer, el discurso multiculturalista, ya que se siguen instrumentando políticas públicas decididas desde las propias instancias gubernamentales, pese a que se haya hecho la simulación de ser consultadas con los pueblos interesados (*cf.*: Escalante, 2010).

Sobre la salud de los pueblos indígenas, el artículo 2º constitucional en su fracción III menciona: “las autoridades tienen la obligación de asegurar

el acceso a los servicios de salud y el aprovechamiento debido de la medicina tradicional”.

Se recalca la obligación del Estado de garantizar los servicios de salud, también concede a las autoridades la facultad de asegurar el aprovechamiento “debido” de la medicina tradicional. En este enunciado queda claro que el poder del sistema hegemónico se sigue ejerciendo para decidir sobre el modelo médico subordinado. Se corre el riesgo de que si bien se están usando términos que aparentemente buscan garantizar la igualdad de oportunidades para la población indígena, en realidad lo que hacen es preservar las políticas indigenistas racistas en las que la supremacía y el poder de un grupo sobre otro tiene el propósito de asimilar, aculturar e incluso de *mejorar racialmente* a quienes se alejaban de los valores y modelos de vida del grupo dominante (*cf.*: Escalante, 2010).

En el artículo 4º constitucional (2015:5) se plasma el derecho a la salud y, de su última reforma, se puede rescatar lo siguiente: la libertad de las personas a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos; el compromiso del Estado de garantizar la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad; el reconocimiento del derecho de toda persona a un medio ambiente sano para su desarrollo y bienestar, entre otros. Todo lo concerniente al derecho a la salud en los términos del artículo 4º constitucional se reglamenta en la Ley General de Salud y es aplicable en toda la República Mexicana.

Si bien no tengo crítica en relación a lo anterior, en el párrafo cuarto del artículo en comento se expresa: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud” y que “La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud”.

Encuentro que la Ley General de Salud que se encarga de reglamentar el tema de salud contenido en el artículo 4º constitucional, hace referencia al Sistema de Protección de Salud. Esta denominación es utilizada por la OPS, quien la define como “la garantía que la sociedad otorga, por medio de los poderes públicos, para que un individuo o un grupo de individuos, pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud al obtener acceso adecuado a los servicios del sistema o de alguno de los subsistemas de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago constituya un factor restrictivo”.

Cabe señalar que si bien es correcto que la ley suprema remita a la ley secundaria como la que debe definir las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, el texto constitucional resulta omiso en señalar candados para la protección real del derecho a la salud de los grupos vulnerables.

Hallo prueba de lo expuesto al advertir que en el 2003 en la Ley General de Salud se menciona que el Sistema de Protección Social de Salud, conocido como Seguro Popular, tendría una cobertura del 100% para el año 2010. Dicha cobertura de protección iniciaría dando preferencia a la población de los dos primeros deciles de ingreso en las áreas de mayor marginación, zonas rurales e indígenas. Sin embargo, para el 2012, según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2014) había 25.3 millones de personas carentes de acceso a servicios de salud.

Ley General de Salud

En once artículos de la Ley General de Salud (2014) se hace referencia específica a los indígenas. Entre los puntos que se mencionan están la atención a la nutrición materno infantil; así como impulsar el desarrollo y bienestar de las familias

promoviendo su participación y respetando sus valores y formas de organización social. Asimismo, hace alusión¹⁵ a la promoción del conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas.

Comparto la mención de Menéndez (*cf.* 2009b) por lo que hace a que, en el sistema de salud institucional las prácticas racistas y discriminatorias hacia los indígenas son frecuentes y legitimadas por las ideologías dominantes. No olvidemos que México es producto del colonialismo.

Considero que el enunciado “condiciones adecuadas”, es posible que se aplique de manera no respetuosa, discriminatoria, por el desconocimiento de la práctica tradicional en cuestión. El discurso asume que existe un Otro que tiene una matriz cultural diferente a la “nuestra” (Saldívar, 2012:72).

Retomando las palabras del Dr. González Garza (*cf.* García, 1981), pienso que el artículo 27 de la Ley General de Salud (2014: 34) que considera a los servicios de salud básicos como los referentes a la “asistencia social” a los grupos vulnerables, especialmente a los indígenas, contribuye a preservar el desnivel económico de las clases sociales y en una población con tantos pobres, el Estado sólo cubre parcialmente las necesidades de este sector de la población en función de su generosidad, remarcando el carácter político de la acción.

Por otro lado, el término “asistencia social”, a mi parecer, discrimina el derecho a la salud de aquéllos a los que se etiqueta como “grupos vulnerables”. Se sigue utilizando la categoría de asistencia al desvalido, al pobre, al menesteroso, y no simplemente la garantía del derecho humano

¹⁵ En el apartado IV Bis del artículo 6 de la Ley General de Salud.

para cualquier persona. Cabe señalar que si bien en muchos servicios de salud el término asistencia se ha ido modificando, en la ley aun reformada, permanece.

Es posible reconocer un discurso racista en el texto del artículo 64 de la Ley General de Salud (2014:20) que se refiere a la salud materno infantil e indica expresamente que las autoridades sanitarias competentes deberán implementar acciones de capacitación para fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales.

Como puede verse, se da total libertad para que el grupo hegemónico realice acciones sobre el subordinado, posiblemente con la intención de asimilar o aculturar. Tales políticas o doctrinas de igualación pueden sostenerse en discursos paternalistas y bien intencionados, pero cuyo fondo consiste en no aceptar al otro ni tomar en cuenta sus aspiraciones (*cfr.* Escalante, 2010).

Por lo que se refiere al artículo 67 de la Ley General de Salud (2014:21), aunque retoma lo que explícitamente se encuentra en la Constitución tocante a planificación familiar al decir que los servicios que se presten servirán de medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad. También menciona que habrá sanción para quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita.

Por lo anterior, resulta importante comentar que existen estudios que dedican poco espacio a la descripción y análisis de las discriminaciones en el campo de la salud reproductiva, pero se conocen diversas investigaciones que han señalado discriminación respecto de la población indígena

ejercida por el personal de salud (Menéndez, 2009a:157).

En el artículo 93 de la Ley General de Salud (2014:42) identifiqué acciones en salud con enfoque intercultural en salud, al señalar que: “los programas de atención primaria que se desarrollan en comunidades indígenas, deberán *adaptarse*¹⁶ a su estructura social y administrativa, así como a su concepción de la salud”.

De lo anterior deduzco que la Ley General de Salud no recoge de forma adecuada el concepto de interculturalidad, ya que ésta, lejos de pugnar por una “adaptación”, pretende una propuesta de diálogo, intercambio y complementariedad. No se trata únicamente de tener en cuenta elementos culturales para no discriminar o para tolerar, sino de la construcción política de nuevas relaciones entre ciudadanos, y de ellos con el Estado. La interculturalidad, como paradigma, proyecto y política se propone eliminar las asimetrías respecto a las culturas subalternas (Castañeda, 2010: 113-114).

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación

En términos de Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, se entiende por discriminación:

Toda distinción, exclusión, restricción o preferencia que, por acción u omisión, con intención o sin ella [...] y tenga por objeto o resultado obstaculizar, restringir, impedir, menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos y libertades, cuando se base en uno o más de los siguientes motivos: el origen étnico

¹⁶ Las cursivas son mías.

o nacional, la cultura, la condición social, económica, de salud, el idioma, entre otros (2014:1).

Es posible encontrar total coincidencia entre el contenido de esta ley y lo expresado en los tratados internacionales. Precisando que si las medidas de nivelación, medidas de inclusión y acciones afirmativas¹⁷ son aquéllas que buscan hacer efectivo el acceso real de oportunidades a todas las personas eliminando barreras de diferente índole, que obstaculizan el ejercicio de derechos a los grupos en situación de discriminación o vulnerabilidad, la medida de nivelación que compete para el objeto de estudio se refiere al uso de intérpretes y traductores de lenguas indígenas¹⁸.

De lo anterior reconozco un aparente avance legal al incluir medidas de nivelación en la normatividad; sin embargo lo interpreto como un discurso multiculturalista, pues el texto se utiliza como retórica o con el fin de aplicar programas culturalistas, lo cual poco contribuye a remediar el problema de discriminación de fondo como, podría ser, la modificación integral de la sociedad (Escalante, 2010:39).

Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (2013) es un documento de trabajo que rige la programación y presupuestación de toda la Administración Pública Federal, en el cual se plasman los objetivos de las políticas públicas y se establecen las

¹⁷ Artículo 15 Ter, del capítulo XV de la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.

¹⁸ Reconocido en el objetivo 1 del Programa Institucional del Instituto Nacional de Lenguas Indígenas PROINALI 2014-2018, que dice: promover el ejercicio, respeto y defensa de los derechos lingüísticos de los pueblos indígenas.

acciones específicas para alcanzarlos. “El Plan Nacional de Desarrollo 2013 – 2018 proyecta, en síntesis, hacer de México una sociedad de derechos, en donde todos tengan acceso efectivo a los derechos que otorga la Constitución”, se lee en la introducción de dicho Plan.

Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales de todos los mexicanos, que vaya más allá del asistencialismo, así como disminuir las brechas de desigualdad, entre otros propósitos constituyen la meta 2.

Se observa una contradicción entre lo citado en el párrafo anterior que se refiere a los derechos sociales *más allá del asistencialismo* y el contenido del artículo 27 de la Ley General de Salud, donde se sigue considerando a los servicios de salud básicos a aquéllos referentes a la “asistencia social” a los grupos vulnerables, especialmente a los indígenas.

Advierto que el objetivo 1.5 específicamente hace referencia a garantizar y respetar los derechos humanos y erradicar la discriminación, mediante el establecimiento de una política de igualdad y no discriminación.

El Plan considera la necesidad de dirigir mecanismos dirigidos a la atención culturalmente pertinente de la población indígena¹⁹; impulsar el reconocimiento y protección de su patrimonio y riqueza cultural, el respeto a sus derechos y formas de vida; así como asegurar el ejercicio de los derechos de las comunidades y pueblos indígenas, entre ellos la salud.

Nuevamente encuentro un discurso multiculturalista al observar una política de gobierno que

¹⁹ El objetivo 2.1 se refiere específicamente a la garantía del ejercicio de los derechos sociales.

gestiona la diversidad étnica, pero más bien como derecho colectivo al folclor, las tradiciones y la lengua; ese multicitado discurso retórico que no implica cambios de raíz en el consenso de la clase dominante (*cf.*: Escalante, 2010).

Programa Sectorial de Salud 2013-2018

Cabe mencionar que el Programa Sectorial de Salud (2013:10) no explica a qué se refiere el término interculturalidad cuando en el apartado correspondiente al diagnóstico, en un párrafo dice: “el perfil de cada paciente requiere que el personal médico reconozca la interculturalidad de la población, y se apegue al cumplimiento de los derechos humanos y los criterios éticos”. Al parecer hay una confusión o poca claridad de la palabra interculturalidad en el enunciado ya que debería decir: “interculturalidad en salud”²⁰; o bien “la interculturalidad en la práctica médico-paciente”²¹.

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud

En el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud (2011:34) se establece que la responsable de diseñar, promover, impulsar e implementar el enfoque intercultural en el Sistema Nacional de

²⁰ Para la OPS (1998) significa “reconocer la validez de los conocimientos y prácticas desarrolladas por los diferentes grupos humanos a lo largo de su historia para enfrentar el proceso salud-enfermedad y facilitar procesos que se sustenten en la reciprocidad de las relaciones, el respeto y el entendimiento mutuo”.

²¹ Siguiendo la definición de interculturalidad de la Secretaría de salud (2010) que dice: “es como un modo de convivencia en el que las personas, grupos e instituciones, con características culturales y posiciones diversas conviven y se relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido, no siempre libre de conflicto”.

Salud es la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES)²². Ésta a su vez delega la responsabilidad en la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural²³.

El Manual de Organización Específico de la DG-PLADES (2012:79), describe el objetivo de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural que dice:

Definir, promover e implantar modelos y servicios de salud innovadores con calidad y sensibilidad cultural en el Sistema Nacional de Salud, mediante la definición de competencias específicas en el personal directivo, operativo y en formación, así como con la inclusión de medicinas reconocidas en el marco legal, como tradicional indígena y otros modelos clínico terapéuticos y de fortalecimiento a la salud de la población, con el propósito de fortalecer la oferta y eficacia de los servicios y la eliminación de barreras culturales.

Reconozco en el objetivo una retahíla de buenas intenciones; da la idea de la implementación de programas culturalistas cuando se refiere a sensibilidad cultural y eliminación de barreras culturales, lo cual se traduce en un discurso retórico, multiculturalista, que no remedia conflictos de fondo entre la clase dominante y subordinada. No es un reconocimiento verdadero a la definición de

²² Los objetivos y funciones de la DGPLADES se encuentran en el Manual de Organización Específico de la DG-PLADES (2012).

²³ La Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural se apoya para cumplir su objetivo, en tres subdirecciones: 1) De Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas; 2) De Interculturalidad en Servicios de Salud; y 3) De Sistemas Complementarios de Atención.

interculturalidad²⁴ planteado incluso por la misma dependencia.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica

En el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (2014:16) se define al personal no profesional autorizado para la prestación de servicios de atención médica como “aquellas personas que reciban la capacitación correspondiente y cuenten con la autorización expedida por la Secretaría que los habilite a ejercer como tales, misma que deberá refrendarse cada dos años” (artículo 102) y menciona que ese personal “podrá prestar servicios de obstetricia y planificación familiar, además de otros que la Secretaría considere conveniente autorizar y que resulten de utilidad para la población” (artículo 103).

Establece como uno de los requisitos, para las personas no profesionales a capacitarse, saber leer y escribir (artículo 105).

Se evidencia de forma clara el poder que ejerce la clase dominante sobre la clase subordinada, en este caso las parteras tradicionales. Discrimina doblemente a las parteras, ya que, por una parte,

²⁴ De todos los documentos normativos revisados, el Manual de Organización Específico de la DGPLADES (2012:17) es el único que cuenta con una definición de interculturalidad en el glosario de términos. Interculturalidad. Es una relación de diálogo, entre grupos culturales diferentes y que comparten un entorno común, de respeto y comprensión de la forma de interpretar la realidad y el mundo, en un proceso de comunicación, educación y formación, donde las partes se escuchan, donde las partes se dicen y cada una toma lo que puede ser tomado de la otra, o sencillamente respeta sus particularidades e individualidades. no se trata de imponer, de avasallar, sino de concertar.

les identifica como personas *no profesionales*²⁵; y, por la otra, en caso de capacitarse, establece como requisito *saber leer y escribir*, sabiendo que muchas de ellas son analfabetas.

A manera de conclusión

Los discursos racistas y multiculturalistas están presentes en la legislación nacional que se aprueba para garantizar los derechos humanos. Generalmente se piensa que las leyes son justas y libres de discriminación; sin embargo, éstas son elaboradas por los grupos dominantes quienes tienen interiorizado su poder que lo expresan en perjuicio de los grupos discriminados.

Los discursos de la gente que tiene poder (*cf.* Van Dijk, 1994), como los hacedores de políticas públicas, son los que tienen acceso a la manipulación y al uso de estructuras discursivas de dominación, de desigualdad y de limitaciones de la libertad.

La discriminación racial en la legislación mexicana sobre el derecho a la salud de los pueblos indígenas está presente, toda vez que las políticas públicas se diseñan e instrumentan desde las propias instancias gubernamentales a quienes no les interesa cambiar el *status quo*.

Los derechos de los pueblos indígenas, están diseñados desde una política multiculturalista, ya que consideran el derecho a la diversidad cultural, enfatizando los valores, costumbres y tradiciones, pero sin respetar los derechos políticos o territoriales estipulados en el derecho internacional. No hay cambios reales del grupo dominante.

²⁵ El diccionario define profesional, como: “se aplica a la persona que realiza una actividad que constituye su profesión o medio de ganarse la vida”.

Los principios de la Iniciativa SAPIA (necesidad de un enfoque integral de la salud; derecho a la autodeterminación; respeto y revitalización de las culturas indígenas; reciprocidad en las relaciones; derecho a la participación sistemática) son ignorados, o bien interpretados para preservar el poder de la clase dominante sobre los grupos subordinados.

Las prácticas discriminatorias no son cosa del pasado. El racismo está presente en las prácticas verbales y no verbales. Las leyes, políticas y mensajes perjudican a los grupos racializados (*cf.* Van Dijk, 2007a), en este caso a los pueblos indígenas.

La discriminación en cualquiera de sus expresiones no se erradica por decreto o con buenas

intenciones. Mientras no haya un verdadero cambio estructural, los discursos racistas y multiculturalistas serán una contribución a la reproducción del racismo como una forma de dominación étnica o racial.

Es necesaria una verdadera participación ciudadana plural en todos los niveles de la administración pública. Resultan indispensables mecanismos democráticos de participación ciudadana que frenen la imposición de reglas de Estado que perpetúan la discriminación como clase dominante.

El camino a recorrer entraña la puesta en práctica, real y efectiva, de los derechos humanos reconocidos por el derecho internacional.

Referencias bibliográficas

- ÁLVAREZ GONZÁLEZ, F.J. (2012). “Las políticas públicas de los pueblos y naciones indígenas ¿un asunto de técnicos, de técnicas o de políticos?” <http://www.rebellion.org/docs/164072.pdf> (consulta 2 de julio de 2015).
- CAMPOS NAVARRO, R. (2007). *Las políticas públicas y la salud intercultural en el marco de los derechos humanos e indígenas en América Latina*. Seminario-Taller “Pueblos Indígenas de América Latina: políticas y programas de salud, ¿cuánto y cómo se ha avanzado?” CEPAL, Santiago de Chile, 25 y 26 de junio de 2007. <http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/8/29208/RCamposD.pdf> (consulta 28 de noviembre de 2014).
- CASTAÑEDA, A. (2010). “Derechos Humanos e Interculturalidad”. En: Fernández-Juárez, G. (Ed.) *Salud, interculturalidad y derechos. Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen Vivir*. Quito, Ecuador: Ediciones Abya-Yala, 91-120.
- CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL (2014). “Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular”. <http://www.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/Impacto/Acceso%20y%20Uso%20Efectivo.pdf>. (consulta 17 de octubre de 2014).
- CONSEJO NACIONAL PARA PREVENIR LA DISCRIMINACIÓN (2012). *Documento informativo sobre Indígenas*. México, D.F.: CONAPRED.
- DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN 10 de enero de 2011: Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
- DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN 20 de mayo de 2013: Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.
- DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN 12 de diciembre de 2013: Programa Sectorial de Salud 2013-2018.
- DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN 20 de marzo de 2014: Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.
- DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN 19 de marzo de 2014: Ley General de Salud.
- DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN 17 de diciembre de 2014: Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
- DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN 27 de enero de 2015: Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- ESCALANTE BETANCOURT, Y. (2009). “Derechos de los pueblos indígenas y discriminación étnica o racial”. *Cuadernos de la igualdad*, CONAPRED. Núm. 11:17-54.
- FERNÁNDEZ, BUEY, F. (2006). “Sobre multiculturalidad en estados plurinacionales”. Reelaboración de dos conferencias pronunciadas, respectivamente, en el

- Congreso anual de Filosofía de Coin (Málaga) y en La Paz (Bolivia). Cátedra UNESCO d'Estudis Interculturals. Universitat Pompeu Fabra. http://www.upf.edu/materials/polietica/_img/int7.pdf (consulta 12 de febrero de 2015).
- FREYERMUTH, G. y SESIA, P. (2006). "Del curanderismo a la influencia aviaria: viejas y nuevas perspectivas de la antropología médica". *Revista Desacatos*, Núm. 20: 9-28.
- GARCÍA, J.C. (1981). "La Medicina Estatal en América Latina/2 (1880-1930)". *Revista Latinoamericana de Salud*. Núm. 2: 103-115.
- INSTITUTO INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS (2006). Campaña educativa sobre derechos humanos y derechos indígenas, salud indígena y derechos humanos: manual de contenidos. San José, Costa Rica: IIDH
- LERÍN PIÑÓN, S. (2004). "Antropología y salud intercultural: Desafíos de una propuesta". *Desacatos*, Núm. 15-16:111-125. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/139/13901607.pdf> (consulta 23 de noviembre de 2014)
- MENÉNDEZ, E. (2009a). "De racismos, esterilizaciones y algunos otros olvidos de la antropología y la epidemiología mexicanas". *Salud Colectiva*, Mayo – Agosto, Vol. 5 Núm.2:155-179
- MENÉNDEZ, E. (2009b). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Editorial Lugar: Buenos Aires, 241-308.
- OACNUDH, FLACSO, FUNDAR, CENTRO DE ANÁLISIS E INVESTIGACIÓN, A.C. y GESOC, AGENCIA PARA EL DESARROLLO, A.C. (2010). "Políticas Públicas y Presupuestos con Perspectiva de Derechos Humanos. Manual operativo para servidoras y servidores públicos". http://www.hchr.org.mx/images/doc_pub/L280211PPDH.pdf (consulta 12 de septiembre de 2014).
- OPS (1998). "Memoria del Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas: Hacia una Política Nacional Intercultural en Salud. Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas". Saavedra IX Región Araucanía, Chile. 4 al 8 de Noviembre, 1996. http://amro.who.int/Spanish/AD/THS/OS/indi_7esp.pdf (consultado 10 de octubre de 2014).
- SALDÍVAR, E. (2012). "Racismo en México: apuntes críticos sobre etnicidad y diferencias culturales". En Castellanos Guerrero, A. y Landázuri Benitez, G. (Coord.) *Racismos y otras formas de intolerancia de Norte a Sur en América Latina*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, 49-76
- SECRETARÍA DE SALUD (2010). *Interculturalidad en salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud*. México: Secretaría de Salud, 1-131.
- SECRETARÍA DE SALUD (2012). Manual de Organización Específico de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Publicado en agosto del 2012. <http://www.dgplades.salud.gob.mx/Contenidos/Documentos/ManualOrganizacion.pdf> (consulta 17 de febrero de 2015).
- VAN DIJK, T. (1994). "Discurso, Poder y Cognición Social". *Cuadernos*. No 2, Año 2. Maestría en Lingüística. Escuela de Ciencia del Lenguaje y Literaturas. Cali, Colombia: Universidad del Valle, 1-92.
- VAN DIJK, T. (2007a). "Racismo y discurso en América Latina: una introducción". En Van Dijk (Ed.) *Discurso y racismo en América Latina*. España: Gedisa, 21-34.
- VAN DIJK, T. (2007b). "Discurso racista". En: Igartua, J.J & Múñiz, C. (Eds.). *Medios de comunicación y sociedad*. España: Ediciones Universidad de Salamanca, 9-16.