



02

EVIDENCIA PARA LA ACCIÓN

Apoyando la toma de decisiones en salud

La salud de los pueblos indígenas: un pendiente para el sistema de salud 04

Normas Oficiales Mexicanas de calidad del aire para proteger la salud humana 08

Anicia rarámuri en la estación del tren Chihuahua-Pacífico (El Chepe) en la zona El Divisadero, de las Barrancas del Cobre, Chihuahua. Crédito: Josaphat Toledo

La salud de los pueblos indígenas: un pendiente para el sistema de salud

Consulta la versión
electrónica



Por: **Dra. Blanca Estela Pelcastre Villafuerte¹, Dr. Sergio Meneses Navarro²**

1. Dirección de Investigación en Equidad para la Salud. CISS. INSP

2. Investigador Cátedras Conacyt adscrito al CISP. INSP

El Día Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo, celebrado cada 9 de agosto, es un momento propicio para hacer algunas reflexiones sobre la situación de los pueblos indígenas de México y sus implicaciones para la salud pública.

A pesar del patrimonio cultural excepcional que representan los 68 grupos lingüísticos que persisten en el país, rasgo esencial de la identidad nacional, paradójicamente la estratificación en que se sustenta la estructura social de México ubica a los pueblos indígenas en las condiciones de mayor marginación: 71% vive en condiciones de pobreza¹ y tienen una esperanza de vida al nacimiento entre 8 y 20 años menor que la media nacional^{2,3}.



Ilustraciones de Julián Cicero

Estas condiciones han generado un desarrollo desigual de dichas comunidades respecto a las no indígenas. Por eso, los indígenas de México han registrado de manera histórica y sistemática mayores brechas o rezagos en los indicadores de bienestar como los de salud, educación e ingreso.



En el ámbito de la salud, presentan un perfil epidemiológico de "doble carga" caracterizado por la prevalencia de enfermedades infecciosas y problemas de la reproducción, junto con enfermedades crónicas y emergentes. Por ejemplo, duplican la razón de mortalidad materna⁴ y concentran la mayor mortalidad por cáncer cervical⁵. Al mismo tiempo, los pueblos indígenas enfrentan importantes obstáculos para el acceso a los servicios de atención, lo que ha incrementado las brechas en la utilización de servicios preventivos, diagnósticos y de atención^{6,7}.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). Medición de la pobreza 2017, México, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2018.

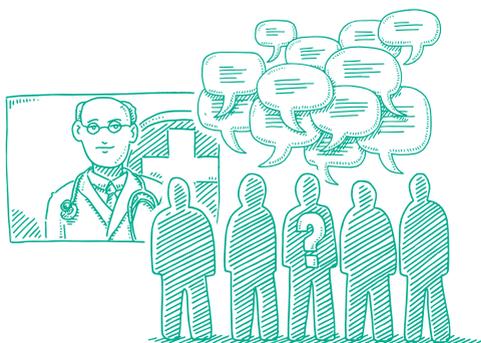
1. Torres JL, Villatoro R, Ramírez T, Zurita B, Hernández P, Lozano R y Franco F. La salud de la población indígena en México. En F. Knaut y G. Nigenda (eds.), *Caleidoscopio de la salud. De la investigación a las políticas y de las políticas a la acción*. México: FUNSALUD, 2003. Secretaría de Salud, Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. SSA, 2007.

2. Observatorio de Mortalidad Materna. Indicadores de mortalidad materna 2015. México: CIESAS, 2017.

3. Instituto Nacional de las Mujeres. Sistema de indicadores de género. Cáncer de mama y cervicouterino. INMUJERES, 2018.

4. Leyva-Flores René, Cesar Infante-Xibille, Juan Pablo Gutiérrez-Reyes y Frida Quintino-Pérez. Inequidad persistente en salud y acceso a los servicios para los pueblos indígenas de México, 2006-2012. *Salud Pública Mex* 2013, 55 supl 2: S123-S12.

5. Meneses Navarro, Sergio, Miguel Ángel González Block, David Quezada y Graciela Freyermuth Enciso. "Evolución de la equidad en el acceso a servicios hospitalarios según composición indígena municipal en Chiapas, México: 2001 a 2009". En Jaime Page (ed.), *Enfermedades del rezago y emergentes desde las ciencias sociales y la salud pública*, 2014. Ciudad de México: UNAM, pp. 17-35.



Estas brechas en salud se intensifican cuando la oferta de servicios no corresponde a la cosmovisión indígena. A ello se suma la dificultad de tener que comunicarse en una lengua diferente y la falta de personal de salud que facilite su tránsito por los servicios. Así, la distancia cultural (hablar un idioma diferente, entender el proceso salud-enfermedad de forma distinta, tener otras prácticas de cuidado y prevención) puede explicar parcialmente algunas diferencias en el estado de salud y el acceso a servicios. Sin embargo, más allá de las diferencias culturales, las desigualdades en salud que padecen los pueblos indígenas son el reflejo de la profunda desigualdad social que impera en el país, de manera que las brechas en salud no podrán subsanarse mientras las condiciones estructurales de vida de este sector de la población permanezcan inalteradas.

A mediados del siglo pasado, el médico y sociólogo inglés Julian Tudor Hart denunciaba el círculo vicioso de pobreza y atención médica; la llamó “ley de cuidados inversos”, y establecía que la atención médica de calidad tiende a variar inversamente a las necesidades de la población asistida, ya que la atención sigue el mismo gradiente social y se concentra donde existe menor necesidad. Por tanto, las desigualdades son determinadas por la forma de organización social, económica y política que adoptan las colectividades, no por la diferencia cultural.

Si bien reconocemos que los rezagos se deben a condiciones estructurales que son injustas, también debemos tomar en cuenta que son evitables; es decir, no son condiciones naturales e inmutables: las podemos transformar mediante la acción colectiva a través de políticas, programas e intervenciones públicas.



De este modo, es fundamental identificar la existencia de procesos de exclusión social hacia los pueblos indígenas, fundamentados en ideologías y prácticas de discriminación, racismo y clasismo, a los que se suman la incomprensión cultural y lingüística. Las instituciones sociales, como las de salud y educación, además de las que ofrecen oportunidades laborales, no escapan a estos mecanismos de exclusión; al contrario, los reproducen. Así se erigen sólidas barreras para que la población indígena acceda oportunamente a servicios de calidad, dando lugar a un círculo vicioso de mayores rezagos en salud, educación y empleo, que a su vez refuerzan las barreras económicas, geográficas y culturales para el acceso a servicios para el bienestar, profundizando las brechas sociales y obstaculizando todo esfuerzo para superar la pobreza y las desigualdades.



Ejemplo de lo anterior es la mayor prevalencia de “altas voluntarias” entre usuarios indígenas insatisfechos con la atención recibida, como señalan los sistemas de registro de egresos hospitalarios. Durante el trabajo de campo de la Línea de Investigación en Salud y Grupos Vulnerables del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), documentamos el caso de una mujer indígena que acudió a los servicios de salud por una hemorragia obstétrica de emergencia debido a placenta previa. Después de padecer diversas formas de maltrato – despojarla de su vestimenta, someterla a regaños, realizarle procedimientos sin explicación y en contra de su consentimiento-, la familia solicitó su “alta voluntaria”, aunque la mujer tenía niveles de hemoglobina sumamente bajos (4mg/dl). La directora del hospital justificó la decisión argumentando: “Si su deseo es morir en su casa, aquí respetamos su decisión” y aceptando tácitamente la alta probabilidad de un desenlace fatal. Al respecto, la máxima autoridad jurisdiccional explicó que “para las mujeres indígenas morir durante el parto es un honor”. Estas explicaciones no solo no cuestionan las desigualdades sociales, sino que atribuyen a supuestas diferencias culturales la calidad diferencial de la atención y sus resultados.

Si enfocamos este aspecto de la problemática, entonces nuestros esfuerzos para revertir esta situación no deben enfocarse en el idioma, las tradiciones o las creencias en salud. No es la cultura lo que debemos transformar, sino las prácticas de exclusión, prejuicio, estereotipo y discriminación que hemos aprendido a través de la socialización en diversos momentos de nuestra vida, que hemos adoptado como esquema de pensamiento y acción, el cual reproducimos en actos de la vida cotidiana como algo del sentido común.

Una estrategia que hemos trabajado en la Línea de Investigación en Salud y Grupos Vulnerables del INSP para disminuir los obstáculos para el acceso a la salud de las poblaciones indígenas, es el proyecto de puentes interculturales. Esta figura del puente no es otra cosa que agentes indígenas de salud, cuya función principal es fungir como enlaces entre la gente de la comunidad y el personal de los servicios de salud. Son indígenas, bilingües y biculturales porque estudiaron enfermería, de manera que comprenden y comparten la cosmovisión de la población indígena, al mismo tiempo que entienden la organización y funcionamiento del sistema institucional de salud, del cual también forman parte.

En otras palabras, las poblaciones indígenas en México tienen los peores indicadores de salud, no por su identidad étnica, sino a que en México se discrimina a las personas indígenas por esta condición, excluyéndolas de sus derechos fundamentales como el de la protección de la salud, a una vivienda digna, a un empleo bien remunerado, a educación, etc.

Este Día Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo, además de reconocer y celebrar la riqueza que representa su diversidad cultural, debemos enfatizar la igualdad jurídica de los pueblos indígenas como sujetos de derecho, denunciar las desigualdades estructurales y formas de discriminación que les afectan, además de trabajar en aras de la equidad social. 🇲🇽





Normas Oficiales Mexicanas de calidad del aire para proteger la salud humana

Por: Dra. Magali Hurtado Díaz, Dr. Horacio Riojas Rodríguez¹, Grupo de Trabajo de Calidad del Aire y Cambio Climático

¹, Dirección de Salud Ambiental. INSP

Consulta la versión
electrónica



La contaminación del aire se ha convertido en una preocupación creciente en los últimos años, con mayores episodios agudos de polución en muchas ciudades del mundo. Según la Organización Mundial para la Salud (OMS), en el 2016 el 91% de la población mundial vivía en lugares donde los niveles de calidad del aire excedían los valores guía establecidos por este organismo ¹. Como resultado, ese mismo año, 4.2 millones de muertes prematuras se atribuyeron a la mala calidad del aire¹. En México, pese a que en algunas ciudades la concentración de contaminantes en el aire ha disminuido, aún es un problema de salud pública, con un estimado de 14,666 muertes prematuras relacionadas con la contaminación atmosférica, solamente para el material particulado (PM^{2.5}). El problema es prioritario ya que en el país el 80% de la población vive en ciudades con problemas de calidad del aire.

La OMS publicó en 1987 los primeros valores guía de calidad del aire, recomendaciones basadas en el conocimiento científico del momento para que los países establecieran normas de calidad del aire². Estas guías se actualizaron en el año 2005³ y actualmente el Grupo de Trabajo de Actualización de las Guías de Calidad del Aire analiza los límites máximos permisibles con la nueva evidencia acumulada.

La calidad de aire en México está regulada por la Secretaría de Salud y legislada desde la década de 1970 cuando se publicó la Ley Federal para Prevenir y Controlar la Contaminación Ambiental en el Diario Oficial de la Federación el 23 de marzo de 1971. Debido a las altas concentraciones de plomo en el ambiente, desde 1986 comenzaron a establecerse medidas de control, como sustituir el combustóleo por gas natural y reducir el plomo de las gasolinas⁵. En 1990 se estableció la verificación vehicular y el Hoy no Circula, pero prevalecieron los altos niveles de ozono y material particulado. Por ello, en 1993 la Secretaría de Salud emitió las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) para establecer los valores máximos permisibles del monóxido de carbono (CO), ozono (O³), dióxido de nitrógeno (NO²), material particulado (PM^{2.5} y PM¹⁰), dióxido de azufre (SO²) y plomo (Pb). Con base en estas normas, se estimó que, de haberse implementado antes, en 1990 y 1991 el 90% de los días hubiera excedido el límite de PM y en 1992 el 98% de los días hubiera excedido el O³⁴.

Tabla 1. Normas Mexicanas de Calidad del Aire

Contaminante	NOM	Publicación	Descripción
Dióxido de azufre (SO ²)	NOM-022-SSA1-2010	8 de septiembre de 2010	0.110 ppm, máximo promedio de 24 horas 0.200 ppm, segundo máximo anual como promedio móvil de 8 horas 0.025 ppm, promedio anual
Monóxido de carbono (CO)	NOM-021-SSA1-1993	23 de diciembre de 1994	11.0 ppm, máximo anual como promedio móvil de 8 horas
Dióxido de nitrógeno (NO ²)	NOM-023-SSA1-1993	23 de diciembre de 1994	0.210 ppm, promedio horario
Ozono (O ³)	NOM-020-SSA1-2014	19 de agosto de 2014	0.095 ppm, promedio horario 0.070 ppm, máximo anual del promedio móvil de 8 horas
Partículas menores a 10 micrómetros (PM ¹⁰)	NOM-025-SSA1-2014	20 de agosto de 2014	75 µg/m ³ , promedio 24 horas 40 µg/m ³ , promedio anual
Partículas menores a 2.5 micrómetros (PM ^{2.5})	NOM-025-SSA1-2014	20 de agosto de 2014	45 µg/m ³ , promedio 24 horas 12 µg/m ³ , promedio anual
Plomo (Pb)	NOM-026-SSA1-1993	23 de diciembre de 1994	1.5 µg/m ³ , en un periodo de tres meses como promedio aritmético

Actualmente, la normatividad de calidad del aire corresponde a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios que convocó a varias instituciones a conformar los Grupos de Trabajo para revisar las NOM de O³ y PM. Estas normas se actualizaron en 2014 con objetivos (valores) intermedios y el compromiso de ajustarlas a los valores guía de la OMS. En el Programa Nacional de Normalización 2019 se ha incluido la finalización de la nueva norma de SO² y revisar las normas para NO², CO, material particulado, O³ y Pb. En el mismo programa, se señala que la norma del Índice Nacional de Calidad del Aire y Riesgos a la Salud, sustituto del IMECA, tiene un alcance del 70% y debería publicarse este año, para obligar a los estados a tener un instrumento de comunicación de riesgos a la salud relacionado con la calidad del aire. Las nuevas NOM han servido para desarrollar la Estrategia Nacional de Calidad del Aire y los Programas de Gestión para Mejorar la Calidad del Aire (ProAires).

El Instituto Nacional de Salud Pública participa en los grupos de trabajo de estas normas, con análisis y evidencia científica de estudios epidemiológicos, para sustentar los niveles máximos permisibles para proteger la salud de la población, especialmente de los grupos vulnerables. 🇲🇽

- WHO [2016]. Ambient air pollution: A global assessment of exposure and burden of disease. Disponible en: <https://www.who.int/airpollution/ambient/health-impacts/en/>
- WHO [2000]. Air quality guidelines for Europe, second edition Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 [WHO regional publications. European series; No 91], [full background material available on http://www.euro.who.int/air/activities/20050223_4]
- Krzyzanowski, M., & Cohen, A. [2008]. Update of WHO air quality guidelines. Air Quality, Atmosphere & Health, 1(1), 7-13.
- Lezama, J. L. [1996]. La construcción ideológica y política de la contaminación del aire: consideraciones para el caso de la ciudad de México. Estudios demográficos y urbanos, 31-67.
- Lacasaña-Navarro, M., Aguilar-Garduño, C., & Romieu, I. [1999]. "Evolución de la contaminación del aire e impacto de los programas de control en tres megaciudades de América Latina". Salud pública de México, 41, 203-215.