

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD PARA PUEBLOS INDÍGENAS EN MÉXICO, 1917- 2017

HEALTH POLICIES FOR INDIGENOUS PEOPLES IN MEXICO, 1917-2017

Cortez-Gómez Renata ¹, Campos-Navarro Roberto ¹

¹ Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, México

RESUMEN

Se describen y analizan las políticas de salud hacia población indígena en México desde 1917 hasta 2017. Los pueblos indígenas han pasado de una situación de total exclusión del proyecto nacional, al reconocimiento de sus derechos culturales, con la respectiva inclusión de la medicina tradicional en ciertas estrategias de atención. Sin embargo, a tres sexenios de implementado el enfoque intercultural en las políticas sanitarias, su acceso a los servicios de salud aún es problemático, y la inclusión de los médicos tradicionales es instrumental y subordinada respecto a los médicos académicos.

Palabras claves: Políticas de salud, población indígena, interculturalidad.

ABSTRACT

This paper describes and analyzes the health policy towards indigenous peoples in Mexico from 1917 to 2017. At the beginning, these peoples were excluded from government policy, until 1992 when their rights were recognized, thus allowing the inclusion of traditional medicine in some public health strategies. Nevertheless, after eighteen years of an intercultural approach implemented

in health policy, their access to health care services is still difficult, and the relationship among traditional healers and biomedical doctors is unequal.

Keywords: public health policies, indigenous population, intercultural approach.

INTRODUCCIÓN

En este documento se describen y analizan las políticas de salud para los pueblos indígenas en el periodo de 1917 a 2017 en México. En esta etapa, pasaron de una situación de total exclusión del proyecto nacional, al reconocimiento de sus derechos culturales, con la respectiva inclusión de la medicina tradicional en ciertas estrategias de atención de salud. Sin embargo, a tres sexenios de haberse implementado elementos del enfoque intercultural en las estrategias de salud, su acceso a los servicios de salud aún presenta dificultades, y la relación entre los médicos tradicionales y alópatas es desigual, ya que la participación de los primeros en las acciones del sector público son mínimas, casi siempre instrumentalizadas y su posición respecto a los médicos académicos sigue siendo subordinada.

1917 - 1975 De la negación de las poblaciones indígenas al indigenismo integrativo.

Antes de 1917, el gobierno mexicano no era completamente responsable del cuidado de la salud de la población, sólo dirigía campañas puntuales como el control sanitario de puertos y fronteras; mientras que la atención médica-hospitalaria era suministrada por la beneficencia pública e instituciones privadas, algunas de carácter religioso (Page-Pliego, 2002). En 1928 surgió el Plan de Coordinación de Servicios Sanitarios que incluía regiones rurales, pero los campesinos indígenas del país no se vieron beneficiados, como tampoco en el proyecto de 1938, ya que los destinatarios fueron los agricultores con producción a gran escala (Freyermuth-Enciso, 1993).

Los indígenas fueron excluidos de la política nacional hasta que, orientado por la corriente integracionista del antropólogo Manuel Gamio y sus discípulos, el presidente Lázaro Cárdenas los reconoció. Dicha corriente consideraba al mestizo como sinónimo de “progreso” y al indio “como atraso y degeneración racial”, por lo que proponía su “blanqueamiento”, castellanización, educación, evangelización protestante y distribución de latifundios con la finalidad de hacer efectiva la igualdad legal de la población (Campos-Navarro, Peña y Paulo, 2017, p. 445). Como consecuencia, en 1935 se creó el Departamento de Acción Social y Cultural y de Protección al Indígena, con una oficina en San Cristóbal de las Casas, Chiapas, que desde entonces sería el laboratorio de las políticas indigenistas en México (Page-Pliego, 2002). Sin embargo, la atención médica seguía siendo facilitada por las iglesias protestante y católica, que –por ejemplo– en Chiapas desde la década de 1940 realizaban actividades asistenciales en sus dispensarios y hospitales, adiestrando y formando promotores de salud (Freyermuth-

Enciso, 1993). Como una consecuencia operacional del Primer Congreso Indigenista Interamericano celebrado en Pátzcuaro durante la primavera de 1940, ocho años después se creó el Instituto Nacional Indigenista (en adelante INI) (Comas, 1976, p.48), cuyo primer Centro Coordinador se abrió en 1951 también en San Cristóbal de las Casas, lo que facilitó atención médica, que corría a cargo de un médico, una enfermera y tres promotores indígenas (Freyermuth-Enciso, 1993). Finalmente, en 1973 se modificó la Ley del Seguro Social para que el Instituto Mexicano del Seguro Social¹ (en adelante IMSS) extendiera sus beneficios a la población mexicana con escasa o nula capacidad contributiva. Esto dio por resultado un sistema piramidal de unidades médicas estructurado en dos niveles de atención, destinados a proporcionar servicios de salud a la población rural de escasos recursos económicos a cambio de su participación en

¹ El IMSS es una Institución gubernamental dedicada a brindar servicios de salud y seguridad social a la población que cuente con afiliación al propio instituto. Se sostiene con las aportaciones del gobierno, los empresarios y los propios trabajadores. Durante décadas ha sido el principal régimen de aseguramiento para la clase trabajadora en México.

actividades para su beneficio individual, familiar y colectivo (Lozoya, Velázquez y Flores, 1988, p.10-11), viéndose beneficiada la población indígena.

1976 – 1993 El reconocimiento de la diversidad étnica y los derechos culturales

En 1976 la política indigenista cambió, ahora buscaba “elevar su condición y hacerlos partícipes de la vida nacional”, lo que se lograría fomentando su acceso a la “modernidad” (Sosa y Enríquez, 2012). Esto coadyuvó al reconocimiento de la diversidad étnica en México y a la integración de la medicina tradicional en la atención primaria. Un año después se creó la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), que durante algún tiempo promovió el rescate cultural de los pueblos indígenas (*Ibíd*). En 1979, gracias a un convenio con el IMSS, extendió la infraestructura de unidades médicas a las zonas más marginadas del país, dando lugar al Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria (IMSS-COPLAMAR) (Lozoya *et al*, 1988, p.11).

Tres factores más impulsaron la inclusión de la medicina tradicional en las estrategias de atención primaria: la Declaración de Alma Ata de 1978, la crisis económica que atravesaba México y la nueva política neoliberal que condujo a un desfinanciamiento del sector salud (entre 1980 y 1988 el % del PIB destinado del sector salud se redujo de 6.5 a 1.3). El Estado trasladó la responsabilidad de la salud, el cuidado y la atención al individuo, la familia y la comunidad, lo cual quedó instituido con la adición de un párrafo al artículo 4º constitucional en el año 1983, y la promulgación de la Ley General de Salud en 1984 (Page- Pliego, 2002). En este contexto, el 20 de abril de 1983, por Decreto Presidencial desapareció COPLAMAR y se estableció que el Programa IMSS-COPLAMAR fuera administrado en su totalidad por el IMSS.² A esto se añadió en 1988 la descentralización de los servicios de salud, que en adelante quedarían a cargo de los gobiernos de los Estados, incluyendo los

² Con aportación financiera única del gobierno federal.

proporcionados por IMSS-COPLAMAR, cuya cobertura se reduciría a 17 entidades, entre ellas Chiapas, Oaxaca, Veracruz, Puebla, es decir, estados con gran proporción de población indígena. IMSS-COPLAMAR ha ido cambiando de nombre a través del tiempo: IMSS-Progresa (1997), IMSS-Oportunidades (2002), e IMSS-Prospera (2012); no obstante, sus objetivos (afrentar importantes rezagos del medio rural, en materia de educación, salud y alimentación) e infraestructura se han mantenido casi igual.

De 1979 a 1988 se impulsaron algunos proyectos de interrelación entre médicos tradicionales y académicos en Chiapas. El Centro Coordinador del INI en San Cristóbal de las Casas echó a andar el programa de Medicinas Paralelas, que logró la formación de una organización de médicos tradicionales, la recolección de plantas medicinales para su clasificación taxonómica por parte del Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales (IMEPLAM) y el cultivo de huertos. De 1982 a 1985 se realizó el Proyecto sobre Medicina Tradicional, financiado por la UNICEF y operado por la

Secretaría de Salud estatal, que coadyuvó a una mayor interacción entre médicos alópatas y médicos tradicionales, con la consecuente capacitación de los últimos para participar en actividades de vacunación, rehidratación oral y saneamiento ambiental. En 1982, el IMSS-COPLAMAR inició el Programa de Interrelación de la Medicina Tradicional, que se extendió al resto de estados de la república. Entre sus productos destaca un documento que sistematizaba las principales funciones y motivos de consulta más frecuentes de los médicos tradicionales, así como las plantas medicinales más empleadas por ellos. (Lozoya *et al*, 1988).

Posteriormente, la medicina tradicional encontró un marco favorecedor para su legislación en el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (1989), que protegía los derechos culturales de los pueblos indígenas y fue firmado y ratificado por el gobierno de México (Page-Pliego, 2002). Esto derivó en la creación de instituciones, programas y fondos destinados a la población indígena de México.

En diciembre de ese mismo año se realiza el primer Congreso Nacional de Médicos Indígenas Tradicionales en las instalaciones del IMSS en Oaxtepec, Morelos que concluye con tres acuerdos esenciales: hacer un directorio nacional de terapeutas tradicionales, buscar el apoyo jurídico a sus actividades y crear un Centro de Desarrollo de la Medicina Indígena a nivel nacional. (Campos-Navarro, 2015, p.314-315) En 1990 comenzó la discusión sobre la reforma constitucional en materia indígena, que fue aprobada en 1992 y quedó inscrita en el Artículo 4º de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos (Sosa y Enríquez, 2012, p. 25-26) de la siguiente manera:

La Nación Mexicana tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas. La Ley protegerá y promoverá el desarrollo de sus lenguas, culturas, usos, costumbres, recursos y formas específicas de organización social, y garantizará a sus integrantes el efectivo acceso a la jurisdicción del Estado. En los juicios y procedimientos agrarios en que aquellos sean parte, se tomarán en cuenta sus prácticas y costumbres jurídicas en los términos que establezca la Ley. (...)

A partir de entonces se formaron más organizaciones de médicos tradicionales que coincidieron en la necesidad de legalizar su práctica, puesto que el reconocimiento institucional no era suficiente para consolidarla y mucho menos para borrar su subordinación frente los médicos académicos, quienes desde la década de 1930 venían presionando al gobierno para tener la exclusividad legal de la práctica médica, que finalmente lograron en 1945, y que había reforzado el hostigamiento hacia los médicos tradicionales (Page-Pliego, 2002, p. 27-28).

En Chiapas, la legalización de la medicina tradicional fue problemática porque su resolución se llevó a cabo sin consultar a los médicos tradicionales. El 30 de octubre de 1990 se dieron a conocer diez artículos que formaban parte del Capítulo IV de la Ley de Salud estatal, donde los médicos tradicionales fueron reducidos a “auxiliares de fomento a la salud” (Page-Pliego, 2002, p. 206), quedando su “certificación” condicionada a la acreditación por parte de instituciones alópatas, con lo que su posición dentro de la jerarquía médica quedó en el nivel más bajo y

su práctica se veía obligada a la medicalización (*Ibíd*: 206-207). Esto trató de revertirse por medio de diversas propuestas que los médicos tradicionales chiapanecos hicieron al legislativo estatal a través de sus organizaciones con la asesoría de investigadores y expertos en la materia. Así, los médicos tradicionales fueron diferenciados de los auxiliares de salud, quedando el capítulo V del *Título Cuarto de los Recursos Humanos para la Salud* exclusivamente para la medicina tradicional y su práctica:

ARTICULO 72.- LA SECRETARIA EN COORDINACION CON TODOS LOS MIEMBROS DEL SISTEMA ESTATAL PARA LA SALUD, OTORGARAN LAS FACILIDADES NECESARIAS PARA LA ASISTENCIA Y COLABORACION CON MEDICOS INDIGENAS TRADICIONALES Y PRACTICOS; PROMOVRIENDO LA REALIZACION DE PROGRAMAS EDUCATIVOS DE FOMENTO Y MEJORAMIENTO DE LA SALUD, EN LOS QUE PARTICIPEN ACTIVAMENTE EN SUS RESPECTIVOS LUGARES DE ORIGEN, PRINCIPALMENTE EN COMUNIDADES RURALES.

1994 – 2001 Crisis del indigenismo y garantías jurídicas para la población indígena

El levantamiento armado llevado a cabo por el Ejercito Zapatista de Liberación Nacional la madrugada del 1° de enero de 1994 en Chiapas, evidenció la desigualdad social prevaleciente entre la población indígena, que se hacía difícil de mejorar en tanto que no estaban las condiciones jurídicas que lo garantizaran, con lo que se le dio un nuevo giro a la política indigenista. En seguida, entre 1995 y 2000 “se instrumentaron diversos programas y acciones para atender las necesidades de apoyo jurídico de la población indígena” en asuntos migratorios, agrarios, religiosos, protección de sus recursos naturales, objetos y lugares sagrados, y derechos de la mujer indígena (Sosa y Enríquez, 2012, p. 31).

Apremiados por el levantamiento zapatista, con plena crisis del indigenismo en términos teóricos y estratégicos, el gobierno mexicano se vio obligado a realizar algunas reformas constitucionales en el año 2001, entre ellas el reconocimiento a la medicina tradicional indígena en el artículo segundo, y un año después, la creación de la Dirección General de Medicina Tradicional y Desarrollo

Intercultural (DMTID) en la estructura operativa de la Secretaría de Salud. Cambios jurídicos y administrativos que resultaron limitados, incompletos e insuficientes. (Campos-Navarro, 2015, p.265ss)

2002 – 2017 El enfoque intercultural en salud y sus limitaciones

Durante el siguiente sexenio, las actividades continuaron. En el año 2010 “se convocó a los legisladores estatales a conformar una Conferencia nacional amplia para promover la armonización legislativa de los marcos jurídicos de las entidades federativas y garantizar los derechos de los pueblos y comunidades indígenas y afromexicanas”, que dio lugar a la armonización de 12 constituciones estatales, y a la expedición o modificación de 17 leyes locales y un reglamento (Sosa y Enríquez, 2012, p. 43-44).

En cuanto a la atención de la salud de la población indígena y medicina tradicional, resultaron los siguientes: A) Ley General de Salud: el 19 de septiembre de 2006 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el decreto porque el que se reformaban y

adicionaban artículos y fracciones de esta Ley que tenían que ver con la atención a la salud de la población indígena y el reconocimiento de la Medicina Tradicional Indígena. Entre estos se encuentran: la fracción VI Bis del artículo 3, la fracción IV Bis y VI Bis del artículo 6, el artículo 10, 11, 54, 67, 93, 106, 113 y 393. Los que atañen a la medicina tradicional indígena dicen que ésta debe reconocerse, respetarse y su desarrollo debe promoverse. B) Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, Modificaciones 2004 y 2006: en las fracciones VII, XVII y XIX del artículo 25 que concierne a los nuevos “modelos de atención a la salud”, a la capacitación y sensibilización intercultural del personal de salud, y al diseño y operación de la política sobre medicina tradicional y complementaria. C) Elementos interculturales incorporados en la cédula de acreditación del Sistema de Protección Social en Salud para aplicar en unidades que atienden población indígena: se refiere sobre todo al uso de traductores bilingües y a la capacitación del personal de salud en competencias interculturales como garantía de calidad. D)

Programa Nacional de Salud 2007-2012: entre sus muchas acciones, se plantea promover el estudio y validación científica de las medicinas tradicionales y complementarias, así como incluir las perspectivas de género e interculturalidad en los servicios a la población. E) Continuidad de la DMTDI como parte de la Secretaría de Salud, cuyo eje de desarrollo se perfilaría hacia la conformación de programas mixtos de atención y luego se reorientó hacia la visión intercultural, con especial énfasis en los partos en posición “vertical” (Campos-Navarro *et al*, 2017).

Reflexiones en torno a las políticas de salud para población indígena

A siete décadas de políticas de salud para población indígena, y a tres sexenios de reformas “a favor” del enfoque intercultural en salud, México aún tiene notables y significativas deudas pendientes. Si bien es cierto que la cobertura de Seguro Popular³ en población indígena ha aumentado

sostenidamente desde que se creó en 2003, con lo cual “aparentemente” ha reducido la brecha en salud de quienes carecían de acceso a los servicios sanitarios, aún persiste la inequidad social en salud puesto que 6 de cada 10 indígenas sobreviven en el nivel socioeconómico más bajo, y su media de escolaridad sigue siendo baja (4.9 años). Ambos elementos inciden directamente no sólo en el acceso sino también en el uso de los servicios de salud, que se ha reportado bajo en comparación con población no indígena en lo que concierne a servicios ambulatorios y partos hospitalarios (Leyva-Flores, Infante- Xibille, Gutiérrez y Quintino-Pérez, 2013). En lo que respecta a medicina tradicional, el afanoso apoyo presupuestal del INI (ofrecido entre 1988 y 1994 para lograr la corporativización de los médicos indígenas y la construcción de centros regionales para el desarrollo de la medicina tradicional en varios estados de la República), fue precipitadamente interrumpido, lo cual significó un brusco estancamiento y disolución del proceso emprendido, que ahora, pese al reconocimiento jurídico en la

³ Seguro Popular es un programa focalizado cuya finalidad es mejorar el acceso a los servicios de salud de la población no derechohabiente de la seguridad social y depende del Sistema de Protección Social en Salud.

Ley General de Salud en 2006, no ha existido una verdadera valoración, promoción y desarrollo de la medicina tradicional mexicana (Campos-Navarro, 2015) Y la DMTDI ha tenido un “protagonismo más discursivo y mediático que pragmático, en gran parte explicado por la ausencia de un presupuesto asignado, de personal suficiente y de contactos reales con los pueblos indígenas” (Campos-Navarro *et al*, 2017, p. 446). Así mismo, numerosos trabajos de corte etnográfico realizados por Sesia (2011), Freyermuth-Enciso (2014), Muñoz (2014), Reartes (2014) y Cortez-Gómez (2015), entre otros, sugieren que las políticas de salud para población indígena aún enfrentan retos y enormes rezagos. Por ejemplo, la mortalidad materna es un problema grave en México, siendo las mujeres indígenas las más afectadas. Con ello se demuestra la violación a sus derechos básicos a una atención médica oportuna y de calidad, que se explican por la inaccesibilidad geográfica y económica, pero también por la subordinación de género que permite que otros decidan por ellas (Sesia, 2011).

El Seguro Popular no ha logrado resolver algunos problemas de salud porque es un régimen de aseguramiento (proporciona la aportación económica de debiera hacer el usuario de los servicios) que depende de la infraestructura que faciliten la Secretaría de Salud e IMSS-Prospera. La dificultad en el acceso a la atención prenatal y a la derivación a un hospital también se debe al desconocimiento de las lenguas indígenas por parte del personal de salud, lo que impide que las indígenas reciban “información suficiente, clara, oportuna y veraz” sobre los riesgos obstétricos y las opciones de atención; así como la percepción de los médicos de ser denostados y la falta de confianza de la población hacia ellos (Freyermuth-Enciso, 2014).

Respecto a la población que vive con VIH-Sida, el Servicio de Atención Integral Hospitalaria para esta problemática en San Cristóbal de las Casas, Chiapas carece de traductores de lenguas indígenas, aun cuando buena parte de los usuarios son hablantes del tseltal y tsotsil. Máxime, dicha instancia condiciona a los usuarios a llevar su propio

traductor para que la consulta sea factible, con lo que restringe el acceso y pone en riesgo su derecho a la confidencialidad (Muñoz, 2014). En la misma ciudad, no existen centros de atención para jóvenes indígenas que les permitan recibir información oportuna y adecuada sobre el uso de anticonceptivos, prevención de enfermedades de transmisión sexual o aborto, lo que los vulnera ya que también carecen de redes de apoyo familiares para poder abordar estos temas (Reartes, 2014).

En la región zoque de Chiapas también se ha evidenciado que los médicos carecen de enfoque intercultural que les permitan sensibilizarse respecto a las formas locales de ver el padecimiento y, por ende, colaborar con los médicos tradicionales, que son los que atienden la mayor parte de las veces a la población. Si acaso llegan a considerar una colaboración, es desigual pues el terapeuta tradicional es considerado un auxiliar no profesional incapaz de intervenir en materia clínica, sino únicamente como promotor (agente de cambio sociocultural) que facilite la aceptación de los recursos biomédicos,

particularmente en cuanto a salud sexual y reproductiva (Cortez-Gómez, 2015).

Estos casos demuestran que las políticas de salud hacia población indígena no se han consolidado para garantizar su acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud, por lo que es necesario seguir denunciando las incongruencias entre el discurso político que habla de la implementación del enfoque intercultural como eje transversal del desarrollo y el aumento de la cobertura de los servicios de salud, y la realidad en la que no se aprecian médicos con enfoque intercultural ni traductores en los servicios sanitarios, entre otras deficiencias. Sin duda alguna, es menester destinar presupuesto específico, pero también se requiere capacitación y monitoreo constante para garantizar que las políticas se apliquen, la atención mejore y se haga efectivo el derecho a la salud de la población indígena.

Correspondencia a: rcampos@unam.mx
Dirección: Brasil 33, Centro Histórico, México 6020, D.F.
No existe conflicto de interés en la publicación del artículo

Referencias

- Campos-Navarro, R. (2015) *Nadie nos puede arrebatar nuestro conocimiento. Proceso de legalización de las medicinas indígenas en México y Bolivia*. México: Programa Universitario de Estudios de la Diversidad Cultural y la Interculturalidad / Universidad Nacional Autónoma de México.
- Campos-Navarro, R., Peña, E. y Paulo, A. (2017) Aproximación crítica a las políticas públicas en salud indígena, medicina tradicional e interculturalidad en México (1990-2016). *Salud Colectiva* 13 (3): 443-455.
- Comas, J. (1976) *La antropología social aplicada en México. Trayectoria y antología*. México: Instituto Indigenista Interamericano.
- Cortez-Gómez, R. (2015) *Muerte de niños menores de cinco años, Desigualdad étnica, económica y de género como condicionantes de la autoatención en familias zoques*. Tesis de Doctorado, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Freyermuth-Enciso, G. (1993) *Médicos tradicionales y médicos alópatas, Un encuentro difícil en los altos de Chiapas*. México: CIESAS- Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas.
- (2014) La mortalidad materna y los nudos en la prestación de los servicios de salud en Chiapas. Un análisis desde la interculturalidad. *Liminar*, 2 (12): 30-45.
- Leyva-Flores, R., Infante- Xibille, C., Gutiérrez, J. P. y Quintino- Pérez, F. (2013) Inequidad persistente en salud y acceso a los servicios para los pueblos indígenas de México, 2006- 2012. *Salud Pública de México*, 55 sup2: S123- S128.
- Lozoya, X., Velázquez, G. y Flores, A. (1988) *La Medicina Tradicional en México: Experiencia del Programa IMSS-COPLAMAR 1982-1987*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Muñoz, R. (2014) Cultura organizacional de cuidados médicos, violencia institucional y desadherencia al tratamiento antirretroviral de las personas indígenas que viven con VIH - Sida en Los Altos de Chiapas. *Liminar*, 2 (12): 46-66.
- Page-Pliego, J. (2002) *Política sanitaria dirigida a los pueblos indígenas de México y Chiapas 1857-1995*. México: Instituto de Estudios Indígenas- PROIMMSE.
- Poder Judicial del Estado de Chiapas (2015, Noviembre 21) *Ley de Salud del Estado de Chiapas*. Recuperado el 21 de Junio de 2018 de <http://www.poderjudicialchiapas.gob.mx/forms/archivos/2906ley-de-salud-del-estado-de-chiapas.pdf>
- Reartes, D. (2014) *Migración y sexualidad. Procesos migratorios, jóvenes indígenas e implicaciones en la sexualidad y la reproducción en los Altos de Chiapas*. Argentina: Protohistoria- Centro de Estudios Superiores de México y Latinoamérica.
- Sesia, P. (2011) El papel de la desigualdad social en la muerte de mujeres indígenas oaxaqueñas durante la maternidad. Aportes desde una epidemiología social y una antropología médica "crítica". En J. A. Haro (coord.): *Epidemiología sociocultural: un dialogo en torno a su sentido, métodos y alcances*, p. 241- 269. Buenos Aires: Lugar.
- Sosa, M. y Enríquez, C. (coord.) (2012) *Instituto Nacional Indigenista, Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, 1948-2012*. México: Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.