
INSTITUTO TECNOLÓGICO Y DE ESTUDIOS SUPERIORES DE OCCIDENTE

Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios de nivel superior según

Acuerdo Secretarial 15018, publicado en el DIARIO OFICIAL DE LA
FEDERACION EL 29 DE NOVIEMBRE DE 1976

DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS SOCIOPOLÍTICOS Y JURÍDICOS

MAESTRIA EN POLÍTICA Y GESTIÓN PÚBLICA



TESIS PROFESIONAL

**LINEAMIENTOS PARA UNA POLÍTICA DE SALUD INTERCULTURAL PARA
INDÍGENAS MIGRANTES DE LA ZMG**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE MAESTRA EN POLÍTICA Y GESTIÓN PÚBLICA

Presenta: Jessica Nalleli de la Torre Herrera

Asesor: Dr. Carlos Luis Moreno Jaimes

Tlaquepaque, Jalisco, Mayo de 2015

AGRADECIMIENTOS

A todos los miembros de las comunidades indígenas de la Zona Metropolitana de Guadalajara que participaron en el proyecto, que abrieron las puertas de sus casas, compartieron un poco de sus vidas y que confiaron en que un trabajo como este puede incidir en mejoras para la calidad de vida de todos, los indígenas y no indígenas, que aquí habitan.

A todos los docentes de la Maestría en Política y Gestión Pública del ITESO, por haber contribuido a desarrollar un punto de vista amplio y crítico, sobre las instituciones, políticas y política del país; especialmente, al Mtro. Jorge Rocha, al Mtro. Héctor Morales, al Dr. David Velasco y al Dr. Carlos Moreno, director de esta tesis. Gracias también a Pily Aceves.

Al equipo de investigación del proyecto CONACYT: SALUD-2011-1-162095, liderado por el Dr. Sergio Villaseñor, que durante meses acompañó el trabajo de campo, corazón de esta tesis. Al Doctor Alejandro Chávez, compañero de a pie, por su invaluable visión antropológica, experiencia en procesos interculturales, así como a Paty Aceves, Isaura García y Hugo Asencio, por el intercambio de ideas que enriqueció este proceso.

Y finalmente, a mi familia y amigos, que me acompañaron y fortalecieron de múltiples maneras en el desarrollo esta idea de mezclar la psicología con la política: Mary, Sinaí, Ale, Jorge, Teresita, Paul, Susana, Emilia y Marcela.

RESUMEN

*Somos diferentes, tenemos enfermedad, son diferentes [formas en las] que tenemos enfermedad (...). Pero la enfermedad, no [la] entendemos todos [igual], lo que dice el Dios, lo que dice el mundo, es que entendemos diferentes enfermedades. (...) **Mara'akame***

El derecho a la salud de la población indígena migrante que habita en la Zona Metropolitana de Guadalajara, se ha visto limitado, no solamente por la mala calidad con la que operan las instituciones públicas de salud y que afectan a todos los usuarios de este sistema, sino por la falta de integración de elementos culturales, -pertenencia étnica, cosmovisión, lengua-, en los procedimientos de atención en salud y específicamente en salud mental, esta última es importante porque como parte de los diferentes procesos de inserción y adaptación de los indígenas migrantes a su vida en la ciudad, éstos son propensos a desarrollar cuadros de estrés y depresión, que reducen su calidad de vida.

Con la finalidad de ofrecer lineamientos que puedan integrar una política intercultural en salud que contribuya al cumplimiento del derecho a la salud de esta población, se realizó un trabajo que integra dos elementos, el primero es un estudio de política comparada que expone y contrasta los casos de Australia, Canadá y Nueva Zelanda, países con un porcentaje de población indígena similar al de la ZMG y que cuentan con una política de salud mental específica para esta población, cuyo resultado radica en la obtención de elementos básicos para el diseño de una política intercultural en salud. Lo anterior se une a un trabajo empírico en el que se presentan las percepciones, experiencias y opiniones de integrantes de las cinco comunidades indígenas más numerosas que habitan en la ZMG sobre la atención en salud que han recibido y sobre cómo podría ser ésta para que integre sus creencias, recolectados a través de un proceso etnometodológico, que junto con el análisis de las legislaciones y políticas en salud vigentes a nivel federal y estatal en el período 2007-2012 ofrecen el panorama actual de la atención en salud para indígenas migrantes.

En el proceso de elaboración de dichos lineamientos, se encontró no solamente el descuido de la atención en salud a los indígenas migrantes, que cuentan con menos recursos de atención específica y visibilidad que los indígenas que habitan en las comunidades de origen, sino que la salud mental en la política mexicana ocupa un segundo plano, pues no existe una epidemiología ni atención preventiva en el tema para la población en general, también se encontró que no existen elementos interculturales en las atención en salud, aunque están contemplados en la Constitución.

ÍNDICE

Introducción.....	2
Capítulo 1. La salud y los indígenas de la Zona Metropolitana de Guadalajara	6
1.1 Contextualización de los Pueblos Indígenas en México 2007-2012	7
1.1.1 La salud de los indígenas en México	11
1.1.2 Migración indígena interna.....	15
1.2 Indígenas en la ZMG.....	17
1.2.1 Las condiciones de salud de los indígenas urbanos de la ZMG.....	23
Capítulo 2. Política pública comparada en salud mental para indígenas migrantes: los casos de Australia, Canadá y Nueva Zelanda.....	29
2.1 Políticas públicas.....	30
2.1.1 Definiciones de política pública	32
2.1.2 Modelos de estudio de las políticas públicas.....	33
2.2 Estudio comparado de políticas públicas.....	36
2.2.1 Australia	38
2.2.2 Canadá.....	45
2.2.3 Nueva Zelanda	49
2.3 Comparación de políticas públicas.....	54
Capítulo 3. Marco institucional de las políticas de salud mental en México	58
3.1 La salud mental como derecho para los indígenas en el nivel federal.....	59
Capítulo 4. Los indígenas y el ejercicio de su derecho a la salud en la ZMG	73
4.1 Indígenas migrantes	75
4.2 Las condiciones de acceso a la protección en salud.....	82
4.3 Elementos necesarios para el diseño de la atención a la salud	89
4.4 Sujetos no visibles en el ámbito público.....	92
Capítulo 5. Lineamientos de política pública intercultural.....	95
5.1 Interculturalidad en las políticas públicas	96
5.2 Elementos para una política pública intercultural.....	98
Conclusiones	104
Referencias	107

INTRODUCCIÓN

“Porque para curarse no creo que haya una sola forma racional, hay algo más allá de eso, ¿no?, porque es muy fácil decirlo cuando hay respeto por el otro, porque también de eso se trata. Cuando hay respeto por el otro es porque sabe que su mundo está un punto equis. Hay otras formas ¿no?”. Artesano Wixárika

La población indígena¹ en México se ha caracterizado por ser el grupo poblacional con mayor rezago y marginación del país. Su situación se debe no sólo al acceso diferenciado que tienen a los bienes públicos, sino también a la discriminación y exclusión de las que ha sido objeto en diferentes aspectos de injerencia del Estado, incluyendo en el acceso a la salud (considerando también la salud mental), y en la protección de sus derechos humanos, esto fue reconocido Durante la Reunión de Pueblos Indígenas y Salud, realizada en 1993 en Winnipeg, Canadá en la que se recomendó a los gobiernos participantes, entre ellos México, trabajar en el desarrollo de políticas que facilitaran la participación de representantes indígenas en la formulación de políticas y estrategias de promoción de la salud, y el fortalecimiento de la capacidad nacional y de las instituciones locales responsables de la

¹ En México hay 78 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, según el Artículo 2º Constitucional; para designar a los miembros de estos pueblos en adelante con fines prácticos se utilizará el término *Población indígena* con base en los criterios utilizados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI, para la realización del Censo 2010 en el que para definir la pertenencia étnica, se utilizan dos criterios: el primero es la población que habla alguna lengua indígena y la autoadscripción indígena, criterio considerado en una muestra censal que complementa el enfoque lingüístico; sin querer con ello dejar de reconocer que cada uno de los pueblos indígenas cuentan con su propia cosmovisión y son por sí mismos una entidad cultural única, distinta de otros pueblos indígenas y de los no indígenas, de los que llegaron durante y después de la colonización. Además, de que más allá de la cantidad de indígenas que hablan determinada lengua según sexo, edad, lugar de origen y lugar de residencia, no existen estadísticas desagregadas por lengua o pueblo en relación a las actividades, epidemiología, índice de desarrollo humano, entre otros, que den cuenta de las condiciones por grupo en las que se encuentra cada uno de los pueblos, lo anterior corresponde también a medidas discriminatorias al no considerar las diferencias individuales de cada cultura; cuestión que se aborda en el capítulo 5 de este trabajo dónde, entre otros temas, se habla de la necesidad de generar sistemas de información estadística apropiados en este sentido.

atención de la salud de los indígenas para lograr un mejor acceso a una atención de calidad de modo que contribuyeran a mejorar las condiciones de equidad para estos pueblos (OPS, 1993).

En México, si bien existen diversos programas federales y estatales destinados a apoyar a las comunidades indígenas en sus localidades de origen, éstos no toman en cuenta a los indígenas que por diversos motivos se han visto obligados a migrar a las zonas urbanas. El proceso de migración y adaptación a las nuevas costumbres tiene un alto costo cultural para estas personas, especialmente para su salud mental, ya que como parte de su integración a la dinámica social de las ciudades se ven inmersos en procesos de aculturación, discriminación y exclusión; y no cuentan con acceso a la atención que necesitan para afrontar exitosamente dichos procesos, ya sea por no contar con derechohabiencia en una institución pública o privada de salud o porque aún teniéndola las instituciones no cuentan con procesos específicos para la atención de esta población y porque no se ha abierto un espacio desde el ámbito estatal para el desarrollo de instituciones indígenas.

Existen en la legislación mexicana, en diversos órdenes: Constitucional, Leyes específicas, leyes estatales y reglamentos institucionales, y en acuerdos internacionales firmados por el país, directivas generales sobre cómo debe ser la atención a los indígenas; sin embargo estas directivas parecen no ser un elemento central en las políticas dirigidas a este grupo poblacional, y aun en menor medida para los que deciden salir de sus poblaciones.

Por lo anterior, se consideró importante conocer cómo está dispuesta la política vigente en salud y en salud mental para los indígenas migrantes, y desarrollar lineamientos que puedan ofrecer una política alternativa que pueda colaborar en la protección del derecho a la salud mental de ésta población, a través de una atención de calidad de acuerdo a sus necesidades, a proteger su cosmovisión y a integrarse mejor en las ciudades de acogida.

El estudio de los procesos de transculturación es un tema que ha sido ampliamente estudiado por antropólogos, psicólogos y sociólogos, sin embargo estos estudios no han sido integrados en el diseño de las políticas públicas para la población estudiada, aumentando así, las condiciones de exclusión en el entorno urbano e invisibilidad para ese ámbito público, elementos que se integran en la hipótesis que guió este trabajo: La visión residual que tiene el gobierno de las políticas dirigidas al sector indígena de la población, la invisibilidad social de los indígenas migrantes de la ZMG causada por su poca capacidad de movilización para la inserción de sus derechos en la agenda pública y la consecuente poca rentabilidad política que tienen las demandas planteadas por estas minorías sociales, hacen que los elementos de política pública existentes en las leyes, planes y reglamentos mexicanos vigentes que orientan la acción del Estado para garantizar el derecho a la salud mental de los indígenas migrantes no tengan una implementación fáctica, (como sucede en los países de la muestra seleccionada) sino genérica.

Los mecanismos utilizados para comprobar lo anterior esto fueron dos, el primero fue un análisis comparativo de las políticas vigentes en salud mental para indígenas migrantes existentes en Australia, Canadá y Nueva Zelanda, a fin de obtener criterios básicos de formulación específicos para la población de estudio que permitieran dar cuerpo al diseño de los lineamientos locales que se buscaban desarrollar y, al mismo tiempo, con base en lo anterior, dar cuenta de los elementos ausentes en el diseño de las políticas de salud mental para migrantes indígenas que existían en México y en Jalisco en el período 2006-2011. El segundo elemento, obtenido a través de un trabajo etnográfico en asentamientos urbanos de las cinco etnias con mayor representatividad en la Zona Metropolitana de Guadalajara: Wixárika, Mixteca, Purépecha, Nahuatl y Otomí (aunque de inicio, se reconoce que cada una de las etnias participantes tiene su propia cosmovisión y de ella emanan distintos síndromes culturales); refleja la vivencia de los indígenas migrantes en relación con ejercicio de su derecho a la salud y obteniendo insumos que dieran cuenta de su organización política.

Reconociendo las capacidades limitadas del sistema público de salud en México así como de los mecanismos de vigilancia epidemiológica, se tiene como finalidad integrar las necesidades de los indígenas migrantes en lineamientos interculturales en salud como insumo para que en un futuro las políticas públicas en el área, se alejen del escritorio y se acerquen un poco más a lo público.

CAPÍTULO 1. LA SALUD Y LOS INDÍGENAS DE LA ZONA METROPOLITANA DE GUADALAJARA

La salud es un estado y al mismo tiempo, un proceso dinámico cambiante, debido a que continuamente se realizan cambios en los ámbitos físicos, emocionales, sociales de cada persona, estos cambios suponen reestructuraciones de los esquemas internos de los individuos, la capacidad de adaptación de cada uno ante dichos cambios incide en la salud mental (Mebarak, et. al., 2009) y en la calidad de vida de los sujetos. A lo largo de la historia la salud mental ha sido objeto de múltiples definiciones, y ha incluido una diversidad de trastornos, su definición ha evolucionado pues comenzó contemplando tratando de dar una explicación y un seguimiento científico a diversas taras y patologías con procedimientos que excluían y dañaban físicamente a la persona hasta ser un concepto integral que se relaciona con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos.

Los trastornos mentales son definidos según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V como “una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o a una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes” (APA, 2014, p. 20). Dentro de ésta definición, la última publicada por la Asociación Americana de Psiquiatría, hay espacio para múltiples circunstancias que pueden ocasionar desequilibrios cognitivos, emocionales o de la conducta, sin embargo sigue sin incluir elementos culturales que coadyuven al diagnóstico lo que limita el reconocimiento de los significados de la enfermedad que son “fruto del consenso establecido por las particularidades de cada cultura (Fábrega, 1975, p. 956).

La salud mental ha pasado de tener una definición orgánica como sinónimo del bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales (Escandón, 2000) hasta una concepción integral de la misma, como la que ofrece la Organización Mundial de la Salud, OMS, (2008), para quien la salud mental es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

El enfoque de salud mental integral que considera no solamente los aspectos orgánicos así como la contribución social del individuo propuesto por la OMS es el que se utilizará para el presente trabajo, pues no hace alusión solamente a los trastornos mentales, sino a la capacidad del individuo para hacer frente a los requerimientos de la vida cotidiana, aspecto fundamental para entender los problemas de los indígenas migrantes a zonas urbanas, situación que se describe en seguida.

En este capítulo se hace una descripción de las condiciones en las que habitan los indígenas en la Zona Metropolitana de Guadalajara así como las condiciones en las que ejercen su derecho a la salud con énfasis en la salud mental, describiendo también las concepciones culturales relacionadas con la salud y las condiciones que los procesos de migración y adaptación imponen a la salud mental de los indígenas.

1.1 CONTEXTUALIZACIÓN DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS EN MÉXICO 2007-2012

Conforme al Censo de 2010, en el que para contabilizar a la población indígena se incluyó la variable de pertenencia étnica, 15.7 millones de mexicanos se autorreconocen como indígenas (INEGI, 2010), lo que corresponde al 13.9% de la población total; esta cantidad si bien no es en proporción la más grande entre los países del continente americano si pone a México como el país con más indígenas en América (Zolla, 2004). En la actualidad en el país

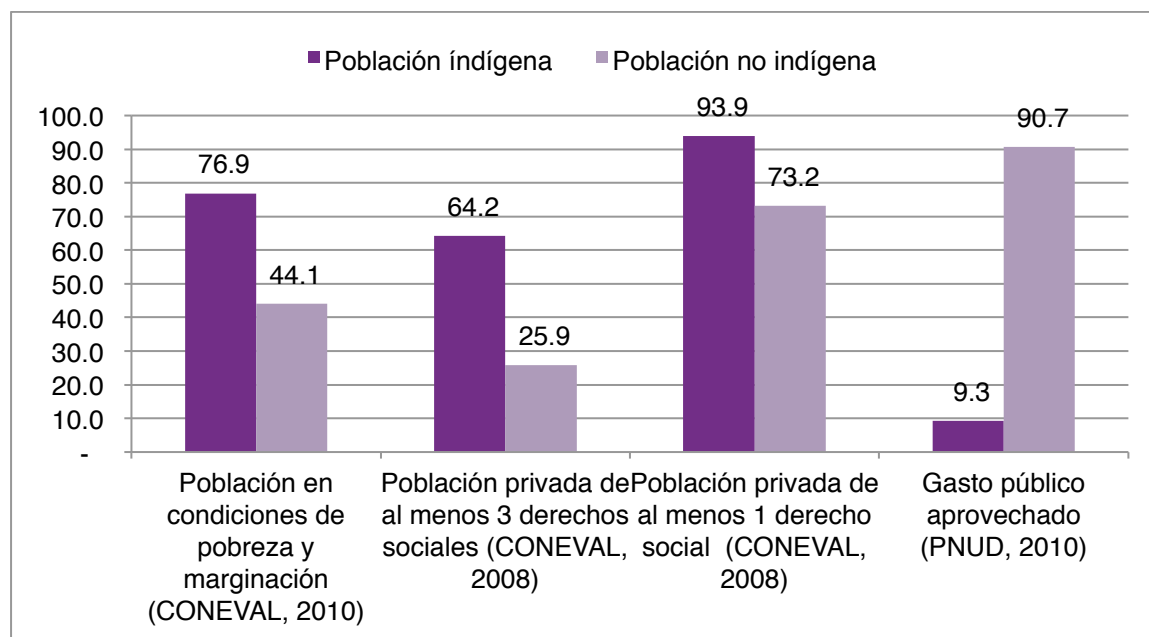
existen 78 pueblos indígenas mismos que viven en un marco de pobreza, marginación y discriminación (PNUD, 2010) y aún teniendo en cuenta las inequidades existentes en la distribución de la riqueza y la falta de acceso a los servicios básicos de los sectores más pobres de la población así como el hecho de que la población indígena percibe, en promedio, entre 46% y 60% del ingreso de las poblaciones no indígenas (López y Maloney, 2006), se puede señalar que el ser indígena aumenta las probabilidades de una persona de estar en condiciones de pobreza, alcanzar menos años de educación y tener un menor acceso a servicios básicos de salud (Hall y Patrinos 2006), debido a la discriminación y la exclusión racial y étnica (ENSADEMI, 2008; PAHO, 2012).

En 2010, del total de población en situación de pobreza y marginación el porcentaje de población indígena era de 79.6%, mientras que el 44.1% de la población no indígena se encontraba en dicha situación (COVEVAL, 2010). Un ejemplo de lo anterior se encuentra en la medición multidimensional de la pobreza² del Consejo Nacional de Evaluación de la

² Como fruto de la promulgación de la Ley General de Desarrollo Social, LGDS, el 20 de enero de 2004, se creó el CONEVAL, con la misión de normar y coordinar la evaluación de las políticas y programas de desarrollo social y de establecer los lineamientos y criterios para la definición, identificación y medición de la pobreza, con esa finalidad el CONEVAL desarrolló dos líneas de investigación entre 2006 y 2009: la primera, llevada a cabo en 2006, se enfocó a definir el marco teórico-metodológico de la medición multidimensional de la pobreza, en tanto que la segunda se orientó a la generación de la información necesaria para realizarla; ambos procesos definieron la metodología para la medición multidimensional de la pobreza que analiza la pobreza como una situación social de la población a partir de la medición del bienestar económico y del goce de los derechos sociales. Para medir el primero se establece una cantidad mínima de recursos monetarios, definida por la línea de bienestar, requeridos para satisfacer las necesidades de las personas; mientras que en la medición del segundo se dice que una persona está imposibilitada para ejercer uno o más derechos cuando presenta carencia en, al menos, uno de los seis indicadores señalados en el artículo 36 de la LGDS: rezago educativo, acceso a los servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, servicios básicos en la vivienda y acceso a la alimentación. A partir de estos dos elementos, el CONEVAL define a una persona situación de pobreza multidimensional cuando “no tiene garantizado el ejercicio de, al menos, uno de sus derechos para el desarrollo social y si sus ingresos son insuficientes para adquirir los bienes y servicios que requiere para satisfacer sus necesidades” (CONEVAL, 2011, p. 43). Para medir el no goce de los derechos sociales se sigue un proceso de dos fases: “en la primera se genera una variable dicotómica que permite distinguir si una persona presenta carencia en la dimensión respectiva o no (estos indicadores toman el valor 1 cuando el individuo tiene la carencia y 0 en caso contrario); en la segunda se construye un *índice de privación social* a partir de la suma de los seis indicadores asociados a las carencias sociales. Conforme a la definición de pobreza multidimensional se considera que una persona experimenta carencias en el espacio de los derechos sociales cuando el valor del índice de privación social es mayor que cero, es decir, cuando presenta, al menos, una de las seis carencias (*umbral de privación*). Al construir el índice como la suma de los indicadores de carencia, se supone que cada

Política de Desarrollo Social, CONEVAL, en la que se integran seis derechos sociales: educación, salud, seguridad social, vivienda, servicios básicos y alimentación. Dicha medición muestra que en 2008 el 93.9% de la población indígena estaba privada al menos de uno de estos derechos y el 64.2% al menos de tres, mientras que en el 2010 el 93.6% contaba con al menos una carencia social, mientras que el 72.2% de la población indígena contaba con al menos tres carencias sociales; en el mismo año estos indicadores para la población no indígena, el 73.3% carecía de al menos un derecho social y 25.9% al menos de tres (CONEVAL, 2008, 2010).

Gráfico 1. Comparación de porcentajes sobre desigualdad entre la población indígena y no indígena.



Fuente: Elaboración propia en base a CONEVAL 2008 y 2010.

una de ellas tiene la misma importancia relativa. Ambos criterios son consistentes con los principios de indivisibilidad e interdependencia de los derechos humanos” (Op. Cit., p. 43).

En relación con la desigualdad, según el *Informe sobre Desarrollo Humano de los Pueblos Indígenas en México* del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD, (2010) la población indígena tiene un Índice de Desarrollo Humano, IDH, 11.3% menor que el de la población mexicana no indígena, este informe entiende la pobreza de los indígenas como “la privación de la que han sido objeto para desarrollar capacidades que les permitan tener la libertad para decidir sobre su destino, incluso si ello implica tomar distancia respecto a estilos de vida que consideren ajenos a su cosmogonía o, al contrario, tomar distancia respecto al modo de vida que han llevado por el contexto de su nacimiento” (p.23); se explicita que la población indígena se beneficia del 9.3% del gasto público total en desarrollo humano, mientras que la población no indígena aprovecha el 90.7% (Tabla 1), al interior de la población indígena el gasto público es diferenciado, por ejemplo, el 10% de la población indígena con menor IDH sólo recibe 6.7% de las transferencias gubernamentales, mientras que el 10% de la población indígena con mayor IDH recibe el 31.7 por ciento (PNUD, 2010). En cuanto a la discriminación, según la Encuesta Nacional sobre Discriminación en México 2010, “ocho de cada diez mexicanas y mexicanos manifiestan que no han sido respetados sus derechos por motivo de sus costumbres o su cultura, por su acento al hablar, por su color de piel, por provenir de otro lugar, por su educación, por su religión o por su forma de vestir” (ENADIS, 2010, p. 2), en la misma encuesta se señala que la discriminación en los indígenas surge, además de por sus condiciones culturales, se les discrimina por condiciones de género, pobreza, ocupación, estatus migratorio, etarias. En relación a lo anterior, en la misma ENADIS 2010, se publica que el 39.1% de los indígenas considera que no tiene las mismas oportunidades que los no indígenas para conseguir trabajo, el 33% que no tiene las mismas oportunidades para recibir apoyos del gobierno, el 27.1% señaló no tener las mismas oportunidades para tener acceso a servicios de salud o educación el 26.2%.

Por ser el tema de la salud el que ocupa el presente trabajo se presentarán algunas cifras relacionadas con la población indígena y las condiciones en las que éstos acceden a los servicios de salud así como las necesidades que éstos presentan en este ámbito, por lo que se considera pertinente recordar que el estado de salud es influido por el contexto de

los individuos, lo que incluye la posición social, el origen étnico, las condiciones laborales, educativas, etcétera. Los datos que a continuación se presentarán han sido extraídos de diferentes censos, encuestas, artículos académicos e información proporcionada por distintas dependencias públicas ya que no existen estudios que, a profundidad, desarrollen una epidemiología de la población indígena (Torres, et.al., 2003; Menendez, 2004; Zolla, 2004) excepto por el realizado en 1993 por la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional Indigenista “La salud de los pueblos indígenas en México”, y aún en esta obra se habla de población indígena en general, sin desagregar la información por etnias.

1.1.1 LA SALUD DE LOS INDÍGENAS EN MÉXICO

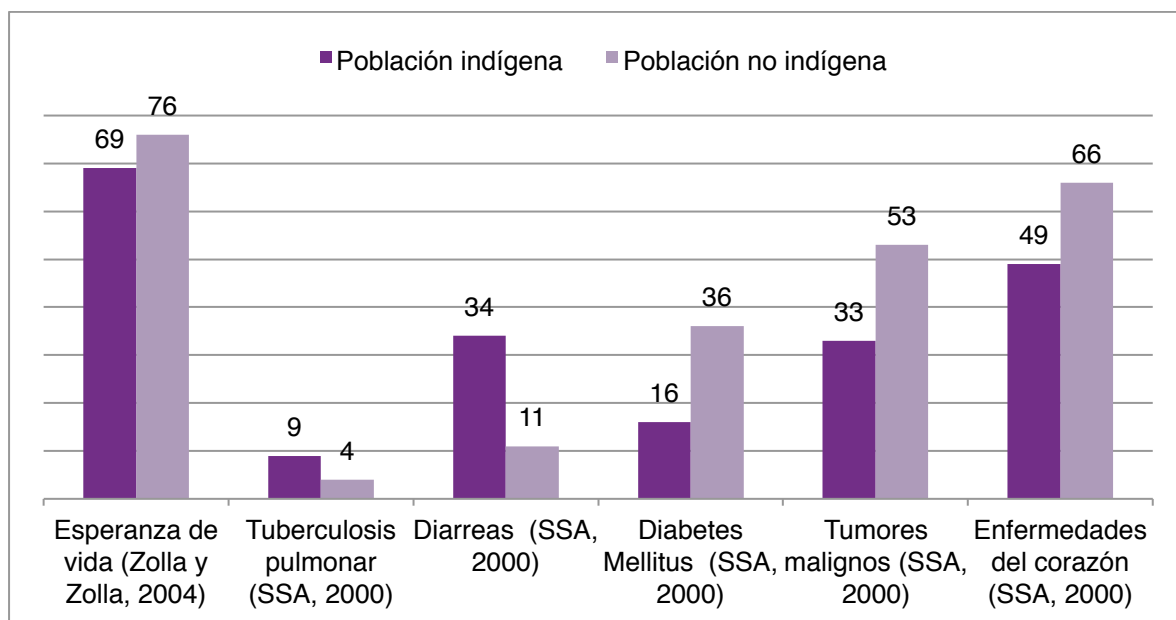
Debido a condiciones de exclusión y marginación, como se ha venido mencionando, la pertenencia a un pueblo indígena es un factor relacionado con las condiciones de pobreza y desigualdad (Torres, et. al.; 2003; ENSADEMI, 2008; Haro, 2008), esta situación no es distinta en el ámbito de la salud en el que indicadores como la esperanza de vida; que en esta población es siete años menor a la de la población no indígena (69/76)³ (Zolla y Zolla, 2004); dan cuenta de este rezago; por ejemplo, en relación con las causas de mortalidad general, tasadas por cada cien mil habitantes, la mortalidad en la población indígena tiene dentro de sus primeras causas de muerte las infecciones intestinales, la influenza y la neumonía, que son enfermedades infecciosas relacionadas con la llamada patología de la pobreza⁴ así como las dos primeras causas de enfermedad en esta población, mientras que

³ En este apartado se utilizarán cifras de contraste entre la población indígena y no indígena, mismas que serán expresadas, a modo de facilitar el seguimiento de la lectura, de la siguiente manera (PI/PNI), es decir, cifra de la Población Indígena/cifra de la Población No Indígena. La medida que se integre para las cifras utilizadas se explicitará en cada párrafo según sea el caso.

⁴ Patología de la pobreza: Celis y Nava (1970) señalaron que mientras haya pobreza no habrá salud, pues se mantienen las enfermedades y las causas de muerte comunes en los primeros deciles de ingresos marginados por al menos 3 carencias de necesidades básicas.

en la población no indígena la mortalidad tiene, en las cinco primeras causas, enfermedades no transmisibles, enfermedades del primer mundo; relacionado con lo anterior las diferencias más importantes se encuentran en la tuberculosis pulmonar, que es el doble de la nacional (9/4), las diarreas (34/11) y la mortalidad materna (14/4), tres veces más altas que a nivel nacional; siendo casos contrarios los de la mortalidad por enfermedades no transmisibles como la diabetes mellitus (16/36), los tumores malignos (33/53) y las enfermedades del corazón (49/66), en las que los casos de la población indígena representan la mitad de las observadas entre la población general (SSA, 2000).

Gráfico 2. Diferencias entre la población indígena y no indígena en cuanto a esperanza de vida y principales causas de muerte.



Fuente: Elaboración propia en base a Zolla y Zolla (2004) y Secretaría de Salud (2000).

Cabe hacer un paréntesis para señalar que las mujeres indígenas enfrentan una triple marginación, que viene de la conjunción de su etnicidad, su clase y su género, lo que las pone en una situación más vulnerable en diferentes temas, incluyendo la salud en el que los embarazos tempranos o tardíos, las complicaciones durante el mismo, la multiparidad y la brevedad de los intervalos intergenésicos y la prevalencia de cáncer cérvico uterino representan los principales riesgos (SSA, 2000). En la Encuesta Nacional de Salud 2008

(ENSADEMI) “Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas” se reflejan varios factores relacionados con lo anterior: mayor incidencia de monolingüismo en lengua indígena entre las mujeres, la menor escolaridad femenina en todos los niveles, menores tasas de empleo o la mínima participación (25% de las encuestadas) en la toma de decisiones sobre el uso de métodos anticonceptivos, como la oclusión tubaria bilateral. Lo anterior refleja la falta de oportunidades y de toma de decisión de las mujeres indígenas, quienes se desenvuelven en situaciones de escasa autonomía. En relación a lo anterior, esta escasa autonomía también se observa en cuestiones en torno a la violencia de pareja, por ejemplo en la Encuesta nacional sobre la dinámicas en las relaciones en los hogares, ENDIREH, 2007, la primera en desagregar una subvariante indígena, reportó que 41 de cada 100 mujeres hablantes de lengua indígena declararon haber sufrido este tipo de violencia.

En lo que respecta a la derechohabiencia, cifras del censo de población 2010 (INEGI), el 57.1 por ciento de la población hablante de lengua indígena es derechohabiente a servicios de salud; el 70.2% está afiliado al Seguro Popular, el 22.3% al IMSS, el 5% al ISSSTE, el 1.7% a algún mecanismo privado y el 0.7% a los servicios médicos de PEMEX, la Defensa Nacional o la Marina, esta cifra es de resaltar debido a que según el Censo de 2005 (INEGI) solamente el 27.3% de la población indígena contaban con afiliación a algún sistema de salud; lo que puede explicarse con el crecimiento del Seguro Popular que en ese entonces cubría al 10.6% de la población indígena derechohabiente.

Un aspecto importante que debe relatarse cuando se habla de salud en la población indígena es aquél relacionado con las enfermedades o síndromes culturales⁵, pues las

⁵ Las enfermedades o síndromes culturales son patrones recurrentes de comportamiento aberrante y de experiencias problematizadoras con una expresión geográfica específica, que pueden estar o no relacionados con las categorías diagnósticas del DSM-IV. Muchos de estos patrones son considerados localmente como "enfermedades", o por lo menos como aflicciones, y la mayoría reciben una denominación propia. No obstante que las presentaciones que conforman las principales categorías del DSM-IV aparecen en todo el mundo, los síntomas particulares, el curso de la enfermedad y la respuesta social son a menudo influenciados por factores culturales locales. En contraste, los síndromes culturales generalmente están limitados a sociedades o áreas culturales específicas, y representan categorías diagnósticas

estadísticas epidemiológicas no dan cuenta de la cosmovisión que tienen los indígenas sobre los procesos de salud-enfermedad; procesos como el mal de ojo, el empacho, el susto o espanto y la caída de la mollera, son los que ocupan las principales causas de atención de la medicina tradicional junto con el alto porcentaje de partos atendidos por parteras, el uso de las plantas medicinales en el 38% de los padecimientos digestivos, en el 13.6% de los trastornos respiratorios, en el 13.5% de las lesiones en la piel, musculares, de articulaciones y por picaduras de animales, el 13% con dolores de cabeza o fiebre y en un 5.5% en malestares relacionados con el aparato reproductor femenino (Zolla, 1998; Zolla y Zolla, 2004; Porrua, 2012).

En este sentido, la falta de atención a los llamados síndromes culturales se entiende debido a que en la visión de salud que predomina en los modelos occidentales de atención en salud está asociada a una visión lineal sobre los procesos de salud enfermedad, es decir solamente puede explicarse la enfermedad como un proceso de causa-efecto en relación con desequilibrios bioquímicos en el cuerpo con manifestaciones físicas; en esta visión las creencias de los pacientes no son tomadas en cuenta pues no son concebidas como insumos claves para el diagnóstico médico. En la población indígena, existen dos condiciones culturales comunes que explican los procesos de enfermedad, la primera es que la enfermedad puede tener su origen en un castigo impuesto que los dioses o santos en los que cree la comunidad cuando la persona rompe alguna promesa, regla social o acuerdo comunitario, y la segunda, la enfermedad puede ser causada por otros individuos de la comunidad a través de hechicería o brujería.

La población indígena presenta diferencias significativas en las condiciones de acceso y cuidado de la salud en relación con la población no indígena, la información presentada no discrimina entre la población indígena urbana y la población indígena

localizadas, "folk", que enmarcan significados coherentes para ciertos conjuntos de experiencia y observación repetitivos y generadores de dificultades (Alarcón, 1995).

asentada en sus comunidades. A continuación se presentan las condiciones y dinámicas de la migración indígena interna que ayudan a visualizar que diferencias existen entre ambos grupos poblacionales indígenas.

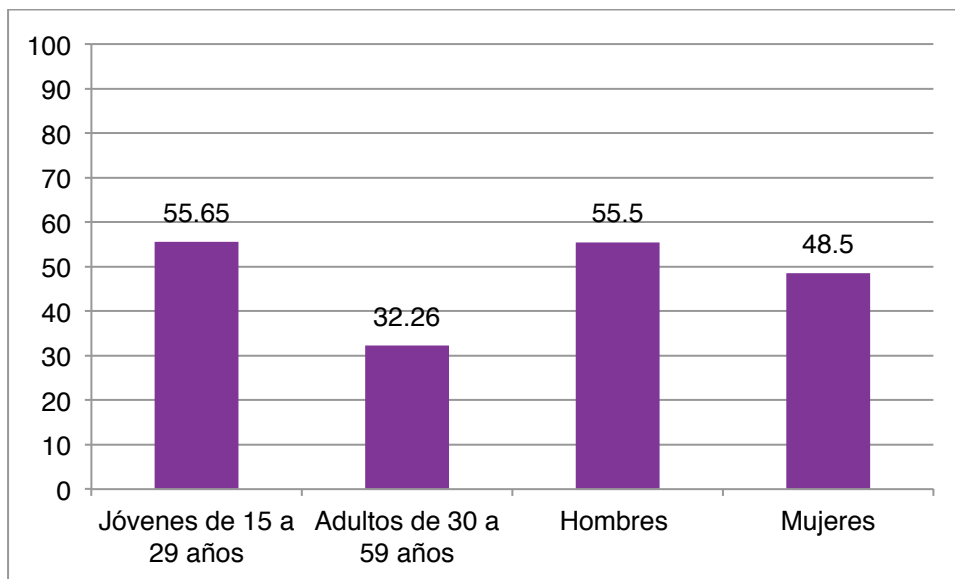
1.1.2 MIGRACIÓN INDÍGENA INTERNA

Desde la llegada de los españoles al territorio que hoy ocupa México y con ello el comienzo de los procesos de colonización se establecieron relaciones de poder basadas en la dominación, territorial, cultural, religiosa y física, entre los recién llegados y los pueblos indígenas que aquí habitaban, a estas relaciones de dominación colonial, se agregaron después las impuestas por el sistema económico capitalista, ambas, junto con la dominación en base al sistema de relación patriarcal, subsisten y siguen limitando el desarrollo de las comunidades indígenas, formando alrededor de ellos barreras que fomentan la discriminación y exclusión (PNUD, 2010), que afectan las condiciones de vida de la población indígena de forma que son inferiores a las de la población no indígena, que también, debe señalarse, presenta cifras escandalosas como que el 44.1% vive en condiciones de pobreza y marginación (CONEVAL, 2010). Las condiciones de marginación en las que se encuentran las comunidades de origen de los migrantes indígenas, favorecen el crecimiento de la brecha de la calidad de vida entre ambas poblaciones, para contrarrestar esta situación muchos miembros de las comunidades indígenas se desplazan hacia otras comunidades o centros urbanos, la migración modifica el perfil de las comunidades expulsoras y el de las receptoras, en su caso se dice que las *indianiza* (Zolla y Zolla, 2004), además de la estructura poblacional y social de los diferentes grupos étnicos.

Según el censo de 2010, 10.7% de los hablantes de lengua indígena de 3 años y más residen en una entidad diferente a la de su nacimiento, la mayoría de ellos nacieron en Oaxaca (27.1%), Yucatán (13.4%), Veracruz (11.6%), Puebla (9%), Hidalgo (7.5%), Chiapas (5.9%) y Guerrero (5.7%). En cuanto a sectores poblacionales, predominan los jóvenes, de 15 a 29 años con el 55.65%, y el 32.6% de adultos de 30 a 59 años, en relación al sexo de

los indígenas migrantes el 51.5% son hombres y 48.5% son mujeres (INEGI, 2011). Las etnias que presentan una mayor migración son “purépechas, mayas, zapotecos, mixtecos de Guerrero, Oaxaca y Puebla; mazatecos de Oaxaca, otomíes de Hidalgo, Estado de México, Querétaro, Puebla y Veracruz; nahuas de Guerrero, Hidalgo, Estado de México, Veracruz y San Luis Potosí; chinantecos de Oaxaca, kanjobales de Chiapas, totonacas de Veracruz, mazahuas del Estado de México, choles de Chiapas y mixes de Oaxaca” (Zolla y Zolla, 2004, p. 46). Como señala Atilano (2000) la migración, no solamente la de la población indígena, es una manifestación de los desequilibrios regionales en el desarrollo económico que conduce al indígena a desplazarse para subsistir; entre las causas de la migración destacan el quebrantamiento de los medios de vida tradicionales, el deterioro ecológico, las devastaciones por fenómenos meteorológicos, la escasez de empleo, los bajos ingresos, la insuficiencia o la falta de servicios básicos, la violencia armada, el caciquismo, políticas agrarias, industrialización de espacios comunales o conflictos políticos y sociales (Cea, 2004; Zolla y Zolla, 2004; Hernández y Vázquez, 2007; Olivares, 2010; Mendoza, 2010; INEGI, 2011; Porrúa, 2012).

Gráfico 3. Porcentajes de población indígena migrante



Fuente: Elaboración propia en base a INEGI, 2011.

En relación con la cantidad de indígenas migrantes, datos del censo del 2010 señalan que el 18.1% de la población indígena habita en áreas urbanas, mientras que 82% habita en localidades rurales con bajos niveles de urbanización (INEGI, 2011). Las áreas urbanas que representan un mayor polo de atracción para esta población son la Ciudad de México y Guadalajara, con sus zonas metropolitanas, Tijuana, Ciudad Juárez, Culiacán, Acapulco, Mérida, Tehuacán, Cancún, Chetumal, Matamoros, Coatzacoalcos, Ensenada, La Paz, Puerto Vallarta, San Cristóbal de las Casas, Juchitán y Tuxtepec (Sánchez, 2002; Zolla y Zolla, 2004; Hernández, et. al, 2007; Mendoza, 2010).

Las condiciones de vida de la población indígena en los centros urbanos, también, difiere de las mismas en la población no indígena, las diferencias se relacionan con el dominio del español, las capacitación para el trabajo, el bajo perfil escolar, la discriminación por su raza y creencias, lo que dificulta su adaptación a las ciudades. A continuación se presentan, las condiciones de vida de la población indígena en la Zona Metropolitana de Guadalajara.

1.2 INDÍGENAS EN LA ZMG

En Jalisco habita población indígena dispersa por todo el territorio del estado, aunque solamente hay 244 localidades dónde más del 70% de los habitantes son indígenas, sin embargo debido a la cantidad de indígenas que habitan en él, no es considerado como un estado con predominación indígena, pues solamente alrededor del 1% de su población total es indígena (COEPO, 2010), en este porcentaje se integran los indígenas migrantes y las etnias propias del estado: nahua, wixárika y coca, de quienes se hará una breve descripción previa a la revisión de los indígenas migrantes que habitan en la ZMG.

Los nahuas de Jalisco habitan al sur del estado en las poblaciones de Cuzalapa, Ayotitlán, Chacala y Plan de Méndez en el municipio de Cuautitlán de García Barragán; Jirosto y Zapotán en el municipio de Villa Purificación; Mazatán en el municipio de

Zapotitlán de Vadillo y los Laureles, Nuevo Poblado, San Juan Espanatica, la Joya, Paso de San Juan, San Miguel, Tuxpan y Rancho Niño en el municipio de Tuxpan, con una población total de 5,500 nahuas (CDI, 2009), su lengua original es una variante del náhuatl aunque la mayoría de la población que se asume como parte de esta etnia no la habla (Tetreault, D.; Lucio, C., 2011), su cosmovisión se basa en una oposición dual de contrarios que divide el cosmos en fuerzas complementarias y opuestas, en ella el ser humano debe procurar la armonía con sus semejantes y con la naturaleza pues los excesos, imprudencia y transgresiones ponen en peligro su salud y su vida (Espinosa, R.; Ake, S., 2013).

Los wixáritari, son la etnia local más numerosa, 43,929 personas que habitan al norte del estado en los municipios de Mezquitic y Bolaños, dónde han logrado impedir el asentamiento de mestizos. También hay asentamientos que comparten con los mestizos en Nayarit, en los municipios de La Yesca y el Nayar, y pequeños asentamientos en Zacatecas y Durango (CDI, 2009). Existen cinco centros ceremoniales en donde se instalan los gobiernos tradicionales: San Andrés Cohamiata (Tateikie), Santa Catarina Cuexcomatitlán (Tuapurie), San Sebastián Teponahuaxtlán (Wautia) y Tuxpan de Bolaños (Tutsipa) en el estado de Jalisco, y Guadalupe Ocotán (Xatsitsarie) en Nayarit; en estos centros se toman las decisiones políticas y se llevan a cabo las ceremonias tradicionales en las que participan los indígenas que viven en los asentamientos cercanos, “El gobierno tradicional se da por “cargos”: gobernador, secretario, juez, capitán y segundo gobernador. Éstos son elegidos por los “dioses” a través de los sueños del kawuitero (consejero). Estos sueños los tiene después de ciertas ceremonias en las que participan el “cantador” o ma’arakame de la comunidad y los “jicareros”, individuos encargados de llevar las “mandas” de toda la comunidad a los diferentes “lugares sagrados”. Estos últimos también son elegidos de la misma forma, pero su cargo dura cinco años, mientras que el de gobernador sólo uno. También hay otros con duración de un año, como el de “mayordomo”, encargado de cuidar a los “dioses” del kaliwey (templo), y el de los “tupiles”, quienes cumplen tareas más concretas y se encuentran al servicio de los gobernantes y del mayordomo. Las personas que forman el consejo de ancianos, hombres de alrededor de cincuenta años de edad en adelante, también tienen peso en las decisiones de la comunidad (Villaseñor, 2008, p. 126).

Los wixáritari utilizan la expresión *tewi niukiyari*, "palabras de la gente", para designar a su propia lengua, que es una variante del nahuátl que ha integrado muchas palabras del español.

En relación con su cosmovisión, los wixáritari reconocen como religión lo que se denomina *el costumbre*, que el hacer lo que hicieron, lo que acostumbraron, sus antepasados, cumplir sus deberes con los dioses para que así éstos estén contentos y puedan a su vez satisfacer las peticiones de los wixaritari, quienes se conectan con las divinidades, el maíz, el venado y el peyote, a través de los sueños de los ma'arakate (Saumade, 2012); en su cosmovisión la historia cósmica se encuentra plasmada en los mitos, en el arte y en todas las manifestaciones simbólicas su pueblo y los que en sus lugares sagrados sucede, para ellos tiene repercusiones en todo el universo (Torres, 2000). Distinguen dos tipos de enfermedades las que trajeron los españoles, que son tratadas por los médicos occidentales, siendo las infecciones gastrointestinales, respiratorias y de la piel, la parasitosis, tuberculosis, los problemas dentales, partos de alto riesgo, cáncer de matriz y mama y las relacionadas con la desnutrición, las más frecuentes; y las enfermedades originarias de la sierra, que son curadas por el ma'arakame a través de diversos rituales y que pueden ser causadas por no cumplir con *el costumbre*, la pérdida del *kúpuri* o del alma, por brujería (Op. Cit.).

Los indígenas cocas de Mezcala, habitan en la isla de Mezcala en el municipio de Poncitlán, son 5,000 personas que por autodenominación se identifican colectivamente como indígenas pues no son reconocidos por el Estado Mexicano como un pueblo indígena, también son excluidos en la Ley sobre los derechos y el desarrollo de los Pueblos y las Comunidades Indígenas del Estado de Jalisco, en la que solamente se consideran a los Nahuas y Wixáritari. Su organización es comunal siendo la Asamblea General de Comuneros su máxima instancia de decisión, desde la antigüedad y hasta la actualidad el uso de la tierra y de las aguas es para beneficio colectivo, prevaleciendo este sobre los intereses particulares, se favorece el desarrollo de la comunidad a través del desarrollo de todos los miembros, su forma de organización es a la vez un mecanismo de defensa y protección de

sus costumbres, fiestas, monumentos, historia, así como los bienes comunales que les fueron reconocidos y confirmados en una resolución presidencial en 1971 y las tierras que les reconoció legalmente la corona española en los siglos XVI, XVII y XVIII y que ellos han poseído desde tiempo inmemorial (Alonso, 2008).

Además de las tres comunidades originales del estado, dónde viven y llegan miles de migrantes indígenas que se han desplazado por múltiples razones a la ZMG, una constante es la creencia de que en la ciudad podrán mejorar sus condiciones de vida en relación a las que tienen en sus comunidades de origen. Sin embargo, su llegada a la metrópoli no es tan positiva como podría parecer, pues se enfrentan a un panorama hostil, choques culturales⁶, discriminación, hacinamiento y rezago, además de que la mayoría habita principalmente en los cinturones de pobreza que existen; se estima que más del 60% de los indígenas que habitan en la ZMG viven en condiciones de marginación (Anguiano, 2007).

La migración indígena hacia Guadalajara comienza a cobrar importancia en los años cuarenta, debido al rápido desarrollo industrial, comercial y de servicios de la capital de Jalisco, datos de diferentes censos indican el aumento de la población indígena en la ciudad, pues en 1970 había 1,109 indígenas, 3,599 en 1995, 6,330 en el año 2000 y 9,844 en el 2010 (COEPO, 2010, 2013). Se ha señalado que alrededor del 5% de la migración indígena nacional se dirige al estado de Jalisco (Mendoza, 2010), lo que representa que cada año alrededor de 8 mil indígenas se integran a la población del estado, principalmente de la Zona Metropolitana de Guadalajara (ZMG) y de Puerto Vallarta. Datos del Consejo Estatal de Población (COEPO), señalan que en Jalisco habitan 87,638 indígenas⁷, más de la mitad de

⁶ Como parte del proceso de adaptación de un individuo a una nueva cultura, éste debe ser capaz de reconocer las diferencias de la cultura a la que arriba y hacerles frente, ya sea integrándolas, rechazándolas o creando nuevas costumbres. El choque cultural es el momento en el que el individuo se da cuenta de esas diferencias perdiendo de vista los referentes culturales que le son familiares y pudiendo, o no, generar estados de ansiedad, impotencia, irritabilidad, tensión o depresión; y que es una de las etapas que enfrenta el individuo en su proceso de adaptación (Oberg, 1960; Adler, 1975; Sue, 2001; Aceves, 2008).

⁷ El censo 2010 de INEGI, señala que en Jalisco habitan 96,373 indígenas, la diferencia puede ser resultado de la diferencia para contabilizar indígenas, ya sea por autoadscripción sin tomar en cuenta el referente lingüístico, como hace INEGI, o

ellos, 53.58%, habitan en los municipios de la ZMG, de la población total de indígenas en Jalisco, el 57% es nativa del estado, mientras que el 43% restante es migrante.

Tabla 1. Cantidad de población indígena por Municipio de la ZMG

Municipio	Población indígena	Porcentaje del total de población indígena de la ZMG	Porcentaje del total de población indígena del Estado
Guadalajara	9,844	20.96%	11.23%
Zapopan	22,115	47.09%	25.23%
Tlaquepaque	7,330	15.60%	3.86%
Tonalá	3,389	7.21%	4.88%
Tlajomulco de Zúñiga	4,280	9.11%	1.42%
Total ZMG	46,958	100%	53.58%
Jalisco	87,638	--	100%

Fuente: Elaboración propia en base a COEPO, 2013.

En relación a los grupos étnicos que habitan en la ZMG, se señalarán las lenguas indígenas que se hablan en el estado, huichol, náhuatl, purépecha, el 56.1% de los hablantes de lenguas indígenas de Jalisco, lenguas mixtecas (mixteco, mixteco de la Costa, de la Mixteca Alta, de la Mixteca Baja, de la zona Mazateca, de Puebla y Tacuate), Lenguas zapotecas (zapoteco, zapoteco de Ixtlán, Vijano, del Rincon, Vallista, del Istmo, de Cuixtla, sureño y solteco), otomí, mazahua, huasteco, totonaca, tzeltal, maya, tlapaneco, tzotzil, mixe, lenguas chinantecas, triqui, tarahumara, cora, chol, mazateco, zoque, chatino y otras no explícitas (COEPO, 2010).

por número de hablantes de lenguas indígenas, como hace COEPO. Por ofrecer datos desagregados a nivel municipal, se utilizarán los datos de COEPO. Otro punto que debe destacarse, es que en las entrevistas realizadas a líderes indígenas de la ZMG, éstos señalan que en la ZMG habitan más indígenas que los señalados en las cifras oficiales pues al menos uno de cada 4 o 5 indígenas que viven en la ZMG, no habitan en un espacio fijo, por lo que no fueron contabilizados en el censo. Lo anterior también se manifiesta, en relación con los zoques de la ZMG, en "El regreso al terruño", de Aldo Ruíz Domínguez, publicado en 2008 por la Unidad de Apoyo a Migrantes Indígenas de la Universidad de Guadalajara.

Los indígenas en la ZMG principalmente habitan en predios irregulares, que en algunos casos han sido regularizados por los mismos habitantes, como son los casos de algunas colonias en El Colli, la colonia Ferrocarril y el Cerro del 4, de colonias de la periferia de la ZMG, esta estrategia que utilizaron los indígenas como mecanismo para integrarse a la ciudad era una situación precaria “que se pensaba pasajera, parte de una etapa (subdesarrollo) que pasaría a la siguiente (desarrollo) se convirtió en permanente” (Anguiano, 2007, pp. 154) [Con paréntesis en el original], pues al ir creciendo la cantidad de población, se fueron complejizando las necesidades, relaciones y mecanismos de organización al interior de los asentamientos, condiciones que propiciaron la permanencia en estos espacios; existen casos, como el de las colonias Ferrocarril, la Noria o el Rehilete, en los que la mayoría de los habitantes son indígenas que tienen patrones de organización comunitaria que emula los de su lugar de origen y otros casos en los que los indígenas viven en casas y colonias separadas de otras personas de su etnia. Con todo, la mayoría de los indígenas migrantes no han perdido los lazos de parentesco, de identidad social y cultural y vinculación con las zonas de origen a raíz de su traslado, incluso, mantienen vínculos con los lugares natales, acuden a las fiestas patronales y tienen obligaciones de cargos que deben cumplir (Bayona, 2007).

Entre las principales actividades económicas en las que se desempeña esta población destacan la venta informal de artesanías, muebles de madera, productos textiles, semillas, papas fritas, chicles y otros productos, también se desempeñan como artesanos, albañiles, cuidadores de autos, jardineros, mendicantes, músicos y empleadas domésticas, (Bayona, 2007, Hernández y Vázquez, 2007), la gran mayoría, por la naturaleza de las actividades, no cuentan con sueldos fijos o prestaciones. El trabajo en la ciudad ha cambiado las dinámicas de organización al interior de las familias y comunidades indígenas, pues en sus comunidades de origen los hombres serían los únicos responsables de la provisión familiar, sin embargo en las ciudades, las mujeres se han visto involucradas en las actividades económicas, aunque la jerarquía tradicional continúa en el interior de los hogares y se mantiene la autoridad del hombre y el cuidado de los hijos y de la casa con parte de las obligaciones de la mujer (ENSADEMI, 2008).

También, los migrantes indígenas participan en diferentes redes, como colectivos, cooperativas o asociaciones civiles, construidas a partir del parentesco, paisanazgo e identificaciones étnicas entre otras, que les permite identificarse como iguales en un contexto nuevo (Bayona, 2007), así como organizarse para solicitar y concursar por recursos de diferentes organismos públicos, como la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), realizar uniones de artesanos o comerciantes, hacer grupos vecinales para la legalización de los predios en los que habitan o preparar fiestas religiosas. Otra condición en la que habitan los indígenas en el contexto urbano es el choque cultural, una de las primeras condiciones es la generación de condiciones para que se pierda el uso de la lengua indígena en las segundas generaciones de migrantes, lo que quiere decir que población indígena que no habla una lengua indígena, también afecta el hecho de que al llegar a la ciudad, las necesidades insatisfechas que traen de su lugar de origen se prologan debido a la dificultad para establecerse, interactuar, encontrar empleo, el cambio de patrones de consumo, lo que lleva a los indígenas a tener períodos depresivos al no poder ser autosuficientes (Hernández y Vázquez, 2007).

Los estilos de vida que los indígenas mantienen en la ciudad, distintos a los de sus comunidades de origen, repercuten en el cambio de dinámicas al interior de las familias y de las comunidades, los espacios que ofrece la para su desarrollo se ven limitados debido a las carencias, culturales, económicas, sociales, que, por su origen, traen consigo estas personas además del ambiente de discriminación al que se enfrentan cotidianamente; todo lo anterior repercute en la salud de los individuos, quienes tienen un universo de estímulos negativos a los que hacer frente cotidianamente con las herramientas que están a su alcance.

1.2.1 LAS CONDICIONES DE SALUD DE LOS INDÍGENAS URBANOS DE LA ZMG

En relación con la salud, no existe una epidemiología específica para los indígenas urbanos, ni a nivel nacional ni local, como se mencionó en un apartado previo, las condiciones de

rezago en las que habitan los indígenas en sus comunidades de origen dan lugar al desarrollo de la llamada patología de la pobreza, la llegada a las ciudades de los indígenas con estos antecedentes físicos los predispone a ser foco de enfermedades, aunque no se ha demostrado la existencia de riesgo solamente por su pertenencia étnica, sino por las condiciones de rezago y marginación, que refuerzan la noción de que “la desigualdad social influye de manera determinante en las desigualdades en salud” (Torres, et. al., 2003, pp. 41). Puede tenerse una idea de las principales problemas de salud que presentan los indígenas al ver las enfermedades más frecuentes en la población que acude a las instituciones públicas de salud en Jalisco (Tabla 5), mismas que no distinguen en sus hojas de ingreso si el paciente pertenece a algún grupo étnico, sin embargo esta información no da cuenta de manera satisfactoria del estado de salud de la población indígena.

Tabla 2. Principales causas de morbilidad en Jalisco y enfermedades mentales en el año 2011.

No.	Causas	Total	Masculino	Femenino	N.E.
	Total	381,896	120,857	261,015	24
1	Causas obstétricas directas, excepto aborto y parto único espontáneo (solo morbilidad)	68,818		68,818	
2	Parto único espontáneo	46,774		46,774	
3	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	29,770	18,602	11,167	1
4	Insuficiencia renal	21,933	13,175	8,758	
5	Tumores malignos	20,952	7,980	12,971	1
6	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	15,768	9,004	6,754	10
7	Enfermedades del corazón	14,577	7,657	6,920	
8	Aborto (solo morbilidad)	13,084		13,084	

9	Colelitiasis y colecistitis	12,770	2,607	10,163	
10	Diabetes mellitus	8,916	4,514	4,402	
30	Trastornos del humor	1,881	566	1,315	
43	Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	1,208	632	576	
55	Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	602	206	396	
61	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otras sustancias psicoactivas	477	387	90	
73	Síndrome de dependencia del alcohol	342	299	43	
83	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso del alcohol, excepto síndrome de dependencia	257	232	25	
90	Demencia	154	71	83	
120	Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos	32	14	18	
121	Retraso mental	30	18	12	
133	Personas con riesgos potenciales para su salud relacionadas con circunstancias socioeconómicas y psicosociales	11	2	9	

Fuente: COEPO, 2013.

En Jalisco la SSA, que cuenta con centros de salud a los que acude la población sin derechohabiencia, solamente opera con 19 unidades de atención en salud mental en consulta externa, que en 2009 atendieron 1211 casos, no se ningún centro hospitalario en salud mental, en dichas unidades laboran 39 psiquiatras y 148 psicólogos, no se ofrecen datos sobre la morbilidad de las personas que son atendidas a nivel estatal, sin embargo sí la morbilidad hospitalaria por trastornos mentales y enfermedades neuropsiquiátricas en el estado, que ocupa el segundo lugar a nivel nacional en las tasas de egreso hospitalario con una proporción de 152 egresos por cada 100 mil habitantes, solamente después del DF, siendo las enfermedades registradas epilepsia, esquizofrenia, uso de alcohol y drogas, depresión mayor, demencia y otros trastornos neurodegenerativos, trastorno bipolar, retraso mental, estrés post-traumático, trastornos obsesivo-compulsivos, de pánico y del sueño (SSA, 2012); debe recalcar que no se cuenta con una epidemiología ni con la morbilidad de las unidades de atención en salud mental en la ZMG, por lo que no se cuenta con datos desagregados de la población indígena.

Tabla 3. Egresos hospitalarios por trastornos mentales y enfermedades neuropsiquiátricas según institución de atención en 2010.

Entidad de atención	SSA	IMSS	IMSS OP	ISSSTE	PEMEX	SEMAR	Total general
Jalisco	3 422	7 387	0	382	0	8	11 199
Nacional	46 500	39 923	2 498	6 856	1 581	654	98 012

Fuente: Elaboración propia en base a Secretaria de Salud, 2012.

En la ZMG los indígenas buscan la atención de un médico particular cercano a su hogar o asisten a hospitales públicos, principalmente, a los Hospitales Civiles, Fray Antonio Alcalde y Juan I. Menchaca, en éste último existe un módulo de atención para indígenas, y al Hospital Zoquipan, en estas instalaciones pueden recibir atención gratuita o con un costo económico mínimo. Se ha señalado que en la ZMG “es común que personas [indígenas] y

sobre todo los menores de edad fallezcan debido a la imposibilidad de sufragar los gastos médicos de enfermedades graves o de aquellas que se han complicado por la falta de atención adecuada” (Hernández y Vázquez, 2007, p: 181); sin embargo, en la publicación referida, no se ofrecen datos que demuestren lo anterior.

El uso de los hospitales principalmente destinados a la población sin seguridad social se explica al ver las estadísticas sobre la derechohabiencia de los indígenas en la ZMG (Tablas 7 y 8), en las que casi la mitad de los indígenas del municipio no están afiliados algún sistema de salud.

Tabla 4. Derechohabiencia de la población indígena en los municipios de la ZMG en 2005 e instituciones en las que se afilian

Municipio	Total pob. Indig.	Sin Der.	%	Con Der.	%	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SP	IP	O.	NE
Zapopan	16,608	8,172	49.2	8,276	49.8	6,207	291	317	983	632	0	160
Guadalajara	9,674	4,529	46.8	5,037	52	4,132	303	90	218	278	0	160
Tlaquepaque	5,864	3,305	56.3	2,504	42.7	2,059	50	14	278	81	2	55
Tonalá	2,769	1,377	49.7	1,365	49.3	1,150	60	10	142	13	0	262
Tlajomulco	1,655	717	43.3	928	56	847	27	33	18	15	0	10

Fuente: Elaboración propia en base a INEGI, 2011.

Tabla 5. Derechohabiencia de la población indígena en los municipios de la ZMG en 2010

Municipio	Total	Con Der.	%	Sin Der.	%	No especificado
Guadalajara	5575	2923	52.43	2627	47.12	25
Zapopan	12498	5830	46.64	6602	52.82	66
Tlaquepaque	3250	1498	46.09	1744	53.66	8
Tonalá	1,761	947	53.77	799	45.37	15
Tlajomulco	2,082	1,315	63.16	763	36.65	4

Fuente: Elaboración propia en base a COEPO, 2013.

Las comunidades indígenas por sus condiciones de pobreza y marginación presentan mayores riesgos de contraer enfermedades, ya sea en sus poblaciones de origen o, si son migrantes, de acogida y no se cuenta con un seguimiento de estos malestares. En este

capítulo se ha observado la falta de información en salud relacionada con la población indígena, esta falta de seguimiento da indicios de la poca vinculación que existe con los padecimientos específicos de este sector. En los servicios médicos, incluyendo aquellos que tratan la salud mental, de la ZMG, la invisibilidad de la población indígena es clara. Surge la pregunta de cómo es posible integrar elementos de salud intercultural en las políticas de salud, en respuesta a esto se expondrán tres ejemplos de políticas en salud de tres países diferentes que incluyen la atención a las necesidades particulares de atención a la población indígena.

CAPÍTULO 2. POLÍTICA PÚBLICA COMPARADA EN SALUD MENTAL PARA INDÍGENAS MIGRANTES: LOS CASOS DE AUSTRALIA, CANADÁ Y NUEVA ZELANDA

El análisis de las políticas de salud mental es un aspecto fundamental para la mejora de éstas por parte de los gobiernos, sus políticas en el área manifiestan sus intentos de satisfacer las necesidades y el derecho de los ciudadanos de acceder a este tipo de servicios, sin embargo puede observarse que en países en vías de desarrollo el porcentaje presupuestal destinado es mínimo o que tienen políticas débiles, inapropiadas o, incluso, inoperantes (Omar, et. al., 2010).

En este capítulo se destaca que las políticas públicas pueden ser estudiadas desde diferentes enfoques como el racional, el incremental, el procesal y el basado en evidencia, de cada uno de ellos se obtienen insumos que permiten exponer las áreas de oportunidad en desarrollo de lineamientos para mejorar la política actual de salud mental para indígenas migrantes, con la finalidad de desarrollar una política pública alternativa para esta población que habita en la Zona Metropolitana de Guadalajara. Parte del proceso de evidenciar dichas áreas de oportunidad, consiste en analizar políticas públicas en la materia para los indígenas en Australia, Canadá y Nueva Zelanda, países destacados en la atención de la salud mental de su población indígena, de modo que pueda desarrollarse un marco comparativo entre las políticas de estos tres países para que en un capítulo posterior sirva como antecedente para el análisis de los elementos de la política mexicana en salud mental para indígenas migrantes.

En la primera parte de este capítulo se encontrará un preámbulo de lo que es una política pública y los marcos de referencia para su estudio, en la segunda sección se ofrece una descripción de lo que es el estudio comparado de políticas públicas, en la tercera, cuarta y quinta sección del capítulo, se describirán las políticas públicas de atención en salud mental para indígenas de Australia, Canadá y Nueva Zelanda, respectivamente, así como algunas condiciones demográficas de su población indígena. En el quinto apartado se

desarrolla una comparación entre las políticas públicas descritas, sus elementos y algunos de sus impactos.

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS

El conocimiento científico, apoyado en el método científico y en la investigación, nos lleva a comprender los fenómenos sociales de una manera más profunda que la que ofrece el sentido común, “la ciencia busca establecer las relaciones existentes entre diversos hechos, e interconectarlas entre sí a fin de lograr conexiones lógicas que permitan presentar postulados o axiomas en los distintos niveles de conocimiento” (Tamayo, 1997, p. 2), que más tarde forman la teoría, que intenta dar cuenta de la realidad. Dentro de una investigación, el marco teórico tiene la finalidad de situar al problema de estudio dentro de un conjunto de conocimientos científicos, de forma que sean la base para abordarlo.

En ciencias sociales, existen diferentes paradigmas; que son realizaciones científicas universalmente reconocidas que proporcionan modelos de problemas y soluciones a la comunidad científica (Kuhn, 1962:13), que intentan explicar los diferentes objetos de estudio con sus propios métodos y conceptualizaciones. Los tres paradigmas dominantes son el Empírico-Analítico, que se rige por la creencia de que las Ciencias Sociales deben seguir el método de las Ciencias Naturales para el desarrollo del conocimiento científico; el Interpretativo-Sociohistórico, que intenta comprender la realidad como dinámica y diversa a través de la interconexión de sus elementos haciendo énfasis en la práctica social y el Racionalista Crítico, que se orienta al análisis de las transformaciones sociales a través de la acción, que es la fuente del conocimiento (Jiménez y Serón, 1992); la investigación social, que incluye los estudios políticos y de gobierno, puede ser desarrollada bajo cualquiera de estos tres enfoques.

Como disciplina de las ciencias sociales, la política pública puede ser estudiada desde cualquiera de los tres paradigmas mencionados (Surel, 2008), para cada uno de ellos puede encontrarse un enfoque de estudio distinto, lo que ha dado lugar a múltiples concepciones

de lo que es una política pública, cómo debe ser su diseño, implementación y análisis; así como de métodos para estudiarlas; de lo que a continuación se presentará un recuento.

Thomas Dye (1987, p.3) definió las políticas públicas como aquello que el gobierno decide hacer o no hacer, y aunque en textos clásicos como *La política* de Aristóteles o *El Príncipe* de Maquiavelo se hace mención de la importancia de la planificación de las acciones de los gobernantes (Navarro, 2008; McCool, 1995), incluso en corrientes de análisis como el pragmatismo, encabezada por John Dewey, quien en sus trabajos enfatiza la importancia del uso del método científico para la resolución de problemas sociales a través del hacer del Estado como organizador del público o de lo público (Parsons, 2007); se reconoce que el estudio de las políticas públicas comenzó formalmente en los Estados Unidos con la publicación en 1951 del texto de Harold D. Lasswell, *La orientación hacia las políticas* (Merino, 2010; Villareal, 2010; Navarro 2008; Aguilar, 2006; Clemons y McBeth, 2001; DeLeon, 1997; McCool, 1995), en el que señaló que el estudio de las políticas públicas tiene dos orientaciones principales, una que busca generar conocimiento del proceso y otra en el proceso de la política, siendo ésta la primer división en los enfoques de estudio de las políticas públicas.

Se considera que el conocimiento en el proceso de las políticas públicas es sustantivo, mientras que el conocimiento del proceso es más bien procesal (DeLeon, 1997). El primero “implica la tarea de incorporar los datos que arrojan los análisis en el proceso de deliberación y decisión de la política, con el propósito de mejorar la decisión pública (...) suele identificarse con la denominación de «análisis de políticas públicas»” (Navarro, 2008, p.236); mientras que el segundo se conoce como el estudio de las políticas públicas y alude a la tarea de conocer la trayectoria de las decisiones públicas, “la meta está en identificar las variables o factores que determinan los sucesos que se van produciendo en el proceso de políticas públicas y en poder así identificar la lógica que lo dirige en un ámbito de acción o en una política concreta, el estilo de tomar decisiones, su patrón de planteamiento y de solución, etc.” (Op.Cit. p. 235).

2.1.1 DEFINICIONES DE POLÍTICA PÚBLICA

Una vez expuestos los antecedentes generales de las políticas públicas, es pertinente ofrecer algunos conceptos de lo que es una política pública, que en términos generales se entienden como el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar problemas públicos (Tamayo, 2010), aunque diferentes autores han añadido o disminuido elementos en su definición.

Por ejemplo Carlos Salazar (1995) las considera como el conjunto de sucesivas respuestas del Estado frente a situaciones consideradas socialmente como problemáticas. Mientras que Raúl Velásquez (2009) señala que la política pública es un proceso integrador de decisiones, acciones, inacciones, acuerdos e instrumentos, adelantado por autoridades públicas con la participación eventual de los particulares, y encaminado a solucionar o prevenir una situación definida como problemática. La política pública hace parte de un ambiente determinado del cual se nutre y al cual pretende modificar o mantener, y en ese sentido toda política pública es pública, no gubernamental, una política pública debe ser dialogada con la intervención de los múltiples actores sociales que se ven inmersos en ella.

Mientras que las definiciones anteriores resaltan el valor de las decisiones que llevan a acciones gubernamentales, Roth resalta los objetivos, y las define como “un conjunto conformado por uno o varios objetivos considerados necesarios o deseables y por medios y acciones que son tratados, por lo menos parcialmente, por una institución u organización gubernamental con el fin de orientar el comportamiento de actores individuales o colectivos para modificar una situación percibida como insatisfactoria o problemática” (2002, p. 27).

Para autores como Lindblom, Cobb y Edler, la política pública es el resultado de la interacción entre varios actores que intentan influenciar el proceso político en una dirección favorable a sí mismos (Klijn, 1998), en esta definición puede observarse que se valora la interacción de diferentes actores para alcanzar resultados favorables.

Una definición que ofrece una integración de los elementos presentados por los autores anteriores es la de Aguilar Villanueva (2007), quien dice que la política pública es un conjunto de acciones, estructuradas en modo intencional y causal, en tanto que se orientan a realizar objetivos considerados de valor para la sociedad o a resolver problemas cuya intencionalidad y causalidad han sido definidas por la interlocución que ha tenido lugar entre el gobierno y sectores de la ciudadanía; acciones que han sido decididas por las autoridades públicas legítimas; acciones que son ejecutadas por actores gubernamentales o por éstos en asociación con actores sociales; y que dan origen o forman un patrón de comportamiento del gobierno y la sociedad.

2.1.2 MODELOS DE ESTUDIO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

En las definiciones presentadas puede observarse que los autores acentúan algún elemento dentro de la conceptualización de las políticas públicas, esto es debido a que cada autor forma parte de un modelo de estudio distinto en política pública, los tres modelos principales que pueden encontrarse para explicar la toma de decisiones en políticas públicas son el racional, el incremental y el procesal.

2.1.2.1 El modelo racional

Este modelo surge de la teoría económica de la elección racional, que se orienta bajo los supuestos de racionalidad, interés propio y maximización sobre minimización de la utilidad (Alarcón, 2010:36), en política pública estos supuestos se dirigen a la optimización de todos los efectos de las decisiones y al cálculo de los costos y beneficios vinculados a esas decisiones (Klijn, 1998:6). El proceso de las políticas públicas desde este enfoque comprende las siguientes fases: identificación del Problema, definición de objetivos, análisis

de todas las alternativas, examen de las consecuencias y elección de la alternativa que maximiza el beneficio de los objetivos, los principales exponentes son Simon y Lasswell.

2.1.2.2 El modelo incremental

Este modelo, desarrollado por Charles Lindblom, supone que al tomar decisiones en forma incremental, y al comparar los resultados de la nueva política con la antigua, los actores del proceso que toman las decisiones reducen o eliminan la posibilidad de fracaso y los posibles efectos políticos adversos que puedan generarse (Winchester, 2011). Pretende resolver algunos problemas que presenta el modelo anterior como las limitaciones humanas, el enorme coste del análisis bajo el modelo racional, la inexistencia de métodos de previsión y de evaluación satisfactoria, y el conflicto de intereses, frente a todo esto, el modelo incremental, parte del hecho que en la práctica, la elaboración de las políticas tiene como punto de partida la situación existente anteriormente, proponiendo entonces adaptar el modelo a la limitada capacidad cognitiva de quienes toman las decisiones de política pública, permitiendo reducir el costo y trabajo que significa la recolección y análisis de información (Lindblom, 1979).

2.1.2.3 El modelo procesal

Este modelo es propuesto por John Kingdon (1984), quien señala que existen tres familias de procesos que funcionan en forma paralela cuando se discuten las políticas públicas: la identificación de problemas, la construcción de alternativas de política pública y el proceso político, que es la lucha de poder por imponer intereses; estas familias de procesos se desarrollan en forma independiente una de otra, según sus propias dinámicas, pero que en algún momento crítico estos procesos convergen. La ventana de política pública, o de oportunidad pública, permite que los actores presionen para que se adopten sus soluciones

favoritas, o para llamar la atención hacia problemas que ellos han estado tratando de colocar en la agenda. Según este modelo los mayores cambios de política se producen a partir de la unión de problemas, propuestas de políticas y el proceso político. Las soluciones propuestas se juntan con los problemas, y ambos se juntan con las fuerzas políticas favorables (Klijn, 1998).

2.1.2.4 Política Pública Basada en Evidencia, EBP

Además de los tres enfoques principales ya expuestos, existe una corriente, surgida y desarrollada entre 1999 y 2004 (Henaó, 2010), llamada política basada en evidencia (evidence-based policy EBP), que se define como “el uso explícito e intencional de la mejor evidencia de investigación disponible para la toma de decisiones y la elección entre opciones de política pública” (Bracho, 2010:291). Quienes trabajan con este enfoque intentan que la toma de decisiones públicas esté bien fundamentada, ya sea en evidencia producto de investigaciones previas o de investigación aplicada original, de modo que además incentiva la investigación para producir dicha evidencia.

En esta corriente la evidencia puede surgir de revisiones sistemáticas, estudios de proyectos específicos, estudios piloto y de casos (Davis, 2004). Las políticas públicas que surgen de este enfoque se caracterizan por ser “un tipo de política pública basada en investigación, que aplica procedimientos rigurosos y sistemáticos para la recolección de datos y se preocupa por la transformación de éstos en conocimiento formal de carácter utilizable para la toma de decisiones (...) con la capacidad de sostener esa producción de información relevante (y de analizarla de manera crítica) desde el ámbito en que se toman las decisiones de política y también en los espacios en que se instrumentan” (Bracho, 2010:307) [cursivas en el original].

Después de la revisión de las diferentes conceptualizaciones de políticas públicas y la descripción de los tres enfoques principales de estudio, puede parecer que el modelo de

EPB es una obviedad, debido a que toda política pública debe ser diseñada, implementada y analizada en base a evidencia empírica, sin embargo se ha decidido tomar este enfoque como base para el presente trabajo porque se considera útil para reconocer, al mismo tiempo que la evidencia existente, las ausencias en investigación en políticas públicas en salud mental para indígenas migrantes, sistematización de la epidemiología en salud mental, análisis demográficos sobre la población de estudio, entre otros aspectos administrativos para la ejecución de este tipo de políticas

Teniendo como base lo expuesto, puede decirse que la EPB, a través de un análisis comparado de políticas públicas, es la corriente de estudio que conviene para enmarcar el presente trabajo, pues acoge los elementos principales de los tres modelos básicos de política pública, del modelo racional toma la necesidad de información, del modelo incremental el contraste de la evidencia y del procesal, la interacción de los diferentes actores políticos. Además de que reconoce la importancia de investigaciones originales para sustentar políticas públicas, pues en el caso del presente trabajo, existen pocos insumos que abarquen todos los aspectos que componen el tema de estudio que son la salud mental, la migración de los indígenas, la aculturación, la interculturalidad y las políticas públicas de salud mental.

2.2 ESTUDIO COMPARADO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

La política pública se entiende aquí como un proceso integrador de decisiones, acciones, inacciones, acuerdos e instrumentos, adelantado por autoridades públicas con la participación eventual de los particulares, encaminado a solucionar o prevenir una situación definida como problemática (Velásquez, 2009), por lo que el estudio comparado de éstas ejercitaría entonces el análisis de procesos de diseño, gestión, implementación y resultados de las mismas, utilizando la comparación como método de control de resultados con lo que se fortalece la capacidad para evaluar experiencias de políticas en diferentes niveles geográficos o períodos históricos (Bulcourf y Cardozo, 2008).

El estudio comparado de las políticas públicas está sustentado en el análisis de las políticas públicas y pretende buscar variables explicativas que den cuenta de las diferencias existentes entre políticas públicas similares (Grau, 2002), su proceso, sus resultados y su impacto (Parsons, 2007). Este tipo de estudios se refieren también al análisis del “cómo, por qué y para qué los diferentes gobiernos toman determinada medida, incluida la de no hacer nada” (Heidenheimer et. al., 1990:3, citado en Parsons, 2007, p.74), preguntas que son útiles para comprender cómo es que aun cuando existen problemas comunes en los diferentes países, como los relacionados con la salud mental, algunos optan por desarrollar políticas públicas específicas para resolverlos o atenuarlos y otros no.

Según Yves Meny y Jean Claude Thoening (1992), los principales problemas que se presentan al realizar un estudio comparado incluyen la ausencia de datos homogéneos, la falta de confiabilidad en el valor de los datos, la agregación y desagregación de los mismos, la abundancia de las variables y la posible introducción de desviaciones culturales o políticas nacionales en el estudio. Es importante señalar estos inconvenientes ya que el presente trabajo puede caer en ellos debido que por el tipo de políticas públicas que serán revisadas y su temática, se incluyen elementos culturales diversos en cada país.

Según Wayne Parsons (2007) existen tres métodos para realizar estudios comparados, el primero de ellos consiste en la realización de estudios de caso de un tema de política pública en un país, el segundo en el análisis estadístico de diversos estudios de casos y países y el tercero en una comparación más concreta de un tema o sectores de políticas públicas entre un selecto número de países comparables; es el tercer método bajo el que se inscribe este apartado pues se estudiará un aspecto concreto del diseño de la política de salud de países concretos, Australia, Canadá y Nueva Zelanda los únicos que cuentan con políticas de salud mental para migrantes indígenas, que es la atención de la salud mental de los indígenas; mismas que se presentan a continuación.

2.2.1 AUSTRALIA

A modo de introducción se considera pertinente exponer las siguientes cifras, obtenidas del Observatorio Mundial de la Salud (OMS, 2009), que señalan que Australia tiene una población total de 21'293,000 habitantes, con una esperanza de vida de hasta 84 años, en dólares el ingreso nacional bruto per cápita es de 37,250, el gasto total en salud por habitante en dólares es de 3,382 y el gasto total en salud como porcentaje del PIB es del 8.5%. El sistema de Seguridad Social australiano (*social welfare*) se compone de un sistema de asistencia social para personas carentes de recursos y de un sistema de atención sanitaria denominado Medicare.

2.2.1.1 Aborígenes e isleños de la Isla de Torres

Australia, así como Canadá y Nueva Zelanda, es considerado un país con una sociedad de colonos en la que su población predominante proviene de los inmigrantes, y su población indígena es una minoría desplazada (Perry, 1996), compuesta por los aborígenes que habitan en la isla de Australia y los isleños de la Isla de Torres (*Torres Strait Islander*). En el último censo publicado realizado en el año 2006, se estimó una población de 517,000 aborígenes, que componen el 2.5% del total de la población del país, se valoró también que el 10% de la población indígena habita en zonas urbanas, mientras que el 90% restante lo hace en las más de 60 áreas indígenas localizadas por todo el país (Australian Bureau of Statistics, 2007).

Los aborígenes australianos tienen tasas de enfermedad marcadamente más altas que la población australiana en general, esto se atribuye a la gran cantidad de enfermedades no-transmisibles, que incluyen trastornos mentales (Jorm et. al., 2012). Los trastornos mentales más comunes entre la población indígena son aquellos relacionados con síntomas de depresión y la ansiedad, en adultos y adolescentes, mientras que en los niños existe una alta prevalencia de problemas de conducta relacionados con trastornos por hiperactividad o desafiantes y no con problemas emocionales (Op. Cit.).

2.2.1.2 Aboriginal Mental Health Policy

La Política Pública para la Salud Mental de los Indígenas (*Aboriginal Mental Health Policy*) de Australia está compuesta por las iniciativas incluidas en⁸ la Estrategia Nacional de Salud para los Indígenas, la Comisión Real sobre las Muertes de Aborígenes Detenidos, el Plan y Política Nacional de Salud Mental, el Servicio Nacional de Información sobre los Derechos Humanos de las Personas con Enfermedades Mentales (Consulta Burdekin), el Comité Nacional de Procedimientos e Informes para la Salud Mental, así como en los Objetivos y Metas Nacionales en Salud Mental.

Esta política nace de la evidencia de que los problemas de salud mental eran uno de los problemas más grandes para la mayoría de las comunidades indígenas, y que se disponía de pocos recursos de salud y de salud mental para tratarlos, y se desarrolló después de extensos procesos de consulta con los pueblos aborígenes, comunidades, organizaciones, agencias y otros órganos pertinentes, se apoya también en los resultados de una revisión de las políticas existentes hasta el momento, 1995 fue el año de su promoción, informes y consultas, la revisión de los estudios y la escasa literatura científica sobre Salud Mental de los Aborígenes (Australian Government, 2012a). Otro antecedente es que los aborígenes percibían que los sistemas de salud mental no satisfacían sus necesidades debido a que no tomaban en cuenta sus valores y creencias culturales, así como el contexto en el que se encontraban, una de las creencias de los indígenas es que la salud mental y espiritual están ligadas con la salud física (Op. Cit.; Jorm, et. al. 2012).

Dentro de la política pública para indígenas la salud mental se conceptualiza como:

⁸ Los nombres en el idioma original de las iniciativas mencionadas son: The National Aboriginal Health Strategy, the Royal Commission into Aboriginal Deaths in Custody, the National Mental Health Policy and Plan, the National Enquiry into the Human Rights of People with Mental Illness (the Burdekin Enquiry), the National Mental Health Committee Procedure and Reporting, and the National Goals and Targets in Mental Health.

"Health does not just mean the physical well-being of the individual but refers to the social, emotional and cultural well-being of the whole community. This is a whole of life view and includes the cyclical concept of life-death-life. Health care services should strive to achieve the state where every individual can achieve their full potential as human beings and thus bring about the total well-being of their communities. This is an evolving definition" (Australian Government, 2012^a, np).⁹

Cualquier diagnóstico de problemas de salud mental y/o trastornos mentales debe incluir un reconocimiento del contexto histórico y sociopolítico de la Salud Mental aborígen incluyendo el impacto de la colonización; trauma, la pérdida y el dolor, la separación de las familias y los niños, la toma de distancia de la tierra, y la pérdida de la cultura y la identidad, además del impacto de la inequidad social, la estigmatización, el racismo y las pérdidas en curso, en este sentido se incluyen estos conceptos y vivencias padecidos por los indígenas migrantes (Alladin, 1993).

Las propuestas de la política que constituyen una estrategia para la Salud Mental de los aborígenes señalan que se debe enfatizar lo siguiente (Op. Cit.):

- Surgen del proceso de consulta con los pueblos aborígenes.
- Se desarrollan como un conjunto de principios rectores que deberán ser formados y modificados por las comunidades aborígenes en las formas en las que consideren adecuadas para satisfacer sus necesidades.

⁹ Traducción: La salud no significa solamente el bienestar físico de los individuos sino que se refiere al bienestar social, emocional y cultural de la comunidad entera. Esto es una visión completa de la vida que incluye el concepto cíclico vida-muerte-vida. Los servicios para el cuidado de la salud buscan alcanzar un estado en el que cada persona puede desarrollar su potencial como ser humano por completo y a través de ello llevar el total bienestar a sus comunidades. Esta es una definición en evolución.

- Está en todo momento la intención de ser desarrollados e implementados por los aborígenes bajo el control de los aborígenes que utilicen otros recursos (no indígenas) según determinen sus necesidades.
- El objetivo es proporcionar un marco de trabajo con el compromiso de satisfacer las necesidades de salud mental para la población aborigen en un modelo holístico y de acuerdo con los principios de equidad y justicia social.

Los elementos, según la definición del documento de la política en salud mental para aborígenes, que componen la política pública son 16, cada uno de ellos señala un eje de acción de la misma, y son los siguientes:

1. La autodeterminación en salud mental aborigen
2. Enfoques holísticos a la salud mental aborigen
3. La atención especializada de salud mental
4. El trauma y duelo
5. El suicidio y las autolesiones
6. Los niños aborígenes, jóvenes y familias
7. Las mujeres aborígenes y la salud mental
8. Los hombres y la salud mental
9. Los ancianos y la salud mental
10. Promoción y prevención en salud mental aborigen
11. El alcohol y otras drogas y la salud mental
12. Cuestiones forenses en salud mental
13. Los programas intersectoriales y la salud mental

14. Investigación y evaluación

15. La educación y el desarrollo personal

16. Datos y sistemas de información

La implementación de los componentes enunciados, se aplicó progresivamente en los primeros cinco años. Para garantizar un enfoque adecuado y coordinado, se propuso que el Comité Nacional Consultivo para la Salud Mental de los Aborígenes fuera totalmente financiado y apoyado por el gobierno federal en esa primera etapa. Este comité identificó y estableció las corrientes para apoyar y desarrollar al mismo tiempo que los elementos de otras políticas prioritarias.

Como siguiente paso en el año 2000, se propusieron cinco elementos importantes de política para establecerse este sistema, cada uno de estos elementos fue supervisado por el *National Aboriginal Mental Health Advisory Committee (NAMHAC)*:

1. Atención primaria de la salud mental con un enfoque holístico a través de los médicos aborígenes y centros de atención sanitaria, medicina general y otros proveedores de atención primaria.

2. La atención especializada de salud mental

3. El trauma y duelo

4. El suicidio y auto-daño comportamiento

5. Los niños aborígenes, jóvenes y familias

Se señala también que la investigación y la evaluación, así como la capacitación y formación del personal de salud y así como de un Sistemas de Información y datos, tienen que desarrollarse junto con la implementación de la política. Los recursos para la financiación para este ámbito fueron etiquetados por separado, pero también deben ser monitoreados a nivel nacional por el NAMHAC.

La política tiene siete objetivos principales:

1. Creación de un mecanismo para el desarrollo, supervisión y seguimiento de una Política Nacional de Salud Mental Aborígen. Esta meta fue implementada y puesta en funcionamiento a finales de 1995.
2. Desarrollar programas educativos y de formación del personal de apoyo para la prestación de atención de salud mental, de manera equitativa, a los aborígenes.
3. Creación de una base de datos de referencia sobre los aborígenes, con indicadores de salud mental que abarque la salud mental y el nivel y la naturaleza de los problemas de salud mental y los trastornos mentales que experimentan los pueblos aborígenes y el riesgo y factores de protección que contribuyen a los mismos.
4. Apertura de un sistema de información para la salud mental de los aborígenes aceptable y operativo que se pueda vincular a la Política Nacional de Salud Mental con los datos y desarrollo de sistemas de información existentes.
5. Provisión equitativa de los sistemas de salud mental de los aborígenes en las zonas urbanas, rurales y remotas a través de la configuración desarrollada por los indígenas en los niveles de atención global primaria y secundaria de la salud mental y los servicios relacionados, y culturalmente informada.
6. Establecer mecanismos para obtener indicadores sobre el impacto de la política en la de salud mental aborígen.
7. Diseñar mecanismos que permitan demostrar la capacidad de intervenir y mejorar la salud mental de los aborígenes y disminuir el impacto de los problemas de salud mental y los trastornos mentales a través de los sistemas indígenas de salud mental de atención definidos anteriormente.

Para efectos del presente trabajo debe prestarse atención al objetivo número 5, en el que se habla explícitamente de los indígenas (migrantes) que habitan en las zonas urbanas de Australia, fuera de sus comunidades de origen.

El financiamiento de esta política es el siguiente y fue proporcionado en razón de permitir al mismo tiempo el desarrollo de otros programas en el área, de forma que el uso del presupuesto equitativo con la comunidad australiana en general (Australian Government, 2012a):

- \$ 5.000.000 a 15.000.000 dólares inicialmente en los primeros años de programación.
- \$ 15.000.000 a \$ 30.000.000 en aumento cada año, asignados sobre una base per cápita de \$ 100 dólares por persona para los aborígenes y las regiones sobre esta base. Esto debe ser complementado con fondos del Estado equivalente al alcanzar los \$ 200 por habitante. Esto es necesario para la cobertura completa de todos los sectores de la salud mental de los aborígenes, incluyendo la de los niños, los jóvenes y las familias.

Como resultado de esta política pública en la actualidad existe el observatorio The Australian Indigenous Mental Health Site y en base los indicadores proporcionados por éste y por el *Australian Bureau of Statistics*, el Departamento de Salud emite cada año el *Aboriginal & Torres Strait Islander Health Performance Framework Report*, en el que se describen los indicadores en salud para los indígenas, con apartados dedicados a la salud mental de éstos en sus poblaciones de origen y en zonas urbanas (Australian Government, 2012b).

Después de 15 años del diseño e implementación de ésta política pública en salud mental, la brecha existente en las condiciones de salud mental entre la población indígena y no indígena no ha disminuido de la manera esperada, lo que se atribuye a los contextos cambiantes de la población indígena, cuya migración está en aumento (Australian Government, 2012b).

En esta política pueden identificarse elementos concretos como los políticos, legales, económicos y admirativos para la ejecución de una política pública, además incluye aspectos culturales que hacen de la misma una política en salud mental sensible a las

necesidades de la población a la que está dirigida, que como se ha visto por sus condiciones sociales, requiere de programas específicos para la satisfacción de su derecho a la salud mental.

2.2.2 CANADÁ

Canadá tiene una población total de 33'573,000 habitantes, con una esperanza de vida de hasta 83 años, en dólares el ingreso nacional bruto per cápita es de 38,710, el gasto total en salud por habitante en dólares es de 4,196 y el gasto total en salud como porcentaje del PIB es del 10.9% (OMS, 2009). Los asuntos de salud pública en Canadá son una responsabilidad compartida, por los gobiernos en los niveles municipal, provincial o territorial y federal, en tanto que tienen responsabilidades constitucionales en cuestiones como el cuidado de la salud, la provisión de la mayor parte del soporte financiero de la provisión de estos servicios de modo que no sea una carga para los individuos y en la dirección de los programas locales de salud así como en la determinación de sus niveles de financiación (Pinto, et. al.; 2012).

2.2.2.1 Primeras Naciones y los pueblos Inuit y Métis

La Constitución Canadiense reconoce tres grupos distintos de indígenas en Canadá, las Primeras Naciones (*First Nations*) y los pueblos Inuit y Métis, que constituyen los pueblos que habitaban el territorio canadiense antes de la llegada de los europeos y que cuentan con historias únicas, lenguas, prácticas culturales y creencias espirituales. Más de un millón de personas en Canadá se identifica como una persona indígena, 1.172.790, es decir el 3,6% de la población del país, según el censo de 2006 (Aboriginal Affairs and Northern Development, 2010).

Existe un término para nombrar a los indígenas migrantes, aborígenes urbanos, y se les define como las personas pertenecientes a los pueblos Inuit, Métis y a las Primeras Naciones que residen en zonas urbanas. Según datos del Censo de 2006, constituyen el segmento de más rápido crecimiento de la sociedad canadiense fuera de las reservas aborígenes. En el año 2006 un 56% de la población aborígen vive en zonas urbanas. Las ciudades con las mayores poblaciones aborígenes son Winnipeg con 68.380, Edmonton con 52.100, Vancouver con 40.310, Toronto con 26 575, Calgary con 26.575, Saskatoon con 21.535 y Regina donde habitan 17,105 aborígenes (Op. Cit.).

2.2.2.2 Políticas en Salud Mental para los aborígenes

La Ley de Salud de Canadá (*Canadian Health Act*) es una legislación federal para la seguridad social en salud financiada con fondos públicos. Esta Ley establece que el objetivo primario de la política de atención de salud canadiense es proteger, promover y restaurar la salud física y el bienestar mental de los residentes de Canadá y facilitar el acceso razonable a los servicios de salud sin barreras financieras o de otro tipo (Minister of Health and Wellness, 2010). Cada una de las 10 provincias y de los 3 territorios tiene la capacidad de decidir de manera independiente sus políticas relacionadas con la salud mental, sin embargo a través del Centro de Recursos para la Salud Mental Multicultural de la Comisión de Salud Mental de Canadá del Ministerio de Salud, se señalan las directivas de las políticas públicas para la salud mental de las minorías culturales, que incluyen a los ciudadanos aborígenes, aborígenes urbanos e inmigrantes.

Los elementos generales de la política en salud mental del Canadá incluyen la existencia de una política de salud mental que se apoya en una visión explícita que los diversos interesados conozcan y estén de acuerdo con ella, se involucren en el desarrollo y evolución de la política, qué ésta soporte el desarrollo de los servicios y apoyos que van más allá de lo formal sistema de salud mental, como en las cuestiones culturales, la política

define objetivos medibles que cuantifican su impacto y la existencia de una estrategia planificada para la implementación de políticas en el área, la política abarca temas como el establecimiento de prioridades, la reasignación de fiscales y recursos humanos, la coordinación de la atención, la integración de los servicios y apoyos, de los usuarios y la participación de éstos en el monitoreo de la calidad y los resultados (Public Health Agency of Canada, 2002).

En el documento *Establishing collaborative initiatives between mental health and primary care services for ethnocultural populations (...)* de la Canadian Collaborative Mental Health Initiative (2006) de la Comisión de Salud Mental de Canadá en el que se hace una consulta a miembros de las minorías étnicas, de la sociedad civil organizada y de las comunidades académicas se señala que los aspectos clave que deben ser incluidos en las políticas de salud mental para migrantes en las diferentes provincias, en resumen, son:

- La accesibilidad. Los servicios deben ser cultural y lingüísticamente apropiados, los traductores deben estar disponibles, la información tiene que estar en varios idiomas y formatos, los proveedores de servicios deben comprender las barreras raciales y sistémicas, para lo que se recomienda tener instalaciones con múltiples servicios.
- Los proveedores de atención primaria de salud deben desarrollar una mayor conciencia de que la somatización de las enfermedades en los indígenas es distinta a la de la población no indígena, ya que sus síntomas no pueden coincidir con lo que dicen las personas pues no pueden expresar problemas de salud mental con términos regulares.
- La competencia cultural es fundamental para que los servicios sean de utilidad. La competencia cultural implica proporcionar igualdad de acceso, la eliminación de barreras y ser inclusivo (Sue, 2001). También se refiere a la conciencia de las señales contextuales y no verbales, las diferencias en los estilos de comunicación, y los factores de poder, el papel, el género y la edad (Gorman, 2001).

- La conciencia de los problemas de pobreza y de cómo pueden afectar los servicios que reciben los migrantes. Estas cuestiones pueden incluir el costo del transporte, costo de los medicamentos, el costo de los artículos básicos como alimentos y ropa, y la disponibilidad de citas fuera del horario normal de trabajo.
- Una barrera importante para el acceso a servicios eficaces y adecuados es la falta de conocimiento (por parte de proveedores y consumidores) de servicios culturalmente específicos.
- La participación de los usuarios requiere una mayor atención. Para la contraloría existen vías formales de examen, revisión, consulta y retroalimentación. El derecho a la libre determinación debe ser respetada y debe ser la educación en cuanto a la toma de decisiones y opciones.
- Se requiere una mayor comprensión del impacto que las políticas y la legislación tienen en las poblaciones etnoculturales. Los temas son muy amplios e incluyen numerosas disparidades y la falta de conciencia de las necesidades que deben abordarse.
- Es necesario garantizar la financiación de los intérpretes, abogados y materiales culturalmente apropiados y apoyos financieros para los inmigrantes y refugiados durante el reasentamiento.
- No hay medición válida o instrumentos de evaluación aplicables a esta población en su conjunto, ni ninguna investigación significativa basada en la evidencia sobre la cual desarrollar directrices para los servicios etnoculturales, deben desarrollarse mecanismos para ello.
- Los proveedores de servicios implicados en la atención de colaboración pueden incluir médicos, trabajadores de liquidación, abogados, religiosos y grupos comunitarios, enfermeras, fisioterapeutas, psicólogos clínicos, consejeros, agentes de salud, intérpretes, psiquiatras, abogados, trabajadores de salud mental, dietistas,

farmacéuticos adicciones consejeros y relaciones con la comunidad. Se deben tomar medidas para intérpretes y agentes de salud para que actúen como enlace de la comunidad.

- Las estructuras colaborativas de atención deben incluir una relación positiva y el establecimiento de la confianza para poder abordar problemas importantes.

En la política canadiense hacen falta elementos concretos de financiamiento, pues solamente se conocen los mecanismos generales de financiamiento de salud mental, y la descripción de elemento epidemiológicos que permitan el desarrollo de acciones concretas que cubran las necesidades de la población, pues por ejemplo en el 2003 la *Aboriginal Healing Association* señaló la satisfacción de las necesidades de salud mental como una de las más grandes prioridades para los pueblos indígenas, ya que existía alto riesgo de depresión, suicidios, problemas de conducta y adicciones.

Debe señalarse que debido a la libertad que tienen las provincias para establecer y ejecutar las políticas públicas en salud es difícil establecer, a diferencia del caso australiano, una política nacional de salud mental para los indígenas.

2.2.3 NUEVA ZELANDA

La población total de Nueva Zelanda es de 4'266,000 habitantes, con una esperanza de vida de hasta 83 años y un ingreso nacional bruto per cápita de 25,200 dólares, el gasto total en salud por habitante es de 2,667 dólares y el gasto total en salud como porcentaje del PIB es del 9.7% (OMS, 2009). La mayoría de los establecimientos de salud y alrededor de tres cuartas partes de la financiación de los mismos, son administrado por las juntas de salud de distrito del Ministerio de Salud, éstas deben gestionar, suministrar y comprar servicios de salud para la población de su distrito, de modo que se asegure que los servicios de salud se organizan con eficacia y eficiencia para toda Nueva Zelanda. Este financiamiento incluye fondos para la atención primaria, los servicios hospitalarios, los servicios públicos de salud,

los servicios de cuidado de ancianos, y los servicios prestados por otros proveedores de salud no gubernamentales, incluidos los maoríes (Minister of Health, 2011).

2.2.3.1 Los Maorí

Los Maorí son el grupo indígena en Nueva Zelanda, compuesto hasta 2011 por 673,400 individuos (Statistics New Zealand, 2012), que constituye una población diversa, aunque con una fuerte solidaridad étnica, una lengua compartida (con variaciones dialectales) y concepciones comunes sobre los principios fundamentales del concepto maorí *tikanga*, que hace referencia a las leyes y costumbres (Gover, 2003). La migración maorí a los centros urbanos durante el período inmediatamente posterior a la segunda guerra mundial ha sido descrita como la más acelerada urbanización de cualquier grupo nacional de cualquier país, más del 83% de los maoríes vive en centros urbanos, y el 70% de los maoríes vive fuera de su territorio tribal tradicional, más del 25% de los maoríes no puede afiliarse a ninguna tribu - o no quiere hacerlo. (Poole, 1991). El 30% de los maoríes presenta síntomas relacionados con trastornos depresivos (Baxter, et. al., 2007).

2.2.3.2 Māori Health Services

Los principios que rigen las directrices generales de la política pública de salud mental neozelandesa son seis, señalan que éstas deben ir enfocadas a mejorar la situación de los usuarios, basarse en las mejores evidencias disponibles, tener un proceso de creación multidisciplinar y que implique a los usuarios, ser flexibles y adaptarse a diversas circunstancias, desarrollarse de acuerdo a las limitaciones de los recursos y ser revisadas y actualizadas regularmente (OMS, 2006).

Con base en éstas directrices el Ministerio de Salud cuenta con la división para los Servicios de Salud Maoríes (*Māori Health Services*) cuyas acciones están sustentadas en dos documentos base (Minister of Health, 2012):

A) He Korowai Oranga / Estrategia de Salud Maorí

Establece el rumbo de desarrollo de la salud de los maoríes en el sector de la salud y de las discapacidades. La estrategia proporciona un marco de trabajo para que el sector público asuma su responsabilidad de la parte que desempeña en el apoyo al estado de salud de la familia (*whānau*). La visión de la *He Korowai Oranga* es el logro de *whanau ora*, o familias saludables.

B) Whakatātaka Tuarua: Plan de Acción para la Salud Maorí 2006-2011

Describe lo que el sector de la salud y la discapacidad va a hacer para poner en práctica la Estrategia de Salud Maorí, incluye programas, políticas e intervenciones. El Plan de Acción es un instrumento valioso para contribuir a la reducción de las desigualdades en salud entre los maoríes y los no maoríes.

En el Plan de Acción para la Salud Maorí 2006-2011 se señalan las políticas relacionadas con la salud mental de los indígenas, el Plan de Acción en Salud mental y adicciones, *Kōkiri: The Mental Health and Addiction Action Plan 2006–2015* y el Marco Estratégico en Salud Mental Maorí, *Te Puawaitanga: Māori Mental Health Strategic Framework* (Minister of Health and Associate Minister of Health, 2006).

En el *Māori Mental Health Strategic Framework* (Ministry of Health, 2002) se establece que en la práctica clínica de la salud mental de los maoríes es importante el reconocimiento de la identidad cultural como un componente esencial de la atención de salud. Para los maoríes, los servicios efectivos deben reflejar todas las dimensiones del bienestar por lo que proponen seguir cuatro vías de acción que incluyen asociaciones con los maoríes, la participación maorí, buscar la salud efectiva y servicios par personas

discapacitadas y el trabajo en todos los sectores; éstos caminos se recorren para alcanzar los cinco objetivos generales de la política en salud mental para los indígenas:

1. Brindar servicios integrales de clínica, culturales y de apoyo a al menos el 3% de los maoríes, se centró en aquellos que tienen mayores necesidades de salud mental.
2. Asegurar que la participación activa de los maoríes en la planificación y prestación de servicios de salud mental, se refleja en el desarrollo de modelos maoríes de salud y en el impacto de la salud mental maorí.
3. Asegurar que el 50% de los maoríes adultos, *Tangata whaiora*, podrá elegir una opción o un kaupapa de la comunidad maorí para recibir servicios de salud mental.
4. Aumentar el número de trabajadores maoríes de salud mental, Pukenga Atawhai, (incluyendo médicos) en un 50 por ciento con respecto a 1998. En 1993 existían 13, mientras que en 2004 incrementó a 240 (Ellison-Loschmann, L., Pearce, N., 2006).
5. Maximizar las oportunidades para la cooperación intra e intersectorial.

Los principios rectores de especial relevancia para los servicios de salud mental maoríes son los siguientes:

- Te Puāwaitanga, la política, debe reflejar las realidades y prioridades maoríes.
- Los servicios cubiertos por esta estrategia deben proteger y mejorar la seguridad cultural y personal de los maoríes y sus familias.
- Mejorar la eficacia requiere de una mejor especificación de los servicios maoríes de salud mental y estándares consistentemente aplicados.
- Los modelos maoríes de bienestar requieren iniciativas de salud mental de manera inclusiva e integrada.
- Es prioritario el desarrollo de capacidades de los proveedores de servicios maoríes.

- La colaboración intersectorial e intrasectorial es esencial para la implementación de modelos integrales de atención y bienestar.

Estas estrategias que se describen en este documento y en el *ōkiri: The Mental Health and Addiction Action Plan 2006–2015* (Minister of Health, 2006) que además apunta diez retos interrelacionados y son interdependientes sobre los progresos realizados en todas las otras áreas. Por ejemplo, los avances en la reducción de las disparidades y desigualdades de los maoríes no sólo se abordarán en las acciones en el desafío de los maoríes de liderazgo, sino también por la acción en todas las otras áreas. Señalan que el progreso debe hacerse en todos los 10 desafíos principales para obtener resultados significativos para los maoríes y e incluyen la Promoción y prevención, la creación de servicios de salud mental, mejorar la capacidad de respuesta, la fuerza de trabajo y la cultura para la recuperación, promover la concepción Māori salud mental (que es holística e incluye a la familia), la atención primaria de salud, prevención de adicciones, garantizar mecanismos de financiación para la recuperación, promover la transparencia y confianza y el trabajar juntos los promotores de salud y los maoríes.

En las políticas de salud mental de Nueva Zelanda no se especifican acciones por separado para indígenas migrantes, sin embargo sí se considera que más del 80% de la población habitan en las zonas urbanas del país por lo que se habla de *kaupapa* (centro de salud) de la comunidad que están insertos en las zonas donde habitan los maoríes, ya sea en zonas urbanas o rurales. Un aspecto que debe destacarse en éstas políticas es que en los documentos que las describen, a diferencia de las canadienses o australianas, están readaptadas en inglés y en maorí, lo que implica una comprensión de las necesidades culturales de los indígenas. Otro aspecto que sobresale es que tienen un observatorio estadístico, *NZ health statistics*, en el que se generan indicadores sobre la salud maorí, la salud mental y la epidemiología y uso de los servicios salud mental de la población maorí; aspecto no encontrado en los otros países.

Como puede observarse las tres políticas toman elementos concretos de las necesidades de los indígenas, aunque tienen acciones específicas para indígenas migrantes

éstas no conforman una política por sí misma sino que están integradas a las políticas públicas para la atención de la salud o de la salud mental de la población indígena de cada uno de los países, aunque sus elementos representan antecedentes para el diseño de una política local para indígenas migrantes.

2.3 COMPARACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Uno de los métodos de estudio comparado de políticas públicas, previamente mencionado, consiste en realizar una comparación concreta de un tema o sectores de políticas públicas entre un selecto número de países comparables (Parsons 2007); para la realización de lo anterior se eligieron criterios de la OMS (2006) para la conformación de políticas públicas de salud mental culturalmente competentes, destinadas a la atención de minorías étnicas en los diferentes países, en este caso Australia, Canadá y Nueva.

En este contexto la competencia cultural es un conjunto de acciones compatibles, actitudes, políticas, estructuras y prácticas que se agrupan en una organización pública para permitirle efectivamente en situaciones que involucran a dos o más culturas distintas (Hepburn, 2004); estas actitudes incluyen el valorar, aceptar y respetar la diversidad y crear espacios para la diversidad cultural.

Los criterios de competencia cultural propuestos por la Organización Mundial de la Salud (2006) se presentan en la Tabla 9, la cual señala cuáles de ellos están presentes en las políticas contenidas en los apartados anteriores de este capítulo.

Tabla 6. Tabla comparativa de los elementos de una política pública intercultural para indígenas migrantes en Australia, Canadá y Nueva Zelanda.

Elemento de la política pública	Australia	Canadá	Nueva Zelanda
Concepto de salud mental desde la visión indígena	Sí	No	Sí
Incluye elementos culturales en el diseño de la política	Sí	Sí	Sí
Se incluyó a agentes indígenas en la elaboración de la política.	Sí	Sí	No
Se incluyó a la sociedad civil organizada en la elaboración de la política.	Sí	Sí	No
Tiene un componente de derechos humanos manifiesto.	Sí	No	No
Contiene indicios sobre indígenas migrantes	Sí	Sí	Sí
Señala acciones concretas para indígenas migrantes	Sí	Sí	Sí
Señala una implementación congruente, posible y ordenada	Sí	Sí	Sí
Tiene objetivos claramente señalados	Sí	Sí	Sí
Se establece con claridad el financiamiento de la política	Sí	No	No
Cuenta con un sistema de monitoreo	Sí	Sí	No

comunitario			
Existe evidencia de la implementación real de la política	Sí	Sí	Sí
Se tiene detectada la epidemiología en SM de la PI	Sí	No	Sí
Describe acciones relacionadas con las lenguas indígenas	No	Sí	Sí
Es la PP específica para la SM	Sí	No	Sí
Promueve la capacitación del personal de salud en temas culturales	Sí	Sí	Sí
Explicita la participación de profesionales de diversas disciplinas en la atención	No	Sí	Sí

Como puede observarse las políticas de salud mental para indígenas revisadas contienen la mayoría de los elementos de una política culturalmente competente, lo que habla de políticas adecuadas, en la medida que sean efectivamente ejecutadas, para la atención de las minorías étnicas.

La política de Australia no explicita, lo que no quiere decir que no lo haga, la participación de diferentes profesionales, además de los médicos, en la atención de salud mental de indígenas.

La Canadiense no es una política de salud mental por sí sola, sino que sus directrices están insertas dentro de la política de salud general, no expone la visión de la salud mental de los indígenas, no habla del garantizar el cumplimiento del derecho a la salud mental de

los indígenas y no especifica los elementos de financiamiento para ésta política, solamente se conocen los elementos generales de financiamiento del sistema de salud canadiense.

Por su parte, la política neozelandesa en salud mental para indígenas migrantes no explicita elementos de derechos humanos o los mecanismos de financiamiento y a pesar de que en sus directrices y objetivos se señala la necesidad de trabajar en conjunto las instituciones de salud y la población maorí, no se describe en los documentos que su política fuera desarrollada en conjunto con los indígenas, la sociedad civil o la comunidad académica, en este sentido otra carencia importante es que aunque se señala la necesidad de la participación social en la contraloría social no se describen mecanismos concretos para hacerlo.

El resto de los elementos de la tabla no mencionados en la descripción anterior de cada uno de los países, sí están explícitos en los documentos de política pública, las coincidencias giran en torno a satisfacer las necesidades especiales de la población indígena, desde su visión cultural para la mejora de su calidad de vida.

En los tres países se encontró evidencia de la brecha existente entre la población no-indígena y la indígena, siendo ésta la más rezagada, con mayores tendencias a la enfermedad y a la pobreza (Cornell, 2006) por lo que el diseño, la implementación y la ejecución de políticas públicas específicas destinadas a estos grupos poblacionales contribuye a disminuir la brecha entre ambas poblaciones y a mejorar los niveles de vida de los habitantes de cada uno de estos tres países. El enfoque de bienestar y de respeto e inclusión de las creencias indígenas en el diseño de estas políticas de salud son el eje para la articulación e integralidad de los servicios descritos, dónde se integran cultura, salud y comunidad.

Como se ha visto, es posible tener una visión incluyente y de respuestas concretas para este sector poblacional y teniendo lo anterior como referente, se procederá a describir las condiciones en las que la política mexicana responde a las necesidades en salud de los indígenas migrantes.

CAPÍTULO 3. MARCO INSTITUCIONAL DE LAS POLÍTICAS DE SALUD MENTAL EN MÉXICO

La salud mental entendida como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2004), es una condición que ha sido relegada a segundo plano en las políticas de salud en México, lo que puede obedecer a la consideración, en las políticas y programas públicos, de que no es condición de salud no apremiante para los ciudadanos, aun cuando en el marco legal es una de las acciones prioritarias en salud y existen datos de la prevalencia de esta condición en uno de cada cinco mexicanos (Instituto Nacional de Psiquiatría, 2003) y cuya falta de atención o atención inadecuada tiene consecuencias que disminuyen la calidad de vida de los enfermos, sus familias o cuidadores y que tiene repercusiones sociales y económicas; basta señalar que los grupos poblacionales con más riesgo de padecer una enfermedad mental son aquellos que viven en condiciones de pobreza y vulnerabilidad como las personas desempleadas, indigentes, con un nivel bajo de escolaridad, las poblaciones indígenas, las personas, especialmente las mujeres, que han sido víctimas de violencia, los migrantes y los ancianos (SSA, 2012); grupos que cuentan con menores recursos culturales, económicos y sociales que les permitan hacer frente a la enfermedad que en muchos casos resulta no tener remisión y/o ser incapacitante.

En países en vías de desarrollo la salud mental tiene la menor asignación de recursos públicos, en México del 100% de los recursos asignados a salud, solamente el 2% se destina a la salud mental y de este porcentaje el 80% se destina se destina el 80% a la operación de hospitales psiquiátricos (PAHO, 2011), lo que no contribuye a una cultura de prevención y atención comunitaria en salud mental. En el presente capítulo se revisará el marco legal que ampara las políticas de salud mental en México y las políticas y programas en este tema, en un primer momento a nivel general y como derecho humano y en un segundo, en lo que se desarrolla directamente con la población indígena rural y migrante urbana.

3.1 LA SALUD MENTAL COMO DERECHO PARA LOS INDÍGENAS EN EL NIVEL FEDERAL

En materia de derechos humanos, la reforma publicada el 10 de junio del 2011¹⁰ en México, marca un parteaguas que coloca a los derechos humanos como el punto de referencia máximo para el hacer del Estado, entre ellos se encuentra el derecho a la salud¹¹.

¹⁰Extracto del Artículo 1º Constitucional después de la Reforma en Derechos Humanos del 2011:

“Art. 1o.- En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.

Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia.

Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley”.

¹¹ En relación con los derechos humanos, en el período de Felipe Calderón, México formaba parte de once decretos con carácter general, entre paréntesis se coloca la fecha de su publicación en el Diario Oficial de la Federación: Carta de la Organización de los Estados Americanos (13/01/1949), Carta de las Naciones Unidas (09/10/1946), Convención Americana sobre Derechos Humanos Pacto de San José de Costa Rica (07/05/1981), Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados (14/02/1975), Convención sobre el Estatuto de los Apátridas (25/08/2000), Estatuto de la Corte Internacional de Justicia (09/10/1946), Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (22/06/1981), Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (12/05/1981), Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Protocolo de San Salvador (01/09/1998), Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (03/05/2002), Segundo Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos Destinado a Abolir la Pena de Muerte (26/10/2007); ha firmado tres en relación con el derecho a la salud: Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (25/02/2005), Código Sanitario Pan-americano (28/06/1929), Protocolo anexo al Código Sanitario Panamericano (15/11/1954); dos en relación con minorías y pueblos indígenas: Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes (24/01/1991), Convenio Constitutivo del Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe (25/10/1993); tres relacionados con la discapacidad: Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (12/03/2001), Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (02/05/2008), Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (02/05/2008); cuatro relacionados con la discriminación racial: Convención Internacional contra el Apartheid en los Deportes (17/09/1987), Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación Racial (13/06/1975), Convención Internacional sobre la Represión y el Castigo del Crimen de Apartheid (03/04/1980), Declaración para el Reconocimiento de la Competencia del Comité para la Eliminación de la

El derecho a la salud, no significa el derecho de una persona a estar sano, sino que implica que los Estados deben crear las condiciones para que los ciudadanos vivan de la forma más saludable posible y que se creen mecanismos que les permitan acceder a una atención sanitaria oportuna y de calidad. Para lograr los anterior en relación con el derecho a la salud, la OMS (2013) marca que los Estados deben respetarlo; es decir no dañarlo, protegerlo y cumplirlo, a través de la adopción medidas positivas que den efectividad al derecho.

Si bien la salud es un bien que se goza en lo individual, no deja de ser relevante reconocer que tiene un componente colectivo en cuanto a que se ve afectada por factores sociales y ambientales que contribuyen a su preservación, factores en los que se involucran múltiples actores, tantos como las múltiples áreas de atención requeridas para la atención en salud que permiten que un individuo ejerza su derecho a la misma. En relación con lo anterior la protección de la salud es también la protección de la libertad de las personas para desarrollarse en igualdad de oportunidades, pues los individuos tendrían el control de su cuerpo y de su mente.

El derecho a la salud mental es un derivado del derecho a la salud, que según la Organización Mundial de la Salud se define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, que no hace referencia solamente a la ausencia de malestar físico. En el presente apartado se revisará en qué términos está descrito el derecho a la salud mental en la legislación mexicana, así como las condiciones en las que según dicha legislación éste podría ser ejercido por los indígenas migrantes, de modo que pueda obtenerse un punto de contraste entre lo enunciado por las autoridades y el ejercicio real del derecho, que será realizado en el siguiente capítulo.

Discriminación Racial establecida en la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (03/05/2002).

En México el derecho a la salud está consagrado en el artículo 4° Constitucional, y está reglamentado en la Ley General de Salud que, en su artículo 2°, señala las finalidades del Derecho a la protección de la Salud:

“I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;

II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;

III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;

IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;

V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;

VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y

VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.”

Lo anterior implica que el derecho a la salud va más allá de la atención médica de enfermedades y que para el cumplimiento de este derecho son necesarias acciones de prevención, de desarrollo individual, comunitario social y ambiental, de investigación y difusión, entre otras. El hacer del Estado en función de este derecho debe medirse el cumplimiento de dichas finalidades, para la medición de lo anterior se pueden tomar en cuenta los indicadores básicos propuestos por el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, al que México se adhirió en 1981, en el que se señala que para la observación general del derecho a la salud es necesario tomar en cuenta las tres obligaciones de los estados para garantizar este derecho, *respetar*, que significa no ingerir en

el disfrute del derecho a la salud, *proteger*, adoptar medidas para impedir que actores no estatales interfieran en el disfrute del derecho a la salud, y *cumplir*, que significa adoptar medidas positivas para dar plena efectividad al derecho a la salud; así como cuatro elementos básicos que lo componen:

1. *Disponibilidad*. El Estado deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.
2. *Accesibilidad*. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos en cuatro dimensiones simultáneas:
 - No discriminación
 - Accesibilidad física
 - Accesibilidad económica (asequibilidad)
 - Acceso a la información
3. *Aceptabilidad*. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida.
4. *Calidad*. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

En este contexto, la salud mental como derecho, está inserto como materia de salubridad general en el artículo 3º, Fracción VIII, de la Ley General de Salud, en la misma ley en el artículo 27º, Fracción VI, se señala que para los efectos del derecho a la protección de la salud, la salud mental, se considera como uno de los servicios básicos de salud y se dedica el Capítulo VII (Cuadro 1) a la descripción de las condiciones en las que dichos servicios deben ser prestados.

Cuadro 10. Capítulo VII de la Ley General de Salud

Capítulo VII de la Ley General de Salud
Salud Mental
<p>Artículo 72.- La prevención de las enfermedades mentales tiene carácter prioritario. Se basará en el conocimiento de los factores que afectan la salud mental, las causas de las alteraciones de la conducta, los métodos de prevención y control de las enfermedades mentales, así como otros aspectos relacionados con la salud mental.</p>
<p>Artículo 73.- Para la promoción de la salud mental, la Secretaría de Salud, las instituciones de salud y los gobiernos de las entidades federativas, en coordinación con las autoridades competentes en cada materia, fomentarán y apoyarán:</p>
<p>I. El desarrollo de actividades educativas, socioculturales y recreativas que contribuyan a la salud mental, preferentemente de la infancia y de la juventud;</p>
<p>II. La difusión de las orientaciones para la promoción de la salud mental;</p>
<p>III. La realización de programas para la prevención del uso de sustancias psicotrópicas, estupefacientes, inhalantes y otras sustancias que puedan causar alteraciones mentales o dependencia, y</p>
<p>IV. Las demás acciones que directa o indirectamente contribuyan al fomento de la salud mental de la población.</p>
<p>Artículo 74.- La atención de las enfermedades mentales comprende:</p>
<p>I. La atención de personas con padecimientos mentales, la rehabilitación psiquiátrica de enfermos mentales crónicos, deficientes mentales, alcohólicos y personas que usen habitualmente estupefacientes o sustancias psicotrópicas, y</p>
<p>II. La organización, operación y supervisión de instituciones dedicadas al estudio, tratamiento y rehabilitación de enfermos mentales.</p>
<p>Artículo 75.- El internamiento de personas con padecimientos mentales en establecimientos destinados a tal efecto, se ajustará a principios éticos y sociales, además de los requisitos científicos y legales que determine la Secretaría de Salud y establezcan las disposiciones jurídicas aplicables.</p>
<p>Artículo 76.- La Secretaría de Salud establecerá las normas oficiales mexicanas para que se preste atención a los enfermos mentales que se encuentran en reclusorios o en otras instituciones no especializadas en salud mental. A estos efectos, se establecerá la coordinación necesaria entre las autoridades sanitarias, judiciales, administrativas y otras, según corresponda.</p>
<p>Artículo 77.- Los padres, tutores o quienes ejerzan la patria potestad de menores, los responsables de su guarda, las autoridades educativas y cualquier persona que esté en contacto con los mismos, procurarán la atención inmediata de los menores que presenten alteraciones de conducta que permitan suponer la existencia de enfermedades mentales. A tal efecto, podrán obtener orientación y asesoramiento en las instituciones públicas dedicadas a la atención de enfermos mentales.</p>

Fuente: Ley General de Salud con el articulado vigente previas a las reformas posteriores al período 2007-2012.

También debe señalarse que las condiciones con las que deben contar los servicios públicos para la inclusión y preservación de los pueblos indígenas, se exponen en el artículo 2° Constitucional y, específicamente, las características de las políticas públicas para la atención de la salud de estos grupos se encuentran en el Artículo 2°, Apartado B, Fracción III, en la fracción VIII se habla de la obligación del Estado para indígenas migrantes:

“B. La Federación, los Estados y los Municipios, para promover la igualdad de oportunidades de los indígenas y eliminar cualquier práctica discriminatoria, establecerán las instituciones y determinarán las políticas necesarias para garantizar la vigencia de los derechos de los indígenas y el desarrollo integral de sus pueblos y comunidades, las cuales deberán ser diseñadas y operadas conjuntamente con ellos.

Para abatir las carencias y rezagos que afectan a los pueblos y comunidades indígenas, dichas autoridades tienen la obligación de: (...)

III. 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.

(...)

VIII. Establecer políticas sociales para proteger a los migrantes de los pueblos indígenas, tanto en el territorio nacional como en el extranjero, mediante acciones para garantizar los derechos laborales de los jornaleros agrícolas; mejorar las condiciones de salud de las mujeres; apoyar con programas especiales de educación y nutrición a niños y jóvenes de familias migrantes; velar por el respeto de sus derechos humanos y promover la difusión de sus culturas.”

Asimismo, en la Ley General de Salud en el Artículo 27°, que señala los servicios que se consideran básicos de salud, la Fracción VI, señala a la salud mental como uno de ellos, mientras que en la Fracción X, pone como uno de ellos a “la asistencia social a los grupos

más vulnerables y, de éstos, de manera especial, a los pertenecientes a las comunidades indígenas”.

A nivel federal, lo hasta aquí expuesto enmarca el actuar de las autoridades en torno a la salud mental de los indígenas migrantes, durante la administración de Felipe Calderón este actuar puede verse manifestado en dos documentos primordialmente, en el Plan Nacional de Desarrollo, PND, y en el Programa Nacional de Salud 2007-2012. En el Plan Nacional de Desarrollo el aparatado en el que se describe su elaboración se apunta que en para la elaboración del Plan se incluyeron 4,334 miembros de comunidades indígenas en 57 foros organizados por la CDI. Dentro del PND los indígenas son considerados un grupo prioritario, se reconoce “que no disfrutaban de una situación social y económica propicia para el desarrollo humano; se caracterizan por vivir en altos niveles de pobreza y en una situación de significativa desventaja” (PND, 2007, pp. 82), por lo que señala la importancia del desarrollo de políticas públicas culturalmente pertinentes que promuevan la mejora de las condiciones de estos grupos; en relación con los indígenas migrantes, se señala que como consecuencias de la movilidad se encuentran los cambios estructurales en las economías locales y en las formas de organización comunitaria, tanto en las poblaciones de origen como en las de acogida, la transformación de las culturas y de las dinámicas familiares y la exposición cotidiana a la violación de sus derechos humanos por parte de las autoridades y a sus derechos laborales por parte de sus patrones; por último, en el cuerpo de este documento no se hace ninguna alusión a la salud mental, pues en relación con la salud se apunta que los esfuerzos se dirigirán a focalizar acciones e instrumentar programas a efecto de abatir la desnutrición a través de apoyo financiero y capacitación, se fomentará la afiliación al Seguro Popular, se dará atención en salud mejorando la infraestructura hospitalaria y de clínicas en lugares donde se puedan atender a un mayor número de comunidades, y se intensificarán los programas preventivos y educativos para el cuidado de la salud.

En cuanto al Programa Nacional de Salud 2007-2012, existen lineamientos de política pública en relación con la salud mental y la población indígena. En salud mental, en

un primer momento, a manera general se señala la importancia de desarrollar políticas públicas y acciones sectoriales e intersectoriales de promoción de la salud y prevención de enfermedades para la construcción de una nueva cultura por la salud que favorezca el manejo de los determinantes de la salud, entre ellas considerar e incluir en las acciones de promoción de la salud a lo largo del ciclo de vida, información y orientaciones pertinentes relacionadas con los factores que influyen en la salud mental de los individuos; como puntos específicos para esta tarea se manifiesta el deber por parte de la Secretaría de Salud de Fortalecer el Sistema Nacional de Atención en Salud Mental, a través del:

“desarrollo de modelos innovadores de atención, tanto en el nivel ambulatorio como hospitalario. Esto requiere de la movilización de mayores recursos para la atención de estos problemas, la formación de personal especializado y el diseño de fórmulas que faciliten la participación de la población en la detección y apoyo de las personas afectadas. Con el propósito de fortalecer los modelos innovadores de atención a la salud mental se llevarán a cabo las siguientes acciones:

- Integrar una red nacional de salud mental, conformada por unidades especializadas de atención, organizadas bajo un modelo comunitario.
- Reorganizar y fortalecer la atención en salud mental del sector, para que se brinde atención ambulatoria, hospitalaria y de rehabilitación especializada de pacientes con trastornos mentales.
- Implantar estructuras de hospitalización, breve como villas de transición hospitalaria y unidades de psiquiatría en hospitales generales en todas las entidades federativas.
- Instrumentar programas de rehabilitación psico-social (talleres de inducción laboral, salidas terapéuticas y centros básicos de abasto) dentro de las unidades hospitalarias y fuera (casas de medio camino, cooperativas mixtas, talleres protegidos, departamentos independientes, residencias para adultos mayores).

- Incorporar al CAUSES intervenciones que respondan a las principales necesidades de servicios de salud mental.” (SSA, 2007,)

En relación con la población indígena en este programa, se plantea la necesidad de impulsar una política integral para la atención de la salud de los pueblos indígenas, argumentando que “además de la desigual distribución de los recursos y servicios para la salud, que afecta de manera especial a los grupos indígenas, otra causa del rezago en salud en el que se encuentran estas poblaciones es la falta de programas y políticas integrales de atención a su salud” para lo que propusieron la creación de un grupo de coordinación sectorial para alinear los distintos esfuerzos de atención a la salud de las poblaciones indígenas, el orientar recursos financieros para la atención de las necesidades de salud de la población indígena, entre esto se fortalecerán los esfuerzos para incorporar a la población indígena al Seguro Popular y el realizar la Encuesta Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas. Es importante señalar, sobre el Programa Nacional de Salud, que no se hace referencia a las necesidades de los indígenas migrantes, a la salud mental de la población indígena, migrante o no, a la atención culturalmente pertinente de las instituciones de salud.

La Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, organismo descentralizado de la Administración Pública Federal que 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, no se encontraron referencias directas de acciones o programas promovidos por este organismo en relación a la Salud Mental aunque se reconoce, por ejemplo en el Programa para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas 2009-2012 y en el Programa Nacional para la Salud del migrante 2007-2012¹², programa

¹² En este programa la atención a los indígenas migrantes es descrita, en los términos que señala la Constitución en la Estrategia 9: Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud dirigidas a mujeres e indígenas migrantes. Líneas de acción: Promoción de la oferta de servicios de salud en lenguas étnicas proporcionando material educativo,

desarrollado en colaboración con la Secretaría de Salud, que debido a las circunstancias a las que se enfrentan los indígenas migrantes, éstos se exponen a circunstancias que afectan su condiciones de salud física y mental y que si bien no existe una epidemiología propia de este sector poblacional, el grupo cuenta con al menos dos de los factores de riesgo reconocidos para esta población: el formar parte de población indígena y ser migrantes (SSA, 20122), por no hablar de las condiciones de pobreza en la que viven la mayoría. No debe dejarse de lado que aunque existen, en la Secretaría de Salud, dentro de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, la Dirección General de Planeación y Desarrollo en el área de Medicina Tradicional, en la que no se trabaja con temas relacionados con Salud Mental, y el Consejo Nacional de Salud mental, del que no se obtuvieron datos de trabajo con población indígena migrante, no hay evidencia de algún programa que trabaje de manera directa con el tema de trabajo.

En el orden estatal, los derechos humanos¹³, entre ellos el derecho a la salud, están estipulados en la Constitución Política del Estado de Jalisco, en el Capítulo III intitulado De los Derechos Humanos y sus garantías, en este capítulo el artículo 4º, en los párrafos tercero y cuarto se señala que:

“Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y los

coordinación interinstitucional con otras áreas gubernamentales con el fin de potencializar las acciones que favorezcan la salud de la mujer migrante, contar con personal médico capacitado en salud intercultural, promoviendo la investigación estableciendo mecanismos de control epidemiológico – sociocultural regional con apego al respeto de los derechos humanos, prevención de las principales enfermedades que padecen las mujeres indígenas migrantes en colaboración con la Dirección General de Planeación y Desarrollo en el área de Medicina Tradicional.

¹³ Para estos efectos en el Párrafo segundo del artículo 4º de la Constitución del Estado de Jalisco se señala que “ Se reconocen como derechos humanos de las personas que se encuentren en el territorio del estado de Jalisco, los que se enuncian en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como los contenidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, en la Convención Americana sobre Derechos Humanos, y en los tratados, convenciones o acuerdos internacionales que el Gobierno federal haya firmado o los que celebre o de que forme parte”.

tratados internacionales de la materia, favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia.

Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley”.

El mismo artículo 4º, se tratan las cuestiones relacionadas con los pueblos y comunidades indígenas, entre ellas sus derechos humanos y su autonomía, misma que sólo puede ejercerse en sus lugares de origen, mientras que las referencias que se realizan a indígenas migrantes son concretas y se plasman en el Apartado B, Fracción VIII, “Establecer políticas sociales para proteger a los migrantes de los pueblos indígenas en el territorio del Estado, mediante acciones para garantizar los derechos laborales de los jornaleros agrícolas; mejorar las condiciones de salud de las mujeres; apoyar con programas especiales de educación y nutrición a niños y jóvenes de familias migrantes; velar por el respeto de sus derechos humanos y promover la difusión de sus culturas”.

En Jalisco, la Ley Estatal de Salud, se señala como uno de los objetivos del Sistema Estatal de Salud, el propiciar el desarrollo de las comunidades indígenas a partir de la instrumentación de políticas públicas tendientes a mejorar sus condiciones sanitarias, nutrición y atención médica; y coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección, así como asegurar a los pueblos y comunidades indígenas el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de su cobertura, aprovechando debidamente la medicina tradicional. En relación con la salud mental, ésta es entendida como un asunto de salubridad general, como un servicio básico de salud, un aspecto a incorporar en la educación para la salud, además dedica su Capítulo Séptimo la descripción de esta materia.

A nivel local en los municipios de la Zona Metropolitana de Guadalajara, no existe evidencia de acciones específicas para la salud mental de los indígenas migrantes, ya sea

a través de sus direcciones de Desarrollo Social del Sistema DIF o los Servicios Médicos Municipales.

Cuadro 2. Capítulo VII, Salud Mental en la Constitución Política del Estado de Jalisco

CAPÍTULO VII, DE LA SALUD MENTAL

Artículo 72. La prevención de las enfermedades mentales tiene carácter prioritario. Se basará en el conocimiento de los factores que afectan la salud mental, las causas de las alteraciones de la conducta, los métodos de prevención y control de las enfermedades mentales, así como otros aspectos relacionados con la salud mental.

Para los efectos del párrafo anterior se consideran como factores y causas que afectan la salud mental entre otros, los biológicos, psicológicos y socio culturales.

Artículo 73. Para la promoción de la salud mental, la Secretaría de Salud, impulsará la coordinación entre el organismo estatal que atienda o maneje la asistencia y las instituciones de salud, con las autoridades competentes, en cada materia, para fomentar y apoyar:

I. La planeación, realización y evaluación de actividades educativas, socioculturales, recreativas, productivas y ocupacionales que contribuyan a la salud mental y al desarrollo físico, psicológico y social del individuo y la comunidad, preferentemente en beneficio de la infancia y la juventud y sin menoscabo de la atención que amerite la población adulta y senescente;

II. La difusión de las orientaciones para la prevención del uso de sustancias psicotrópicas, estupefacientes, inhalantes y otras que puedan causar alteraciones mentales o dependencia, incrementando las campañas en el ámbito de la población de mayor riesgo;

III. La prestación de servicios de apoyo psicológico, individual y grupal, a las personas que viven con VIH/SIDA y otras enfermedades que afecten o puedan afectar la salud mental;

IV. La implementación de programas para la detección y atención de la depresión en los centros de salud regionales y municipales, atendidos por profesionistas y profesionales especializados en la prevención del suicidio; y

V. Las demás acciones que, directa o indirectamente, contribuyan al fomento de la salud mental de la población.

Artículo 74. La atención de enfermedades mentales comprende:

I. La atención de personas con padecimientos mentales; el tratamiento y la rehabilitación psicológica, neurológica y psiquiátrica entre otras, de enfermos deficientes mentales crónicos, deficientes mentales y adictos; y

II. La organización, operación y supervisión de instituciones públicas, sociales o privadas dedicadas al estudio, tratamiento y rehabilitación de enfermos mentales.

La prestación de servicios de salud mental deberá ser integral e incluirá actividades de medicina preventiva, curativa, de rehabilitación y reinserción social, sujetándose a lo dispuesto por el Reglamento de la Ley General de Salud y las Normas Oficiales Mexicanas aplicables para la Prestación de Servicios de Atención Médica.

Artículo 75.- El Ejecutivo del Estado, conforme a las Normas Oficiales Mexicanas que establezca la Secretaría de Salud, prestará atención a los enfermos mentales que se encuentren en reclusorios del Estado o en otras instituciones estatales no especializadas en salud mental. Al efecto, se establecerá la coordinación necesaria entre las autoridades sanitarias, judiciales, administrativas y otras, según corresponda.

Artículo 76.- El internamiento de personas con padecimientos mentales en establecimientos destinados a tal efecto, se ajustará a los requisitos científicos y legales que determine la Secretaría de Salud Jalisco.

No podrá negarse el acceso a los servicios de salud a que se refiere el párrafo anterior por la sola razón de padecer enfermedad infectocontagiosa.

Artículo 77.- Los padres, tutores, o quienes ejerzan la patria potestad de menores, los responsables de su guarda, las autoridades educativas y cualquiera persona que esté en contacto con los mismos, procurarán la atención inmediata de los menores que presenten alteraciones de conducta que permitan suponer, fundadamente, la existencia de enfermedades mentales. Para tal efecto, podrán obtener orientación y asesoramiento en las instituciones públicas dedicadas a la atención de enfermos mentales.

Fuente: Ley estatal de Salud, vigente hasta 2012.

Aunque dicha obligación sí está señalada en los artículos 42 y 43 del Título Quinto Desarrollo Humano, Capítulo I de la Ley sobre los derechos y el desarrollo de los pueblos y las Comunidades indígenas del Estado de Jalisco¹⁴, se habla de que el acceso efectivo de los indígenas a los servicios de salud constituye una acción prioritaria para el Estado quien junto con los municipios gestionará y facilitará el acceso a los regímenes de seguridad social progresivamente, a los indígenas interesados, que instrumentará también programas específicos para el fortalecimiento y mejoramiento de los servicios de salud en las regiones donde se asienten comunidades indígenas. En el artículo 44 de la misma Ley, señala que Los médicos tradicionales indígenas podrán practicar sus conocimientos ancestrales sobre la medicina tradicional y herbolaria para fines curativos y ceremoniales, sin que estos suplan la obligación del Estado de ofrecer los servicios institucionales de salud.

También debe señalarse que la respuesta institucional que existe en cuestión de salud mental es limitada para toda la población, no solamente para la población indígena migrante, no existe una epidemiología en salud mental de los mexicanos (SSA, 2012), no se favorece la creación de programas preventivos en el tema, no se discute sobre los componentes necesarios para que una persona pueda desarrollar en plenitud sus capacidades y alcanzar así la felicidad personal, cuestión dónde el bienestar subjetivo es básico, y no se discute el bienestar colectivo o comunitario como base del equilibrio de una sociedad que promueva estilos de vida saludable¹⁵, y ni siquiera se ha llegado a la discusión que existe en la OMS (2008) de la salud mental como un foco rojo en la productividad de los

¹⁴ En esta Ley no se habla de indígenas migrantes, sino de asentamientos indígenas de cualquier etnia que son distintos de una comunidad indígena, que son solamente las originarias del Estado: Wixárika y Nahua.

¹⁵ Factores sociales como las dificultades socioeconómicas, la discriminación social y cultural, la violencia, criminalidad, densidad de población y poco acceso a servicios básicos en la zona de vivienda, el desempleo o la inseguridad sobre el empleo, la falta de armonía o la violencia familia, el desarrollo de relaciones insatisfactorias o la percepción de una sociedad competitiva, son considerados como de riesgo para el desarrollo de enfermedades mentales, en todos ellos hay injerencia del Estado, el reconocimiento de ello, favorecería estrategias de abordaje integral y comunitario, no solamente en salud mental.

países por los años de vida saludable perdidos de la población económicamente activa, es decir, no es tomada en cuenta ni por los incentivos económicos.

Las obligaciones del Estado expuestas en los diversos marcos legales e institucionales, no han sido integradas en programas concretos de atención a las necesidades concretas de los indígenas migrantes, en la investigación documental no se encontró evidencia de su existencia, para respaldar lo anterior se expone a continuación, la visión de los indígenas migrantes con respecto al ejercicio de su derecho a la salud.

CAPÍTULO 4. LOS INDÍGENAS Y EL EJERCICIO DE SU DERECHO A LA SALUD EN LA ZMG

Es innegable que la formulación de políticas públicas es una actividad sociocultural, independientemente del enfoque desde el que éstas sean desarrolladas, en el sentido que buscan dar respuestas estructurales a condiciones sociales enmarcadas en procesos culturales concretos; diseñar, implementar, ejecutar y analizar una política pública, implica una traducción de las condiciones contextuales al lenguaje de la gestión pública. En el camino de esta traducción, muchas veces, se pierde de vista a los actores principales de este proceso, las personas que son objeto de la intervención del Estado en la búsqueda de garantizar sus derechos, es decir, se diseñan e implementan políticas públicas, sin lo público, lo que hace que la intervención estatal sea ineficiente.

Con la finalidad de conocer la visión del problema planteado por parte del público objeto de este trabajo, se realizó labor de campo a través de un trabajo etnográfico en asentamientos urbanos de las cinco etnias con mayor representatividad en la Zona Metropolitana de Guadalajara: Wixárika, Mixteca, Purépecha, Nahuatl y Otomí. El período de trabajo con las comunidades comenzó el 11 de febrero 2013, con las primeras visitas a los asentamientos de la colonia Ferrocarril con los mixtecos, la Noria y el Rehilete, purépechas, Santa Fe, nahua, la nueva Santa María y las Juntas, otomís, Centro, wixárika, las visitas a cada asentamiento se realizaron semanalmente hasta el mes de septiembre del mismo año; en los siete meses que abarcó el trabajo de campo se siguieron los siguientes pasos:

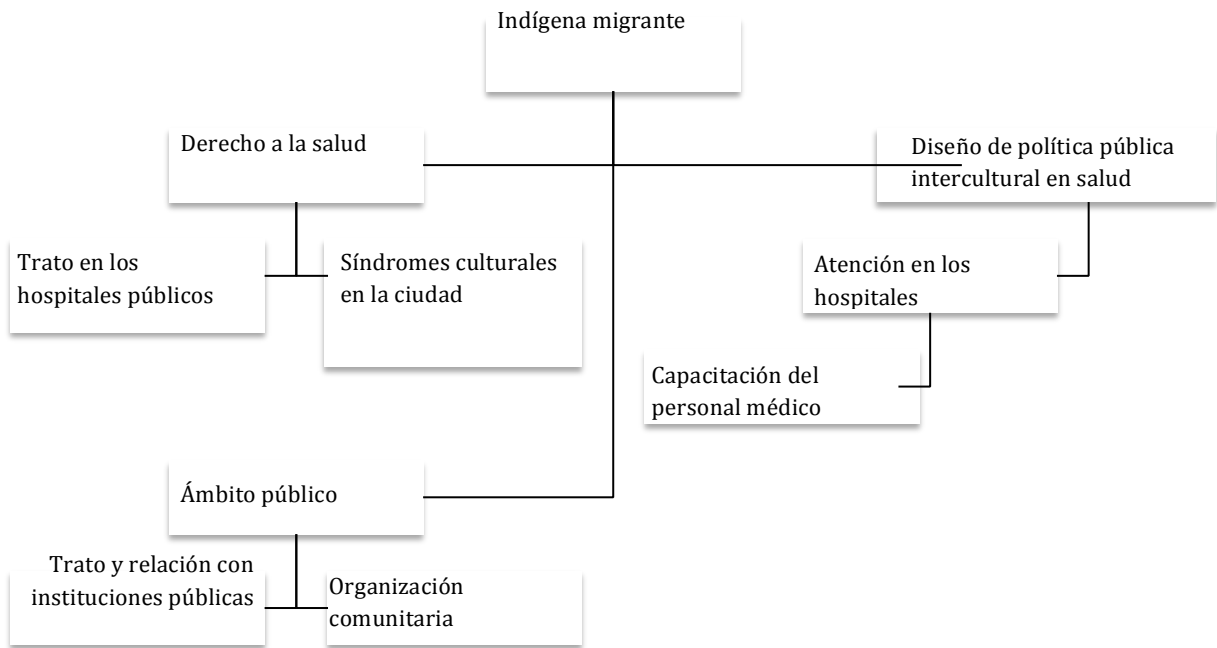
1. Inmersión: en esta etapa además de utilizar el *vagabundeo*, reconocimiento del terrero, por distintos asentamientos indígenas para identificar *porteros*, persona que es clave en el acceso a una comunidad pues implícita o explícitamente protege sus límites, al mismo tiempo se contactaron a algunos miembros de comunidades indígenas de la ZMG a través de instituciones como la Delegación Jalisco de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, la Universidad de Guadalajara con enlaces de los Hospitales Civiles, el

Centro Universitario de Ciencias de la Salud y la Unidad de Apoyo a Comunidades Indígenas, el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente y el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social Occidente.

2. Observación participante: en esta etapa, se visitaron asentamientos en los que habitan los indígenas en la ZMG así como sus lugares de trabajo, en las visitas a hospitales públicos, se acompañaron asambleas comunitarias y reuniones religiosas, con la finalidad de identificar informantes claves.
3. Recolección de datos: esta etapa se desarrolló en dos procesos, el primero de ellos, la redacción de diarios de campo, se realizó durante la duración todo el trabajo de campo, mientras que el segundo proceso fue a través de la realización de entrevistas semiestructuradas con los informantes clave, mismas que fueron audiograbadas, con el consentimiento informado de los participantes, y, posteriormente, transcritas.
4. Retirada del campo.

De lo anterior, con un objetivo meramente descriptivo, se hizo uso del material recogido en las entrevistas a informantes clave, de forma que se de plantee la visión de la realidad que tienen los actores sobre el sistema público de salud y la atención que allí se ofrece para este sector poblacional, así como la visión que ellos tienen de lo que implicaría de un servicio intercultural en el área. El análisis del contenido de las entrevistas se realizó siguiendo los pasos clásicos para el análisis cualitativo, según Uwe Flick (2004), se realizó una lectura minuciosa y sistemática de la transcripción de las 47 entrevistas realizadas, se realizó una codificación temática de las mismas, a través de lo que se identificaron patrones de contenido que den cuenta de las condiciones en las que los indígenas migrantes ejercen su derecho a la salud en la ZMG, la presentación no abarca la totalidad de los testimonios sino que se presentan los más frecuentes entre los entrevistados.

MAPA DE CATEGORÍAS PARA EL ANÁLISIS DE CONTENIDO



Fuente: Elaboración propia

4.1 INDÍGENAS MIGRANTES

Los motivos por los que miles de miembros de comunidades indígenas han dejado sus comunidades de origen y han migrado a la Zona Metropolitana de Guadalajara son múltiples, sin embargo la mayoría de ellos tienen como denominador común las condiciones de pobreza extrema a las que se encontraban sujetos en ellas, mismas que en la ciudad disminuyen, aunque no son satisfechas en su totalidad.

“(…) en las comunidades, hay unos que pos se traen durazno, plátanos y frutas, y pos traigo esto ¿qué me van a dar? - dame un kilo o dos kilos de maíz, y así se va cambiando. Te digo que llegó el tiempo, llegó la temporada en que no se daba nada, entonces se sintieron obligados a salir de su comunidad, nos vimos obligados, por lo menos llegar aquí pos estar en la ciudad sales y a vender lo poco que ganas pos ya

tiene para el día, ya tienes para el día, o, este, cuando uno sale a tocar tiene uno diez, quince, veinte pesos, o sea para la pura comida”. (Mixteco)

“Nos venimos porque ya no había vida allá, ya no había modo de salir adelante; por ejemplo como estamos ahorita, vivimos hoy en día, aquí en la ciudad francamente aquí es una friega, tenemos que trabajar todos los días porque hay modo, porque como somos comerciantes ganamos un peso para ir ganando, pero en el pueblo no, ahorita está muerto, no hay nada (...). Aquí hay mucha gente en la ciudad como nosotros, es mucha gente”. (Otomí)

“Nosotros somos originarios de Huejutla Hidalgo, como todo, uno aquí viene a trabajar a buscar un mejor futuro para la familia. Unos tienen aquí como 20 años, yo la verdad tengo como 7 años aquí. (...) Está dura la crisis allá, allá la mayoría se dedica al campo, y las cosas están muy difíciles, por ejemplo, ahorita hace mucho calor, todas las siembras que hacen se han quemado, más bien hay que mandar dinero para que sobrevivan. Si aquí hace calor, allá te vas a convertir en pollo rostizado”. (Nahua)

Otras de las necesidades como los servicios de salud, migración por salud, o la educación formal, también son motivo de migración.

“Llegué acá por un accidente porque yo me accidente allá en mi pueblo, me desbarranqué y quedé sin poder caminar y para poder tener atención médica tuve que quedarme en Guadalajara. Ya era difícil regresar a la sierra por mi situación que ya estoy en silla de ruedas, y allá no encuentro trabajo, empleo, seguridad económica; y, aquí en la ciudad aunque es difícil enfrentar la vida, hay oportunidades de poder desplazarme de un lado a otro, hay más oportunidades”. (Wixárika)

“Me vine a Guadalajara para estudiar, estudie la mecánica automotriz y lo termine un poco adelante, pero me gustó más el arte, entonces y ya me dedique más a la artesanía y ahora estamos trabajando pura artesanía wixárika, nuestro arte; aunque, casi la mayoría de las mujeres llegaron por enfermedad y ya así, para que no

vinieran a cada ratito y este... pues se quedaron y empezaron a hacer su artesanía, ya se quedaron aquí pero también van a sus comunidades y todo eso..." (Wixárika)

En los testimonios anteriores las condiciones de migración no obedecen solamente a las necesidades de la población indígena, sino a cualquier comunidad que no cuenta con fácil acceso o con los servicios básico, así como la población rural que por fenómenos meteorológicos o ambientales afectan el trabajo en la agricultura, lo que afecta su ingreso económico.

En las entrevistas también sobresalieron las condiciones de marginación que se replican en diferentes aspectos de la vida social, en diversos ámbitos como el laboral, en el que la gran mayoría se desempeña en el sector informal como comerciantes o trabajadores domésticos, debe señalarse que ninguno de los entrevistados se desempeña en el sector formal:

"Yo trabajo de empleada doméstica, todos trabajan en lo mismo, tengo un cuñado que trabaja en la fruta, mi sobrina trabaja en jardinería, otro cuñado de chofer, lavando carros los domingos como ustedes podrán ver. El chiste es encontrar chamba". (Nahua)

"Bueno pues empezamos así pos en cero, sin nada empezamos a vender semillas, cacahuates, chicles, hubo veces que estuvo pidiendo limosna para pasárnosla aquí; ya luego, poco a poco, nos asociamos con mi suegra de un cacito, un quemador, para poder freír papas, en aquel entonces ya en el 80, 81, 82 empezamos a vender en la Secundaria No.3 para Señoritas que está por el parque Morelos y ahí duramos tiempo vendiendo, nos ha ido bien, gracias a Dios". (Otomí)

Al llegar a la ciudad, y durante su proceso de adaptación, los indígenas migrantes se enfrentan a situaciones de discriminación, ya sea por su origen, que se mantienen a lo largo de su estancia, o por la lengua; siendo la escuela el ambiente en el que la discriminación afectó de manera significativa la vida de las familias migrantes.

"Cuando me vestía de "wixa" me decían, mira ahí va un indio. Hasta una vez íbamos mi familia y todo eso, y yo tenía un cartón en el camión y llega un señor y tira mi cartón

abajo del camión y yo me enojo bien machin y casi le iba a golpear y nada más me le quede viéndole, se levantó y mi dice pinche indio y yo le dije, tu eres más indio que yo hijo de la chingada y yo estaba tan enojado que lo patee hacia fuera". (Wixárika)

"Antes mis hijos si hablaban, de más chiquillos, pero luego en la escuela se burlaban y de repente dejaron de hablar porque les decían "huicholitos". Porque mucha gente así dice: ahí van los "huicholitos", están ahí los "huicholitos"; si nos enojaba eso..." (Otomí)

"Y pos nos inscribieron aquí en la escuela y aunque bueno fue difícil para nosotros porque no sabíamos hablar el español y pos ya ahí estuvimos, pos hablábamos en nuestra lengua y ya después como que vimos que los niños de aquí nos discriminaban porque nosotros en ese entonces traíamos nuestra vestimenta y así nos mandaron a la escuela y pos como vimos todo eso ya no queríamos ir a la escuela, porque nos criticaron de que como hablábamos y todo eso, pero ya después poco a poco, vamos, tratamos de hablar así en español para que ya no nos digan cosas pues, y pues sí, sí fue difícil con nosotros porque yo ya no quería ir a la escuela, le decía a mi papa que ya no quiero ir y todo eso y pues me decían que sí tenemos que estudiar y eso y entonces pues nos llevaban y nosotros íbamos pero casi no poníamos atención porque los demás en los niños que nos criticaban. Y siempre fuimos, aunque sea para terminar la primaria, nos decían y pues sí terminamos la primaria, todos, pero si fue muy difícil, después nos cambiaron de escuela y nos quitaron la vestimenta. Y nos fue un poco mejor porque ya no nos decían tantas cosas los niños porque a lo mejor ellos no sabían que éramos indígenas y ya pos con la vestimenta más fácil nos identificaban porque vestíamos diferente que ellos y luego hablábamos nuestra lengua y todo y por eso ya dejamos de hablar mixteco. Ahora mis niños ya no lo hablan. Es que era por lo mismo, en cuanto yo me casé, yo pensaba que era mejor para ellos enseñarles el español para que no sufrieran lo que nosotros sufríamos y todo eso, y pos tampoco ellos ya no se visten así como nosotros". (Purépecha)

Frente a estos procesos de discriminación, surgen como mecanismo de defensa en el sentido adaptativo, los procesos de aculturación en el que los indígenas enfrentan un proceso de transición de una cultura a otra en el que se implica la pérdida de elementos de la cultura original con la finalidad de integrarse en el ambiente cultural de acogida.

“La costumbre de aquí se está llevando a las comunidades, se está perdiendo lo bueno y está quedando lo malo, porque aquí así es, te chingas o te chingas”.
(Mixteco)

“Nos discriminan por el dialecto, porque es un dialecto. No es una lengua, porque una lengua es el inglés, francés, italiano, este es un dialecto que se habla en parte de México; el náhuatl, el purépecha, el huichol, el popolotl, el mixteca, zapoteca y así, son dialectos aquí, en otros países se les ha de llamar idiomas pero son dialectos”.
(Nahua)

Los procesos de aculturación no son el único mecanismo de adaptación utilizado por los indígenas migrantes, existe otro proceso llamado transculturación en el que la cultura de origen y la cultura de acogida se integran desarrollando una nueva cultura que les permite a los migrantes mantener elementos de su cultura original y al mismo tiempo desenvolverse en su nuevo contexto, neoculturación (Ortiz, 2004), en este proceso de integración puede ser fruto de la reflexión del actor o de la intervención de agentes externos a la cultura de origen.

“Si, aja de hecho, de hecho a veces te hacen preguntas de ¿qué me considero?, me considero una tapatía de la ciudad o me considero una mixteca de allá y yo siempre digo es que es difícil, porque si salgo a la ciudad, trato de hablar, trato de estudiar, trato de aprender lo que se aprende en la ciudad pero si llego a mi casa, llego a mi comunidad y ahí yo tengo que tratar, tratar de seguir con las costumbres y educación que nos han dado. Por ejemplo si salgo en la ciudad igual me puedo poner tacones, o lo que no haces normalmente ¿no? Como una indígena, llego a mi casa y no debo de hacer eso, o sea no va, entonces, yo si me siento algo complicada en eso, porque no sé, se puede decir que ni soy de aquí ni soy de allá, o las dos cosas, no sé,

soy de aquí y soy de allá, pero sí, no te sientes un cien por ciento identificada con las dos cosas, de todos modos 'ta la presión ahí". (Purépecha)

"Mi hija, la primera vez, no quería ir a la escuela porque le decían de cosas porque éramos indígenas, que porque su mamá iba de vestido y la llevaba y yo la iba a traer y le decían de cosas. – Mire hija usted hable en su lengua, caramba, que no le de pena, ellos hablan uno sólo, y tú tienes el orgullo de decir que tienes que hablar de dos, es más háblale en tu lengua y mándalos hasta allá, al fin nadie te va a entender. Así poco a poco empezaron a respetarlo... y ya después cuando a mí me invitaron para hablar en la lengua y todo eso en la escuela junto con los niños y ya poco a poco empezaron a respetar. Ya ahorita no les han dicho nada, y ya te digo que han educado en estos tiempos a los niños..." (Wixárika)

"Manejamos siempre el idioma el otomí, muchas personas platican, mi esposa y yo platicamos, muchas personas hablan pero cuando salen a la calle como que les da vergüenza porque hubo un tiempo que la gente se burlaba, hasta el padre les dijo que no hay que criticar a nuestros hermanos indígenas porque Dios nos dio a cada uno nuestro lenguaje y no es bueno reír porque no eligieron la forma en que hablan y dios los mandó así, entonces hay que respetarlos." (Otomí)

"Allá en mi comunidad se usan las faldas como que en toda la comunidad y yo también soy una de ellas, aquí nos empezó a incomodar, a lo mejor, la falda porque a la mayoría ya nos vestimos de pantalón. Es otra de las cosas que estamos tratando de rescatar, el día que yo me puse esta falda o la blusa y todo eso, me daba una vergüenza que no te imaginas, así pero, muchísima, a pesar que yo no conocía a nadie, ni ellos me conocían a mí y aun así me daba muchísima vergüenza, no sé, esa es una de las cosas que más me toco ponerme, bueno ahorita esta casi no la uso por la comodidad, pero ya me siento mejor, ya me siento más a gusto cuando me la pongo, porque también queremos que la gente identifique que somos diferentes del vestir de otras comunidades y queremos que la gente conozca la vestimenta de los mixtecos" (Mixteco)

En esta creación de la nueva cultura, en la que se pierden o reducen los valores originales del sujeto, en este caso de los indígenas migrantes urbanos, quienes se ven orillados adaptarse a nuevas dinámicas enfrentando sus propias creencias. Como parte de este enfrentamiento, los indígenas no son capaces de afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y de hacer una contribución a su comunidad de acogida, si se sigue la lógica de la definición de salud mental antes expuesta, puede decirse que los indígenas migrantes urbanos no cuentan con las condiciones para mantener su salud mental de forma adecuada (Jilek, 2000; Berry, 2011), en la ZMG los indígenas migrantes, que se enfrentan a condiciones en las que los procesos relacionados con el estrés y depresión.

“El otro día, cuando fue la semana santa, así estuve bien enferma de tanto extrañar a mi papá, de tanto extrañar a mi mamá, a mis hermanos, me enfermé de eso. Me aprendí mi trabajo y tengo que seguir en mi trabajo, mientras nos den permiso tenemos que trabajar.” (Wixárika)

“La gente que ha vivido toda su vida allá y de repente llega aquí y cambia la comida, la forma de vivir, la forma de, bueno todo, se deprimen más, no les gusta. Te digo el ejemplo de que una prima, que no sé si alucinó, pero bueno, ella se deprimía porque decía que, en Guadalajara, no era feliz cuando llego aquí, ella vivía muy bien allá, te digo que sí se deprimió, porque aquí llegabas, y cualquier comida comes aquí, llegas y comes, y allá no, allá todo es natural, ella hace de comer y por lo mismo ya no vive aquí, se regresó al pueblo.” (Mixteco)

“Hay depresión, uno por la problemática económicamente, pues en los compañeros no encuentran trabajo, a mí me ha pasado. Por ejemplo me preocupo por la salud de mis hijos, la educación que no les falte nada y uno se la pasa pensando.” (Wixárika)

“Por ejemplo ya me empezaba a estresar yo sola cuando empezaban con temas de los indígenas o mencionaban bromas de los indígenas, yo ya me estresaba, no sé, no se te sientes muy mal, de alguna manera si nos afecta mucho.” (Purépecha)

Hasta ahora, se ha visto como es que los diferentes miembros de distintas comunidades indígenas, ahora asentados en la ZMG, se enfrentan a las condiciones de vida que exige el ritmo de las ciudades, en las que el proceso de adaptación y los señalamientos constantes por su origen, los orillan a esconder sus características étnicas como la indumentaria y la lengua, mientras que el esfuerzo por conseguir un trabajo para mantener a las familias, así como la constante comparación entre la vida en las comunidades y la vida de la ciudad, el extrañar la comida, el estilo de vida y a los seres queridos, les dificultan la integración a la nueva cultura, mientras que la cultura de acogida no cuenta con la preparación para recibirlos de manera adecuada y facilitarles este proceso. Un ejemplo de ello, puede observarse en el sistema público de salud en el que existen diversos obstáculos a los que estos grupos deben enfrentarse para ejercer su derecho a una atención adecuada.

4.2 LAS CONDICIONES DE ACCESO A LA PROTECCIÓN EN SALUD

Las unidades públicas de atención médica más utilizadas por los migrantes indígenas en la ZMG, son los Hospitales Civiles, el Hospital de Zoquipan, el Hospitalito de Zapopan y en algunos casos, los centros de salud cercanos a sus domicilios, en estos lugares, en diversas condiciones los entrevistados manifiestan las dificultades que han tenido para acceder a la atención que ellos o sus familiares han requerido en distintos momentos.

“La atención que nos dan cuando vamos a una clínica hospital, es que a veces no nos atienden muy bien o de que te explican cosas muy breves, que a lo mejor no entiendes y preguntas y como que ya no te lo vuelven a explicar” (Wixarika)

“En el hospital, a veces no me querían dar citas o a veces no quería dar bien medicamentos, a veces no hay ese medicamento, pues ni modo que hay que contar. Pasa eso porque alguna vez yo no puedo hablar bien y ellos escuchan que no puedo hablar bien a lo mejor por eso ¿no?” (Purépecha)

Aunque las deficiencias de la atención en los hospitales públicos, para toda la población de usuarios, los entrevistados se han encontrado con otras dificultades asociadas a su condición indígena.

“Las mujeres indígenas son las más agravadas porque no saben explicarte las cosas, porque, me estaba platicando mi mama ayer que veníamos en el tren, que en el seguro una enfermera, una doctora, diario andan de malas, a mi me tratan mal cuando yo tengo que estar ahí, por ejemplo cosas así ¿no? También me toco otra señora que me toco que la trataron mal pero en el hospital del sol, pero también por lo mismo ¿no? como que no, pos porque piensan que son tontas, ¿no? Como sienten que los indígenas, están tontos.”
(Purépecha)

“Ahí en el hospital civil no nos atienden como debe de ser, porque hay muchos pacientes, lo que veo que hasta los doctores están enfadados. También algunos compañeros me estaban diciendo que porque son indígenas y hablan diferente y nos los entienden les hablan también mal. Tal vez, pueda ser eso, puedan pensar que al cabo a esos quién los puede ayudar o quién va a ver por ellos, pero, lo que estaba viendo yo, es que estaba uno de esos que apoya a los indígenas, este pero el día que fuimos no estaba, tratamos de localizarlo y no estaba porque era noche ya se habían ido a descansar y no estaba, no sé a qué horas lleguen o a qué horas están, en el nuevo no nos hemos visto casi con ellos...”
(Otomí)

“Llegas al Hospital Civil y este no te atienden bien, a mí me paso con mi hijo. Primero lo lleve con el Simi. Cinco ampolletas, y no se me curaba y dije “pues voy a ir con otro doctor el particular, sí es bueno ese doctor, lo lleve y no pos a mí me dijo.. “creo que lo vas a tener que llevar al hospital civil” Mi hijo, lloraba mucho, tenía calentura y no se le quitaba la calentura, lloraba mucho y lloraba mucho y tenia este flema en los bronquios y me dice el doctor – vas a tener que nebulizarlo pero eso en el hospital para que no salga tan caro o si quieres comprar el aparato y ya yo te doy el dosis que le tienes que poner, te cuesta como mil pesos. Híjole mejor me voy al hospital. Fui al hospital civil y este.... Fui con mi pareja, entonces mi pareja no entiende el español, no entiende bien. En lo que yo pase con.. allá a la recepción a registrar el niño, y ella se paso a formar, a hacer fila y me acuerdo porque no había, no había mucha gente no había casi nadie, y

luego luego la pasaron, La pasaron pos y yo, yo no entre y cuando salió le dije que tiene o que hay que comprarle y me dijo “no pos pasa tu y pregunta, a ver vamos a preguntar, porque yo no entendí ..ah y dije no pos vamos a preguntar. Cuando yo entre a preguntar, la doctora me ve y dice “no no no ¿Qué hace aquí, qué hace aquí?” así luego luego no es que vengo a ver que tiene mi hijo vengo a preguntar que tiene mi hijo o que tengo que hacer “no no no es que ya le explique a la señora, ya le explique a la señora, usted esperece allá , a ver señora pásele” y le digo oiga doctora esperece, ella no habla bien español, no entiende bien, no comprende el español bien “no esperece ella puede sola, si ella llevo aquí es que ella puede sola” . Le dije está bien espero allá en urgencias, y luego salí y me senté y dije “¿no pos, a ver qué hago?” No se prestaba la doctora y como allí había una cajita de quejas y sugerencias, pensé uhh chingado una queja, una queja aquí. Y estaba el de seguridad. Y le dije oiga pos consígame una hoja, no una hoja en blanca para.. poner.. mi queja aquí y “¿qué, qué paso, que paso qué ?” “no pos trato de pasar a ver como sigue mi hijo y la doctora me está sacando y mi esposa pos no entiende”, y me contestó “a no pos sí, y ¿ya le comento?”, y “pos , sí ya le comente” las trabajadora social tampoco nos responde, y me empecé agarrar allí... y ya puse la queja hospital civil a tal hora, a tal día. Y que sale la doctora y me estaba mirando y luego paso y me estaba mirando y luego regreso, en lo que yo estaba escribiendo y luego como que ya presentía algo. Paso la doctora y se me quedo mirando “¿Oiga qué está haciendo?” “mi queja le dijo estoy presentado una queja que voy a presentar, ¿por qué? A ver dígame por qué señor? Tengo derecho de hacerlo o si quiere me salgo afuera a escribirlo afuera o si quiere luego vengo y lo pongo” “no, no, no vengase, vengase, vengase”. “No sé que tiene mi hijo pero si algo le pasa a mi hijo la voy a demandar a usted, nosotros somos de una comunidad indígena y yo sí entiendo todo lo que me tenga que decir pero mi esposa no entiende y el niño está llorando. Y un doctor me mando a urgencia con él, si me mando aquí a urgencia es por algo, no nomas así por así, “pero si le pasa algo a mi hijo a usted la hago responsable doctora”. “ah no, no, no hay cuidado para que llegar a tanto, no, no no , usted no me haga caso” Es que... estaba yo con los servidores prestadores de servicio, pero así me hicieron así ah enojar, pero usted venga le voy a explicar” le digo “si pero deje termino mi queja” como que diciéndome no déjala . Ya lo termine lo puse así, quién sabe si hicieron caso o no, pero ya son las atenciones que muchas veces uno sufre ahí, y por el color, por el lenguaje, por desconocimiento.” (Mixteco)

“Los indígenas no tenemos muy bien terminados nuestros estudios, entonces no sabemos cuáles son nuestros derechos o qué o cuándo quejarse, entonces uno no pone ni queja ni dice nada, porque uno piensa que hasta pueden sacarlo de la clínica por andar quejándose, por eso no dice nada, esperan su turno a que lo atiendan, si lo atendieron, sino ni modo, pero hay mucha gente que así piensa.” (Wixárika)

“Con lo del maltrato, por ejemplo a mí siempre me da la ansiedad de que si mi mamá va al hospital como que siento que debo de acompañarla ¿no?, porque sé que alguien o algún vivo va a intentar hacer alguna tontería, hay como que me siento así ya, prejuicios de esos lugares ¿no?, a mí si me da miedo, porque a veces a lo mejor ellos dicen algo y, no se algo, la solución puede quedarse lejos por los prejuicios que se tienen en esas atenciones y pos a lo mejor no, no se atiende lo que se tiene que atender o a lo mejor lo toman más fácil pero por la dificultad. Me ha tocado ver así, en los hospitales como a veces te vienen a tratar de una manera que dices ¿cómo es posible? ¿no?” (Wixárika)

“A veces las mujeres no quieren ir al centro de salud porque dicen la doctora es muy, es muy critica” y dicen que no la quieren, “ojala que no me toque esa doctora”, porque si van saben que no te van a atender. Que empieza a criticarte desde la forma de vestir, si hablas en dialecto te dice así como públicamente ¡platica en español! y así. Entonces las mujeres dicen “yo no voy a ir, prefiero no ir a que me pongan a una regañada.” (Nahua)

“Pues yo creo que, sí los atienden...pero no como debe de ser. Has de cuenta que estuvieras tú enfermo ahorita y estuviéramos en una comunidad indígena y no sabes decirlo pues a este lo agarro aquí y duele, no tener un dolor aquí o lo agarro aquí y como que se altera pues entonces uno yo creo que el doctor hace lo mismo estar adivinando que tienen o que le dan tratamiento pero pues es casi casi estar adivinando, no, si es no o no es, puede ser o este va a ser.” (Purépecha)

También debe reconocerse la labor que se hace en el Hospital Civil Nuevo, a través de la unidad de apoyo a indígenas, en las que las trabajadoras sociales intentan mediar entre los médicos y las necesidades de los indígenas, así como al personal médico que de manera individual opta por ofrecer un servicio de calidad.

“A veces me habla la trabajadora social del civil nuevo y me dice ¿por qué no te das una vuelta? porque hay una persona wixárika y no le entiendo, date una vuelta. Y así ando echando la mano tanto ahí como en la penal.” (Wixárika)

“En el hospital civil hay una trabajadora social, pero no está todo el tiempo, imagínate, en la noche no está, hay que estar buscando ahí y las dos de la mañana, y en emergencia hay que estarla buscando, para encontrarla falta un edificio o un letrero que diga atención a pueblos indígenas.” (Mixteco)

“La trabajadora social del civil, Xóchitl, cuando yo no tengo dinero ella va a comprar de su bolsa los medicamentos.” (Otomí)

“Yo en el hospital civil vi a un doctor que mis respetos, yo le dije “del tiempo que tengo viviendo en Guadalajara, que he ido al hospital civil nuevo y he estado aquí en el hospital civil viejo, y en esta área jamás había entrado, pero me da mucho gusto que, encontrar doctores como usted”, porque allí me llamó el doctor, él buscó para ver si el proporcionaban a alguien como intérprete a la lengua mixteca, entonces le dieron mis los datos los de la comisión nacional para el desarrollo de los pueblos indígenas, entonces me hablaron a mí, para asistir a esta persona y yo fui, y cuando llegue dije ¿pos quién será? y eran otros mixtecos que venían de otras comunidades. Entonces le dije al doctor con mucho gusto: Aquí nadie ha hecho eso, ¿a usted cómo se le ocurrió? Mi curiosidad es eso como se le ocurrió a usted buscar alguien que buscar interprete de la señora? Y dijo “Mira yo estudie medicina ... yo he ido a dar mi servicio social a lugares donde se ocupa un intérprete, pero vi a la señora como que dudosa, con miedo, con desconfianza pos dije pos no y me hablo unas que otras palabras pero yo no le entendí, entonces dije “va ser de una población indígena”.” (Mixteco)

Además de las deficiencias en la atención en las unidades médicas, existen condiciones relacionadas con la salud, como los síndromes culturales que afectan la vida de los indígenas migrantes y que no pueden ser atendidos en la ciudad, a menos que se cuente con la asistencia de médicos tradicionales.

“A mí me pasó eso, porque cuando se murió mi cuñado, vi como reaccionó mi suegra le dieron el aviso que se acaba de fallecer el hijo, ella no fue una persona que se controlara sino que fue pegó el grito, saltó y gritó; haga de cuenta que sentí que me entró algo en los huesos y yo pensé, ¿qué voy a hacer? Pasó todo eso, el siguiente día el entierro y todo eso, al siguiente día no me podía dormir, no me podía yo dormir, le dije a mi esposo, yo no sé que voy a hacer pero no me puedo dormir, como que siento algo, quiero dormir pero como que siento feo, me espanto, como que llega alguien y me asusta, yo no sé qué vamos a hacer. Ya me llevó con mi mamá y mi mamá me curó como si fuera los niños chiquitos, puso una olla vaporera con hierbas que hirvió, esas hierbas lo apartó en una jarra para cuando termináramos de bañar; porque no nomás me hizo, hizo él también, nos bañó, nos dijo métanse a bañar y terminándose de bañar se vienen y yo les voy a dar una buena sobada, y nos dio una buena sobada y con eso santo remedio tuvimos, y me dejó dormir. Yo pienso que si uno no se cura con hierbas se muere.” (Otomí)

“Yo soy mixteca, pero hablo también mixteco y soy de Oaxaca y en mi pueblo también se acostumbra creer en esas cosas y cuando se enferma uno, cuando va al doctor a veces no se cura y vas al doctor, y vas al doctor y no te curas, y no te curas, me ha pasado con algunos familiares también y ya cuando se van al pueblo, regresan al pueblo porque ahí están las personas que curan con otras cosas, de la limpia y eso con el huevo, mi abuelita cura, y nos regresamos allá o cuando hay alguien aquí nos vamos ahí con ellos, ahora resulta que a veces si se alivia la gente y a veces no porque se curaron con el doctor y ya cuando no se curaron con el doctor vienen aquí o cuando no se curan aquí.” (Mixteco)

“Ahora sí te puedo decir, el curandero si tú tienes un problema de susto y el curandero te está ayudando y no te curas en verdad no tienes un susto sino simplemente estas enfermo, pero si vas tú con el doctor y sigues con ese mismo problema y vas con un curandero y te curas es como tú te das cuenta, amigos cercanos míos este primero lo que hacen que van con un curandero y no los cura y luego van con un doctor y es cuando se curan, el problema de ahí es que no estaba asustado sino que era una enfermedad, entonces si tú vas con un doctor y no te cura es cuando tú te das cuenta que es un susto, que no se puede definir o no se puede saber qué es lo que tiene hasta cuando acuda con doctores con curanderos es cuando tú te das cuenta y si no funciona es del otro y si no es del otro es del otro.” (Nahua)

“Fíjate que aquí hay una cosa, cuando sacan la radiografía estás bien de salud eso te dice el doctor, pero el enfermo sigue igual. Lo que yo veo ahí, lo que diga el doctor que antes lo vea el mara’akame si está enfermo porque debe algo, para que no haya más... el doctor no se quiebre la cabeza del por qué no se ha aliviado. Yo me he fijado porque ya he cuidado a mucha gente se ha muerto por eso, luego de que tiene nada y se muere y le dicen se murió por cáncer o por lo más famoso diabetes. Entonces yo ahí analizo muchas cosas y luego te mueres y ultimadamente te dice que por diabetes o por cáncer eso no es. A veces yo digo, es que uno tiene que ver al doctor y al mara’akame.” (Wixárika)

“Somos diferentes, tenemos enfermedad, son diferente que tenemos enfermedad, cuando solamente que si está quebrada tu pie, así el doctor te va a sacar radiografía. Pero una enfermedad, no entendemos todo, lo que dicen el Dios, lo que dice el mundo, es que entendemos diferentes enfermedades. (...) Pero nosotros los huicholes sabemos por qué nuestra costumbre tenemos, maíz, diferente color: prieto, blanco, amarillo, dorado, pinto, muchos colores tenemos, hasta llega a tu estomago, tu no lo puedes sacar, por eso tú tienes calentura, estas vomitando, te duele la cabeza, te da diarrea, porque ya nos conoce ya lo sabe el maíz, porque llevamos todos lados, (...) por ahí, así nos dejo creer esta nuestra costumbre, de nuestros abuelos, aunque no estudiamos eso, y estudia, pero ya el curandero ya lo sabe, qué enfermedades nos está llegando, y así yo sé muchas cosas, yo te digo, sí usted está mala, primero yo mi consulta, pero hasta 5 días, yo voy estar checando 5 días, hasta ya después como vaya sintiendo usted, ya me dice, que es lo que tiene, siempre yo voy tratando qué es lo que tiene usted, yo la voy limpiando, yo te digo a ver si puedo si no puedo yo te digo, así yo he trabajado.” (Mara’akame)

Los síndromes culturales pueden dividirse en tres categorías según Hollweg (1994), la primera corresponde a síndromes emocionales reactivos, la segunda a síndromes de daño puesto o embrujos y la tercera a enfermedades del alma; en los testimonios de los participantes se pueden encontrar manifestaciones de enfermedades en las tres categorías, siendo la relacionada con elementos emocionales la más frecuente en los migrantes entrevistados.

Con base en los elementos anteriores se confirma que no se brindan los elementos necesarios para resolver las necesidades de atención a los indígenas asentados en la ZMG, pues además de las deficiencias estructurales del sistema público de salud, se adiciona nula existencia de un enfoque intercultural en el diseño de la atención.

4.3 ELEMENTOS NECESARIOS PARA EL DISEÑO DE LA ATENCIÓN A LA SALUD

En este apartado se expondrá a las condiciones concretas que la población indígena considera que deberían ser incluidas en las políticas públicas para la atención de la salud de los indígenas migrantes.

“El gobierno da apoyo en cuanto atención a salud, no como quisiéramos, pero hay que saberla buscar, hay que saberla comunicar y yo casi no he batallado en ese lado, sé los movimientos que se hacen, los papeleos que se hacen en los centros de salud, me sé todos los trámites y así no batallo, ya sé dónde llegar y con quién dirigirme, porque lo viví, como te digo fueron varios años en esa situación y hasta ayudo a la gente que lo necesita en esa situación.” (Wixárika)

“Sería bueno que en el Hospital Civil hubiera un curandero que supiera las enfermedades y las hierbas, mientras que los doctores nos acepten, pero sí nos dicen: ¡esas son cochinas, eso no se toma, eso ya paso!, no sirve, porque a lo mejor ni nos toman en serio.” (Otomí)

“Yo nací de partera. Yo, mi hermana, como dos hermanos nacimos de, de la partera aquí estamos, pero las autoridades... es que lo que pasa yo creo que lo que pasa es que ya existe un sistema... deberían de abrirse un poquito más a las comunidades, sí nos cierran el camino, no quieren abrirse a otras cosas y eso no está bien, ahorita es difícil encontrar o que te den informaciones sobre los curanderos ó chamanes, si vas y preguntas van a decir “ a no sé, de qué me estás hablando” por miedo de que los vayan a detener o castigar o sancionar, se cierran” (Mixteco)

“A mí me gustaría mucho que aparte de los doctores, hubiera curanderos de nosotros mismos wixaritari y que nos ayuden igual, si me voy al hospital civil y allá otro checan que tengo enfermedad de mi costumbre o de mi cultura que allá que me revise el mara’akame, el curandero y así yo creo que sí... a mí me gusta así, porque yo así soy.” (Wixárika)

“Bueno, para nosotros, es que es muy difícil para empezar, hablar con alguien ajeno a nosotros, su cultura, entonces yo creo que hablarían más fácil o que seríamos un poco más abiertos con alguien que sea indígena, también y yo, bueno, igual puedes tener un traductor como siempre no, pero es muy difícil, es que como que no estamos acostumbrados a tratar con otras personas, bueno con mestizos pues, como que si nos cuesta mucho trabajo” (Mixteco)

“Pues es que si es algo difícil, porque ellos pues ya tienen otro tipo de estudio pero yo creo que siempre respetando a la cultura, o sea lo que ellos deben de saber este, y ponerse en la cabeza por decirlo así, es que ok te respeto a ti tu cultura lo que tú digas lo que tu hagas y yo hago mi trabajo, voy a hacer lo que sea posible de hacerlo, a lo mejor en eso porque de otra forma, es que lo veo difícil para que también ellos, para que ellos, para que los doctores entiendan que son diferentes, si lo veo difícil, porque por lo poquito que yo he visto, que yo voy con un doctor, siempre te dice es que tienes esto y esto y si tú dices bueno voy a ir con un curandero, te dice ¿cómo es posible? O sea como que ellos son muy negativos de eso, ¿cómo vas a ir con ellos eso no sirve? o no se x cosa, entonces es difícil hacerle entender pero yo creo que si tienes algún respeto con la cultura mía y con tu medicina pues igual y si se pueda solucionar, con que tú no te metas de más conmigo, y a lo mejor eso pudiera funcionar no sé, porque si es también difícil decirle a los doctores, no es que usted tiene que entender que esto también es importante para mí, pues es que hay unos doctores que de plano no creen en nada de eso, entonces yo creo que sí debería de haber un cierto respeto, nada más entre el doctor y el paciente. Los indígenas tenemos una creencia muy aparte a los doctores, entonces es muy difícil hacer comprender un doctor que yo soy diferente o al revés, hacerme entender a mí que la medicina esta, hoy es más mejor que las que yo uso, yo pienso que un respeto, de otra forma no.” (Mixteco)

“Pues eh, la estadística, pues que lleve un registro de, de cómo se están comportando y que mande uno de los indígenas en la ciudad y encuentre salud, como que en muchos términos siempre tiene que ver para que algo mas o menos guiarles ¿no? Por lo menos en el hospital civil, en Zoquipan, no existe ningún registro de los indígenas, de por qué viene a atenderse acá ¿no? Eso sería importante ¿no?” (Wixárika)

“La verdad hay que hacer una junta y hacerles ver a los que están arriba que se fijen en las necesidades del pobre porque la verdad son muchas. Si los que están arriba sintieran lo que los están abajo, vieran las cosas de otro modo, pero la verdad estando arriba no, es lo mismo que cuando anda uno acá, si ellos vieran esas necesidades aunque si lo ven y lo saben nomas que no quieren, es que sí, si se voltearan a ver abajo para los más necesitados. A veces no tiene uno ni para comer, se enferma uno, pues vende uno lo poquito que tiene uno, una tele, una grabadora, un estéreo, lo vende uno para aliviarse, no hay modo de conseguir o endrogarse, sacar dinero, a crédito porque no hay de otra.” (Nahua)

“A todas esas instituciones que te cobran a donde vayas, si vas a la Cruz Verde te cobran, si vas a la Cruz Roja te cobran, solamente uno hablando, oye pues no tengo sólo esto te puedo pagar. Ya ves que hay un decreto federal que todo mexicano se debe atender donde ande pues así lo dijo el presidente Felipe cuando tú le dices: oye ¿por qué aquel dice eso?, si no lo estás aplicando, entonces como que más o menos captan y dicen: este mexicano sí tiene razón. Yo por eso he hablado, si yo no tengo moneda pues me tienes que atender. Pues este, se involucran muchas cosas al tomar ese tipo de acciones, entonces pues que la ley se aplique tal como debe de ser, si hay una ley que dice que debe de haber servicio para todos los mexicanos, que se aplique, no nada más que sea un escrito plasmado en un libro que realmente se cumpla, porque a veces dicen hay estos decretos pero resulta que no se llevan a cabo...” (Wixárika)

En este apartado, recuperar un testimonio por al menos cada uno de los elementos que se recuperaron como básicos en las políticas públicas de Australia, Nueva Zelanda y Canadá, a manera de dar cuenta de que el contenido plasmado en el diseño de las políticas revisadas contempla los elementos mínimos indispensables recuperados por la propia población objetivo.

4.4 SUJETOS NO VISIBLES EN EL ÁMBITO PÚBLICO

Todos estos elementos pueden ser integrados en una política pública en salud, que garantice el derecho a la salud de este sector poblacional, sin embargo, es necesario que los indígenas migrantes se conviertan en un sector visible en el ámbito público, de manera que sus demandas puedan adquirir mayor visibilidad, hasta ahora los acercamiento han sido para obtener recursos de la CDI y espacios comerciales con los ayuntamientos de la ZMG.

“Cuando entró Aristóteles de presidente municipal, dice ” ¿tú qué quieres para tu gente?” ¡A mí me preguntó!, “¿tú qué quieres para tu gente?”, yo le dije que una ciudad indígena en el estado de Jalisco no estaría nada mal, no nomás los mixtecos sino Purépechas, Huicholes y así hacer un mercado, un lugar donde concentrar las comunidades indígenas en la ciudad y que tenga su propio mercado para que pueda este para que puedan comerciar, este puedan intercambiar cosas y regularizar todas, todas la cosas por mandos ya sea por cooperativa o por pequeñas empresas para que también paguen impuesto y así todos bien y me contestó “¡ah cierto! ¿no? pos vamos a trabajarlo”. Estuvo tres años ahí y no hizo nada, ahorita, cuando solicitamos el espacio para las señoras que para la exposición artesanal aquí en Chapultepec dijo Carolina del Toro dijo a las mujeres - hay que bañarse tres veces antes de ir allá, tres veces, hay que cambiarse, dice, pero ya le iba contestar y el de atrás me dice, “¡no no no! ¡espérate espérate!”. Y la ignorancia también de las comunidades indígenas, una huichola que tiene estudio, tiene estudio la compañera la conozco porque yo la vi la vi en el ITESO estudiando y se para y todavía le sigue la corriente a la Carolina ¿no?, dice, “compañeras, pos no hay que venirnos así greñudas hay que bañarnos” pos así, si están diciendo, que las comunidades indígenas apestan y ahí vas tú también pos ¡chinagao!” (Mixteco)

“Ahí te va, estuvimos peliando el espacio para vender en los Panamericanos, nosotros tuvimos peliando eso conjuntamente con los huicholes, ahí con la organización de los huicholes, entonces, nos tuvimos gestionando con Carolina en la Secretaría de Desarrollo Social peliando, posteriormente se integraron otras comunidades, otros mixtecos que

viven en Tonalá pero este sí pudimos estar ahí en Chapultepec, nos tocó espacios de medio metro por mono, a las señoras medio metro por mono.” (Mixteco)

“Pensando en eso, yo como wixárika para que ya no haya más intermediarios de organizaciones y todo, empecé hacer un proyecto y pensar: ¿por qué no organizarnos nosotros mismos como indígenas que somos?; pues para conseguir apoyo para los indígenas entonces nos organizamos y hasta ahorita nos ha ido muy bien, ya el gobierno municipal nos reconoce como organización, la organización tiene dos años y medio, tiene poquito, pero el grupo se inicio ya teníamos reuniéndonos como tres años y medio y poco a poco decidimos que legalmente nos organizáramos y ahorita yo soy como el representante, me eligieron como presidente y de hecho fui yo el iniciador de esto; yo no buscaba que me eligieran como su representante, yo nada más puse la idea para apoyarlos y nada más, pero tú mero vas a ser nuestro representante y este... estoy muy bien, estoy a gusto porque me gusta apoyar a mi gente a los wixárika, y no nada más a los wixaritaris, también estoy conformado con otros grupos indígenas de otras lenguas como Fondo Regional de Tonalá de hecho yo ahí llegué cuando entró Adrián y yo empecé empujarlo “échale, échale” y ahorita... yo por mí... creo que Fondo Regional son los mejores organizados hasta ahorita de todos los municipios que están, son los que tienen más gente, eso es lo que yo he visto. Ahorita tenemos en Paseo Chapultepec de Juárez a Hidalgo, estamos puros indígenas y también me eligieron como su representante de todos los indígenas, ahí andamos apoyando para que conjuntarnos y seguir más apoyo; por ejemplo ustedes también están preguntando cómo apoyarnos y este yo creo que nos entendemos y en conjunto podemos hacer muchas cosas y... yo siempre he dicho nos entendemos, acercándoos a platicar los problemas que se pueden atender de las necesidades de los pueblos indígenas. Nosotros estamos en apoyar a nuestras comunidades, pero primero nos tenemos que organizar bien y así. Hasta ahorita, es necesario que le preguntes a todos, porque cada quién tiene sus experiencias y este... por ejemplo, yo cuando llegué la primera vez, yo... vi que había mucha discriminación hacia nosotros y poco a poco fui aprendiendo las cosa y hasta ahorita voy bien, hablo bien con la gente, con la sociedad, ya nos ve mucho mejor, ahorita dicen que bueno que se organizaron porque eso hace falta aquí; porque como somos nativos del estado de Jalisco y entonces estamos echándole ganas y a ver hasta donde llegamos.” (Wixárika)

“He estado trabajando, como te digo, mucho con el proyecto Wixárika de artistas y artesanos que vivimos en la zona metropolitana de Guadalajara, estuvimos participando mucho ahí, estuvo toda la ciudad, nada mas los poderes ahí, este en ese sentido, dentro de ese proyecto, muchas de las ideas que votaron a favor, eh dentro de los estatutos, las aportamos nosotros, este más que nada a mí me gusta mucho, hablamos mucho de cómo crear una nueva imagen, de cómo podremos presentar mejor nuestros trabajos, entonces todas esas ideas me parece algo que me gustaría que conociera la gente ¿no?, entonces mucho eso trabajamos, mucho eso, el estar coordinando al grupo de los que andaban, la mayoría eran, son mujeres, porque sigue todavía trabajando el proyecto, otras posibilidades que tenemos a veces que tenemos que una entrevista en la radio o, te digo, dar algún discurso, es que pues ahí vamos con miedo y con todo, fui a visitar algunas instituciones para darnos a conocer mejor, todas esas cosas, pues ahí estaba tratando pues de apoyar en lo que yo pudiera, ahorita por ejemplo estamos con los artesanos, este pero, , ahí también estamos trabajado la mayoría del consejo directivo de mujeres, entonces pues queremos igual, estamos, estar más enfocados también a, a dar a conocer a difundir más lo que son nuestras culturas pero de toda la república, no nada más wixárika, estoy trabajando en un, en el fondo regional de jóvenes indígenas, soy tesorera, y como que un poquito de todo mi trabajo, mi trabajo que es tratando de opinar.”
(Wixárika)

La organización que hasta ahora se ha dado entre los migrantes indígenas ha sido principalmente con fines comerciales, lo que les ha permitido desarrollarse en el comercio informal de diferentes productos para aumentar sus ingreso económico, sin embargo, como pudo observarse, también existen organizaciones que buscan rescatar la cultura origina, regularizar asentamientos, o integrar a diversas comunidades.

CAPÍTULO 5. LINEAMIENTOS DE POLÍTICA PÚBLICA INTERCULTURAL

Durante la Reunión de Pueblos Indígenas y Salud, realizada en 1993 en Winnipeg, Canadá, los participantes, entre ellos México, reconocieron que la brechas existentes entre las condiciones de salud de los pueblos indígenas y otros grupos sociales se ven reflejadas en las enfermedades de este grupo, de este reconocimiento surgió la recomendación a los gobiernos integrantes sobre la promoción de políticas que facilitaran la participación de representantes indígenas en la formulación de políticas y estrategias de promoción de la salud, y el fortalecimiento de la capacidad nacional y de las instituciones locales responsables de la atención de la salud de los indígenas para lograr un mejor acceso a una atención de calidad de modo que contribuyan a mejorar las condiciones de equidad para dichos pueblos (OPS, 1993). Es en base a estas consideraciones que, a partir de los insumos recogidos en el análisis de política comparada de salud mental para indígenas migrantes, de las entrevistas a indígenas migrantes de la ZMG y de los lineamientos establecidos por organismos internacionales en materia de salud y derechos humanos que se presentan las siguientes sugerencias para mejorar las condiciones del ejercicio del derecho a la salud de la población objetivo.

Según el Protocolo de San Salvador, al que México se suscribió el 17 de noviembre de 1988, el Estado tiene como compromiso reconocer la salud como un bien público, entendiéndola como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, además de adoptar medidas para garantizar este derecho: a) La atención primaria de la salud, entendiéndola como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad; b) La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado; c) La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; d) La prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole; e) La educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y f) La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

En este marco, la integración de la interculturalidad, entendida como la interacción comunicativa que se produce entre dos o más grupos humanos de diferente cultura (Austin, 2004), en la que la conjunción de las necesidades propias de los indígenas migrantes en salud encuentren respuesta en el sistema de salud occidental. Desde la interculturalidad, se pueden realizar apuestas para una integración de la población indígena al contexto urbano, en el que siguen desenvolviéndose en condiciones de pobreza, marginación y constante conflicto identitario.

Para la OMS (2001), las políticas de salud mental deben describir los valores, los objetivos y las estrategias gubernamentales para reducir la carga que representa la salud mental y mejorarla. Definen una visión de futuro que ayuda a establecer un programa para la prevención y el tratamiento de las enfermedades mentales, la rehabilitación de personas con trastornos mentales y el fomento de la salud mental en la comunidad. En esas políticas se especifican los criterios que se deben aplicar en todos los programas y servicios y que los vinculan con objetivos y una visión y un propósito comunes. Sin esa coordinación global, los programas y los servicios resultarán probablemente ineficientes y fragmentados.

Esta descripción de las políticas públicas en salud mental marcado por la OMS, ofrece elementos para el análisis de las políticas vigentes de salud mental en México, qué tan congruentes son con las directivas internacionales y con las necesidades de la población en general, y particularmente con las de los indígenas migrantes, para quienes a las directivas anteriores debe agregarse el factor cultural que se describe a continuación.

5.1 INTERCULTURALIDAD EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

La cultura comprende valores, actitudes, normas, ideas, hábitos y percepciones internalizadas así como formas o expresiones concretas que se adoptan y que, en gran medida, son compartidas por un grupo de personas. La interculturalidad puede ser entendida entonces como la habilidad para reconocer, armonizar y negociar las

innumerables diferencias que existen al interior de cada sociedad (PAHO, 2008) y hace referencia a la interacción comunicativa que se produce entre dos o más grupos humanos de diferente cultura, que pueden ser llamados etnias, sociedades, culturas o comunidades (Austin, 2004).

En este sentido, una política pública intercultural comprendería procesos de integración capaces de generar relaciones de reconocimiento mutuo, diálogo, debate, aprendizaje e intercambio (Giménez, 2000), con todo y las dificultades de entendimiento que puede haber en el proceso.

“Una política o enfoque intercultural en salud tiene al menos dos niveles de expresión: uno el de las acciones y actividades que materializan la interacción entre medicinas, y otro el de la cultura que sustenta los modelos médicos en interacción. El primero trata básicamente las estrategias de comunicación intercultural que aparece como un factor que disminuye las barreras sociales y culturales entre equipos de salud y usuarios. El segundo, el más complejo de desarrollar implica trascender desde la acción médica concreta hacia la implementación de un modelo pluricultural de salud y sociedad. En este proceso que requiere de transformaciones estructurales a largo plazo y responsabilidades que sobrepasan a los actores del sistema de salud, son las estructuras del Estado en su conjunto con las sociedades indígenas quienes deben establecer las bases para un proyecto multicultural de sociedad”. (Alarcón, Neira y Vidal. 2003:1064)

A continuación se exponen estos componentes, las posibilidades de otros más integrados de las necesidades expuestas por los miembros de las comunidades indígenas y del documento *Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas* de la OPS (2008), en una tabla que exponga las condiciones actuales y las posibilidades de mejora o desarrollo en el contexto local.

5.2 ELEMENTOS PARA UNA POLÍTICA PÚBLICA INTERCULTURAL

Concepto de salud mental desde la visión indígena	Estado actual	Observaciones y recomendaciones para su desarrollo
Incluye elementos culturales en el diseño de la política	No	<p>El integrar las palabras indígenas, pluricultural y cosmovisión, en los textos legales no es sinónimo de la inclusión de elementos culturales, pues no se habla de conceptos concretos de las culturas indígenas, un ejemplo puede encontrarse en las Constituciones de Ecuador, en 2008, y de Bolivia, en 2009, en las que la Pachamama, dónde se reproduce y realiza la vida desde la cosmovisión indígena, tiene derecho a que se respete integralmente su existencia y el mantenimiento y regeneración de sus ciclos vitales, estructura, funciones y procesos evolutivos; y aunque podría señalarse que estas inclusiones parten de preceptos ecologistas, es innegable que su contenido es cultural; que aunque son un referente latinoamericano en el tema, no cuenta con políticas específicas para el tema de la salud mental, por lo que no pudieron ser incluidos en el presente trabajo.</p> <p>En este sentido, es importante que los juristas, los <i>policy makers</i> y los funcionarios públicos, se adentren en las cosmovisiones de las comunidades indígenas, de manera que sean incluidas en la legislación y que a través de ello se promuevan acciones concretas que coadyuven a la protección de los derechos de los indígenas y de su cultura, señala la Ley Estatal de Cultura y Pueblos indígenas del Estado de Jalisco; que en los hechos tiene la mínima aplicación en la ZMG.</p>

<p>Se incluyó a agentes indígenas en la elaboración de la política.</p>	<p>No</p>	<p>A pesar de que en el Artículo 2º, Apartado B, Fracción III, de la Constitución se expresa abiertamente el mandato de la inclusión de las comunidades indígenas, en el diseño de las políticas focalizadas actuales no existen indicios de su cumplimiento, al contrario, se han encontrado múltiples evidencias de que las políticas y programas dirigidos a esta población son inadecuadas a sus necesidades.</p> <p>El diseño de las políticas dirigidos a indígenas, debería contar con la inclusión de sus miembros y estar basadas en la pluriculturalidad del estado mexicano, se sabe que existe un debate entre el derecho de las minorías contra el de la mayoría, sin embargo en un contexto como el nuestro, la mayoría son los más excluidos, e impera el derecho para las minorías. Es decir, no es contradictorio diseñar programas para los indígenas migrantes en zonas urbanas, el primer paso en la ZMG sería contar con un consejo, ya sea metropolitano o por cada municipio, en el que se traten los asuntos indígenas, pues en la actualidad solamente existen los Fondos Indígenas promovidos por la CDI, que tratan principalmente temas de apoyos productivos y no se vinculan abiertamente con los municipios.</p>
<p>Se incluyó a la sociedad civil organizada en la elaboración de la política.</p>	<p>No</p>	<p>La inclusión de la sociedad civil, tampoco es visible en los documentos oficiales, sin embargo no deja de ser un elemento necesario, partiendo de que toda política pública es pública, en el sentido que incluye a los sectores involucrados en el desarrollo de programas que garanticen el ejercicios de los derechos humanos.</p> <p>En el caso de la ZMG, como se describió en diferentes puntos del trabajo, no se encontraron vínculos constantes de los asentamientos indígenas, de sus organizaciones o de los líderes, sino más bien acercamientos con la finalidad de resolver problemas específicos, o por parte de los políticos en campañas electorales. En muchos procesos de diseño de políticas públicas en la ZMG dónde la sociedad civil organizada tiene aportaciones importantes no</p>

		es tomada en cuenta como un elemento básico para el diseño, sino que los grupos han utilizado diferentes mecanismos de presión social para incidir en las políticas públicas; con lo anterior, se fortalece la noción de que para abrir un espacio en la agenda pública para políticas interculturales es necesario que los grupos indígenas se organicen para visibilizar sus necesidades y proponer alternativas.
Tiene un componente de derechos humanos manifiesto.	Sí	<p>La Reforma Constitucional del 2011, el componente principal que da seguimiento al derecho a la Salud, así como los Tratados Internacionales, en materia de salud y de población indígena a los que se encuentra adscrito nuestro país. Aunque nuevamente hace falta que estos acuerdos y reformas sean integrados en el diseño de los programas de atención en salud.</p> <p>En el Estado esta la Ley estatal de Cultura y Pueblos indígenas, en ella la atención a la salud se señala como un tema prioritario para las comunidades indígenas, no así en la Ley de salud del Estado, en la que no se habla de los indígenas como grupo prioritario o con necesidades especiales.</p>
Contiene indicios sobre indígenas migrantes	No	<p>En el Artículo 2º, Apartado B, Fracción VIII Constitucional, se reconoce la existencia de familias de indígenas migrantes, sin embargo las políticas focalizadas para la población indígena son solamente destinadas para las comunidades indígenas en las localidades de origen.</p> <p>En la Ley estatal de Cultura y Pueblos indígenas no existe la noción de indígenas migrantes, solamente se reconoce que en el estado existen asentamientos de indígenas que no son propios del estado. Esto nos habla de la poca relación que hay entre la Ley y la vida de los indígenas.</p>
Señala acciones concretas para indígenas migrantes	No	<p>En la Ley estatal de Cultura y Pueblos indígenas no existe la noción de indígenas migrantes, solamente se reconoce que en el estado existen asentamientos de indígenas que no son propios del estado. Esto nos habla de la poca relación que hay entre la Ley y la vida de los indígenas.</p>
Señala una implementación congruente, posible y ordenada	No	<p>Esta implementación no puede ser posible, porque los programas específicos no han sido diseñados aún; incluso en el Hospital Civil, dónde existe una trabajadora social dedicada a la atención de las</p>

Tiene objetivos claramente señalados	No	comunidades indígenas, ésta no cuenta con un presupuesto específico, y hasta el momento del período de estudio no se señalaba como una unidad específica de atención. Es necesario que las instituciones públicas desarrollen programas de atención específicos y que no sean los avances existentes iniciativa de un servidor público en lo individual, de manera que se de continuidad a las acciones, y que el apoyo no sea dependiente de la presencia del trabajador, sino de un protocolo institucional. Como nota adicional, en México del total del presupuesto asignado a la salud, solamente el 2% es orientado a la salud mental; de este monto, se destina el 80% a la operación de los hospitales psiquiátricos (PAHO, 2011), con lo que queda poco espacio a propuestas de atención comunitaria o presupuestación para programas específicos, como ya se mencionó.
Se establece con claridad el financiamiento de la política	No	
Cuenta con un sistema de monitoreo comunitario	No	
Existe evidencia de la implementación real de la política	No	
Se tiene detectada la epidemiología en SM de la PI	No	
Describe acciones relacionadas con las lenguas indígenas	Sí	En la constitución sí se marca la necesidad de establecer mecanismos para garantizar la comunicación entre los indígenas y los servidores públicos, sin embargo, estos no existen como parte de los protocolos de atención y en la ZMG han sido los individuos particulares, los servidores públicos por iniciativa individual o los miembros de las comunidades indígenas, quienes suplen esta carencia.

Es la PP específica para la SM	No	Las políticas nacionales y locales en salud mental, se focalizan en adicciones y prevención de la violencia, sin contar que éstos no son propiamente problemas de salud mental. También debe señalarse que en las políticas mexicanas la salud mental tiene una concepción retrasada con respecto a las discusiones actuales de la OMS en el tema.
Promueve la capacitación del personal de salud en temas culturales	No	Esta capacitación no existe en la actualidad, un punto que debe desarrollarse desde las escuelas de medicina, psicología, enfermería y trabajo social, entre otras pues el diseño de las instituciones de salud es multidisciplinar, en una revisión de los programas de estudio de estas licenciaturas, tampoco existe un acercamiento cultural a las enfermedades. Incluso, para los médicos que realizan su servicio social en comunidades indígenas, ésta es inexistente. Más tarde con los profesionistas en servicio, esta capacitación o actualización en el área sigue sin darse, por lo que la sensibilidad cultural del sistema de salud es mínima.
Explícita la participación de profesionales de diversas disciplinas en la atención	Sí	

Como puede observarse, en México y particularmente en la ZMG no existe una política en salud mental para la población, ya sea mestiza o indígena, lo que favorece la exclusión de las personas que padecen una enfermedad mental, en el caso de los indígenas migrantes exacerba la exclusión de la que son objeto en la ciudad. Los lineamientos clave para la integración de esta población deberían partir de dos puntos básicos, el conocimiento de las cosmovisiones y los elementos básicos de las culturas originales en México, y con ello el reconocimiento de los mecanismos que los mantienen en marginación, dando así espacio para su integración en una política verdaderamente intercultural.

En los países estudiados, Australia, Canadá y Nueva Zelanda, el cambio de sus políticas hacia los indígenas de sus países partieron del reconocimiento de sus tribus como habitantes originales del territorio que ahora es parte del estado, incluso han pedido perdón a estos pueblos por ser objeto de devastación y colonización, de manera que comenzaron por el reconocimiento de la dominación colonial; la mayor coincidencia que existe entre los casos estudiados y la ZMG es el porcentaje de habitantes indígenas, que en todos los casos no supera el 5%, por lo que también se podría resolver de esta forma el debate que este tema podría abrir sobre el derecho de las minorías a la atención de necesidades particulares.

CONCLUSIONES

La conjunción de la inclusión de elementos culturales, agentes indígenas, sociedad civil organizada en el diseño de la política, la perspectiva de derechos humanos y de integración a migrantes, el desarrollo de un sistema de monitoreo en salud en términos incluyentes e interculturales, la progresiva sensibilización de los médicos en temas culturales, la asignación desde las instituciones públicas de recursos específicos es la que podría dar origen a una política pública acertada y efectiva en salud mental para los indígenas migrantes de la Zona Metropolitana de Guadalajara, y ser un parte aguas en las políticas de atención a indígenas en México.

En la política mexicana, los indígenas son solamente un referente cultural más no un sujeto activo de la sociedad, por ejemplo, en la constitución éstos son tratados como un objeto de derecho y no como un sujeto de derecho, capaz de ejercer la ciudadanía en plenitud de facultades, tal vez ésa sea la siguiente lucha, la descolonización de los indígenas mexicanos.

Después de este proyecto, surgen más interrogantes, por ejemplo ¿puede una política en salud incidir efectivamente en la inclusión de la población indígena en el ambiente urbano?, la respuesta a esta pregunta puede no ser directamente proporcional, es decir, no significa que entre más políticas específicas para indígenas existan, éstos serán mejor integrados en la vida urbana. Como ha podido observarse, los indígenas que habitan en la ZMG, a través de los años, han desarrollado mecanismos de organización, ya sea familiar o comunitaria. La organización de los indígenas migrantes y la visibilidad de sus problemáticas, es lo que puede dar pie al seguimiento de las propuestas de política intercultural, y no solamente en salud, sino en todos los ámbitos de la vida urbana en las que la población indígena se ha integrado, como se ha visto en el sector económico dónde han sabido hacer llegar sus demandas a los actores políticos adecuados.

Una de las principales observaciones es la falta de información que existe en el sector público respecto de los indígenas migrantes en cualquiera de las ramas, la falta de vigilancia epidemiológica en salud mental, y en salud en general, la desinformación por parte de los tomadores de decisiones y diseñadores de políticas y programas respecto de contenidos específicos de la salud mental, por ejemplo la citada encuesta del Instituto Nacional de las Mujeres en la que por salud mental se tratan los temas de violencia de género y adicciones, esta falta de información desemboca en programas basados en creencias individuales que por su ineficiencia hacen mal uso de los recursos públicos. También reconocer que no existe discusión pública abierta en cuanto a salud mental, que las aproximaciones que existen actualmente en el sistema de salud público son solamente clínicas y de tratamiento sin opción a abrir espacios de prevención o de tratamiento comunitario.

En relación con la interculturalidad, la misogenia¹⁶ que permea la sociedad mexicana, como lo han descrito Octavio Paz en el *Laberinto de la Soledad* (1950) y como lo han explicado primero Francisco García Sancho (1995) y después Sergio Villaseñor (1998), dificulta el acercamiento con las diferentes etnias que cohabitan en la ciudad, parecería que ellos, los indígenas se salieron de su lugar, de los cerros, y que sólo son útiles en cuestiones de folklor; me pregunto que pasaría si, como ha trabajado Boaventura de Souza, reconociéramos que ellos, los indígenas, llegaron primero a estas tierras y que somos los mestizos los que hemos mantenido relaciones colonialistas con los pueblos indígenas y que a través de ellas hemos despojado a las etnias de su territorio, de su estilo de vida y de su cosmovisión, tal vez comenzaríamos a acercarnos para resarcir los daños y para aprender los unos de los otros, por lo que el primer esfuerzo del sector público en relación con la atención en salud es la sensibilización cultural, después que en el diseño de las políticas se

¹⁶ Misogenia: Odio o aversión por el origen o por los orígenes. Puede ser una condición de sufrimiento o infortunio para un individuo y de enfermedad en grados extremos, si la expresión de la misogenia se hace de un grupo social sobre otros, se puede hablar de misogenia política (Villaseñor, 1998).

integren miembros de las comunidades indígenas, de organizaciones de la sociedad civil y académicos cercanos al tema y de las comunidades de profesionales en las que recaerán las acciones.

Durante el trabajo de campo se observó de cerca los esfuerzos que hacen cada día las comunidades por integrarse a la vida urbana, en algunos casos preservando su cultura original y en otros desligándose de ella, el papel del Estado no es decidir por los miembros de la comunidades indígenas cómo deben integrarse en las ciudades, sino ofrece alternativas para que su transición no derive en procesos violentos que no permitan que decidan como quieren vivir aquí. Las condiciones locales que permitan la integración de elementos interculturales en las políticas públicas implica que los tomadores de decisiones reconozcan que dar respuestas a la pluriculturalidad implica conocer, respetar e integrar las diferencias de cosmovisión de las etnias que aún existen, a fin de recuperar el legado y garantizar el respeto de sus derechos.

REFERENCIAS

Aceves, M. (2008). *La experiencia del proceso de Aculturación en el migrante indígena wixárika de la ZMG*. Tesis de maestría no publicada, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Puebla, Puebla.

Aboriginal Affairs and Northern Development (2010). *Aboriginal Peoples and Communities*. Aboriginal Affairs and Northern Development. Disponible en: <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/eng/1100100013785/1304467449155#tphp> [Consultado el 25 de noviembre de 2012].

Aboriginal Healing Association (2003). *Third Interim Evaluation Report of Aboriginal Healing Foundation Program Activity*. Aboriginal Healing Association: Ontario.

Adler, P. (1975) The Transitional Experience: An Alternative View of Culture Shock. *Journal of Humanistic Psychology*. 15(4), p. 13–23.

Aguilar, L. (1992). *El estudio de las políticas públicas*. Miguel Ángel Porrúa, México.

Aguilar, L. (2006). *Gobernanza y Gestión Pública*. FCE, México.

Aguilar, L. (2007). “Marco para el análisis de las políticas públicas”, México. Conferencia dictada en el I Encuentro Presencial de la Maestría e Políticas Públicas Comparadas, FLACSO, México, enero.

Alarcón, A.; Vidal, A. y Neira, J. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista Méd. Chile*, 131 (9), 1061-1065.

Alarcón, V. (2011). Ciencia política. En: *(Pre)Textos para el análisis político*. Villareal, E. y Martínez, V. (Coords.) FLACSO, México.

Alladin, W. (1993) Transcultural counselling: Theory, research and practice. *British Journal of Clinical Psychology*. 32, 255-256.

Alonso, J. (2008). Mezcala: un espejo y un corazón. *Envío*. 39. Disponible en: <http://www.envio.org.ni/articulo/3874> [Consultado el 20 de abril de 2015]

American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-V*. Masson, Barcelona.

American Psychiatric Association (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV Texto revisado*. Masson, Barcelona.

Anguiano, A. (2007). Un nuevo paradigma de atención a los menores vulnerables migrantes. En: Rosa Rojas y Luis Vázquez (Coords.) *Indígenas e indigenismo en el Occidente de México*. México: CNDI, Universidad de Guadalajara, CIESAS.

Arellano, A. (2007). Los Tuxpanenses en Guadalajara. En: Rosa Rojas y Luis Vázquez (Coords.) *Indígenas e indigenismo en el Occidente de México*. México: CNDI, Universidad de Guadalajara, CIESAS.

Australian Bureau of Statistics, (2007). *Population Distribution, Aboriginal and Torres Strait Islander Australians, 2006*. Australian Bureau of Statistics. Disponible en: <http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/mf/4705.0> [Consultado el 22 de noviembre de 2012].

Australian Government (2012b). *Aboriginal & Torres Strait Islander Health performance framework: 2012 Report*. Commonwealth of Australia: Melbourne.

Australian Government (2012a). *Ways forward: national Aboriginal and Torres Strait Islander mental health policy*. Australian Government, Department of Health and Ageing. Disponible en: <http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/mental-pubs-w-wayforw-toc~mental-pubs-w-wayforw-exe> [Consultado el 20 de septiembre de 2012].

Atilano, J. (2000), *Entre lo propio y lo ajeno: La identidad étnico-local de los jornaleros mixtecos*. México: INI-PNUD.

Baxter, J.; et. al. (2007). Te Rau Hinengaro: The New Zealand Mental Health Survey: The Māori Data. *Maori Health Review* 2 (5), np. Disponible en: http://www.maorihealthreview.co.nz/pdf/NZMaoriHealthRR_002_05.pdf [Consultado el 28 de noviembre de 2012].

Berry, J. (2011). Aculturación de inmigrantes: adaptaciones psicológicas y sociales. En: *Lecturas introductorias a la psicología cultural, transcultural y etnopsicología*. Domínguez, A. (Comp.) Universidad Iberoamericana, México.

Bracho, T. (2010). Políticas basadas en evidencia: La política pública como acción informada y objeto de investigación. En: Merino, M. y Cejudo, G. (Comps.) *Problemas, decisiones y soluciones: Enfoques de política pública*. FCE, CIDE, México.

Bulcourn, P.; Cardozo, N. (2008) *¿Por qué comparar Políticas Públicas?* Documento de Trabajo 3. FLACSO Andes: Ecuador.

Busso M., M.Cicowicz y L. Gasparini. 2005. Ethnicity and the Millennium Development Goals. CEPAL, BID, UNDP, World Bank.

Canadian Collaborative Mental Health Initiative, (2006). *Establishing collaborative initiatives between mental health and primary care services for ethnocultural populations. A companion to the CCMHI planning and implementation toolkit for health care providers and planners*. Canadian Collaborative Mental Health Initiative: Ontario.

Castilla, M. (2010). *Las razones de la sinrazón: discriminación y salud mental*. México: FLACSO.

Cea, M. (2004). La migración indígena interestatal en la península de Yucatán. *Investigaciones geográficas*, (55), 122-142.

Cheng, T.(1989) Urbanization and minor psychiatric morbidity. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. No. 24, 309-316.

Clemons, R.; McBeth M. (2001). *Public Policy Praxis. Theory and Pragmatism: A case approach*. Prentice Hall, U.S.A.

Collazos F., Casas M. (2007). "Tratamiento psiquiátrico del paciente magrebí". En: Moussaoui D., Casas M. (2007) *Salud mental en el paciente Magrebí*. Editorial Glosa.

Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (2009). *Programa para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas 2009-2012*. CDI: México.

Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas - Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2009) Informe sobre desarrollo humano de los pueblos indígenas de México 2009. CNDI-PNUD. México.

Consejo Estatal de Población, (2013). *Población indígena*. México: COEPO. Disponible en: <http://sgg.jalisco.gob.mx/acerca/areas-de-la-secretaria/coepo/poblacion-y-viviendas/poblacion-indigena>

Consejo Estatal de Población, (2010). *Desarrollo Humano y demografía de los grupos vulnerables de Jalisco*. México: COEPO.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Diario Oficial de la Federación / 09-08-2012.

Constitución Política del Estado de Jalisco. Congreso del Estado, 16-01-2007.

Cornell, S. (2006). "Pueblos indígenas, pobreza y autodeterminación en Australia, Nueva Zelanda, Canadá y EE.UU.". En: Cimadamore, A.; Eversole, R.; McNeish, J. (Coords.). *Pueblos indígenas y pobreza. Enfoques multidisciplinares*. Programa CLACSO-CROP, Buenos Aires, Argentina.

Davis, P. (2004). *Is evidence-based government possible?* Jerry Lee Lecture, presentada en el 4th Annual Campbell Collaboration Colloquium, Washington, 19 de febrero.

De Lellis, M. (2006). *Psicología y políticas públicas en salud*. Argentina: Paidós.

DeLeon, P. (1997). Una revisión del proceso de las Políticas Públicas: de Lasswell a Sabatier. *Gestión y política pública*. 6 (1), 5-17.

Domínguez, A. (Comp.) (2011). *Lecturas introductorias a la psicología cultural, transcultural y etnopsicología*. México: UIA.

Duarte R. y T. Coello. 2007. La decisión de marcharse. Los pueblos indígenas migrantes de Guatemala y Chiapas. Consejería en Proyectos. Guatemala: Codelace, SA.

Dye, T. (1967). *Policy outcomes in public education*. ERIC Clearinghouse, Washington, D.C.

Ellison-Loschmann, L.; Pearce, N. (2006). Improving access to health care among New Zealand's Maori population. *American Journal of Public Health*, 96(4), 612.

Escandón, R. (2000) ¿Qué es salud mental? En: Castillo, M. (Coord.) *Salud mental, sociedad contemporánea*. Universidad Autónoma del Estado de México, México.

Escudero, D. (2008). Revisión de la política pública de desplazados. En: Molina, G. y Cabrera, G. (Comps.) *Políticas Públicas en Salud: aproximación a un análisis*. Colombia: Universidad de Antioquía.

Fábrega, H. (1975). The Need for an Ethnomedical Science. *Science*, 89, 969-973.

Flick, U. (2004). *Introducción a la Investigación Cualitativa*. Ediciones Morata: Madrid.

García, J. y Sanz, C. (2002). Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío. *Med Clin*. 118(5), 187-191.

Giménez, C. (2010). *Informe General de los Resultados de la Encuesta 2010 sobre Convivencia Intercultural en el Ámbito Local*. Obra Social "la Caixa", Madrid.

González, S. (2011). "Algunas dimensiones de la nupcialidad y la situación de las mujeres en ocho regiones indígenas de México", en colaboración con Mariana Mojarro Iñiguez, en

Vázquez Sandria Germán y Angélica E. Reyna Bernal (coords.), Retos, problemáticas y políticas de la población indígena en México, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo/UTO-GRAPO/Miguel Ángel Porrúa, México, pp. 181-205.

González-Block M, Duarte-Gómez M, Salgado de Snyder N, Robles Silva L, Scott J. (2007). *Atención a la salud de grupos vulnerables*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.

González-Pier Eduardo, Cristina Gutiérrez, Gretchen Stevens, Mariana Barraza, Raúl Porras, Natalie Carvalho, Kristen Loncich, Rodrigo Dias, Sandeep Kulkarni, Anna Casey, Yuki Murakami, Majid Ezzati y Joshua Salomon. 2007. Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México. *Salud Pública de México* 49(supl I): S37-S52

Gorman, W. (2001). Refugee survivors of torture: trauma and treatment. *Prof Psychol Res Pr*; 32(5), 443-51.

Gover, K. (2003). Los maoríes urbanos en Antoara, Nueva Zelanda. *Asuntos Indígenas* 3-4 (02), 60-70.

Grau, M. (2002). *Análisis de políticas públicas en España: enfoques y casos*. Tirant lo Blanch: Valencia.

Hall, G. y Patrinos, H. (2006). *Indigenous Peoples, Poverty and Human Development in Latin America*. Londres: Palgrave Macmillan.

Haro, J. (2008). Etnicidad y salud: Estado del arte y referentes del noroeste de México. *Región y sociedad*, 20(2), 265-313.

Henoa, D. (2010). *Política Basada en la Evidencia: Contexto, posibilidades y límites*. Disponible en: <http://www.alames.org/documentos/EJE02-10.pdf> [Consultado el 30 de agosto de 2012].

Hernández, H.; Flores, R.; Ponce, G. y Chávez, A. (2007). Distribución y características de la población indígena dentro del sistema urbano nacional, 2000. En: Hernández, Héctor (Coord.), *Los indios de México en el siglo XXI*. México: CRIM-UNAM, pp. 99-122.

Hernández, H. y Vázquez, J. (2007). Migración indígena y demografía. En: Rosa Rojas y Luis Vázquez (Coords.) *Indígenas e indigenismo en el Occidente de México*. México: CNDI, Universidad de Guadalajara, CIESAS.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2011). *Estadísticas a propósito del día internacional de los pueblos indígenas: Datos nacionales*. México: INEGI. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/default.asp?c=269&e=>.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, (2010). *Censo de Población y vivienda 2010*. México: INEGI. Extractos disponibles en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/TabuladosBasicos/Default.aspx?c=27302&s=es>

Instituto Nacional de las Mujeres. (2006). *Panorama de la salud mental en las mujeres y los hombres mexicanos*. México: INMUJ

Instituto Nacional de Psiquiatría (2003). *Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en Adultos*. INP: México.

INI, PNUD, CONAPO. (2002). *Indicadores Socioeconómicos de los Pueblos Indígenas de México*. INI, PNUD, CONAPO: México.

Jilek, W. (2001). *Cultural Factors in Psychiatric Disorders*. Paper presented at the 26th Congress of the World Federation for Mental Health, July 2001. Disponible en <http://www.mentalhealth.com/mag1/wolfgang.html> Consultado el 30 de agosto de 2012.

Jiménez, J. y Serón, J. (1992). Paradigmas de investigación en educación. Hacia una concepción crítico-constructiva. *TAVIRA*, 9, 105-128.

Jorm, A.; Bourchier, S.; Cvetkovski, S.; Stewart, G. (2012). Mental health of Indigenous Australians: a review of findings from community surveys. *Med J Aust*, 196 (2), 118-121.

Kingdom, J. W. (1984). *Agendas, alternatives and public policies*. Little Brown, Boston.

Klijn, E. (1998). Policy Networks: An Overview in Kickert, W. J. M. & Koppenjan, J.F., (eds) *Managing Complex Networks*. Sage: London.

Kuhn, T. (1962). *La estructura de las revoluciones científicas*. FCE: Buenos Aires.

Lartigue, F. y Quesnel, A. (2003) *Las dinámicas de la población indígena: cuestiones y debates actuales en México*. CIESAS, IRD, Miguel Ángel Porrúa: México.

León Parra, B. (2010). *La alcoholización como proceso biosociocultural en comunidades mazahuas del Estado de México*. Tesis no publicada para obtener el grado de Doctor en Antropología Física. INAH: México.

Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación, 18-01-2007.

Ley de Salud del Estado de Jalisco. Congreso del Estado 16-01-2007.

Ley sobre los derechos y el desarrollo de los Pueblos y las Comunidades Indígenas del Estado de Jalisco. Congreso del Estado 11- 04 -2007.

Lindblom, C.E. (1979). Still mudding not yet through. *Public Administration Review*, 39,(69), 517-23.

Lindblom, C.E. y Cohen, D.K. (1979) *Usable knowledge: Social science and social problem solving*. Yale University Press, New Haven.

López, H.; Maloney, W. (2006) *Poverty reduction and growth—virtuous and vicious circles*. Washington, DC: The World Bank.

Martínez Casas, Regida (2001) Una cara indígena de Guadalajara: la resignificación de la cultura otomí en la ciudad. Tesis de doctorado. México: Universidad Autónoma Metropolitana.

McCool, D. (1995). *Public Policy Theories, Models, and Concepts*. Prentice Hall, U.S.A.

Mebarak, M.; Castro, A.; Salamanca, M. y Quintero, M. (2009). Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la Psicología de la salud. *Psicología desde el Caribe*, 23, 83-112.

Meny, Y.; Thoening, J. (1992). *Las políticas públicas*. Ariel: Barcelona.

Merino, M. et. al. (2010). *Problemas, decisiones y soluciones: Enfoques de política pública*. FCE, CIDE, México.

Minister of Health. (2012). *Strategic direction for Māori health*. Disponible en: <http://www.health.govt.nz/our-work/populations/maori-health/strategic-direction-maori-health> [Consultado el 27 de noviembre de 2012].

Minister of Health. (2011). *Overview of the health system*. Minister of Health. Disponible en: <http://www.health.govt.nz/new-zealand-health-system/overview-health-system> [Consultado el 27 de noviembre de 2012].

Minister of Health and Associate Minister of Health. (2006). *Whakatataka Tuarua: Maōri Health Action Plan 2006–2011*. Ministry of Health: Wellington.

Minister of Health. (2006). *Te Kōkiri: The Mental Health and Addiction Action Plan 2006–2015*. Ministry of Health: Wellington.

Minister of Health and Wellness (2010). *Canada Health Act Annual Report 2008-2009*. The Honourable Gary Mar, M.L.A. Minister of Health and Wellness: Alberta.

Ministry of Health (2002). *Te Puāwaitanga Māori Mental Health National Strategic Framework*. Ministry of Health: Wellington, New Zealand.

Navarro, C. (2008). El estudio de las políticas públicas. *Revista Jurídica de la Universidad Autónoma de Madrid*. (17), 231-255.

Oberg K. (1960) Cultural shock: Adjustment to new cultural environments. *Anthropology*, 7,177-182.

Olivares, M. (2010) Migración y presencia indígena en la Ciudad de México. En: Aresti, L. (Ed.) *Mujer y migración: los costos emocionales*. México: Universidad Autónoma de Nuevo León, p. 293-314

Omar, M. A., Green, A. T., Bird, P. K., Mirzoev, T., Flisher, A. J., Kigozi, F., & ... Ofori-Atta, A. L. (2010). Mental health policy process: a comparative study of Ghana, South Africa, Uganda and Zambia. *International Journal Of Mental Health Systems*, 424-33.

Organización Mundial de la Salud (2009). *Observatorio Mundial de la Salud: Australia, Canadá, México, Nueva Zelanda*. OMS: Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (2008). *Programa de acción para superar las brechas en salud mental*. OMS, Ginebra, Suiza.

Organización Mundial de la Salud (2006). *Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental: Política, Planes y Programas de Salud Mental*. Organización Mundial de la Salud: Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (2001). *Paquete de orientación sobre Política Pública y servicios*. OMS, Ginebra, Suiza.

Ozamiz, J. (2011). Mental health promotion policies in Europe. *Journal Of Mental Health*, 20(2), 174-184.

Parsons, W. (2007). *Políticas públicas: una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas*. FLACSO México: México.

PAHO (2008). *Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas*. Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C.

PAHO (2012). *Salud en las Américas: Edición 2012*. Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C.

Pallares, Francesc. (1988). Las políticas públicas: El sistema político en acción. *Revista de Estudios Políticos*. 62, 16-22.

Patrinos, H. A. e E. Skoufias 2007. Economic Opportunities for Indigenous Peoples in Latin America, Conference edition. Washington DC: The International Bank for Reconstruction and Development -The World Bank.

Paz, O. (1950). *El laberinto de la soledad*. México: Fondo de Cultura Económica.

Perry, R. (1996). *From Time Immemorial: Indigenous Peoples and State System*. University of Texas Press: Austin.

Pinto, A. D., Manson, H., Pauly, B., Thanos, J., Parks, A., & Cox, A. (2012). Equity in public health standards: a qualitative document analysis of policies from two Canadian provinces. *International Journal For Equity In Health*, 11(1), 28-37.

Poole, I. (1991). *Te Iwi Maori – A New Zealand Population Past, Present & Projected*. Auckland University Press: Auckland.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, (2010). *Informe sobre Desarrollo Humano de los Pueblos Indígenas en México: El reto de la desigualdad de oportunidades*. México: PNUD, CDI.

Psacharopoulos, George y Harry Patrinos. 1994. Indigenous People and Poverty in Latin America, An Empirical Analysis. Washington DC: The World Bank.

Public Health Agency of Canada. (2002). *Review of Best Practices in Mental Health Reform*. Public Health Agency of Canada: Alberta.

Renshaw, J y N. Wray. 2004. Indicadores de bienestar y pobreza indígena. Informe de Trabajo. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo.

Rossi, A. y Zavala, E. (2010). *Políticas Públicas y derechos humanos*. México: EGAP, ITESM.

Roth, A. (2002). *Políticas Públicas. Formulación, Implementación y Evaluación*. Ediciones Aurora, Bogotá.

Ruiz, A. (2008) *El regreso al terruño: El caso de los migrantes zoques en Guadalajara*. México: UACI, Universidad de Guadalajara: México.

Salazar, C. (1995). *Las políticas públicas*. Universidad Javeriana, Bogotá.

Sánchez, M. *Migración indígena a centros urbanos: al área metropolitana de la Ciudad de México con referencias a las ciudades de Guadalajara y Tijuana*. En: Foro Invisibilidad y conciencia: Migración interna de niñas y niños jornaleros agrícolas en México. (Ciudad de México, 26 y 27 de septiembre de 2002). Disponible en: www.uam.mx/cdi/pdf/eventos/invisibilidad/mig_indigena.pdf

Sandoval, J. (2005). *La salud mental en México*. México: Cámara de Diputados LIX Legislatura.

Saumade, F. (2012). Toro, venado, maíz, peyote: El cuadrante de la cultura wixárika. *Revista de El Colegio de San Luis*, 3(5), 17-54.

Secretaría de Desarrollo Social. (2005) *Encuesta Nacional sobre Discriminación*. México: SEDESOL.

Secretaría de Salud (2012) *Perfil Epidemiológico de la Salud Mental en México*. SINAVE, DGE, SSA: México.

Secretaría de Salud (2007) *Programa Nacional de Salud*. SSA: México.

Secretaría de Salud (2007) *Programa Nacional de Salud del migrante 2007-2012*. SSA: México.

Secretaría de Salud, (2006). *Atención a la salud de los pueblos indígenas: Elementos Generales para la Construcción del Programa de Acción*. México: SSA.

Statistics New Zealand (2012). *Māori population estimates*. Statistics New Zealand. Disponible en: http://www.stats.govt.nz/browse_for_stats/population/estimates_and_projections/maori-population-estimates.aspx [Consultado el 27 de noviembre de 2012]

Stavenhagen, Rodolfo. 2008. Un mundo en el que caben muchos mundos: el reto de la globalización en Daniel Gutiérrez Martínez y Helene Balslev (coords.) *Revisitar la etnicidad: Miradas cruzadas en torno a la diversidad*. México: El Colegio Mexiquense-Siglo XXI.

Sue, D. (2001). Multidimensional facets of cultural competence. *Couns Psychol*; 29(6), 790-821.

Surel, Y. (2008). Las políticas públicas como paradigmas. *Estudios Políticos*, No. 33. 41-65.

- Taylor, S. J. y Bogdan R. (1987). "El trabajo con los datos", En: *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. España: Paidós. P. 152- 176.
- Tamayo Sáez, Manuel (1997) "El análisis de las políticas públicas", en Bañón, Rafael y Castillo, Ernesto (comps.) *La nueva Administración Pública*, Alianza Universidad, Madrid.
- Tamayo Tamayo, Mario (1997). *El proceso de la investigación científica*. LIMUSA, México.
- Tetreault, D.; Lucio, C., (2011). Jalisco: pueblos indígenas y regiones de alto valor biológico. *Espiral*. 18 (51), 195-199.
- Torres, J. L., Villoro, R., Ramírez, T., Zurita, B., Hernández, P., Lozano, R., & Franco, F. (2003). La salud de la población indígena en México. En: *Caleidoscopio de la Salud*. México: FUNSALUD, p. 41-54.
- United Nations, (2008). Los pueblos indígenas en sus propias voces. UN: New York.
- Vega, L.; Gutiérrez, R.; Juárez, A. y Rendón, E. (2008). La investigación de las trayectorias interculturales en las comunidades indígenas migrantes en el Distrito Federal. *Salud Mental*, 31 (2), 139-144.
- Velásquez, R. (2009). Hacia una nueva definición del concepto "política pública". *Desafíos*, 20, 149-187.
- Victoria, A. (2004). *500 años de salud indígena*. México: Cámara de Diputados LIX Legislatura.
- Villaseñor, S. (2008) *Apuntes para una etnopsiquiatría Mexicana*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Villaseñor, S. coord. (2004). "Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico". Ed. Intersistemas, S.A. de C.V., Asociación Psiquiátrica de América Latina. Sección de Diagnóstico y Clasificación, México.
- Villaseñor, S. (1998). *La misogenia: el odio al origen*. Universidad de Guadalajara.
- Warman, Arturo. 2003. Los indios mexicanos en el umbral del milenio. México: Fondo de Cultura Económica.
- Whinchester, L. (2011). *Políticas públicas: formulación y evaluación*. Curso CEPAL "Planificación estratégica y políticas públicas" impartido en Antigua, Guatemala, del 3 al 13 de mayo de 2011.

Yamin, A. (2006). Derechos económicos, sociales y culturales en América Latina: del invento a la herramienta. Asociación pro Derechos Humanos [APRODEH].

Zolla, C. y Zolla, E. (2004). *Los pueblos indígenas de México, 100 preguntas*. México: UNAM.

Zolla, C. (1998). *Medicina tradicional y enfermedad*. México: CIESS.

RESUMEN CURRICULAR

Jesica Nalleli de la Torre Herrera

Licenciada en Psicología por la Universidad de Guadalajara. Desde 2006 ha participado en diferentes proyectos de investigación en la Universidad de Guadalajara, bajo la dirección del Dr. Sergio Villaseñor, la Dra. Teresita Hernández y el Dr. Jorge Gutiérrez, y en el Instituto Tecnológico y de Estudios con el Dr. Carlos Moreno.

También, desde el año 2004, se ha desarrollado en diferentes asociaciones civiles relacionadas con la solidaridad, el trabajo con indigentes, migrantes y niños en situación de riesgo. Actualmente se desempeña como consultora en Iniciativas para la Identidad y la Inclusión A.C., INICIA, en temas relacionados con derechos humanos, derechos de la juventud, educación y formación ciudadana.

Desde 2008 hasta la fecha, se desempeña como psicoterapeuta en una clínica privada.