

Servicios públicos de salud en las huastecas hidalguense y potosina, México: un derecho humano en entredicho en la coyuntura del Covid 19

Public health services in the huastecas hidalguense and potosina, Mexico: a human right in question in the conjuncture of Covid 19

Jorge Dolores Bautista^a, Vianey Azucena Mayorga Muñóz^b

Abstract:

This project explores the conditions of public health services available at the indigenous “huasteca” regions of San Luis Potosí and Hidalgo states. At the state and regional level, the categories of affiliation, personnel and medical infrastructure are analyzed in a comparative way in order to prove the precariousness of health services in these neighboring regions and geographically distant from the capitals of their states, where the main health care resources are settled. The results are analyzed within the framework of the right to health of indigenous peoples, which is far from being accurate due to the structural precariousness of health care for this sector of the population and the prolonged effects of the Covid pandemic19.

Keywords:

public health services, indigenous regions, human right to health, medical inequality, Covid-19 pandemic

Resumen:

Este trabajo explora las condiciones de los servicios públicos de salud disponibles en las regiones indígenas de las huastecas hidalguense y potosina. A nivel estatal y regional se analiza de manera comparativa los rubros de afiliación, personal e infraestructura médica con el fin de demostrar la precariedad de los servicios de salud en estas regiones vecinas y geográficamente distantes de las capitales de sus estados, donde se concentran los principales recursos de atención médica. Los resultados se analizan en el marco del derecho a la salud de los pueblos indígenas, el cual está muy lejos de consumarse debido a la precariedad estructural de la atención en salud a este sector de la población y por los efectos prolongados de la pandemia de Covid19.

Palabras Clave:

servicios públicos de salud, regiones indígenas, derecho humano a la salud, desigualdad médica, pandemia Covid 19

^a Autor de Correspondencia, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, <https://orcid.org/0000-0002-5076-8451>, Email: jorge_dolores@uaeh.edu.mx

^b Universidad Intercultural de San Luis Potosí, <https://orcid.org/0000-0003-3573-316X>, Email: vianey.mayorga@uicslp.edu.mx

Introducción

Durante el transcurso de la pandemia de Covid 19 ha quedado al descubierto la dimensión de la precariedad e insuficiencia de los servicios de salud pública en las regiones campesinas e indígenas de Latinoamérica. Debido a la falta de servicios médicos suficientes y especializados, desde el inicio de esta situación, organizaciones indígenas de la región alertaron sobre los riesgos de esta enfermedad en sus territorios. Obviamente en un país como México, esta realidad no es ajena, por lo que de acuerdo a ello, en este trabajo se realiza un estudio exploratorio consistente en el análisis de los servicios públicos de salud de dos regiones indígenas en los estados de Hidalgo y San Luis Potosí. Estas regiones forman parte de un área cultural y geográfica llamada Huasteca o Huastecas, en las que se concentra un alto índice de población indígena.

La pregunta que conduce el texto indaga sobre la distribución de afiliación a servicios de salud públicos, disponibilidad de personal médico e infraestructura de salud en las regiones referidas. Conforme a esta interrogante, el objetivo de este trabajo es analizar tales condiciones en estas regiones vecinas y geográficamente distantes de las capitales de sus respectivos estados; por consecuencia, lejanas de los lugares donde están concentrados los recursos médicos.

Con este fin se analizaron estadísticas estatales en el rubro de salud provenientes de la Encuesta Intercensal 2015 - Instituto Nacional de Geografía (INEGI) y de instituciones como el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), Instituto para la Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y de las secretarías de salud estatales. Se estableció una comparativa de los servicios de salud existentes a nivel estatal y regional, con la finalidad de identificar el nivel de afiliación a servicios públicos de salud, número de médicos y enfermeras, y el tipo de infraestructura médica existente en ambas regiones. Estos datos fueron contrastados con informes de organismos internacionales.

Es necesario precisar que no todos los rubros pudieron ser analizados a nivel municipal, ya que por ejemplo, en cuanto camas de hospital y de personal de enfermería, no hubo datos disponibles. Así mismo, dada la conversión acelerada del sistema de salud para atender la emergencia por la pandemia de Covid 19, tampoco hubo una estadística que precisará la dimensión de los servicios médicos con los dispusieron las regiones de análisis de este trabajo durante este periodo.

Como marco de interpretación se empleó el derecho humano a la salud de las poblaciones indígenas, el cual está incluido en el Art. 77 bis 1 de la Ley General de Salud. Este derecho deriva de compromisos adquiridos por el gobierno mexicano en el marco de instrumentos internacionales como el Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), y de la Declaración de los Pueblos Indígenas (ONU). Finalmente, y ante la continuidad de la enfermedad de la Covid, en las conclusiones se bosqueja un panorama para mejorar la calidad de los servicios de salud acorde a la realidad sociocultural de estas poblaciones indígenas.

El derecho humano a la salud de los pueblos indígenas

La salud, para la Organización Mundial de la Salud (OMS), es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (2006, 01). Precisa que “es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”¹ y enfatiza que el papel del Estado y la cooperación entre los gobiernos es fundamental para su realización, quedando claro que la protección de la salud es un bien colectivo y componente fundamental de la integridad social y dignidad humana. Así mismo, el Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos establece que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, en especial la

alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios” (2015, 52).

En México el derecho a la salud de la población está garantizado en el Artículo 4° de la Constitución, siendo la Ley General de Salud donde se definen las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud a nivel federal y estatal (Lugo 2015, 131). Este artículo fue objeto de una reforma en el año 2020, donde se indica que es responsabilidad del Estado crear un sistema de salud universal y gratuito para toda la población. Así mismo, el Artículo 77 de esta Ley General de Salud (2019) precisa que:

La protección a la salud, será garantizada por el Estado, bajo criterios de universalidad e igualdad, deberá generar las condiciones que permitan brindar el acceso gratuito, progresivo, efectivo, oportuno, de calidad y sin discriminación a los servicios médicos, incluidas intervenciones quirúrgicas, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud (Cámara de Diputados 2021, 30).

Lugo (2015), señala que la protección de la salud es para todas las personas y que ésta debe ocuparse de las necesidades específicas de cada etapa de la vida: desde la niñez hasta la tercera edad. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos especifica que el derecho a la salud es un derecho fundamental protegido por instrumentos jurídicos nacionales e internacionales (CNDH 2015); sin embargo, reconoce que el Estado mexicano no proporciona la atención ni los servicios médicos necesarios a todos los sectores de la sociedad, en especial para la población rural e indígena. Esta comisión señala la necesidad de mejorar la atención médica a nivel comunitario, ampliando la infraestructura y equipamiento para clínicas y hospitales.

Esta insuficiencia en la atención de la salud de la población indígena está en contradicción con el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo, que establece las obligaciones gubernamentales para este sector de la población en relación con la seguridad social y la salud:

Art. 25 1. Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental. 2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales. (OIT 2014, 53-54)

En el caso de los artículos 21 y 23 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (DNUDPI), indican el derecho de estos pueblos a participar activamente en la elaboración de programas de salud aplicables en sus territorios y el Artículo 24 instituye lo siguiente:

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud. 2. Las personas indígenas tienen igual derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente que este derecho se haga plenamente efectivo. (ONU 2007, 10)

Por lo tanto, el derecho a la salud de las poblaciones campesinas e indígenas está garantizado a nivel constitucional y por tratados internacionales. Sin embargo, esto no es una realidad porque como veremos a continuación, existen fallas estructurales en relación a cualidades de los sistemas de salud entre las que se pueden destacar la deficiencia de recursos médicos, la lejanía de las poblaciones con los centros de atención médica especializada y por la ausencia de un sistema de salud intercultural acorde con las culturas indígenas del país. La ausencia de un sistema médico con estas características es causa de una serie de abusos y

perjuicios en la historia de la medicina moderna aplicada en poblaciones indígenas, particularmente por la consideración de atraso con la que desde la ciencia se ha visto a las prácticas médicas indígenas.

Lo anterior no ha sido pasado por alto en la investigación social; por ejemplo, Serrano (2009) describe que una de las características más importantes de las culturas indígenas radica en sus conocimientos médicos y el uso de medicinas tradicionales; sin embargo y pese al reconocimiento de la DNU DPI, en México son mínimas las acciones para la conservación de plantas, animales y minerales de interés médico para las comunidades indígenas. Más aún, en muchos casos existe la prohibición y penalización por el uso de algunos de éstos. Esta situación junto con la discriminación que sufre la población indígena al intentar acceder al sistema médico hegemónico, sitúa a este sector de la sociedad en una doble vulneración de sus derechos individuales y colectivos. Esto demuestra que el sistema médico hegemónico, en palabras de Menéndez (2016), tiene como base, principalmente, un biologicismo humano y una racionalidad científica que la mayor parte de las ocasiones establece una relación de hegemonía-subalternidad con los demás modelos médicos como es el caso de la medicina indígena.

Por otro lado, Fagetti (2016) ha identificado que en las prácticas médicas indígenas se unen dos tipos de sistemas de pensamiento: el empírico-racional-lógico y el simbólico-mitológico-mágico, sin haber contradicción entre estos. En este sentido es que el Estado debe brindar las herramientas para la construcción de un sistema intercultural de atención a la población indígena, capaz no sólo de una cobertura en porcentajes, sino de lograr una atención a la salud eficiente y acorde a sus modos de vida. Para tal caso, la interculturalidad en el contexto de las ciencias de la salud, sería una forma de entender y atender a la otredad. Ello implica una reflexión de lo que significa la otredad en términos de comprender de manera integral el fenómeno de la enfermedad como una experiencia profundamente humana desde la subjetividad de la persona que la sufre, inmersa en la

complejidad de un contexto social y cultural determinado (Murillo 2015, 80).

Murillo explica que además será necesario un análisis de la complejidad de la práctica médica, en términos de que ésta se establece a partir de la interacción de dos subjetividades que responden a dos culturas diferentes (la del médico y la del paciente), indispensable para un adecuado proceso relacional en términos técnicos y éticos que derive en un recíproco entendimiento, para que los resultados de la interacción médico-paciente sean satisfactorios para ambas partes. Este es el escenario desde donde es necesario entender la realidad de los servicios médicos con los que se atienden las necesidades de salud de la población indígena mexicana.

Los sistemas de salud pública en México

En México la mayoría de la población tiene acceso a servicios de salud pública a través de la seguridad social y por la afiliación al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), recientemente transformado en Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi). En el primer grupo se encuentra el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (Pemex) y el Instituto Mexicano de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFAM).

Según la Organización Panamericana de la Salud – OPS (2017), en los sistemas de seguridad social recibe atención médica alrededor del 40 por ciento de la población, siendo el IMSS la institución que da atención a cerca de 36 millones de personas, mientras que en el ISSSTE son atendidos alrededor de 7 millones de personas. Estas cifras muestran el alto grado de informalidad económica de la población trabajadora del país, lo que les impide contar con seguridad social.

Para atender las necesidades de atención médica de la población sin seguridad social, el Insabi, antes conocido como Seguro Popular (SP)ⁱⁱ, brinda atención médica de primero y segundo nivel a cerca de 50 millones de personas que viven principalmente en las

periferias urbanas y las áreas rurales del paísⁱⁱⁱ. Este sistema fue diseñado en el sexenio de Vicente Fox como programa piloto, pero pronto se convirtió en la columna vertebral de atención médica para la población sin seguridad social. Sin embargo, aún con este sistema hay 18.2 millones de personas que tienen problemas de acceso a servicios de salud (OPS 2017).

Durante el actual mandato presidencial de Andrés Manuel López Obrador, el SPSS fue sustituido por el Instituto de Salud para el Bienestar^{iv}, lo que implicó varios cambios, entre los que destaca que: "A diferencia de antes... las personas sin seguridad social no necesitarán afiliarse ni pagar cuotas para recibir atención médica y medicamentos gratuitos; solo deberán contar con CURP o presentar acta de nacimiento" (Gobierno de la República)^v. En este nuevo sistema no existen restricciones en cuanto al catálogo de enfermedades y habrá un fondo de gastos catastróficos para las enfermedades de mayores gastos.

Existe un tercer grupo de la población que puede identificarse como aquel que no está afiliado a ninguno de los dos anteriores, ya sea porque se atiende en la salud privada o bien, donde se podría localizar al sector de la población que no es beneficiario, por diversas causas, de ningún tipo de afiliación a servicios médicos.

Los recursos básicos del sistema de salud público mexicano

Para analizar las capacidades de atención del sistema de salud pública, es necesario conocer los recursos básicos de este sistema, entendiéndolo por ello médicos, enfermeras y camas de hospital para atender las necesidades de salud de la población.

La Secretaría de Salud (2016) precisó que en el 2014 en nuestro país había 113 mil médicos generales en funciones, mientras que el número de médicos especialistas era de 150 mil, dando un total de 263 mil médicos en el país; lo que representa cerca de 2.2 médicos por cada mil personas. Es importante aclarar que estas cifras sólo corresponden a personal que labora en instituciones públicas del sector salud.

Para efectos de este indicador, se consideraron a todos los profesionales de la salud que están en contacto con el paciente y los que se encuentran en labores administrativas, incluyendo médicos, odontólogos, médicos en formación, enfermeras, nutriólogos, psicólogos, trabajadores sociales; y otro personal técnico. Durante el periodo comprendido entre 2005 y 2014, los trabajadores dedicados al cuidado de la salud aumentaron aproximadamente en 215 mil, para llegar a poco más de 762 mil en 2014 (SS 2016, 50).

En contraste a lo anterior, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial (BM) indicaron que, en el 2015 en México había 2.4 médicos por cada mil habitantes^{vi}; mientras que del lado de la OPS (2017), se indicó que había 1.6 médicos por cada mil habitantes. Estas cifras, aunque discrepantes, están muy lejos de los promedios internacionales que deberían ser de 3.4 médicos por cada mil habitantes (OPS 2017, 188).

En lo que respecta a personal de enfermería la Secretaría de Salud (2016, 56) indican que hay 323 mil profesionistas de este tipo, lo que significa un promedio de 2.7 enfermeras por cada mil habitantes. Este número también está lejos del ideal internacional que, según la OCDE, es de 3.8 a nivel mundial, mientras que en México se calcula que hay 2.4 enfermeras por cada mil habitantes^{vii}. Por su parte, el Banco Mundial refiere que en México el promedio de enfermeras y parteras es de 2.4 por cada mil habitantes^{viii}.

En cuanto a las camas de hospital, la Secretaría de Salud (2016) refirió que en el año 2014 México contaba con 123 mil camas hospitalarias, que en promedio representan una cama por cada mil habitantes, contrastando con las 4.8 camas por habitantes del promedio de la OCDE. Datos del 2019 de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), indican que Japón es el país con la disponibilidad más alta de camas con 13.1 camas por cada mil habitantes; en contraparte México con una población similar a la de ese país tiene 1.4 camas por cada mil habitantes^{ix}. Más allá de las discrepancias numéricas, es muy llamativa la forma en que geográficamente este promedio refleja la desigualdad: la Ciudad de México tiene 2.4 camas por cada mil habitantes, mientras que en Chiapas hay una cama por cada dos mil habitantes. Esta misma

concentración de recursos se refleja también en la atención médica especializada.

Dentro del esquema de salud pública también existen los denominados Institutos Nacionales de Salud, hospitales donde además de otorgar atención especializada de tercer nivel se realiza investigación médica. Algunas de estas instituciones son el Centro Nacional de Cancerología, el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y el Instituto Nacional de Pediatría. Lamentablemente por estar concentrados principalmente en la Ciudad de México, el alto nivel de atención de estas instituciones es de difícil acceso para la población de las zonas rurales del país.

En el ámbito estatal y desde que los servicios de salud fueron desconcentrados, cada entidad federativa cuenta con una Secretaría de Salud que es encargada de operar una red de clínicas, hospitales regionales y rurales mediante los cuales la población accede a los servicios de primero y segundo nivel. En este contexto, a continuación, será identificada el tipo de afiliación, personal médico, camas de hospital y unidades de atención médica en las regiones indígenas de la Huasteca pertenecientes a los estados de Hidalgo y San Luis Potosí.

Imagen 1. Mapa del área de estudio. Fuente: elaboración propia con datos de los Anuarios Estadísticos de Hidalgo y San Luis Potosí, 2017.

Afiliación y distribución de servicios de salud en la Huasteca hidalguense

El estado de Hidalgo tiene una extensión de 20,813.57 km² y una población de casi 3.1 millones de habitantes, 53 % mujeres y 47% hombres (INEGI 2020)^x; se estima que la población indígena alcanza el 36% (INEGI 2016) y el nivel de escolaridad es de 8.7 años^{xi}. La población afiliada a algún sistema de salud pública es del 82.36%, el 17.31% no está afiliada a ningún sistema de salud, el 1.41% a algún sistema privado y el 0.33% se encuentra en el rubro de no especificado (INEGI, 2017)

En el ámbito del personal médico (médicos, enfermeras, administrativos, trabajadores sociales, psicólogos y odontólogos), en la entidad hay 22,156 personas reconocidos como tales. De ellos 4,932 son médicos, entre los que destacan el personal en contacto directo con el paciente siendo 1,611 médicos generales y 1,792 especialistas; esta cantidad representa 1.6 médicos por cada mil habitantes. En cuanto personal de enfermería se tiene el registro de 6,906 profesionistas, es decir 2.2 enfermeras por cada mil habitantes.

En el estado hay 1963 consultorios, 63 quirófanos y 3305 camas hospitalarias, de las que 1642 camas son no censables y 1463 censables. Las camas no censables se consideran de revisión, de las que hay 0.5 camas por cada mil habitantes; éstas están distribuidas de la siguiente manera: 215 para el IMSS, 198 ISSSTE, 14 Pemex, 66 IMSS-Prospera, 1,110 SSH y 42 DIF. Las camas censables son aquellas cuyo uso refiere un ingreso hospitalario y su existencia requiere de personal de apoyo y equipamiento, por lo que su existencia representa mayor inversión de recursos económicos dependiendo del tipo de procedimiento a atender; de este tipo de camas hay 0.47 camas por cada mil habitantes. Las camas censables están distribuidas de la siguiente manera: 302 para el IMSS, 119 para el ISSSTE, 12 de Pemex, 194 IMSS-Prospera, 743 SSH y 93 en el DIF. En ambos tipos de camas el promedio es de una por cada mil habitantes.



Los anteriores representan los principales recursos médicos que existen en Hidalgo, pero en la región Huasteca que abarca los municipios de Atlapexco, Huazalingo, Huautla, Huejutla, Jaltocan, San Felipe Orizatlán, Xochiatipan y Yahualica, y con una población de cerca de 280 mil habitantes, 77 por ciento de ellos indígena (INEGI, 2015) los datos tienen otras proporciones. Cerca del 91.85% de la población está afiliada a un esquema médico público, siendo el Seguro Popular (Insabi) la institución con mayor cobertura médica; este dato es muy superior al promedio de 68.64% estatal en este sistema de salud (INEGI, 2017).

La cantidad de médicos en la región es de 387, quienes laboran en las siguientes instituciones: SSH (Insabi), IMSS-Prospera e ISSSTE (Tabla IV). De acuerdo a esta cifra, en la Huasteca Hidalguense hay 1.3 médicos por cada mil habitantes. Este personal médico se desempeña en 121 unidades médicas de las que 81 pertenecen a la Secretaría de Salud de Hidalgo, 37 al esquema IMSS-Prospera y 3 al ISSSTE; cuatro de las anteriores son hospitales, dos operados por la Secretaría de Salud, uno del ISSSTE y otro del IMSS-Prospera (Insabi), (INEGI, 2017).

Ahora bien, en el caso de las camas censables y no censables en la región Huasteca no se pudo precisar un registro estadístico fiable de estos datos. En este escenario destaca que existe una política de prevención de enfermedades que son realizadas en casas de salud que funcionan dentro de las comunidades. Tales establecimientos están a cargo principalmente de mujeres de la misma comunidad, las cuales pueden ser enfermeras, parteras o voluntarias a las que capacita la Secretaría de Salud. Las casas de salud representan una oportunidad para la población rural para acceder a la atención especializada de los hospitales regionales; en la Huasteca hidalguense se cuentan 283 establecimientos de este tipo (INEGI, 2017).

Afiliación y distribución de servicios de salud en la Huasteca potosina

El estado de San Luis Potosí tiene un territorio de 65,288 km² y una población de 2,822,255 habitantes, de la cual, 48.5% son hombres y 51.5% mujeres (INEGI 2020), con una escolaridad de 8.8 años. La población indígena corresponde al 23.2% del total del estado, ubicando así a la entidad en el lugar 14 a nivel nacional en porcentaje de población autoadscrita como indígena^{xii}. El nivel de afiliación a algún sistema de salud pública de esta población es de 89.53%, el 10.19% no está afiliada a ningún sistema de salud, el 2.77% está en un sistema privado y el 0.27% se encuentra en el rubro de no especificado (INEGI, 2017).

En el estado hay un total de 21,621 personas reconocidas como personal médico, de los cuales 4390 son médicos (1083 médicos generales y 1624 especialistas); del total de médicos, 4265 están en contacto directo con el paciente, lo que representa 1.5 médicos por cada mil habitantes. Los registros indican la existencia 6176 profesionistas de enfermería, en promedio 2.2 enfermeras por cada mil habitantes. Así mismo el estado cuenta con 30 unidades de hospitalización general y dos de hospitalización especializada.

En el rubro de camas hospitalarias, cuenta con 1839 camas no censables, lo que equivale a 0.6 camas por cada mil habitantes. En cuanto las camas censables hay 1356, lo que representa a 0.5 camas por cada mil habitantes; en suma, 1.1 camas por cada mil habitantes. Del total de camas censables, 658 son del IMSS, 134 del ISSSTE, 4 de Pemex, 32 de Sedena, 178 de IMSS-Prospera y 833 de la SSA. De las 1356 camas no censables, 357 se encuentran en el IMSS, 56 en el ISSSTE, 10 en Pemex, 33 en Sedena, 448 en IMSS-Prospera, 425 en la SSA y 27 en el DIF. En todo el estado hay 1655 consultorios, 242 ambulancias y 65 quirófanos.

El estado tiene 58 municipios agrupados en cuatro regiones: Altiplano, Centro, Media y Huasteca. La Huasteca a su vez se subdivide en Huasteca norte, centro y sur, con un total de 707,527 habitantes distribuidos en 20 municipios, donde el 68.75 de la población se autoadscribe indígena^{xiii}. En esta región, el nivel de afiliación alcanza al 93.03% de la población, donde el

Seguro Popular (Insabi) también es la institución de mayor cobertura con el 83.32%, una afiliación que al igual que en la región vecina es superior al promedio estatal que es de casi 58 por ciento (INEGI, 2017).

Se tiene el registro de 980 médicos, en promedio 1.4 médicos por cada mil habitantes, quienes están adscritos a 285 Unidades Médicas pertenecientes a tres instituciones principales: SSA, IMSS-Prospera e IMSS (Tabla VIII). De estas 285 unidades, 158 pertenecen a la Secretaría de Salud estatal, 81 al esquema IMSS-Prospera, 20 al DIF, 14 al IMSS, 12 al ISSSTE y uno a Pemex. De ese total, 12 son hospitales generales distribuidos de la siguiente manera: 1 en Aquismón de la SSA, 1 en Axtla de Terrazas del IMSS-Prospera, 3 en Ciudad Valles del IMSS, ISSSTE y SSA, 2 en Ébano de Pemex y SSA, 1 en El Naranjo del IMSS, 3 de Tamazunchale del ISSSTE, IMSS-Prospera y SSA y 1 en Tamuín de SSA; al igual que en la región hidalguense, no fue posible precisar el dato de camas censables y se identificó que en cuanto a casas de salud hay 515 (INEGI 2017).

Resultados: desigualdad en la distribución de servicios médicos y lejanía geográfica

Aunque en México el sistema de salud pública da atención a cerca del 90 por ciento de la población, este sistema tiene diferencias en cuanto a cobertura, infraestructura médica, número de médicos, enfermeras y camas de hospital con respecto a las entidades de la República. El nivel de afiliación a los servicios de salud en Hidalgo es del 91.85% y en San Luis Potosí del 92.37%. En la Huasteca hidalguense el nivel de afiliación es del 91.69% (una proporción muy similar dentro del esquema del Insabi); mientras que para la Huasteca potosina es del 92%, destacando el Insabi con el 83.32%.

En ambas regiones el nivel de afiliación al Insabi es superior al de sus estados, ya que en Hidalgo es del 68.4% y en SLP del 57.69%. Esta afiliación muestra también las condiciones laborales en las Huastecas, donde predomina el trabajo informal y las actividades primarias. El alto nivel de afiliación al Insabi refleja una

alta cobertura de servicios de salud, pero no así una atención eficiente para el conjunto de necesidades de salud ni seguridad social.

Con respecto a los médicos en Hidalgo hay 1.6 médicos por cada mil personas, pero en la Huasteca esta cifra es de 1.3 médicos por cada mil habitantes. En San Luis Potosí hay 1.5 médicos por cada mil habitantes, pero en la Huasteca potosina esta cifra es de 1.4 médicos por cada mil habitantes. En el rubro de camas de hospitalización en Hidalgo hay 0.47 camas por cada mil habitantes, y en San Luis Potosí hay 0.5 camas por cada mil habitantes. Este rubro a nivel regional fue imposible determinar el promedio debido a que no existe el registro en los instrumentos consultados. En cuanto a personal de enfermería tanto en Hidalgo como en San Luis Potosí hay 2.2 enfermeras por cada mil habitantes-

El tipo de atención médica es básica (primer nivel) y se realiza en Unidades Médicas de Consulta Externa, 125 en la Huasteca hidalguense y 285 en la potosina. Estas unidades en su mayoría se localizan en comunidades donde ofrecen atención médica de tipo preventivo y para padecimientos no graves; en situaciones de emergencia los pacientes son evaluados y, de ser necesario, canalizados a los servicios hospitalarios de segundo nivel localizados en los centros regionales: Huejutla, Atlapexco, Tamazunchale y Ciudad Valles. Si en estos lugares no hay la especialidad requerida, los pacientes son trasladados a las capitales de sus estados o a ciudades como Monterrey, Tampico y Ciudad de México, lo cual puede constatarse en conversaciones con la población local y en reportes periodísticos^{xiv}.

En cuanto a la infraestructura hospitalaria en las Huastecas se reproduce el mismo factor de concentración que existe a nivel nacional. En la Huasteca hidalguense, a excepción de Atlapexco, los hospitales se encuentran en el centro regional de Huejutla. En la Huasteca Potosina, la distribución es más extensa ya que los recursos hospitalarios además de estar en los dos centros regionales de Tamazunchale y Ciudad Valles, hay hospitales en Aquismón, Axtla de Terrazas, Ébano, El Naranjo y Tamuín; sin embargo, eso no significa una

mejor cobertura o atención, pues por lo general esos hospitales canalizan a los pacientes que requieren atención especializada a la capital del estado. La localización geográfica de estos hospitales causa grados de acceso diferenciado a los servicios hospitalarios, considerando la dispersión de la población en el territorio de las regiones analizadas.

Estas diferencias muestran que los servicios de salud en las regiones rurales e indígenas, sólo alcanzan hasta el primero y segundo nivel. Para recibir atención médica especializada la población tiene que desplazarse de sus comunidades a las cabeceras municipales o al centro regional, las capitales de sus estados y a ciudades como Tampico, Monterrey y Ciudad de México. Estos desplazamientos tienen un alto impacto económico y de tiempo para realizar los traslados como puede verse en la siguiente tabla.

Tabla IX

Distancias y tiempo traslados desde cabeceras municipales a los principales centros de atención médica

Huasteca hidalguense a Huejutla o Ciudad Madero (Tampico)		
Cabecera municipal	Huejutla	Ciudad Madero (Tampico)
Atlapeco	22 kms/ 35 mins	189 kms / 3 horas 30 mins
Huautla	32 kms/45 mins	198 kms/ 3 horas 45 mins
Huazalingo	30 kms / 50 mins.	197 kms/ 3 horas 45 mins
Huejutla	N/A	167 kms/ 3 horas
Jaltocan	20 kms / 45 mins	189 kms/ 3 horas 30 mins
San Felipe Orizatlán	31 kms / 55 mins.	210 kms/ 4 horas 20 mins
Xochiatipan	55 kms / 1 hora 30 mins.	221 kms/ 4 horas 30 mins
Yahualica	39 kms / 1 hora	206 kms/ 4 horas

Huasteca hidalguense a Pachuca o CDMX		
Cabecera municipal	Pachuca	CDMX
Atlapeco	192 kms/ 4 horas 30 mins	282 kms/ 6 horas
Huautla	204 kms/4 horas 45 mins	294 kms/6 horas 15 minutos
Huazalingo	200 kms/4 horas 20 mins	290 kms / 5 horas 30 minutos
Huejutla	200 kms/4 horas 45 mins	312 kms / 6 horas

Jaltocan	210 kms/4 horas 30 mins	300 kms / 5 horas 45 minutos
San Felipe Orizatlán	212 kms/4 horas 30 mins	302 kms / 5 horas 50 minutos
Xochiatipan	181 kms/4 horas 30 mins	260 kms / 5 horas 40 minutos
Yahualica	186 kms/4 horas 20 mins	277 kms / 5 horas 30 minutos

Huasteca potosina a Ciudad Valles o SLP		
Municipio	Ciudad Valles	SLP
Aquismón	53 kms / 1 hora	337 kms / 4 horas
Axtla de Terrazas	83 kms / 1 hora 30 mins	367 kms / 4 horas 30 mins
Ciudad Valles	N/A	291kms / 3 horas 20 mins
Coxcatlán	71 kms / 1 hora 30 mins	355 kms / 4 horas 30 mins
Ébano	90 kms / 1 hora 15 mins	372 kms / 4 horas
El Naranjo	99 kms / 1 hora 30 mins	261 kms / 3 horas 30 mins
Huehuetlán	65 kms / 1 hora 20 mins	349 kms / 4 horas 20 mins
Matlapa	92 kms / 1 hora 40 mins	376 kms / 4 horas 45 mins
San Antonio	67 kms / 1 hora 20 mins	350 kms / 4 horas 20 mins
San Martín Chalchicuautla	125 kms / 2 horas 30 mins	413 kms / 5 horas 30 mins
San Vicente Tancuayalab	70 kms / 1 hora 15 mins	358 kms / 4 horas
Tamasopo	55 kms / 1 hora	246 kms / 3 horas
Tamazunchale	109 kms / 2 horas	393 kms / 5 horas 15 mins
Tampacán	109 kms / 2 horas 10 mins	403 kms / 5 horas
Tampamolón Corona	77 kms / 1 hora 30 mins	361 kms / 4 horas 40 mins
Tamuín	32 kms / 40 mins	327 kms / 3 horas 45 mins
Tancanhuitz	58 kms / 1 hora	342 kms / 4 horas
Tanlajás	50 kms / 1 hora	334 kms / 4 horas
Tanquián	92 kms / 1 hora 30 mins	375 kms / 4 horas 20 mins
Xilitla	89 kms / 1 hora 40 mins	373 kms / 4 horas mins

Huasteca potosina a Ciudad Madero o Monterrey		
Municipio	Ciudad Madero (Tampico)	Monterrey
Aquismón	179 kms / 3 horas	568kms/8horas

Axtla de Terrazas	209 kms / 3 horas 30 mins	598kms/8horas 30 mins
Ciudad Valles	156 kms / 2 horas 30 mins	516kms/7 horas
Coxcatlán	197 kms / 3 horas 30 mins	586 kms/8horas 30 minutos
Ébano	68 kms / 1 hora 20 mins	496 kms/6horas 40 minutos
El Naranjo	221 kms / 3 horas	482kms/6horas 30 minutos
Huehuetlán	191 kms / 3 horas 20 mins	580 kms/8horas 20 minutos
Matlapa	218 kms / 3 horas 45 mins	607 kms/8horas 40 minutos
San Antonio	193 kms / 3 horas 20 mins	582 kms/8horas 20 minutos
San Martín Chalchicuaula	179 kms / 3 horas 40 mins	635 kms/9 horas 10 minutos
San Vicente Tancuayalab	124 kms / 2 horas 30 mins	580 kms/8horas
Tamasopo	202 kms / 3 horas	625 kms/ 7 horas 30 minutos
Tamazunchale	235 kms / 4 horas	625 kms/ 9 horas
Tampacán	169 kms / 3 horas 30 mins	625 kms/ 9 horas
Tampamolón Corona	161 kms / 3 horas	925 kms/ 8 horas 30 minutos
Tamuín	119 kms / 2 horas	546 kms/ 7 horas 20 minutos
Tancanhuitz	184 kms / 3 horas	573 kms/ 8 horas
Tanlajás	176 kms / 3 horas	566 kms/ 8 horas
Tanquián	141 kms / 2 horas 45 mins	597 kms/ 8 horas 10 minutos
Xilitla	215 kms / 3 horas 45 mins	604 kms/ 8 horas 30 minutos

Fuente: Elaboración propia con datos de Google Maps y considerando viaje en auto particular en condiciones óptimas de clima y tráfico.

Estas distancias y tiempos sólo consideran traslados de las cabeceras municipales a las ciudades donde existen los centros de atención médica. Sin embargo, llegar a la cabecera municipal desde las comunidades más alejadas puede abarcar horas de viaje y medios de transporte escasos. De la cabecera municipal a las ciudades, viajando por autobús, hay que considerar aproximadamente dos a tres horas más de tiempo y de las terminales de autobuses a los centros hospitalarios hay que sumar el viaje en taxi, colectivo o metro. En ocasiones las presidencias municipales otorgan una ambulancia donde los gastos de gasolina,

peaje y alimentos del chofer deben ser sufragados por los familiares del paciente, por lo que algunos pacientes se quedan sin recibir la atención médica, pues los familiares no pueden cubrir estos gastos.

Análisis: desigualdad de servicios médicos y vulnerabilidad extrema al Covid 19

Los anteriores resultados permiten identificar un conjunto de factores desfavorables en materia de salud para la población indígena de las Huastecas. Los principales servicios médicos están ubicados en las ciudades que son centros regionales y en las cabeceras municipales, existiendo para la atención comunitaria clínicas y casas de salud donde los recursos de personal e insumos médicos siempre han sido insuficientes.

En este contexto se advierten formas complejas de desigualdad que son posibles de analizar gracias a que desde inicios de este siglo se cuenta con parámetros como el Índice de Desarrollo Humano Indígena (PNUD 2010), que muestra que la condición de desarrollo de los pueblos indígenas era menor en proporción al promedio nacional y al de sus entidades. En Hidalgo el IDH del 2008 de la población indígena era de 0.6675 frente al 0.7426 de la población no indígena. Para el caso de SLP era de 0.6462 frente al 0.750 de la población no indígena (PNUD, 2010:41). Y aunque hay mejoramiento de las condiciones generales de vida de la población mexicana, en el sector indígena siempre van un paso atrás.

Este es el caso de la esperanza de vida, que en el estado de Hidalgo en el año 2000 fue de 72.1 años en promedio (69.4 hombres y 74.8 mujeres) y para el año 2010 se incrementó a 75.1 años (72.4 mujeres y 77.7 mujeres). En contraste la esperanza de vida no indígena en el año 2000 en Hidalgo era de 73.4 años (70.8 hombres y 76 mujeres), incrementándose para el año 2010 a 76.1 años (73.5 hombre y 78.7 mujeres). Mientras tanto en San Luis Potosí para el 2000 era de 72.7 años (72.7 mujeres y 70.2 hombres), para el año 2010 se incrementó a 75.6 (73.1 hombres, 78.1, mujeres).

Al analizar las desigualdades al interior de las entidades federativas se encuentra que los niveles

de dispersión en el índice de desarrollo humano y sus componentes son notoriamente más altos en la población indígena que en la no indígena. Se pone énfasis a la desigualdad no sólo entre ambas poblaciones sino al interior de cada una, ya que la desigualdad constituye un obstáculo para alcanzar mayores niveles de bienestar. Las sociedades con altos niveles de desigualdad tienen avances menores que aquellas con baja desigualdad. Al mismo tiempo, las sociedades que se caracterizan por una movilidad social restringida, tienden a reproducir la desigualdad de una generación a otra. Por esto es fundamental que las políticas públicas no sólo estén enfocadas a reducir la pobreza, sino también a reducir la desigualdad (PNUD 2010, 103).

Por estas razones no sólo basta incrementar la cobertura médica, ya que como Leyva et al. (2013) afirma, la expansión del Seguro Popular no significó una mejora sustancial en términos socioeconómicos. Este tipo de distinciones permite plantear dobles y hasta triples desigualdades debido a la precariedad de los recursos médicos, la ausencia de un sistema de salud intercultural que se complemente con las prácticas y saberes médicos locales. Aunque desde inicios de este siglo se han llevado a cabo acciones para concretar un sistema de salud de estas características, persisten abusos cometidos desde la práctica médica hegemónica en contra de la población indígena. Particularmente las acciones concretas han buscado incorporar a las parteras a la práctica médica; sin embargo, a muchas de ellas les fueron asignadas funciones de recaudación de datos, reparto de ácido fólico para las embarazadas y otras funciones básicas del personal de salud, desaprovechando su experiencia en el trabajo directo con las mujeres en el proceso de embarazo, parto y puerperio (Mayorga 2015, 63).

Salir de la comunidad no significa encontrar atención médica acorde con la cultura, por lo que es frecuente conocer de abusos o negligencias por esta causa en contra de esta población. La gente campesina e indígena en muchas ocasiones se ve confrontada con barreras culturales y características del sistema de salud que no asumen las particularidades del entorno sociocultural de estos pacientes. Esto sucede a pesar de que el Programa Nacional de los Pueblos Indígenas 2018-2024, refiere en el punto 8.2.2: “Apoyar a la

población indígena y afroamericana para que acceda a los servicios de salud de tercer nivel”.

No hay duda que durante el presente siglo se realizó un esfuerzo importante para dotar de servicios médicos a las huastecas hidalguense y potosina; sin embargo, estos servicios tenían limitantes en cuanto el tipo de padecimientos, cuotas de recuperación, servicios subrogados y que para la atención de segundo nivel siempre requería el traslado de la gente de las comunidades a las cabeceras y centros regionales. Esta situación en sí misma implica una serie de perjuicios a la dinámica familiar por el desplazamiento del enfermo y al menos un familiar que esté a su cuidado. Tal alteración tiene repercusiones económicas que van desde los gastos de transporte, alimentación y alojamiento hasta la eventual pérdida de ingresos económicos si el principal proveedor económico es el enfermo o la persona responsable de los cuidados.

Estas dificultades para la atención médica han sido agudizadas durante la pandemia debido a la reconversión de la infraestructura hospitalaria para atender los casos de Covid 19. En ciudades como Huejutla, Tamazunchale y Ciudad Valles, los hospitales fueron reconvertidos y sólo los servicios de urgencia quedaron habilitados para la atención de la ciudadanía; en esta última ciudad se habilitó una Unidad Centinela en el centro deportivo Gómez Morín^{xv}, para brindar atención médica ante la posible saturación de los hospitales que desde julio de 2020 fue evidente y que reafirmó la falta de infraestructura para este tipo de contingencias. Debido a esto una cantidad indeterminada de padecimientos dejaron de ser atendidos, deteriorándose más la salud de las personas, suponiendo esto la pérdida de vidas debido a esta situación.

Además, es importante precisar que desde la década pasada ya se advertía del resurgimiento de enfermedades infecciosas cuya fuerza sería de mayor impacto en los entornos indígena (Castro et al. 2007). Así sucedió en la Huasteca hidalguense, cuando al llegar los primeros casos de Covid 19, la región ya estaba siendo assolada por el dengue.

Conclusiones. Derecho a la salud de los pueblos indígenas y la pandemia de Covid 19

La reestructuración del SP para dar paso al Insabi, había causado un gran debate político e inconformidades por el desabasto de medicamentos causado por esta reestructuración del sistema de salud. En ese cisma llegó la Covid al país, desatando una serie de especulaciones sobre el posible efecto de esta pandemia en un sistema de salud de por sí debilitado y carente en muchos casos de los insumos necesarios para hacer frente a la demanda cotidiana de atención médica.

El déficit de personal médico, la baja calidad de la atención médica y la infraestructura insuficiente es estructural en los países latinoamericanos, pero esto esconde o invisibiliza también la vulnerabilidad y las desigualdades que viven los pueblos indígenas. Estas desigualdades significan mala atención de los padecimientos de esta población, incompreensión cultural y el peligro de una catástrofe médica y social por el riesgo de las pandemias como la acontecida con el Covid 19 y que hizo reaccionar a las poblaciones indígenas con el autoconfinamiento y la limitación del retorno de sus propios migrantes^{xvi}.

La Covid 19, una enfermedad que inició en los espacios urbanos, mostró la gran desigualdad social ocasionada por la insuficiencia de recursos médicos e infraestructura para las regiones campesinas e indígenas de todo el mundo, mostrando el incumplimiento del derecho a la salud. Los pueblos indígenas en México, entre ellos los de las huastecas, han exigido el pleno ejercicio a este derecho de diferentes formas y en plena pandemia no fue la excepción, pues pobladores de comunidades indígenas se manifestaron argumentando la falta de atención adecuada por la Covid, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento, así como el descuido en la atención de otros padecimientos. Estas desigualdades no fueron ocasionadas por la Covid, pero pusieron al descubierto que aún en el entorno de países pobres o de desarrollo medio, hay regiones o ciudades que se encuentran mejor equipadas para hacer frente a

una pandemia, dejando a las regiones campesinas en clara desventaja frente a la pandemia.

Las regiones de esta investigación fueron incorporadas a esquemas de desarrollo regional hace cuarenta años, cuando se modernizó la dinámica rural con la óptica del aprovechamiento de los recursos hídricos y el impulso o reactivación de vocaciones productivas en el rubro de los cítricos, la ganadería y el petróleo. Esta modernización se hizo sin tomar en consideración la opinión de la población indígena, lo que de hecho causó conflictos agrarios que en el caso del lado hidalguense llevó a las poblaciones indígenas a una rebelión que transformó el régimen de propiedad de la tierra. El desarrollo trajo consigo carreteras, tendido eléctrico y también infraestructura de salud que lamentablemente no ha sido suficiente ante las necesidades de la población (Dolores 2019).

La situación de la Huasteca potosina no dista mucho de la hidalguense, donde también se dieron transformaciones en cuanto la tenencia de la tierra y actividades productivas que modificaron la dinámica sociocultural. Las formas de relacionarse con la tierra y la naturaleza fueron modificadas y adaptadas a las formas de producción adquiridas, así como las relaciones de reciprocidad. La manera de entender el cuerpo humano y con ello la salud, sus procesos de diagnóstico y tratamiento de enfermedades que no siempre son iguales a las identificadas en el sistema hegemónico de salud. Estas nociones pocas veces son compatibles con las políticas públicas de salud por lo que existen barreras para entender al *otro* desde la práctica médica.

El derecho humano a la salud es una realidad muy lejana y la pandemia ahondó la brecha de este derecho conforme al resto de las otras necesidades de atención de la población. A ello hay que agregar que los hábitos de la modernidad ya habían causado estragos entre la población, particularmente los derivados del deterioro de sus ecosistemas y de la aparición enfermedades como obesidad, hipertensión y diabetes, que han causado graves daños a la salud indígena.

Para las ciencias sociales este tema ofrece un campo de investigación donde generar espacios y

estrategias de intervención para que la población indígena cuente al menos con servicios de segundo nivel, funcionales, que disminuyan el impacto económico en la familia de los pacientes enfermos. Este sistema deberá complementarse, en lugar de subordinar, con las dinámicas socioculturales y prácticas médicas indígenas. Esto permitirá el desarrollo de políticas de prevención, atención médica especializada y mejores herramientas para hacer frente a la pandemia del coronavirus, cuyos efectos serán de larga duración.

Referencias

1. Castro, Roberto, Joaquina Erviti, René Leyva, René. 2007. *Globalización y enfermedades infecciosas en las poblaciones indígenas de México. Cuadernos de Salud Pública*, 23(1):41-53, <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001300006>
2. CNDH. 2015. *El derecho a la salud de los pueblos indígenas. Servicios y atención en las clínicas de las comunidades*. México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos
3. Cámara de Diputados. 2021. *Ley General de Salud*. México: Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión
4. COESPO. 2018. *Perfil Sociodemográfico de la Población Indígena de San Luis Potosí*. San Luis Potosí: Consejo Estatal de Población
5. Dolores Bautista, Jorge. 2019. *Desarrollo y globalización neoliberal en territorios indígenas de la Huasteca hidalguense, México*. Edähi Boletín Científico de Ciencias Sociales y Humanidades del ICSHu. Publicación semestral 8(15):19-28, <https://doi.org/10.29057/icshu.v8i15.4710>
6. Fagetti, Antonella. 2016. Síndromes de filiación cultural en el estado de Puebla. En *Antropología Médica e Interculturalidad*, coordinado por Roberto Campos Navarro, 357-364, México: McGraw Hill
7. INEGI. 2020. Censo Nacional de Población 2020 <https://censo2020.mx>
8. INEGI. 2017. *Anuario Estadístico de Hidalgo*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía
9. INEGI. 2017. *Anuario Estadístico de San Luis Potosí*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía
10. INPI. 2018. *Programa Nacional de los Pueblos Indígenas 2018-2024*. México: Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas
11. Leyva Flores René, César Infante Xibille, Juan Pablo Gutiérrez Reyes, Frida Quintino Pérez. 2013. *Inequidad persistente en salud y acceso a los servicios para los pueblos indígenas de México, 2006-2012*. México: Salud Pública de México 55 (2): 123-128, <https://doi.org/10.21149/spm.v55s2.5107>
12. Lugo Garfias, María Elena. 2015. *El derecho a la salud en México. Problemas de su fundamentación*. México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos
13. Mayorga Muñoz, Vianey Azucena. 2015. *Retorno a tlajco atl. Estudio de una peregrinación nahua en la Huasteca potosina [tesis de maestría]*. San Luis Potosí: El Colegio de San Luis
14. Menéndez, Eduardo Luis. 2016. Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos. En *Antropología Médica e Interculturalidad*, coordinado por Roberto Campos Navarro México: McGraw Hill.
15. Murillo, Juan Pablo. Construcción de competencias interculturales para el desarrollo de una propuesta de experiencias de aprendizaje para alumnos de primer año de medicina. *Anales de la Facultad de Medicina*, 76(spe), 77-87. http://www.scielo.org/pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832015000100010&lng=es&tlng=es
16. OIT. 2014. *Convenio Número 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales*. Lima: Organización Internacional del Trabajo
17. ONU. 2015. *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Nueva York: Naciones Unidas
18. ONU. 2007. *Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas*. Nueva York: Naciones Unidas
19. OPS. 2019. *Indicadores básicos 2019. Tendencias de la salud en las Américas*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud OPS. 2017. *Salud en las Américas. Resumen: panorama regional y perfiles de país*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
20. PNUD. 2010. *Informe sobre desarrollo humano de los pueblos indígenas de México. El reto de la desigualdad de oportunidades*. México: PNUD-CDI
21. Secretaría de Salud. 2016. *Informe sobre la salud de los mexicanos. Diagnóstico general del Sistema Nacional de Salud*. México: Secretaría de Salud
22. Secretaría de Salud. 2014. *Modelo Intercultural de Atención de la salud de los pueblos indígenas y afrodescendientes*. México: Secretaría de Salud
23. Serrano, César. 2009. *Los derechos de los pueblos indígenas. Derecho internacional y experiencias constitucionales en Nuestra América*. San Luis Potosí-Aguascalientes: Comisión Estatal de Derechos Humanos de San Luis Potosí-Facultad de Derecho de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí-Centro de Estudios Jurídicos y Sociales P. Enrique Gutiérrez

Notas:

-
- ⁱ Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Consultado el 10 de abril de 2021. https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf?ua=1
- ⁱⁱ En este trabajo se utiliza el término Seguro Popular debido a que la gran mayoría de los informes estadísticos anteriores al 2018 emplean este término para referirse al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)
- ⁱⁱⁱ Secretaría de Salud. *Sistema de Protección de Salud*, Consultado el 10 de abril de 2021. <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/deppes/spss.html>
- ^{iv} Cámara de Diputados LIV Legislatura. Consultado el 1 de abril de 2021, *Comunicación Social*, <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Agencia-de-Noticias/2019/Noviembre/29/3808-Publica-DOF-decreto-que-crea-el-Insabi-y-desaparece-el-Seguro-Popular>
- ^v Instituto de Salud para el Bienestar. *El Insabi brinda servicios de salud gratuitos y de calidad a todas las personas que se encuentren en el país y no cuenten con seguridad social; bajo criterios de universalidad, igualdad e inclusión*. Consultado el 10 de abril de 2021 <https://www.gob.mx/insabi/articulos/instituto-de-salud-para-el-bienestar-230778>
- ^{vi} Banco Mundial, *Médicos por cada 1000 personas*, Consultado el 1 de abril de 2021 <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.MED.PHYS.ZS>
- ^{vii} OCDE. *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, Consultado el 1 de abril de 2021. <https://www.oecd.org/mexico/Health-at-a-Glance-2017-Key-Findings-MEXICO-in-Spanish.pdf>
- ^{viii} Banco Mundial. *Enfermeras y parteras por cada 1000 personas*, Consultado el 1 de abril de 2021 <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.MED.NUMW.P3>
- ^{ix} Fundación Sol. *Capacidad de camas en el sistema de salud 36 países OCDE*, Consultado el 1 de abril de 2021, https://www.fundacionsol.cl/blog/graficos-3/post/capacidad-de-camas-en-el-sistema-de-salud-36-paises-ocde-6244#o_wblog_post_main
- ^x La revisión documental de estadística fue llevada a cabo a mediados de 2020, antes de la salida de los resultados preliminares del Censo de Población y Vivienda realizado ese mismo año, por lo cual se tomó como base la Encuesta Intercensal del 2015.
- ^{xi} Cuéntame-INEGI. *Educación Hidalgo*, Consultado el 20 de abril de 2021 <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/hgo/poblacion/educacion.aspx?tema>
- ^{xii} Perfil Sociodemográfico de la población indígena en el estado de San Luis Potosí, 2018 y Anuario estadístico y geográfico de San Luis Potosí, 2017
- ^{xiii} Perfil Sociodemográfico de la población indígena en el estado de San Luis Potosí, 2018
- ^{xiv} “Joven de 16 años es trasladada en helicóptero a Pachuca por covid”. Milenio Digital. Consultado el 20 de agosto de 2021 en: <https://www.milenio.com/ciencia-y-salud/trasladan-en-helicoptero-a-menor-en-estado-grave-por-covid>
- ^{xv} Ayuntamiento de Ciudad Valles “Recorre AEC “Unidad Centinela Covid-19”. Consultado el 05 de abril de 2021 <https://vallesslp.gob.mx/recorre-aec-la-unidad-centinela-covid-19-en-ciudad-valles/>
- ^{xvi} “Más de 100.000 familias indígenas de Colombia piden protección ante el coronavirus” El País. Consultado el 30 de abril de 2021 en: <https://elpais.com/sociedad/2020-04-02/mas-de-100000-familias-indigenas-de-colombia-piden-proteccion-ante-el-coronavirus.html>