



Programa de Acción: Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas

Programa de Acción
Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas



Programa de Acción: **Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas**

Primera Edición, 2001

D.R. © Secretaría de Salud
Lleja 7, Col. Juárez
06696 México, D.F.

Impreso y hecho en México
Printed and made in México

ISBN 970-721-015-X



Secretaría de Salud

Dr. Julio Frenk Mora

Secretario de Salud

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Subsecretario de Innovación y Calidad

Dr. Roberto Tapia Conyer

Subsecretario de Prevención y Protección de la Salud

Dr. Roberto Castañón Romo

Subsecretario de Relaciones Institucionales

Lic. María Eugenia de León-May

Subsecretaria de Administración y Finanzas

Dr. Guido Belsasso

Comisionado del Consejo Nacional contra las Adicciones

Dr. Misael Uribe Esquivel

Coordinador General de los Institutos Nacionales de Salud

Dr. Eduardo González Pier

Coordinador General de Planeación Estratégica

Mtro. Gonzalo Moctezuma Barragán

Director General de Asuntos Jurídicos

Lic. Gustavo Lomelín Cornejo

Director General de Comunicación Social

Dr. Cristóbal Ruíz Gaytán López

Director General de Equidad y Desarrollo en Salud

Dr. Enrique Ríos Espinosa

Coordinador de Salud para los Pueblos Indígenas

Índice

Introducción	7
I. En dónde estamos	13
II. A dónde queremos llegar	23
Objetivo General	25
Objetivos Específicos	25
III. Qué camino vamos a seguir	27
Estrategia 1 Coordinar y dar seguimiento a los programas de salud que se aplican en población indígena	29
Estrategia 2 Administrar suplementos con vitaminas y minerales a niños y niñas, mujeres embarazadas y en período de lactancia	30
Estrategia 3 Promover servicios de salud con calidad y sensibilidad cultural	31
Estrategia 4 Incorporar el enfoque intercultural en la capacitación al personal de salud	32
Estrategia 5 Impulsar programas de prevención, control y rehabilitación del alcoholismo	33
Estrategia 6 Promover las relaciones entre la medicina institucional y la medicina tradicional	34
Estrategia 7 Fortalecer la promoción a la salud con énfasis en la comunicación educativa	36
Estrategia 8 Fortalecer los programas de salud de la mujer indígena	37
Estrategia 9 Impulsar el saneamiento ambiental	38
Estrategia 10 Dar mayor presencia a la población indígena en el sistema de información en salud	39
IV. Cómo medimos los avances	41
Metas	43
Indicadores del programa	44
Indicadores de seguimiento	45

Introducción



Introducción

El Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 sustenta la política del Gobierno de la República dirigida a establecer una nueva relación entre el Estado, los pueblos indígenas y la sociedad en su conjunto. Esta nueva relación implica cambios sustanciales en las políticas del Estado Mexicano dirigidas a los pueblos indígenas y, en consecuencia, en la forma de operar de sus instituciones. La operación transversal de los diferentes sectores de gobierno es un principio y a la vez una estrategia fundamental para incidir significativamente en el desarrollo de la población indígena.

Una de las principales demandas de la población indígena es diseñar una nueva política de salud orientada específicamente hacia este grupo poblacional. Para responder a dicha demanda, la Secretaría de Salud creó la Coordinación de Salud para los Pueblos Indígenas, la cual tiene como propósito lograr que los programas de salud que se orientan a toda la población alcancen con eficiencia y efectividad a la población indígena, tal como se señala en el Artículo 17 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 5 de julio del 2001, que a la letra dice:

Una de las principales demandas de la población indígena es diseñar una nueva política de salud orientada específicamente hacia este grupo poblacional.

- Vincular las acciones que realiza la Secretaría de Salud para la atención de la Población Indígena con la Oficina de Representación para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de la Presidencia de la República.
- Proponer las bases para el establecimiento y conducción de la política nacional en materia de salud y nutrición para la población indígena y llevar a cabo las acciones que en la materia correspondan a la Secretaría de Salud.
- Garantizar que las acciones que realizan las instituciones del sector salud a favor de los pueblos indígenas, estén integradas a los programas y servicios de salud que se otorgan permanentemente a la población.
- Impulsar y participar en la instrumentación y ejecución de acciones de coordinación interinstitucional, tanto en el ámbito sectorial como intersectorial, en materia de equidad y desarrollo de servicios esenciales de salud, así como en aquellas instancias públicas y sociales dedicadas a la atención de la salud de los pueblos indígenas.

Los compromisos enunciados en el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 son producto de una amplia consulta ciudadana. La salud, la vivienda y la alimentación figuran entre las mayores preocupaciones de la ciudadanía, y por consecuencia constituyen en conjunto uno de los ejes principales de la política del Gobierno Federal, interesado en propiciar un desarrollo social y humano que conduzca a mejores niveles de bienestar de los mexicanos.

En lo referente a la población indígena, el Instituto Nacional Indigenista realizó 33 reuniones ciudadanas en 23 entidades federativas; se recogieron 6,000 propuestas, de las cuales 1,523 corresponden a necesidades en salud y nutrición. Adicionalmente, la Secretaría de Salud realizó 143 foros a nivel nacional. Los resultados obtenidos en ambos procesos se resumen en las siguientes demandas: diseñar una política de salud específica para los pueblos indios; fortalecer los servicios de salud que se

dirigen a ellos, con absoluto respeto de su cultura; hacer universal la atención prenatal, la atención del parto y el cuidado de la salud integral de la mujer indígena; asegurar la adecuada nutrición de los niños menores de 5 años; atender los problemas de salud mental, y garantizar el respeto y el trato digno de la persona indígena en los servicios de salud. Destaca la demanda de reconocer la participación del médico tradicional en la salud de las comunidades.

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 señala que para mejorar la salud de los mexicanos es necesario democratizar la atención de la salud.

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 señala que para mejorar la salud de los mexicanos es necesario democratizar la atención de la salud. Esto significa, en primer lugar, que debe asegurarse el acceso a los servicios de salud de toda la población, independientemente de su capacidad de pago o localización geográfica. Implica también promover la participación ciudadana en todos los niveles del sistema de salud, mediante el acceso a la información que se genera en el sector. Por último, democratizar la salud exige desarrollar un sistema que responda con calidad y respeto a las necesidades y expectativas de todos y cada uno de los mexicanos. Tres grandes retos enfrenta actualmente el Sistema Nacional de Salud para alcanzar estas metas: la desigualdad en las condiciones de salud, los problemas de calidad de los servicios, y los problemas en materia de protección financiera.

El Programa Nacional de Salud se plantea los siguientes objetivos:

- Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos.
- Abatir las desigualdades en salud.
- Garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud.
- Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud.
- Fortalecer el Sistema Nacional de Salud, en particular sus instituciones públicas.

Para llevar a cabo estas tareas se establecieron diez estrategias, integradas en 43 Programas de Acción. El Programa de Salud y Nutrición de los Pueblos Indígenas, que aquí se presenta, se inscribe en la Estrategia 2: "Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres".

Alcanzar la equidad en las condiciones de salud es el primer gran reto que debe enfrentarse, ya que los indicadores del estado de salud de la población indígena muestran enormes desigualdades con respecto al resto de la población. La equidad significa garantizar que las acciones, actividades y metas concretas que se dirigen a toda la población alcancen con eficiencia y efectividad a la población indígena.

La calidad de la atención es otro de los retos del sistema de salud. Además de la calidad técnica de las intervenciones, el Programa se plantea desarrollar acciones que propicien el respeto a la dignidad de las personas, incorporando los valores de los pueblos indios, sus interpretaciones y valoraciones del fenómeno de la salud y de la enfermedad. Se instrumentarán estrategias de financiamiento destinadas a evitar el empobrecimiento de las familias indígenas por razones de salud.

Se dará especial atención a los programas de Arranque Parejo en la Vida, Programa Mujer y Salud, Cruzada por la Calidad de los Servicios de Salud y Comunidades Saludables.

Alcanzar la equidad en las condiciones de salud es el primer gran reto que debe enfrentarse, ya que los indicadores del estado de salud de la población indígena muestran enormes desigualdades con respecto al resto de la población.

El Programa se plantea desarrollar acciones que propicien el respeto a la dignidad de las personas, incorporando los valores de los pueblos indios, sus interpretaciones y valoraciones del fenómeno de la salud y de la enfermedad.

El Programa de Salud y Nutrición de los Pueblos Indígenas consta de diez estrategias, con sus respectivas líneas de acción. Seis de ellas son acciones innovadoras diseñadas a partir de la problemática específica de la población indígena:

1. Coordinar y dar seguimiento a los programas de salud que se aplican en población indígena.
2. Administrar suplementos con vitaminas y minerales a niños y niñas, mujeres embarazadas y en período de lactancia.
3. Promover servicios de salud con calidad y sensibilidad cultural.
4. Incorporar el enfoque intercultural en la capacitación al personal de salud.
5. Impulsar programas de prevención, control y rehabilitación del alcoholismo.
6. Promover las relaciones entre la medicina institucional y la medicina tradicional.

El Programa consta de diez estrategias seis de ellas son acciones innovadoras y las cuatro restantes corresponden a un reforzamiento de las acciones de salud que se vienen aplicando.

Las cuatro estrategias restantes corresponden a un reforzamiento de las acciones de salud que se vienen aplicando como parte de los programas de salud existentes:

1. Fortalecer la promoción a la salud con énfasis en la comunicación educativa.
2. Fortalecer los programas de salud de la mujer indígena.
3. Impulsar el saneamiento ambiental.
4. Dar mayor presencia a la población indígena en el sistema de información en salud.

I. En dónde estamos



I. En dónde estamos

Según los resultados del XII Censo General de Población y Vivienda (INEGI, 2000) hay 8.7 millones de indígenas en el país. Esta cifra resulta de sumar 6.3 millones de hablantes de alguna lengua indígena, 1.3 millones de niños de 0 a 4 años en hogares cuyo jefe de familia o cónyuge habla lengua indígena, y 1.1 millones de personas que se declararon indígenas aun sin ser parlantes de una lengua autóctona.

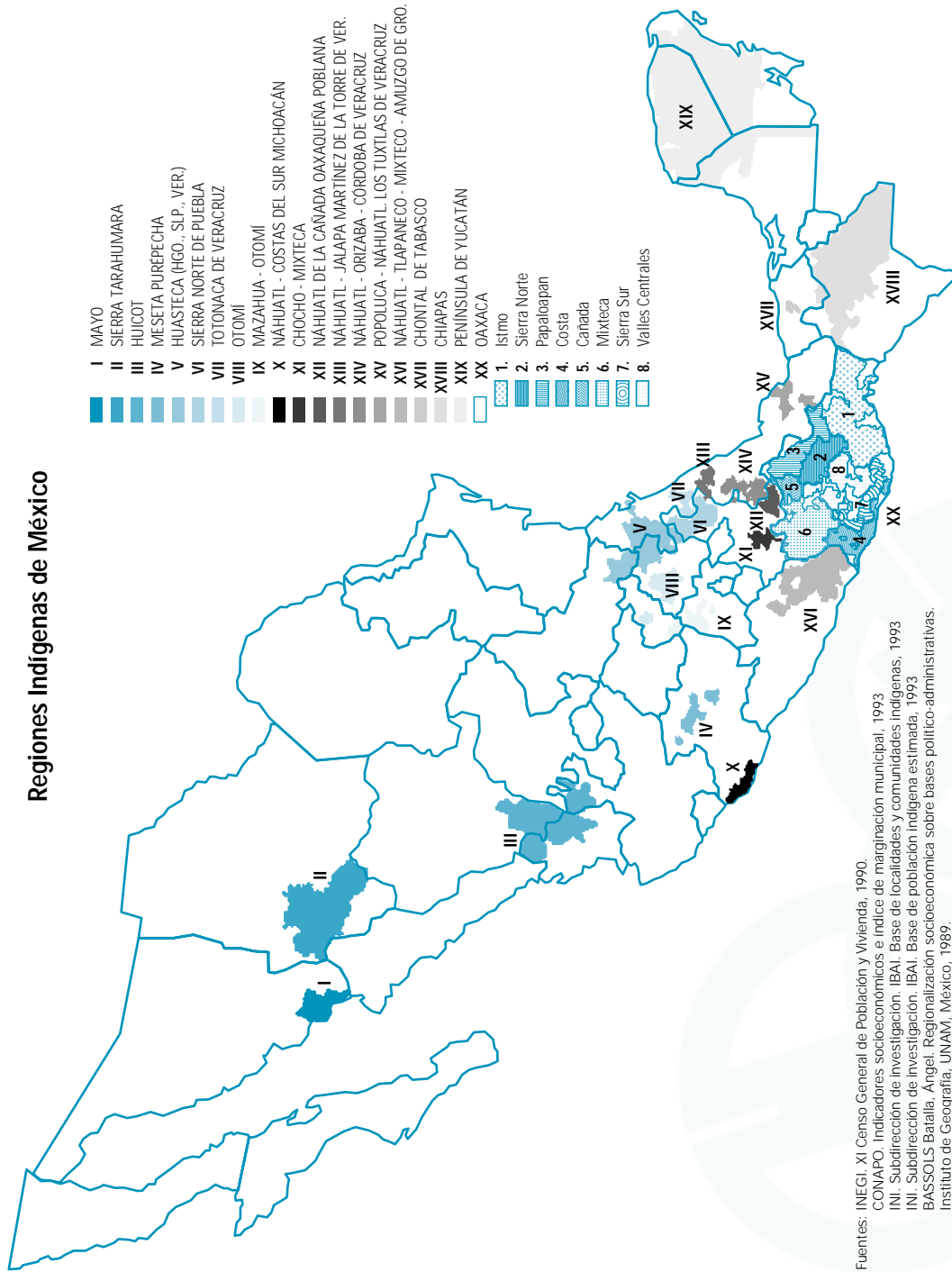
En los últimos años se ha avanzado significativamente en el diseño de nuevas formas de registro de la población indígena. El Consejo Nacional de Población (CONAPO), analizando la composición de los hogares censados, estimó en más de 12 millones la cifra real de indígenas en el país, cantidad que equivale a poco más del 10 por ciento de la población total. Estas cifras ubican a México como el país con la población indígena más numerosa y diversa de América.

Se estima en más de 12 millones la cifra real de indígenas en el país, cantidad que equivale a poco más del 10 por ciento de la población total.

La diversidad se refleja en la existencia de más de 60 lenguas, agrupadas en familias lingüísticas y enriquecidas con un abanico de variantes dialectales en los diferentes grupos etnolingüísticos. Más del 80 por ciento de los indígenas habla una de doce lenguas: náhuatl, con 1.4 millones (23.9%), maya (13.2%), zapoteco (7.5%), mixteco (7.4%), tzotzil (4.9%), otomí (4.8), tzeltal (4.7), totonaca (4.0%), mazateco (3.2%), chol (2.7%), huasteco (2.5%) y mazahua (2.2%).¹

¹ Instituto Nacional de Estadística e Informática. XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. México. Página electrónica www.inegi.gob.mx

Figura 1



La distribución geográfica de la población indígena responde a las particulares dinámicas históricas de las diferentes regiones del país, tanto en tiempos prehispánicos como a partir de la conquista. Aguascalientes y Zacatecas tienen concentraciones muy bajas en términos absolutos (1 244 y 1 837 hablantes indígenas de 5 años y más); en el extremo opuesto están los casos de Oaxaca (1 120 312) y Chiapas (809 592). Casi 5.3 millones de hablantes indígenas mayores de 5 años, es decir el 87.7 del total nacional, se encuentran concentrados en once entidades federativas, incluyendo el Distrito Federal. Más allá de las cifras absolutas, la proporción que representan los indígenas en el total de la población mayor de cinco años varía en cada estado: mientras que en Yucatán y Oaxaca los indígenas representan el 37.3 y 37.1 por ciento, respectivamente, en el Estado de México y el Distrito Federal representan tan sólo el 3.2% y el 1.8% respectivamente.

Una situación similar se observa en los municipios y localidades. En el XII Censo de Población y Vivienda del 2000 se reporta que solamente 29 municipios no contaron con presencia de población indígena, y se registraron 2 413 municipios con presencia de al menos una persona indígena, de un total nacional de 2 442. En 601 municipios los indígenas representan más del 30% de la población mayor de 5 años. En ellos viven casi 4 millones de hablantes, representando el 66.1 por ciento del total nacional; de estos, 2.3 millones habitan en 346 municipios cuya población es indígena en más de 70 por ciento.

Datos del Banco Mundial sugieren que en los municipios con más de 70 por ciento de población hablante de lengua indígena residen el 80 por ciento de las personas en pobreza extrema del país.² La gran desigualdad que en materia de salud padece la población indígena tiene múltiples causas, y no es privativa de la salud, se manifiesta en todas las dimensiones de la vida social.

En México ha habido un descenso sostenido de la mortalidad desde 1930; sin embargo, actualmente existe un diferencial muy importante en cuanto al riesgo de morir por ser indígena en comparación con la población general. En 1995 la esperanza de vida al nacimiento de los indígenas se calculaba en 69.5 años (67.6 para hombres y 71.5 para mujeres), mientras que para el resto de la población la cifra era de 73.7 años (71.4 y 76 respectivamente). Esta diferencia en la vida media equivale a un nivel de mortalidad 30 por ciento superior en los indígenas, siendo más marcada en las mujeres (36%) que en los hombres (25%).³

En los municipios con más de 70 por ciento de población hablante de lengua indígena residen el 80 por ciento de las personas en pobreza extrema del país.

2 Psacharopoulos G., Patrinos H., 1994. Indigenous people and poverty in Latin America: an empirical analysis. Washington, DC: World Bank.

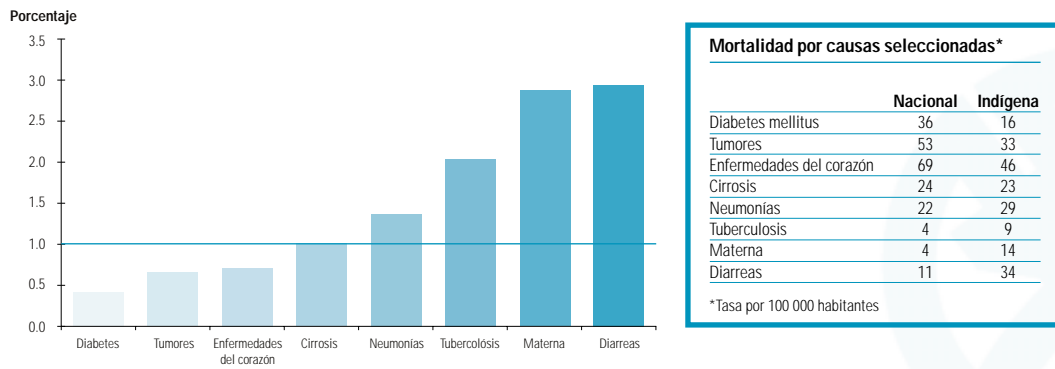
3 La situación Demográfica de México, 1997. Consejo Nacional de la Población (CONAPO).

También existen importantes diferencias en cuanto a las causas de mortalidad general. Mientras que las cinco principales causas en el país corresponden a enfermedades no transmisibles, en la mortalidad indígena dos enfermedades infecciosas se mantienen dentro de las primeras causas de muerte: las infecciones intestinales y la influenza y neumonía. El peso relativo de la mortalidad por enfermedades transmisibles en la población indígena es de casi el doble (16%) que el nacional (9%)⁴. Los diferenciales más importantes en cuanto a causas de mortalidad se encuentran en la tuberculosis pulmonar, que es el doble de la nacional, y las diarreas y la mortalidad materna, tres veces más altas que a nivel nacional. A la inversa, la mortalidad por enfermedades no transmisibles tales como diabetes mellitus, tumores malignos y enfermedades del corazón, representan la mitad de las observadas entre la población general.

Figura 2

Relación entre mortalidad indígena y mortalidad nacional por causas seleccionadas

El peso relativo de la mortalidad por enfermedades transmisibles en la población indígena es de casi el doble (16%) que el nacional (9%).



Fuente: INEGI/SSA Cinta de Mortalidad Promedio 1998-1999.

La tasa de mortalidad infantil duplica la tasa nacional.

La mayor mortalidad de la población indígena se registra en los primeros años de la vida; la tasa de mortalidad infantil, aunque descendió considerablemente entre 1990 y 1995, al pasar de 60.9 a 48.3 defunciones en menores de un año por cada mil nacimientos, aún en esta última fecha duplicaba la tasa nacional. Los factores de riesgo asociados a las elevadas tasas de mortalidad infantil son: mujeres con elevada fecundidad (3.8 hijos en mujeres indígenas vs. 2.8 hijos en el resto de las mujeres)⁵; inicio temprano de la vida sexual activa y periodos intergenésicos cortos; madres de baja escolaridad y malas condiciones de vivienda; difícil acceso o nulo a los servicios de salud y deficiente infraestructura sanitaria.

4 INEGI/SSA Cinta de Mortalidad Promedio 1998-1999.

5 La Situación Demográfica de México, 1998. Consejo Nacional de la Población (CONAPO).

El peso relativo de las defunciones en niños y niñas de 1 a 5 años de edad es de 19 por ciento, en contraste con el 12 por ciento observado a nivel nacional. La mortalidad escolar (6 a 14 años), también es más alta en la población indígena, ya que la proporción de defunciones de este grupo de edad representa el 3.3 por ciento del total, en contraste con lo observado en el ámbito nacional de 1.8 por ciento, es decir 83 por ciento más elevada.⁶

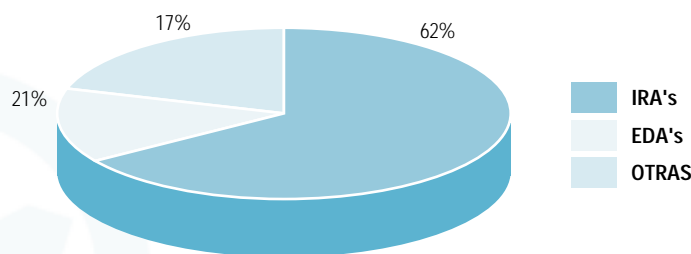
En las comunidades indígenas tienen una prevalencia elevada las llamadas patologías de la pobreza, entre las que destacan el cólera, tuberculosis, paludismo, dengue, lepra, etc. Al mismo tiempo, la prevalencia de enfermedades consideradas urbanas como diabetes mellitus, cáncer e hipertensión arterial ha ido en aumento en estas comunidades. El alcoholismo sigue siendo un grave problema social que afecta a las familias indígenas.⁷

Se estima que 88 por ciento de las viviendas no cuentan con drenaje, 35 por ciento no disponen de energía eléctrica, y 58 por ciento carecen de agua entubada. Los sistemas de agua existentes requieren de rehabilitación y por lo tanto, su funcionamiento es parcial e irregular. A dichas condiciones de insalubridad se suma el hecho de que una proporción elevada de la población indígena mayor de quince años es analfabeta, a expensas principalmente de las mujeres (48.9% de mujeres contra 27.8% de los hombres).⁹

Las enfermedades más frecuentes que se presentan en la población indígena son las infecciosas, sobre todo las del aparato respiratorio y las del aparato digestivo. Esta situación se encuentra condicionada fundamentalmente por la escasa disponibilidad de servicios públicos en general y de servicios sanitarios en particular.

Se estima que 88 por ciento de las viviendas no cuentan con drenaje, 35 por ciento no disponen de energía eléctrica, y 58 por ciento carecen de agua entubada.

Principales enfermedades en población indígena, 1997



Fuente: SAUVE/DGE/SSA

Figura 3

6 INEGI/SSA. *Op cit.*

7 Ávalos Tejeda A. Los Pueblos Indígenas de México. Dirección General de Servicios de Bibliotecas; División de Política Social, marzo 2001.

8 Propuesta programática de la Oficina para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, 2000.

9 Instituto Nacional Indigenista. 1999. Información básica sobre los Pueblos Indígenas de México. Instituto Nacional Indigenista. Página electrónica de la Secretaría de Desarrollo Social. www.sedesol.gob.mx

Las infecciones respiratorias agudas (62%) y las enfermedades diarreicas agudas (21%) constituyen las dos principales causas de enfermedad en la población indígena.

Las infecciones respiratorias agudas (62%) y las enfermedades diarreicas agudas (21%) constituyen las dos principales causas de enfermedad en la población indígena.

Los sistemas institucionales de información, no distinguen si el usuario del servicio es indígena o no.

A consecuencia de la escasez de servicios permanentes de salud en las zonas indígenas, la baja frecuencia de notificación y la baja asistencia a los servicios de salud, existe un marcado subregistro en la información. Además, los sistemas institucionales de información, no distinguen si el usuario del servicio es indígena o no. Por ello, no es posible identificar específicamente los daños a la salud que ocurren en esta población.

Se debe construir una auténtica epidemiología socio-cultural que incluya tanto a las enfermedades recogidas por el sistema de salud como a las llamadas "tradicionales".

Las estadísticas revelan sólo las causas de enfermedad diagnosticada, pero no capturan el sentir indígena sobre las causas que afectan el equilibrio de salud-enfermedad, ni tampoco los eventos atendidos al margen de los sistemas institucionales de salud. Es necesario avanzar en la construcción de una auténtica epidemiología socio-cultural (a través de estudios locales) que incluya tanto a las enfermedades recogidas por el sistema de salud como a las llamadas "tradicionales".

Entre las cinco principales causas de demanda de atención de la medicina tradicional reportadas por el IMSS-Solidaridad se encuentran el mal de ojo, el empacho, el susto o espanto, la caída de mollera y la disentería; nosologías tradicionales que pueden relacionarse a enfermedades infecciosas del aparato digestivo y respiratorio.¹⁰

La importancia de la medicina tradicional se ejemplifica en el hecho de que en las zonas rurales más alejadas y con un alto porcentaje de población indígena, el 100 por ciento de los nacimientos son atendidos por parteras. Por otra parte, una encuesta realizada en las zonas cubiertas por el IMSS-Solidaridad puso de manifiesto que las plantas medicinales se utilizan en el 38 por ciento de los casos por trastornos digestivos; en el 13.6 por ciento de padecimientos de tipo respiratorio; en el 13.5 por ciento para curar lesiones de la piel, infecciones cutáneas, traumatismos, dolor muscular y reumático y picaduras de animal; en 13 por ciento para el tratamiento de la fiebre, calosfrío, dolor de cabeza y articulaciones en general, y en un 5.5 por ciento para tratamiento de síntomas relacionados con el aparato sexual femenino.¹¹

La anemia, afecta a un 36% de los niños y niñas indígenas.

El principal problema de nutrición de los niños y niñas menores de cinco años es la desnutrición crónica, manifestada por retardo en el crecimiento (baja talla) en casi la mitad (44%) de la población, contra el 17.7 por ciento a nivel nacional. Otros importantes problemas de nutrición son la deficiencia de micronutrientes y la anemia, esta última, afecta a un 36% de los niños y niñas indígenas (27% en los no indígenas). Otras deficiencias importantes son la de hierro, zinc, vitamina C y vitamina A, que afectan a entre 12 y 50 por ciento de los niños y niñas. La anemia provoca una menor capacidad para la actividad física y que varias de sus funciones mentales se vean afectadas, principalmente la exploración y la atención, lo que trae como consecuencia una menor capacidad de aprendizaje. Asimismo, la respuesta que el organismo tiene ante las infecciones se ve disminuida, ocasionando que las enfermedades sean de mayor severidad y por ello exista un mayor riesgo de muerte.¹²

10 Zolla, C. *et al.* Medicina Tradicional y Enfermedad, México, CIESS, 1998.

11 Sepúlveda J, (editor). La Salud de los Pueblos Indígenas en México. Secretaría de Salud-Instituto Nacional Indigenista, 1993.

12 Encuesta Nacional de Nutrición, 1999. INSP.

Las deficiencias de micronutrientes también son muy importantes en las mujeres embarazadas y en período de lactancia, donde cuatro de cada diez presentan anemia, casi el doble que la población general.¹³ Esta situación condiciona que las mujeres indígenas tengan una mayor probabilidad de presentar complicaciones durante el embarazo, tener hijos e hijas con bajo peso al nacer o prematuros. El riesgo de morir de una mujer indígena durante el embarazo, parto o puerperio es casi tres veces mayor que el de una mujer no indígena.¹⁴

Cuatro de cada diez mujeres embarazadas y en período de lactancia presentan anemia, casi el doble que la población general.

Las mujeres indígenas pertenecen a los sectores del país en donde se concentra uno de los más grandes rezagos en materia de salud, hecho que tiene su origen en la triple marginación que enfrentan por su condición de género, clase y etnicidad.

Las mujeres enfrentan una triple marginación por su condición de género, clase y etnicidad.

La falta de tiempo, de oportunidades y de poder de decisión constituyen factores que inhiben las oportunidades de salud para las mujeres indígenas. Las desigualdades de género, asociadas con riesgos para la salud femenina, están moldeadas de manera importante por otras formas de desigualdad social. Los embarazos tempranos o tardíos, la multiparidad y la brevedad de los intervalos intergenésicos, así como la prevalencia de cáncer cérvico uterino, son recurrentes entre mujeres con escaso acceso a oportunidades de escolaridad y de empleo formal, residentes en contextos de escasa autonomía y movilidad femeninas.

Se han realizado esfuerzos importantes para ampliar la infraestructura en salud para la población indígena. En 1991 existían 537 unidades médicas de primer nivel y cuatro de segundo nivel; en 1997 se elevó la cifra a 2 095 unidades de primer nivel y a 31 hospitales de segundo nivel. Aun así, actualmente se tiene un déficit en cuanto a disponibilidad de camas censables en áreas indígenas, ya que éstas sólo representan el 1.3 por ciento de las camas censables disponibles en el ámbito nacional.¹⁵

Para contrarrestar la inequidad en salud que padece la población indígena, el Gobierno de la República ha impulsado diversos programas, entre los que destacan el Programa de Ampliación de Cobertura de la Secretaría de Salud, el PROGRESA (con participación de las Secretarías de Salud, Educación Pública y Desarrollo Social) y el Programa IMSS-Solidaridad. Si bien estos esfuerzos han logrado mejorar la situación de las zonas marginadas, todavía no cubren todas las necesidades de la población indígena. Por lo tanto, las estrategias deben ser modificadas, ampliando su enfoque de manera que tomen en cuenta los diferentes aspectos biológicos, psicológicos, sociales, económicos, culturales y de género de los pueblos indígenas, así como sus modalidades de organización social, factores importantes todos ellos en el mantenimiento o pérdida de la salud.

13 Encuesta Nacional de Nutrición, 1999. *Op cit.*

14 Programa de Acción. Salud Reproductiva. SSA, 2001.

15 Dirección General de Estadística e Informática. SSA Boletín de Información Estadística. Vol. 1 Recursos y Servicios No. 17, 1997.

II. A dónde queremos llegar



II. A dónde queremos llegar

Para lograr la democratización de la salud en el país y de esta forma disminuir los rezagos que presenta la población indígena, el Programa de Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas se plantea los siguientes objetivos, que se desarrollarán mediante la coordinación con los diferentes programas dirigidos a este grupo poblacional que aplican otras instancias del sector público y de los sectores social y privado.

Los objetivos se desarrollarán mediante la coordinación de los diferentes programas de salud dirigidos a este grupo poblacional.

Objetivo General

Mejorar el nivel de salud y nutrición de la población indígena del país, y de esta forma disminuir la brecha existente entre sus indicadores de salud y los del resto de la población.

Objetivos Específicos

- Coordinar los programas que realizan las instituciones de salud para alcanzar la equidad en salud y nutrición de los pueblos indígenas, mediante el desarrollo de modelos y proyectos innovadores de intervención.
- Ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios de salud y nutrición de la población indígena, mediante la implantación y operación de mecanismos de coordinación con instituciones públicas y privadas.
- Incorporar la participación ciudadana en los procesos de planeación, ejecución, control y evaluación de las acciones en salud aplicados en las zonas indígenas.
- Reforzar los programas de atención a indígenas que se encuentran en circunstancias especiales, como son: los migrantes, los jornaleros agrícolas, y los que habitan en zonas fronterizas y urbano-marginales.
- Promover mediante acciones concertadas entre las instituciones del sector salud, los derechos sexuales y reproductivos de la población indígena.
- Reforzar programas de saneamiento ambiental en: protección de fuentes de abastecimiento de agua, mejoramiento de la vivienda, reducción de emisiones por consumo de leña y biomasa (instalación de estufas tipo lorena), disposición sanitaria de excretas, manejo seguro de plaguicidas y eliminación de plomo en loza vidriada.
- Promover, a través de programas y acciones concretas, la relación entre la medicina institucional y las medicinas tradicionales y domésticas indígenas, de forma armónica y respetuosa.
- Desagregar por población indígena y por sexo la información de los sistemas institucionales de salud, que permitan su procesamiento veraz y oportuno para su utilización en la planeación, ejecución y control de los programas de salud y nutrición.
- Impulsar programas locales y regionales de comunicación educativa en salud y nutrición con enfoque de género, diseñados con base en investigación formativa y evaluación de mensajes.

- Incorporar en la capacitación al personal que participa en la atención de la población indígena, el enfoque intercultural y de género que les permita conocer la cosmovisión y concepción del proceso salud-enfermedad de estas poblaciones para proporcionar una mejor atención.
- Mejorar el estado de nutrición de los niños y niñas de 6 a 24 meses de edad, y de las mujeres embarazadas y en período de lactancia.
- Adaptar los servicios de salud a los valores sociales, culturales, religiosos y espirituales de los pueblos indígenas.

El Programa de Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas, se instrumentará en todos los municipios donde exista población hablante de lenguas indígenas en el país.

El Programa se instrumentará en todos los municipios donde exista población hablante de lenguas indígenas en el país.

En el año 2001 quedarán incluidos en el Programa 361 municipios de alta o muy alta marginación de acuerdo con la clasificación del Consejo Nacional de Población, distribuidos en 13 entidades federativas: Campeche, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Veracruz y Yucatán. En los años subsecuentes se irán incorporando progresivamente el resto de los municipios con población indígena hasta alcanzar al 100 por ciento.

III. Qué camino vamos a seguir



III. Qué camino vamos a seguir

Para lograr los objetivos planteados, el Programa de Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas contempla diez estrategias con sus correspondientes líneas de acción, que a continuación se presentan.

Estrategia 1: Coordinar y dar seguimiento a los programas de salud que se aplican en población indígena.

Gran parte de las acciones en salud que se han aplicado en la población indígena no han tenido la uniformidad ni la continuidad deseada, lo que se refleja en la situación actual de salud y nutrición de este sector de nuestra población.

El Gobierno Federal ha propuesto instrumentar una política transversal, que permita que cada sector de la Administración Pública Federal asuma la responsabilidad de coordinar las acciones de su competencia en lo tocante a los pueblos indígenas. Una de las actividades centrales de este Programa es la aplicación de dicha política en el área de la salud.

Será necesario dar seguimiento a los programas de salud que se aplican a la población indígena, para lo cual se mantendrá una estrecha relación tanto con las áreas normativas como con las áreas aplicativas: la Secretaría de Salud, el IMSS-Solidaridad, las Secretarías Estatales de Salud, el Instituto de Seguridad Social y Servicios para Trabajadores del Estado, el Instituto Nacional Indigenista, el Sistema Nacional para el Desarrollo de la Familia y otras organizaciones tanto del sector público como social.

En las áreas responsables de normar y diseñar los diferentes programas de salud, se sugerirán estrategias específicas dirigidas a la población indígena, que conduzcan a lograr una mayor penetración y efectividad de los programas en estas zonas. Se promoverá y dará seguimiento puntual a las diferentes acciones en salud que se aplican en zonas indígenas.

Para lograr lo anterior, se proponen las siguientes líneas de acción:

Líneas de Acción:

- Promover en el marco del Sistema Nacional de Salud, la coordinación con el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto Nacional Indigenista, en la atención de población indígena.
- Establecer vinculación con los órganos sustantivos y de apoyo de la Secretaría de Salud, para la instrumentación de mecanismos de coordinación de acciones de salud para los pueblos indígenas.
- Consolidar la coordinación dinámica con los Servicios Estatales de Salud para la aplicación de acciones en salud para población en situaciones especiales, como son: migrantes, jornaleros agrícolas y habitantes de zonas fronterizas y urbano-marginales.

Se promoverá y dará seguimiento puntual a las diferentes acciones en salud que se aplican en zonas indígenas.

- Promover la coordinación con organismos no gubernamentales que lleven a cabo acciones de salud en zonas indígenas.
- Verificar los alcances y cobertura en zonas indígenas de los diferentes programas de salud desglosados por edad y sexo.
- Establecer coordinación para la gestión de recursos de salud para pueblos indígenas, con la Dirección General de Protección Financiera en Salud y la Coordinación General de Planeación Estratégica.
- Consolidar los vínculos con la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica y la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño.
- Alentar la coordinación con organizaciones sociales indígenas para impulsar la participación comunitaria de hombres y mujeres en la planeación, ejecución y evaluación de los programas.

Estrategia 2: Administrar suplementos con vitaminas y minerales a niños y niñas, mujeres embarazadas y en período de lactancia.

Los principales problemas de nutrición de los indígenas se encuentran concentrados en sectores específicos de la población: niños y niñas menores de cinco años y mujeres embarazadas y en período de lactancia.

La desnutrición, la anemia y las deficiencias de otros micronutrientes tienen importantes repercusiones sobre la salud y el bienestar de las personas, especialmente de los niños y niñas, quienes se encuentran en una etapa de crecimiento y desarrollo. La desnutrición y la anemia retardan el desarrollo tanto físico como mental de los niños, además de provocar una mayor vulnerabilidad a las enfermedades, que son entonces más frecuentes y más graves, lo que su vez causa mayor desnutrición. El círculo vicioso que se establece entre enfermedad y desnutrición eleva considerablemente el riesgo de muerte.

El Programa de Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas prevé la administración de un medicamento con micronutrientes (vitaminas y minerales) a los niños y niñas de 6 a 24 meses y mujeres embarazadas y en período de lactancia. Este medicamento fue diseñado específicamente para corregir la anemia y las deficiencias de vitaminas y minerales, reponiendo las reservas corporales de la población blanco.

Con esta intervención se busca brindar a la población indígena una mayor oportunidad de desarrollo e integración más equitativa a la sociedad.

Líneas de Acción

- Administración del suplemento de vitaminas y minerales a niños y niñas indígenas de 6 a 24 meses de edad.
- Administración del suplemento de vitaminas y minerales a mujeres indígenas embarazadas y en período de lactancia.
- Capacitación al personal operativo de salud sobre el manejo y forma de ministrar el suplemento.

Se administrará un medicamento con micronutriente a los niños y niñas de 6 a 24 meses, mujeres embarazadas y en período de lactancia para corregir la anemia.

- Control y seguimiento de la dotación, distribución y administración del suplemento, con la participación directa de las comunidades indígenas.
- Evaluación del impacto mediante un diseño quasi experimental, en el cual se compararán grupos de población beneficiaria antes y después de la intervención.
- Coordinación interinstitucional con el IMSS-Solidaridad y el IMSS régimen ordinario, para la ministración de los suplementos.

Estrategia 3: Promover servicios de salud con calidad y sensibilidad cultural.

Las barreras lingüísticas y de comunicación intercultural juegan un papel muy significativo en la relación de los indígenas con las instituciones públicas de salud. De parte de las personas se manifiesta una resistencia al uso de los servicios. Pervive una desconfianza hacia la medicina occidental, fruto de experiencias negativas provenientes de la actitud discriminatoria que la sociedad ha ejercido sobre estos pueblos. Sus nociones del proceso salud-enfermedad chocan y se complementan con los conceptos científicos que constituyen la alopátia moderna, lo que genera, permanentemente, relaciones de complementación y conflicto.¹⁶

El lenguaje utilizado por los médicos fomenta la incomunicación e imposibilita la empatía y confianza con el paciente. La escasa información que se da a la persona indígena sobre el propósito y la necesidad de algunas intervenciones, tales como la vacunación, las inyecciones, la extracción de sangre, los exámenes de gabinete, etc., terminan por distanciar definitivamente a los actores del proceso terapéutico. En el caso de la atención gineco-obstétrica existen barreras específicas como el pudor y el hábito de ser atendidas solamente por mujeres. Médico y paciente no sólo hablan idiomas distintos sino que operan visiones del mundo a menudo contrapuestas, y no siempre encuentran los puntos de contacto intercultural. La población indígena lleva además el estigma de la marginación y la pobreza, resultado de una histórica y persistente enajenación social.

Por lo anterior, es necesario diseñar nuevos modelos de gestión, organización y prestación de los servicios de salud en las áreas indígenas, que respondan a las prácticas, percepciones y representaciones que cada pueblo tiene en torno a su salud. Sólo con sensibilidad cultural se podrán encontrar puntos de coincidencia y complementariedad entre estas dos visiones del proceso salud-enfermedad y así mejorar la calidad de los servicios que se proporcionan a esta población.

A fin de evaluar y dar seguimiento a este nuevo modelo de atención, será necesario construir indicadores de calidad de los servicios que consideren los aspectos culturales de la población indígena y reflejen objetivamente su percepción de la calidad de los servicios recibidos.

Con la finalidad de iniciar este proceso de cambio en los servicios de salud que atienden población indígena, será necesario consolidar una estrecha relación con la Cruzada por la Calidad de los Servicios de Salud y los Servicios Estatales de Salud, en función de las siguientes:

Es necesario diseñar nuevos modelos de gestión, organización y prestación de los servicios de salud en las áreas indígenas, que respondan a las prácticas, percepciones y representaciones que cada pueblo tiene en torno a su salud.

¹⁶ Menéndez, LE. Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones. Ed. Cuadernos de la Casa Chata No. 179. CIESAS. México, D.F. 1990.

Líneas de Acción:

- Sensibilizar al personal de salud del primero y segundo niveles sobre las diferentes representaciones que los pueblos indígenas tiene del proceso salud-enfermedad.
- Reforzamiento del mecanismo de referencia y contrarreferencia del primero y segundo niveles de atención, promoviendo la implantación de un identificador de atención a población indígena.
- Fomentar cambios en la gestión y organización de los servicios de salud de primero y segundo niveles de atención en zonas indígenas, que tiendan a brindar servicios más afines con los valores, prácticas y costumbres de estos grupos.
- Promover la creación de un área de enlace en la unidad de salud de segundo nivel, que sirva como facilitadora entre la población indígena y la unidad de salud; que cuente con interprete lingüístico-cultural y que proporcione apoyos tanto para la permanencia del paciente y sus familiares en la unidad como para su alimentación y traslado.
- Impulsar, con base en las propuestas de los servicios de salud con sensibilidad cultural, la ampliación, rehabilitación o remodelación de áreas físicas en estas unidades.
- Alentar modelos de certificación de unidades de salud de primero y segundo niveles de atención con sensibilidad cultural.
- Promover esquemas de participación permanente de la población indígena en la adecuación de los servicios de salud con sensibilidad cultural.

Estrategia 4: Incorporar el enfoque intercultural en la capacitación al personal de salud.

Alcanzar niveles aceptables de calidad en los servicios de salud que se proporcionan, especialmente en el primer nivel de atención, depende en gran parte de la formación y competencia del personal prestador de los servicios, lo que resulta de contar con sistemas continuos y eficaces de capacitación. En este sentido, la capacitación se convierte en estrategia vital de la Cruzada por la Calidad de los Servicios de Salud.

La capacitación del personal de salud que labora en zonas indígenas deberá incorporar técnicas que faciliten la interacción con los pobladores, y desarrollar un enfoque que considere y respete los valores y concepciones que constituyen su noción de salud y enfermedad.

Se instrumentarán mecanismos para una capacitación continua del personal, que favorezca la calidad de los servicios de salud proporcionados y un trato que considere en primer plano la situación cultural y de género del usuario.

La incorporación de este enfoque intercultural y de género en la capacitación del personal se realizará en estrecha coordinación con las áreas de educación, mujer y salud, enseñanza y capacitación de la Secretaría de Salud, Secretarías Estatales de Salud y Universidades e instituciones de educación superior.

Se instrumentarán mecanismos para una capacitación continua del personal, que favorezca la calidad de los servicios de salud proporcionados y un trato que considere en primer plano la situación cultural y de género del usuario.

Líneas de Acción:

- Identificar el personal de salud que atiende población indígena, sujeto de reforzamiento de la capacitación.
- Diseñar en coordinación con universidades e instituciones de educación superior los cursos de formación de capacitadores en salud intercultural.
- Incorporar los módulos de salud intercultural en los programas de capacitación continua al personal de salud que labora en zonas indígenas.
- Promover la difusión de publicaciones relacionadas con la salud intercultural y de género entre el personal de salud que atiende población indígena.
- Proponer foros de intercambio entre profesionales de la salud dedicados a la atención de población indígena sobre experiencias en el ámbito de la salud intercultural y de género.
- Proponer la incorporación en los currícula de escuelas y facultades de medicina y enfermería el tema de la salud intercultural.
- Definir y aplicar mecanismos de control y evaluación sobre la efectividad e impacto de los cursos de capacitación realizados.

Estrategia 5: Impulsar programas de prevención, control y rehabilitación del alcoholismo.

El alcoholismo es un problema de salud pública que se ha incrementado en los últimos años en nuestro país. Este fenómeno se refleja en el aumento de las muertes por cirrosis hepática alcohólico-nutricional, así como por los problemas relacionados con el uso y abuso de alcohol: homicidios, accidentes y violencia.

Los problemas sociales asociados al alcoholismo en el medio rural-indígena, son diferentes a los problemas relacionados con la vida urbana. El patrón del consumo es distinto, así como los tipos de bebida que se consumen, y en ocasiones falta regulación del tipo de bebida alcohólica que se expende.

Los problemas que ocasiona el consumo excesivo de alcohol no se limitan al ámbito de la salud, sino que influyen directamente en problemas sociales, como la desintegración familiar, la violencia doméstica y comunitaria, los accidentes, etc.

El caso del abuso en el consumo del alcohol en zonas indígenas es complejo, ya que se asocian factores relacionados con la producción clandestina de bebidas alcohólicas y un estado de salud deficiente, caracterizado por la desnutrición y la anemia.

Las acciones encaminadas a enfrentar este grave problema social han sido parciales, escasas e ineficaces. Prácticamente, en zonas indígenas, no se ha realizado ninguna acción sistemática para combatirlo.

En estrecha coordinación con el Programa para la Prevención del Abuso en el Consumo de Bebidas Alcohólicas y Alcoholismo en Población Indígena del Consejo Nacional para las Adicciones, el Instituto

Las acciones encaminadas a enfrentar este grave problema social han sido parciales, escasas e ineficaces. Prácticamente, en zonas indígenas, no se ha realizado ninguna acción sistemática para combatirlo.

Nacional Indigenista y las organizaciones locales de grupos de autoayuda, se iniciarán proyectos regionales en pequeña escala, con la finalidad de analizar la eficacia de las acciones emprendidas. Estas acciones no se limitarán a la atención del enfermo alcohólico, sino que intervendrán en los diferentes ámbitos que influyen en el abuso del consumo de alcohol.

Líneas de Acción:

- Impulsar la realización de actividades educativas y promocionales de salud, sobre la prevención y consecuencias del alcoholismo.
- Promover cursos de capacitación a personal de salud sobre el manejo integral de casos de consumo excesivo de alcohol y de la intoxicación aguda.
- Impulsar la coordinación con unidades de segundo y tercer niveles de atención para pacientes en estado de intoxicación aguda, síndrome de abstinencia y otras complicaciones asociadas al consumo excesivo de alcohol.
- Impulsar el establecimiento de grupos de autoayuda en comunidades indígenas donde opere la estrategia.
- Sensibilización de pacientes y familiares de los enfermos alcohólicos para que una vez diagnosticados se integren a los grupos de autoayuda.
- Promover la identificación y vigilancia de establecimientos clandestinos de venta de alcohol.
- Alentar la detección y reporte de establecimientos donde se expendan sustancias no desnaturalizadas con un contenido de alcohol superior a 55 grados en volumen.
- Promover la sensibilización de la población para el apoyo a los albergues de enfermos alcohólicos.
- Coordinación con albergues de grandes ciudades para detectar y canalizar a indígenas abandonados y reintegrarlos de ser posible a sus localidades.

Estrategia 6: Promover las relaciones entre la medicina institucional y la medicina tradicional.

Uno de los principios que rigen la actividad sanitaria en las zonas indígenas es la presencia de la medicina tradicional.

Las distintas prácticas tradicionales no sólo son un recurso, a menudo el único, con que cuentan las localidades para restablecer la salud, sino ante todo son parte de un gran sistema de creencias y valores que rigen la vida entera, incluyendo el proceso salud-enfermedad-atención, el cuidado de los niños y niñas, mujeres embarazadas, ancianos y enfermos, la alimentación y la nutrición .

Las enfermedades tradicionales son identificadas y clasificadas en las comunidades indígenas en dos ámbitos complementarios: uno lo ocupa el médico tradicional y el otro lo ocupa la figura femenina en el hogar, es decir, la medicina doméstica.

Las distintas prácticas tradicionales no sólo son un recurso, a menudo el único, con que cuentan las localidades para restablecer la salud.

En los últimos años las instituciones han reconocido la importancia de las medicinas tradicionales y doméstica en estos grupos poblacionales. Sin embargo, las estrategias terapéuticas de la medicina alópata aún no son reconocidas ni aceptadas totalmente por las comunidades indígenas. Es necesario establecer estrategias de vinculación con los indígenas, en un marco que respete sus tradiciones y costumbres, principalmente las que refieren al cuidado de la salud.

Toda sociedad posee un sistema coherente de representaciones y prácticas alrededor de la enfermedad, por lo que los médicos alópatas que laboran en comunidades indígenas deben operar de acuerdo a valores interculturales para tener una adecuada interrelación con la medicina tradicional y los distintos actores sociales, puesto que son la respuesta social organizada de los grupos indígenas para hacerle frente a la pérdida de su salud.

En coordinación con el Instituto Nacional Indigenista, IMSS-Solidaridad y las diferentes organizaciones de médicos tradicionales, se diseñarán mecanismos de articulación de estas dos prácticas médicas para buscar su complementación y aprovechamiento en los servicios otorgados a la población.

Líneas de Acción:

- Promover la realización de diagnósticos situacionales de médicos tradicionales (parteras, hierberos, sobadores, hueseros, etc.) y de padecimientos tradicionales (susto, pérdida del alma, diarrea negra, empacho, caída de mollera, etc.) en las regiones.
- Reforzar los recursos locales para la salud, especialmente los de la medicina doméstica, a fin de articular más lo que la gente sabe y lo que puede llegar a saber y hacer por su salud.
- Promover foros de identificación e intercambio de parteras y médicos tradicionales.
- Impulsar la realización de talleres de intercambio de información sobre flora y fauna medicinales e hidroterapia tradicional (temascales, torito, baños termales, etc.).
- Proponer foros para identificación y análisis de prácticas de la medicina tradicional factibles de incorporarse en la atención primaria de salud.
- Promover la redefinición de apoyos en equipo mínimo a las parteras.
- Promover el reconocimiento legal de la medicina tradicional indígena.
- Promover la auto-regulación de las prácticas tradicionales, en particular las de las parteras.
- Proponer la formulación de indicadores para la certificación de algunas prácticas de la medicina tradicional.
- Proponer la participación del médico tradicional en los mecanismos de referencia y contrarreferencia.
- Proponer esquemas organizativos de la relación entre los servicios de salud y los médicos tradicionales.

Estrategia 7: Fortalecer la promoción a la salud con énfasis en la comunicación educativa.

El principal objetivo de la promoción de la salud es desarrollar una mayor conciencia sobre el autocuidado. La promoción de la salud en población indígena presenta mayores dificultades que aquella que se lleva a cabo en el resto de la población, principalmente debido a las diferentes concepciones e interpretaciones del proceso de salud-enfermedad.

Para asegurar que las actividades de educación para la salud sean efectivas, es necesario que los contenidos sean relevantes para las comunidades, que incorporen actitudes y creencias de las mismas, que estén basados en las necesidades reales, y que promueva la participación activa de la comunidad a lo largo de todo el proceso.

La aceptación de los programas de salud por parte de la población dependen en gran medida de las estrategias de promoción de la salud. Especial atención debe prestarse a los mensajes de comunicación educativa que enfatizan los factores de riesgo, las medidas a tomar para enfrentarlos y los recursos de salud disponibles local y regionalmente para su atención.

El Programa de Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas, en coordinación con los programas de Comunidades Saludables, Educación Saludable e Infancia y Adolescencia, hace énfasis en la comunicación educativa para desarrollar actividades de promoción de la salud. Los mensajes y recomendaciones se probarán mediante ensayos domiciliarios, asegurando que sean realmente comprendidos y adoptados por la población para lograr un verdadero impacto.

Se promoverá la coordinación y vinculación con las instituciones públicas, privadas y sociales, que llevan a cabo actividades de promoción a la salud para unificar criterios y homogenizar contenidos.

Líneas de Acción:

- Fomentar la utilización de medios masivos de comunicación, locales y regionales, para dirigir mensajes educativos a la población indígena en su lengua materna, con la participación del sistema de radiodifusoras del Instituto Nacional Indigenista.
- Impulsar la realización de investigaciones etnográficas simplificadas a nivel comunitario, que faciliten el diseño de mensajes educativos susceptibles de tener impacto en la población indígena.
- Promover que los contenidos de los mensajes en salud dirigidos a la población indígena sean congruentes con las características sociales, culturales y de género.
- Establecer mecanismos innovadores de promoción y difusión de educación para la salud en zonas indígenas.
- Impulsar la realización de ensayos domiciliarios a pequeña escala para evaluar el impacto de la comunicación educativa en la población.
- Fomentar la participación organizada de la población indígena en las acciones de promoción de la salud para el beneficio colectivo.

El Programa hace énfasis en la comunicación educativa para desarrollar actividades de promoción de la salud.

Estrategia 8: Fortalecer los programas de salud de la mujer indígena.

Los efectos de la pobreza, la marginación, el rezago y la exclusión se agudizan en las mujeres indígenas. Las oportunidades de salud se presentan de forma diferenciada en relación con los hombres, especialmente en cuanto a la distribución de enfermedades, el acceso a los servicios de salud, las condiciones de trabajo y aun la forma de percibir estas diferencias.

Las mujeres indígenas juegan un papel fundamental en las prácticas del cuidado de la salud. Por una parte pueden desempeñarse como profesionales de la medicina tradicional, como es el caso de las parteras, y por otro lado son quienes procuran la salud en el núcleo familiar. En este sentido, las mujeres indígenas y las profesionistas indígenas de la salud contribuyen a subsanar la falta de recursos del estado y constituyen un canal de acercamiento para las acciones institucionales.

Se fortalecerán los programas de salud de la mujer, abordando la problemática desde una perspectiva integral.

El Programa de Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas plantea impulsar proyectos regionales que fortalezcan los programas de salud de la mujer, abordando la problemática desde una perspectiva integral, tomando en consideración los distintos elementos que condicionan la calidad de vida y el acceso a mejores niveles de bienestar.

Líneas de acción:

- Coordinar las acciones en salud dirigidas a la población indígena con los programas Arranque Parejo y Salud Reproductiva.
- Impulsar modelos específicos de atención de la salud en zonas indígenas que respondan a las necesidades y carencias de las usuarias promoviendo su empoderamiento en relación a la toma de decisión relacionadas con sus salud.
- Coordinar mecanismos externos e internos de seguimiento y evaluación de los programas institucionales de salud en zonas indígenas dirigidos a la población femenina, para corregir errores o replicar modelos aplicados con éxito.
- Apoyar la capacitación y sensibilización de organizaciones de parteras tradicionales en materia de derechos sexuales y reproductivos, y de violencia contra las mujeres que permita realizar diagnósticos local y culturalmente diferenciados sobre estas problemáticas.
- Colaborar en la capacitación de organizaciones de parteras para la prevención, detección y atención del cáncer cérvico-uterino y mamario en regiones indígenas.
- Establecer vínculos con organizaciones civiles involucradas en el trabajo en salud y derechos reproductivos en zonas indígenas para consulta y aprovechamiento de experiencias, así como para el seguimiento de acciones locales.
- Fomentar la capacitación del personal institucional involucrado en la atención de la salud y la salud reproductiva de las mujeres indígenas con enfoque de género, enfoque intercultural e instrumentos de detección y combate a la violencia contra las mujeres.

Estrategia 9: Impulsar el saneamiento ambiental.

El saneamiento ambiental es una estrategia orientada a modificar situaciones adversas del entorno físico donde habita la población. En zonas indígenas el ambiente representa un factor determinante en la presentación de enfermedades infecto-contagiosas, donde destacan las enfermedades gastrointestinales y del aparato respiratorio. Estos problemas de salud se encuentran asociados a condiciones de insalubridad en la vivienda, en el manejo y consumo de agua, en la disposición inadecuada de basura y excretas, etc.

En zonas indígenas el ambiente representa un factor determinante en la presentación de enfermedades infecto-contagiosas.

Ante la dificultad de instalar servicios públicos de drenaje y sistema de agua potable en localidades de difícil acceso, se hace necesario diseñar mecanismos de solución que incorporen la aplicación de tecnologías simplificadas y adecuadas a los contextos locales, así como fuentes diversas de financiamiento que permitan concretar acciones sobre: fuentes de abastecimiento de agua para uso doméstico; sistemas adecuados localmente tanto para la disposición de excretas como para la reducción de las emisiones intradomiciliarias por consumo de leña o biomasa; exposición al plomo en el uso de cerámica vidriada, y la adecuada protección en el manejo de plaguicidas y agroquímicos.

Esta situación se abordará a través de una estrecha coordinación con la Dirección General de Salud Ambiental de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, Secretaría del Medio Ambiente, Comisión Nacional del Agua, gobiernos estatales y municipales, mediante la instrumentación de las siguientes líneas de acción:

Líneas de Acción:

- Promover la protección de fuentes de abastecimiento de agua para uso y consumo humano a nivel comunitario e intradomiciliario.
- Alentar la construcción de sistemas sanitarios para la disposición de excretas.
- Impulsar la construcción de estufas de lodo y arena "loreña" para lograr la reducción de emisiones por consumo de leña y biomasa en el interior de la vivienda.
- Promover la reducción de exposición al plomo por uso de cerámicas vidriadas en productores indígenas.
- Fomentar el uso adecuado de plaguicidas y control de envases de agroquímicos.
- Promover fuentes alternas de financiamiento para apoyar el saneamiento básico.
- Promover la participación social de hombres y mujeres en la ejecución de acciones de saneamiento.
- Impulsar la promoción de la salud en la utilización adecuada de los servicios de saneamiento básico familiar.

Estrategia 10: Dar mayor presencia a la población indígena en el sistema de información en salud.

Los sistemas institucionales de salud no permiten identificar información específica sobre la población indígena. Esto conduce a la necesidad de desarrollar investigaciones específicas para identificar los daños a la salud que aquejan a esta población y los servicios de salud que se les proporcionan. La falta de información dificulta la toma de decisiones, la instrumentación de programas específicos y la asignación de recursos destinados a esta población.

La construcción de un perfil epidemiológico que permita conocer con mayor detalle la problemática de la población indígena es un paso prioritario en la identificación de riesgos, la anticipación de los problemas de salud y la atención oportuna y adecuada. Dar presencia a la población indígena en el sistema de información en salud es una de las estrategias fundamentales dentro de este Programa.

La falta de información de población indígena dificulta la toma de decisiones, la instrumentación de programas específicos y la asignación de recursos destinados a esta población.

Líneas de Acción:

- Establecer un grupo de trabajo que analice, integre y realice propuestas para los sistemas institucionales de información que incorporen a la población indígena.
- Proponer un sistema de indicadores de información en salud específicos para población indígena, que permita dar un seguimiento oportuno a los daños a la salud y a los servicios recibidos.
- Implantación de Centros Centinela en regiones indígenas para vigilar el registro adecuado, el procesamiento de los datos, el reporte de la información estadística y el desarrollo de la epidemiología sociocultural.
- Difundir la información generada por los sistemas de información institucional, tanto a la población indígena como a los prestadores de servicios.
- Promover la publicación periódica de los avances y resultados de las acciones en salud aplicadas a población indígena.

IV. Cómo medimos los avances



IV. Cómo medimos los avances

Para conocer los avances y el impacto del Programa de Salud y Nutrición de los Pueblos Indígenas se analizarán diversos indicadores. En primer término se presentan las metas que deberá alcanzar el Programa para lograr los objetivos planteados. Posteriormente, se detallan los indicadores que permitirán medir el avance de estas metas. Finalmente, se enumeran los indicadores de seguimiento, que corresponden a los indicadores de resultados formulados por la Secretaría de Salud en su conjunto, pero referidos específicamente para población indígena.

A través de los sistemas institucionales de información se construirán los indicadores propuestos para medir el avance del Programa. La periodicidad con la que se obtendrán será anual.

A través de los sistemas institucionales de información se construirán los indicadores propuestos para medir el avance del Programa.

Metas relacionadas directamente con el impacto social del programa de acción.

- Dar seguimiento a las metas planteadas en los programas que aplica el sector salud en zonas indígenas.
- Suplementar con micronutrientos al 100% de los niños y niñas indígenas de 6 a 24 meses de edad, y a las mujeres embarazadas y en período de lactancia.
- Promover la incorporación del enfoque intercultural en la capacitación de 100% del personal institucional de salud en zonas indígenas.
- Promover la instalación y funcionamiento de grupos de autoayuda para detección, derivación y contención del 100 por ciento de los alcohólicos en los lugares donde opera esta estrategia.
- Realizar foros de intercambio con la medicina tradicional en 80% de las jurisdicciones sanitarias con población hablante de lengua indígena.
- Reforzar la promoción a la salud con énfasis en comunicación educativa en 100% de los municipios con más de 40% de población hablante de lengua indígena.
- Impulsar en 80% de jurisdicciones sanitarias y servicios de salud de zonas indígenas la incorporación y operación del enfoque de género.
- Promover la instalación de estufas "Lorena" en 100% de las viviendas indígenas, para control de emisiones por uso de leña y biomasa.
- Promover la instalación de sistemas sanitarios de disposición de excretas en comunidades indígenas.
- Promover la protección de fuentes de abastecimiento de agua en comunidades indígenas.
- Reducir 75 por ciento la prevalencia de anemia en niños indígenas de 6 a 24 meses de edad y 70 por ciento en mujeres embarazadas y en período de lactancia.
- Reducir 60 por ciento la prevalencia de deficiencias de hierro, zinc y vitamina C en niños de 6 a 24 meses de edad, y mujeres embarazadas y en período de lactancia de población indígena.
- Contribuir en la reducción del 6 por ciento de la tasa de mortalidad en niños indígenas menores de 5 años.

- Reducir 20 por ciento las infecciones respiratorias agudas atribuibles a la contaminación del aire intramuros en población indígena.
- Incrementar en 25 por ciento la utilización de los servicios de salud ubicados en comunidades indígenas.

Indicadores específicos del programa

- Porcentaje de niños de 6 a 24 meses que fueron suplementados con micronutrientes y que viven en municipios indígenas.
- Porcentaje de mujeres embarazadas y mujeres en periodo de lactancia que fueron suplementadas con micronutrientes y que viven en municipios indígenas.
- Promedio de consultas anuales otorgadas a población indígena.
- Porcentaje de personal de salud institucional que labora en municipios con población indígena capacitados con enfoque intercultural.
- Número de talleres de prevención de alcoholismo realizados en municipios indígenas donde opera la estrategia.
- Número de foros de intercambio con la medicina tradicional por jurisdicción sanitaria con población indígena.
- Número de comunidades indígenas que reciben mensajes educativos elaborados con base a investigación formativa.
- Porcentaje de personal de salud institucional que labora en municipios con población indígena capacitados con enfoque de género.
- Número de viviendas indígenas que cuentan con estufas "loreña".
- Número de viviendas indígenas que cuentan con sistemas sanitarios de disposición de excretas.
- Número de localidades indígenas que cuentan con fuentes de abastecimiento de agua protegidos.

Indicadores de seguimiento

Una de las principales estrategias de este Programa es coordinar y dar seguimiento a los programas de salud que se aplican en población indígena, para lo cual se evaluarán los avances e impacto de esta estrategia mediante el seguimiento de los indicadores de resultado de la Secretaría de Salud, pero referidos específicamente a municipios con más de 40% de población hablante de lengua indígena.

- Esperanza de vida al nacimiento según sexo.
- Tasa estandarizada de mortalidad.
- Tasa de natalidad.
- Mortalidad materna.
- Mortalidad infantil.
- Mortalidad preescolar.
- Mortalidad escolar.
- Preevalencia de desnutrición en menores de 5 años. Talla para la edad.
- Preevalencia de desnutrición en menores de 5 años. Peso para la talla.
- Morbilidad por parasitosis.
- Morbilidad por EDAS.
- Morbilidad por IRAS.
- Morbilidad por tuberculosis pulmonar.
- Morbilidad por diabetes mellitus.
- Morbilidad por hipertensión arterial.
- Promedio de consultas prenatales por embarazada.
- Porcentaje de nacimientos atendidos por personal calificado.
- Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso.
- Número de municipios repetidores de casos de tétanos neonatal.
- Usuarías activas de planificación familiar por 100 mujeres en edad fértil.
- Preevalencia lápsica de accidentes y violencias.
- Consultorios por mil habitantes.
- Médicos por mil habitantes.
- Camas censables por mil habitantes.

Programa de Acción: **Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas**

Esta edición consta de 1000 ejemplares.

Se terminó de imprimir en noviembre de 2001.



Programa Nacional de Salud 2001-2006

Estrategia

2 Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres



www.ssa.gob.mx