



VERACRUZ  
GOBIERNO DEL ESTADO

SS  
SECRETARÍA DE SALUD  
SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ

MODELO DE  
**SALUD  
INDÍGENA**  
CON PERTINENCIA CULTURAL

*Salud para todos los Veracruzanos*

**Dr. Javier Duarte de Ochoa**  
Gobernador Constitucional del Estado de Veracruz

**Juan Antonio Nemi Dib**  
Secretario de Salud y Director General  
de Servicios de Salud

**Arturo Navarrete Escobar**  
Subsecretario de Salud

**Irasema A. Guerrero Lagunes**  
Directora de Prevención y Promoción de la Salud

**Efrén Samuel Orrico Torres**  
Director de Atención Hospitalaria

**Cristóbal Sayago Hernández**  
Director de Atención Médica de Primer Nivel

**Víctor Hugo Pérez Osorio**  
Director de Protección Contra Riesgos Sanitarios

**José Antulio Valdez Castelán**  
Director de Planeación y Desarrollo

**José Raúl Bala Reyes**  
Director de Asuntos Jurídicos

**Rosa Aurora Azamar Arismendi**  
Directora de Salud Ambiental

**Armín Arronte Gómez**  
Director del Centro Estatal de Soporte  
Técnico y Referencia Hospitalaria

**Pedro Manuel Solís García**  
Director de Administración

**Pedro Luis Medina Martínez**  
Director de Infraestructura de Salud

**Paola Zereth Galindo Mimendi**  
Directora del Instituto Veracruzano  
para la Formación y la Investigación en Salud

**Jesús Barragán Flores**  
Subdirector de Promoción de la Salud

**Juan Alejandro Rodríguez Hernández**  
Jefe del Departamento de Salud del Migrante  
y Pueblos Indígenas

**Sheila Oyuki Xochihua González**  
Coordinadora Estatal del Programa  
de Interculturalidad.

Coordinación general del proyecto  
**Dra. Irasema A. Guerrero Lagunes**  
**Dr. Jesús Barragán Flores**  
**Antrop. Juan Alejandro Rodríguez Hernández**

Recopilación y organización de la información  
**MSP. Sheila Oyuki Xochihua González**  
**Lic. Karla Yamileth Mongue Cervantes**

Diseño editorial  
**MTE. Adriana Camino Lehmann**

Diseño de gráficas y mapas  
**LDCG. Víctor Eduardo Vásquez Rodríguez**

**Gobierno del Estado de Veracruz**  
Servicios de Salud de Veracruz

Soconusco 31, Colonia Aguacatal  
91130 Xalapa, Veracruz, México  
<http://www.ssaver.gob.mx>

*Modelo de Salud Indígena con Pertinencia Cultural*  
Primera edición: Agosto, 2014  
Impreso y hecho en México



# ÍNDICE

<b>Presentación</b>	5		
<b>Introducción</b>	7		
<b>1. Marco Internacional</b>	10		
1.1. Declaración Universal de Derechos Humanos (1948)	11		
1.2. Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (1965)	11		
1.3. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU (1966)	12		
1.4. Convenio 169 Pueblos Indígenas y tribales en países independientes (1989)	12		
1.5. Taller hemisférico sobre salud de los pueblos indígenas (1993)	12		
1.6. Iniciativa Salud de los pueblos indígenas OPS/OMS (1993)	13		
1.7. Primer decenio de los pueblos indígenas del Mundo (1995 – 2004)	13		
1.8. Segundo decenio de los pueblos indígenas (2005 – 2014)	13		
<b>2. Marco Nacional</b>	14		
2.1. Vinculación con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018	15		
2.2. Vinculación con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018	16		
2.3. Vinculación con el Plan Veracruzano de Desarrollo 2011-2016	17		
2.4. Vinculación con el Programa Veracruzano de Salud 2011-2016	18		
2.5. Vinculación con el Programa Salud para Todos los Veracruzanos 2013-2016	18		
<b>3. Marco Jurídico</b>	20		
3.1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	20		
3.2. Constitución Política del Estado de Veracruz	21		
3.3. Ley General de Salud	21		
3.4. Ley de Derechos y Culturas Indígenas del Estado de Veracruz	22		
3.5. Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos indígenas	23		
3.6. Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación	24		
3.7. Ley de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas	24		
<b>4. Pueblos Indígenas de las Américas</b>	25		
<b>5. Población indígena en México</b>	26		
<b>6. Municipios indígenas en Veracruz</b>	28		
6.1 Situación lingüística	32		
<b>7. Caracterización sociodemográfica</b>	35		
7.1. Desarrollo humano	36		
7.2. Rezago Social	39		
7.3. Marginación social	42		

<b>8. Determinantes sociales de la salud en municipios indígenas</b>	45	12.2.4. Inventarios de plantas medicinales seguras	81
8.1. Municipio Mixtla de Altamirano	45	12.2.5. Encuentros de enriquecimiento mutuo con médicos tradicionales	82
8.2. Municipio Tehuipango	46	<b>12.3. Plan de Comunicación Indígena</b>	85
8.3. Municipio Ilamatlán	48	12.3.1. Mural colectivo “la mano vuelta en la salud”	86
8.4. Municipio Filomeno Mata	49	12.3.2. Radio artesanal	87
8.5. Municipio Platón Sánchez	50	<b>12. 4. Planificación lingüística</b>	89
<b>9. Población indígena en zonas urbanas</b>	51	12.4.1. Gestión intercultural para el desarrollo	89
<b>10. Marco conceptual</b>	53	12.4.2. Curso en lengua indígena	91
10.1. Cultura	54	12.4.3. Manual de comunicación para personal de salud en lengua indígena	92
10.2. Identidad	55	<b>12.5. Unidades de salud culturalmente competentes</b>	94
10.3. Género	56	<b>13.Consideración final</b>	96
10.4. Multiculturalidad	57	<b>14. Referencias</b>	97
10.5. Educación intercultural para la salud	57	<b>15. Anexo</b>	103
10.6. Comunicación intercultural	58		
10.7. Derechos humanos	60		
10.8. Ética	60		
10.9. Interculturalidad	61		
10.10. Salud intercultural	63		
<b>11. Objetivo general</b>	67		
11.1. Objetivos específicos	67		
<b>12. Ejes temáticos</b>	69		
12.1. Sensibilidad intercultural con perspectiva de género	70		
12.1.1. Estrategia Fortalecimiento y Relación Intercultural con la Medicina Tradicional	70		
12.1.2. Estrategia Construcción de principios de relación intercultural desde la identidad de los actores	71		
12.1.3. Estrategia El espejo de la diversidad: grupos vulnerables e interculturalidad en Veracruz	72		
12.1.4. Estrategia Normatividad, teoría y praxis del enfoque intercultural con perspectiva de género	74		
12.2. Medicina tradicional	74		
12.2.1. Comunidades de diálogo con Médicos Tradicionales	76		
12.2.2. Huerto educativo de plantas medicinales, Izcaltía	79		
12.2.3. Red de huertos de plantas medicinales	80		



# PRESENTACIÓN

A más de 15 años de que estos Servicios de Salud de Veracruz (SESVER) realizan acciones asociadas con la atención de los pueblos indígenas desde sus características culturales, lingüísticas y sociales, desarrollando encuentros entre médicos tradicionales, capacitación con enfoque intercultural a personal de salud, cuadros básicos de plantas medicinales, huertos de flora medicinal, elaboración de materiales con pertinencia cultural; se ha ido posicionando el tema en diversos foros y espacios institucionales en consonancia con el advenimiento de los derechos de los pueblos indígenas a nivel nacional e internacional.

Ello ha sido fortalecido ante la presencia actual del marco jurídico nacional y estatal que promueve la protección de la salud de los grupos originarios, como es el caso de la Ley General de Salud y la Ley de Derechos y Culturas Indígenas para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, así como del sustento derivado de la política pública enmarcada en el Segundo Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo, establecida por la Asamblea General de las Naciones Unidas, que en nuestro país se plasma en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, Programa Sectorial de Salud 2013-2018, Plan Veracruzano de Desarrollo 2011-2016 y el Programa Salud para Todos los Veracruzanos.

Es así que hoy en día se cuenta con el *Modelo de Salud Indígena con Pertinencia Cultural*, que busca lograr que las acciones de prevención, promoción y restauración de la salud sean compatibles con la identidad de los pueblos indígenas, considerando sus rasgos lingüísticos, cultura y cosmovisión; mismo que ha resultado innovador dado su enfoque dialógico donde la diversidad es el principal recurso a reconocer como parte de la realidad existente en el espectro comunitario; y su metodología tendiente a enfrentar barreras socio culturales que limitan el acceso a los servicios de salud, e incrementar la competencia intercultural del personal de salud y favorecer la participación comunitaria

y de los actores locales que contribuyan al autocuidado y la salud comunitaria.

Lo anterior, en armonización con el Modelo de Atención Integral Común para el Sistema Nacional de Salud, es congruente con la acción XXXIV del Programa Salud para Todos los Veracruzanos, impulsado por la mirada visionaria del Gobernador Constitucional del Estado de Veracruz, Dr. Javier Duarte de Ochoa, que postula: “La atención del primer nivel se sustentará en un modelo de salud comunitaria, con alta pertinencia cultural que incorpore todos los valores y costumbres de la comunidad, promoviendo la participación social, solidaria y corresponsable de salud, bajo un principio de respeto a la diversidad y los Derechos Humanos”.

He ahí lo relevante del presente Modelo de Salud Indígena con Pertinencia Cultural que organiza la perspectiva humanista con que se rigen las estrategias tendientes a crear relaciones de convivencia, comunicación y respeto mutuo entre el personal de salud y las poblaciones indígenas, derivadas de las peculiaridades lingüísticas y culturales de las etnias que habitan el territorio estatal, su cosmovisión e identidad, a propósito de lograr servicios de salud de calidad y culturalmente competentes.

**Juan Antonio Nemi Dib**

*Secretario de Salud y Director General  
de Servicios de Salud de Veracruz*



# INTRODUCCIÓN

Dada la representatividad que la población indígena guarda en nuestro país, el art. 2º constitucional, reformado el 14 de agosto de 2001, subraya: “...La Nación tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas que son aquellos que descienden de poblaciones que habitaban en el territorio actual del país al iniciarse la colonización y que conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas”. Se trata de una población que para el Estado guarda implicaciones importantes en materia de historia, derecho, diversidad cultural, ética y justicia social, entre otros.

México es un país con características culturales múltiples, a lo que el Instituto Nacional de lenguas Indígenas identifica 68 agrupaciones lingüísticas, con 11 familias lingüísticas y 364 variantes lingüísticas. Las lenguas con mayor número de hablantes son el nahua, maya y las lenguas mixtecas, contrariamente al kikapú o paipai que cuentan con menos de 50. En nuestro país, hay 6,913,362 personas de más 3 años que hablan alguna lengua indígena, quienes habitan mayoritariamente en los estados del sur, cerca de la mitad vive en ciudades y localidades de menos de 15 mil habitantes, de hecho entre más pequeña es la localidad es más factible la presencia de hablantes de alguna lengua indígena. De las entidades federativas que integran nuestro país, Veracruz ocupa el tercer lugar con mayor población indígena, después de Oaxaca y Chiapas.

El estado de Veracruz posee 662,760 personas de 3 años y más que hablan una lengua indígena, con un porcentaje de 8.7% del total de la población en la entidad (INEGI, 2010), con presencia de las siguientes etnias: nahua, totonaco, tének, popoluca, zapoteco, otomí, chinanteco, mazateco, tepehua, mixteco, zoque y mixe principalmente. No obstante, la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de México señala que en Veracruz existen 975,316 indígenas, al considerar como criterio a todas las personas que forman parte de un hogar indígena, con lo cual se incorporan a personas que aun no

siendo hablantes de lengua indígena comparten modos de vida y relaciones activas en el marco de las identidades étnicas (CDI, 2006). Así, las lenguas tének, totonaca, tepehua, otomí y nahua, con su variante náhuatl de la huasteca, se ubican en el norte de la entidad, en tanto que la variante náhuatl de la sierra de Zongolica se localiza en la parte central del estado, y al sur están los idiomas popoluca, zapoteco, chinanteco, mazateco, mixteco, zoque, mixe, y nahua, con la variante nahua del sur.

Veracruz es un estado complejo, dada su heterogeneidad territorial, étnico, cultural, económico, etc., que se integra de 20,828 localidades, de las cuales el 98.5% del total de éstas cuentan con menos de 2,500 habitantes; el 39% de la población total corresponde a localidades rurales, y el 61% a urbanas, siendo que a nivel nacional la población rural es del 22% y la urbana del 78% (SESV-VER, 2014). De los 125 municipios con menor Índice de Desarrollo Humano identificados en el país, Veracruz tiene 15 de ellos, en los cuales habitan población indígena y mestiza: Astacinga, Atlahuilco, Filomeno Mata, Ilamatlán, Mecatlán, Los Reyes, Mixtla de Altamirano, Soledad Atzompa, Sotepan, Tehuipango, Tequila, Texcatepec, Tlaquilpa, Xoxocotla y Zontecomatlán. El analfabetismo en población indígena de 15 y más años es del 33%, frente al 13.4% de la población total del estado de Veracruz.

Estos factores son importantes en el ámbito de la salud, debido a la intención institucional de ofrecer servicios de calidad efectivos, seguros, sensibles a las características identitarias de la población indígena. Para ello, Servicios de Salud de Veracruz, desarrolla el Modelo de Salud Indígena con Pertinencia Cultural cuyo objetivo es promover estrategias que favorezcan la atención integral de salud a los pueblos indígenas con enfoque intercultural, que permita a partir de la activación de líneas estratégicas crear vínculos de calidad entre los sistemas tradicionales de salud y los institucionales; entendiendo la interculturalidad como la habilidad para reconocer, armonizar y negociar las innumerables diferencias que existen al interior de cada sociedad.

El presente documento inicia describiendo la política pública y el marco jurídico, que señala el fundamento legal de la atención en salud a la población indígena; y se contextualiza los municipios sobre los cuales se enfoca prioritariamente este Modelo, mostrando los indicadores sociodemográficos, las condiciones y necesidades que distinguen a éstos.

Posteriormente, y una vez analizados algunos conceptos clave relacionados con el tópico de interculturalidad y pueblos indígenas, se definen los 5 ejes temáticos, 14 estrategias y 48 acciones que componen este Modelo.

Los ejes temáticos son *sensibilidad intercultural con perspectiva de género* que







permite al personal operativo interactuar con base a la aplicación de competencias básicas orientadas a la relación y comprensión de otras formas de explicar el procesos salud-enfermedad-curación; *medicina tradicional* donde se delimitan las acciones que se realizan con médicos tradicionales desde una relación dialógica y de participación social; el *plan de comunicación indígena*, cuyo elemento posibilita el fortalecimiento de las estrategias y programas encaminados a población indígena mediante la elaboración y uso de materiales educativos en lenguas y culturas indígenas.

Con la finalidad de disminuir barreras étnicas y lingüísticas, SESVER plantea una serie de acciones dirigidas a posicionar las lenguas indígenas como recurso en el personal de salud que favorezca el desarrollo de diálogos que se dan con los usuarios de los servicios, lo cual se revisa en el eje temático de *planificación lingüística*, que expone las estrategias sustentadas en el curso en lengua indígena para personal de salud, que se realiza en coordinación con la Academia Veracruzana de Lenguas Indígenas y los manuales de comunicación en lengua indígena para personal de salud, con lo que se fortalece el conocimiento de la lengua indígena y el contexto cultural de la población que se atiende.

Finalmente, se aborda el eje *unidades de salud con pertinencia cultural*, que refiere a la aplicación de elementos vinculados con la adaptación de los servicios de las unidades de salud a la cultura de los usuarios de las comunidades indígenas, a fin de que éstos se sientan cómodos y satisfechos, mediante una relación de respeto y de comunicación asertiva.



# 1 • MARCO INTERNACIONAL

En diciembre de 1994 la Asamblea General de las Naciones Unidas decide que el 9 de agosto de cada año, se celebre el Día Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo, así mismo, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) reconoce la trascendencia que representa toda lengua materna en el desarrollo de la creatividad, la capacidad de comunicación y la elaboración de conceptos, y el elemento de identidad cultural que tiene dentro de la sociedad, por lo que desde el año 2000, cada 21 de febrero se celebra el Día Internacional de la Lengua Materna, a fin de promover la diversidad lingüística y cultural.

La diversidad de los pueblos indígenas se expresa de múltiples formas, comprender la salud de ellos requiere reconocer su diversidad étnica y cultural que existe, así como, las complejas interrelaciones que hay entre pueblos, culturas, identidad y salud. Los derechos humanos de los pueblos indígenas han tomado gran impacto desde hace pocas décadas, principalmente en el sistema internacional. Por lo tanto, la construcción de políticas públicas en salud para los pueblos indígenas, está sustentada y orientada bajo los convenios internacionales que enmarquen los derechos fundamentales de los pueblos originarios, que permiten el reconocimiento de la diversidad étnica, cultural y lingüística de



la población. Son innumerables los instrumentos internacionales que abordan directa o indirectamente el tema de los pueblos originarios, que se han dado en diferentes tiempos; a continuación se mencionan los principales documentos que sustentan la aprobación de normas en salud para pueblos indígenas (Figura 1).

## 1.1 DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS (1948)

Uno de los mayores aportes de la Organización de las Naciones Unidas se manifiesta en la Declaración Universal de Derechos Humanos, cuyos preceptos se orientan hacia la defensa de los grupos vulnerables, esto es: niños, mujeres, trabajadores migrantes, minorías, discapacitados y otros. De hecho, es el 10 de diciembre de 1948, que la Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba y proclama la Declaración Universal de Derechos Humanos, compuesta de 30 artículos, relacionados con el derecho a la vida, la libertad, la seguridad, la igualdad, a la propiedad, la expresión, a ser protegidos por la ley, a circular libremente, a casarse y a la educación, entre otros. En el artículo 2o, se hace referencia a la cuestión étnica, al señalar: “Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición”.

## 1.2. CONVENCIÓN INTERNACIONAL SOBRE LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN RACIAL (1965).

Es un documento internacional aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas, establece en su artículo 2 “los Estados partes condenan la discriminación racial y se comprometen a seguir, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, una política encaminada a eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a promover el entendimiento entre todas las razas”. El artículo 5 establece que “en conformidad con las obligaciones fundamentales estipuladas en el artículo 2, los estados partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho a toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de los derechos como lo es el derecho a la salud, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales”.

### 1.3. PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES DE LA ONU (1966).

El derecho a la salud se encuentra plasmado en diversas declaraciones, convenios y pactos de derechos humanos en el ámbito internacional desde mediados del siglo XX. El pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, establece en su artículo 12, que “los Estados reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental; entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de ese derecho, son la reducción de la mortinatalidad y mortalidad infantil y el sano desarrollo de los niños; el mejoramiento de todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; la prevención y el tratamiento de enfermedades y la lucha contra ellas; así como, la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en casos de enfermedad”.

### 1.4. CONVENIO 169 PUEBLOS INDÍGENAS Y TRIBALES EN PAÍSES INDEPENDIENTES (1989).

El Convenio 169 de la OIT, establece en el artículo 25, que los servicios de salud deberán organizarse, planearse y administrarse en corresponsabilidad con la comunidad donde se presten los servicios, considerando sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención de enfermedades, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

### 1.5. TALLER HEMISFÉRICO SOBRE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS (1993).

Ofrecer servicios de salud a las comunidades indígenas implica conocer su cosmovisión y de esta manera comprender que la salud, las enfermedades y su tratamiento son concebidas de manera particular en cada cultura. En el Taller Hemisférico sobre Salud de los Pueblos Indígenas, en Winnipeg, Canadá, se establecieron los siguientes puntos:

- Necesidad de un abordaje integral de la salud;
- Derecho de los pueblos indígenas a la autodeterminación;
- Derecho a la participación sistemática;

- Respeto por las culturas indígenas y su revitalización;
- La reciprocidad en las relaciones.

Se basa en los mandatos de las Resoluciones CD37.R5-OPS5 y CD40.R6-OPS

## 1.6. INICIATIVA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS OPS/OMS (1993).

El Subcomité de Planificación y Programación de la OPS propuso considerar más detenidamente la salud y el bienestar de los pueblos indígenas de las Américas, lanzando la Iniciativa de Salud de los pueblos indígenas, declarando en la resolución V su compromiso de reconocer, valorar y rescatar la riqueza cultural y la sabiduría ancestral de los pueblos autóctonos, promoviendo actividades coordinadas con otros organismos, destinados a mejorar las condiciones de salud y vida de los pueblos indígenas.

## 1.7. PRIMER DECENIO DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DEL MUNDO (1995 – 2004).

El decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo fue proclamado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre de 1993, abarcando el periodo de 1995 - 2004; la meta principal del decenio fue fortalecer la cooperación internacional con el fin de solucionar los problemas con que se enfrentan los pueblos indígenas en el ámbito de los derechos humanos, la cultura, el medio ambiente, el desarrollo, la educación y la salud.

## 1.8. SEGUNDO DECENIO DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS (2005 – 2014).

En diciembre del 2004 la 59 Asamblea General de Naciones Unidas aprobó el segundo decenio del 2005 al 2014, con el tema: “un decenio para la acción y la dignidad”, cuyo objetivo fue seguir con el fortalecimiento de la cooperación internacional para solucionar problemas relacionados con salud, derechos humanos, cultural, educación, desarrollo social, desarrollo económico y medio ambiente, que aquejan a los pueblos autóctonos. Cabe destacar que la proclamación del segundo decenio de los pueblos indígenas fue una petición expresada de manera insistente por diversos pueblos indígenas a nivel internacional, debido a que el plan de acción del primer decenio de los pueblos indígenas no fue cumplido en su totalidad.



## 2 ♦ MARCO NACIONAL

La atención a grupos en situación de vulnerabilidad, esto es: mujeres, niños, niñas, adolescentes, migrantes, indígenas, personas con discapacidad, preferencias sexuales, adultos mayores, personas con VIH/SIDA, busca darse bajo un marco de respeto que acepte las diferencias culturales de cada uno de ellos y otorgue reconocimiento a sus costumbres y formas de vida, mediante acciones que consideren la aceptación de estos grupos a los programas de intervención. Parte de lo anterior, es el reconocimiento de la multiculturalidad y naturaleza pluriétnica de la sociedad que ha posicionado las acciones gubernamentales con una perspectiva de protección y garantía de los derechos sociales, que se inscriben en los lineamientos institucionales que enmarcan la política pública del país (Figura 2).

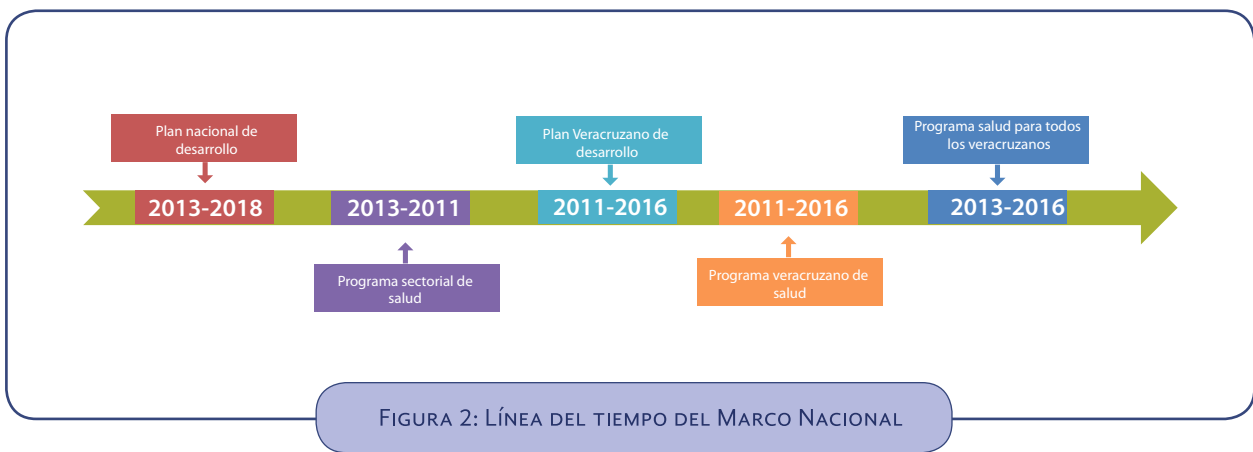


FIGURA 2: LÍNEA DEL TIEMPO DEL MARCO NACIONAL

## 2.1. VINCULACIÓN CON EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2013-2018.

En México hay 68 lenguas indígenas con 364 variantes lingüísticas, cuyas comunidades tienen rasgos culturales comunes como el uso de lenguas originarias y formas propias de organización. Los esfuerzos dirigidos a atender las carencias de dichos pueblos en ocasiones han resultado ser poco efectivos debido a las barreras culturales y lingüísticas existentes.

Como quedó claro a través de consultar a comunidades indígenas en el marco de las consultas del Plan Nacional de Desarrollo 2013 – 2018, una política adecuada para la acción indígena debe ser concebida desde el diálogo entre todos los pueblos originarios, donde la diversidad sea motivo de armonía, respeto, igualdad y justicia, y en la que se escuchen las necesidades de este sector de la población. De lo contrario, se corre el riesgo de implementar políticas de tutelaje y asistencialismo que poco ayuden al desarrollo integral de los pueblos indígenas.

En este sentido, en el Plan Nacional de Desarrollo 2013 – 2018 convergen objetivos y líneas de acción específicas que permitan constituir un México Incluyente donde todos tengan acceso efectivo a los derechos que la Constitución otorga, logrando disminuir las brechas de desigualdad y promoviendo la participación social en las políticas públicas como factor de cohesión y ciudadanía.

El Plan Nacional de Desarrollo, busca transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente, destacando entre sus estrategias, la de fomentar el bienestar de los pueblos y comunidades indígenas, fortaleciendo su proceso de desarrollo social y económico, respetando las manifestaciones de su cultura y el ejercicio de sus derechos.

En este sentido, la estrategia 2.2.3. subraya la necesidad de “Fomentar el bienestar de los pueblos y comunidades indígenas, fortaleciendo su proceso de desarrollo social y económico, respetando las manifestaciones de su cultura y el ejercicio de sus derechos”; entre la cual están las siguientes líneas de acciones: “Desarrollar mecanismos para que la acción pública dirigida a la atención de la población indígena sea culturalmente pertinente”; así como “Asegurar el ejercicio de los derechos de los pueblos y comunidades indígenas en materia de alimentación, salud, educación e infraestructura básica”.

## 2.2. VINCULACIÓN CON EL PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD 2013-2018.

El Programa Sectorial de Salud 2013 – 2018 en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo 2013 – 2018 establece como eje prioritario “consolidar las acciones de protección, promoción y prevención de enfermedades”, siempre con perspectiva de género, apegado a criterios éticos y respondiendo al mosaico multicultural que caracteriza al país.

Resaltando la prevención, protección y promoción, como intervenciones dirigidas al cambio en el actuar de las personas, en términos de su responsabilidad respecto a la mejoría de los estilos de vida y situaciones que ponen en riesgo la integridad física o mental; por lo que el país debe transitar de ver la salud como cura de enfermedades a un concepto integral asociado a estilos de vida saludables.

El objetivo 2 del Programa Sectorial de Salud pretende asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad, mediante la implementación de diversas estrategias y líneas de acción; entre ellas, la 2.1 que plantea “avanzar en el acceso efectivo a servicios de salud de la población mexicana, independientemente de su condición social o laboral”, lo que requiere la ampliación de infraestructura y otras modalidades de servicios médicos, especialmente en las localidades más aisladas y dispersas. Además, de asegurar la calidad de la atención, lo que implica una mejora continua de procesos y capacitación; la línea de acción 2.3.5, propone una perspectiva intercultural, intersectorial y de género en el diseño y operación de programas y acciones de salud.

Como parte de las Estrategias transversales, el apartado 4, establece “cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país”, admitiendo que en México existen grandes desigualdades e inequidades. Mejorar la salud de la población no es suficiente si los logros alcanzados no se distribuyen equitativamente entre los diferentes grupos sociales y regiones del país. La inequidad, la discriminación y la exclusión tienen rostro: la población infantil, las personas adultas mayores, las mujeres, particularmente en zonas rurales, las personas de bajos ingresos, las personas con discapacidad, los indígenas y los migrantes.

Con el fin de reducir estas brechas existentes en materia de salud, se establecieron diversas estrategias y líneas de acción; dentro de éstas, la 4.3 pretende fortalecer los servicios de promoción y atención brindados a la población indígena y otros grupos en situación de vulnerabilidad, una de sus líneas de acción, 4.3.1 menciona el incorporar el enfoque intercultural y de género en el diseño y operación de programas y acciones para la población.



## 2.3. VINCULACIÓN CON EL PLAN VERACRUZANO DE DESARROLLO 2011-2016.

Las recientes legislaciones jurídicas en torno a la salud, promueven la vinculación entre los diversos sectores de la sociedad para fortalecer el desarrollo social común y fomentar la participación individual y colectiva, en función de atender las diversas necesidades que una sociedad requiere y de esta manera lograr un adecuado manejo de los determinantes de la salud en las poblaciones indígenas, para ello el Plan Veracruzano de Desarrollo 2011-2016, plantea en el capítulo III, “Construir el presente: un mejor futuro para todos”, en el apartado III.1.2 “El valor de la civilización indígena”, en donde reconoce la riqueza de la diversidad en el Estado y la posición de vulnerabilidad en que se encuentran muchas de las comunidades originarias (Plan Veracruzano de Desarrollo, 2012).

Como parte de sus objetivos se presenta en el apartado III 1.2.1.2 viii lograr una mayor participación de las comunidades indígenas en la planeación de su desarrollo, con acciones para superar los rezagos sociales de la población indígena en materia de infraestructura, vivienda, servicios educativos y de salud, tanto en cobertura como en calidad y en el III 1.2.1.4 impulsar programas de registro y acreditación de médicos tradicionales, curanderos y parteras.

Dentro del Plan Veracruzano de Desarrollo en el apartado III. 3 “Salud: Prevención y atención oportuna para todos”, se plantea que una condici3n saludable forma parte del capital humano, que individuos sanos crean pueblos más productivos y ricos en todos los aspectos, por lo tanto se incluye el mejoramiento de la salud como un compromiso ineludible y esencial.

En el apartado III.3.2 se identificaron múltiples objetivos dentro de los cuales destacan, el lograr la cobertura universal, para que todos los veracruzanos tengan acceso a servicios de atención médica; así como, contribuir a elevar el índice de desarrollo humano en los 15 municipios veracruzanos considerados con menor IDH. Dentro de sus estrategias, se plantea implementarla capacitación con enfoque intercultural, al personal de salud de las unidades de primer nivel ( fija y móvil); promover en 100% de las unidades de salud de primer nivel las adecuaciones interculturales a los programas de salud y a la operación de servicios, para disminuir las barreras culturales de acceso a los servicios, e impulsar el fortalecimiento de las comunidades de diálogo entre el personal de salud y médicos tradicionales, para fortalecer las redes sociales en 100% de los municipios con menor índice de desarrollo humano.

Como parte de las acciones, en el apartado III.3.4 menciona fortalecer la ejecución de la red de huertos de plantas medicinales seguras en los centros de salud.

## 2.4. VINCULACIÓN CON EL PROGRAMA VERACRUZANO DE SALUD 2011-2016.

El Programa Veracruzano de Salud 2011 – 2016, se alinea a los objetivos, estrategias y líneas de acción contempladas en el Plan Veracruzano de Desarrollo 2011 – 2016. En este documento se pretende promover la salud, prevenir enfermedades, y mejorar la calidad de vida con la participación activa del pueblo veracruzano, favoreciendo que las y los ciudadanos participen en el cuidado de su salud, fomentando los estilos de vida saludables, facilitando las opciones más sanas en nuestro medio ambiente y potenciando la prevención y seguridad de las poblaciones

Con respecto a los objetivos, estrategias y líneas de acción establecidos en este documento, en el punto 1.1 hace referencia a proporcionar servicios con óptima calidad técnica e interpersonal en la red de servicios médicos disponibles en todos los municipios del estado, en unidades de consulta externa, y hospitalización con enfoque intercultural; así mismo, menciona el capacitar al 100% de los equipos zonales, jefes de salud reproductiva, jefes de enseñanza y jefes de atención médica en todas las jurisdicciones del estado con enfoque intercultural; el punto 2.2 menciona el mejorar las condiciones de salud, a través de intervenciones intersectoriales, anticipatorias, integradas y efectivas, con énfasis en los grupos indígenas, rurales y urbanos como parte de una estrategia integral que permita desarrollar capacidades y competencias para ejercer mayor control de los determinantes causales de su salud (Programa Veracruzano de Salud, 2012).

## 2.5. VINCULACIÓN CON EL PROGRAMA SALUD PARA TODOS LOS VERACRUZANOS 2013-2016.

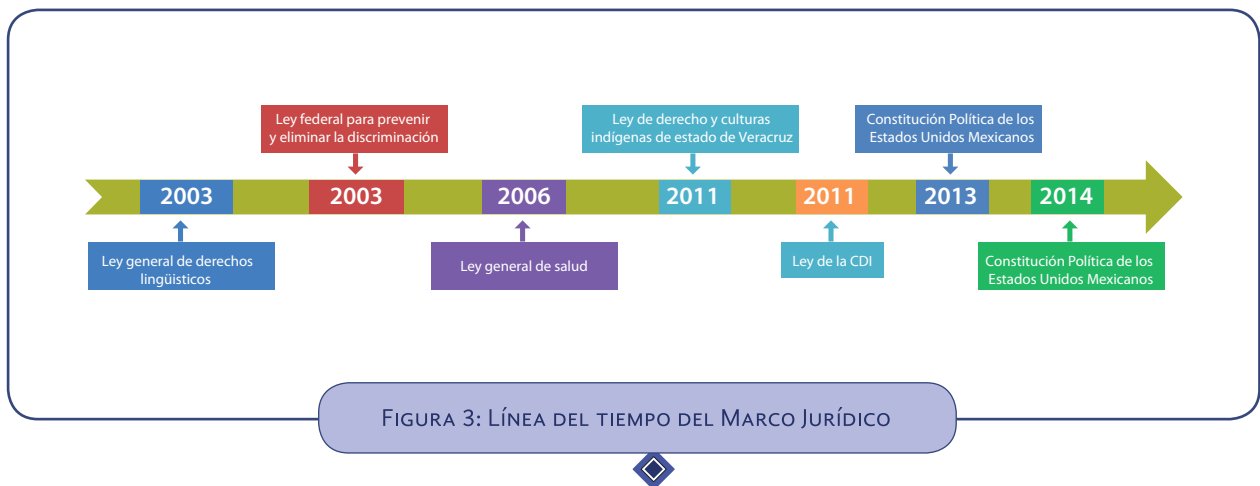
El Programa Salud para Todos los Veracruzanos 2013 – 2016, se alinea a los objetivos, estrategias y líneas de acción contempladas en el Plan Veracruzano de Desarrollo 2011 – 2016. Este documento es una estrategia enfocada a prevenir las enfermedades, promover la salud, las prácticas de vida saludable y procurar el bienestar de todas las familias en una visión integral, en

su acción XXXIV plantea que “la atención del primer nivel se sustentará en un modelo de Salud comunitaria basado en redes funcionales de servicios de salud; en el que se privilegia la participación social. Un modelo versátil con alta pertinencia cultural que incorpora todos los valores y costumbres de la comunidad, promoviendo la participación de sujetos activos, solidarios y corresponsables de salud, para lograr la transformación social, bajo un principio de respeto a la diversidad y los Derechos Humanos” (Programa Salud para Todos los Veracruzanos, 2013).



## 3 ♦ MARCO JURÍDICO

La interculturalidad emerge como proyecto de nación al destacar la obligación gubernamental de implantar políticas públicas e instituciones sociales que propicien la igualdad de oportunidades y el desarrollo integral de sus pueblos y comunidades, evitando prácticas discriminatorias y la participación activa de la colectividad. En el marco del reconocimiento de la diversidad cultural de los pueblos indígenas y garantizar un mejor desarrollo en los diferentes ámbitos en lo que compete en su calidad de vida, surgen diversas propuestas donde se establecen el reconocimiento de la diversidad y prácticas culturales como necesarios para el desarrollo de los pueblos indígenas para garantizar una mejor calidad de vida (Figura 3).



### 3.1. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.

Bajo un marco jurídico legal, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, reformada en febrero del 2013, en su artículo 2º, reconoce “a México como nación pluricultural y garantiza el derecho de los pueblos y las comunidades indígenas a preservar y enriquecer sus lenguas, y todos los

elementos que constituyan su cultura e identidad”, se enfatiza en la obligación gubernamental de establecer políticas e instituciones sociales orientadas a alcanzar la igualdad de oportunidades, la eliminación de prácticas discriminatorias, así como el desarrollo integral de sus pueblos y comunidades mediante la participación activa de los propios indígenas. El artículo 2º, párrafo B, fracción III establece “Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional, así como apoyar la nutrición de los indígenas mediante programas de alimentación, en especial para la población infantil”. (Ahuja, Sánchez, R. et al. 2007; Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2014).

En su artículo 4º establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud; así mismo, señala que el Estado promoverá los medios para la difusión y desarrollo de la cultura, atendiendo a la diversidad cultural; sus manifestaciones y expresiones con pleno respeto a la libertad creativa. La ley establecerá los mecanismos para el acceso y participación a cualquier manifestación cultural.

## 3.2. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO DE VERACRUZ.

La constitución política del Estado de Veracruz, en su artículo 4º, establece que “los habitantes del Estado gozarán de todas las garantías y libertades consagradas en la constitución y las leyes federales, los tratados internacionales, esta constitución y las leyes que de ella emanen; así como aquellos que reconozcan el Poder Judicial del Estado, sin distinción alguna de origen, raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política, condición o actividad social”(Constitución Política del Estado de Veracruz, 2014).

## 3.3. LEY GENERAL DE SALUD.

La ley General de Salud, reformada en septiembre del 2006, estipula en su Artículo 1º, el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

En su artículo 3º, II enfatiza que la atención médica, será preferentemente en beneficio de grupos vulnerables y en atención a estos grupos, en el apartado IV Bis., se enfoca en una visión participativa de las acciones destinadas a la salud de uno de estos grupos vulnerables; los pueblos indígenas, “impulsar el bienestar y el desarrollo de las familias y comunidades indígenas que propicien el desarrollo de sus potencialidades político sociales y culturales; con su participación y tomando en cuenta sus valores y organización social”. Considerar que sus valores y la forma de organizarse es parte del enfoque intercultural, y las comunidades originarias constituyen un grupo que por sus características se clasifica como vulnerable, al igual que los migrantes, adultos mayores, entre otros (Ley General de Salud, 2013).

En el artículo 93, menciona que de la misma manera reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de la medicina tradicional indígena.

En concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, la Ley General de Salud, en su capítulo IV, del artículo 51 sostiene que “los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad, recibiendo atención profesional y éticamente responsable, así como un trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares”, actitudes que propicia la perspectiva intercultural, la cual involucra no sólo a comunidades originarias, sino que permite interactuar entre diversos grupos desde un plano horizontal y equitativo, sin negar que exista el conflicto, bajo un enfoque intercultural éste se resuelve a través del diálogo y la concertación. La Ley General de Salud establece en el apartado X, la asistencia social a los grupos más vulnerables y, de éstos, de manera especial, a los pertenecientes a las comunidades indígenas.

### 3.4. LEY DE DERECHOS Y CULTURAS INDÍGENAS DEL ESTADO DE VERACRUZ.

La Ley de Derechos y Culturas Indígenas para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, señala en el artículo 46, que “La Secretaría de Salud dispondrá las medidas necesarias para que el personal que preste sus servicios en los pueblos y comunidades de indígenas, cuente con los conocimientos básicos sobre la cultura, costumbres y lenguas propias de estas comunidades”. En la misma Ley, en su última reforma, publicada en la Gaceta Oficial el 2 de mayo de 2011, establece las normas y elementos legales para sustentar en los pueblos indígenas un servicio y atención a la salud, acorde a sus características culturales

(Ley de Derechos y Culturas Indígenas del Estado de Veracruz., 2013).

En el título III, Capítulo I Artículo 44 se establece que: “El Estado, a través de la Secretaría de Salud, garantizará a los miembros de los pueblos y comunidades de indígenas su acceso efectivo a los servicios de salud”, enfatizando en lo siguiente:

“Implementarán programas y políticas públicas que les permitan gozar de plena salud física y mental, los cuales serán específicos y especializados para la atención de las necesidades de salud en las diferentes etapas de la vida; niñez, edad adulta reproductiva, adultos mayores y personas indígenas con discapacidad”

En el título III, Capítulo I artículo 45 se establece que: El Estado, a través de las autoridades del sector salud, en común acuerdo con los médicos indígenas, protegerá su medicina tradicional y tomará las medidas necesarias para su conservación y desarrollo. Por tal motivo, los Servicios de Salud vienen operando un programa de medicina tradicional y fortalecimiento intercultural, a través de diferentes estrategias, a fin de cimentar la base de un modelo integral de atención a la salud, establecido dentro de un marco normativo-jurídico.

### 3.5. LEY GENERAL DE DERECHOS LINGÜÍSTICOS DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS.

El reconocimiento y la protección de las lenguas indígenas han sido ya considerados en la Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas, publicado en nuestro país en el Diario Oficial de la Federación el 13 de marzo de 2003, y en el que resaltan los Artículos 7º y 9º que dicen: “Las lenguas indígenas serán válidas al igual que el español para cualquier asunto o trámite de carácter público. Es derecho de todo mexicano comunicarse en la lengua de la que sea hablante, sin restricciones en el ámbito público o privado, en forma oral o escrita, en todas sus actividades sociales, económicas, políticas, culturales, religiosas y cualesquiera otras”. Así mismo estipula que en los municipios con comunidades con población hablante de alguna lengua indígena, se adoptarán e instrumentarán medidas para que las instancias requeridas puedan atender y resolver los asuntos que se les planteen en lenguas indígenas.

### 3.6. LEY FEDERAL PARA PREVENIR Y ELIMINAR LA DISCRIMINACIÓN.

La Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, reformada en junio de 2003, establece en el artículo 1º que “el objeto es prevenir y eliminar todas las formas de discriminación que se ejerzan contra cualquier persona en los términos del Artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como promover la igualdad de oportunidades y de trato”, estableciendo en la fracción III “Para los efectos de esta ley se entenderá por discriminación toda distinción, exclusión, restricción o preferencia que, por acción u omisión, con intención o sin ella, no sea objetiva, racional ni proporcional 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 o nacional, el color de piel, la cultura, el sexo, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, económica, de salud o jurídica, la religión, la apariencia física, las características genéticas, la situación migratoria, el embarazo, la lengua, las opiniones, las preferencias sexuales, la identidad o filiación política, el estado civil, al situación familiar, las responsabilidades familiares, el idioma, los antecedentes penales o cualquier otro motivo”.

### 3.7. LEY DE LA COMISIÓN NACIONAL PARA EL DESARROLLO DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS.

La Ley de la Comisión Nacional de los Pueblos indígenas, reformada en junio de 2011, establece en su artículo 1º que “La Comisión tiene como objeto orientar, coordinar, promover, apoyar, fomentar, dar seguimiento y evaluar los programas, proyectos, estrategias y acciones públicas para el desarrollo integral y sustentable de los pueblos y comunidades indígenas de conformidad con el artículo 2º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos”, y en su artículo 3º fracción II, estipula “promover la no discriminación o exclusión social y la construcción de una sociedad incluyente, plural, tolerante y respetuosa de la diferencia y el dialogo intercultural”.





## 4 ♦ PUEBLOS INDÍGENAS DE LAS AMÉRICAS

Existen 70 países en el mundo que conforman una población de entre 300 a 370 millones de indígenas. De este total, el continente americano tiene una población de entre 40 y 60 millones de indígenas (Zolla, 2012). En la región de América Latina y el Caribe, México es el país con más población indígena, y junto con Bolivia, Guatemala, Perú y Colombia suman el 87% de la población indígena total; el 13% restante de dicha población se distribuye en 20 países (UNICEF, 2009).

Las lenguas con mayor número de hablantes, algunas con más de un millón, son la Quechua (Bolivia, Perú y Ecuador), el Nahuatl (México), el Aymara (Bolivia y Chile), el Maya yucateco (México) y el Ki'che' (Guatemala). Los países de América Latina y el Caribe con más diversidad étnica son Brasil, que posee 305 pueblos indígenas, Colombia que tiene 87, México con 62, y Perú 51 etnias. Entre las naciones con menor diversidad étnica están: Surinam con 4 pueblos indígenas, Nicaragua que tiene 7, y Honduras con 9 (Mikkelsen, 2014).

## 5 ♦ POBLACIÓN INDÍGENA EN MÉXICO



El total de población indígena en México varía de acuerdo al criterio que se utilice. Por tanto, son 6, 913, 362 indígenas, si nos apegamos al criterio “población de 3 años y más según condición de habla indígena”; y 6, 695, 2228 indígenas en el país si se considera a personas de más de 5 años. No obstante, de incluir la variable de “población de 3 años y más según condición de auto-descripción étnica”, la suma asciende a 15, 703, 474 indígenas que habitan en nuestra nación.

Las lenguas indígenas están repartidas en numerosas familias lingüísticas, en algunas pueden distinguirse agrupaciones intermedias (subfamilias, grupos, subgrupos) pero no hay siempre las mismas agrupaciones en todas las familias. Las familias se componen de una o más lenguas diferenciadas entre sí. Oaxaca, Chiapas y Veracruz son los estados en los que se encuentra la mayor diversidad del país. Contrariamente, en los estados de Yucatán, Quintana Roo y Campeche sólo se habla una lengua indígena, el maya, además del español.

El náhuatl es una de las lenguas que subsiste en la mayoría de los estados que cuentan con población de habla indígena. El náhuatl y el maya, son las lenguas con mayor número de hablantes en el país, además del mixteco, tzeltal, tzotzil, otomí y totonaco. Los idiomas indígenas que no son originarios de México y cuenta con hablantes de éstos son: Aguacateco, Ixil, Kakchiquel, Kekchi y Quiche, los cuales provienen de Guatemala; así como el Kikapú que es de Canadá (Zolla y Zolla, 2011).

Por otra parte, en México existen diversas comunidades y regiones que se desarrollan en condiciones de bilingüismo, cuyas características son profundamente heterogéneas, lo que –dicho sea de paso- representa un factor adicional de complejidad para el diseño de programas. Si bien la mayoría de la población hablante de una lengua indígena es bilingüe, existe un número importante de personas monolingües en lengua indígena. De apegarnos al primer criterio enunciado, personas de más de 3 años que hablan una lengua indígena, en México hay un 15.9% de monolingües en idioma indígena (INEGI, 2010).

La situación de la población indígena es de vulnerabilidad, ante la carencia de los recursos necesarios que les permita satisfacer sus necesidades básicas, por lo que presentan una situación de desventaja en el ejercicio pleno de sus derechos y libertades. Así, CONEVAL (2012) señala que más de la mitad de la población indígena del país carece de infraestructura básica y habita en municipios de alta y muy alta marginación, el 70% de las personas de entre 6 y 24 años es analfabeta o no asiste a la escuela.

Respecto a la pobreza, 8 de cada 10 personas indígenas son pobres, y más de la mitad de estos padecen pobreza extrema; de hecho los datos oficiales indican que la población Indígena en pobreza extrema en el país es del 30.6% frente al 7.6% de la población no indígena; en este mismo sentido de comparación, el rezago educativo es del 34.1% de la población indígena ante el 17.6% de la no indígena; del 81.0% de carencia de acceso a la seguridad social en la población indígena al 59.1% de la que no es indígena; y del 34.4% de carencia por acceso a la alimentación entre la población indígena con respecto al 22.1% de la no indígena (Mikkelsen, 2014).

El Grupo Internacional de Trabajo sobre Asuntos Indígenas, menciona – con base a información proporcionada por la UNAM y la OPS-México, que en los 10 estados con mayor concentración poblacional indígena las principales enfermedades y trastornos causantes de mortalidad son: diabetes mellitus, enfermedades isquémicas del corazón, cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, enfermedad cerebrovascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades hipertensivas, nefritis y nefrosis, infecciones respiratorias agudas bajas y desnutrición calórico proteica; tales entidades son Campeche, Chiapas, Guerrero, Morelos, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz y Yucatán (Mikkelsen, 2014).

Asimismo, la migración indígena es un elemento que ha generado, entre otros aspectos, la incorporación de población económicamente activa a nuevos mercados de trabajo. A este respecto, una investigación realizada por la UNAM y el Instituto de Investigaciones Económicas, referida por el Grupo Internacional de Trabajo sobre Asuntos Indígenas, señala que las entidades con mayor impacto en las remesas enviadas por mexicanos que se encuentra trabajando fuera del país son las que poseen población indígena importante, tal es el caso de Oaxaca, Guerrero, Michoacán y Puebla. Dichas remesas, en los últimos diez años, han superado los 20 mil millones de dólares anuales.



## 6 ♦ MUNICIPIOS INDÍGENAS EN VERACRUZ

El estado de Veracruz de Ignacio de la Llave se encuentra al oriente de la República Mexicana, colinda al norte con el estado de Tamaulipas, al este con el golfo de México, al sur con los estados de Oaxaca y Tabasco, y al oeste con San Luis Potosí, Hidalgo y Puebla. Tiene una superficie de 71, 826 kilómetros cuadrados. Por la extensión en su territorio ocupa el décimo lugar a nivel nacional y representa el 3.7% del territorio nacional, está constituido por 212 municipios, distribuidos en diez grandes regiones según la Secretaría de Finanzas y Planeación, así mismo cuenta con 14 Jurisdicciones Sanitarias para la administración de los Servicios de Salud, los municipios más poblados del estado son Veracruz, Xalapa y Coatzacoalcos (Figura 4).

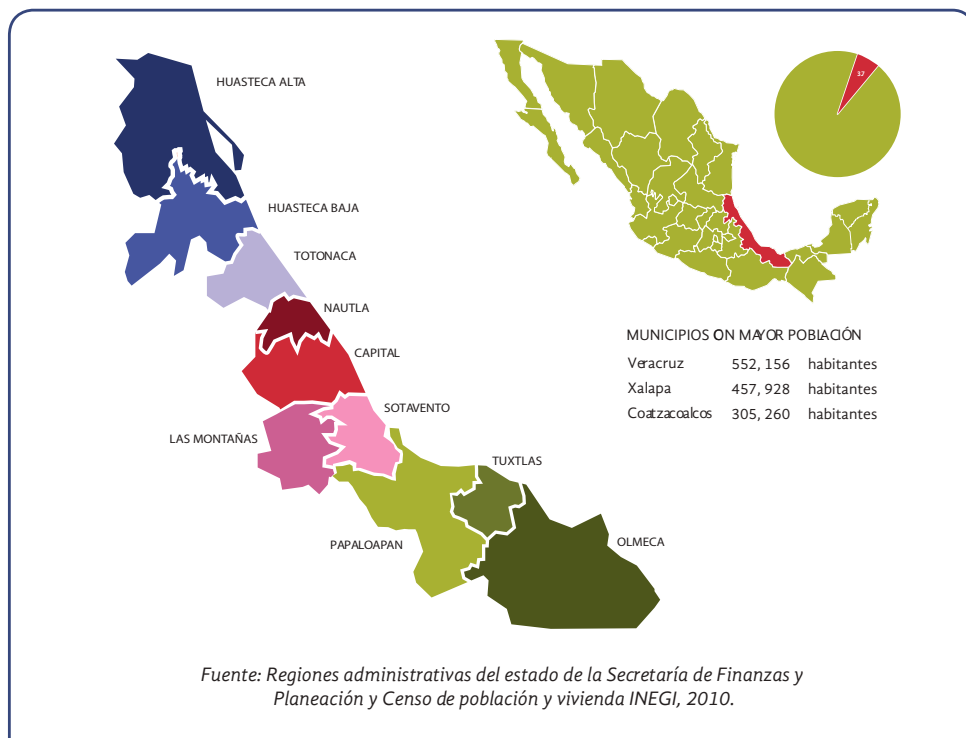
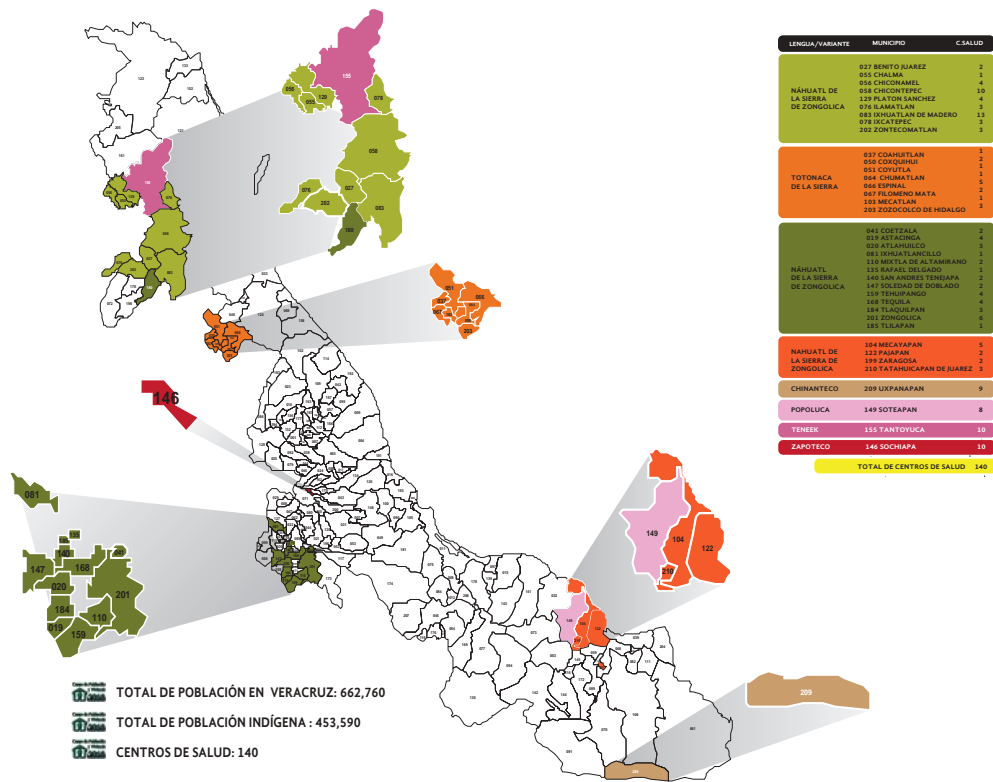


FIGURA 4. DIVISIÓN POLÍTICA DEL ESTADO DE VERACRUZ Y MUNICIPIOS CON MAYOR POBLACIÓN.





Fuente: Censo de población y vivienda INEGI, 2010.

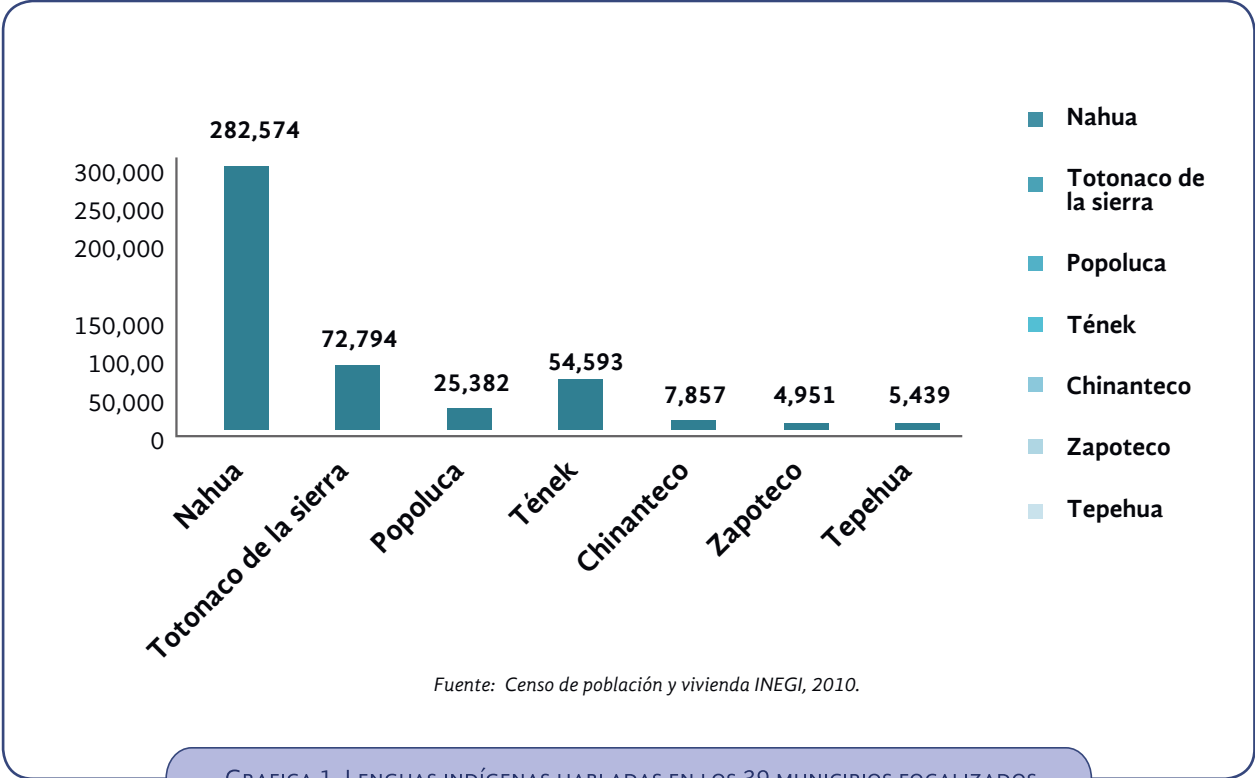
FIGURA 5. MAPA DE LOS 39 MUNICIPIOS CON MÁS DEL 30% DE HABLANTES DE ALGUNA LENGUA INDÍGENA CON CENTROS DE SALUD POR ETNIA

Veracruz es un estado complejo, dada su diversidad territorial, se integra por 20,828 localidades, de las cuales el 98.5% del total de éstas cuentan con menos de 2,500 habitantes; el 39% de la población total corresponde a localidades rurales, y el 61% a urbanas, siendo que a nivel nacional la población rural es del 22% y la urbana del 78% (SESVR, 2014).

De los 212 municipios del estado de Veracruz, se identifican 39 municipios indígenas que presentan más del 30% de la población hablante de una lengua indígena; estos 39 municipios suman el 68.4% de la población total hablante de una lengua indígena en el estado, y el 5.9 % del total de la población estatal; con respecto, a los municipios considerados dentro de la *Cruzada Nacional contra el Hambre (CNH)*, el estado de Veracruz abarca el 17% del total de los municipios a nivel nacional, y el 74.4% de los 39 municipios focalizados, que incluyen 146 núcleos básicos, 140 centros de salud y 77 auxiliares de salud. (Figura 5).

La población total hablante de una lengua indígena en los 39 municipios es de 453,590 personas; las lenguas indígenas que más predominan son el Nahuatl y dentro de ésta, las variantes reportadas son el Náhuatl de la Sierra de Zongolica, el Nahuatl del Sur y el Náhuatl de la Huasteca con una población de 282,574 ocupando el 62.4% de la población total de los 39 municipios, seguido por el Totonaco de la Sierra que tiene una población de 72,794 hablantes y ocupa un 16%; el Popoluca tiene una población de 25,382 con el 5.6 %; el Tének con una población de 54,593 equivalente al 12%; el Chinanteco con 7,857 hablantes correspondiente al 1.7%; el Zapoteco cuenta con una población de 4,951 hablantes y un porcentaje de 1.1% y el Tepehua, con 5,439 hablantes y tiene un porcentaje 1.2% (Tabla 1 y Gráfica 1).

Cabe destacar que de los 39 municipios focalizados, los de mayor población de hablantes de lenguas indígenas son Tehuipango, Mixtla de Altamirano, Filomeno Mat, Atlahuilco, Soledad Atzompa, Astacinga, Tlaquilpa, Mecatlán, Chumatlán, Tequila, Iamatlán, Benito Juárez, Sotepan, San Andrés Tenejapan, Zontecomatlan (INEGI, 2010)



GRAFICA 1. LENGUAS INDÍGENAS HABLADAS EN LOS 39 MUNICIPIOS FOCALIZADOS.

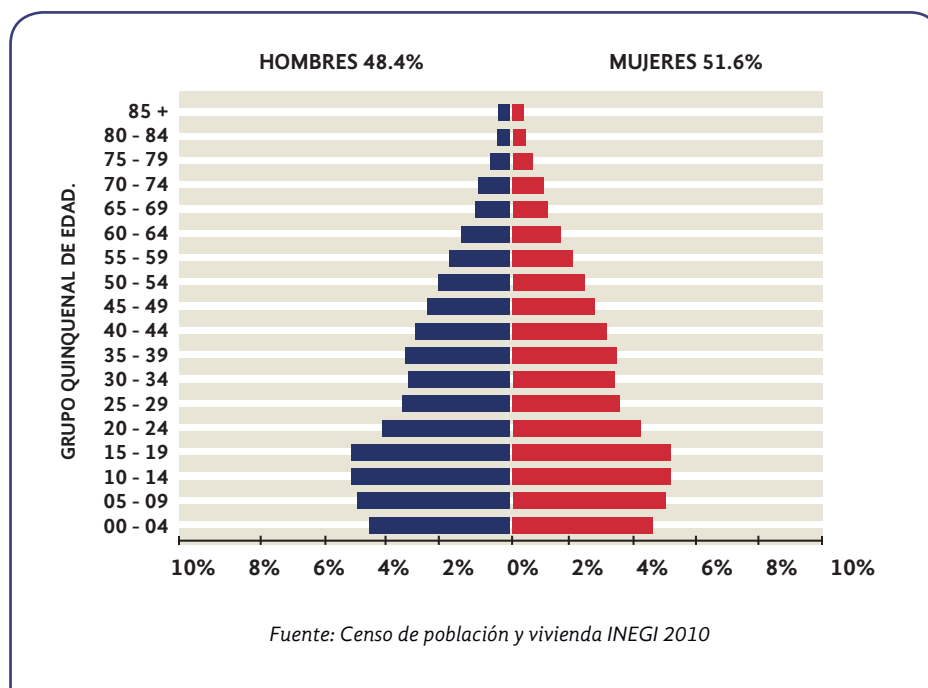


TABLA 1. HABLANTES DE LENGUA INDÍGENA EN LOS 39 MUNICIPIOS FOCALIZADOS

Lengua	Municipios	Total de Población	Población mujeres	Población mujeres	% respecto a la población total de la entidad
Náhuatl de la Sierra de Zongolica	Astacinga	129,502	66,463	63,039	28.5%
	Tehuipango				
	Mixtla de Altamirano				
	Atlahuico				
	Soledad Atzompa				
	Tlaquilpa				
	Tequila				
	San Andrés Tenejapan				
	Rafael Delgado				
	Tlilapan				
	Coetzala				
	Ixhuatlancillo				
	Zongolica				
	Náhuatl del sur				
Pajapan					
Mecayapan					
Zaragoza					
Náhuatl de la Huasteca	Ixhuatlan de Madero	119,594	58,077	61,517	26.3%
	Chicontepec				
	Chiconamel				
	Ilamatlan				
	Benito Juárez				
	Zontecomatlan				
	Chalma				
	Platón Sánchez				
Tenek	Ixcatepec	54,593	3,125	3,202	12%
	Tantoyuca		23,572	24,694	
Tepehua	Tlalchichilco	5,439	2,661	2,778	1.1%
Totonaca de la Sierra	Coxquihui	72,794	36,397	36,397	16%
	Coyutla				
	Coahuatlán				
	F. Mata				
	Mecatlan				
	Chumatlan				
	Zozocolco				
	Espinal				
Chinanteco	Uxpanapa	7,857	3,0903	3,954	7.2%
Popoluca	Soteapan	25,382	12,909	12,473	
Zapoteco	Santiago sochiapan	4,951	2,346	2,605	1.0%

## 6.1 SITUACIÓN LINGÜÍSTICA.

De acuerdo al censo de población y vivienda 2010, del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), el estado de Veracruz es la tercera entidad más poblada del país con 7,643,194 habitantes, de los cuales 3,947,515 (51.6%) son mujeres y 3,695,679 (48.4%) hombres, representando el 6.8% de la población total nacional; y de la población total de la entidad el 8.7% habla una lengua indígena (Gráfica 2).(INEGI, 2010; INEGI, 2011)

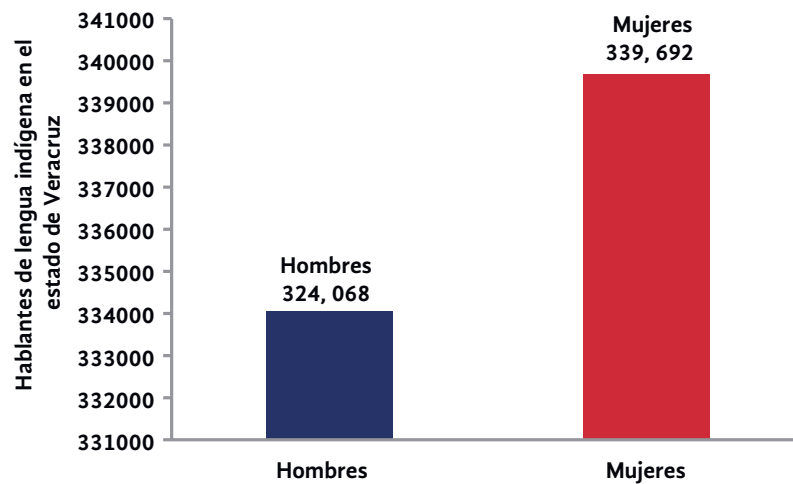


GRAFICA 2: DISTRIBUCIÓN DE HOMBRES Y MUJERES DE LA POBLACIÓN TOTAL DEL ESTADO DE VERACRUZ

En México se registran 6,913,362 (90.4%) hablantes de alguna lengua indígena, el total de hablantes en el estado de Veracruz es de 662,760 habitantes, incluyendo la población de 3 años y más, de los cuales 324,068 (48.9%) son hombres y 338,692 (51.1%) son mujeres (Gráfica 3); Veracruz ocupa el 9.6% de la población total nacional de hablantes de alguna lengua indígena (Gráfica 4). (CDI, 2011; INEGI, 2010)

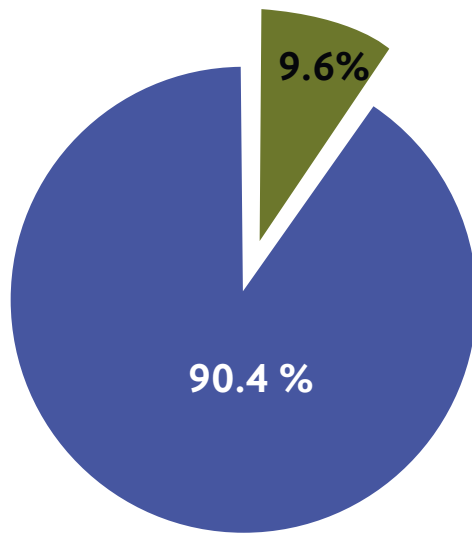
El estado de Veracruz se caracteriza por su diversidad geográfica, social, política, lingüística y cultural. Hablar de esta entidad es referirse a uno de los principales estados con mayor riqueza cultural; de acuerdo con datos oficiales por la Academia Veracruzana de Lenguas Indígenas (AVELI), se identifican 15 lenguas indígenas en el estado, con 31 variantes lingüísticas o dialectos con





Fuente: Censo de población y vivienda INEGI 2010

GRÁFICA 3. POBLACIÓN DE HOMBRES Y MUJERES INDÍGENAS EN VERACRUZ



■ Población de habla indígena en el Estado de Veracruz  
■ Población indígena a nivel nacional

un total 662,760 hablantes en la entidad, distribuidas en diez regiones: Región Huasteca alta, Región Huasteca baja, Región Totonaca, Región Nautla, Región Capital, Región Las Montañas, Región Sovento, Región Papaloapan, Región Tuxtla y la Región Olmeca. (AVELI, 2010)

Con respecto a las diez regiones que integran el estado de Veracruz, los 39 municipios que cuentan con más del 30 % de hablantes de lengua indígena con 3 años y más están distribuidos de la siguiente manera (Tabla 2):

Fuente: Censo de población y vivienda INEGI 2010

GRÁFICA 4. PORCENTAJE DE HABLANTES DE LENGUAS INDÍGENAS DE VERACRUZ RESPECTO AL TOTAL NACIONAL



TABLA 2. UBICACIÓN DE LOS 39 MUNICIPIOS FOCALIZADOS EN LAS DIEZ REGIONES DEL ESTADO DE VERACRUZ

Regiones	Municipios	Lenguas	Totales
<b>Región Huasteca</b>	Chiconamel, Platón Sánchez, Chalma, Tantoyuca	Náhuatl de la Huasteca, Tének	174, 187
<b>Huasteca Baja</b>	Llamatlán, Zontecomatlán, Benito Juárez, Tlalchichilco, Ixacatepec, Chicontepec, Ixhuatlán de Madero	Náhuatl de la Huasteca, Tének, y Tepehua	5,439
<b>Región Totonaca</b>	Filomeno Mata, Coahuitlán, Mecatlán, Coyutla, Chumatlán, Coxquihui, Zozocolco de Hidalgo, Espinal	Totonaca de la Sierra	72,794
<b>Región Montañas</b>	Ixhuatlancillo, Rafael Delgado, Tehuipango, Astacinga, Atlahuilco, Coetzala, Mixtla de Altamirano, San Andrés Tenejapan, Soledad Atzompa, Tequila, Tlaquilpan, Tlilapan, Zongolica	Náhuatl de la Sierra de Zongolica	129,502
<b>Región Papaloapan</b>	Santiago Sochiapan	Zapoteco	4,951
<b>Región Olmeca</b>	Soteapan, Mecayapan, Pajapan, Zaragoza, Uxpanapa, Tatahuicapan	Popoluca, Náhuatl del Sur y Chinanteco	66, 717

Fuente: Regiones administrativas del estado de la Secretaría de Finanzas y Planeación



## 7 • CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

*La Cruzada Nacional contra el Hambre* es una estrategia coordinada por el Gobierno Federal que busca superar la condición simultánea de carencia alimentaria y pobreza extrema, la población objetivo en la primera etapa eran 400 municipios que hacían un total de 11.7 millones de personas con pobreza multidimensional extrema, de los cuales el 7.4 millones (62.4%) presentan carencia de acceso a la alimentación. En el 2014, el número de municipios atendidos por la CNH asciende a 503, sumando en Veracruz 52 municipios más, dando un total de 85 municipios; con respecto a los 39 municipios con más del 30% de población hablante de una lengua indígena, 29 están considerados en la CNH, ocupando el 74.4 % del total de los municipios. Dentro de la estrategia se considera la participación de 70 programas federales, de 19 dependencias (CONEVAL, SEDESOL, SSA, CONAPO, DIF, entre otras), además de los gobiernos estatales y municipales (SEDESOL, 2014).

Veracruz está considerada dentro de las entidades en México que presentan un grado de marginación y rezago social alto, ocupando el cuarto lugar a nivel nacional. A este respecto, existen por parte de dependencias oficiales indicadores que miden el grado de marginación, rezago social; así como, desarrollo humano (CONEVAL, 2012).

En el 2010, de acuerdo con cifras de Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), a nivel nacional la población en pobreza fue de 52.1 millones de personas, lo que representó el 46.3 % del total de la población. De ésta, la población en pobreza en la entidad fue de 12.8 millones de personas, lo que equivale al 11.4 % de la población total, Veracruz ocupa el séptimo lugar nacional en pobreza y cuarto en pobreza extrema; así mismo, se encuentra entre los diez estados con mayor población indígena, situándose en el tercer lugar de las entidades, antecedido por los estados de Chiapas y Oaxaca (Tabla 3). (CONEVAL, 2010)



TABLA 3. ENTIDADES CON MAYOR NÚMERO DE POBLACIÓN INDÍGENA.

Entidad	Población indígena	% de población indígena a nivel nacional
Chiapas	1,209,057	19.5 %
Oaxaca	1,203,150	17.4 %
Veracruz	662,760	9.6 %
Puebla	617,504	8.9 %
Yucatán	544,927	7.9 %
Guerrero	481,098	7.0 %
México	379,075	5.5 %
Hidalgo	369,549	5.3 %
San Luis Potosí	256,468	3.7 %
Quintana Roo	198,587	2.9 %

Fuente: Censo de población y vivienda INEGI 2010

## 7.1. DESARROLLO HUMANO.

El desarrollo humano, se refiere a la ampliación de capacidades y libertades que permite a todos los mexicanos tener una vida digna sin comprometer el patrimonio de las generaciones futuras. El Índice de Desarrollo Humano (IDH) se compone de tres dimensiones: salud (esperanza de vida al nacer), educación (escolaridad) e ingresos, y cada dimensión es medida a partir de variables establecidas por las Naciones Unidas, evaluándolo como bajo, medio bajo, medio alto. De acuerdo al Informe Mundial sobre Desarrollo Humano 2011, México se ubicó en la posición 57 del ordenamiento internacional, con un IDH de 0.770, y el estado de Veracruz en la posición nacional 28, con un IDH de 0.6997 (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2012; UNAM, 2008).

Cabe destacar que de los 125 municipios con menor índice de Desarrollo Humano registrados a nivel nacional, el estado cuenta con 15 de ellos: todos con población indígena, caracterizándose por tener cabecera mixta, indígena/mestiza, estos municipios son: Astacinga, Atlahuilco, Filomeno Mata, Ilamat-

lán, Mecatlán, Los Reyes, Mixtla de Altamirano, Soledad Atzompa, Sotepan, Tehuipango, Tequila, Texcatepec, Tlaquilpa, Xoxocotla y Zontecomatlán (POA, 2013).

De los 39 municipios indígenas identificados con más del 30 % de población hablante de alguna lengua, 2 cuentan con un IDH bajo, 32 con un IDH medio bajo y 5 con un IDH medio alto (Tabla 4, Figura 6 y Gráfica 5).

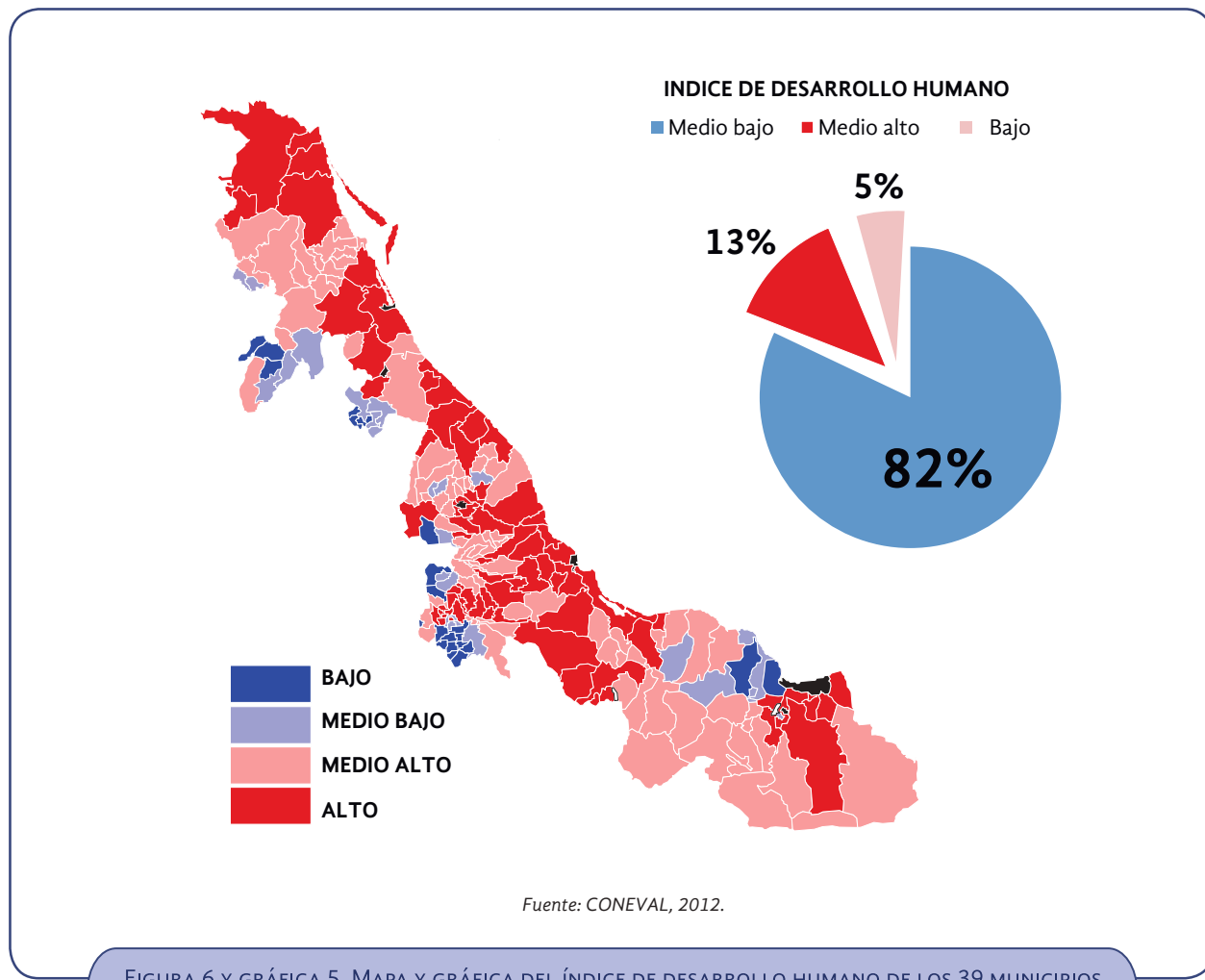


FIGURA 6 Y GRÁFICA 5. MAPA Y GRÁFICA DEL ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO DE LOS 39 MUNICIPIOS CON MÁS DEL 30% DE HABLANTES DE ALGUNA LENGUA INDÍGENA CON CENTROS DE SALUD POR ETNIA.



TABLA 4. ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO DE LOS 39 MUNICIPIOS FOCALIZADOS

Lengua	Municipios	IDH	Total de Población
Náhuatl de la Sierra de Zongolica	Astacinga	Medio bajo	129,502
	Tehuipango	Bajo	
	Mixtla de Altamirano	Bajo	
	Atlahuico	Medio bajo	
	Soledad Atzompa	Medio bajo	
	Tlaquilpa	Medio bajo	
	Tequila	Medio bajo	
	San Andrés Tenejapan	Medio bajo	
	Rafael Delgado	Medio bajo	
	Tlilapan	Medio bajo	
	Coetzala	Medio bajo	
	Ixhuatlancillo	Medio bajo	
	Zongolica	Medio bajo	
Náhuatl del sur	Tatahuicapan de Juárez	Medio bajo	33,478
	Pajapan	Medio bajo	
	Mecayapan	Medio bajo	
	Zaragoza	Medio bajo	
Náhuatl de la Huasteca	Ixhuatlan de Madero	Medio bajo	119,594
	Chicontepec	Medio alto	
	Chiconamel	Medio bajo	
	Ilamatlan	Medio bajo	
	Benito Juárez	Medio bajo	
	Zontecomatlan	Medio bajo	
	Chalma	Medio alto	
	Platón Sánchez	Medio bajo	
Totonaca de la Sierra	Coxquihui	Medio bajo	72,794
	Coyutla	Medio bajo	
	Coahuatlán	Medio bajo	
	F. Mata	Medio bajo	
	Mecatlan	Medio bajo	
	Chumatlan	Medio bajo	
	Zozocolco	Medio bajo	
	Espinal	Medio bajo	
Tenek	Ixcatepec	Medio alto	54,593
	Tantoyuca	Medio alto	
Chinanteco	Uxpanapa	Medio bajo	7,857
Popoloca	Soteapan	Medio bajo	25,382
Zapoteco	Santiago sochiapan	Medio bajo	4,951
Tepehua	Tlalchichilco	Medio bajo	5,439

Fuente: Creación propia con datos del Censo de población y vivienda INEGI, 2010 y CONEVAL, 2012.

## 7.2. REZAGO SOCIAL.

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), es el organismo responsable de medir la pobreza en el país a partir de niveles de ingresos de las familias y de carencias sociales en materia de salud, seguridad social, servicios, vivienda, educación y alimentación, mediante el Índice de Rezago Social; clasificando como pobres a aquellos mexicanos que tienen al menos una carencia social y un ingreso menor a la línea de bienestar, y son pobres extremos los que tienen tres o más carencias sociales y un ingreso menor a la línea de bienestar mínimo. De esta manera, Veracruz presenta un índice de rezago social de 1.13549, un grado de rezago social alto, ubicándolo en 4° lugar a nivel nacional (Figura 7).

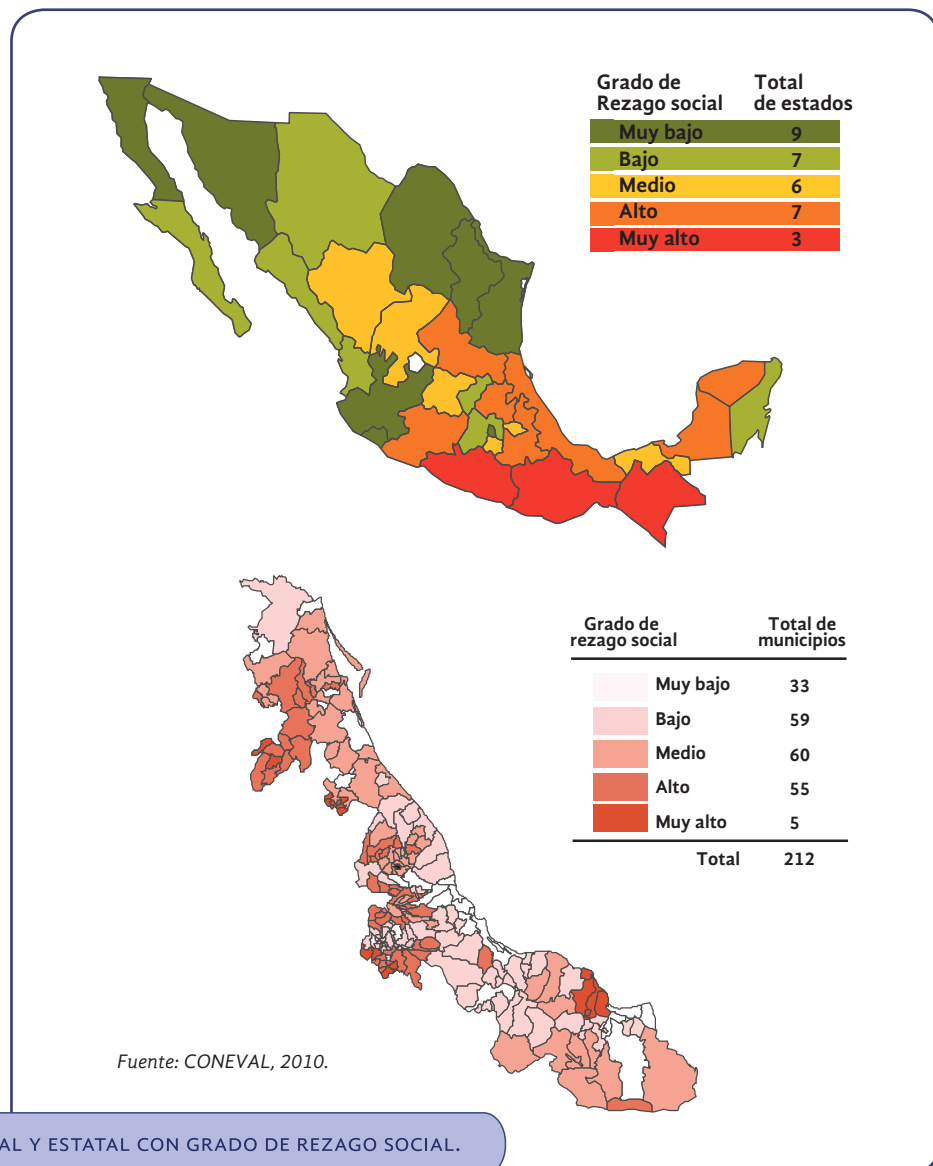


FIGURA 7. MAPA NACIONAL Y ESTATAL CON GRADO DE REZAGO SOCIAL.



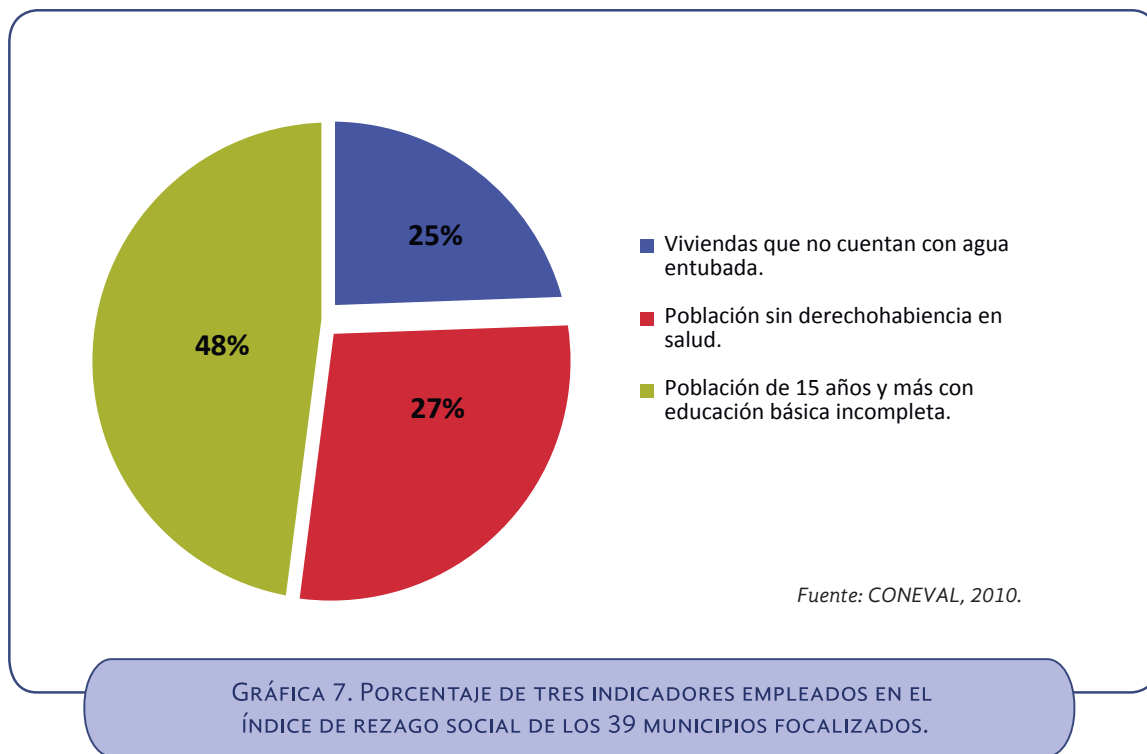
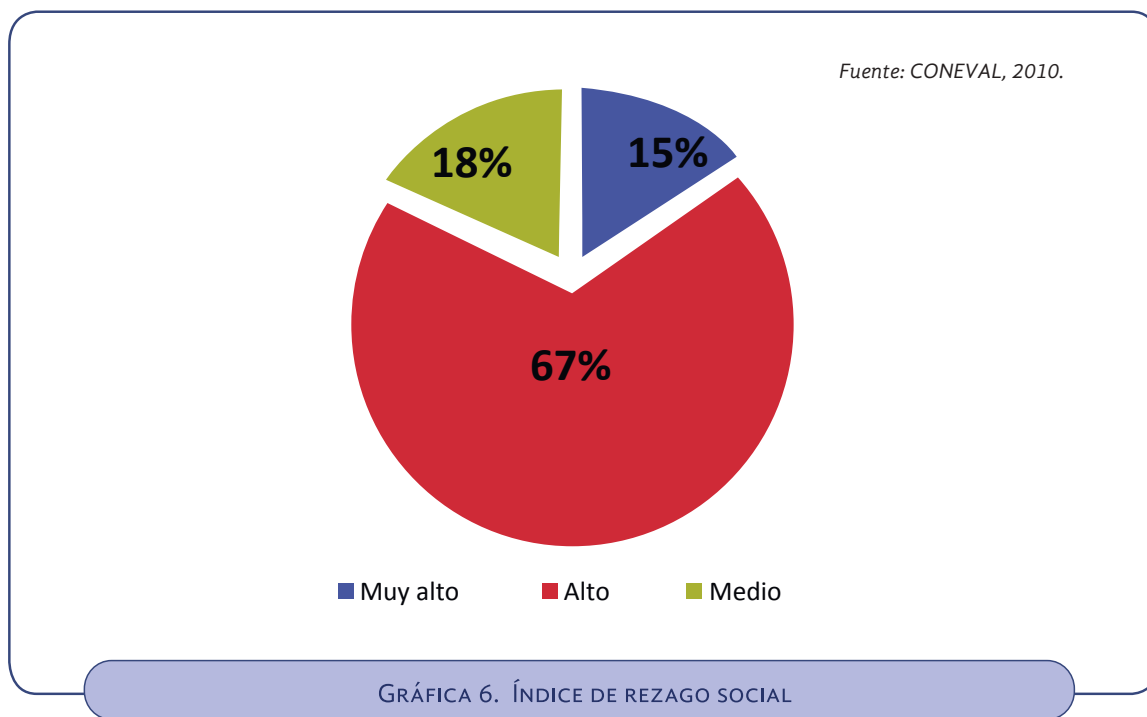
TABLA 5. ÍNDICE DE REZAGO SOCIAL DE LOS 39 MUNICIPIOS FOCALIZADOS

Lengua	Municipios	IDS	Total de Población
Náhuatl de la Sierra de Zongolica	Astacinga	Alto	129,502
	Tehuipango	Muy alto	
	Mixtla de Altamirano	Muy alto	
	Atlahuico	Muy alto	
	Soledad atzompa	Muy alto	
	Tlaqilpa	Alto	
	Tequila	Alto	
	San Andrés Tenejapan	Alto	
	Rafael delgado	Medio	
	Tlilapan	Medio	
	Coetzala	Alto	
	Ixhuatlancillo	Medio	
Zongolica	Alto		
Náhuatl del sur	Tatahuicapan de Juárez	Alto	33,478
	Pajapan	Alto	
	Mecayapan	Alto	
	Zaragoza	Medio	
Náhuatl de la Huasteca	Ixhuatlan de madero	Alto	119,594
	Chicontepec	Alto	
	Chiconamel	Alto	
	llamatlan	Muy alto	
	Benito Juárez	Alto	
	Zontecomatlan	Alto	
	Chalma	Medio	
Platon Sánchez	Alto		
Totonaca de la Sierra	Coxquihui	Alto	72,794
	Coyutla	Alto	
	Coahuatlán	Alto	
	F. Mata	Muy alto	
	Mecatlan	Alto	
	Chumatlan	Alto	
	Zozocolco	Alto	
Espinal	Medio		
Tenek	Ixcatepec	Medio alto	54,593
	Tantoyuca	Medio alto	
Chinanteco	Uxpanapa	Medio bajo	7,857
Popoluca	Soteapan	Medio bajo	25,382
Zapoteco	Santiago sochiapan	Medio bajo	4,951
Tepehua	Tlalchichilco	Medio bajo	5,439

Fuente: Censo de población y vivienda INEGI, 2010 y CONEVAL, 2012.



De los 39 municipios, 6 de ellos cuentan con índice de rezago social muy alto, 26 con índice de rezago social alto y 7 con índice de rezago social medio (Tabla 5 y Gráfica 6 y 7).



## 7.3 MARGINACIÓN SOCIAL.

La marginación se puede definir como un fenómeno estructural múltiple que valora dimensiones, formas e intensidades de exclusión en el proceso de desarrollo y disfrute de sus beneficios. Como parte de la planeación demográfica del país, el Consejo Nacional de Población (CONAPO) tiene como misión incluir a la población de los programas de desarrollo económico y social, que se formulen dentro del sector gubernamental y vincular sus objetivos a las necesidades que plantean los fenómenos demográficos. En este sentido, el índice de marginación es una medida que permite diferenciar entidades y municipios del país, según el impacto global de las carencias que padece la población como resultado de la falta de acceso a la educación, la residencia en viviendas inadecuadas, la percepción de ingresos insuficientes y las relacionadas con la residencia en localidades pequeñas; se consideran que son cuatro dimensiones estructurales que componen la marginación: educación, vivienda, ingresos monetarios y distribución de la población, evaluándola como muy alto, alto, medio bajo, muy bajo.

El índice de marginación contribuye a identificar las disparidades territoriales que existen entre las entidades federativas y los municipios del país. Uno de los mayores problemas que enfrenta la población que habita en las localidades con alta presencia indígena es, sin duda, el acceso a la educación. Dos de los indicadores que conforman el índice de marginación, calculados para la población de 15 años y más en esta dimensión, son el porcentaje de analfabetas y población primaria incompleta, cuyos valores son más altos en los grupos indígenas (CONAPO, 2013).

El analfabetismo en indígenas de mayores de 15 años de edad, es de 25 % a nivel nacional; en Veracruz alcanza la cifra de 33 %. La condición de habla indígena es determinante para el indicador de analfabetismo, a manera de referencia según estudios realizados, en el país, el analfabetismo alcanza en mujeres que hablan lengua indígena el 43 % contra el 10.4% de las mujeres analfabetas que no hablan la lengua indígena. En los hombres que hablan la lengua indígena el analfabetismo alcanza el 23.43 % contra el 6.7% de analfabetas indígenas que no hablan la lengua (POA, 2013).

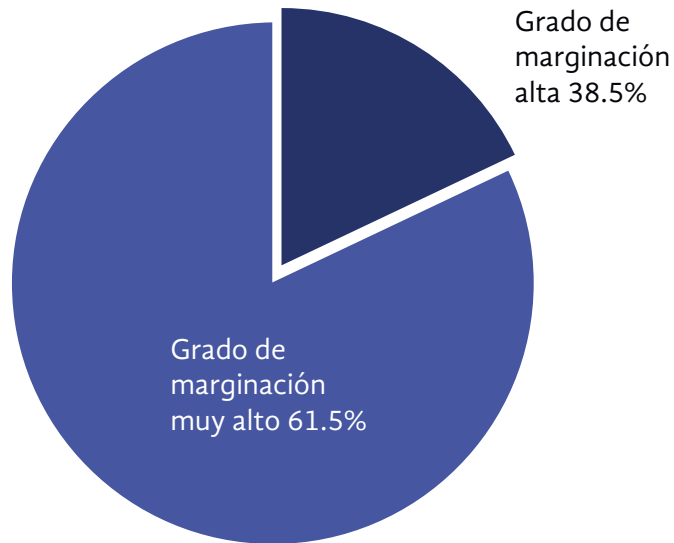
De acuerdo con los datos de CONAPO 2010, de los 39 municipios con más del 30% de población hablante, 24 cuentan con un grado de marginación muy alto y 15 con un grado de marginación alto (Tabla 6 y Gráfica 8).



TABLA 6. ÍNDICE DE MARGINACIÓN DE LOS 39 MUNICIPIOS FOCALIZADOS.

Lengua	Municipios	Grado de Marginación	Total de Población
Náhuatl de la Sierra de Zongolica	Astacinga	Muy alto	129,502
	Tehuipango	Muy alto	
	Mixtla de Altamirano	Muy alto	
	Atlahuico	Muy alto	
	Soledad atzompa	Muy alto	
	Tlaquilpa	Muy alto	
	Tequila	Muy alto	
	San Andrés Tenejapan	Muy alto	
	Rafael delgado	Alto	
	Tlilapan	Alto	
	Coetzala	Alto	
	Ixhuatlancillo	Alto	
Zongolica	Alto		
Náhuatl del sur	Tatahuicapan de Juárez	Muy alto	33,478
	Pajapan	Alto	
	Mecayapan	Muy alto	
	Zaragoza	Alto	
Náhuatl de la Huasteca	Ixhuatlan de madero	Muy alto	119,594
	Chicontepec	Alto	
	Chiconamel	Muy alto	
	Ilamatlan	Muy alto	
	Benito Juárez	Muy alto	
	Zontecomatlan	Muy alto	
	Chalma	Alto	
Platon Sánchez	Alto		
Totonaca de la Sierra	Coxquihui	Muy alto	72,794
	Coyutla	Alto	
	Coahuitlán	Muy alto	
	F. Mata	Muy alto	
	Mecatlan	Muy alto	
	Chumatlan	Muy alto	
	Zozocolco	Muy alto	
	Espinal	Alto	
Tenek	Ixcatepec	alto	54,593
	Tantoyuca	Muy alto	
Chinanteco	Uxpanapa	Alto	7,857
Popoluca	Soteapan	Muy alto	25,382
Zapoteco	Santiago sochiapan	Alto	4,951

Fuente: CONEVAL, 2012.



Fuente: CONEVAL, 2012.

GRÁFICA 8. PORCENTAJE DEL ÍNDICE DE MARGINACIÓN DE LOS 39 MUNICIPIOS FOCALIZADOS

La focalización de municipios con indicadores sociodemográficos, nos permite conocer las características sociodemográficas del estado y la población indígena, así como las condiciones y necesidades que estos grupos vulnerables tienen. Bajo este contexto los Servicios de Salud de Veracruz han desarrollado un Modelo de Salud Indígena con Pertinencia Cultural que contiene y presenta objetivos y líneas de acción, desde un marco jurídico legal que responda a las demandas y necesidades de las comunidades originarias en materia de salud.



## 8 • DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN MUNICIPIOS INDÍGENAS

Con la finalidad de visualizar la situación general que presentan los municipios focalizados como prioridad de este proyecto, se procede a describir con mayor detalle el contexto sociodemográfico que particulariza a cinco de estos, a fin de dimensionar la importancia de operar las estrategias y acciones que contiene el presente Modelo desde una perspectiva sectorial.

### 8.1. MUNICIPIO MIXTLA DE ALTAMIRANO.

El municipio de Mixtla de Altamirano colinda al norte con los municipios de Texhuacán y Zongolica; al este con el municipio de Zongolica; al sur con los municipios de Zongolica y Tehuipango; al oeste con los municipios de Tehuipango y Texhuacán. Tiene una superficie de 66.3 kilómetros cuadrados, se encuentra constituido por 43 localidades, de las cuales las localidades de Barrio Segundo y Ocotempa concentran la mayor cantidad de población. (Gobierno del Estado de Veracruz, 2014).

De acuerdo a INEGI (2010), el municipio de Mixtla de Altamirano cuenta con una población total de 10, 387 habitantes, de los cuales 5,221 (50.3%) son hombres y 5,166 (49.7%) son mujeres, representando el 0.1 % de la población total de la entidad; de la población total del municipio el 98.4% habla una lengua indígena, el náhuatl, en la variante de la sierra de Zongolica. Las principales causas de mortalidad reportadas, son tuberculosis pulmonar, meningitis tuberculosa, enfermedades infecciosas y parasitarias, tumores malignos, así como diabetes mellitus. (Dirección General de Información en Salud, 2012).

En el 2010, el promedio de los hogares en el municipio era de 4.4 individuos, mientras que en el estado el tamaño promedio reportado fue de 3.8 integrantes. Respecto al grado de escolaridad de la población de 15 años o más fue de 2.7%, frente al grado promedio de escolaridad estatal de 7.7%. De acuerdo con las cifras de CONEVAL (2010), la población en situación de pobreza en este municipio corresponde al 97 % de la población total, del cual el 80% se

encuentran en pobreza extrema, mientras que a nivel estatal la población en situación de pobreza extrema es del 16.1%.

De acuerdo con las cifras de CONAPO (2010), el grado de marginación de este municipio fue catalogado como muy alto, con un índice de marginación de 60.7%, ocupando el primer lugar a nivel estatal y el décimo lugar a nivel nacional. El rezago social de Mixtla de Altamirano es muy alto, ocupa el primer lugar a nivel estatal.

Con respecto a la condición de rezago educativo, el 53% de la población presenta esta carencia social, frente al 25.8 % de rezago educativo estatal y al 20.7 % del nacional; de acuerdo con los datos reportados, se identifica que el 39% de las mujeres y el 39.2% de los hombres de 6 años y más saben leer y escribir. Con respecto al analfabetismo, el 55.4% de la población de 15 años y más no sabe leer y escribir, frente al 13.4% de analfabetismo reportado a nivel estatal.

En cuanto a personas sin acceso a servicios de salud, el 34.8 % no cuenta con él, esto frente al 34.9 % de carencia por acceso a los servicios de salud en el estado y al 29.2 % a nivel nacional; la carencia por acceso a la seguridad social afecta al 98.4% de la población, contra el 69.2 % a nivel estatal y el 60.7 % nacional; el 69.8% habita en viviendas con mala calidad de materiales y espacios insuficientes, esto frente al 24 % a nivel estatal y 15.2 % a nivel nacional. Asimismo, el 86.6% del total de la población de este municipio no dispone de drenaje, el 67.8% no cuenta con agua entubada, el 53.4% tiene piso de tierra y el 16.6 % no dispone de energía eléctrica.

El 99.1 % de la población reportó habitar en viviendas sin disponibilidad de los servicios básicos, frente al 39.3 % de carencia por servicios básicos en la vivienda a nivel estatal y al 22.9% a nivel nacional; finalmente, con respecto a la incidencia de carencia por acceso a la alimentación, es del 39.6% frente al 26.1 % a nivel estatal y al 24.8 % a nivel nacional.

## 8.2. MUNICIPIO TEHUIPANGO.

Este colinda al norte con los municipios de Astacinga, Tehuacán y Mixtla de Altamirano; al este con los municipio de Mixtla de Altamirano, Zongolica y el estado de Puebla; al sur con el estado de Puebla; al oeste con el estado de Puebla y el municipio de Astacinga. Este municipio tiene una superficie de 94.8 kilómetros cuadrados, se encuentra constituido por 51 localidades, siendo Xopilapa, Tepecuitlapa y Tzacuala primero las comunidades que concentran la mayor cantidad de población en el municipio. (Gobierno del Estado de Veracruz, 2014).

INEGI (2010), señala que el municipio de Tehuipango tiene una población de 23, 479 habitantes, de los cuales 11, 298 (48.1%) son hombres y 12, 181 (51.9%) son mujeres, la cual representa el 0.3% de la población total de la entidad; de la población del municipio, el 99.6% habla una lengua indígena: el náhuatl, específicamente la variante de la sierra de Zongolica. Las principales causas de muerte reportadas en la población son tumores malignos, diabetes mellitus, parálisis cerebral, enfermedades del corazón, bronquitis e insuficiencia hepática. (Dirección General de Información en Salud, 2012).

El promedio de los hogares en Tehuipango es de 5.4 individuos, mientras que en el estado el tamaño promedio reportado fue de 3.8 integrantes. Con relación al grado promedio de escolaridad de la población de 15 años o más es de 3.1, frente al grado promedio de escolaridad estatal de 7.7. CONEVAL (2010), registra que la población en situación de pobreza que presenta este municipio es del 94.7% de la población total, del cual el 76.8% se encuentran en pobreza extrema, presentándose a nivel estatal, una pobreza extrema de 16.1%.

CONAPO (2010) señala con muy alto el grado de marginación a este municipio, con un índice de marginación de 59.7%, por lo que ocupa el segundo lugar a nivel estatal y el doceavo lugar a nivel nacional. Respecto al grado de rezago social, Tehuipango se encuentra clasificado como muy alto, segundo lugar a nivel estatal.

El 46.4% de la población presenta rezago educativo, cuando a nivel estatal es del 25.8% y del 20.7 % a nivel nacional; el 47% de los hombres y el 35.1 % de las mujeres de 6 años o más saben leer y escribir. Asimismo, el 56.3% de la población de 15 años o más no sabe leer ni escribir, mientras que a nivel estatal se reporta el 13.4% de analfabetismo; el 92.6 % no contaba con acceso a servicios de salud, porcentaje muy por arriba del 34.9% que corresponde al estado y del 29.2% nacional. El 97.8% de Tehuipango carece de seguridad social, el 67.9 % habita en viviendas con mala calidad de materiales y espacios insuficientes, el 96.7 % del total de la población no dispone de drenaje, el 74.3 % no cuenta con agua entubada, el 43 % tiene piso de tierra y el 4.8 % no dispone de energía eléctrica.

Finalmente, el 99.6 % habita en viviendas sin disponibilidad de los servicios básicos, y la incidencia de carencia por acceso a la alimentación es del 37.3 % de la población. Este último indicador, cabe agregar, refiere si las personas cuentan con una alimentación adecuada y los medios para obtenerla.

### 8.3. MUNICIPIO ILAMATLÁN.

Se encuentra ubicado en la región de la huasteca baja, colinda al norte con el estado de Hidalgo; al este con el estado de Hidalgo y el municipio de Zontecomatlán de López y Fuentes; al sur con el municipio de Zontecomatlán de López y Fuentes y el estado de Hidalgo; al oeste con el estado de Hidalgo. Este municipio tiene una superficie de 155.4 kilómetros cuadrados, constituido por 28 localidades, de las cuales Xoxocapa, San Gregorio, San Pablo Mitecatlán son las comunidades que concentran mayor población en el municipio. (Gobierno del Estado de Veracruz, 2014).

Ilamatlán cuenta con una población total de 13, 575 habitantes, de los cuales 6,423 (47.3 %) son hombres y 7, 152 (52.7 %) son mujeres, lo que representa el 0.2 % de la población total de la entidad; el 86.9 % habla una lengua indígena, el náhuatl, particularmente la variante náhuatl de la huasteca. Las principales causas de mortalidad reportadas en la población son tuberculosis pulmonar, linfadenopatía periférica, tumores malignos, diabetes mellitus y enfermedades del corazón. (Dirección General de Información en Salud, 2012).

El promedio de los hogares en el municipio es de 4.1 individuos, el grado promedio de escolaridad de la población de 15 años y más en ese año fue de 4%, el 89.3 % la población vive en situación de pobreza, de cuyo porcentaje el 59.8 % está en situación de pobreza extrema, mientras que a nivel estatal la población en situación de pobreza extrema es del 16.1%.

El grado de marginación es muy alto, con un índice de marginación de 48.3%, ocupa el cuarto lugar a nivel estatal y el noventa y uno a nivel nacional; Ilamatlán está clasificado con grado de rezago social muy alto, ocupa el quinto lugar a nivel estatal.

El 44.2 % de la población presenta rezago educativo, el 57.4 % de los hombres y el 50.3 % de las mujeres de 6 años y más saben leer y escribir; el 42% de la población de 15 años y más no sabe leer y escribir, a nivel estatal se reporta el 13.4% de analfabetismo.

En Ilamatlan el 68.9 % no tiene acceso a los servicios de salud; el 91.7 % carece de seguridad social, el 38.5 % habita en viviendas con mala calidad de materiales y espacios insuficientes, el 70.4 % no cuenta con agua entubada, el 67.3 % del total de la población no dispone de drenaje, el 20.5 % cuenta con piso de tierra y el 5.7 % no dispone de energía eléctrica.

Asimismo, el 90.7 % de la población habita en viviendas sin disponibilidad de los servicios básicos, y el 45.8 % no tiene acceso a la alimentación.



## 8.4. MUNICIPIO FILOMENO MATA.

Se encuentra ubicado en la región totonaca, colindando al norte con los municipios de Coahuatlán, Coyutla y Mecatlán; al este con el municipio de Mecatlán y el estado de Puebla; al sur con el estado de Puebla; al oeste con el estado de Puebla y el municipio de Coahuatlán. Este municipio tiene una superficie de 43.2 kilómetros cuadrados, integrado por 9 localidades, de las cuales Cerro Grande, Francisco Villa, El Crucero, son las comunidades con mayor población en el municipio. (Gobierno del Estado de Veracruz, 2014).

Filomeno Mata cuenta con una población total de 16, 418 habitantes, de los cuales 8, 180 (49.8 %) son hombres y 8, 238 (50.2%) son mujeres, representando el 0.2% de la población total del estado; el 97.3% del municipio habla una lengua indígena: el totonaco, en su variante de la sierra. Las principales causas de mortalidad, que se presentan en la población de este municipio son la tuberculosis pulmonar, los tumores malignos en esófago, las anemias, la diabetes mellitus y la desnutrición. (Dirección General de Información en Salud, 2012).

El promedio de individuos en los hogares es de 6, el grado de escolaridad de la población de 15 años y más es de 4.1%, su población en situación de pobreza es del 92.7%, de cuyo porcentaje el 62.1% padece pobreza extrema, frente al 16.1% reportado a nivel estatal.

El grado de marginación de este municipio está catalogado de muy alto, con un índice de marginación de 42.7%, ocupando el lugar número veinte a nivel estatal y el doscientos cuarenta y seis a nivel nacional. Filomeno Mata presenta de alto el grado de rezago social, por lo que ocupa el lugar número veinticuatro en el estado.

Con rezago educativo está el 43.5% de la población de Filomeno Mata; el 54.7 % de los hombres, y el 46.6% de las mujeres de 6 años y más saben leer y escribir; mientras que el 39.6 % de la población de 15 años y más no saben leer ni escribir, contra el 13.4 % de analfabetismo reportado a nivel estatal.

Referente a personas sin acceso a servicios de salud, el 18.6 % no cuenta con este servicio, el 96.2 % carece de acceso a la seguridad social, el 64.7% habita en viviendas con mala calidad de materiales y espacios insuficientes, el 23.1% no dispone de drenaje, el 34.4 % no cuenta con agua entubada, el 5.6 % cuenta con piso de tierra y el 6.6 % no tiene energía eléctrica. El 88.2% habita en viviendas sin disponibilidad de los servicios básicos, el 56.4 % no tiene acceso a la alimentación.

## 8.5. MUNICIPIO PLATÓN SÁNCHEZ.

Se encuentra en la región de la huasteca alta, colinda al norte con los municipios de Tempoal y Tantoyuca; al este con el municipio de Tantoyuca y Chalma; al sur con el municipio de Chalma, y el estado de Hidalgo; al oeste con los municipios de Chalma, Chiconamel, Tempoal y el estado de Hidalgo. Este municipio tiene una superficie de 244.7 kilómetros cuadrados y se conforma por 135 localidades, de las cuales Tlalpani, Ahitic y Los Pozos son las comunidades que presentan mayor número de población en el municipio. (Gobierno del Estado de Veracruz, 2014).

Platón Sánchez cuenta con una población total de 17, 888 habitantes, esto es 8, 780 (49.1 %) hombres y 9, 108 (50.9%) mujeres, que corresponde al 0.2 % de la población total de la entidad. El 34.4% del municipio habla una lengua indígena, el náhuatl, la variante náhuatl de la huasteca. Las principales causas de mortalidad reportadas son septicemias, diarreas, gastroenteritis, tumores malignos, diabetes mellitus, así como enfermedades del corazón. (Dirección General de Información en Salud, 2012).

El promedio de los hogares en el municipio es de 4 individuos, y el promedio de escolaridad de la población de 15 años y más es de 6.3. La población en situación de pobreza es del 76.5%, del cual el 27.3 % se encuentran en pobreza extrema; mientras que a nivel estatal se reporta 16.1% de pobreza extrema.

El grado de marginación es medio, con un índice de marginación de 30.7%, ocupa el lugar número ciento nueve a nivel estatal y el doscientos cincuenta y tres a nivel nacional. Su grado de rezago social también es medio, que lo ubica en el lugar número ochenta y cinco a nivel estatal.

El 29.1% de la población presenta rezago educativo, el 73.6 % de los hombres de y el 69.1% de las mujeres de 6 años y más saben leer y escribir; existe un 20.6 % de la población de 15 años y más que no sabe leer y escribir, frente al 13.4% de analfabetismo reportado a nivel estatal. Sin acceso a servicios de salud está un 13.5 %; del mismo municipio, el 81.5 % no tiene acceso a la seguridad social, el 45.6 % habita en viviendas con mala calidad de materiales y espacios insuficientes, el 45.8 % carece de drenaje, el 20 % no cuenta con agua entubada, el 25 % tiene piso de tierra y el 5.9 % no dispone de energía eléctrica. Por último, el 58.5% habita en viviendas sin disponibilidad de los servicios básicos, con una incidencia de carencia por acceso a la alimentación del 28.6%.



## 9 ♦ POBLACIÓN INDÍGENA EN ZONAS URBANAS

Los pueblos originarios se caracterizan por expresarse de múltiples formas, son un segmento de la población que generalmente es asociado con el ámbito rural; sin embargo, desde hace varios años diversas condiciones sociales han impulsado a estos pueblos a buscar alternativas de vida en las áreas urbanas y metropolitanas. La migración está alterando en forma reveladora la ubicación geográfica, las formas de reproducción socioeconómica y cultural de los indígenas, que se interrelacionan con significativos cambios demográficos, los cuales se manifiestan en importantes transformaciones de las estructuras de edad y sexo de los diversos grupos lingüísticos (CONAPO, 2003).

Los principales factores asociados a la migración urbana de los pueblos indígenas son: pérdida de la tierra, pobreza, desastres naturales, falta de oportunidades de empleo, insuficiencia de servicios de salud y deterioro de los medios de vida tradicionales, combinados con la falta de alternativas económicas viables y la perspectiva de mejores oportunidades en las ciudades. En las áreas urbanas, los indígenas se dedican principalmente a las actividades de la industria, manufactura y el comercio.

En México, el 14.9% de la población total nacional es considerada indígena que habla por lo menos una lengua y que se considera ella misma indígena, así mismo, estudios realizados por la Comisión Nacional de Desarrollo Para los Pueblos Indígenas indican que el 99% de los municipios cuenta con presencia indígena; proyecciones realizadas por CONAPO sugieren que para el año 2025 el 55.2% de la población total del país se concentrará en zonas metropolitanas o urbanas.

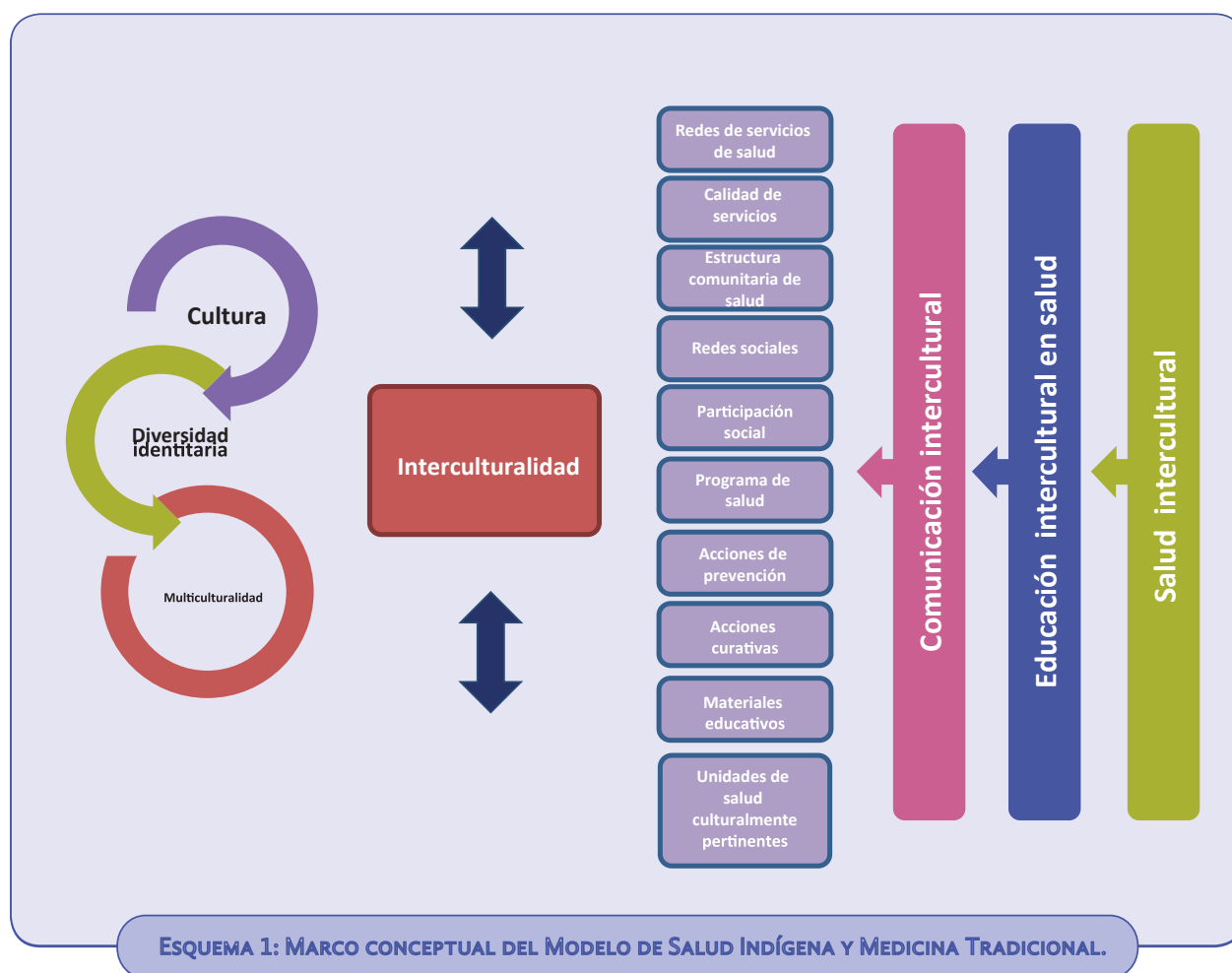
En el estado Veracruz una gran parte de la población indígena tiene asentamientos en áreas urbanas; 11 son las ciudades consideradas como urbanas por presentar una población de entre 2,500 y 15,000 habitantes, dentro de las que destacan: Veracruz, Xalapa, Coatzacoalcos, Córdoba, Poza Rica, Papantla, Minatitlán, San Andrés Tuxtla, Boca del Río, Tuxpan y Orizaba. En estas ciudades se cuenta con una población indígena de 59,730 hablantes lo que representa

el 9% de la población total hablante de una lengua indígena en Veracruz. La población indígena generalmente emigra a localidades urbanas para mejorar su condición de vida; los empleos más frecuentes que desarrollan en zonas urbanas son: artesanía, comercio, trabajos domésticos y actividades agrícolas, es importante mencionar que a medida que la población va aumentando en los centros urbanos, la proporción de personas que habla alguna lengua va disminuyendo.



## 10 ♦ MARCO CONCEPTUAL

El Modelo en cuestión se asienta sobre una estructura conceptual que se ha nutrido de la experiencia y la reflexión propia, que nos permite explicar el sentido de la operación de las distintas estrategias y acciones que se encaminan a la prevención y promoción de la salud con pertinencia cultural. Esta estructura conceptual utilizada no refiere a códigos determinados, por lo que sus significados no se agotan en un marco teórico particular, en función de que “el pensamiento histórico abre los límites de los códigos teóricos a las necesidades de



lo emergente. De ahí que las denotaciones nunca están completamente cerradas, ya que a la vez que caracterizan una referencia también pueden mostrar las propias posibilidades de transformación de las denotaciones” (Zemelman, 2012: 83).

## 10.1. CULTURA.

El concepto de cultura ha tenido muchas variaciones, lo cual se relaciona con la conceptualización de qué es el hombre y cuál es su esencia. Es en 1871 cuando aparece la primera definición de cultura, que dice es “un todo complejo que incluye el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, el derecho, las costumbres, así como cualquier otra habilidad o hábito adquiridos por el hombre como miembro de la sociedad” (Tejera, 1999: 8). Malinoswki, posteriormente afirma que la cultura nace a partir de que aparece una necesidad y la forma de cómo satisfacer a la misma. Es así como se van configurando una serie de elementos materiales e intelectuales que, al mismo tiempo, articulan lo que él llama las instituciones. Es la necesidad lo que genera pensamientos, acciones, conductas que forman la cultura. Así, las necesidades básicas como la alimentación, la limpieza, el afecto o el abrigo determinan la existencia de intenciones, símbolos y significados que se relacionan con el modo de vida de las sociedades.

En consecuencia, la cultura alude a las tradiciones, el arte, la literatura, la lengua, los instrumentos, las creencias, los símbolos y a los códigos que rigen la vida moral, política, jurídica, educativa y de esparcimiento de una sociedad, cualesquiera que ésta sea, cuyos sistemas suelen canalizarse de un horizonte generacional a otro. Asimismo, la lengua funge como el elemento constitutivo del cual depende el funcionamiento adecuado de una cultura.

La cultura se distingue por su heterogeneidad, nos caracteriza como ciudadanas o ciudadanos de un pueblo que tiene sus propias costumbres, idioma, creencias, etc., de ahí que toda persona cuenta con valores culturales concretos que influyen o tienen un impacto en el proceso de la atención en salud, ya sea como usuaria o usuario o como personal de salud, por lo que el reconocimiento de la diversidad cultural ayuda a comprender las diferentes maneras de interpretar el mundo, cada cultura tiene una explicación sobre el origen de las personas y todos los seres que habitan en su medio. Asimismo, cada una tiene una interpretación sobre cómo está conformado el cosmos, el universo y quienes habitan en los distintos espacios que lo conforman. Esta manera de ver

el mundo, las explicaciones sobre su origen y de todos los seres que habitan en él y las miradas que tienen de las cosas, es lo que se conoce como cosmovisión (Salud Sin Límites, 2011).

Dimensionar la importancia de la cultura de un grupo, es reconocer un modo de explicarse el mundo, de saberes compartidos -pocas veces reflexionada- para favorecer una atención en salud pertinente y significativa a los contextos de la población en cuestión.

## 10.2. IDENTIDAD.

La identidad se entiende como la cualidad simbólica cultural que hace a un grupo diferente de otro, no en un sentido estático, sino como un proceso que se recrea y se reconstruye frente a dinámicas sociales y de convivencia con grupos indígenas y no indígenas. Esto es, hoy día la vida del indígena no es como la visión idealista y romántica aspira a definirla; se trata de grupos humanos con inquietudes, expectativas, necesidades, experiencias y conocimientos que se han ido replanteando a través del tiempo y de la relación con unos y con otros, donde se retoman nuevos conocimientos y se reajustan metas culturalmente definidas, se reinventan nuevas palabras y caen en desuso algunas prácticas, parcial o íntegramente.

Para la psicología social la identidad social refiere al vínculo que posibilita la cohesión de un grupo, cuando los miembros de éste perciben su pertenencia al mismo, tienen la conciencia de que se les atribuye una cualidad positiva o negativa y sienten adherencia por dicho grupo. Así, para la antropología, la identidad étnica se asocia con los rasgos culturales de un grupo: lengua, indumentaria, territorio, patrones de conducta, etc., que los distinguen de otros, entendiendo que cada grupo es dinámico, viven una serie de influencias y a su vez trasladan elementos de su cultura a los grupos culturales con los que coexisten en las diversas regiones y contextos del estado. Esto implica que toman elementos culturales para crear y recrear su realidad, en este mismo sentido aportan sus propios elementos para construir una cultura comunitaria, regional y estatal.

Ello implica el reconocimiento de una diversidad étnica, cultural y lingüística como un hecho histórico – social; significa, también, cuidar la complejidad de relaciones que se establecen y que se concretizan en un espacio geográfico específico en un momento histórico determinado; concibiendo la diversidad como la coexistencia de diferentes grupos que poseen su propia cultura y

lengua y que establecen relaciones a diferentes niveles: económicos, políticos, sociales, intraculturales, interculturales, multiculturales, comunitarios, regionales, nacionales e internacionales.

### 10.3. GÉNERO.

Alude a los roles y estereotipos sociales y culturales que cada sociedad atribuye a hombres y mujeres en cuanto a comportamiento, características y valores. Estos valores son construidos por elementos derivados de la ideología, la historia, la identidad y el contexto económico de la sociedad, y reforzados por las leyes y las instituciones.

Existe la diferencia entre género y sexo, este último se refiere a las características biológicas que distinguen al hombre y a la mujer, esto es: órganos sexuales y anatomía; mientras que género abarca las relaciones sociales y personales existentes en hombres y mujeres, y los mecanismos que definen lo que es una conducta o idea femenina o bien masculina. El género, por tanto, se entiende como una construcción cultural e histórica que impone características psicológicas, políticas, jurídicas y económicas a hombres y a mujeres. Cada sociedad posee una concepción de género, de acuerdo a su cultura, por lo que las mismas etnias tienen un significado acerca de lo que es y cómo debe ser un hombre y una mujer, tipo de comportamientos y actividades que deben desempeñar, la forma de cómo se estructuran las relaciones entre los sexos, todo ello se suma la identidad cultural de dicho grupo.

La categoría de género, en salud, se incorpora en función de las desigualdades que determinan los diferentes estereotipos y roles que se asignan a hombres y mujeres, teniendo claro que “Cada mujer y cada hombre sintetizan y concretan en la experiencia de sus propias vidas el proceso sociocultural e histórico que los hace ser precisamente ese hombre y esa mujer: sujetos de su propia sociedad, vivientes a través de su cultura, cobijados por tradiciones religiosas o filosóficas de su grupo familiar y su generación, hablantes de su idioma, ubicados en la nación y en la clase en que ha nacido o en la que han transitado, envueltos en la circunstancia y los procesos históricos de los momentos y de los lugares en que su vida se desarrolla” (Lagarde, 1996).



## 10.4. MULTICULTURALIDAD.

Ante la diversidad cultural, surge el multiculturalismo que tiene como características centrales el reconocimiento de que una sociedad esté conformada por diferentes culturas, cada cual con sus propios códigos y formas de entenderse y materializarse, por lo que se le asocia con el relativismo cultural que inhibe la valoración crítica de cualquier cultura (Ander-Egg, 2008); más aún, se ha señalado que el multiculturalismo “exhibe todavía el síndrome colonialista que consiste en creer que existe una supracultura superior a todas las demás” (Walsh: 2009: 43). La multiculturalidad generalmente hace referencia a la presencia en el mismo lugar de culturas diferentes, refiere a la vida paralela de culturas que son diferentes, describiendo la relación de éstas en un espacio geográfico determinado, sin que haya una amplia interrelación entre tales. En consecuencia, “el multiculturalismo marcaría el estado, la situación de una sociedad plural desde el punto de vista de comunidades culturales con identidades diferenciadas” (Rodrigo, 1997:1), lo que -como veremos más adelante- difiere de la interculturalidad que se refiere a la dinámica y relación que se da entre las culturas.

## 10.5. EDUCACIÓN INTERCULTURAL PARA LA SALUD.

La educación intercultural busca adecuar la práctica educativa a la diversidad expresa por la presencia de diferentes grupos étnicos y culturales en una sociedad determinada, por lo que el sistema educativo incluye la diversidad cultural desde una perspectiva de respeto y equidad social.

En consecuencia, la educación intercultural revisa los contenidos del currículo que se define de conocimientos y valores visualizados como “universales” para proponer la inclusión de saberes locales, así como la relación que se da entre el docente y el estudiante, quienes –regularmente en contextos indígenas- responden a culturas distintas. Educación intercultural es un concepto que se acuña casi a fines del siglo XX para dar respuesta a la diversidad cultural desde una perspectiva pedagógica; “se trata de educar a hombres y mujeres capaces de convivir en un intercambio y crecimiento mutuo dentro de una sociedad multicultural, cultivando actitudes positivas, libres de prejuicios y estereotipos frente a las diferentes costumbres, códigos y símbolos que diferencian los modos de ser y hacer que existen en otras culturas” (Ander,

2008: 46); con base en la promoción del diálogo para favorecer dinámicas horizontales e igualitarias.

De acuerdo con esta visión, el diálogo se ubica como el principal elemento para el aprendizaje, el mecanismo que permite descubrir cómo un problema se comparte, cómo se relacionan las vidas y las bases comunes para la acción; así dialogar significa hablar con iguales en un intercambio no solo de información sino de sentimientos y valores.

Como señala Paulo Freire dialogar es un acto humano, de fe y humildad con el otro, es el recurso que genera conocimiento sobre hechos, así como conocimientos interpersonales y críticos, esto es: se dialoga la objetividad y la subjetividad de la realidad. En este sentido, “no podemos, a menos que sea ingenuamente, esperar resultados positivos de un programa, sea éste educativo en un sentido más técnico o de acción política, que no respete la visión particular del mundo que tenga o esté teniendo el pueblo. Sin ésta el programa se constituye en una especie de invasión cultural, realizada quizá con la mejor de las intenciones, pero invasión cultural al fin” (Freire, 1975: 75).

En este contexto, el Modelo incluye la capacitación del personal de salud mediante estrategias que propician relaciones de igualdad con los usuarios de los servicios, y de interacción con médicos tradicionales, respetando las diferencias étnicas y de género, entre otras; impulsando metodologías para el aprendizaje de la diversidad de la especie humana y la convivencia con los demás, cuyo elemento compone uno de los pilares de la educación de Jacques Delors: “aprender a vivir juntos desarrollando la comprensión del otro y la percepción de las formas de interdependencia, respetando los valores del pluralismo, comprensión mutua y paz” (199: 102).

Como consecuencia, el diseño e instrumentación de la educación para la salud intercultural aparece como un reto enorme, ya que se trata de trabajar con muchas lenguas distintas, considerando sus variantes dialectales y formas de concebir el mundo, en la formación de personal de salud, el diseño de materiales y la difusión de normas escritas, etc.

## 10.6. COMUNICACIÓN INTERCULTURAL.

La comunicación se da por la interacción entre los individuos, es tal su importancia que sin ella los seres humanos no podrían desarrollarse ni relacionarse. Todo proceso de comunicación puede establecerse ante la presencia de un emisor y un receptor, entre quienes hay un intercambio de mensajes escritos,

orales o gestuales. Así pues, lograr una buena comunicación supone la adecuada utilización de la palabra, el adecuado uso del lenguaje, cuyo vehículo de comunicación es un principio de clasificación, de significación e interpretación de la realidad, a través del cual se transmiten pensamientos, conocimientos, (individuales y sociales), experiencias, ideas, emociones. Es el constructo de referentes y de significados concretos.

La comunicación implica decodificación de mensajes y significados, lo cual varía de una cultura a otra, en función de que “las interpretaciones no son universales ni acrónicas” (Rodrigo, 1997:2). Por ende, dicho concepto tiene el objetivo de analizar y proponer mecanismos que permitan la comunicación entre personas de diferentes orígenes culturales. Es así que la comunicación intercultural es un recurso factible de favorecer dinámicas de cooperación y entendimiento entre miembros de distintas culturas; considerando la sensibilidad a las diferencias culturales, tener claridad que nada es inmutable, evitando posiciones universales; y flexibilidad para cambiar o adoptar alternativas, siendo críticos con lo propio y lo diferente.

Por tanto, en sociedades con culturas diferentes, la comunicación intercultural requiere de competencias interculturales que permitan, en un proceso de interacción, negociar los significados culturales y dialogar de manera eficaz, según las características identitarias de los interlocutores.

Consecuentemente, las competencias interculturales que se identifican son: la capacidad de interacción que incluye componentes afectivos, cognitivos y de comportamiento; las competencias lingüística que exigen un conocimiento del idioma del lugar; la competencia del área, la cual incluye conocimientos acerca de la geografía, cultura y lugar; la competencia social, esto es empatía y entendimiento hacia el “otro”, lo que se relaciona mucho con la comunicación no-verbal; y finalmente la competencia acerca de sí mismo, que promueve la habilidad de reflexión acerca de la propia cultura, así como la aceptación de la diversidad cultural (Rehaag, 2007).

En tal sentido, es necesario que el personal de salud demuestre el dominio de habilidades relacionadas con la capacidad para lograr una comunicación más eficiente con los usuarios, que permita compartir puntos de vista y objetivos en común, en un marco de reconocimiento a las características culturales de la región, la identidad étnica, educativa, religiosa, alimentaria, contexto ambiental; así como sus condiciones sociales o económicas.

## 10.7. DERECHOS HUMANOS.

La Organización de las Naciones Unidas busca crear condiciones para mantener la justicia y el respeto a los tratados internacionales, promover el progreso social y elevar el nivel de vida. Nuestro país es uno de los 51 Miembros que participaron en la fundación de la Organización de las Naciones Unidas. Es así que hoy día los derechos humanos se han convertido en el tema central como mecanismo para favorecer la paz y la seguridad, así como el desarrollo y la asistencia humanitaria.

Los derechos humanos son un conjunto de exigencias éticas que poseen todos los seres humanos, valores que deben ser respetados por todos y garantizados por el Estado. Se refieren a valores éticos que pretenden sean válidos para todos, pese a la lengua, cultural, raza, sexo, religión, etc., estos se sitúan entre la ética y el derecho. Los derechos humanos son universales e indivisibles, apuestan por el respeto a las personas, a la defensa de las libertades fundamentales y la protección de la dignidad humana; asimismo, exigen que los Estados elaboren leyes positivas a favor de los derechos fundamentales de las personas, abarcando los derechos civiles, culturales, políticos, sociales y económicos.

La tarea fundamental de los derechos humanos en el Estado, es proveer y mantener a la población con las condiciones necesarias para que, dentro de una situación de justicia, paz y libertad, las personas puedan gozar realmente de todos sus derechos y con ello sean superadas las desigualdades de servicios, la discriminación y la pobreza, contribuyendo de esta manera al desarrollo integral de las personas.

La salud y los derechos humanos guardan diversos vínculos, entre ellos aquellos estipulados dentro de la Declaración Internacional de Derechos Humanos, en la cual menciona que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, que le asegure la salud, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios. En este sentido, y ante la obligación del Estado Mexicano de generar y establecer políticas y planes de acción destinados a que toda persona tengan acceso a la atención de salud de calidad, se incluye como uno de los conceptos capitales del Modelo de Salud Indígena con Pertinencia Cultural.

## 10.8. ÉTICA.

Proviene del griego *ethos* que significa estancia o lugar donde se habita. La ética hace referencia a un análisis crítico de la moralidad, de aquellos factores que guían la conducta humana en una determinada práctica o sociedad, obliga a la

reflexión sobre nuestras creencias, conductas, y juicios morales. Se construye sobre la razón para llegar a una toma de decisión personal e intransferible, por lo que la ética es un asunto de responsabilidad personal.

La ética es considerada un producto de la reflexión, análisis y evaluación sobre nuestras propias creencias y prácticas morales. La ética evalúa y por tanto, comprende el proceso de valorar por qué algo es bueno o malo.

En tanto que la moral se construye a partir de las creencias, prácticas y acciones de los grupos sociales, que se traduce como una forma de comportamiento del hombre hacia la sociedad; la conducta que tal hombre o sociedad reconocen y asumen como válida. Son problemas prácticos, que se plantean en las relaciones cotidianas de unos individuos con otros.

Los individuos se enfrentan a la necesidad de ajustar su conducta a normas, las cuales son aceptadas y reconocidas como obligatorias, de acuerdo con lo cual los individuos actúan en una u otra dirección, el hombre se comporta moralmente. Toda moral comprende un conjunto de principios, valores y normas de conducta.

Por tanto, se trata de un concepto que es insoslayable en los propósitos del presente Modelo, toda vez que contribuye en la atención en salud con base a un régimen de valores morales y normas, en un marco de respeto y protección de los derechos humanos; para actuar con disposición para escuchar, informar, orientar y atender a las personas con empatía y veracidad, mediante la optimización de los recursos económicos y la adecuación a las características culturales.

## 10.9. INTERCULTURALIDAD.

La interculturalidad no sólo se refiere a sistemas culturales como la visión occidental versus la cosmovisión indígena, sino a todo tipo de interacción entre dos culturas (UNICEF, 2012). La interculturalidad es un marco que se inclina hacia el respeto y horizontalidad, sin pretender que una población, con toda su carga de elementos culturales, se ponga por encima o debajo de otras, con ella se pretende favorecer que las personas de culturas diferentes se puedan entender y comprender mutuamente, facilitando y promoviendo la escucha y el enriquecimiento hacia los mutuos espacios de la relación; lo que para el Dr. Miguel Alberto es “la puesta en relación de miembros de diferentes culturas, así como a los mecanismos sociales necesarios para lograr una comunicación eficiente, sin que ninguno de los participantes se vea obligado necesariamente a renunciar a su singularidad cultural para lograrlo” (2008:124).

Así, las diferencias en términos de necesidades y características de los variados sectores de la población, implica considerar la diversidad de que se compone cada comunidad en su interior: perspectiva de género, grupos de edad; tipos de familia, estilos de crianza, actividades productivas, lenguas y aspectos culturales, entre otros; por lo que es necesario “partir del reconocimiento de la heterogeneidad como una normalidad y visualizar las identidades invisibilizadas, intersticiales e interseccionales, que existen y cohabitan cotidianamente” (Dietz, 2008: 46). Ello nos conduce a sumar una perspectiva intercultural, dado que no solo se busca contribuir en la potenciación de lo propio, sino en fortalecer procesos de diálogo y negociación.

He ahí la pertinencia del enfoque intercultural como recurso ideológico del Modelo de Salud Indígena con Pertinencia Cultural, que favorece un proceso constructivo y significativo al partir de la realidad de la población a la cual se dirige, recordemos que las prácticas y las ideas difieren de grupo a grupo y de sociedad a sociedad. En efecto, es necesario desarrollar el proceso de actuación en salud desde una perspectiva intercultural a partir de la recuperación de los saberes y conocimientos indígenas propios de cada grupo, para su interacción con los conocimientos, las prácticas y la visión inherente a la medicina alópata; por lo que la interculturalidad es la “cualidad en la que vamos dejando de ser analfabetos de nosotros mismos, y analfabetos del contexto” (Fornet-Betancourt, 2009: 12). Sólo en la medida en que haya un intercambio, análisis y negociación de conocimientos y prácticas podrá irse favoreciendo un diálogo cultural menos vertical y determinante.

Para lo cual resulta necesario visualizar el análisis intercultural, desde un enfoque multidimensional y multi-perspectivista, como señala Dietz (2008), tomando en cuenta los siguientes ejes articuladores: la dimensión inter - cultural, la dimensión inter – actoral y la dimensión inter – lingüe; que engloba las culturas comunitarias subalternas, la negociación de saberes entre diferentes actores institucionales, y las competencias vinculadas con la traducción lingüística y cultural.

Por tanto, la coexistencia de culturas “no es pensable sin el desarrollo de un diálogo intercultural” (Bartolomé, 2008:121). La interculturalidad puede ser entendida como la habilidad para reconocer, armonizar y negociar las innumerables diferencias que existen al interior de cada sociedad. Si se comprende de forma, puede transformarse en un medio fundamental para inculcar valores democráticos y responsabilidad política, y es una apuesta dentro de un sistema que busca mayor igualdad para todos. La interculturalidad se refiere a la interacción entre culturas, la cual se da de manera respetuosa, horizontal y

sinérgica, dando la prioridad es la convivencia e integración mutua (Almaguer et al, 2009); cuya interacción tiene como el desafío más sobresaliente para su construcción la “descolonización de mentes y cuerpos, seres y saberes, sistemas y estructuras; descolonización dirigida a todos con el afán de imaginar y levantar un nuevo proyecto “otro”, de una sociedad “otra” (Walsh, 2009:54).

## 10.10. SALUD INTERCULTURAL.

Es evidente que el concepto de interculturalidad ha tenido diversas interpretaciones y conceptualizaciones en las diferentes áreas del conocimiento. Así, para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), “se basa en el diálogo, donde las culturas se escuchan, se dicen y cada una toma lo que puede ser tomado de la otra o se respeta sus particularidades e individualidades. No se trata de imponer, de avasallar, sino de reconocer, respetar y concertar”. También se dice que es un proceso donde existen relaciones, negociaciones e intercambios culturales que buscan desarrollar una interacción entre personas, conocimientos y prácticas culturalmente diferentes para la construcción de una sociedad más justa (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2011).

Cabe referir que el concepto de intercultural en el ámbito de la salud, aplicado de forma sistemática, se presenta en nuestro país en 1955 por el Dr. Aguirre Beltrán, cuando estudia la relación que se da entre el personal médico y la población indígena; donde describe los elementos que determinan la visión y el actuar de uno y de otro, al pertenecer a dos mundos culturales, ideológicos y económicos distintos, lo que muestra las diferencias estructurales que particularizan ambos grupos. Así, el personal de salud con su preparación profesional -la cual se da en un contexto material e ideológico propio de la dinámica occidental- le impide considerar el valor que el aspecto emotivo guarda en la etiología, en el pronóstico y en la terapéutica de las enfermedades; a diferencia del sistema de salud indígena en que “la capacidad técnica no se adquiere mediante un proceso de adiestramiento sino por revelación” (Aguirre, 1988: 329).

Tales diferencias, y el predominio mayor del modelo positivista, alimentó el desinterés del personal médico por conocer la cultura y el pensamiento de la población indígena que atendía, que combinado con la adhesión de la población indígena a sus patrones culturales, generó desencuentros y barreras comunicativas que dificultaron el acercamiento y entendimiento mutuo; por lo que “ante esas barreras, en no pocas ocasiones, el personal sanitario hizo uso

de su coerción... lo interpretaba y regañaba si no entendía el horario y método de las prescripciones ministradas en un idioma que el indígena comprendía defectuosamente”, actitud institucional que “resultó ineficaz para corregir la situación existente; su conducta” (Aguirre, 1994: 163, 165, 166).

Ante tal unilateralidad de las actividades de prevención de enfermedades y de atención médica entre grupos indígenas, y el hecho de que “el personal sanitario proyecta sus propias ideas, sentimientos y voliciones en el conjunto de los pacientes, presumiendo que piensan y sienten como ellos y tienen los mismos afanes, deseos e intenciones” (1988: 348); propuso el desarrollo de programas de salud en la situación intercultural donde el personal de salud conociera “profundamente la cultura de las comunidades indígenas entre las que habrá de operar”, en cuyo conocimiento esté “incluido de modo prominente el idioma vernáculo que se hable en la región o la localidad” (Aguirre, 1994: 39, 40), así como la participación activa de la comunidad y el involucramiento de líderes locales.

Por tanto, “las diferencias de acento que las medicinas occidental e indígena ponen en su interrelación con el contexto cultural se ven incrementadas por divergencias, de tanta o más consideración, en el enfoque fenomenológico de la enfermedad; por ideas distintas sobre limpieza y polución, sobre imagen y función del cuerpo; y por una notable desigualdad en los roles desempeñados por los especialistas de una y otra medicina. Lo anterior conduce, inevitablemente, a darle una importancia decisiva a la situación intercultural” (1994:36).

Estas diferencias de interpretación de la salud y la enfermedad, y las relaciones asimétricas entre uno y otro grupo aún persiste en muchas de las unidades donde se atiende población indígena, cuyos aspectos terminan en incidir en la satisfacción que ésta recibe del servicio y la calidad en la atención del personal; lo cual influye de manera determinante en el desapego a las indicaciones médicas, incidencia mayor en el abandono de tratamientos y en resistencia al uso de los servicios de salud, que ocasiona un desencuentro cultural.

Es por lo anterior, que Servicios de Salud de Veracruz promueve la búsqueda de estrategias que permitan actitudes de respeto que eviten la discriminación, mediante un ambiente de reconocimiento de lo propio y de lo otro, aceptando semejanzas y diferencias, que logren una interacción satisfactoria entre el personal médico y el usuario de los servicios de salud.

En esta lógica, en SESVER, la interculturalidad se comprende cómo un eje transversal que posibilita generar acciones compartidas entre institución y comunidad. Se incorpora como un medio que permite reunir experiencias y saberes sobre el tratamiento, prevención y cuidado de la salud acorde a las ne-



cesidades de los pueblos indígenas y no indígenas. La prioridad por incorporar el componente intercultural en la salud, responde a la diversidad cultural que presenta el Estado Veracruzano. Las acciones derivan del interés de impulsar una política de corresponsabilidad en beneficio de la población indígena y no indígena.

Para SESVER la interculturalidad dista desde el punto de vista filosófico del planteamiento absolutista, que sostiene como válido una única racionalidad con principios que cualquier persona debería aceptar sea cual sea su contexto cultural; y de la postura relativista que argumenta que toda costumbre debe ser estimada tomando en cuenta el significado del acto y del contexto en que tiene lugar. Ciertamente, todos los pueblos y grupos sociales merecen respeto de los otros, sólo en tanto los derechos humanos sean el parámetro para valorar si es aceptable o no una práctica o costumbre, en tanto que “las normas reconocidas en común deben incluir la exigencia de respetar los derechos humanos, entendidos como el umbral de dignidad de las personas” (Olivé, 2008). Desde este punto de vista, “los derechos humanos no son derechos basados en valores trascendentes a toda sociedad, son derechos que se basan en nociones de dignidad y de necesidad básica que no son absolutas ni trascendentes, sino conceptos cuyo significado se debe definir en cada época entre representantes legítimos de las diversas culturas” (Olivé, 2012: 65).

Lo anterior determina que el respeto a las prácticas culturales es innegable, pero no visto desde la óptica de la tolerancia pura que evita la regulación del comportamiento de los seres humanos, máxime cuando se tiene la responsabilidad del Estado de proteger la salud de la población. En consecuencia, la interculturalidad en salud conlleva a entender y aceptar que el pensamiento no es homogéneo, cada grupo percibe una situación desde miradas distintas, lo que resulta un medio para enriquecer la visión del mundo (Rehaag, 2007). En este sentido, el Modelo de Salud Indígena con Pertinencia Cultural, comparte como paradigma la inexistencia de culturas ideales, reconociendo la presencia de culturas concretas, con aciertos y errores, con valores y antivalores, donde el diálogo es el recurso que posibilita la mediación entre los dos extremos, sin aceptar ni rechazar en bloque una cultura, sino sólo ciertas cosas (Beuchot, 2005). Es un diálogo que no está exento del conflicto, propio de las asimetrías sociales, económicas, políticas y de poder dables de un grupo sobre otro, por tanto la interculturalidad “refiere a complejas relaciones, negociaciones e intercambios culturales, y busca desarrollar una interacción entre personas, conocimientos, prácticas, lógicas, racionalidades y principios de vida culturalmente diferentes” (Walsh, 2009: 45).

En este tenor, SESVER, instrumenta la línea de salud intercultural como estrategia de intervención, atención, prevención y promoción de la salud con base al fortalecimiento del conocimiento, valoración y afirmación de las diversas identidades socioculturales, el impulso de procesos de inclusión y supresión de actos de discriminación, y el fomento de espacios que alienten el diálogo. Así, la interculturalidad en salud es un componente que promueve la sensibilidad para comprender la cultura de la población, tomar en cuenta los saberes, conocimientos tradicionales, significados y prácticas referentes a la salud.

La interculturalidad, pues, se proyecta como una forma de cooperación y relación dialógica entre realidades y culturas distintas. Asimismo, alienta relaciones de horizontalidad, aceptación, respeto, inclusión, equidad, reciprocidad y solidaridad, independientemente del origen étnico, género, edad, nivel socioeconómico, preferencia sexual y religiosas de la población. Su aplicación se da mediante la negociación que surge de una alianza no exenta de afectos, temores y dudas; y a través del reconocimiento mutuo, que exige del contacto prolongado y permanente.



# 11 ♦ OBJETIVO GENERAL

Establecer los principios básicos que guíen la atención integral de la salud a los pueblos indígenas con pertinencia cultural, a partir de ejes temáticos, estrategias y acciones tendientes a favorecer servicios de calidad efectivos, seguros, sensibles a las características identitarias de dicha población.

## 11.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

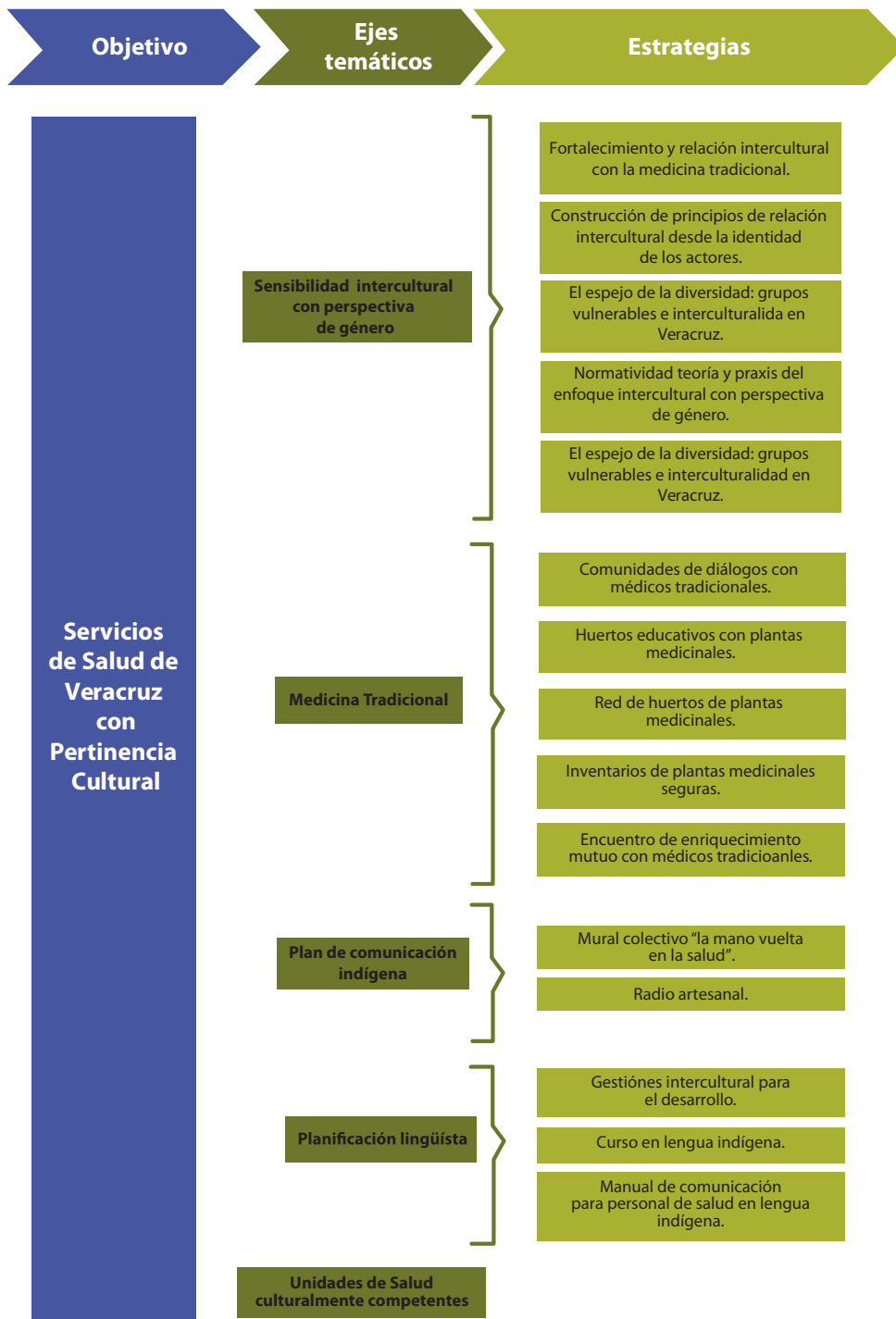
- Impulsar el esquema de capacitación con enfoque intercultural y de género, que permita el desarrollo de competencias para mayor sensibilización del personal de salud en la prestación de los servicios con población indígena.
- Fortalecer la medicina tradicional, sustentada del marco jurídico existente, mediante la participación de los médicos tradicionales para crear vínculos de calidad entre los sistemas tradicionales de salud y los institucionales.
- Desarrollar una línea de comunicación educativa con pertinencia cultural que mejoren el sentido educativo de los talleres comunitarios con población que participa en el Programa Oportunidades y población abierta, a través de la aplicación de materiales elaborados en lengua y cultura indígena, que logre el autocuidado y la salud comunitaria, y se refuerce con campañas regionales en medios masivos de comunicación e impresos de gran formato.
- Potenciar acciones de prevención y promoción de la salud, a partir de la vinculación y potenciación de proyectos colectivos orientados en propiciar la comunicación asertiva con la comunidad, con énfasis en estrategias de gestión intercultural para el desarrollo.

- Aumentar habilidades de interrelación, comunicación y comprensión del personal de salud con la población que posee una cultura diferente, posicionando el uso de la lengua indígena y su identidad.
- Adaptar los servicios de las unidades de salud a la cultura de los usuarios de las comunidades indígenas, a fin de que éstos se sientan cómodos y satisfechos, mediante una relación ética, eficiente y amable.



# 12 ♦ EJES TEMÁTICOS

ESQUEMA 2. MODELO OPERATIVO



## 12.1. SENSIBILIDAD INTERCULTURAL CON PERSPECTIVA DE GÉNERO.

El eje temático conductor del Modelo de Salud Indígena con Pertinencia Cultural ha sido la capacitación del enfoque intercultural a personal de salud, con lo que se han sentado las bases para edificar la propuesta con que hoy se cuenta, entendiendo que la capacitación es un proceso con significado, el cual implica tomar en cuenta los aspectos de la realidad social que pueden dar sentido a las actividades realizadas. Las estrategias de capacitación permiten que los eventos orientados al personal operativo y comunitario se relacionen a través de un hilo conductor que potencie y dé sentido a las competencias generadas en la apropiación del aprendizaje, por ello la conveniencia de formar los recursos humanos que operan y participan en el Modelo, mediante espacios de reflexión y análisis, recuperando situaciones cotidianas, para propiciar un aprendizaje que favorezca lo conceptual, lo procedimental y lo actitudinal.

El proceso de capacitación parte de reconocer los conocimientos, los saberes, las experiencias e intereses de la persona y el grupo con que trabaja, así como de su contexto cultural y comunitario para el diseño de actividades educativas y de situaciones comunicativas que favorezcan la sensibilización social. Especial importancia cobra en este enfoque la conveniencia de propiciar la reflexión con el personal institucional y miembros de la comunidad que participan en talleres y cursos sobre temas concernientes a la interculturalidad y género, incluyendo sus expectativas en cuanto a la femineidad y masculinidad.

Se reconoce y utiliza pedagógicamente la diversidad (étnica, lingüística, cultural y de género) como recurso educativo, de cuya perspectiva se cuenta con un esquema de capacitación integrado por las siguientes estrategias: “Fortalecimiento y relación intercultural con la medicina tradicional”, “El espejo de la diversidad: la medicina tradicional y la interculturalidad en Veracruz”, “Construcción de principios de relación intercultural desde la identidad de los actores”, y “Normatividad, teoría y praxis del enfoque intercultural y género”; con lo cual se ha potenciado la actitud necesaria ante la práctica tradicional y los elementos técnicos favorables para una efectiva aplicación del Modelo, considerando aspectos contextuales y culturales de la población indígena.

### 12.1.1. Estrategia Fortalecimiento y Relación Intercultural con la Medicina Tradicional.

Diseñado desde una perspectiva médica y social, insertando el concepto de interculturalidad como estrategia y punto de anclaje para abordar la diversidad

y superar la desigualdad en salud. El concepto plantea el respeto a la dignidad de las personas, recuperación de los valores de los pueblos indígenas, sus interpretaciones y valoraciones del fenómeno de la salud y la enfermedad. Las actividades e ideas sobre las que se desarrolla están encaminadas a establecer acciones de relación intercultural, a partir del conocimiento y la reflexión del sistema médico tradicional, que puedan desembocar en la construcción de un modelo preventivo-curativo integral.

Este esquema busca reforzar el conocimiento, las habilidades y las actitudes, por lo que se trabaja con base a los siguientes ejes: *reflexionando juntos*, *aprendiendo juntos* y *haciendo juntos*. La intención de esta metodología es propiciar un aprendizaje que relacione conocimiento, experiencia y práctica, a partir de enriquecer el saber, el hacer y el ser a nivel individual y grupal. Ello requiere que algunas actividades sean orientadas a la reflexión y otras más a la construcción de alternativas, procurando siempre partir de la experiencia y el contexto de los participantes, con la intención de perfilar a la relación intercultural y de género como una estrategia de comunicación en la relación médico-paciente y en el acercamiento de los servicios de salud con la propia comunidad en la que se enmarca su labor.

Así pues, la metodología de esta estrategia se caracteriza por favorecer un ambiente socio emocional adecuado, que permite dialogar, trabajar en equipo en relación-interacción de respeto.

#### Acciones

- Acercamiento del personal de salud con de la política pública que favorecen la armonización de la operación con dicho marco referencial.
- Aplicación de técnicas etnográficas y participativas que permiten la identificación de actores comunitarios.
- Integración de redes sociales con actores comunitarios, con énfasis en los médicos tradicionales.

### **12.1.2. Estrategia Construcción de principios de relación intercultural desde la identidad de los actores.**

Partiendo de la necesidad de un Modelo abierto que tienda puentes para encontrar la mirada de los otros, se plantea la generación de mediadores interculturales, El propósito de esta estrategia es favorecer la apropiación de los conceptos y las estrategias para el desarrollo y construcción de principios básicos de relación intercultural.

La metodología plantea la construcción de los conceptos clave para que

los mediadores interculturales cuenten con las herramientas apropiadas para entablar una negociación intercultural, reforzando los conocimientos, habilidades y formas de relacionarse con miembros de la comunidad y médicos tradicionales.

Las dinámicas giran en torno a la reflexión de conceptos asociados con cultura y cosmovisión, a fin de comprender que existen otras perspectivas u horizontes de pensamiento. En dicho marco, se aborda el significado y las implicaciones del mediador intercultural, entendiendo que si la mediación es un proceso consensual en el cual un tercero neutral ayuda a las partes en conflicto a lograr su propio acuerdo para resolver la disputa, la mediación intercultural exalta el consenso, la neutralidad, la ayuda y el protagonismo de las partes en contextos de diversidad cultural. La intención es potenciar competencias en el personal de salud para un proceso de negociación intercultural, a propósito de erigir los principios para el desarrollo de una medicina integrativa y comunitaria.

En esta estrategia resulta básico saber identificar los puntos en conflicto e intentar llegar a un acuerdo, teniendo siempre presente que el mediador intercultural es un guía y organizador del proceso, que está en medio por lo que no representa a ninguna de las partes. Así, sus principales herramientas radican en la neutralidad y promoción del diálogo en la comunidad.

#### Acciones

- Reuniones de trabajo y acuerdo que propician un ambiente de confianza y cultura de diálogo.
- Diseño y aplicación de técnicas para relacionarse con la comunidad, desde sus propios esquemas interpretativos y contextuales.
- Planeación de actividades, a partir de la identificación de los determinantes sociales.

### **12.1.3. Estrategia El espejo de la diversidad: grupos vulnerables e interculturalidad en Veracruz.**

Esta estrategia parte desde una propuesta de aprendizaje que pretende mejorar y/o enriquecer los conocimientos, las habilidades y las actitudes del personal de salud de las Jurisdicciones Sanitarias del estado de Veracruz. Ello a razón de robustecer un esquema de formación sobre aspectos relacionados con las minorías y la interculturalidad.

Propicia en el personal de salud una relectura de su contexto y de su realidad, reconociendo que vivimos en y con la diversidad y la diferencia: en la



palabra, en el pensamiento, en la actitud, en las relaciones, etc. Ante esta realidad diversa y heterogénea es importante reflexionar en la necesidad de caminar con pasos cuerdos y cuidadosos, soslayando cualquier enfrentamiento que se sustente del poder y la fuerza. Hacerlo con diálogo, con la inteligencia emocional que humanice nuestro acercamiento con la población vulnerable. Busca, en suma, que los participantes exploraren sus valores y los consoliden o transformen como consecuencia de su experiencia durante el curso taller. Así, se desarrollan actividades pedagógicas vinculadas con grupos vulnerables, derechos humanos, diversidad e interculturalidad.

Desde esta perspectiva, la estrategia concibe al personal de salud como sujeto educativo, poseedor y constructor de conocimientos, interpretaciones, hipótesis, experiencias y saberes, individuales y sociales. Ubica al sujeto educativo en contexto, ya que es en ese contexto donde aprenden y construyen conocimientos, en una práctica en la que interactúa con otros y con su entorno, poniendo en juego estrategias de solución de problemas cotidianos e inmediatos, determinados por un conjunto de necesidades vitales.

El sujeto aprende, recurre a lo que sabe, a lo que previamente ha aprendido para interpretar, construir y deconstruir un nuevo conocimiento. Aprende mediante la construcción de su realidad en intercambio con otros. Se reconoce al sujeto educativo en su dimensión social, por ende se entiende al sujeto educativo en un contexto de diversidad, no sólo cultural, étnica y lingüística, sino social y económica, lo que genera necesidades diferentes para cada contexto.

Dicho lo anterior, la propuesta metodológica parte de definir que el sujeto aprende desde un mundo de significaciones propias, por lo tanto, el aprendizaje del sujeto sólo tiene sentido en su carácter vivencial, en su uso y su funcionalidad en una práctica social. Así, procura integrar los conocimientos en vez de desintegrarlos y recuperar la noción de relación existente entre contenidos, conocimiento, realidad y práctica social. Ello implica favorecer espacios de expresión, construcción y participación, posibilitando al personal de salud vincular su entorno y establecer una relación, poniendo en juego sus esquemas interpretativos, a partir de sus conocimientos y saberes. En este sentido, las actividades de aprendizaje son vivenciales y de reflexión, que generan la capacidad de escucha y comprensión hacia puntos de vista que difieren de los propios.

#### Acciones

- Difusión de los derechos humanos relativos a grupos vulnerables.
- Realización de técnicas para la observación e integración de grupos de trabajo.

- Réplica del esquema de capacitación por parte de los participantes con personal de unidades de salud.

#### **12.1.4. Estrategia Normatividad, teoría y praxis del enfoque intercultural con perspectiva de género.**

Fortalece competencias que permiten mejorar la comunicación y atención entre el personal de salud y los usuarios de los servicios, mediante el conocimiento de los principios filosóficos, científicos y normativos del enfoque intercultural, de género y bioética<sup>1</sup>, así como de actividades que posibiliten experimentar a lo extraño como algo que no amenaza, sino como un elemento que enriquece la vida, reconociendo que no todos perciben una situación de la misma forma implica una oportunidad de ampliar la visión del mundo.

Esta estrategia se encamina a fortalecer competencias vinculadas con el enfoque intercultural, a fin de consolidar un sistema de salud que permita la inclusión y el fortalecimiento de sus servicios con la apertura respetuosa y responsable hacia una población que comparte otras visiones en salud que tienen su propia explicación y lógica. Los temas considerados son: barreras culturales, posturas filosóficas del enfoque intercultural (relativismo, absolutismo, pluralismo), el marco institucional y jurídico, género y bioética.

##### Acciones

- Sensibilización en la postura filosófica de la inexistencia de valores universales, haciendo hincapié en la importancia de reconocer y respetar otras formas de entender el proceso de salud-enfermedad-curación.
- Realización del curso taller con personal completo de hospitales, personal de IMSS-Oportunidades y gestores médicos del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS).
- Desarrollo del curso taller con coordinadores de programas a nivel jurisdiccional y estatal de las diferentes áreas, y directivos, mandos medios de hospitales y oficina central.

## **12.2. MEDICINA TRADICIONAL.**

Un componente importante del Modelo de Salud Indígena con Pertinencia Cultural, es la vinculación que se realiza con médicos tradicionales de la entidad, lo cual se sustenta en la Ley de Derechos y Culturas Indígenas para el Estado de Veracruz de Ignacio de La Llave, con la cual se establecen las normas y los elementos legales para poder brindar a los pueblos indígenas una atención a la salud acorde con sus características culturales. Dicha Ley, establece

---

<sup>1</sup>De manera particular, y debido a la sinergia que existe con diferentes áreas de SESVER, esta estrategia cuenta con la participación de la Mtra. Alicia Hernández Utrera, Coordinadora Estatal del Programa Igualdad de Género en Salud, apoyando además con recurso para realización de la misma.

en los artículos 44 y 45, la incorporación de los conocimientos y técnicas de la medicina tradicional y herbolaria de los pueblos indígenas, sus tradiciones, usos y costumbres, enfatizando el papel rector de la Secretaría de Salud para en común acuerdo con los médicos indígenas, proteger y desarrollar la medicina tradicional.

A este respecto, cabe acotar que la medicina tradicional representa un sistema de conocimiento mágico-religioso, que comprende el conjunto de ideas, conceptos, creencias y procedimientos relativos a las enfermedades físicas, mentales o desequilibrios sociales presentes en las diversas comunidades étnicas, amplias y arraigadas prácticas y conocimientos tradicionales; son recursos con los que cuentan las comunidades indígenas en las que son utilizadas como la primera opción, y en muchas ocasiones, como la única, para atender la enfermedad y restablecer la salud; donde existen dos tipos de prácticas articuladas: uno desempeñado por el médico tradicional y el otro por la figura materna, éste último reconocido como medicina doméstica; dichos conocimientos se han transmitido de generación en generación para preservar la vida, permitir la reproducción y el florecimiento de la propia cultura.

Se piensa que la medicina tradicional abarca sólo el manejo de recursos terapéuticos naturales o más específicamente, la curación herbolaria. Pero la medicina llamada tradicional es más que eso: es una concepción holística que ubica al individuo en su relación con otros hombres, con la naturaleza y con el universo. Aunque existen generalidades compartidas, cada sociedad ha elaborado un sistema terapéutico complejo que engloba concepciones ideológicas y prácticas terapéuticas, al igual que el desarrollo de especialistas que saben cómo aplicarlas. Tiene su propia lógica y leyes que entrelazan las percepciones del cuerpo con las del macrocosmo. Por ello, en las enfermedades están incluidas causalidades generadas en esos tres aspectos. La enfermedad es vista como un desequilibrio que se presenta por la falta de armonía o la infracción de las leyes reconocidas en dichas esferas.

Mientras que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la medicina tradicional como “prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades” (2002: 7). La Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural de la Secretaría de Salud federal, puntualiza que se trata de “un conjunto de sistemas médicos que tienen sus raíces en los conocimientos profundos sobre la salud y la enfermedad que los

distintos pueblos indígenas de nuestro país han acumulado a través de la historia. Se fundamenta en una forma de entender el mundo de origen indígena, que a lo largo de la historia ha funcionado como ‘madre’ incorporando y ordenando elementos de otras culturas a su propio sistema” (2005: 33).

De aquí que uno de los aspectos claves para el Modelo de Salud Indígena con Pertinencia Cultural, sea el reconocimiento de la medicina tradicional como elemento indispensable para la formulación de acciones orientadas con población indígena; con lo cual se resalta el derecho a la identidad y la obligación del Estado de proteger la diversidad cultural, que implica también el reconocimiento de sistemas de medicina tradicional y su articulación al sistema nacional y estatal de salud. En consecuencia, Servicios de Salud de Veracruz ha venido implementando una serie de líneas de acción que permitan favorecer la interacción entre el sistema de salud alópata y el sistema de salud tradicional, respetando su propia racionalidad; que son: *Comunidades de diálogo con médicos tradicionales*, *Huerto educativo de plantas medicinales*, *Red de huertos de plantas medicinales*, *Inventarios de plantas medicinales seguras*; y *Encuentros: “Multiculturalidad en salud”, “Ritos que curan” y “Encuentro inter étnico de salud en la huasteca”*

### **12.2.1. Comunidades de diálogo con Médicos Tradicionales.**

Se traduce en generar redes sociales basadas en la organización informal local en cada una de las microregiones de trabajo definidas por el área de cobertura de cada unidad de salud, para vincular esfuerzos y lograr mayor pertinencia social de la propuesta, esto es: sumar la medicina alópata y tradicional con la participación de los recursos humanos y tecnológicos de ambos. Para ello, ha sido necesario pensar y concretar encuentros entre médicos alópatas y médicos tradicionales a nivel local, denominada comunidad de diálogo, caracterizada como un espacio para la reflexión, el reconocimiento y valoración mutua, de la práctica médica tradicional y la práctica institucional, cuyo resultado posibilita la configuración de redes más amplias en las zonas y las regiones de la entidad. Pensar en un diálogo entre la medicina alópata y la medicina tradicional, requiere de hacer la identificación de los médicos tradicionales para conocer el capital humano con quien interactuar, convocando reuniones a nivel local. De ahí la conveniencia de censar para ubicar e identificar a los médicos tradicionales.

La comunidad de diálogo desarrolla actividades de aprendizaje desde una perspectiva intercultural a partir de la recuperación de los saberes y conocimientos tradicionales propios de cada grupo, para su vinculación con los con-

tenidos que integran el sistema médico alópata. Los procesos del aprendizaje generados en la comunidad de diálogo se favorecen sólo en la medida en que constituyen un conocimiento significativo. Por ello:

- Es necesario reconocer que existen saberes y conocimientos comunitarios que permiten caracterizar y desarrollar una cultura y un modo de explicarse el mundo, y que han perdurado por generaciones. Los saberes son conocimientos colectivos, compartidos histórica y culturalmente, no siempre reconocidos como tales por los miembros de las comunidades, pues estos forman parte de una cotidianidad pocas veces reflexionada. Para favorecer una educación pertinente y significativa a las comunidades indígenas, es indispensable concederles un estatus de conocimiento respecto a los diversos contenidos nacionales y universales.
- Estos saberes y conocimientos comunitarios han sido heredados y contruidos a través de oralidad, su apropiación se da en la vida cotidiana, en la vida comunitaria se aprenden y expresan, al participar en los procesos productivos, organizativos, comerciales, sociales, familiares, religiosos, artísticos, entre otros.
- Se concibe al médico tradicional y al personal de salud como sujetos educativos creadores, poseedores y constructores de conocimientos, experiencias y saberes, individuales y sociales.
- Ubicamos al sujeto educativo en contexto y es en ese contexto donde aprenden y construyen conocimientos en relación social, en una práctica en la que interactúa con otros y con su entorno.

Por ello se define a la comunidad de diálogo como un espacio donde es factible la construcción colectiva del conocimiento; es a partir del análisis y el intercambio de ideas, experiencias y saberes de la realidad contextual de los participantes, lo que hace que esta práctica de interacción cobre sentido, al generarse desde la propia cultura y los significados compartidos. Además es importante tomar en cuenta el contexto más amplio que es la comunidad en la cual se desenvuelve el médico tradicional que interactúa con otros sujetos, con quienes comparte una cultura común en un entorno específico, dado que la comunidad es una unidad social cuyos miembros participan de algún rasgo, interés, elemento o función común con conciencia de pertenencia, situados en una determinada área geográfica en la cual las personas interactúan más intensamente entre sí que en otro contexto, compartiendo una realidad.

Por tanto, la comunidad de diálogo ha sido el primer ejercicio real para palpar la existencia de modos diferentes y/o adversos a los propios, cuyo propósi-

to es recuperar el conocimiento que favorezca mejoras en la calidad de vida de la población que se atiende, mediante la negociación de saberes y horizontes culturales. A este respecto, algunos testimonios de médicos tradicionales: “La comunidad de diálogo permite vernos las caras”, “Ahora la doctora respeta mi nacimiento, mi tradición”, “Valemos como la doctora vale”, “Es importante coordinarse, el estar de acuerdo es la cosa más bonita”. “El gobierno empieza a despertar...”.

Para ser funcional la comunidad de diálogo, es necesario cumplir con los criterios siguientes: se ubica un moderador; se forman en círculo, para que sea un diálogo cara a cara, directo, horizontal; el tiempo de la reunión oscila entre una y hora y media; se resalta la igualdad de todos los miembros y el valor de todas las opiniones; y los datos recuperados de manera grupal se vierten en una hoja, organizada por preguntas detonadoras.

TABLA 7: COMUNIDADES DE DIALOGO

PREPARACIÓN	DESARROLLO	CIERRE
Preparar la convocatoria en que se señale: el objetivo de la reunión, tiempo previsto y número de participantes.	Enunciar el propósito de la reunión.	Recordar a los participantes, que este encuentro es parte de un proceso de intercambio de conocimientos y experiencias que debe ser continuo.
Prever la organización del espacio.	Plantear las preguntas detonadoras, para generar la discusión: ¿qué están curando?, ¿cuáles son las enfermedades que más afectan a la población?, ¿cuáles son sus recursos terapéuticos?, ¿qué ritos se emplean?, ¿qué elementos los integran?.	Se agradece la asistencia y participación a esta comunidad de diálogo.
Mantener neutralidad en los conflictos	Se hace una rueda inicial de intervenciones sucesivas.	
	Las ideas generadas se anotan en un rotafolio, utilizando las mismas palabras del participante.	
	El registro debe estar siempre a la vista del grupo.	
	Cada participante puede explicar, clarificar, defender y reelaborar cualquiera de sus ideas.	
	El moderador sintetiza las intervenciones largas.	
	Se pueden añadir, combinar y condensar ideas.	

Asimismo, el procedimiento para llevar a cabo la comunidad de diálogo se constituye de los siguientes momentos: preparación, desarrollo y cierre (Tabla7).

Acciones:

- Censo de médicos tradicionales.
- Integración de redes sociales en las 140 unidades de salud con población indígena.
- Desarrollo de encuentros regionales entre personal de unidades de salud y médicos tradicionales.

### **12.2.2. Huerto educativo de plantas medicinales, Izcaltía.**

Se ubica en el área verde de las instalaciones de Servicios de Salud de Veracruz con la intención de favorecer procesos de formación en el personal de salud. El huerto cuenta con los siguientes espacios, uno demostrativo – el jardín botánico, con 120 plantas medicinales – y tres espacios didácticos: el sendero medicinal, el área cosmogónica (el costumbre) y el aula de luz. Tiene una finalidad didáctica y de retroalimentación, tanto en la práctica terapéutica herbolaria como en la cuestión cultural, ecológica y educativa, que pueda generar las habilidades en el personal de salud que se involucre en las acciones de medicina tradicional.

Dicho en otros términos, el huerto es un espacio para el trabajo y la reflexión, por lo que las plantas medicinales ahora cobran vida al convertirse en centro de análisis y aprendizaje con criterios que se definen desde lo holístico; centro de aprendizaje, en el que la palabra toma rostros diferentes: individual, en pares, en grupos y colectivamente, en cuanto a forma; en esencia, la palabra toma un sentido dialogístico, generando un proceso comunicativo entre iguales. Ámbito participativo en el que la palabra se dice, se escucha, se entiende y se respeta, sin importar color de piel y de cultura. Su intención es detonar un diálogo intercultural, donde los puntos de vista se complementan, aunque también puedan diferir; y donde los objetivos se compaganan.

El foco de este proceso de aprendizaje está en humanizar el trabajo que se realiza con médicos alópatas y médicos tradicionales, reconociendo puntos de encuentro en cuanto a ideas y conceptos, y en propiciar elementos para la discusión e investigación en materia de cosmovisión y cultura en salud.

Acciones:

- Realización de cursos de capacitación y reuniones de evaluación con personal de salud.
- Desarrollo de encuentros de enriquecimiento mutuo de médicos tradicio-

nales por etnia.

- Elaboración de Manual de usos, propagación y precauciones de plantas medicinales por región.
- Caminatas botánicas didácticas.

### **12.2.3. Red de huertos de plantas medicinales.**

Versa en la necesidad de materializar el principio de convivencia entre la medicina alópata y la tradicional, generando una red de huertos de plantas medicinales en los centros de salud de SESVER, en aquellos contextos donde la relación entre los diferentes actores sociales y la organización comunitaria lo establecen. Se trata de un llamado a la aceptación y respeto a las prácticas terapéuticas en la generación del paquete de plantas medicinales seguras.

La Red de Huertos de Plantas Medicinales Seguras (RHPMS) se asocia con el enfoque de interculturalidad, con la intención de cimentar la base de un modelo integral de atención, establecido en el marco normativo referente a la atención de la salud. Con ello, más allá de contar en cada jurisdicción con un huerto de plantas medicinales, es factible fortalecer una experiencia de acercamiento entre el personal de salud y los médicos tradicionales, detonando relaciones mutuas para compartir elementos de percepción, explicación y atención de la salud-enfermedad-curación.

Ello da pie a acciones incluyentes y participativas. El hecho de que el huerto sea en los centros de salud, no determina que el personal de salud desarrolle conocimientos de un médico tradicional, ni a la inversa, como tampoco que éste sea propiedad de la unidad de salud, es simplemente un punto de encuentro, que simboliza la relación de respeto entre un sistema y otro, y el reconocimiento de ambas racionalidades, de ambos procedimientos, al cual tienen acceso personal de salud y médicos tradicionales bajo una relación de reciprocidad que se ha favorecido desde las comunidades de diálogo.

La RHPMS se da por la interacción entre el personal de salud y los médicos tradicionales, a partir del trasplante de especies que los médicos tradicionales o miembros de la comunidad han proporcionado, para lo cual se hace una búsqueda en potreros, montes, caminos, o bien se obtienen de traspatios o macetas, y así enriquecer el huerto con las plantas locales más representativas, a partir de la colaboración y la socialización de saberes. Al respecto, se cuida que no sea un lugar de siembra, que haya vegetación abundante, no existan grandes tramos sin plantas y sea accesible y común a todos.

Así pues, se identifican las plantas más utilizada por los terapeutas, se procede a la extracción de los “individuos”, se toma la bolsa y se le deposita en ella.



Se registra su nombre en la etiqueta y se le pega a la bolsa, y así sucesivamente. Es un momento que se presta para comentar en qué época del año florea, si sigue igual su producción o ha disminuido, si la planta es de sombra o de sol, qué cura, qué tanto la utilizan, etc. Se agrupan las plantas recolectadas. Posteriormente se llevan al centro de salud, se dejan en un lugar que no les afecte, si es necesario se le agrega más tierra. El grupo se organiza para el trasplante de las plantas.

Las características de esta metodología posibilita fortalecer principios básicos de relación intercultural, que permiten beneficiar a los usuarios de SES-VER de lo que ambos polos tienen como favorable a la salud, retroalimentando las redes sociales con médicos tradicionales. La intención es potenciar el diálogo y la convivencia mutua centrada en el bien común. En consecuencia, los principios de relación intercultural con médicos tradicionales y personal de salud son:

- Fortalecimiento en la comunicación entre el personal de salud y médicos tradicionales.
- Respeto mutuo.
- Intercambio de conocimientos.
- Realización de reuniones y encuentros permanentes.
- Reconocimiento de ambas prácticas.
- Referencia y contrarreferencia entre uno y otro sistema médico.
- Confianza y acercamiento con la población en una atención conjunta y de acompañamiento de ambas prácticas.

Acciones:

- Conocimiento de la medicina tradicional, a través de grupos de discusión y entrevistas a profundidad.
- Recolección de especies con apoyo de caminatas botánicas.
- Instalación de huertos de plantas medicinales en centros de salud.
- Realización de transectos de plantas medicinales.

#### **12.2.4. Inventarios de plantas medicinales seguras.**

Las plantas medicinales han tenido una importancia vital desde las culturas prehispánicas, pues como recurso natural el hombre siempre ha echado mano de ello para aliviar sus males. México ocupa el segundo lugar a nivel mundial en cuanto a mayor número de plantas medicinales, con un registro de 4500 plantas, después de China que tiene registradas 5000 especies; el tercer lugar lo ocupa Colombia con 2600 plantas (Estrada, 2009).

Desde el punto de vista del Dr. Erick Estrada, las plantas medicinales representan varios aspectos significativos en la salud de la población a saber: *socialmente* el 90% de la población utiliza las plantas medicinales, *económicamente* la industria herbolaria del D.F. procesa y comercializa unas 2000 toneladas mensuales; *socioeconómicamente* la herbolaria le da trabajo a varios miles de familias campesinas, rurales y urbanas; en cuanto a salud el 45% de la población nacional complementa la herbolaria con alopátia o viceversa; desde el punto de vista *taxonómico* México es el segundo lugar a nivel mundial que tiene más plantas medicinales en su territorio, y *étnicamente* en las comunidades indígenas se siguen utilizando la herbolaria regional ancestral para restablecer la salud (Estrada, 2009).

En el contexto de lo anterior, se tienen inventarios de plantas medicinales de la región centro del estado de Veracruz, de la región del totonacapan y la huasteca, y de las principales especies de la entidad, con la finalidad de integrar información etnomédica de plantas medicinales en lo relativo a su uso en contexto cultural; que se articulan con base a la realización de entrevistas y datos tomados de publicaciones en el tema.

Acciones:

- Realización del “Huerto de plantas medicinales. Catálogo de plantas medicinales de la zona centro de Veracruz”.
- Producción del “Manual para el establecimiento de huertos de plantas medicinales”
- Elaboración del “Tarjetero de la medicina tradicional por región”.

### **12.2.5. Encuentros de enriquecimiento mutuo con médicos tradicionales.**

Esta estrategia de enriquecimiento mutuo con médicos tradicionales, cuyo actor comunitario es aquella persona que “...reúne todas las virtudes (‘Don de curar’) y capacidades (‘conocimientos y saberes’) para responsabilizarse de la salud de la comunidad y es reconocido por su grupo social” (Hutterer, 2000: 32). Su comportamiento está reglamentado por la tradición y colectividad. Se prepara y aprende su oficio aún cuando está predestinado, pues éste es sólo un indicio que debe desarrollarse.

El médico tradicional comparte una visión de la salud-enfermedad con la población que atiende, quien utiliza una gama amplia de recursos como ritos (como pasar la mano por la parte del cuerpo afectada por ejemplo), rezos, velas, aguardiente, piedras, animales, y plantas (ya sea en té, en baños, polvos, calentadas en el comal o crudas previa identificación de sus propiedades cu-

rativas). Para llegar a ser médico tradicional se puede recibir el conocimiento por medios empíricos, ya sea que aprenda con personas mayores y muy experimentadas, a través de la observación de cómo ellos mismos fueron curados o cómo se le aplican los remedios a los enfermos, pero otros se inician en los tratamientos médicos por medio de la ayuda de seres sobrenaturales, por herencia o al seguir el imperativo divino, revelado a través de sueños o visiones.

El sueño representa un papel preponderante dentro del proceso de aprendizaje de la medicina tradicional indígena. Por lo cual resulta una generalidad, aunque no la regla, que los médicos tradicionales adquieren el conocimiento terapéutico mediante el sueño, en el que son guiados por la Virgen, Dios, un Santo o los Espíritus. Le llaman “Don de nacimiento”, experiencia que regularmente se vive desde la infancia. Para argumentarlo veamos algunos aspectos.

El sueño les indica quién y en qué momento pueden ejercer la medicina tradicional, así como los medios terapéuticos a utilizar, incluso prever el tipo de situación o de persona (paciente) al que tienen que enfrentarse.

Respecto a la función que el sueño tiene para la medicina tradicional, algunos testimonios recabados en entrevistas a profundidad refuerzan lo anteriormente referido. Así, la señora Inés Valencia Ramos, partera totonaca comparte:

“Yo soñaba que me llevaban a un hospital, que llegaba yo y me decían: ‘tienes que curar esto’, pero yo veía como (una persona) tenía llagas, y le empezaba yo a lavar con el jabón, sentía baboso, algo así. Y me despertaba, no, estoy en mi cama. Pero yo estaba muy enferma y después soñaba otra vuelta que daba yo limpias, así comenzaban mis ceremonias, ya se me quitó y ahorita yo sueño cuando me vienen los enfermos”<sup>2</sup>.

A este respecto, don Nicolás, curandero náhuatl de Platón Sánchez, dice:

“Nada más me salió solito, así fui aprendiendo, nadie me enseñó, más que solito fui aprendiendo. Soñaba que sí, que me entregaron ese trabajo para curar todos los enfermos y tener paciencia para atender a todos. Yo primero empecé a rezar la oración de Jesucristo, empecé a rezar la oración cada lunes, son 33 lunes. Después me recibí. Por medio del sueño me crucificaron, me pusieron en la cruz, ahí me acostaron, me quitaron todo la ropa como Cristo, me pusieron corona, me metieron dagas y ahí me clavaron todo, todo. Una hora estuve en la cruz, después ya me quitaron los clavos y

---

<sup>2</sup>Entrevista a profundidad 2 (06-10/Nov/06), Papantla, Ver.

me dijeron que curara a todos los enfermos y que tenga paciencia de atender a todos”<sup>3</sup>.

En opinión del señor Juan del Ángel Antonio, curandero tének:

“Sí, así pasa, te dice el sueño cómo hacerle, pero uno siempre tiene que estar bien preparado, los martes, los miércoles, los viernes se hace oración, protege para lo que venga, para que vaya bien todo el trabajo. Yo prendo puros cirios, casi puro cirios, mando a hacer de 1½ metro cada cirio, porque uno es como abogado, si hay problemas se tiene que defender a la persona, si no [el mal] te tumba y necesitas estar bien protegido”<sup>4</sup>.

Dada la importancia de su conocimiento y práctica, SESVER propone por medio de esta estrategia desarrollar encuentros regionales o estatales, cuyas redes reúnen a las personas a fin de construir un espacio para la reflexión y el análisis de la realidad, orientados al reconocimiento, valoración o transformación de sus prácticas médicas en el contexto comunitario. Se busca, mediante estos encuentros, propiciar el intercambio, la interacción cultural que no sólo “enseñe” y dé validez a los conocimientos “de fuera”, sino que parta de recuperar, valorar y desarrollar las culturas propias de los grupos indígenas.

Así, se plantea una acción social orientada a la toma de conciencia sobre la revaloración de la medicina tradicional tanto para los médicos tradicionales, como para el personal de salud. El propósito de estas redes (comunidades de diálogo y encuentros de enriquecimiento mutuo) es recuperar el conocimiento que tenga relevancia para la práctica social y favorecer mejoras en la calidad de vida, que se sustenta de la perspectiva de realizar un trabajo desde y con la comunidad indígena, incorporando sus necesidades, problemas, valores y puntos de vista.

Por ende, las actividades que se realizan con médicos tradicionales se desarrollan necesariamente bajo una estrategia de trabajo grupal, esto es en su relación con el contexto comunitario, donde confluyen todos y cada uno de los aspectos de la medicina tradicional: importancia, significado, usos y funciones; mismos que han sido heredados y construidos a través de la memoria, la simbología, la oralidad y la práctica social, apropiación que se da en la vida cotidiana, en la vida comunitaria donde se aprenden y expresan, al participar en los procesos de salud, productivos, organizativos, comerciales, sociales, religiosos, entre otros.

---

<sup>3</sup>Entrevista a profundidad 3 (29/Nov/06), Platón Sánchez, Ver.

<sup>4</sup>Entrevista a profundidad 3 (29/Nov/06), Platón Sánchez, Ver.

El contexto comunitario es donde se expresan, desarrollan y cobran sentido las diferentes categorías involucradas en la visión integral de la medicina tradicional. En este sentido, el análisis cultural expresado en el contexto comunitario, ha sido el medio de construcción significativo y de la contextualización social de la metodología incorporada en el Modelo de Salud Indígena con Pertinencia Cultural.

Acciones:

- Implementación del encuentro “Ritos que curan”, para conocer los principales rituales curativos y su significado en las diferentes regiones de la entidad.
- Desarrollo del encuentro “Multiculturalidad en Salud” entre médicos tradicionales de las 12 etnias representativas del estado de Veracruz, para conocer cómo curan y clasifican las enfermedades.
- Realización del “Encuentro Interétnico de Salud en la Huasteca”, con el objetivo de fortalecer su conocimiento del marco jurídico de la medicina tradicional.

### 12.3. PLAN DE COMUNICACIÓN INDÍGENA.

El Plan de Comunicación Indígena (PCI), es una estrategia que integra el Modelo de Salud Indígena con Pertinencia Cultural, misma que se refiere a la elaboración y uso de materiales educativos en lenguas indígenas donde la comunidad participa incorporando una especie de diálogos entre miembros de la comunidad, parteras, médicos tradicionales y personal de salud, cuya información permite que la población adopte medidas para la prevención de enfermedades, desde una perspectiva de pertinencia cultural y lingüística de los grupos a los cuales se dirige. Es una forma de rescatar experiencias, más aún de rescatar propuestas y armar redes de integración.

El PCI brinda la oportunidad de fortalecer las estrategias y programas encaminados a población indígena, por lo que el uso de estos materiales educativos en lenguas indígenas funcionan como herramientas pedagógicas para que el personal de salud conozca las características culturales y lingüísticas de la población que atiende.

Esta estrategia incorpora, aparte de la vinculación de recursos de diferentes programas, presupuesto del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS)<sup>5</sup>. Las actividades se centran en la elaboración y validación de carteles, promocionales de radio, audiovisuales, tarjetas, espectaculares, medallones, el mural colectivo y la radio novela para ser usada como material didáctico y

---

<sup>5</sup>El Plan de Comunicación Indígena, se impulsa de manera significativa en coordinación con el REPSS, cuya dependencia aporta presupuesto para la producción y reproducción de tales materiales y la capacitación del personal de salud en el uso de los mismos.

transmitirlo en las estaciones de Radio Más.

En suma, se trata de productos comunicacionales en salud prácticos y cercanos a la gente, que ofrecen mensajes sencillos, incluyen las características lingüísticas de la población, consideran las peculiaridades culturales de la comunidad (etnia, edad, género, cosmovisión, medicina tradicional), y representan situaciones conocidas por los individuos; todo ello con la finalidad de favorecer el autocuidado y la salud colectiva. Para cumplir con este propósito, se les dotó a unidades de salud de equipos de sonido con megáfono y micrófono, computadora, cañón, no break, impresora, cámara fotográfica y cámara de video.

El procedimiento que se genera principalmente, se concreta en la grabación de videos y audios, la producción de material impreso, la instalación del mural colectivo y la instrumentación de radio artesanal.

Para la producción de materiales, se involucra a los promotores de salud bilingües interculturales para plasmar en lengua indígena los guiones del video y el audio, y después la traducción al español para los subtítulos. Se orienta al personal técnico encargado de hacer la grabación en cuanto a los elementos interculturales a incorporar en los videos. Asimismo, se integran las observaciones hechas a los guiones de los videos, sugeridos por las áreas de salud correspondientes.

Asimismo, se seleccionan los actores comunitarios para el desarrollo de los materiales, así como la elección de entornos para la grabación y toma de fotografía de imágenes. Durante el diseño de los materiales, se incluyen los resultados de los grupos focales efectuados. Una vez concluidos éstos, se regresa a las comunidades para presentárselos a las personas participantes y validarlos con ellos.

### **12.3.1. Mural colectivo “la mano vuelta en la salud”.**

Ello cobra relevancia, al considerar que a lo largo de su historia, las comunidades indígenas han ejercido numerosas y variadas formas de trabajo comunal, familiar o individual, desarrolladas para garantizar la subsistencia, la seguridad social o la armonía del grupo, obtener un servicio a cambio de prestación de mano de obra, y para lograr la buena marcha de las relaciones interpersonales. Estas formas de aportación, con o sin reciprocidad, reciben los nombres de tequio, tequil, gozona, fajina, guelaguetza, tarea omano vuelta, entre otros; que se realizan bajo modalidades de cooperación voluntaria u obligada.

Desde esta perspectiva, se instala dicho mural, como un recurso más destinado a promover la corresponsabilidad social en acciones de salud, así como

para recuperar y potenciar este tipo de mecanismos dados a nivel familiar, interfamiliar y comunitario, tendientes a fortalecer la cohesión y persistencia social.

Su realización implica varias visitas a la comunidad donde se instale, para presentar el proyecto a la autoridad municipal, parteras, personal de salud y miembros de la comunidad. Se hace el registro fotográfico y se llevan a cabo talleres sobre el arte como medio de participación social en salud, con grupos de parteras y personas de los diversos sectores comunitarios; facilitados por un experto o artista plástico. Una siguiente visita, es para preparar el muro con pintura, se procede con el trazo general de la imagen que se plasmará, y se involucra a la gente de la localidad y del personal de la unidad de salud para que pinten imprimiendo su percepción de salud.

### **12.3.2. Radio artesanal.**

Los medios de comunicación formales y alternativos son un recurso fundamental para la construcción de una sociedad democrática. En este sentido, la radio en particular ha sido y es parte de nuestras vidas, de la cultura local. Por lo anterior, se incrusta en el PCI el desarrollo de un tipo de radio móvil e itinerante, definida como “radio artesanal”, que se produce sin auxilio de tecnología, transmisores terrestres o satélites. Es una técnica manual y creativa. La intención de radio artesanal es que ayude a que la gente proponga sus ideas, involucra la voz de la gente, analizando y discutiendo sus experiencias en torno a la salud. Se realiza en los kioscos de las cabeceras municipales y localidades donde haya un centro de salud, o bien en las colonias y barrios de manera itinerante y permanente.

La estrategia la opera un promotor bilingüe intercultural, en la lengua predominante del lugar, y cuyos requerimientos son: 1 equipo de sonido, 1 micrófono, 1 mesa y 2 sillas, su duración es de una hora por programa, incluyendo una entrada, informando que está al “aire” radio artesanal y su objetivo, así como entrevistas breves con personas de la comunidad; y con sus espacios para compartir información de beneficio a la comunidad, etc. Entre cada punto, se transmiten canciones y felicitaciones solicitadas por la gente.

Este trabajo “radiofónico”, permite que los promotores se conviertan en un reproductor de la comunidad a largo plazo, porque se les da la posibilidad de expresarse, discutir y analizar diferentes realidades de la vida comunitaria. Además de que socializa información para que la comunidad reflexiones y llegue a conclusiones reales, favorece que la población forje una cultura en salud, más allá de lo curativo; rescata experiencias, propuestas y consolida re-

des sociales; y se da a través de diálogos entre actores comunitarios (médicos tradicionales, jóvenes, mujeres embarazadas, integrantes de comités de salud, de contraloría social, etc.). Lo anterior, ha dado experiencias significativas, no sólo en actividades comunitarias, sino en actos institucionales tales como ferias de la salud, jornadas, encuentros y contingencias epidemiológicas. .

Ahora bien, para que el personal de salud utilice estos materiales que conforman el PCI, se tiene que capacitar a fin de contribuir en su sustentabilidad, y para asegurar que éstos se usen desde el enfoque intercultural y con base a competencias que favorezcan el aprendizaje de la población que asiste tanto a los talleres de Oportunidades como a los de población abierta. Por lo que hay que tener especial cuidado en el hecho de que los procesos de capacitación suponen retomar las experiencias y conocimientos previos de las personas que aprenden, requiere poder enlazar información mediante diferentes medios; de ahí la importancia de la combinación de los diferentes lenguajes como el oral, el escrito y las imágenes en la estructura de los materiales.

Dado que los materiales educativos se conciben como elementos didácticos y facilitadores de aprendizaje, el personal de salud es técnicamente reforzado para tener la claridad de que su uso depende mucho de la línea de acción, la situación y el contexto en que se trabaja. La intención es enriquecer los procesos formativos adecuando los materiales didácticos a las características contextuales, con la finalidad de contar con un modelo de educación para la salud socialmente pertinente, promoviendo un acercamiento más interactivo con la comunidad, despertando el interés por compartir conocimientos, habilidades, experiencias e ideas.

De esta forma se tienen en cuenta varios aspectos relacionados con el contexto de aprendizaje, las experiencias de vida de los participantes, el contexto sociocultural no solo regional, sino el nacional e internacional, que pueden estar influyendo en la problemática revisada; la interacción social entre los participantes, el papel mediacional de las herramientas físicas y psicológicas involucradas en la experiencia de aprendizaje.

Acciones:

- Elaboración de materiales con pertinencia cultural, con énfasis en el mensaje.
- Instrumentación de la radio artesanal bilingüe, involucrando la palabra de la comunidad.
- Instalación de mural colectivo, que propicia la participación social y diversifica los medios educativos en salud.



## 12.4. PLANIFICACIÓN LINGÜÍSTICA.

Las naciones que poseen lenguas indígenas cuentan con una política lingüística orientada a su protección y promoción, por lo que la planificación lingüística refiere al diseño y aplicación concreta de medidas que se derivan de esa política; es el conjunto de acciones que se efectúan en el contexto de realidades plurilingüísticas y pluridialectales interesadas en contar, entre otros puntos, con información adecuada del uso de cada lengua, con la posibilidad de revitalizar y posicionar a éstas en diferentes espacios y escenarios: escuela, iglesia, salud, etc.

### 12.4.1. Gestión intercultural para el desarrollo.

En relación con lo anterior, en el sentido de vivificar la presencia de las lenguas indígenas en espacios institucionales, existe –como ya se ha visto– un planteamiento gubernamental para difundir y garantizar el uso de las mismas. Al respecto, la Ley General de Salud determina los lineamientos para la acreditación de los establecimientos públicos prestadores de servicios inscritos en el Sistema de Protección Social en Salud; cuyo procedimiento se concibe como un elemento de garantía de calidad, y donde uno de los criterios de acreditación de unidades de salud es la presencia del traductor, que lleve a cabo acciones de promoción de los programas de salud, mediante el uso del idioma local (Secretaría de Salud, 2007).

En consecuencia, SESVER desarrolla acciones encaminadas a eliminar barreras culturales determinadas por la diversidad lingüística y cultural, a través de la contratación de personal hablante de la lengua indígena del lugar al que se adscribe, y que sea egresado de la Universidad Intercultural Veracruzana (Tabla 8), cuyo objetivo es contar con traductores/interpretes, y lograr a través de ellos el diálogo entre usuarios hablantes de una lengua indígena y personal de salud; generar mayor confianza con la población indígena y terapeutas tradicionales al ser atendida en su propio idioma y respetando sus creencias y tradiciones; así como desarrollar capacitaciones asertivas con terapeutas tradicionales y personal de salud; orientar a los usuarios en la solución de problemas relacionados con la atención en unidades de salud y hospitales.

Pero también, con ello ofrecer la oportunidad al personal de salud (si así lo desea) de aprender un idioma indígena; así como utilizar los códigos lingüísticos y culturales indígenas en materiales educativos para prevenir enfermedades; propiciar la formación e integración de redes sociales con grupos organizados de municipios indígenas.

Estos promotores constituyen nexos significativos entre la comunidad y el equipo de salud; cuyas competencias formativas permiten procesos de gestión intercultural para el desarrollo, generando proyectos comunitarios, resolviendo problemáticas sociales e impulsando valores que promueven la ayuda a la sociedad; el reto es construir bases sólidas para establecer relaciones sociales más justas y el logro del desarrollo integral de los pueblos.

TABLA 8. UBICACIÓN DE LOS PROMOTORES DE SALUD BILINGÜES INTERCULTURALES.

MUNICIPIOS	UNIDAD DE SALUD	LENGUA/VARIANTE
Benito Juárez	Centro de salud	Náhuatl de la huasteca
Chicontepec	Centro de salud	Náhuatl de la huasteca
Ixhuatlán de Madero	Centro de salud	Náhuatl de la huasteca
Llamatlán	Centro de salud	Náhuatl de la huasteca
Zontecomatlán	Centro de salud	Náhuatl de la huasteca
Chumatlán	Centro de salud	Totonaca de la sierra
Filomeno Mata	Centro de salud	Totonaca de la sierra
Espinal	Hospital comunitario de Entabladero	Totonaca de la sierra
Mecatlán	Centro de salud	Totonaca de la sierra
Astacinga	Centro de salud	Náhuatl de la sierra de Zongolica
Atlahuilco	Centro de salud	Náhuatl de la sierra de Zongolica
Tehuipango	Centro de salud	Náhuatl de la sierra de Zongolica
Tlaquilpa	Centro de salud	Náhuatl de la sierra de Zongolica
Mixtla de Altamirano	Centro de salud	Náhuatl de la sierra de Zongolica
Soledad Atzompa	Centro de salud	Náhuatl de la sierra de Zongolica
Tequila	Centro de salud	Náhuatl de la sierra de Zongolica
Zongolica	Centro de salud	Náhuatl de la sierra de Zongolica
Mecayapan	Centro de salud	Nahua del sur
Mecayapan	Hospital comunitario de Tonalapa	Popoluca
Soteapan	Centro de salud	Popoluca

Acciones:

- Ejecución de traducciones/interpretaciones durante las consultas con atención integral.
- Realización de talleres y sesiones con la población indígena en su lengua materna.
- Gestión intercultural en salud con participación de la comunidad.

#### **12.4.2. Curso en lengua indígena.**

La relación que existe entre las lenguas indígenas y el español se da de diferentes maneras, algunos casos presentan como característica el desplazamiento de la lengua indígena por el español, en cuyo caso el bilingüismo es sólo una etapa transitoria hacia el monolingüismo en lengua castellana; en otros se encuentra la situación donde el español sólo tiene una función instrumental (debido a la participación de la población indígena en procesos tales como la migración, el comercio, la escuela y el contacto con las estructuras administrativas y políticas), por lo que la lengua indígena predomina en las prácticas comunicativas cotidianas de la comunidad. Ambas situaciones son los casos más extremos que existen en las diferentes regiones de nuestro país.

Cabe aclarar que lengua materna es la primera lengua que adquiere el ser humano y se llama materna por la vinculación del niño con la madre, se adquiere en el seno familiar y en algunos casos es la lengua indígena, en otros es el español o bien ambas lenguas (cuando existen situaciones de bilingüismo).

Así, SESVER reconoce la importancia de visibilizar las lenguas de los pueblos indígenas de Veracruz, junto con sus valores, creencias y formas de vida, en lo cual el personal de salud juega un papel preponderante en la atención que debe prestar a la población, derivada de una comunicación adecuada, es decir con conocimiento elemental de la lengua e identidad indígena correspondiente. Estas son las competencias interculturales que permiten mayor comprensión de las diferencias étnicas, cosmogónicas, lingüísticas existentes entre una y otra sociedad (Secretaría de Salud, 2009).

Es así que el Modelo de Salud Indígena con Pertinencia Cultural, considera el uso de la lengua materna, (que en algunos casos es la lengua indígena y en otros es el español); para proponer una educación para la salud adecuada y pertinente a la realidad sociolingüística de las comunidades, con base a la determinación de cuál es la lengua materna y su variante, es decir, la que se utiliza en su comunicación cotidiana, de manera que el sistema de escritura esté en relación con esa lengua, con sus referentes culturales y su significado.

Las comunidades indígenas han desarrollado sus culturas a través de la ora-

lidad, por lo que el lenguaje escrito, como elemento “ajeno” a sus culturas, se asocia con el español. Aunque las actitudes frente al castellano se encuentran determinadas por numerosos factores, estas actitudes se manifiestan en dos sentidos opuestos: desde el rechazo a la “castellanización”, hasta el abandono de la lengua indígena para acceder a la “cultura nacional” y a sus beneficios. En este contexto y ante la complejidad cultural y lingüística del estado, es importante partir de identificar los usos de lengua en las comunidades, con el fin de definir cuál es la lengua materna para emplearla en el proceso de comunicación con la población.

Es fundamental saber qué lenguas se hablan en la comunidad y sus contextos sociales de uso, a partir de información que nos permita reconocer la realidad sociolingüística de las comunidades. De aquí que SESVER se vincule con la Academia de Lenguas Indígenas (AVELI), para llevar a cabo el curso “La lengua náhuatl de la sierra de Zongolica en tópicos de salud” a fin de ofrecer alternativas que eliminen barreras culturales en la atención de las unidades de primer nivel. Los cursos permiten el aprendizaje de diálogos básicos para una comunicación más eficaz con la población usuaria hablante de una lengua indígena<sup>6</sup>. Asimismo, se tiene programado el curso en lengua totonaca y popoluca.

#### Acciones

- Aprendizaje de diálogos en lengua indígena que permite una comunicación básica con los usuarios.
- Construcción de señalética de las principales áreas de la unidad de salud en lengua indígena.
- Elaboración de material didáctico que posiciona el uso de la lengua indígena.

### 12.4.3. Manual de comunicación para personal de salud en lengua indígena.

Cada lengua indígena refleja una visión única del mundo y una cultura compleja que expresa la forma en que una comunidad resuelve problemas en su relación con el mundo, y en la que se formula el pensamiento, el sistema filosófico y el entendimiento del mundo que le rodea. Cada una de las lenguas es un universo conceptual, un complejo ensamblaje de sonidos y emociones, de asociaciones y símbolos, de representaciones del movimiento y del tiempo. La lengua es un motivo de interlocución entre iguales, es sinónimo de equidad y respeto que se expresa a través de la palabra y la identidad como grupo étnico que los identifica, une e integra como comunidad.

En este sentido, la aplicación de materiales educativos elaborados en len-

---

<sup>6</sup>Es de resaltar que la Academia Veracruzana de Lenguas Indígenas, cuya Directora General es la Mtra. Lucía Tepole Ortega, apoya con instructores hablantes de la lengua indígena y, además, aporta recurso considerado dentro de Programa Operativo Anual.

guas indígenas, constituyen elementos importantes para el reforzamiento de conceptos en los hogares y en diversos espacios de la comunidad, contribuyendo a generar actitudes y aptitudes favorables a la diversidad y favoreciendo la participación de la población.

Contar con material escrito en lengua indígena permite sistematizar y salvaguardar conocimientos, saberes, experiencias y formas de concebir el mundo, lo que hace significativo el proceso de utilización de tales materiales. Si como planteamos, al escribir no estamos utilizando solamente letras, sino pensamientos e ideas que se expresan y comunican a través de un sistema de comunicación gráfico, entonces el proceso de utilización del material escrito exige de competencias lingüísticas y culturales.

En esta tónica, se propone la serie de documentos “Diálogos en salud: Manual de comunicación para personal de salud en lengua indígena”, que permite fortalecer no sólo el conocimiento de la lengua indígena, sino el contexto cultural y la manera de explicar el proceso de salud-enfermedad-curación de las etnias. Es una estrategia que aborda pedagógicamente el uso de la lengua indígena desde la realidad de la diversidad, considerando el contexto cultural de la población indígena; que se suma a los derechos lingüísticos de la población indígena.

Cada manual se compone de tres capítulos, el primero aborda el marco contextual de la comunidad, ubicación geográfica, características personales, fiestas y ceremonia; el segundo capítulo describe las actividades de los terapeutas tradicionales, su forma de concebir la salud, la enfermedad, la manera de clasificarlas, sus ritos, ceremonias y remedios que utilizan para ayudar a quien presenta algún padecimiento; en el tercer capítulo se aborda el idioma indígena, con el fin de facilitar algunas de las formas en el que el personal de salud puede dialogar con sus pacientes para lograr una mayor interacción y confianza durante la atención médica.

Es necesario conocer todo el contexto de la comunidad, para que a partir de ello se mejore la comunicación e interacción en la atención a la salud, con ello se mejora el diagnóstico, las formas de atención y comunicación para el tratamiento y cuidado de enfermedades, favoreciendo con ello la interacción entre médico y usuario indígena. Cabe agregar, que esta serie considera las lenguas nahua, totonaca y popoluca.

Acciones:

- Elaboración del Manual de comunicación para personal de salud en lengua náhuatl de la sierra de Zongolica.
- Diseño del Manual de comunicación para personal de salud en lengua

totonaca de la sierra.

- Producción del Manual de comunicación para personal de salud en lengua popoluca.

## 12.5. UNIDADES DE SALUD CULTURALMENTE COMPETENTES.

Proporcionar un servicio de salud óptimo y equitativo a zonas indígenas requiere considerar un conjunto de acciones acordes a la complejidad que ello representa, dada su diversidad; para lo cual se requiere, además del aumento de recursos financieros, de la adaptación de los servicios de las unidades de salud a la cultura de los usuarios de las comunidades indígenas, a fin de que éstos se sientan cómodos y satisfechos, mediante una relación ética, eficiente y amable. Ello genera confianza por parte de los usuarios al responder eficazmente a sus necesidades y expectativas.

Dicho lo anterior, y con la finalidad de concretar el enfoque intercultural, se implementan unidades de salud culturalmente competentes, para lo cual se trabaja en el cumplimiento de una serie de criterios orientados a ofrecer servicios de salud de calidad, conjuntando varios elementos. Los criterios que se busca lograr en las 140 unidades de primer nivel de atención donde se atiende población con más del 30% de hablantes de una lengua indígena, son:

- 60% del personal capacitado con enfoque intercultural
- Existencia de promotor bilingüe intercultural de salud o personal que hable lengua local
- El personal de salud evita utilizar diminutivos que infantilizan y minimizan a la persona.
- Respeto a los usuarios, independientemente de su origen étnico, género, higiene, nivel socioeconómico, preferencia sexual, religión.
- La unidad de salud cuenta con huerto de plantas medicinales
- Conocimiento del personal de salud del marco legal de la medicina tradicional
- Existencia de letreros para señalar los servicios, utilizando la lengua indígena o imágenes culturalmente adecuados.
- Existencia de censo de médicos tradicionales.
- Integración y funcionamiento de la comunidad de diálogo
- Difusión de programas de salud en la lengua y cultura local: carteles, tarjetas, promocionales, etc.

Para iniciar este proceso, se hace la presentación con el personal de salud respectivo del objetivo y los criterios para desarrollar unidades de salud culturalmente competentes. Una vez explicado lo anterior, se revisan los elementos con que cuenta la unidad de salud, con base a lista de cotejo. Para conocer la percepción de la población acerca del trato del personal de salud y la calidad de la atención, se entrevista a usuarios y se conversa con integrantes del comité de salud.

Asimismo, se entrevista al aval ciudadano, con la finalidad de verificar la información anteriormente obtenida. Cabe señalar que esta figura no es un trabajador del sector salud, son personas que comprueban la existencia de avances o retrocesos de los servicios de salud, es un tipo de contraloría local. Finalmente, se elabora y entrega minuta de visita, especificando los aspectos a fortalecer para cumplir que dicha unidad adquiera tales características.

#### Acciones:

- Atención con calidad y adecuada a las características culturales y lingüísticas de la población.
- Inclusión de actores comunitarios en la vigilancia del trato amable con los usuarios.
- Capacitación con enfoque intercultural del 60% del personal de las 140 unidades de salud focalizadas.
- Implementación de huerto de plantas medicinales en unidades de salud.
- Instalación de letreros en lengua indígena para señalar los servicios en las unidades de salud.
- Contar con censo de médicos tradicionales.
- Integración de la comunidad de diálogo.

## 13 ♦ CONSIDERACIÓN FINAL



Pensar en una sociedad que se visualiza y se quiere plural, entraña renunciar a interpretaciones que sostengan la uniformidad de ideas, valores, formas y modos. La opción está en aceptar que vivimos en la diversidad, donde no existen modelos ideales de sociedades por un lado, y que es con respeto mutuo y diálogo como se puede coexistir en la diversidad, por el otro.

Dicho argumento nos explica el enfoque intercultural en salud, que hoy día es reconocido como un tema importante por los organismos rectores de salud que han operado fuertemente en América Latina en los últimos 20 años, así como por un amplio fundamento jurídico y normativo. En definitiva, “la adopción de un proyecto pluralista, que reconozca la vigencia del proceso civilizatorio mesoamericano, nos hará querer ser lo que realmente somos y podemos ser: un país que persigue sus propios objetivos, que tiene sus metas propias derivadas de su historia profunda. Al afirmar nuestra diferencia, hacia el interior y hacia el exterior, estaremos negando radicalmente la pretendida hegemonía de occidente que descansa en el supuesto de que diferencia equivale a desigualdad y lo diferentes es, por definición, inferior” (Batalla, 1990:246).

Por tanto, Servicios de Salud de Veracruz tiene el compromiso de continuar impulsando la adecuación de los servicios de salud según las características culturales y cosmogónicas actuales de la población indígena y, evidentemente, el acompañamiento en la mejora de la competencia técnica y humana del personal de salud, favoreciendo procesos de comunicación adecuados a los rasgos de identidad étnica que den respuesta a sus problemas de salud y expectativas, desde la confianza y el respeto.

Así pues, el camino está trazado, queda por andar mucho trecho, siempre con la palabra, el pensamiento y el corazón de grupo, de diálogo, de aprendizaje constante, inclusión, equidad y promoción a la vida, la diversidad y la participación social.





## 14 ♦ REFERENCIAS

Academia Veracruzana de Lenguas Indígenas (2010). Catálogo de las lenguas indígenas y sus variantes lingüísticas del estado de Veracruz. SEV, Xalapa.

Ander-Egg, Ezequiel (2008). Léxico del animador sociocultural. Editorial brujas, Argentina.

Aguirre Beltrán, Gonzalo (1988). Antropología médica en México. Obra antropológica XIII. INI-UV-FCE, México.

Aguirre Beltrán, Gonzalo (1994). Programas de salud en la situación intercultural. Obra antropológica V. INI-UV-FCE, México.

Almaguer José (2009). Interculturalidad en Salud: Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. Secretaria de Salud, México. DF.

Ander-Egg, Ezequiel (2008). Léxico del animador sociocultural. Editorial Brujas. Colección comunicándonos, Argentina.

Bartolomé, Miguel Alberto (2008). Procesos interculturales. Antropología política del pluralismo cultural en América Latina. Siglo XXI, México.

Beuchot, Mauricio (2005). Interculturalidad y derechos humanos. Siglo XXI-UNAM, México.

Bonfil Batalla, Guillermo. México profundo. Una civilización negada. Grijalbo. 1990, México.

Delors, Jacques (1998). "Educación y dinámica social: algunos principios de acción", en Educación y Desarrollo. Instituto Tecnológico Autónomo de México, México.

Dietz Gunther (2003). Multiculturalismo, interculturalidad y educación: una aproximación antropológica. Universidad de Granada-CIESAS, España.

Dietz, Gunther y Laura Selene Mateos Cortés "El discurso intercultural ante

el paradigma de la diversidad: estructuraciones subyacentes y migraciones discursivas del multiculturalismo contemporáneo”, en *Multiculturalismo y futuro en Guatemala*. Santiago bastos (Comp.). FLACSO/OXFAM, Guatemala.

Fornet-Betancourt, Raúl (2009). *Interculturalidad en procesos de subjetivación*. Consorcio intercultural, México. (2012). *Multiculturalismo y pluralismo*. UNAM, México.

Hutterer Ariza, Oscar F. (2000). *La medicina tradicional cuestionada: antecedentes, perspectivas y prospectivas en México y Latinoamérica*. Academia Mexicana Tradicional, A. C., México.

Kroeger, Axel y Ronaldo Luna (comps.) (1992). *Atención primaria de salud. Principios y métodos*, OPS, Segunda edición, México.

Lagarde, Marcela (1996). “La perspectiva de género”, en *Género y feminismo*. Desarrollo humano y democracia, Ed. Horas y Horas, España.

León Olivé (2008). *Interculturalismo y Justicia Social*. UNAM, México.-- (2012). *Multiculturalismo y pluralismo*. UNAM, México

Raquel Ahuja Sánchez, (2007). *Políticas y Fundamentos de la Educación Intercultural Bilingüe en México*. Secretaria de Educación Pública, México.

Rehaag, Irmgard (2007). *El pensamiento sistémico en la asesoría intercultural*. Adya-Yala, Ecuador.

Schmelkes Sylvia, (2010). *Indígenas rurales, migrantes, urbanos: una educación equivocada, otra educación posible*. Instituto de Investigaciones para el Desarrollo de la Educación. Universidad Iberoamericana, México.

Tejera, Héctor. *La antropología. Tercer milenio*. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes. México, 1999.

Walsh Catherine (2002) “El pensar del emergente movimiento afroecuatoriano: Reflexiones (des) de un proceso”. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO), Universidad Central de Venezuela.

Walsh Catherine (2009) *Interculturalidad, estado, sociedad. Luchas (de) coloniales de nuestra época..* Ediciones Adya-Yala-Universidad Andina Simón Bolívar, Ecuador, Quito.

Warman, Arturo (2003). *Los indios mexicanos en el umbral del milenio*. Fondo de Cultura Económica, México.

Zemelman, Hugo (2012). *Pensar y poder. Razonar y gramática del pensarhistórico*. Siglo XXI-Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, México.

## REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

Atlas de los pueblos indígenas de México. Consultado el 10 de agosto de 2014. [www.cdi.gob.mx/atlas](http://www.cdi.gob.mx/atlas)

Atlas Sociolingüístico de América Latina UNICEF. Consultado el 9 de agosto de 2014. [www.unicef.org/honduras/tomo\\_1\\_atlas.pdf](http://www.unicef.org/honduras/tomo_1_atlas.pdf)

Cámara de Diputados. LXI Legislatura. Descripción sociodemográfica de la población hablante de lengua, autoadscrita como indígena y el resto de la población, a partir de los datos del Censo de Población y Vivienda 2010. Consultado 2 de agosto de 2014. [file:///C:/Users/Usuat/Downloads/Carpeta16\\_Situacion\\_indigenas%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuat/Downloads/Carpeta16_Situacion_indigenas%20(1).pdf)

Cámara de Diputados LXII Legislatura. Ley General de Salud, última reforma del 4 de junio de 2014. Consultado 18 de julio de 2014. <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs.htm>

Comisión Nacional de los Pueblos Indígenas (2011). Acciones de Gobierno para el Desarrollo Integral de los Pueblos Indígenas. Informe 2012, México. Consultado 21 de julio de 2014. [http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com\\_docman&task=cat\\_view&gid=18](http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=18)

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2012). Informe de pobreza y evaluación en el estado de Veracruz, México. Consultado 22 de julio de 2014. <http://www.coneval.gob.mx/coordinacion/entidades/Documents/Veracruz/principal/30informe2012.pdf>

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2010), Pobreza y Rezago social. Consultado 20 de julio de 2014. <http://www.coneval.gob.mx/Medicion/Paginas/Medici%C3%B3n/Anexo-estad%C3%ADstico-municipal-2010.aspx>

Consejo Nacional de Población (2013). La situación demográfica de México, México. Consultado 14 de julio de 2014. [http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Situacion\\_Demografica\\_Publicaciones](http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Situacion_Demografica_Publicaciones)

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Última reforma 10 de febrero 2014. Consultado 18 de julio de 2014. <http://transparencia.info.jalisco.gob.mx/sites/default/files/Articulos%20que%20aplican%20de%20la%20CPEUM.pdf>

Constitución Política del Estado de Veracruz, última reforma 23 de junio de 2014. Consultado 18 de julio de 2014. <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Estatal/Veracruz/wo21745.pdf>

Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. Consultado 30 de julio de 2014. [http://www.un.org/es/events/indigenousday/pdf/indigenousdeclaration\\_faqs.pdf](http://www.un.org/es/events/indigenousday/pdf/indigenousdeclaration_faqs.pdf)

Estrada Lugo, Erick (2009) "Plantas Medicinales: un complemento vital para la salud de los mexicanos". Entrevista realizada por Patricia Pérez Muñetón, Revista digital universitaria. Consultado 11 de julio de 2014. <http://www.revista.unam.mx/vol.10/num9/art58/art58.pdf> UNAM, México.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (2011). Atención en Salud con Pertinencia Intercultural, Perú. Consultado 11 de agosto de 2014. <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/SSL-Atencion-en-Salud-Modulo-Tecnico.pdf>

Fondo de Población de las Naciones Unidas (2011). Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad de Primer Nivel, Perú. Consultado 11 de agosto de 2014. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1880.pdf>

Gobierno del Estado de Veracruz. Ley de Derechos y Culturas Indígenas del Estado de Veracruz, No. 879, última reforma 22 de agosto de 2013. Consultado 22 de julio de 2014. <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Estatal/Veracruz/wo77249.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010). Censo General de Población y Vivienda, México. Consultado 14 de julio de 2014. <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/cpv2010/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2011). Panorama sociodemográfico de México, México. Consultado 12 de julio de 2014. [http://www.inegi.org.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/panora\\_socio/cpv2010\\_panorama.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/panora_socio/cpv2010_panorama.pdf)

Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (2009). Catálogo de Lenguas Indígenas Nacionales. Consultado 28 de julio de 2014. [http://site.inali.gob.mx/pdf/catalogo\\_lenguas\\_indigenas.pdf](http://site.inali.gob.mx/pdf/catalogo_lenguas_indigenas.pdf)

Lerin, Sergio (2005) Interculturalidad y salud: recursos adecuados para la población indígena o propuestas orientadas a opacar la desigualdad social, CIESAS, México DF. Consultado 15 de julio de 2014. <http://www.ops.org.bo/textocompleto/ley31819.pdf>

Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Consultado 18 de julio de 2014. <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

Organización Internacional del Trabajo. Convenio 169 Pueblos Indígenas y tribales en países independientes (1989). Consultado 22 de julio de 2014. [http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100\\_ILO\\_CODE:C169](http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_ILO_CODE:C169)

Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Alma Atta. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma – Ata,

URSS. Consultado 28 de julio de 2014. [http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm)

Organización Panamericana de la Salud (1993). Taller hemisferio sobre salud de los pueblos indígenas. Consultado 5 de julio de 2014. [http://www.paho.org/Hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1463:antecedentes&Itemid=1416&lang=fr](http://www.paho.org/Hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1463:antecedentes&Itemid=1416&lang=fr)

Organización Panamericana de la Salud (2008). Una visión de la salud intercultural para los pueblos indígenas. Washington, D.C. Consultado 11 de julio de 2014. <http://www.ops.org.bo/textocompleto/pi31302.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2002). Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005, OMS, Suiza. Consultado 12 de julio de 2014. <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Js2299s/>

Mikkelsen, Cæcilie (Comp.) (2014). El mundo indígena 2014. Consultado 5 de agosto de 2014. [http://www.iwgia.org/iwgia\\_files\\_publications\\_files/0672\\_MI2014eb.pdf](http://www.iwgia.org/iwgia_files_publications_files/0672_MI2014eb.pdf)

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU (1966). Consultado 12 de julio de 2014. <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>

Plan Nacional de Desarrollo 2013 – 2018, publicada en la Gaceta Oficial 20 de mayo de 2013. Consultado 20 de julio de 2014. [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5350147&fecha=26/06/2014](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5350147&fecha=26/06/2014)

Plan Veracruzano de Desarrollo 2011 – 2016 publicada en la Gaceta Oficial 18 de abril de 2012. Consultado 20 de julio de 2014. <http://www.veracruz.gob.mx/finanzas/files/2012/06/tf07-ps-pvd-11-16-gaceta-6.pdf>

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2012). El Índice de Desarrollo Humano en México: cambios metodológicos e información para las entidades federativas. Consultado 15 de julio de 2014. [http://www.undp.org.mx/spip.php?page=publicacion&id\\_article=2338](http://www.undp.org.mx/spip.php?page=publicacion&id_article=2338)

Programa Sectorial de Salud 2013 – 2018, publicado en la Gaceta Oficial 12 de diciembre de 2013. Consultado 4 de agosto de 2014. <http://www.dof.gob.mx/index.php?year=2013&month=12&day=12>

Programa Veracruzano de Salud 2011 – 2016, publicada en la Gaceta Oficial 18 de abril de 2012. Consultado 25 de julio de 2014. [http://www.veracruz.gob.mx/seguridad/files/2014/03/PROGRAMA\\_SECTORIAL\\_SEGOB.pdf](http://www.veracruz.gob.mx/seguridad/files/2014/03/PROGRAMA_SECTORIAL_SEGOB.pdf)

Rodrigo Alsina Miquel (1997). Elementos para una comunicación intercultural. Consultado 3 de agosto de 2014. <http://www.cidob.org/castellano/publicaciones/Afers/36rodrigo.cfm>.

Secretaría de Desarrollo Social (2014). Todo sobre la cruzada. Consultado 10 de julio de 2014. [http://www.sedesol.gob.mx/es/SEDESOL/](http://www.sedesol.gob.mx/es/SEDESOL/TodoSobrelaCruzada) TodoSobrelaCruzada

Secretaría de Salud (2009). Unidades y Servicios de Salud Culturalmente Competentes. Consultado 20 de junio de 2014. <http://www.dgplades.salud.gob.mx/interior/dmtdi.html>

Secretaria de Salud (2012). Recomendaciones con enfoque intercultural para la prevención del consumo de Alcohol y Alcoholismo en Comunidades Indígenas. Consultado 20 de junio de 2014. <http://www.dgplades.salud.gob.mx/interior/dmtdi.html>

Secretaría de Salud. Información epidemiología de morbilidad (2013). Dirección General de Epidemiología. Consultado 25 de julio de 2014. <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/publicaciones2012.html>

Segundo Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo (2005-2014). Consultado 20 de julio de 2014. <http://www.un.org/es/events/indigenousday/second.shtml>

Servicios de Salud de Veracruz. Programa Operativo Anual (2013). Veracruz de Ignacio de la Llave. Consultado 30 de julio de 2014. <http://web.ssaver.gob.mx/transparencia/files/2011/10/POA2014.pdf>

UNESCO Oficina en México. Los pueblos indígenas y sus derechos. Consulta 06 de Agosto de 2014. <http://www.cinu.org.mx/prensa/especiales/2008/Indigenas/libro%20pdf/Libro%20Stavenhagen%20UNESCO.pdf>

UNICEF (2012). Guía de transversalización de la interculturalidad en proyectos de desarrollo: salud, higiene y protección contra la violencia, La Paz. Bolivia. Consultado 18 de julio de 2014. [http://www.unicef.org/bolivia/Guia\\_intercultural\\_completa.pdf](http://www.unicef.org/bolivia/Guia_intercultural_completa.pdf)

Universidad Autónoma Nacional de México (2008). Informe preliminar: Los pueblos indígenas y los indicadores de bienestar y desarrollo. Programa Universitario México Nación Multicultural, México. Consultado 18 de julio de 2014. <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/eventos/ixeieg/doctos/30desep/sesion%204%20b/informe.pdf>



# 15 ♦ ANEXO

## ACADEMIA VERACRUZANA DE LAS LENGUAS INDÍGENAS CATÁLOGO DE LAS LENGUAS INDÍGENAS Y SUS VARIANTES LINGÜÍSTICAS

CATALOGACIÓN					
Familia lingüística	Lengua	Variante(s) lingüística(s)	Auto denominación	Municipio estudiados	
Maya	Huasteco	Huasteco de Tantoyuca	Teenek	Tantoyuca	
		Huasteco de la Sierra de Otontepec	Teenek	Tantima Tamalín Tancoco Chinampa de Gorostiza Chontla y Tepetzintla	
Mixe - Zoque	Popoluc de Olutla	Popoluc de Olutla	Yaakavi	Oluta	
	Popoluc Mixe de Sayula	Popoluc Mixe de Sayula	Tikmay ajw	Sayula de Alemán	
	Popoluc de texistepec	Popoluc de texistepec	Wii oot	Texistepec	
	Popoluc de la Sierra	Popoluc de la Sierra	Nunda ´jijo o Angmaatyi	San Pedro Soteapan Hueyapan de Ocampo Tatahuicapan	
	Mixe	Mixe de Totontepec	Mixe de Tlahultotepec	Ayuujk	Santiago Sochiapan
		Zoque			
Otomangue	Chinanteco	Chinanteco de Usila	Jè jeu	Tierra Blanca Uxpanapa Ciudad Isla y Playa Vicente	
		Chinanteco de Ojitlán	Tsa Köwi	Ignacio de la Llave Tlalixcoyan Alvarado Tierra Blanca Tres Valles Cosamaloapan José Azueta Playa Vicente Santiago Sochiapan Juan Rodríguez Clara San Juan Evangelista Santiago Tuxtla Uxpanapa y Ciudad isla	

Continúa...

		Chinanteco de Valle Nacional	Dsa Köwi	Tierra Blanca y Tres Valles
		Chinanteco de Tlacuatzintepec	Dsa maja'	Uxpanapa
		Chinanteco de Lalana	Juu mgii	Santiago Sochiapan
	Zapoteco	Zapoteco de Choápam	Dilla xidza o Dilla xilla	Santiago Sochiapan y Playa Vicente
		Zapoteco de Villa Alta		
	Mazateco	Mazateco de San Pedro Ixcatlán	Ha shuta enima	Playa Vicente
	Mazateco de San José Soyaltepec	Sa'an savi	Playa Vicente	
Mixteco	Mixteco de San Juan Mixtepec	Hñähñü	Texcapec y Tlachichilco	
Otomí	Otomí de Texcatepec			
Totonaca - Tepehua	Totonaca	Totonaca de la Sierra	Totonaca, Tutunakú	Coyutla Filomeno Mata Coahuilán Coxquihui y Zozocolco de Hidalgo
		Totonaca de la Costa	Totonaca, Tutunakú	Papantla
		Totonaca de Yecuatla	Totonaca, Tutunakú	Yecuatla
	Tepehua	Tepehua de Tlachichilco	Jamasapij	Tlachichilco
		Tepehua de Ixhuatlán de Madero	Jamasapij	Ixhuatlán de Madero
		Tepehua de Zontecomatlán	Jamasapij	Zontecomatlán de López y Fuentes
Yuto - Nahua	Náhuatl	Náhuatl de la Huasteca Veracruzana	Náhuatl, Nahua Mexicano	Tepetzintla Benito Juárez Ixhuatlán de Madero Tlachichilco y Zontecomatlán de López y Fuentes
		Náhuatl de la Sierra de Zongolica	Náhuatl, Nahua, Mexicano	Tequila Tehuipango y San Juan Texhuacan



		Nahua del Sur (Mecayapan)	Nahua, Nahua, Mexicano	Tatahuicapan de Juárez Mecayapan San Pedro Soteapan
		Nahua del Sur (Pajapan)	Nahua, Nahua, Mexicano	Pajapan
		Nahua del Sur (Zaragoza)	Nahua, Nahua, Mexicano	Zaragoza Cosoleacaque Oteapan