

31261

3
26j



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

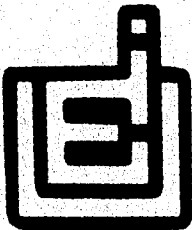
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
IZTACALA

SERVICIOS DE SALUD PARA POBLACION INDIGENA
EN GRANDES URBES:
EL CASO DE LOS TRIQUIS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
**MAESTRA EN INVESTIGACION DE
SERVICIOS DE SALUD
P R E S E N T A
LA MEDICA CIRUJANA
ANA MARIA VICTORIA JARDON**

ASESOR: DR. ANTROP. JORGE MIRANDA PELAYO



LOS REYES IZTACALA, EDO. DE MEX.

FEBRERO, 1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



ne

SERVICIOS DE SALUD PARA
POBLACION INDIGENA EN
GRANDES URBES:
EL CASO DE LOS TRIQUIS

nosotros

A mi adorada **madre Elena Jardón Sandoval**
a mis hermanas **Elena y Gabriela**
a mi tía **Elvira**
a mi padre **Ricardo Victoria G (+qepd)**

A Tob con todo mi corazón

Al Dr. Oscar Herrera Téllez
ejemplo humano y profesional
a quien tanto admiro y respeto

A mis queridos:

Amigos - Maestros - Jefes - Compañeros - Amigos
de todos ellos he recibido generosa y leal amistad,
apoyo, ayuda, enseñanza, consejo y cariño. A todos
mi reconocimiento, especialmente a:

Patty, Adriana, Marthita, Fabis, Norberto, Genaro,
Pedro, Sarita, Aynur, Shambhu, ...

Mi sincero agradecimiento a:

A la **Dra. Raquel Páez Balderas**, "*la misionera*" apasionada y tenaz profesional del trabajo en campo y con la comunidad triqui.

Al **Dr. Jorge Miranda Pelayo**, paciente y entusiasta asesor y conductor de este proyecto.

A la **Lic. Adriana Guerra** y el **Dr. Norberto Soriano**, por sus orientaciones e ideas para concretar este trabajo.

Al **Mtro. Francisco Pérez Torres**, por sus valiosísimos comentarios y sugerencias que enriquecieron este trabajo.

A los sinodales: **Mtra. Ana Luisa González Celis R**, **Dr. Pablo César Rodríguez**, **Dr. Víctor M. Hernández R.** y **Dr. Miguel A. Gil C.**, por sus gentiles observaciones y propuestas.

A **Gabi y Luis**, por su ayuda práctica.

**SERVICIOS DE SALUD PARA POBLACION INDIGENA EN GRANDES URBES:
EL CASO DE LOS TRIQUIS**

INDICE

Contenidos	Página
RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
PROBLEMAS	5
JUSTIFICACION	7
OBJETIVOS	9
HIPOTESIS	11
MARCO TEORICO	
1. LA INVESTIGACION EN SERVICIOS DE SALUD Y ANTROPOLOGIA MEDICA	13
a) Investigación en servicios de salud	13
b) Prioridades en la Investigación	15
c) Prioridades de Investigación en México	18
d) Antropología y atención de la salud	20

**SERVICIOS DE SALUD PARA POBLACION INDIGENA EN GRANDES URBES:
EL CASO DE LOS TRIQUIS**

2. MIGRACION	26
a) La migración en México	28
3.SALUD URBANA	34
a) Pobreza urbana	36
b) Desigualdad de Ingresos	36
c) Medio físico	37
d) Empleo	37
e) Educación	38
f) Disponibilidad y consumo de alimentos	38
g) Perfil de salud urbana	39
h) Salud urbana en América Latina y el Caribe	44
i) Perfil de salud en el Distrito Federal	47
4.ANTECEDENTES DEL INDIGENISMO	54
a) El Instituto Nacional Indigenista	55
b) Cultura médica tradicional	60
5.PERFILES DE SALUD INDIGENA	65
a) Perfiles de salud indígena urbana	68
6.LOS TRIQUIS EN OAXACA	72
a) Breve historia de los triquis	74
b) Idioma	76

**SERVICIOS DE SALUD PARA POBLACION INDIGENA EN GRANDES URBES:
EL CASO DE LOS TRIQUIS**

c) Creencias y rituales	76
d) Aspecto físico	77
e) Vestido	77
f) Actividades y costumbres	79
TIPO DE INVESTIGACION	82
FASES DE LA INVESTIGACION	89
DESARROLLO DEL MODELO	92
a) Introducción	92
b) Bases jurídicas	93
c) Bases conceptuales	94
d) Sistema de financiamiento	95
e) Diseño del modelo de acción	96
Objetivo	96
Estrategias	96
Participantes y funciones	98
Integración del paquete básico	98
f) Estructura administrativa para la aplicación del modelo	100
g) Sistema de información	101
h) Evaluación	102
IMPLANTACION DEL MODELO	103

**SERVICIOS DE SALUD PARA POBLACION INDIGENA EN GRANDES URBES:
EL CASO DE LOS TRIQUIS**

POBLACION DE ESTUDIO	108
a) Muestra	108
b) Criterios de inclusión	108
c) Criterios de exclusión	108
VARIABLES	109
a) Operacionalización y escalas de medición	111
ANALISIS ESTADISTICO	114
RESULTADOS	
I. PRIMERA ETAPA	116
a) En la Ciudad de México	116
b) Necesidades sentidas	117
c) Demanda de atención	117
d) Panorama socioeconómico inicial	117
- Estructura económica	118
- Característica de la vivienda	118
- Estructura familiar	119
- Hábitos higiénicos	120
- Dieta	121
e) Situación de salud	121
- Motivos de consulta	121
- Estado nutricional	122
- Uso de servicios de salud	124

**SERVICIOS DE SALUD PARA POBLACION INDIGENA EN GRANDES URBES:
EL CASO DE LOS TRIQUIS**

II. SEGUNDA ETAPA	127
a) Panorama socioeconómico después de la Intervención	127
- Estructura económica	127
- Características de la vivienda	127
- Estructura familiar	128
- Hábitos higiénicos	129
- Dieta	129
b) Motivos de consulta	130
c) Estado nutricional	130
d) Uso de servicios de salud	133
e) Gestiones InterInstitucionales	134
f) Resumen de resultados relevantes	135
DISCUSION	139
• Condiciones de vida	139
• Dieta y nutrición	142
• Causas de morbilidad	147
• Uso de los servicios y aplicación de programas	149
• Hábitos y costumbres	152
CONCLUSIONES	155
PERSPECTIVAS	160
BIBLIOGRAFIA	162
ANEXOS	169

**SERVICIOS DE SALUD PARA POBLACION INDIGENA EN GRANDES URBES:
EL CASO DE LOS TRIQUIS**

RESUMEN

INTRODUCCION

PROBLEMAS

JUSTIFICACION

OBJETIVOS

HIPOTESIS



RESUMEN:

Se realizó una Investigación en Servicios de Salud, cuyo objetivo básico fue diseñar y probar un modelo de acción que acerque a los servicios de salud a la población indígena en las grandes urbes; un grupo específico que requiere estrategias innovadoras para su atención.

Se llevó a cabo un análisis general de la población indígena migrante a las grandes urbes, que incluye su origen, antecedentes, factores que condicionan la migración, perfil etnocultural previo, así como sus rasgos particulares de salud, nutrición y mecanismos propios de atención.

La población objeto del estudio fue un grupo étnico "Triqui" originario del estado de Oaxaca y que reside actualmente en la ciudad de México, en el área cercana a la Merced, y cuyas características posibilitaba el establecimiento de un programa de intervención.

Con base en la información existente se elaboró el modelo que incluía tanto los servicios que corresponden a un paquete básico de atención, conforme a los programas institucionales de la Secretaría de Salud, tanto preventivos como curativos, que respondiera también a las necesidades sentidas de esta población y que correspondiera a las características del diagnóstico de salud.

Finalmente, se evaluó el impacto de las acciones en dos dimensiones, una en el grupo indígena estudiado y otra en el personal y perfil de salud.

INTRODUCCION

La Investigación de Servicios de Salud en su postulado central constituye la aplicación del método científico en la organización, evaluación y operación del sistema de servicios de salud¹. En este contexto desde 1958, la Organización Mundial de la Salud reconoció la importancia de esta área del conocimiento, por lo que su aplicación se dirige a la comprensión, investigación y evaluación de los factores y procesos que subyacen en los servicios de salud, de tal forma que la investigación sistemática, produce nuevos conocimientos, métodos y teorías que fundamentan la creación de planes y política de largo plazo para mejorar los programas y la prestación de los servicios de atención a la salud.

Dado que la investigación en servicios de salud está interesada en el fortalecimiento de la atención a la salud, se inicia en problemas de campo reales y usa una gran variedad de disciplinas de investigación para aplicar el conocimiento científico y mejorar el cuidado y el estado de salud colectivo². Por ello, los resultados de estas investigaciones son de vital importancia para el establecimiento de alternativas de solución y fortalecer asimismo, la prestación de los servicios de salud bajo un esquema institucional de cobertura universal y calidad satisfactoria requiere de una comprensión integral y objetiva de los problemas de salud de la población, al mismo tiempo que permite tomar en consideración los aspectos sociales y culturales que determinan formas de demanda y de utilización con su consecuente impacto en los niveles de salud.

1. Laguna J. La investigación de Servicios de Salud, *Salud Pública Méx.* 1984; 26:332-333.

2. Agullar CF, Alvarez LC, Lezana FMA et al. Tendencias de Investigación en Servicios de Salud en México, 1984-1991, *Salud Pública Mex.* 1993; 35:550-555.

La población indígena, tradicionalmente se ha mantenido en una situación marginal*, pese a que a lo largo de más de 50 años se ha tratado de integrarla paulatinamente a los parámetros preestablecidos de bienestar y desarrollo, diversos factores la hacen persistir en situación de desventaja, desequilibrio y rezago en todos los sentidos comparados con la mayoría nacional, tanto en los niveles rurales y mucho más marcados en las áreas urbanas.

Las condiciones de salud, medidas a través de los daños, son un reflejo de una realidad innegable en la que persisten condiciones de vida precarias, elevado analfabetismo, una baja participación en actividades económicas redituables y características sanitarias y de la vivienda deplorables. Esta realidad de las zonas rurales es traída consigo a las grandes urbes en un escenario diferente a su habitat normal, con un enfrentamiento a un medio hostil y a la vez la posibilidad de acceso a más y mejores servicios.

El presente proyecto de trabajo presenta un modelo de atención que permite en el aspecto de salud, brindar un paquete básico de servicios y participación institucional que proporcione a este grupo, un acceso a mejorar sus condiciones de salud.

Para ello se presentan: 1) el apartado metodológico, que incluye la determinación del problema y desarrollo del mismo, justificación y caracterización de los

* "Modo no completo de integración. Es una condición específica de un sector de la población, no participa en la toma de decisiones y no ostenta el poder, asimismo, se caracteriza por la baja productividad, reducidos ingresos y subempleo". (Schutter A. *Investigación Participativa. Una opción metodológica para la educación de adultos*. CREFAL. México, 1981. pág. 41-45)

objetivos del proyecto; 2) el marco teórico trata los rubros de origen y antecedentes de los grupos indígenas, factores que afectan la migración, perfil etnocultural de los grupos, aspectos legales involucrados en las intervenciones en salud indígena, salud pública en poblaciones marginales de las áreas urbanas, así como, experiencias en perfiles de salud y nutrición de los grupos indígenas, 3) elaboración de un modelo, 4) en la sistematización investigativa se señala el tipo de investigación, las fases, especificación de la población de estudio, análisis estadístico, variables, instrumentos de medición; 5) resultados, 6) discusión de los resultados; 7) conclusiones; 8) bibliografía y 9) anexos.

PROBLEMAS

1. La atención a la salud de los grupos indígenas migrantes al D.F. se ha otorgado mediante acciones aisladas, esporádicas, sin una estructura sistematizada.
2. Se desconocen los factores culturales y de comunicación que constituyen barreras de acceso y que influyen en la demanda de servicios por parte de la población indígena.

Desarrollo

- 1.1 El proceso de urbanización acelerada en las ciudades tiene repercusiones de gran magnitud en la mayor parte de la población. Lo que determina desigualdad de ingresos, disponibilidad y consumo de alimentos, educación, subempleo y desempleo, y vivienda deficiente, entre los más claros, factores que afectan primordialmente a las poblaciones marginadas pobres de las zonas urbanas con un impacto adverso en la morbilidad-mortalidad y acceso a los servicios de salud^{3,4}, pese a que numéricamente existe una infraestructura de salud suficiente, en la realidad, los grupos marginados sufren de problemas de acceso a estos servicios.

3. Khanna S, Brandon P, Puentes C. Salud en zonas urbanas de América Latina y del Caribe. *Bol Of Sanit Panam* 96(2), 1984:134-146.

4. Tabibzadeh I, Rossi EA, Maxwell R. *Spotlight on the Cities. Health and Urban Crisis*. WHO, Geneva 1989, 5-47.

En el caso de grupos migrantes como los indígenas las barreras económicas, sociales y culturales para los servicios personales de salud se acrecentan, lo que dificulta aún más su proceso de integración a la vida urbana saludable.

- 2.1 Como en todas las sociedades humanas, en las culturas de América, antiguas y modernas, las formas de sentir, interpretar y manejar la situación de salud y enfermedad varían notablemente. A pesar de existir un acervo cultural y la movilización de todos los recursos para tratar de alcanzar la salud, los conceptos de medicina y sistemas médicos como una manifestación cultural siguen determinando los fenómenos relacionados con la salud.

En estas circunstancias la falta de comunicación y el temor a la pérdida de identidad acarrearán dificultades en el acercamiento entre los grupos a atender y las entidades que ofrecen los servicios⁵. Esta distancia se hace mayor entre los grupos indígenas migrantes y los servicios de salud institucionales.

5. OPS. Culturas médicas tradicionales. *Bol Of Sanit Panam* 98 (4), 1985: 373-377

JUSTIFICACION

1. Práctica

El presente proyecto de trabajo se inició como un compromiso institucional en la Dirección General de Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal de la Secretaría de Salud, asignado como una labor de trabajo, ya que basados en los antecedentes se realizaron reuniones de trabajo con el Instituto Nacional Indigenista (INI) a través del Programa Area Metropolitana (PAM) para establecer un proyecto tendiente a dar atención integral de salud en forma permanente a los grupos indígenas migrantes del D.F. En forma inicial se pensó en trabajar con ocho grupos señalados como prioritarios por el PAM para la atención a la salud por sus condiciones económicas, de migración y marginación.

El trabajo en campo con estos grupos provocó una expectativa creciente y permanente, por lo que, aquéllo que inició como un compromiso laboral se fue transformando en un sincero interés personal cuyo objetivo final es el de aportar, un instrumento que favorezca, en algún grado, la salud de esta población.

2. Teórica

La Investigación en Servicios de Salud reviste una gran importancia por su contribución al conocimiento objetivo de los problemas que enfrentan los servicios de salud: por lo tanto constituye un elemento

fundamental en la respuesta que da el sistema de salud a la planificación de los servicios⁶

En este sentido, cuando se consideran las necesidades que se han de estudiar para evaluar los factores que influyen sobre el uso de los servicios en minorías étnicas y poblaciones indígenas, es necesario desarrollar y probar un modelo de acción específico en la atención que posibilite la integración y la producción misma en términos de servicios de salud a la población.

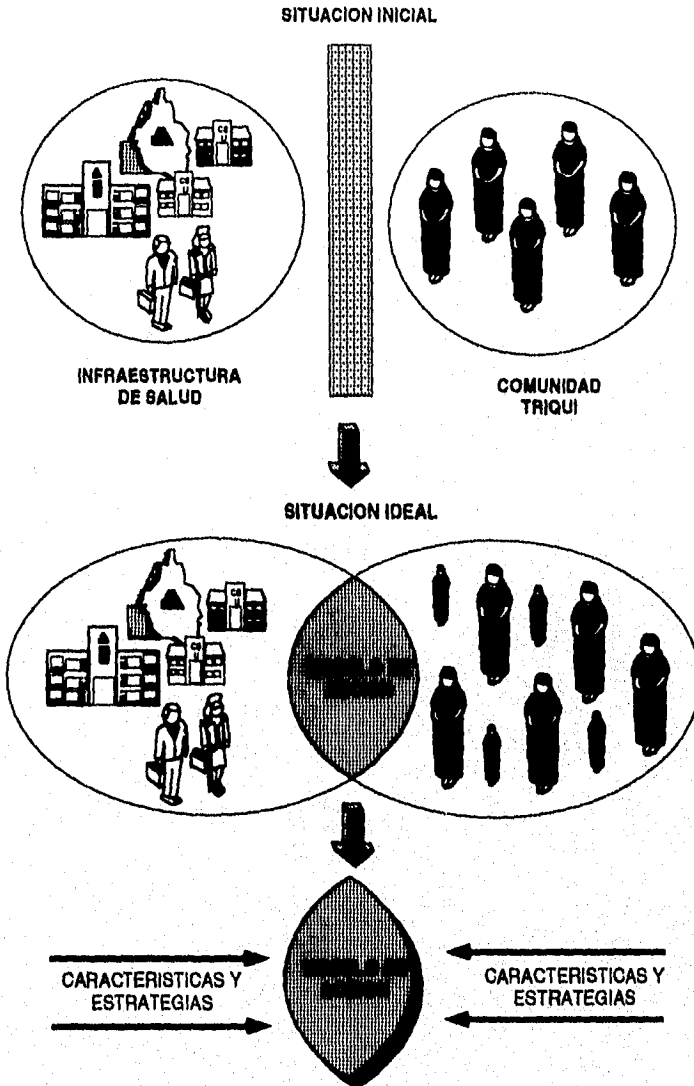
6. OPS. Investigación en servicios de salud. Situación y perspectivas. *Bol Of Sanit Panam*, 98(5); 1985: 479-485).

OBJETIVOS

1. Diseñar un modelo de acción en la atención de la salud para los grupos indígenas en grandes urbes (Figura 1).
 - 1.1 Caracterizar los elementos de un paquete básico de servicios de salud adaptado para grupos indígenas en grandes urbes.

2. Analizar algunos de los factores que influyen en la demanda de servicios de salud por parte de grupos indígenas (Figura 1).

FIGURA 1
OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE SERVICIOS DE SALUD PARA POBLACION
INDIGENA EN GRANDES URBES



SERVICIOS DE SALUD PARA POBLACION INDIGENA EN GRANDES URBES:
EL CASO DE LOS TRIQUIS

HIPOTESIS

- Hipótesis de trabajo

1. La escasa aceptación de los servicios institucionales por parte de estos grupos, está condicionada básicamente por falta de comunicación, de identificación y de confianza con los mismos.
2. La sensibilización y capacitación del personal de salud de los servicios institucionales hacia los grupos indígenas favorecerá el incremento en la demanda de atención.
3. El desarrollo de un modelo de acción básico para la población indígena en áreas urbanas favorecerá el perfil de salud.
4. La persistencia cultural frente al cambio en el medio urbano se manifiesta más en los varones que en las mujeres.
5. Podrían promoverse acciones para captar los voluntarios indígenas, que a su vez puedan capacitarse adecuadamente como promotores de salud en la propia comunidad.
6. Los procedimientos de atención a la salud tradicionales en los grupos étnicos coexisten con los institucionales, sin embargo, gracias a la interacción o contacto entre éstos, pueden producir en forma espontánea o deliberada procesos de transculturación recíproca.

MARCO TEORICO

1. LA INVESTIGACION EN SERVICIOS DE SALUD y ANTROPOLOGIA MEDICA

- a) Investigación en servicios de salud**
- b) Prioridades en la Investigación**
- c) Prioridades de investigación en México**
- d) Antropología y atención de la salud**



MARCO TEORICO

1. INVESTIGACION DE SERVICIOS DE SALUD Y ANTROPOLOGIA MEDICA

a) Investigación de servicios de salud

La investigación en servicios de salud reviste una gran importancia por su contribución al conocimiento objetivo de los problemas que enfrentan los servicios de salud; por lo tanto, constituye un elemento fundamental en la respuesta que da el sistema de salud en la planificación de los servicios.

Se entiende por servicios de salud todos los medios o actividades que puedan aplicarse, utilizarse o consumirse para el diagnóstico y tratamiento curativo o preventivo en el proceso de fomento, conservación y recuperación de la salud. Abarca las formas de organización y administración de los servicios, así como las políticas que los orientan y la producción misma en términos de servicios a la población.

Aunque ciertos aspectos de la investigación de servicios de salud sean comunes a la investigación en salud en general y se pueda aprovechar la experiencia acumulada, existen ciertos aspectos específicos que deben tomarse en cuenta en la formulación de políticas. Esta investigación posee una dimensión científica y otra tecnológica que están íntimamente articuladas, pero presentan características significativamente distintas. De esta diferencia de características se derivan también diferentes políticas, prioridades y planificación⁷.

7. OPS. Apoyo a la investigación de Servicios de Salud. *Bol Of Sanit Panam*, 106 (3), 1989: 253-255.

Los procesos de producción del conocimiento de ambas dimensiones tienen también variedad en cuanto a su objeto, a los investigadores, a los instrumentos de investigación, y finalmente en cuanto a sus formas de divulgación y de incorporación en la práctica de los servicios.

La investigación de servicios de salud se relaciona con el estudio de los procesos y procedimientos empleados por los servicios de salud en busca del aumento de la eficacia y eficiencia. Los investigadores son en gran medida los propios profesionales de salud, quienes desarrollan su investigación en el mismo ámbito de los servicios. La multiplicidad de aspectos involucrados en la articulación entre la asistencia a la salud y su entorno económico-social exige un complejo instrumental multidisciplinario.

La utilización del conocimiento producido, está condicionada por la organización sectorial. Ambas dimensiones de esta investigación a pesar de ser articuladas y complementarias, seleccionan instrumentos de política y planificación que resguarden su especificidad y garanticen su ampliación y desarrollo equilibrados.

Desde el punto de vista práctico, los tipos de investigación se clasifican en nueve áreas principales: relaciones de los servicios de salud con el entorno social; determinantes de las necesidades de salud de la población; producción y distribución de recursos; estructura organizativa y componentes del sistema de salud; estudio de la prestación de servicios de salud; administración de los servicios de salud; análisis económico, evaluación de programas y participación de la comunidad en su relación con los servicios de salud.

En cuanto a la metodología que utiliza, toma marcos teóricos de referencia y

métodos derivados de diversas disciplinas, tales como las ciencias sociales, epidemiología, economía, demografía, investigación operativa y otras⁶.

Los programas de investigación de los países en desarrollo con frecuencia no se basan en prioridades sistemáticamente reconocidas y algunas autoridades brindan apoyo y parecen creer que los mejores resultados se obtienen dotándoles de un buen equipo de investigadores y dándoles vía libre en su investigación. Los resultados de un programa de trabajo de este tipo son imprevisibles y los temas por investigar pueden añadirse o eliminarse de los programas⁶.

b) Prioridades en la investigación

La falta de prioridades establecidas se manifiesta también en las políticas de servicios de salud que determinan en gran medida la dirección o la carencia de dirección de las investigaciones. En general, se invierte más en el tratamiento de la enfermedad que en su prevención, como fruto de las demandas del público y de las tradiciones médicas y no de evaluaciones de la eficacia o incluso de la humanidad de los distintos enfoques^{8, 9}.

La sanidad suele considerarse integrada por la atención a los enfermos y por los servicios de salud pública desarrollados desde el siglo XIX, que incluyen actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad tales como saneamiento, control de enfermedades infecciosas, salud materno-infantil, salud escolar, higiene industrial y similares. Pero no incluyen las responsabilidades

-
8. WHO. *Report of the Panel on Urbanization*. WHO Commission on health and environment. Geneva. 1992. 121-128.
 9. Mc Keown T. El camino hacia la salud. Prioridades en la investigación. *Bol Of Sanit Panam* 107 (3), 1989: 264-269.

relativas a condiciones básicas que también afectan grandemente a la salud como son las políticas agrícolas, de vivienda, educación, empleo, aspectos sociales y culturales y estrategias económicas. Es especialmente en los países en desarrollo donde las variables de salud están determinadas por las políticas gubernamentales en conjunto más que por el abanico de servicios administrados por los departamentos de salud⁹.

La salud pública, aunque en su práctica moderna concede una importancia cada vez mayor a los servicios para las personas, por mucho tiempo, y al principio por motivos muy razonables, puso el énfasis en el ambiente. Hoy por hoy, la medicina social, inspirándose cada vez más en la experiencia clínica, y pretendiendo siempre ayudar a descubrir un propósito común de los servicios curativos y preventivos, pone el énfasis en el hombre y trata de estudiarlo dentro de su ambiente y en relación con éste¹⁰.

Además, el ambiente material inmediato, en lo que respecta a viviendas, servicio de alcantarillado y abastecimiento de agua potable, se extiende actualmente hasta incluir todas las oportunidades de la experiencia económica, nutricional, educacional y psicológica del individuo o de la comunidad¹⁰.

Los grandes avances sobre métodos de prevención tienen vigencia si se apoyan en una sólida evidencia científica y son factibles en las condiciones ecológicas, culturales, económicas y sociales de cada comunidad. Igual criterio se utiliza con respecto a las técnicas de promoción de la salud y de tratamiento y rehabilitación de los enfermos, las cuales, es necesario integrar en los procesos de educación

10. Ryle JA. Medicina social y salud pública en *El Desafío de la Epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas*. OPS. No. 505. 1989, 126

para la salud que permitan su aplicación a las comunidades. En el análisis de los determinantes de los problemas de salud, su dinámica, de los métodos y procedimientos para evitarlos o reducir sus consecuencias, requiere el concurso de la epidemiología, de las ciencias sociales, de la conducta, de la comunicación, de la administración, a más de la competencia de las ciencias biológicas⁹.

En conjunto, todas estas ciencias contribuyen a la investigación en los servicios de salud, que resulta esencial para hacer la atención primaria efectiva, eficiente, pertinente y utilizada por los habitantes. Se reconoce que hay mucho que estudiar todavía en ese campo y que el respaldo y la acción directa de la educación para salud son indispensables para aumentar su prestigio¹¹.

De los múltiples problemas que se han identificado para priorizar en la investigación, son de mencionar por su trascendencia: a) la determinación de las necesidades de salud de las comunidades, equivalente a la oferta de servicios, y del uso de los mismos por la población, sinónimo de demanda, y b) la identificación de soluciones alternativas para cada problema prioritario y la selección de la de menor costo y mayor efecto.¹¹

Muchas de las técnicas empleadas se basan en fórmulas matemáticas complejas, pero otras son sencillas, incluso intuitivas. En atención primaria de la salud, su uso es relativamente reciente, pero existen muchas posibilidades en vista de la gran diversidad de problemas de infraestructura y categóricos en las comunidades.¹¹

11. Horwitz A. Salud para todos en el año 2000 y la Universidad. *Bol Of Sanit Panam* 98(5), 1985, pág. 405-413.

c) Prioridades de investigación en México.

En México, la Comisión Mexicana de Investigación en Salud (COMISA) fue establecida como una organización no gubernamental, pero en estrecha colaboración con la Secretaría de Salud, su objetivo general es apoyar la ejecución de investigaciones científicas y técnicas que contribuyan al desarrollo de la salud en México¹².

Desde 1970 ha apoyado fuertemente el desarrollo de investigaciones en salud pública. Durante 1980, la investigación en salud pública con estos apoyos se ha consolidado. A partir de 1984 el gobierno mexicano estableció el Sistema Nacional de Investigadores, este sistema fortalece la investigación a través de estímulos económicos en forma de salario extra, mientras los investigadores ejecuten trabajos de alta calidad.¹²

En México, el gobierno y los grupos privados han proporcionado apoyo financiero significativo para la investigación en salud y el desarrollo de infraestructura. En 1985, un grupo de hombres de empresa mexicanos, creó la Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud) cuyo objetivo es contribuir al desarrollo del nivel de salud en México. La fundación coordina organizaciones filantrópicas para apoyar el talento, el interés de investigadores y trabajadores de la salud. Las estrategias específicas incluyen: transferencia eficiente y manejo de los fondos libres de trámites administrativos complejos.¹²

La salud es una alta prioridad del gobierno mexicano, y desde 1985 la atención

12. ENHR. *A strategy for action in Health and Human Development*. Task Force on Health Research for Development Secretariat, Switzerland. 1991. Pág. 22-44.

de la salud ha sido elevada al rango de derecho constitucional. Con objeto de operacionalizar este derecho, México formó el Sistema Nacional de Salud. Este sistema incluye el sector de salud pública (el cual se forma a través de algunas instituciones de seguridad social y varias organizaciones federales y estatales las cuales ofrecen servicios de salud de bajo costo para la población no asegurada) y los servicios de atención privados. La Secretaría de Salud está a cargo de coordinar el sistema en forma integral¹³.

A pesar de que la contribución de los científicos mexicanos al conocimiento médico ha sido significativo, la mayoría de las investigaciones se han llevado a cabo con recursos escasos. México proporciona menos de 0.4% del producto interno bruto para actividades de investigación; cerca de una cuarta parte de esto es para investigación en salud¹².

Desde todas las perspectivas, los fondos para las investigaciones en salud son insuficientes. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Investigación en Salud la cual cubre un periodo de enero de 1983 a agosto de 1984, 5582 proyectos de investigación en salud se llevaron a cabo en México. Cerca del 39% de ellas se relacionaron con problemas biomédicos, 51% con investigación clínica y sólo 10% con estudios de salud pública^{14, 15}.

Los profesionales mexicanos han contribuido al campo de la investigación biomédica, la mayoría de estos proyectos han alcanzado la excelencia y una proyección internacional destacada. Sin embargo, la productividad medida por

13. Poder Ejecutivo Federal. *Programa Nacional de Salud. 1989-1994*. SSA. México.

14. Poder Ejecutivo Federal. *Programa Nacional de Salud 1984-1988*. SSA/IMSS/ISSSTE/DIF. México. 1984. pág. 249-250.

15. Poder Ejecutivo Federal. *Plan Nacional de Desarrollo. Informe de Ejecución. Avance 1988 y Balance Sexenal*. SPP. México. 1988. 186-194.

el número total de proyectos, aún no es adecuada, ni recibe los recursos para desarrollarse aún más.

La investigación clínica en México generalmente es llevada a cabo por médicos en instituciones de salud, la mayoría de estos estudios se refiere a pequeños grupos de pacientes. Mientras la investigación clínica parece ser el tipo más frecuente de investigación, es el área que tiene menor número de investigadores de tiempo completo y el Secretariado para la Investigación y Desarrollo de Salud de las Naciones Unidas¹² considera que la calidad metodológica de la investigación clínica en México no es la mejor, ya que a pesar de que se han desarrollado grupos de investigación de excelencia en áreas muy específicas como: cardiología, pediatría, neurología, psiquiatría, perinatología, nutrición, medicina interna, oncología y neumología, sólo 10% de los proyectos de investigación se refieren a la investigación en salud pública, de las cuales se esperan resultados de mayor impacto y propuestas de aplicación más inmediata, con mayor cobertura; por ello se han hecho esfuerzos importantes desde 1970 para fortalecer la investigación en salud pública¹⁴.

Se han determinado a través de los Institutos Nacionales de Salud, el Instituto Nacional de Salud Pública, el CONACYT y el Consejo Asesor en Epidemiología, las líneas de investigación prioritaria en salud que se enfocan principalmente a la investigación en epidemiología, enfermedades transmisibles, enfermedades crónicas y degenerativas, abuso de alcohol, tabaco y drogas, salud ambiental, salud reproductiva y calidad de la atención.¹²

d) Antropología y atención de la salud.

En México, la antropología social inició sus primeros pasos en el instante en que

el movimiento revolucionario modificó la estructura y valores de la sociedad mexicana. La Revolución hizo surgir al nivel de la conciencia de un pueblo en crisis la gravedad de sus problemas sociales y la urgencia de su resolución. La antropología social, tuvo que enfocar su interés al estudio de esos problemas incisivos y actuales. De este modo la antropología social en México, bajo la influencia de un fenómeno social de gran vigor, se convirtió en una fuerza activa y vital que suministró los fundamentos teóricos y los instrumentos prácticos para la elaboración e implementación de una política social y económica de integración nacional que recibe hoy la designación de *indigenismo*¹⁶.

Las investigaciones antropológicas actuales en diversos sectores son de interés común para los antropólogos médicos y para los educadores de salud que trabajan con minorías étnicas y poblaciones indígenas. Cuando se consideran las necesidades que se han de estudiar para evaluar los factores que influyen sobre el uso de los servicios primarios de salud, sobresalen las siguientes: a) la necesidad de diferenciar el aspecto «étnico» del comportamiento en materia de salud de otras influencias, b) la necesidad de evaluar si la existencia de un «sistema popular tradicional de creencias médicas» es invariablemente un freno para la adopción de prácticas modernas de salud, c) la necesidad de proporcionar a las minorías étnicas conocimientos útiles para su autoatención y d) la necesidad de estudiar la posible integración de las formas tradicionales y la occidental para la atención de la salud individual y colectiva.

Las poblaciones rurales en general, se considera que son las que sufren más enfermedades y al mismo tiempo, consumen menor cantidad de atención

16. **Aguirre BG.** *Obra antropológica VI. El proceso de aculturación.* Univ. Veracruzana, INI, Gob. del Edo. de Veracruz y FCE. México. 1992, pág. 132.

médica (Roemer. Rural Health Care. Saint Louis-Mosby Co. 1976). Cuando además una población rural es distinta étnicamente cabe preguntarse en qué medida las diferencias en la utilización de recursos médicos son una consecuencia de los valores culturales¹⁷.

En muchas investigaciones sociológicas y antropológicas realizadas entre 1960 y 1970, la respuesta a esta pregunta era que la cultura tradicional del grupo étnico, y en particular las creencias y prácticas médicas nativas, eran la causa de la resistencia del grupo a adoptar prácticas modernas de salud y un tratamiento médico moderno, lo que determina que el conocimiento que se tiene de la salud en las comunidades indígenas, es inconsistente y en ocasiones contradictorio; por ello algunos estudios dirigidos a conocer la cultura de la salud, son parciales, se enfocan a los efectos de la enfermedad o a los efectos sociales, pero no a ambos; de ello se puede desprender que una de las dificultades para mejorar la salud indígena está en la imposibilidad de modificar concepciones, mitos, supersticiones y creencias que caracterizan la cultura indígena¹⁸.

Esta posición caracteriza el modelo de las barreras culturales. De acuerdo con dicho modelo si el personal de salud puede superar esas barreras se consigue un mayor uso de la atención moderna de salud. pero investigaciones más recientes arrojan ciertas dudas sobre el modelo, al menos en lo que se refiere a servicios primarios de salud¹⁹.

-
17. OPS. Epidemiología y antropología en la atención primaria. *Bol Of Sanit Panam* 95 (2), 1983, pág. 186-189.
 18. Miranda P J. Lineamientos sobre salud pública para poblaciones indígenas. *Infomédica*, pág. 81.
 19. Young GL, Young C J. Atención de salud en minorías étnicas rurales. Algunas observaciones antropológicas. *Bol Of Sanit Panam*, 95 (4), 1983: 333-342.

Otra explicación de los bajos índices de utilización de servicios de salud modernos estaría basada en factores externos a la comunidad. En general, las comunidades rurales son pobres, están y se mantienen en la pobreza a causa de la marginalidad de las relaciones económicas y sociales que tienen con los centros urbanos⁹ y con los sectores altamente beneficiados por la producción.

Esta marginalidad implica una falta de participación efectiva en la economía y la sociedad nacionales; la comunidad rural no tiene ningún control sobre el sistema ni participa en los beneficios que éste puede aportar. Esta exclusión de una plena participación en la economía nacional principalmente, entre otros factores, es la que ha conducido a la pobreza, prácticamente crónica.

Si bien los habitantes de esas comunidades están integrados a la economía nacional por la necesidad de utilizar dinero para obtener mercancías y porque constituyen una reserva de la fuerza laboral necesaria para el desarrollo nacional, estructuralmente están muy apartadas de los centros que controlan los recursos económicos y, por lo tanto, no participan en los beneficios de ese desarrollo.

Esta marginalidad es la que conduce a los índices inferiores de utilización de los modernos servicios terapéuticos, en la medida en que éstos están orientados hacia las ciudades y se facilitan fundamentalmente sobre una base de pago por servicio.

De esta forma, los sistemas tradicionales de creencias y prácticas médicas, y el recurso a curanderos indígenas, persisten en gran medida porque satisfacen necesidades que no están cubiertas por otros sistemas. En otras palabras, la persistencia de una orientación tradicional o no científica hacia la enfermedad

entre grupos étnicos rurales podría ser consecuencia de su difícil acceso al sistema oficial de atención de salud, en la misma o en mayor medida que en una causa de la limitada integración del grupo a ese sistema social.

Estos dos puntos de vista acerca de la intervención del carácter étnico tienen distintas consecuencias en los programas que intentan modificar las formas de búsqueda de tratamiento. El modelo de las barreras culturales, implica que el cambio en las creencias de la gente es un requisito previo para modificar su comportamiento en cuanto a la enfermedad.

La perspectiva de marginalidad, por otra parte, indica que la creación de verdaderas oportunidades para un cambio en el comportamiento ha de ser la base sobre la cual ocurran después los cambios en las creencias asociadas. La posición de las barreras culturales atribuye la responsabilidad primaria de los bajos índices de utilización a las propias personas; la posición de la marginalidad atribuye la responsabilidad a los prestadores de la atención de salud.¹⁹

**SERVICIOS DE SALUD PARA POBLACION INDIGENA EN GRANDES URBES:
EL CASO DE LOS TRIQUIS**

2. MIGRACION

a) La migración en México



2. MIGRACION

La distribución de la población está vinculada a las condiciones de desarrollo regional, por lo que ésta se desplaza desde y hacia determinadas zonas donde encuentre características afines a sus necesidades. Los movimientos migratorios tienen un alto contenido geográfico, ya que involucran cambios de la distribución de la población en el espacio; por esa razón, el estudio de las migraciones ocupa un lugar muy importante dentro del campo de la geografía de la población.

Las causas que determinan las migraciones pueden ser sociales, políticas o económicas; las sociales están en relación estrecha con las tradiciones de un pueblo en una determinada época de su historia; las causas políticas traducen las rivalidades de tipo ideológico que ocasionan, a veces, la expulsión total o parcial del bando en desgracia; y, las causas económicas se explican por la falta de recursos, ya sea por razones naturales, por razones demográficas, cuando se alcanza un grado extremo de sobrepoblación.

Las migraciones pueden ser definitivas o temporales, también pueden clasificarse como internas o externas, las internas comienzan principalmente con la progresiva transferencia de campesinos a las ciudades de su propio país a medida que avanza la industrialización. Este desplazamiento de grandes masas campesinas a las ciudades ha sido muchas veces internacional, siendo frecuente que los emigrantes de una zona rural pasen por un breve periodo a las ciudades de su propio país para luego marchar a ciudades más industrializadas en países extranjeros.

En la actualidad la investigación descriptiva se torna en elemento fundamental para el avance de la teoría sobre migraciones internas en los países de América

Latina y del estudio de sus causas se han puesto de manifiesto sobre todo los motivos para migrar. La mayor parte de la información sobre los motivos del migrante proviene de censos y encuestas cuya unidad de análisis suele ser el individuo o la familia. En estos estudios los motivos para migrar, según los entrevistados, caen en las siguientes categorías: a) bajos ingresos en el lugar de origen; b) desempleo, subempleo o insatisfacción en el trabajo; c) deseo de mejores oportunidades educativas; d) matrimonio, muerte de un familiar o existencia de amigos o parientes en el lugar de destino y e) traslado del cónyuge o los padres por cualquiera de las razones anteriores²⁰.

En los últimos años, al analizar los factores de expulsión particularmente en el agro, sobre todo en América Latina, en el que pueden influir entre otras, la atracción de las ciudades, que se manifiestan en una creciente migración interna, las variaciones en la estructura social agraria y en las transformaciones de la producción agrícola, son importantes en la explicación del volumen y de los patrones de migración interna observados en las diferentes zonas.²⁰

Se ha puesto de manifiesto que una mayor tecnificación de la producción agrícola puede desplazar al trabajador agrícola y sustituirlo por el temporal, favoreciendo con ello un tipo de migración rural-rural estacional. En América Latina, este tipo de migración ha adquirido una importancia considerable. Otro tipo de migración es el que ocurre entre ciudades, ya sea permanente, estacional o como parte de un proceso de migración escalonada. Los efectos de la migración son el desempleo, el subempleo, la emergencia de trabajadores informales, el déficit en vivienda y servicios en general, en fin, toda una gama de efectos nocivos²⁰.

20. Hernández BHH. *Notas sobre líneas de investigación en migraciones internas para América Latina*. UNAM. México. 1988, pág. 11-19

a) La migración en México

La migración interna en México ha tendido variadas manifestaciones a lo largo de su historia. En el México prehispánico abundan los casos de migraciones que movilizaron a familias, tribus y pueblos enteros. Entre los que realizaban migraciones nomádicas se encuentran los guaycura en Baja California, los seris en Sonora, los coahuiltecas y tamaulipecas en el noreste, los zacatecas en el centro y los apaches y comanches en el norte. Otro, a pesar de que ya hubieran entrado en la fase de sedentarismo, por otros motivos religiosos o bélicos sufrieron migraciones internas, por ejemplo, los toltecas hacia el sureste con repercusiones en las culturas mayas, quichés y cakchikeles; otra muy notable fue la de los aztecas que dejaron Aztlán y se trasladaron al Valle de México²¹.

Posteriormente, ya en la época de la colonia, las migraciones se debieron a las consecuencias de las expediciones de conquista de los otros reinos mesoamericanos, la organización del nuevo territorio y las de evangelización; otras fueron impuestas a algunos grupos indígenas obligados a trasladarse de sus sitios de origen a poblar nuevas áreas, a trabajar en zonas mineras o agrícolas nuevas²¹.

La etapa correspondiente a la Guerra de Independencia dio lugar a que las corrientes migratorias, orilladas por el temor, se dirigieran principalmente a las ciudades, las cuales ofrecían alguna seguridad. Los movimientos masivos registrados en las acciones bélicas generalmente duraban lo que tardaba en definirse el dominio de las localidades, y casi todos se desarrollaban dentro de la porción central y sur del país²¹.

21. Gutiérrez mCMT, Coa H ME et al. *Atlas de Migración Interna en México*. UNAM. México, 1988, pág. I-1,2 y III-21.

En México, el siglo XIX representó un periodo marcado por un proceso de inmigración regional que abrió mayores perspectivas sobre las dimensiones del país. Las luchas civiles que tuvieron lugar en México, desde la revolución de independencia hasta la revuelta de Tuxtepec en 1876, así como las invasiones, fueron mecanismos eficaces que movilizaron miles de mexicanos a través del país, y que también les atrajeron hacia los Estados Unidos. Los periodos de mayor relevancia fueron marcados por la crisis económica de 1907-1909, que fue acentuada por la revolución de 1910; este proceso se redujo por la crisis económica mundial de 1929, que produjo la deportación, repatriación y la migración definitiva de otros²².

En México, a partir de 1930 en que se iniciaron los censos poblacionales es posible, la cuantificación de la migración absoluta (personas que al momento del censo residen en un estado diferente al de su nacimiento). Con esta información se pueden deducir que las cantidades mayores o menores de habitantes en cada entidad, pueden explicarse de acuerdo con la distribución espacial de los mexicanos²³.

En México, los movimientos migratorios internos se caracterizaron, desde mediados del siglo, por una marcada dirección hacia la capital y a tres ciudades que son las que concentraban los mayores números de inmigrantes: Monterrey, Guadalajara y Tijuana, a las cuales se habían dirigido corrientes migratorias

22. Ochoa A, Uribe A. *Emigrantes del Oeste*. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes. México, 1990. pág. 9-11.

23. Corona VR. *Evaluación conceptual y numérica de la información sobre migración del censo de población 1980*. UNAM. México. 1988, pág. 19-20.

procedentes de casi todas las entidades. Los inmigrantes a estas cuatro ciudades representaban, en 1970, el 50.4% del total de inmigrantes del país²¹.

De acuerdo con la información disponible entre 1965 y 1990, las entidades federativas que han recibido mayor número de inmigrantes tanto hombres como mujeres son Quintana Roo, Baja California, Estado de México, Distrito Federal, Morelos, Baja California Sur y Nuevo León, en ese orden. El incremento en la intensidad de la migración, en diversas épocas, volvió a repetirse pero sobre todo en el periodo 1980-1985 en casi todas las entidades federativas.^{23, 22}

De acuerdo con los análisis de la migración, se tiene que el saldo migratorio internacional mexicano, es negativo en casi 200,000 individuos entre 1970 y 1980, lo que implicaría que la población del país se está trasladando masivamente a los Estados Unidos²⁴. En el caso específico de Baja California, estado propicio para el paso a los Estados Unidos, se supone que la mayoría de los migrantes temporales permanecen de unos 15 días a un mes. La alta cifra de inmigrantes en este Estado, se debe a los migrantes internacionales, fundamentalmente indocumentados y residentes de otras partes del país, que permanecen en la entidad antes y después de integrarse a los Estados Unidos para trabajar o buscar trabajo; y a los individuos que llegan por cortos periodos con el fin de emplearse en campos agrícolas o en actividades comerciales y de servicios²⁵.

A pesar de los avances, que en análisis migratorio se tienen, investigar las emigraciones resulta más complicado porque la interpretación de las cifras censales no lo permite²⁶.

24. **Partida B V.** *Estimación de los niveles de migración en el censo de México de 1980*, CEPS-SSA, México, pág. 24-27
25. **Corona V R.** *Medición indirecta de la inmigración temporal en Baja California*. UNAM. México, 1986, pág. 27.
26. **Corona VR.** *Un Método para estimar la migración neta definitiva al interior y exterior de diversas áreas geográficas*. UNAM. México, 1988, pág. 5-6.

En el caso de la población indígena que tradicionalmente ha sido migrante, tanto por voluntad propia como por las características de la administración virreinal, la coerción, el engaño y el endeudamiento fueron los factores primordiales para obligar al indígena a migrar, la Revolución terminó con los procedimientos brutales, les dotó de tierras y teóricamente evitaría la migración; sin embargo, el indígena una y otra vez continúa en el proceso migratorio, *migración golondrina*¹⁶, a la fecha no se conocen con precisión las cifras de movimiento migratorio de este sector.

De acuerdo con el censo de 1990, la población indígena era de 6'411,972 personas, la catalogación como indígena tradicionalmente ha sido a través de su lengua. Existen, se preservan y utilizan 68 lenguas o idiomas autóctonos²⁷, que con sus variantes dialectales suman 92 variedades²⁸.

Del análisis de las cifras de censo y la ubicación de los hablantes se observa que algunas comunidades se encuentran ampliamente distribuidas en el país, por supuesto, fuera de su habitat original.

Las comunidades náhuatlacas, las más numerosas 1'457,161, cuya distribución original correspondía a los estados de Puebla, Veracruz, Hidalgo, Guerrero, San Luis Potosí, Distrito Federal, Tlaxcala, Morelos y Estado de México; actualmente se extiende a los 32 estados de la república. De la misma forma los mayas que suman poco más de 800,000 indígenas, cuya ubicación original abarcaba primordialmente, la península de Yucatán, actualmente se encuentran en los 32 estados de la república^{28, 29}.

27. **Fernández HP.** *Elementos para una caracterización socioeconómica de la población indígena.* CEPS-SSA, México. 1994, pág. 2.

28. **De la Vega ES.** *Diversidad étnica y lenguas indígenas predominantemente habladas en México.* CEPS-SSA, México. 1994, pág. 16-20.

29. **Scheffler L.** *Los Indígenas mexicanos.* Panorama, México, 1994, pág. 153.

En el caso de los triquis, motivo de este estudio, de acuerdo con el CEPS suman en el país 18,361 personas, su procedencia original fue el Estado de Oaxaca, actualmente se encuentran en 24 estados de la república, después de Oaxaca (15,759), la mayor parte de indígenas de este grupo se ubican en Sinaloa, Estado de México, Durango y Distrito Federal²⁸.

La población indígena indudablemente sigue migrando, presumiblemente en busca de un mejor nivel de vida. Por lo menos 38 de los 92 grupos de hablantes indígenas se encuentran distribuidos en toda la república a través de los procesos de migración.

**SERVICIOS DE SALUD PARA POBLACION INDIGENA EN GRANDES URBES:
EL CASO DE LOS TRIQUIS**

3. SALUD URBANA

- a) **Pobreza urbana**
- b) **Desigualdad de ingresos**
- c) **Medio físico**
- d) **Empleo**
- e) **Educación**
- f) **Disponibilidad y consumo de alimentos**
- g) **Perfil de salud urbana**
- h) **Salud urbana en América Latina y el Caribe**
- i) **Perfil de salud en el Distrito Federal**



3. SALUD URBANA

Tradicionalmente, se había prestado más atención a los problemas de salud rurales que a los urbanos, debido a la apariencia tranquilizadora de las estadísticas, en relación con la mayor proporción y aparente suficiencia de recursos de atención médicos y hospitalarios, sin embargo, los nuevos enfoques en investigación de coberturas desde los años 80's, muestran que las condiciones de salud en las zonas marginales de las ciudades son tan deplorables como en las rurales³⁰, propiciado por la inmigración, las malas condiciones de vida y la falta de acceso a los servicios, tanto de orden geográfico como cultural.

En 1980, la Declaración de Roma sobre población y urbanización futura, señaló que en las siguientes dos décadas el mundo sufriría un intenso proceso de urbanización, cambios radicales en la vida social, económica y política. Sin embargo, además de que éste constituya una indicación de desarrollo social y progreso cultural o económico, el crecimiento caótico, desbalanceado y descontrolado en los centros urbanos se ha convertido en una fuente de interés para líderes políticos, planeadores sociales y administradores en especial en el tercer mundo. La Declaración de Roma por lo tanto, señaló lo inadecuado en la mayoría de las ciudades del mundo «virtualmente cada uno de los servicios y apoyos requeridos para hacer tolerable la vida urbana»⁴.

La población del mundo se calcula alrededor de 6122 millones para el año 2000 y 8206 para el año 2025, un incremento de 26% entre 1985 y 2000, y cerca del 34% entre el año 2000 y 2025. La población urbana del mundo, se estimaba entre 1983 millones en 1985, a cerca de 2854 millones para el año 2000 y 2932 millones para el año 2025⁴.

30. OPS. Atención primaria de salud en zonas urbanas. *Bol Of Sanit Panam* 98 (5), 1985, pág. 473-478.

Las Naciones Unidas estiman que de 1975 a 1980, 54.3% de la población total se incrementó en las regiones en desarrollo y se supone que en el periodo 1995 a 2000, 71.5% de la población se encontrará en áreas urbanas. El crecimiento urbano es un hecho esperado³¹.

Este rápido crecimiento no se ubica exclusivamente en las ciudades capitales y grandes áreas metropolitanas, sino que afecta a ciudades secundarias y terciarias, con frecuencia sobrepasa la capacidad de los servicios urbanos, lo que fuerza a su población a vivir en la pobreza y marginación³².

El rápido crecimiento demográfico de la mayoría de las ciudades, especialmente en los países en desarrollo, incrementa la demanda de recursos, intensifica su utilización y crea una severa presión en la infraestructura urbana y el medio ambiente físico⁴.

Los pobres urbanos son el punto medio entre subdesarrollo e industrialización y sus patrones de enfermedad reflejan los problemas de ambos. Desde el principio tienen una alta incidencia de enfermedades transmisibles y malnutrición mientras que se integra el espectro de las enfermedades crónicas y sociales.

En parte la raíz de esta crisis urbana es la pobreza, básicamente la pobreza en las áreas rurales que arrastra a la gente a las ciudades, después a la pobreza se agrega el desempleo y el subempleo que mantiene encerradas a estas poblaciones en ciudades perdidas y asentamientos irregulares.

31. World Bank. *Informe sobre el desarrollo a nivel mundial. 1993*. World Bank, pág. 17-21.

32. Flynn RL, Kurland J. *Building Health Through Community*. Memoria del Diálogo Internacional Sobre Salud Urbana. USA. 1991. pág. IV, 1-3.

a) Pobreza urbana

Aunque el decenio de 1970 se distinguió por una tasa de crecimiento lenta pero constante, el déficit de la balanza de pagos, la desigualdad de ingresos, la inflación, el desempleo, el subempleo y por consiguiente la tensión social son todavía denominadores comunes en la mayoría de países. Estos factores afectan gravemente a los pobres de las zonas urbanas que dependen en gran parte de sus pocos ingresos para sobrevivir^{32, 8, 33}.

Medir la pobreza es difícil, especialmente si se utiliza sólo el ingreso como criterio de medición. Las estadísticas de ingreso son irreales. Una mejor ilustración puede obtenerse de criterios no monetarios y pueden agregar información sobre aspectos visibles como tierra o vivienda. Sin embargo, la línea de la pobreza puede tener usos administrativos, no tiene validez absoluta: el porcentaje de población por arriba o por debajo de la línea puede ser muy grande o muy pequeña dependiendo de los conceptos utilizados.

b) Desigualdad de Ingresos.

Si bien la pobreza es el gran reto a enfrentar en todas las zonas, lo es especialmente en las urbanas, ya que la diferencia de ingresos entre los grupos socioeconómicos tiende a ser mayor en estas últimas, y es esa diferencia lo que determina las posibilidades de acceso a la educación, a los servicios adecuados de salud, a fuentes de trabajo y a la vivienda³.

La distribución de los valores de ingreso proporciona un mejor acercamiento que

33. WHO. *Our planet, our health*. WHO. 1992. 269 pp.

permite la selección de la línea de pobreza apropiada y específica al propósito. Las políticas y programas que intentan ayudar a la población pobre se enfocan a la prevención de la malnutrición, la provisión de agua limpia, mejoramiento de los servicios ambientales y brindar atención médica y educación^{8,33}.

c) Medio físico.

Agua potable, adecuada disposición de excretas y basura, vivienda aceptable y transporte adecuado son particularmente deficientes en las áreas urbanas marginales. Los sistemas de abastecimiento de agua y alcantarillado no se han desarrollado al mismo ritmo que la población urbana, sobre todo en las grandes zonas marginales y periféricas. En las zonas urbanas marginales y en el interior de las ciudades, la demanda de vivienda ha crecido con una rapidez, que se ha provocado hacinamiento, construcción deficiente, deterioro de los edificios antiguos y proliferación de asentamientos precarios o miserables^{8,32,33}.

Tanto las áreas urbanas como las rurales sufren problemas de agua potable, pobre saneamiento y malnutrición, las altas densidades de poblaciones urbanas, requieren en general soluciones innovadoras. La contaminación industrial es un peligro particular en áreas urbanas. Los servicios de salud son, naturalmente, mucho más extensos en las ciudades, sin embargo, el acceso a ellos es impedido por barreras sociales y económicas a pesar de la proximidad.⁴

d) Empleo.

El aumento de la población urbana ha rebasado la capacidad del sector económico formal para proporcionar empleos. Esta situación ha contribuido a que la tasa de desempleo sea mayor en las zonas urbanas que en las rurales. Además, la oferta de mano de obra no calificada es abundante en las ciudades,

por lo que el empleo, en especial para los marginados, adopta la forma de autoempleo, empleo en sectores marginales de bajos ingresos y ocupaciones estacionales o temporales^{8,33}.

La salud de los trabajadores urbanos pobres, tanto hombres como mujeres, tiene factores determinantes comunes, la mayoría de sus empleos son temporales, sin seguridad, pobremente pagados, a veces ilegales y sin acceso a salud ocupacional y servicios de bienestar. Al mismo tiempo tienen altas tasas de fertilidad y un incremento en el número de personas ancianas y otros que dependen de ellos³².

e) Educación.

El nivel educativo, medido por los índices de alfabetización, ha mejorado en todos los países; sin embargo, persisten grandes desigualdades de educación entre los ciudadanos de bajos y los de altos ingresos. En las zonas marginales pobres, las oportunidades de educación son en general escasas y los centros docentes están superpoblados y no imparten las especializaciones necesarias para satisfacer la demanda de mano de obra en la ciudad. Además, el deterioro de la salud y nutrición acrecenta el ausentismo y la deserción escolar^{3,8}.

f) Disponibilidad y consumo de alimentos.

La producción agrícola ha aumentado y la disponibilidad media de calorías en la región de la Américas es 12% superior a la recomendada por la FAO y la OMS, pero persiste la malnutrición. La disparidad en la distribución y consumo de alimentos da lugar a diferencias entre los grupos de población en cuanto al estado nutricional.^{8,31,33}

g) Perfil de salud urbana

El resultado directo de la explosión urbana es evidente en las situaciones de salud, y se incrementa poco a poco por el número de asentamientos irregulares y de pobres urbanos. Para muchos países y ciudades el problema es de tal magnitud y urgencia que hablar de crisis urbana no es exagerado⁴.

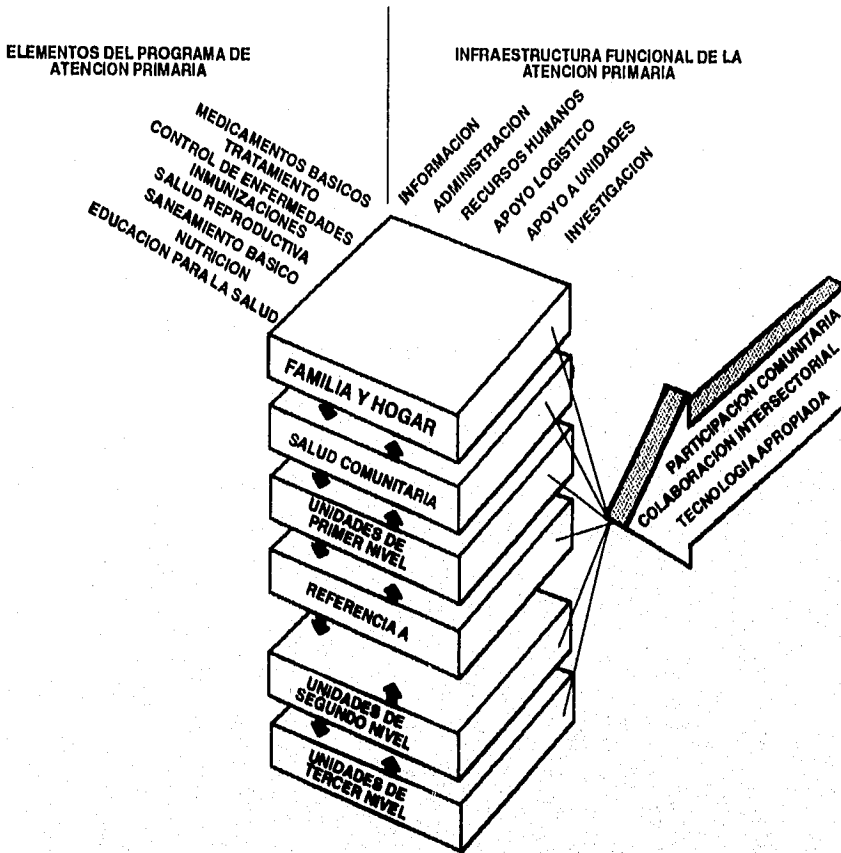
Los riesgos de la salud urbana se agrupan en tres esquemas básicos, el primer grupo, esencialmente de origen económico, incluye bajo ingreso, educación limitada, dieta insuficiente y condiciones insalubres. El segundo grupo se relaciona con el medio urbano hecho por el hombre con su industrialización, contaminación, tráfico, stress y confusión. El tercero es el resultado de la inestabilidad social e inseguridad que se han convertido en las características de vida de ciertas áreas urbanas e incluyen promiscuidad, abuso de las drogas y el alcohol, prostitución y trabajo infantil, encabezan aquí altas tasas de abuso del alcohol y dependencia a las drogas, enfermedades de transmisión sexual, y una gran variedad de otras condiciones específicas por grupos de edad y sexo⁴.

La salud urbana puede determinarse en tres niveles: individual, comunitario y de ciudad. Con el objeto de evidenciar el perfil heterogéneo de las necesidades de salud en las grandes ciudades, según el nivel de acceso a los beneficios de los distintos grupos de población, es necesario la recolección y análisis de la información respecto al estado de salud y a la disponibilidad de recursos en forma estratificada³⁴. (Figura 2)

34. OPS. Atención de salud en las grandes ciudades. *Bol Of Sanit Panam.* 94 (6), 1983: 609-613

FIGURA 2

PRIORIDADES DE SALUD Y NIVELES DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD URBANA



Fuente: Traducido de: Tabibzadeh I, Rossi-Espagnet A y Maxwell R. Spotlight on the cities. Improving urban health in developing countries. WHO, Geneva 1989, pág. 47.

Los datos acerca de los pobres urbanos están ocultos, ya que las estadísticas de salud y estado nutricional frecuentemente son omitidas en las estadísticas,

o son presentadas como datos agregados y no figuran entre las de los vecindarios prósperos³³. Debido al rápido incremento de los pobres urbanos, las condiciones de salud pueden en algunos aspectos estar peor que las de áreas rurales pobres, y se deterioran aún más. Para poder enfrentar las necesidades de los pobres urbanos, se requiere mejor información, ya que la ausencia de ella, dificulta el conocimiento de la extensión de sus problemas hay que persuadir a la gente de que sus problemas existen y formular respuestas efectivas para ellos. Otra dificultad común es la falta de comprensión de la atención primaria de salud como parte de la profesión médica y de los hospitales y la activa oposición para establecer sistemas de salud y atención adecuados⁸.

El patrón de salud urbana puede considerarse que es el mismo: en las secciones no privilegiadas de la población urbana, las tasas de mortalidad infantil y en niños puede ser tres o cuatro veces más alta que en otras áreas de las ciudades y existe otra característica diferencial intraurbana en otros aspectos de la salud, educación, bienestar social, en fin, condiciones socioeconómicas⁸.

Los patrones de mortalidad y morbilidad observados en los pobres urbanos son secundados por las condiciones socioeconómicas y ambientales prevaletentes en las áreas marginales en las cuales están confinados⁴.

La mayoría de causas de la elevada mortalidad infantil, en especial, tienen claras y directas relaciones con la pobreza; ésto es un reflejo de la pobre vivienda y los vecindarios insalubres, falta de acceso a agua potable, saneamiento y recolección de basura. La salud para todos no puede lograrse sin influir en los asentamientos y tener la infraestructura de servicios urbanos⁸.

El ambiente urbano puede ser particularmente hostil con los niños. Casas pobres, malnutrición, infecciones respiratorias agudas, diarrea y enfermedades

diarreas, altos riesgos ambientales, falta de supervisión de los padres y abandono infantil, trabajo temprano para los niños y otras enfermedades de la pobreza urbana son endémicas y contribuyen al deterioro de la salud de los niños y a las altas tasas de mortalidad en niños³³.

La gente joven constituye una elevada proporción en la población urbana. Muchos de ellos posiblemente migraron recientemente a las ciudades, otros pasaron su niñez en las áreas urbanas marginales. Muchos de ellos tuvieron que trabajar tempranamente, en la confusión, con la falta de supervisión de los padres y con el abandono de las escuelas. De esta forma son incapaces de adquirir las habilidades necesarias para competir en el mercado de trabajo. Embarazos no deseados, abortos ilegales, enfermedades de transmisión sexual son problemas comunes de este grupo de edad, junto con la malnutrición, trastornos mentales, dependencia de las drogas, violencia y accidentes: los dos últimos son las principales causas de muerte⁴.

Una proporción significativa de las cabezas de familia son mujeres. Un gran número de ellas tienen que trabajar para mantener sus familias. En el contexto de alto desempleo, su educación limitada y entrenamiento para el trabajo las confina a ocupaciones de bajos ingresos o al sector servicios; sus horarios de trabajo son frecuentemente largos, por lo tanto, sus familias, particularmente los niños pequeños, se encuentran sin protección y atención. Esta situación también tiene consecuencias adversas en su salud física y mental. Se encuentran expuestas a la malnutrición, estrés mental, abuso sexual y en muchos casos, tienen que tolerar el abuso para mantener su trabajo⁴.

A pesar de que la mayoría de los asentamientos de los pobres urbanos son relativamente permanentes y relacionados en forma estable, tienden a perder

sus organizaciones comunitarias tradicionales. Es posible que se requiera tomar en cuenta nuevas formas de acercamiento a las comunidades antes de involucrarse en la atención primaria a la salud, para hacerla efectiva. Además, la falta de seguridad en la tenencia de la tierra es un problema frecuente y fundamental de los pobres urbanos, lo que subraya sus otros problemas y hace peculiarmente difícil su aproximación.

Un sistema de salud distrital basado en atención primaria a la salud es más o menos autocontenido en el sistema nacional de salud. Comprende en primer lugar una población bien definida, que viva dentro de una área geográfica y administrativa delimitada dentro del área urbana o rural. Incluye a las instituciones y a los individuos que proporcionan atención a la salud, ya sea gubernamental, de seguridad social, no gubernamental, privada o tradicionales³³.

Un sistema de salud distrital entonces consiste en una variedad de elementos relacionados que contribuyen a la salud en las casas, escuelas, lugares de trabajo y comunidades. Incluye autoatención y todas las unidades y recursos necesarios para la atención de la salud, así como los sistemas de referencia a niveles más altos, laboratorio y otros de diagnóstico o los servicios logísticos de apoyo. Sus elementos componentes requieren estar bien coordinados por un oficial, asignado para esta función que reúna junto a estos elementos e instituciones en un rango completo de actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación.⁴

En relación con el costo de la salud urbana, muchos países del mundo, especialmente los que están en vías de desarrollo, utilizan significativamente menos dinero en atención a la salud y se han enfocado hacia el incremento de la eficiencia operativa en la organización de salud a través de una mejor administración, estableciendo sistemas menos caros y controlando la utilización³².

Con base en un cálculo per cápita, se puede inferir que los recursos financieros necesarios para mejorar la situación de salud serían modestos. El deber canalizar una porción de los recursos de la sociedad para mejorar la situación de poblaciones necesitadas es una forma irracional de utilizar los recursos disponibles, por ello es necesario coordinar la atención primaria con los servicios de salud secundarios y terciarios prestándose especial atención al mecanismo de remisión de pacientes del nivel primario a centros de atención complejos y hospitales¹⁷.

La comprensión y cooperación de los profesionales de salud es de suma importancia y se obtiene en algunos países mediante una sensibilización constante y el apoyo de la comunidad, los promotores de salud, cuyo objetivo final es obtener un sistema equilibrado³⁴.

h) Salud urbana en América Latina y el Caribe

En América Latina, la pobreza tradicionalmente se había considerado que era más frecuente en las zonas rurales que en las urbanas, lo que determinaba un acceso diferente a los servicios, infraestructura y salud, esta situación ha cambiado.

En los últimos 10 años muchas de las ciudades de América Latina han experimentado un crecimiento extraordinariamente rápido y desordenado que ha dificultado la tarea de proveer los servicios urbanos esenciales, sobre todo los que se refieren a la salud. Los países de la región han sufrido un grave impacto negativo a causa de la recesión económica internacional, y prácticamente todos han tenido que enfrentar una situación crítica de balanza de pagos. Por ello han adoptado estrictas medidas de ajuste económico, inclusive un significativo recorte de los gastos del sector público, al mismo tiempo esos países han debido

reorientar algunas de sus prioridades para dar apoyo inmediato a las actividades productivas, en particular las capaces de generar las divisas indispensables para aliviar la crítica situación de pagos externos³⁴.

En ciudades intermedias -con poblaciones de 20,000 a un millón de habitantes- en 1980 en esta región vivían 72 millones de personas y se calcula que para 1990 la cifra era de 120 millones. Estas ciudades merecen particular atención porque en el pasado los países concentraron sus esfuerzos en las grandes ciudades y por eso allí se han logrado resultados satisfactorios, excepto en las barriadas periféricas; por otra parte, las pequeñas ciudades se encuentran en situación muy desfavorable para resolver sus problemas de agua y saneamiento. El deterioro del abastecimiento de alimentos por producción propia, ha determinado la importación en grandes cantidades de cereales, entre otras³² para tratar de compensar la falta de producción propia.

El proceso de urbanización se inició en América Latina en épocas distintas según los países que se consideren y respondió a la influencia de factores socioeconómicos, culturales y políticos, los cuales incidieron distintamente según los países. Como resultado de este proceso se configuraron las grandes ciudades, que en algunos casos adquirieron dimensión de metrópolis³.

En los países en que este proceso de urbanización se inició más tempranamente, la tasa actual de crecimiento de las grandes ciudades es más estable, así como el número de ciudades principales. Por el contrario, los países que iniciaron el proceso de urbanización más tarde presentan todavía altas tasas de crecimiento de sus grandes ciudades, observándose también un aumento del número de ciudades intermedias.

El crecimiento demográfico de las grandes ciudades latinoamericanas, causado

en primer lugar por los movimientos migratorios de la población de áreas rurales o urbanas de menor complejidad, se potencia luego por la acción combinada de la persistencia de altos niveles de fecundidad y la disminución de la mortalidad.

Las fuerzas que originan las migraciones son de tal magnitud que los instrumentos o mecanismos para su control son insuficientes; sin embargo, se considera que puede llegarse a estabilizar la población y a lograr una distribución más equilibrada de las personas en el territorio a través de políticas apropiadas de desarrollo y planeamiento urbano³⁵, como creación de fuentes de empleo, seguridad en la tenencia de la tierra, mejor acceso a servicios públicos y educativos, entre otros.

El estilo de desarrollo basado en el crecimiento económico ha llevado a la distribución inarmónica de los beneficios para satisfacer las necesidades físicas de la población y contribuyó a la transformación del medio, conformando condiciones desfavorables para la salud.

Como resultado de los distintos riesgos para la salud de la población existentes en las ciudades de América Latina, se aprecia la superposición de un doble perfil de morbimortalidad. A las enfermedades transmisibles se agregan las degenerativas y crónicas, los accidentes y violencias, las enfermedades mentales, principalmente el alcoholismo y la drogadicción, así como las debidas a los efectos de la contaminación. Este patrón epidemiológico genera necesidades muy diversas, cuya satisfacción supera la mera acción sectorial. Surge entonces la necesidad del enfoque multisectorial para la atención de la salud de las poblaciones³.

35. OPS. Salud Urbana en América Latina y el Caribe. *Bol Of Sanit Panam* 96 (2), 1984: 179-180.

Las prioridades inmediatas las constituyen las enfermedades que se engloban en las transmisibles como el cólera, otras enfermedades diarreicas, SIDA, infecciones respiratorias, dengue, malaria, que finalmente en mayor o menor grado se encuentran relacionadas con la desnutrición; sin embargo, dado su carácter urbano se enfrentan también en forma paralela a un característico patrón en enfermedades crónicas como cáncer, enfermedad cardiovascular y diabetes, las cuales se asocian ahora con estilos de vida diferentes a los rurales³².

Aunque los problemas de los servicios de salud son muy conocidos, cabe recalcar las características negativas de multiplicidad institucional, falta de coordinación sectorial, superposición de actividades y prestación de servicios que no responden a las necesidades reales de la población, el excesivo costo e incluso la prestación de servicios innecesarios³².

Un patrón más o menos general en América Latina, lo constituye la proporción y tipo de personal de salud, un asunto íntimamente relacionado con los sistemas de educación. A través de los años se ha producido una grave distorsión de la formación de recursos humanos, la que responde más a la demanda que a las necesidades de servicios. Aún así, la oferta en términos cuantitativos para algunas categorías ha sido mayor que la necesaria. Al desequilibrio geográfico hay que agregar el predominio de los recursos más refinados en detrimento de recursos humanos de apoyo, entre ellos de enfermería, medios complementarios de diagnóstico y, en materia de administración, una carencia cualitativa y cuantitativa³⁴.

i) Perfil de Salud en el Distrito Federal

La Ciudad de México es un mosaico en el que los factores del ambiente físico,

estructura sociodemográfica, composición etnocultural y desarrollo existentes, determinan y/o condicionan los diversos patrones de vida y niveles de salud.

Con sus desigualdades y contrastes, enfrenta una serie de problemas complejos que representan un gran reto, todos los esfuerzos se orientan a mejorar la calidad de vida de los habitantes, contra un crecimiento desordenado, contaminación, desequilibrio ecológico, escasez de agua, insuficiencia de vivienda y servicios sociales básicos, características comunes a todas las grandes metrópolis del mundo.

El Distrito Federal, como capital de la República, concentra la actividad política, administrativa e industrial del país, por lo tanto, los servicios públicos, con que cuenta son de concentración y atracción al resto del país, sus características le han permitido a los habitantes de la capital tener un nivel de vida mejor, en general, al compararlo con el del resto del país.

La densidad poblacional por Km² se ha incrementado a 5733 habitantes por Km², cifra que sobrepasa la densidad poblacional de ciudades de desarrollo similar como Londres, Río de Janeiro o Los Angeles. La tasa de crecimiento demográfico aunque baja es de 1.9%. Los patrones de fecundidad permiten observar una disminución a tres hijos por mujer en edad fértil y señala las tasas de natalidad menores al resto del país³⁶.

La población económicamente activa del D. F. es del 47.63% más alta que en el nivel nacional. Existen en el D. F. más de 1'800,000 vivienda, que representan el 11% del total del país, con disponibilidad de agua entubada de 93.7% y 90% de drenaje³⁶.

36. DGSSPDF. *Agenda de Salud del Distrito Federal*. DGSSPDF-SSA. México. 1993. pág. 4-35.

Los patrones de mortalidad y morbilidad permiten coexistir a las enfermedades tradicionalmente consideradas del subdesarrollo y el avance de las enfermedades crónicas y degenerativas propias de los cambios en el nivel de vida de los países altamente desarrollados.

En morbilidad las diez primeras causas ubican las infecciones respiratorias agudas, las infecciones diarreicas, los traumatismos y envenenamientos, la amibiasis, hipertensión arterial, dermatosis, diabetes mellitus, ascariasis, varicela y rubeola³⁷. (Cuadro 1)

CUADRO 1
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD
DISTRITO FEDERAL
1993

No.	CAUSA	CASOS	TASA*
1	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	1402091	16580.47
2	OTRAS INFECCIONES INTESTINALES	301960	3571.07
3	TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS	134063	1585.37
4	ANGINA ESREPTOCOCICA	54153	640.39
5	HIPERTENSION ARTERIAL	34836	411.85
6	DERMATOFITOSIS Y DERMATOMICOSIS	32885	388.88
7	DIABETES MELLITUS	27644	327.02
8	ASCARIASIS	25724	304.20
9	VARICELA	23240	274.83
10	RUBEOLA	10300	121.80

* TASA POR 100,000 HABITANTES
FUENTE: ANUARIO ESTADISTICO 1993, DGEIE.

37. DGEIE. *Anuario Estadístico 1993*. SSA. México. pág. 28-29.

En mortalidad general el Distrito Federal, tiene en los primeros lugares a las enfermedades cardiovasculares, tumores malignos, diabetes mellitus; de las enfermedades infecto contagiosas sólo aparecen dentro de las primeras causas la neumonía e influenza y el SIDA³⁶. (Cuadro 2)

CUADRO 2
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL
DISTRITO FEDERAL
1991

No.	CAUSA	DEFUNCIONES	TASA*
1	AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	2317	1012.9
2	ANOMALIAS CONGENITAS	873	381.8
3	NEUMONIA E INFLUENZA	611	267.1
4	ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	348	152.1
5	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	140	61.2
6	ACCIDENTES	140	61.2
7	SEPTICEMIA	78	34.1
8	DEFICIENCIAS DE LA NUTRICION	78	34.1
9	BRONQUITIS CRONICA, ENFISEMA Y ASMA	70	30.6
10	ENFERMEDADES DEL CORAZON	36	15.7

* TASA POR 100,000 N.Y.R.
FUENTES: TABULACIONES DE MORTALIDAD INEGI-DGEE

En el caso de la mortalidad infantil la situación se ha modificado en relación con décadas anteriores en que las diarreas y las infecciones respiratorias ocupaban los primeros lugares como causa de muerte, actualmente las diarreas se encuentran ya en cuarto lugar y las infecciones respiratorias agudas en sexto sitio³⁶. (Cuadro 3)

CUADRO 3
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL
DISTRITO FEDERAL
1991

	CAUSA	DEFUNCIONES	TASA*
1	ENFERMEDADES DEL CORAZON	7695	89.9
2	TUMORES MALIGNOS	5393	63.0
3	DIABETES MELLITUS	4459	52.1
4	ACCIDENTES	2943	34.4
5	CIRROSIS Y OTRAS ENF. CRONICAS DEL HIGADO	2825	33.0
6	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	2548	29.7
7	AFECCIONES DEL PERIODO PERINATAL	2317	27.0
8	NEUMONIA E INFLUENZA	1989	23.2
9	NEFRITIS, S. NEFROTICO Y NEFROSIS	1097	12.8
10	ANOMALIAS CONGENITAS	1046	12.2

* TASA POR 100,000 HABITANTES
 FUENTES: TABULACIONES DE MORTALIDAD INEGI-OGRE

Estas modificaciones pueden atribuirse en gran parte a la mejor infraestructura sanitaria, incremento en los recursos de salud, mejores condiciones de vida y el mayor o menor éxito de los programas de salud.

El Distrito Federal concentra la mayor parte de la infraestructura tanto física como humana para la prestación de los servicios de salud y constituye un gran centro de referencia para usuarios provenientes, en muchos casos, de todo el país. La disponibilidad de consultorios es de casi uno por cada 1,000 habitantes, mientras que en el nivel nacional fue de 0.434; del mismo modo las camas censables, quirófanos y unidades de hospitalización triplican la disponibilidad nacional. En recursos humanos también los médicos, enfermeras y otros trabajadores de salud del D. F. en todas las instituciones, sobrepasan la disponibilidad en el nivel nacional³⁶.

La distribución de los recursos evidentemente no es homogénea y aunque numéricamente sea suficiente para las necesidades del total de la población, la distribución en la ciudad impide a un porcentaje de por lo menos 5% (cifra nacional) no contar con el acceso numéricamente hablando a los servicios, a esta población se debe agregar la que por sus características culturales, de ubicación geográfica y barreras sociales no puede o no quiere asistir a las unidades médicas institucionales.

**SERVICIOS DE SALUD PARA POBLACION INDIGENA EN GRANDES URBES:
EL CASO DE LOS TRIQUIS**

4. ANTECEDENTES DEL INDIGENISMO

- a) El Instituto Nacional Indigenista**
- b) Cultura médica tradicional**



4. ANTECEDENTES DEL INDIGENISMO

En el momento en que se suscitó el contacto del hombre de Occidente con la población indígena, existía una diversidad de grupos étnicos. De acuerdo con algunos autores había por lo menos 125 idiomas distintos con un sinnúmero de variaciones dialectales. A su llegada, los españoles encontraron grandes Estados o confederaciones, con un grado de complejidad social muy alto, por esta misma heterogeneidad cultural, para los conquistadores resultó relativamente fácil dominar a las comunidades indígenas³⁸.

Durante la Colonia, los intereses del grupo dominante obligaron a la inducción de aspectos o elementos de su cultura y trataron de evitar la aparición de los rasgos culturales procedentes del grupo original. El conquistador sustituyó a la élite dirigente. El cambio fue radical por las diferencias, que existían entre ambas culturas. Se tomaron una serie de medidas puestas en vigor para destruir su base cultural, los antiguos gobernantes indígenas se transformaron en intermediarios o autoridades indirectas, se estructuró una economía feudal que impuso al indígena cargas y tributos específicos. La pugna entre las culturas europea colonial e indígena hizo posible la emergencia de una cultura nueva¹⁶.

El camino social que experimentó México al lograr su independencia del dominio español, se dirigió a consolidar los logros de la cultura emergente del contacto continuado y de primera mano entre conquistadores y vencidos. La sociedad

38. Aguirre BG, Pozas AR. *La política indigenista en México. Tomo II.* INI-Consejo Nacional para la Cultura y las Artes. México, 1991, pág. 13-17

39. Caso A, Zavala S, Miranda S, González NM. *La política indigenista en México. Tomo I.* INI-Consejo Nacional para la Cultura y las Artes. México, 1991, pág. 202-206).

mestiza procuró una transformación cultural a través de las instituciones y la predominancia social del individuo^{16,39}.

La condición de inestabilidad del país durante su primer siglo de independencia se manifestó en la desorganización de las comunas. Los ayuntamientos, estaban compuestos por ciudadanos ilustres que tomaban el poder, mientras que el pueblo, indígena y no indígena, tenía escasa o nula intervención en el gobierno municipal. En general, la política del Gobierno trató de reducir las distinciones raciales, sin embargo, cambió esta diferencia por la de ricos y pobres^{16, 39, 40}.

Ese sistema se vino abajo con el triunfo de la Revolución, a partir de la cual se iniciaron las acciones en favor de los grupos marginados que incluía indios ladinizados y ladinos amestizados, al cual se integraron posteriormente los mestizos y se concretó el concepto de indigenismo^{16, 38, 39}.

a) El Instituto Nacional Indigenista

En 1940, se efectuó en Pátzcuaro, Mich., el Primer Congreso Indigenista Interamericano, con el auspicio del Presidente Lázaro Cárdenas. Uno de los acuerdos de la asamblea plenaria fue crear institutos indigenistas. En julio de 1940 se llevó a cabo la conferencia de organización del Instituto Indigenista Mexicano, nombre que se pensaba dar al organismo. En esta reunión el Departamento de Antropología de la Escuela Nacional de Ciencias Biológicas del Instituto Politécnico Nacional, presentó el «Proyecto de estatutos para la creación del Instituto Indigenista Mexicano», filial del Instituto Indigenista

40. Laríos T J. El INI. A cuarenta años de su fundación. *México indígena*. Otoño 1988, 7-9.

Interamericano y que tenía como finalidad el estudio de los problemas de la población indígena del país.

La Conferencia designó una Comisión para elaborar el proyecto de estatutos, mismo que fue presentado a la consideración de la asamblea plenaria, el día 17 de julio. En ese proyecto se indicaba que el Instituto Indigenista Mexicano tendría como objetivo principal «estudiar y promover la solución de los problemas actuales de la población indígena de México». La comisión estuvo integrada por Alfonso Caso, Ramón G. Bonfil, Daniel T. Rubín de la Borbolla, Francisco Trejo y Miguel Othón de Mendizábal.

La fundación de una institución indigenista en nuestro país sólo fue posible hasta 1948, año en que se expidió la ley creadora del actual Instituto Nacional Indigenista. Varios factores influyeron en este retraso; sobre todo que meses después del Congreso de Pátzcuaro concluía el periodo presidencial del Gral. Lázaro Cárdenas, sin haber tenido la oportunidad de someter a la Cámara de Diputados el proyecto de ley correspondiente.

En 1940 se inició el gobierno del Gral. Manuel Avila Camacho, cuyo periodo gubernamental coincidió con la participación de México en la Segunda Guerra Mundial; durante este gobierno se inició un retroceso en el impulso en las acciones indigenistas. Además, se argumentaba que la existencia del Departamento de Asuntos Indígenas, creado por el Gral. Lázaro Cárdenas no justificaba la creación de un nuevo organismo (este Departamento desapareció en 1947 para dar lugar a la Dirección de Educación Indígena de la SEP).

Durante el gobierno siguiente, presidido por el Lic. Miguel Alemán, se acentuó la política del régimen anterior en detrimento de las clases populares y entre ellas

los Indígenas. Fue durante este régimen cuando se reformó el artículo 27 constitucional, referente a la tenencia de la tierra, afectando seriamente a los pueblos y comunidades indígenas.

A pesar de esta situación, el doctor Alfonso Caso logró que el presidente Miguel Alemán enviara a la Cámara de Diputados el Proyecto de Ley para crear el Instituto Nacional Indigenista, ley que se expidió el 10 de noviembre de 1948 (publicada en el Diario Oficial de la Federación el 4 de diciembre del mismo año).

De conformidad con la Ley que creó el Instituto, el primer trabajo consistió en llevar a cabo investigaciones que le permitieran conocer la localización de las principales regiones del país con mayor concentración de grupos indígenas.

Este método de trabajo es el origen de las primeras publicaciones correspondientes a la serie «Memorias».

Simultáneamente, el Instituto se avocó a programar la atención de los problemas sociales y económicos de las regiones indígenas, así como a determinar las características de las oficinas regionales responsables de llevar a cabo los diversos programas.

El primer Centro Coordinador se estableció en los Altos de Chiapas, entre otras razones por ser ésta una región de alta concentración indígena, por contar ya con estudios sobre su población, y por el interés que mostró la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) -integrante del Consejo Directivo del Instituto- que a principios de 1948 había llevado a cabo un estudio sobre las condiciones médico-sanitarias en los municipios de San Juan Chamula y Amatenango del Valle.³⁸

Con base en este estudio la Secretaría de Salubridad y Asistencia, en el mes de octubre de 1949, sometió a la consideración del Instituto un proyecto para remediar la situación de los indígenas de los Altos de Chiapas proponiendo dos medidas: «El establecimiento de un Centro Regional Indigenista con ubicación en San Cristóbal de las Casas, y la aplicación de medidas adecuadas para librar a los indígenas del alcoholismo». En el proyecto para el Centro Regional se consideraban diversos servicios para atender problemas educativos, promoción de actividades agropecuarias, explotación de los bosques, talleres de carpintería, herrería y servicios médicos.

A partir de estos antecedentes, el Instituto elaboró el acuerdo presidencial mediante el cual se creó el primer Centro Coordinador Indigenista Tzeltal-Tzolzil (acuerdo publicado el 12 de septiembre de 1950). A partir de entonces, se inició la creación de los Centros Coordinadores Indigenistas y otras oficinas regionales que integran la infraestructura del Instituto.

El incremento de estas dependencias no ha sido uniforme durante los diversos períodos presidenciales que han transcurrido desde la fundación del INI. Durante el gobierno del licenciado Luis Echeverría, siendo director del INI el doctor Gonzalo Aguirre Beltrán, se crearon 58 Centros Coordinadores, 10 en promedio anual, mientras que en los 4 regímenes anteriores, correspondiente a los primeros 20 años de vida del Instituto, únicamente se establecieron 12 centros, lo que equivale a un promedio de una oficina regional por cada dos años.

Los primeros fueron creados mediante decretos presidenciales. A partir del régimen de Luis Echeverría, los centros y las demás oficinas se establecieron a propuesta del Instituto y con la anuencia del Presidente.

El número de oficinas del resumen asciende a 106. A esta cifra se debe agregar 25 centros más entre los cuales se encuentran los museos para las muestras artesanales, las radiodifusoras, y otras como albergues y estancias, suman un total de 131 oficinas.

En el transcurso de 40 años, el Instituto ha creado una amplia infraestructura de apoyo, distribuida en prácticamente todas las regiones indígenas del país, incluyendo, entre otros, oficinas, almacenes, talleres diversos, automóviles, camiones de volteo y de carga, maquinaria para labores agrícolas y para la construcción de caminos; las instalaciones se han edificado, en su mayor parte, en terrenos donados por las comunidades indígenas y el resto, en terrenos adquiridos mediante la compra.

Para el trabajo interdisciplinario, cuentan con profesionistas de diversas disciplinas: médicos, odontólogos, veterinarios, ingenieros, agrónomos, economistas; más el personal directivo y administrativo. Algunas oficinas cuentan con antropólogos, abogados, ingenieros civiles, trabajadores sociales, técnicos medios y profesores normalistas. Esta situación le ha permitido al Instituto alcanzar una amplia penetración en la mayor parte de las regiones indígenas del país, logrando el respeto y el apoyo de las comunidades⁴⁰.

Desde 1989 a iniciativa del INI, se modificó y adicionó el artículo IV Constitucional, en el que se reconoce que México tiene una composición pluricultural, por lo tanto "el Estado Mexicano protegerá y preservará las lenguas, culturas, costumbres y formas de organización social de las comunidades indígenas y garantizará los mecanismos de acceso a la justicia"^{41, 42}.

41. **González G JA.** *El Estado y las etnias nacionales. La relación entre el Derecho Estatal y el Derecho Consuetudinario.* IJ-UNAM. 1995, 86-94.

42. **Comisión Nacional de Derechos Humanos.** *Las costumbres jurídicas de los indígenas en México.* CNDH. México, 1994. pág. 15.

En este último punto el manejo del derecho en el caso de los grupos indígenas se rige ahora por el apego al régimen constitucional, al federalismo y, finalmente al derecho consuetudinario indígena, éste ha sido un gran avance en la búsqueda de la justicia para los indígenas^{41, 42}.

b) Cultura médica tradicional

Evaluar las diferentes formas culturales que asume la medicina tradicional en América Latina y el Caribe, y la importancia que ésta reviste para la población y los servicios de salud, constituye un importante objeto de estudio. De éste se desprenden algunos objetivos fundamentales, 1) formular recomendaciones para la cooperación técnica en este campo; 2) revisar las tendencias en investigación y formular recomendaciones para países y programas, y 3) analizar las estrategias de sobrevivencia de las poblaciones rurales y periurbanas en relación con las crisis económicas, con las situaciones de conflicto, la expansión de la agricultura y de la explotación de los recursos naturales. Este objetivo incluyó también revisar las pautas de migración y aculturación, con objeto de sugerir formas alternativas de organización de los servicios de salud y de participación de la comunidad.

Al analizar los modelos bioculturales y su uso potencial en la articulación entre los datos biológicos y los datos psicológicos, sociales y culturales, se hace hincapié en la importancia de la estructura de los sistemas tradicionales para las estrategias de atención de salud, la medicina clínica y preventiva y el adiestramiento de recursos humanos⁴³.

43. OPS. Cultura Médica Tradicional. *Bol Of Sanit Panam* 96 (2), 1984: 180-181)

El concepto salud y enfermedad en comunidades indígenas depende de una serie de factores íntimamente relacionados con sus condiciones de vida. Por ejemplo, en Bolivia, el 49% de la población es rural, pertenece a los grupos étnicos quechua y aymará y habla un solo idioma nativo. La comunidad andina percibe, ciertamente, la realidad de sus condiciones de vida, a través de una serie de filtros culturales que modifican esa percepción y ocultan o disimulan su angustia con actitudes fatalistas, para interpretar hechos como altas tasas de mortalidad infantil⁴⁴.

Según los quechuas y aymarás la enfermedad siempre tiene una causa externa viva que en forma maligna ataca el cuerpo o afecta el alma. A toda enfermedad siempre la acompaña el dolor o «nanay», que algunas veces está localizado, pero que con mucha frecuencia es difícil de aislar o localizar en su sitio concreto. El concepto mágico de la enfermedad y la muerte de los quechuas y aymarás se mantiene en todo momento, de modo que se puede hacer una doble clasificación de las enfermedades en naturales y míticas, y en frías y calientes⁴⁴.

Las enfermedades naturales son lesiones físicas producidas por agentes que actúan «desde afuera», que no penetran en el cuerpo ni se apoderan del espíritu del enfermo. Las enfermedades míticas tienen su origen en ámbitos hostiles que producen lesiones permanentes en el alma del enfermo arrebatándole el espíritu, llevándolo fuera del cuerpo y dejándolo vagar en los alrededores mientras el cuerpo va perdiendo progresivamente su vitalidad⁴⁴.

Estas mismas enfermedades también se clasifican en frías y calientes. Es decir, la enfermedad suele percibirse como algo que hace reaccionar al cuerpo a través

44. OPS. El concepto de Salud y Enfermedad en comunidades indígenas andinas. *Bol Of Sanit Panam* 103 (4), 1987, pág. 402-404.

del frío o del calor. La pérdida de ánimo suele considerarse como una enfermedad fría; en cambio, una infección con temperatura o fiebre es claramente signo de calor, enfermedad febril o infecciosa⁴⁴.

Concepciones similares se observan en la cultura médica tradicional mexicana, las cuales para resolver el estado de ansiedad y los trastornos que ocasiona la enfermedad se han especializado a través de la experiencia empírica. La medicina tradicional constituye el resultado de un proceso de aculturación entre las creencias y práctica de la medicina prehispánica y las de la medicina europea y africana. Mezcla de conceptos basados en el calor, humedad, sequedad y frío, así como los humores a los que se agregaron los miasmas y en la actualidad los microorganismos, con lo que la complejidad para la explicación por la medicina tradicional de las enfermedades se ha incrementado, así como, la participación de la emotividad y el poder sobrenatural del alma positiva o negativamente³⁸.

De la misma forma la especialización de los médicos tradicionales se ha incrementado. Existen hechiceros (nahuales, sukurúames, iloles), curanderos, parteras, yerberos, rezanderos, limpiadores, hongan, nganga, piquiriste, etc.⁴⁵, los agentes de salud se encuentran revestidos de una personalidad carismática con influencia sobre las fuerzas de la naturaleza tanto como las sociales, por ello logran satisfacer las demandas de estabilidad emocional planteadas por su grupo, permite la solidaridad en el grupo y el sostén de los patrones culturales de la comunidad⁴⁶.

Debido a estas características y dado que salud y enfermedad son dos

45. Clerismé C. Medicina Tradicional y Moderna. *Bol Of Sanit Panam* 98 (5), 1985, pág. 431-439.

46. Miranda PJ. *Promoción de la salud*. IMSS-Coplamar. Serie 14. México. 1977. pág. 15-17.

componentes básicos a tomar muy en cuenta en todo programa de desarrollo de la comunidad, el concepto de coordinación multisectorial debe comenzar por la orientación del personal directamente responsable de las actividades de atención primaria. Es necesario, para ello, tomar en cuenta las necesidades sentidas por una comunidad, y también tener presente que «las necesidades de la población no necesariamente están en el área convencional de salud» se han hecho más flexibles los programas de atención con participación en diversos grados de los médicos tradicionales de las comunidades^{17, 45}.

En México, se tienen algunos ejemplos de las experiencias de trabajo conjunto con presencia de medicina tradicional y medicina occidental en forma simultánea, en los que el INI ha tenido una participación de coordinación de las agrupaciones de médicos tradicionales y la medicina institucional a través de la Secretaría de Salud, en estados como Puebla y Chihuahua. En 1994, el IMSS-Solidaridad estableció un acuerdo de colaboración para el fortalecimiento y desarrollo de la Medicina Indígena Tradicional en el contexto de la atención primaria de salud con el Consejo Estatal de Médicos Indígenas Tradicionales de Oaxaca que agrupa 19 organizaciones de tipo médico, con ésto se consolidan los esfuerzos por integrar de forma respetuosa y más eficiente los recursos de ambas medicinas⁴⁷.

47. **IMSS-Solidaridad.** *Acuerdo de colaboración para el fortalecimiento de la medicina indígena tradicional*, IMSS-Solidaridad - CEMIT. México. 1995. 17 pp.

**SERVICIOS DE SALUD PARA POBLACION INDIGENA EN GRANDES URBES:
EL CASO DE LOS TRIQUIS**

5. PERFILES DE SALUD INDIGENA

a) Perfiles de salud indígena urbana



5. PERFILES DE SALUD INDIGENA

Uno de los estudios más recientes y completos sobre la salud de los grupos indígenas realizado y publicado en 1992⁴⁸, estudió 542 municipios del país cuya población está compuesta por 40% o más hablantes de alguna lengua autóctona, señala que la población indígena de nuestro país vive en condiciones notablemente más precarias que el resto de la sociedad nacional. Estos resultados han sido similares con otros obtenidos en análisis sociodemográficos en México.^{49, 50}

De acuerdo con el XI Censo General de Población y Vivienda de 1990, la población indígena es de 6'411, 972 personas y representó el 7.9% de la población nacional. La tasa anual de crecimiento habría sido de 2.7% durante el periodo 1970-1990⁴⁹.

Evidentemente, con un alto analfabetismo de 38.4% entre los mayores de 15 años de edad, inasistencia escolar de 27.8% en los niños y jóvenes de 5 a 14 años. Asimismo, la tasa de participación en la actividad económica es baja en términos generales, con niveles menores al 30% en los municipios estudiados.^{48, 49, 50}

Las condiciones sanitarias de las viviendas, también son deplorables y de impacto negativo en la salud: el 61.8% tiene piso de tierra, 61.9% carecen de agua entubada y 84.3% no tienen drenaje^{48, 49, 50}.

48. Sepúlveda A J, Bronfman P M, Embriz A et al. *La Salud de los Pueblos Indígenas en México*, SSA e INI, México, 1992, 42 pp.

49. Fernández HP. *Elementos para una caracterización socioeconómica de la población indígena*. CEPS-SSA, México, 1994, pág. 2.

50. Fernández HP. *La mortalidad infantil indígena en 1990: una estimación a través de municipios predominantemente indígenas*. CEPS-SSA, México, 1994, pág. 1-21

La dinámica demográfica de los pueblos indígenas se ha caracterizado por altas tasas de fecundidad, alta mortalidad y fuerte emigración de sus comunidades, que han ido conformando una población predominantemente joven, específicamente infantil y femenina. En 1990, las personas de 0-14 años representaban el 40.1% del total de indígenas, las de 15 a 49 años el 45.5% y las de 50 años o más el 14.4 por ciento. Este tipo de estructura por edad se caracteriza por una alta demanda de servicios educativos para su gran proporción de niños, así como alta demanda de servicios de salud para los niños, mujeres y personas de edad avanzada. La fuerte concentración de población antes de los 15 y después de los 50 años conlleva a que las personas en edad de trabajar tengan a su cargo, en promedio, el sostenimiento de 0.9 menores de 15 años y de 0.3 personas de 50 años o más⁴⁹.

En cifras las características son, alta fecundidad (2.9 hijos por mujer de 25 a 29 años), con alta mortalidad (8.5% de los hijos de mujeres en el mismo grupo de edad habían fallecido al momento del estudio), lo que genera una estructura por edad sesgada hacia los estratos más jóvenes, situación que se agudiza por la migración de gran parte de la población en edad productiva^{48, 49}.

La mortalidad infantil indígena en 1990 se estima en 55.10 defunciones por 1000 nacimientos. A nivel nacional, en 1990, esta tasa se estima en 34.82 (Gómez de León y Partida, 1992a) a 29⁵¹, por lo que la tasa indígena corresponde a la mortalidad infantil observada alrededor de 1982 en el nivel nacional⁵⁰.

El grupo étnico a nivel nacional con la tasa más elevada de mortalidad infantil es

51. DGEIE. *Mortalidad 1990*. DGEIE-SSA. México. 1991.

la de los Huicholes de Jalisco con 100.01, en tanto que la más baja se presentó en un grupo Zapoteco de Oaxaca con 34.15. Debido a la dispersión y atomización de las comunidades indígenas, los mismos grupos étnicos con ubicación relativamente cerca pueden tener variaciones notables, como ejemplo, en Guerrero los diversos grupos étnicos tienen tasas de mortalidad infantil elevada y muestran considerables diferencias entre sí, los amuzgos, que también se extienden hacia Oaxaca, tienen la menor tasa de mortalidad, con 56.71. La tasa en la región náhuatl es de 59.87 y entre los tlalpanecos asciende a 71.96⁵⁰.

Oaxaca con su diversidad étnica, es el estado que presenta más contrastes en mortalidad infantil indígena. Dentro de las regiones con baja mortalidad infantil están la de los chinantecos (45.67), zapotecos vallistas (42.20), triquis (50.76), y zapotecos (42.53). En contraste, las regiones de cuicatecos (77.85), huaves (72.69) y chochos (79.10) son de elevada mortalidad⁵⁰.

En cuanto a su perfil epidemiológico tienen una elevada incidencia de padecimientos infecto-contagiosos y desnutrición. La atención a la salud es otorgada a través de la cobertura institucional que brindan a la fecha el Programa IMSS-Solidaridad y la Secretaría de Salud. A pesar del incremento en la cobertura de servicios, la dispersión de muchas de estas comunidades y sus características culturales hacen necesario reconsiderar los estándares convencionales de los modelos de atención para población abierta.

Los datos anteriores corresponden al área rural, y convencionalmente el territorio indígena se considera perteneciente a este ámbito. Sin embargo, a lo largo de por lo menos 20 años, la migración indígena a las ciudades ha determinado la creación de otros territorios ("espacios que un grupo de apropia").

a) Perfiles de salud indígena urbana

En 1990 el XI Censo General de Población y Vivienda⁵² arrojó una cifra de poco más de 250 mil indios en la Ciudad de México. Los cálculos actuales colocan este dato entre 900 mil y hasta cerca de 2 millones, por las características de subregistro que determinan las estadísticas y sus interpretaciones, ya que los parámetros de base: edad mayor de cinco años, hablantes de lengua indígena, excluyen a un grueso sector de población que detenta un determinado sentimiento de identidad y pertenencia étnica. Además, se tiene la certeza de que la dinámica poblacional en la ciudad de México y área metropolitana en los últimos diez años ha tenido cambios bruscos.

En el mismo censo se estableció que el 25% de la población del DF era de migrantes, de los cuales el 10.8% eran indios (sin tomar en cuenta a los de habla náhuatl establecidos en la zona indígena tradicional, Xochimilco, Milpa Alta, Tlalpan, Tláhuac y Cuajimalpa, principalmente).

Los principales grupos migrantes al D.F., son los grupos de origen nahuatlaco (83,064), los zapotecos (22,872), los otomíes (22,172), los mixtecos (15,677), mazahuas (10,640), totonacos (4,367) y purépechas (3,167). Además, según las cifras del censo analizadas, 7.2% de todos los otomíes viven en el D. F., el 6.0% de los de ascendencia nahuatlaca, 5.5% de los zapotecos, 5.4% de los mazahuas y 4.8% de los mixtecos. Su distribución predominante en el D. F. es en las delegaciones Gustavo A. Madero, Iztapalapa y Cuauhtémoc, principalmente.

52. PAM. Números ocultos. *México Indígena*, No. 21, Jun 1991.

El Programa Area Metropolitana (PAM) del INI, tiene como cometido el atender los problemas principales de los indígenas en el D. F., en su trabajo con los diversos grupos que atiende, a lo largo de sus actividades ha identificado sus diversas necesidades, una de las principales es la demanda de vivienda, se agregan el empleo y alimentación.

Aunque desde su creación el PAM, también ha trabajado la gestión de la atención de la salud de los grupos indígenas migrantes a través del propio INI, coordinado con la Dirección General de Materno-Infantil y algunos centros de salud de la Dirección General de Servicios de Salud Pública en el D. F., las acciones han sido aisladas y esporádicas, sin una sistematización.

En octubre de 1993 se inició el diagnóstico de salud por parte del INI a través de una encuesta de acceso, uso de servicios y daños. Se identificaron como problemas básicos la falta de seguridad social, atención médica irregular, esquemas de vacunación incompletos y poco o nulo acceso a otro tipo de servicios y un rechazo inicial a la atención brindada por las instituciones para población abierta. Al mismo tiempo, la demanda de servicio es poca, en parte por el desconocimiento, horarios y las ocupaciones que no son compatibles con los horarios de los centros; también existe la preferencia por la consulta médica privada o la consulta en la farmacia. Otros grupos cuentan incluso con sus médicos tradicionales a quienes consultan⁵³.

Los resultados más relevantes ofrecen un elevado índice de enfermedades transmisibles, crónicas y degenerativas, desprotección de acciones preventivas como vacunación y rechazo de y hacia los recursos institucionales de salud⁵³.

53. PAM. *Diagnóstico y Programa de Salud*, facsimilar, 1993.

Se tuvo conocimiento del antecedente en el Centro de Salud Dr. Luis E. Ruiz perteneciente a la Delegación Política (y Jurisdicción Sanitaria) Venustiano Carranza, que desde 1987 inició el trabajo en campo con un grupo mazahua de la Merced, inicialmente en el programa de vacunación, hidratación oral y finalmente la atención médica integral. En 1993, se identificó un grupo triqui asentado en el área cercana al centro de salud y se inició el acercamiento al mismo.

Por otro lado, durante las reuniones de concertación del PAM-INI con la Jurisdicción Sanitaria Iztapalapa específicamente con el Centro de Salud San Andrés Tomatlán, que desde 1993 inició acciones aisladas tendientes a la integración de la población indígena mazahua circundante a programas de vacunación, educación para la salud y capacitación de parteras empíricas y promotores voluntarios.

6. LOS TRIQUIS EN OAXACA

- a) Breve historia de los triquis**
- b) Idioma**
- c) Creencias y rituales**
- d) Aspecto físico**
- e) Vestido**
- f) Actividades y costumbres**



6. LOS TRIQUIS EN OAXACA

Los triquis son un pueblo amerindio de lengua otomangue, que vive en el norte de Oaxaca, dedicados a la agricultura^{54, 55, 29}. En 1990 de acuerdo con el XI Censo de Población sumaban unos 15,000 individuos^{56, 57, 58}.

El estado de Oaxaca es la provincia indígena por excelencia. Asiento de los descendientes de los zapotecas y de los mixtecos, así como otros 14 grupos étnicos. Cada uno de ellos ha conservado sus características culturales y lingüísticas, haciendo del estado de Oaxaca un mosaico de coexistencia plural.

Este estado muestra un «enlace étnico», es uno de los más pobres de México, sus agricultores siguen practicando las técnicas tradicionales, lo que ha llevado a una erosión y devastación de las tierras. Las parcelas, pequeñas de por sí, por los procesos de herencia se van haciendo poco a poco más exiguas. La agricultura no es suficiente para vivir, por ello, los grupos indígenas desarrollan otro tipo de actividades como la artesanía.

Muchas de las comunidades viven aisladas, en zonas muy agrestes del estado, por lo que los auxilios médicos no les son accesibles. Sus curanderos los tratan con más de 200 «medicamentos» provenientes de plantas medicinales⁵⁹.

-
54. *Las Razas Humanas*. Vol. IV. *Los Pueblos Americanos*. Ed. Inst. Gallach, Barcelona, Esp. 1991, pág. 673.
 55. *Cordero ADC. Contribución al estudio del Derecho Consuetudinario de los Triquis*. Instituto de Administración Pública de Oaxaca. 1977, pág: 15-25, 35-47, 52-55.
 56. *INEGI. XI Censo General de Población y Vivienda. Resultados definitivos. Estados Unidos Mexicanos*. México, 1990.
 57. *INEGI. XI Censo General de Población y Vivienda. Resultados definitivos. Oaxaca. Tomo II*. México, 1990.
 58. *INEGI. Análisis de Población Según Lengua Indígena*. México, 1990.
 59. *Hoefler H, Müller K, Luera L et al. Le gran Guide Du Mexique*. Gallimard, Singapour, 1988, pág. 257.

FIGURA 3
UBICACION DE LA ZONA TRIQUI EN MEXICO



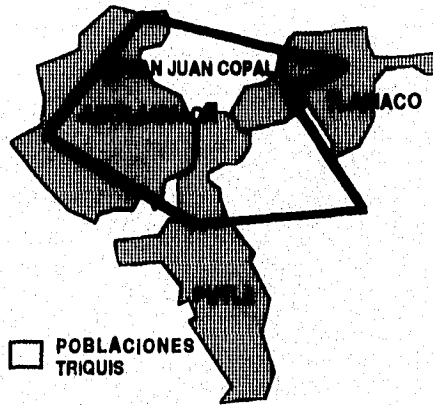
El territorio triqui se localiza al occidente de la región geográfica denominada la Mixteca Alta (figura 3), ubicada en parte en los municipios de Tlaxiaco, Putla y Juxtlahuaca, situados en la zona occidental del Estado. Los habitantes viven en los pueblos de San Juan Copala, San Andrés Chichahuaxtla y

San José Xochixtlán, así como en diferentes barrios o rancherías^{55, 60, 29}.

La zona triqui (figura 4) limita al norte con Mixtepec (mixtecos), al sur con la Hacienda de la Concepción Progreso (mestizos) y San Pedro Putla (mixtecos y mestizos), al este con Juquila y San Miguel Progreso (mixtecos) y al oeste con el estado de Guerrero^{55, 60, 29}.

FIGURA 4
TERRITORIO TRIQUI

Los triquis están distribuidos en cuatro grupos: los triquis de San Andrés Chichahuaxtla, los de Santo Domingo del Estado, los de San Martín Intuyoso y los de San Juan Copala. Cada uno tiene su centro ceremonial en los lugares citados y mantiene particularidades propias, así como las variantes dialectales correspondientes^{55, 60, 29}.



60. Huerta R C. *Organización socio-política de una minoría nacional. Los Triquis de Oaxaca*. INI. México, 1981. pág. 9-69.

El viaje hacia la región triqui se hace desde Tlaxiaco o Juxtlahuaca. San Juan Copala se encuentra situado al occidente de la Mixteca Alta en el municipio de Juxtlahuaca. Es una pequeña «olla» rodeada de montañas, su clima templado-frío, sus suelos poco erosionados con extensos bosques y sus poblados se sitúan en las estribaciones de las sierras⁶¹.

Existen dos ríos importantes, el Copala, que pasa por la orilla del poblado del mismo nombre, aumenta su cauce hasta llegar a la ciudad de Putla y el río Cuchara, que corre hacia el sur y entra en los terrenos de la ex-hacienda de la Concepción. Otros pequeños riachuelos que son aprovechados por el complejo hidrológico del río Balsas al que formarán y que se utilizan para regar terrenos de la zona baja⁶⁰.

a) Breve historia de los triquis

El nombre triqui tiene un origen posiblemente religioso: «driqui» que significa Dios o señor, ya que «dri» deriva de «dre», que significa padre y «qui» equivale a grande o superior, siendo entonces: Señor Supremo. Otra versión es que los españoles escuchaban de labios de los nativos la palabra «driqui» aludiendo al «representante» del poblado, a quien debían dirigirse para asuntos de gobierno⁶⁰.

El triqui pertenece al grupo macro-otomangue, en la misma familia popoloca y chuchón, pero la lengua parece ser derivada del mixteco, a la que pertenecen el amuzgo y cuicateco, por lo que se piensa que el grupo se hubiera separado del tronco común hace unos 3,500 años^{55, 60, 29}.

61. **SG.** *Los Municipios de Oaxaca*. Enciclopedia de los Municipios de México. Secretaría de Gobernación. México, 1988, pág. 124-129.

El antropólogo César Huerta Ríos⁶⁰ recopiló varios relatos triquis acerca del origen de los triquis, dos muy relevantes, ellos son: 1) Que los triquis venían de Monte Albán, un grupo de guerreros desobedeció al rey de esa ciudad mixteca, fueron castigados y expulsados, fundaron Nochixtlán, Teposcolula y Tlaxiaco, poblados que sufrían constantes invasiones mixtecas; buscaron lugares más lejanos, tropicales, pero sus condiciones de vida y salud fueron menos favorables por lo que regresaron y se refugiaron en lo alto de las montañas⁵⁵. La otra versión es la leyenda de «Las Garzas», que dice que los triquis pertenecieron a una tribu mexicana y en un encuentro de armas en el siglo XIII en las montañas de Tlaxiaco, sufrieron una derrota completa, temerosos del rey, se ocultaron en los bosques y montañas de Copala, donde se desarrollaron.

Se piensa que al principio formaron microbandas y posiblemente vivieron en cuevas, antes de llegar a la organización clánica y tribal, se cree que en el siglo XII de nuestra era formaron dos grupos: Chicahuaxtla y Copala. En el siglo XIII lucharon con los mixtecos en contra del Imperio Azteca, pero para el siglo XV, ambos finalmente fueron dominados, bajo el reinado del quinto monarca azteca, quien construyó una fortaleza en esas tierras^{55, 60}.

A la llegada de los españoles (siglo XVI) los triquis fueron sometidos. Los documentos históricos de esta época, muestran que las tierras originalmente triquis estaban ya en manos españolas bajo cacicazgos.^{55, 60}

Después de la Independencia de México, los cacicazgos de Chicahuaxtla y Copala, permanecieron en posesión de los herederos de los antiguos caciques españoles (Doña Petra Aja de Lara, «cacica» de Chicahuaxtla y Copala).⁵⁵

En el año 1843 los vecinos del pueblo en San Juan Copala, ofendidos por un embargo que les hizo el juez de Juxtlahuaca a petición del cura don Francisco

Ballesteros, por la falta de pago de sus obvenciones (retribuciones), cayeron de improviso sobre Juxtlahuaca. En realidad se trató de una sublevación por el despojo de tierras realizado por los mestizos del pueblo. La revuelta duró cinco años a base de guerrillas, que fueron doblegadas por las fuerzas militares de la Nación⁶⁰.

Después de la revolución de 1910 los triquis recuperaron su territorio original, siendo éste el que actualmente ocupan y que forma las cinco comunidades con sus barrios; las tierras limítrofes también pertenecieron a sus antepasados y ahora están ocupadas por los mixtecos.

b) Idioma

El idioma triquí es tonal, tiene cinco tonos. El tono agudo, alto, medio, bajo y grave. Existen también tonos compuestos. En la colonia se consideraba tan difícil este idioma que se utilizó el mixteco como lengua franca⁶⁰.

c) Creencias y rituales

La población triquí formalmente es católica. Pero, tanto sus creencias como cultos, se caracterizan por el sincretismo entre el catolicismo impuesto por los españoles en el siglo XVI, y los ritos mágico-religiosos existentes^{55, 60, 29}.

El predominio de la religión católica se manifiesta en la creencia en un Dios único, Jesucristo, la Virgen de Guadalupe y los santos; asimismo, en la celebración del ritual ligado tanto al ciclo vital, (nacimiento, matrimonio y muerte) como al ciclo anual y las festividades de los santos tutelares de la comunidad, para los cuales están instituidas las mayordomías. El templo de San Juan Copala fue mandado a construir por el Virrey Antonio de Mendoza (alrededor de 1546), quien le asignó

una capilla con una imagen y concedió el privilegio especial de una romería que hasta la fecha se practica, en honor a San Pedro y San Pablo⁶².

Los ritos mágico-religiosos se manifiestan en el culto a las deidades como el Sol y la Luna⁶³, veneración a la lluvia, al rayo, a la tierra, al viento, al fuego, a las estrechas y el temazcal²⁹. Asimismo, están apoyados en la brujería y la adivinación básicamente; un brujo es al mismo tiempo curandero y adivino. No existen divisiones en ambas actividades. Los brujos de Copala, en la región son estimados como los más efectivos. Los ritos e invocaciones son dedicados a la lluvia, al maíz. Se recitan oraciones, se quema copal, principalmente. Los campesinos buscan el apoyo del brujo y el favor de los dioses de la tierra antes de plantar sus milpas y los rituales se celebran en santuarios sagrados⁶⁰.

d) Aspecto físico

Los triquis tienen el cabello negro, espeso. Son morenos oscuros de ojos negros, grandes y rasgados, de labios gruesos y complexión robusta. La estatura promedio de los varones es de 1.60 a 1.65 m, mientras que en las mujeres es 1.50 a 1.55 m². Se podría concluir tienen talla baja, cabeza normal, tendencia a la braquicefalia, cara corta y ancha, similar a los indígenas de la zona central de México y a los mixtecos-chochos, con variantes.^{60, 64}

e) Vestido

La ropa tradicional del hombre triqui se compone del calzón hecho en algodón, hasta media pierna o el tobillo, amarrado a la cintura; la camisa de algodón en

62. Huerta R C. *Triquis*. Monografía. INI. México. 1994, pág. 20.

63. Hollembach E E. El origen del Sol y de la Luna. Cuatro versiones en el triqui de Copala. *Tlalocan Rev. de Fuentes para el Conocimiento de Culturas Indígenas de México*. Vol. VII. México. 1977.

64. Comas J, Faulhaber J. *Somatometría de los Indios Triquis de Oaxaca, México*. IIH-UNAM. México. 1965, 200 pp.

colores fuertes (amarillo, rojo, verde y azul); el ceñidor, un paliacate, sombrero, morral y machete. ^{65, 29}

La mujer porta un *huipil* holgado, largo hasta media pierna, tejido a mano con algodón (actualmente se alterna el estambre), en forma de franjas de colores, predomina el rojo sobre un fondo blanco y se intercalan bordados de flores, estrellas con colores amarillo, verde o rosa. Además del *huipil* usan el enredo, que es una pieza de lana o algodón, tejida y detenida en la cintura por un ceñidor, las mujeres casadas lo utilizan de color negro con una franja roja y verde; la mujer soltera los utiliza de color azul con franjas rojas horizontales (figura 5) ^{65, 29}.

FIGURA 5
INDUMENTARIA DE LA MUJER TRIQUI



65. Lechuga RD. *El traje de los indígenas de México*. Panorama, México. 1992, pág. 90.

f) Actividades y costumbres

En San Juan Copala, la base de la economía es la agricultura para autoconsumo a la que se dedican básicamente los hombres, se utiliza la técnica de la tala, roza y quema. Las maderas de los bosques tienen uso doméstico. Se siembra maíz, que es el alimento base, combinado con frijol y chile⁶⁶.

Las mujeres ayudan durante el periodo de siembra y cosecha en los campos, pero sus actividades básicas son los quehaceres domésticos, recolección de frutas, plantas silvestres e insectos, cuidado y educación de sus hijos, y tejen sus vestidos, morrales y cinturones⁶⁵.

Las mujeres solteras viven bajo la tutela de los padres y son muy vigiladas, cuando una es elegida para casarse, el novio solicita la participación de un «padrino» o «embajador» (algún notable o persona de respeto) para la petición de la novia.

Se realizan reuniones entre las dos familias para asegurarse que no exista ningún parentesco o impedimento y acordar la dote, la cual consiste, además de una cifra en dinero (1'500,000 pesos en 1989), un novillo y el ajuar para la novia (el *huipil*, enredo, collares, aretes, peinetas y listones) y un petate. El compromiso del padre de la novia es organizar la fiesta y brindar la bebida (cerveza) para la ocasión⁶⁶.

Los varones solteros se dedican a colaborar en las labores del campo y en sus

66. Ruíz RMA. Epidemiólogo de la Jurisdicción VII de la Mixteca en Oaxaca, 88-89. *Testimonio*. México. 1995.

tiempos libres son entusiastas jugadores de baloncesto (basquet-bol) y de la cacería⁶⁶.

Entre la problemática tradicionalmente identificada por los diversos investigadores en diferentes años de esa área se encuentran: la pobreza extrema, la ignorancia, el analfabetismo, la violencia, el uso indiscriminado de las armas de fuego sin control alguno, las irregularidades en la tenencia de la tierra, la sobreexplotación forestal; en salud, se ha identificado tradicionalmente una alta incidencia de desnutrición, diarreas, infecciones respiratorias y alcoholismo^{62,67,68,69,70,71,72}. Todo ello ha propiciado mantenerlos aislados, marginados y con posibilidades limitadas de desarrollo y la búsqueda de mejores condiciones de vida en otros sitios, sin embargo, estas circunstancias difíciles y la explotación ejercida por la población mestiza no ha logrado quitarles su orgullo y altivez.

-
67. Huerta R C, Saldaña F M C. *Pueblos Indígenas de México. Triquis*. INI-SEDESOL. México. 1994, pág. 23.
68. Millán E S. *San Juan Copala: Caciquismo y represión. Los triquis se organizan y lucha*. UNAM-IIE. México, 1985, 245 pp.
69. Comas J. El problema social de los indios triquis en Oaxaca. *América Indígena*. Vol. II. México, Enero 1942, No. 1, pág. 51-57.
70. Nieto R J. *Microregión triquí. Un programa de desarrollo rural*. Comisión del Río Balsas-ENAH. México, 1975. 220 pp.
71. Weikman R, Olivera B M. *Un programa de intervención para la región triquí*. INAH-CAPFCE-SEP. México, 1962, 27 pp.
72. Martell R R. *Bases para una política indigenista. Los triquis de Oaxaca*. ENCPS-UNAM. México, 1963. 75 pp.

**SERVICIOS DE SALUD PARA POBLACION INDIGENA EN GRANDES URBES:
EL CASO DE LOS TRIQUIS**

TIPO DE INVESTIGACION

FASES DE LA INVESTIGACION

DESARROLLO DEL MODELO

IMPLANTACION DEL MODELO

POBLACION DE ESTUDIO

- a) Muestra
- b) Criterios de inclusión
- c) Criterios de exclusión

VARIABLES

- a) Operacionalización y escalas de medición

ANALISIS ESTADISTICO



TIPO DE INVESTIGACION

La metodología en Investigación de Servicios de Salud, incluye diversos tipos de métodos: experimentales, cuasi-experimentales y no experimentales⁷³.

En el caso de investigaciones de servicios de salud que involucren en trabajo con grupos, evaluaciones de programas sociales, la vía de abordaje puede ser para muchos casos, tanto estudios cuasi-experimentales como los no experimentales, y de éstos últimos una multiplicidad de métodos que intentan desarrollar información útil a los servicios de salud, ya que debido a sus características, las intervenciones sociales no siempre están en posibilidad de tener bajo control todas las posibles variables, asimismo, el comportamiento del grupo puede tener rutas diferentes a las previstas; por lo tanto, diseños más innovadores o no convencionales se apegan más al manejo, tanto de las intervenciones como a la interpretación de los resultados, así como en consistencia, respuesta, mecanismos y la presencia de explicaciones únicas⁷⁴.

La investigación social implica dos clases de problemas bastante diferentes, el estudio de las leyes generales de la vida grupal y el diagnóstico de situaciones específicas. Los problemas de las leyes generales tienen que ver con la relación entre posibles condiciones y posibles resultados, el conocimiento de las leyes puede servir como una guía para el logro de determinados objetivos bajo

73. Fineberg H. The Quest for Causality in health Services Research, en Schrest L, Parrin E, Bunker J. *AHCPR Conference Proceedings Research Methodology. Strengthening Causal Interpretations of nonexperimental data*. US Dpt. of Health and Human Services. PHS. EUA, May 1990, pág. 215-220.

74. Mosteller F. Improving Research Methodology: an overview. en Schrest L, Parrin E, Bunker J. *AHCPR* (op. cit.) pág. 221-224.

condiciones específicas y para el diagnóstico de situación específicas y la acción se necesita integrar al máximo posible, la investigación científica^{75,76,77}.

La investigación participativa tiene antecedentes históricos y una continuidad en las ciencias sociales, surgió desde el siglo pasado, en Francia y en Inglaterra como una propuesta diferente al positivismo, posteriormente en los años 70's, surgió en América Latina una nueva corriente de investigación social, que se extendió ampliamente por Africa y otros países del Tercer Mundo. Existen experiencias de trabajo en investigación social y antropología en la que se han estudiado programas de intervención en solución de situaciones específicas en la búsqueda de integración de minorías a las mayorías⁷⁷.

La investigación participativa es una propuesta metodológica, combinación de investigación, educación-aprendizaje y acción, con énfasis especial en la involucración o participación de los beneficiarios de un programa en la producción de conocimientos o de otra manera, en la elaboración de la misma investigación. Difiere significativamente de la investigación en su forma más tradicional, en el compromiso que la primera se plantea al proponer que todos los involucrados en el proceso adquieran conocimiento⁷⁵. Aunque incluye elementos cuantitativos que utiliza distintas técnicas e instrumentos de investigación aunque siempre bajo criterios metodológicos como la sencillez, economía de recursos, aprovechamiento de trabajos ya realizados, etc⁷⁸.

75. **Vejarano G M.** *La Investigación participativa en América Latina.* CREFAL. No. 10, México, 1983, pág. 19-299.

76. **Schutter A.** *Investigación participativa. Una opción metodológicas para la educación de adultos.* CREFAL. México, 1981, pág. 41-319.

77. **Salazar MC.** *La Investigación-acción participativa. Inicios y desarrollos.* Ed. Popular OEI. España, 1992, pág. 14-223.

78. **Picón C, Barquera H, Letapí P et al.** *Investigación Participativa. Algunos aspectos críticos y problemáticos.* CREFAL, No. 18, México, 1986, pág. 52-131.

En las investigaciones de participación una de las variantes es la etnometodología (antropología-acción, investigación-acción), que hace hincapié en la interpretación y también en la transformación de la realidad social y en el actuar creativo de los sujetos, fue aplicada ampliamente en Europa en los años 60's y posteriormente en los Estados Unidos en los años 70's.

Se realizan a nivel micro y parten del supuesto de que el comportamiento humano es, en gran medida, racional; su énfasis se centra en los acontecimientos cotidianos y las influencias del conocimiento común en las ciencias humanas. Su interés no se halla en el análisis funcional de las normas sociales, sino en los procesos en los que la gente organiza sus actuaciones en la vida cotidiana, analiza el sentido del comportamiento y las relaciones socio-culturales de expresiones, normas, reglas y códigos que emplea la gente⁷⁶. Una de las críticas en contra es que no logra cuestionar el orden y los conflictos sociales de los sistemas existentes, quedan a un nivel descriptivo exploratorio, ya que va dirigida a la solución de problemas concretos en programas, proyectos, acciones y se dirige a situaciones a nivel micro^{75,76,78}.

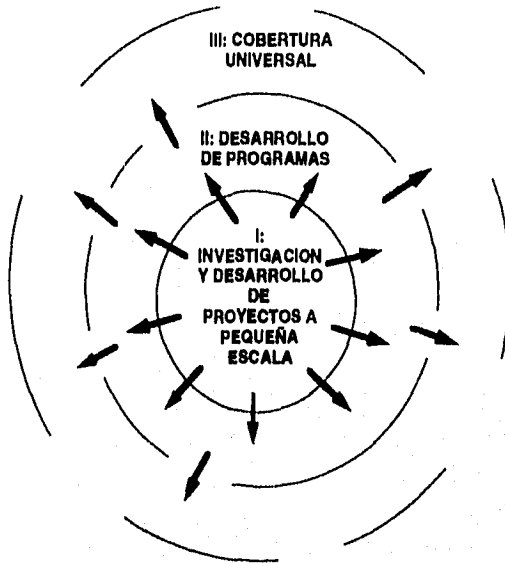
La investigación participativa, representa uno de los aportes más relevantes que la investigación en educación de adultos en América Latina, asimismo es un esfuerzo coherente por elaborar formas de aproximación a la realidad del subdesarrollo que se adecúen a las condiciones locales, y no a la inversa. Es descrita como una actividad integrada que combina la investigación social, el trabajo educativo y la acción. La combinación de estos elementos dentro de un proceso interrelacionado ofrece tanto a sus seguidores, como a los comprometidos o iniciados, motivos de estímulo y también de dificultad⁷⁵.

Las características principales^{75,76,77,78} del proceso incluyen:

- El problema de investigación se origina en el grupo (comunidad, lugar de trabajo, etc.).
- La meta final de la investigación participativa es la transformación estructural y el mejoramiento del nivel de vida de la población. Los beneficiarios deben ser los individuos que conforman esta población.
- La investigación participativa se enfoca al trabajo con un amplio rango de grupos explotados u oprimidos, inmigrantes, trabajadores, mujeres y grupos indígenas.
- Puede ser aplicada en combinación con diferentes procedimientos y técnicas científicas.

En salud, la Organización Mundial de la Salud, recomendó a los países en desarrollo que integraran a sus acciones de salud a los recursos de la comunidad, asimismo ha propuesto la posibilidad de la escalabilidad de los proyectos (figura 6), lo que permitiría expandir procesos que involucren el aprendizaje mutuo e ir llenando los vacíos de cobertura de servicios que en atención se tienen, pero por las características del modelo de salud tradicional en casi todos los países, en que el médico aún conserva un papel central, hace difícil aplicar las metodologías de la investigación participativa. Sin embargo, un ejemplo concreto en México, específicamente en el área de la salud con la aplicación de la investigación participativa, se refiere a la puesta en marcha inicial del Programa IMSS-COPLAMAR del Instituto Mexicano del Seguro Social (1980-1982), que después se transformó en IMSS-Solidaridad y que funciona hasta la fecha⁷⁵.

FIGURA 6
PROCESO DE ESCALABILIDAD PARA EL LOGRO DE LA
COBERTURA UNIVERSAL EN ATENCION PRIMARIA DE
SALUD URBANA



Fuente: Traducido de WHO 89270 en Tabibzadeh. *op. cit.*

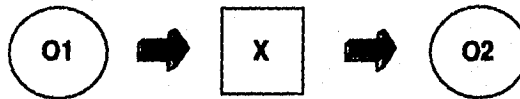
Entre sus logros están que puede beneficiar inmediatamente a la comunidad, involucra desde un principio al grupo o la comunidad, educa, enseña y capacita, fomenta el diálogo, contribuye a liberar y desarrollar la creatividad de la comunidad⁷⁸. Para una aplicación exitosa de la metodología, es decir, impulsar acciones de cambio, se requiere trabajar a través de las organizaciones existentes.

Entre sus principales limitaciones están: los epistemológicos sobre el conocimiento y sus bases; los filosóficos, acerca de como manejar el conocimiento y el que plasma sólo algunos principios generales metodológicos y niveles de participación y comunicación.

Por las características del grupo bajo estudio en esta investigación, se pretende medir el efecto de un tratamiento específico, es decir el tener el acceso a los servicios de salud, medir el efecto que en la salud de la comunidad tienen estas acciones y relacionar este comportamiento con las variables de cada una de las unidades de análisis.

De acuerdo con los objetivos trazados en esta investigación, se trata de una investigación de tipo participativa (figuras 7 y 8), con un diseño básico pretest-postest^{79, 80, 81} de un solo grupo

FIGURA 7
DISEÑO PRETEST-POSTEST DE UN SOLO GRUPO



Este diseño está formado por tres etapas:

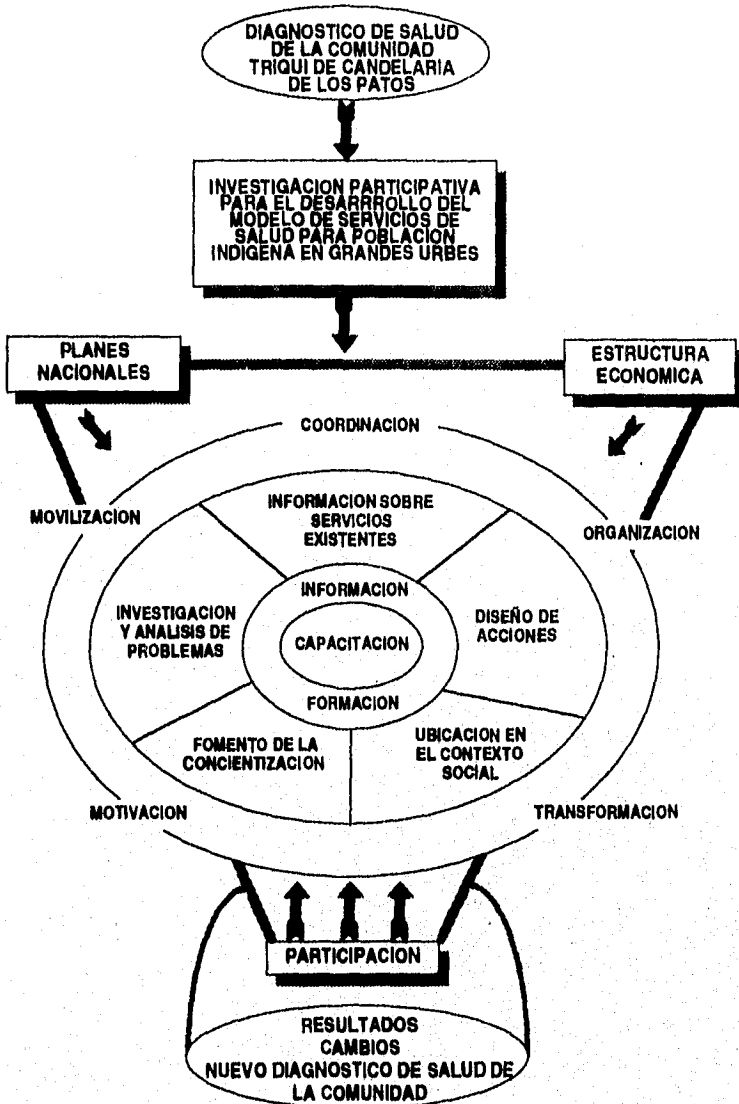
- O1: consistente en la observación y medición de daños y necesidades de salud,
- X1: la aplicación de un modelo de acción básico acorde con las necesidades de esa población, y finalmente,
- O2: la nueva observación, medición de daños y nuevas necesidades.

79. **Welsch C H.** *Investigación evaluativa.* Trillas. México, 1985, pág. 95-98.

80. **MSH.** *Overview of Urban Health Strategies and Methods.* Management Sciences for Health. USA. 1993. Chapt. 17.

81. **Rosel J, Friedman E.** *Evaluación. Un enfoque sistemático para programas sociales.* Trillas. México. 1993

FIGURA 8
DISEÑO DEL MODELO DE SERVICIOS DE SALUD
PARA POBLACION INDIGENA EN GRANDES URBES.



Fuente: Tomado como referencia y modificado de Schutter, *op. cit.*

FASES DE LA INVESTIGACION

1. En enero de 1994, a través de las comunicaciones del Programa Area Metropolitana (PAM) del INI (Instituto Nacional Indigenista) se tuvo conocimiento del grupo triqui de Candelaria de los Patos, de la Delegación Política Venustiano Carranza.
2. El Centro de Salud de la Secretaría de Salud más cercano a la comunidad («Dr. Luis E. Ruiz») también tenía conocimiento de su existencia y había establecido contacto de su personal en forma aislada cuando intentó aplicar biológicos, hidratación oral e invitarlos a asistir a los servicios institucionales de salud, por lo que se le designó como sede para llevar a cabo las actividades del programa.
3. Se realizaron reuniones de coordinación con el PAM para conocer la información acerca de la comunidad.
4. En febrero de 1994, los coordinadores de servicio del PAM a cargo del grupo presentaron al personal de salud con los representantes del grupo, el cual está organizado y registrado como asociación civil ("Asociación de Artesanos Benito Juárez, A. C."), con un presidente (Sr. Juan Méndez Villagómez) y vicepresidente (Sr. Josefino García).
5. Se llevó a cabo una encuesta de servicios que utiliza la comunidad indígena (Anexo 1), para investigar si conocían y si utilizaban cada uno de los servicios con los que cuenta el Centro de Salud y una de utilización de servicios en el Centro de Salud, para conocer la frecuencia de asistencia a la unidad de los triquis.

6. Se realizaron reuniones de coordinación entre el PAM, los representantes indígenas y el personal de salud para compartir la información inicial, en la cual manifestaron sus necesidades sentidas de salud para las cuales requerían respuesta y que coincidieron con las identificadas en el diagnóstico de salud.
7. Se llevó a cabo un censo a la comunidad, se elaboró y utilizó la información obtenida de la cédula de microdiagnóstico de salud familiar⁸² (anexo 2), que incluye los rubros de: características y servicios de la vivienda, datos generales de la familia, servicios públicos, alimentación de los menores de cinco años por el interrogatorio de frecuencia de consumo, higiene personal y de los alimentos, y atención a la salud.
8. Con esta información inicial se obtuvo un panorama de la salud y necesidades de la comunidad, se evaluaron los principales problemas de salud.
9. Se llevó a cabo una reunión con los líderes de la comunidad para corroborar lo manifestado por ellos como necesidades sentidas de servicios de salud.
10. De acuerdo con las características reveladas por el censo y la evaluación de necesidades, se estableció un paquete de servicios básicos que respondieran a las necesidades sentidas y daños a la

82. Adaptada por Torres GC, Victoria JAM de: Leroux RL, Victoria JAM, Alvarez LC, Lezana FMA. *Modelo de Vigilancia Epidemiológica de Riesgos Nutricionales en Población Indígena*. DGEIE-SSA. México, 1992.

salud presentes que incluyó: vacunación universal, control de diarreas e hidratación oral, saneamiento básico y mejoramiento ambiental, programa «la Salud Empezó en Casa», capacitación a parteras empíricas, planificación familiar voluntaria y atención en consulta básica.

11. Se propuso el paquete de servicios a la comunidad y se explicó en qué consistía cada una de las estrategias de atención y cómo se pensaba podrían solucionar las necesidades de la comunidad.
12. La comunidad estuvo de acuerdo en el contenido del paquete y se comprometió a participar y colaborar en las actividades de los médicos y enfermeras en la comunidad.
13. En marzo de 1994, se inició la aplicación del programa.
14. Se realizaron evaluaciones mensuales de los mismos indicadores para valorar la eficacia de las acciones.
15. En marzo de 1995, se integró un panorama final de la comunidad después de un año de la aplicación de los programas.
16. Se pretende difundir el programa a otras zonas de la ciudad y grandes urbes con población indígena en condiciones de marginación y migración similares.

DESARROLLO DEL MODELO

a) Introducción

A raíz de las coordinaciones con el Instituto Nacional Indigenista a través de su Programa Area Metropolitana (PAM), se tuvo la información inicial de la existencia de 18 grupos indígenas estudiados por este programa en la Ciudad de México, de los cuales ocho eran prioritarios para la atención a la salud en forma integral por sus condiciones económicas, de migración y de marginación:

- Grupo mazahua en las calles de Pensador Mexicano
- Grupo triqui de Candelaria de los Patos
- Grupo triqui de López 23
- Grupo mazahua de Cuba 56
- Grupo triqui de la Ciudadela
- Grupo otomí de Parque Mixhiuca
- Grupo otomí de Eduardo Molina
- Grupo mazahua de Canal Nacional

La Dirección General de Salud Pública en el D. F., se coordinó con el INI a fin de brindar atención a esos grupos en forma prioritaria, se identificaron las necesidades sentidas, los principales daños a la salud y se elaboró un programa que respondiera a esos requerimientos de atención.

b) Bases jurídicas

El Modelo de Servicios de Salud para Población Indígena en Grandes Urbes, encuentra su marco jurídico en la propia Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que en la modificación del artículo 4o., que reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en México, asimismo, a partir de 1989, también hace específicos los derechos de los diferentes grupos étnicos del país en todos los ámbitos, incluyendo el de salud.

En segundo término, el modelo se apega a lo plasmado por el Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994 en lo que a salud y bienestar social se refiere, para todos los mexicanos, pero con especial énfasis a los grupos menos favorecidos por el desarrollo desigual y cuya capacidad para solventar su cuidado de la salud por sí mismos es difícil.

En tercer lugar, el modelo desarrolla los postulados de la Ley General de Salud de 1990-1994 en la aplicación de los programas prioritarios de salud a toda la población, especialmente a la de escasos recursos o con un acceso económico o social difícil a los servicios de salud.

Finalmente, el modelo permite aplicar los postulados que en el área de salud corresponden a la Ley General de Desarrollo Indígena.

Lo anterior implica la ubicación del programa en zonas eminentemente marginadas.

c) Bases conceptuales

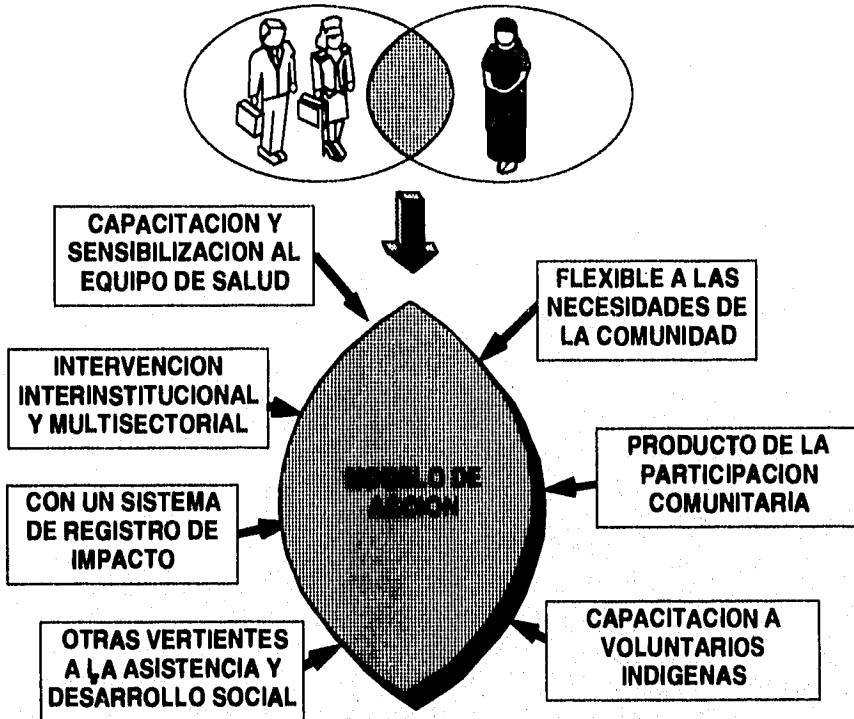
El desarrollo del modelo responde a lo que ha sucedido en la mayoría de los países en la última década, ya que al haber suscrito el compromiso de Alma-Ata en 1978, de adoptar la estrategia de atención primaria a la salud para alcanzar ésta en el año 2000, propone la consideración de un concepto sustentado en principios generales adaptables a las consideraciones de cada país, pero de observancia universal.

De esta forma, la atención primaria es fundamental para poner al alcance de todos los servicios de salud, por medios que les sean aceptables, con su plena participación; por lo mismo, se requiere actuar en el otorgamiento de servicios para la salud que además pretenden integrar y aprovechar las modalidades tradicionales de operación de los servicios, lo que implica aprovechar los recursos existentes, no invertir recursos extraordinarios e integrar a la población que no contaba con ellos.

Del mismo modo se requería buscar la coordinación cultural, establecer canales alternativos, para iniciar la ruptura de las barreras de comunicación y en lo posible la asimilación de las culturales y reforzar las acciones institucionales de salud.

La estrategia del modelo de acción para los Servicios de Salud para Población Indígena en Grandes Urbes, hace hincapié en el diagnóstico de salud y en el diseño de actividades en función de este diagnóstico; y dentro de este enfoque, se considera prioritario el desarrollo del primer nivel de atención, el cual puede apoyarse en los otros niveles de atención de acuerdo con el la normatividad institucional (Figura 9).

FIGURA 9
ENTORNO CONCEPTUAL DEL MODELO DE ACCION



d) Sistema de financiamiento

Los servicios de salud que proporciona el modelo en área urbana, son financiados por la Federación, a través de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal de la Secretaría de Salud, todas las actividades del modelo, se encuentran dentro de los programas de atención previstos para brindar servicio a toda la población del Distrito Federal, por la Dirección de Servicios de Salud en el Distrito

Federal en sus 16 Jurisdicciones Sanitarias (una por cada Delegación Política), en sus programas curativos, preventivos y de gestión para la asistencia social.

El desarrollo del proyecto, presupuestalmente quedó incluido en el Programa Operativo Anual y el avance programático en atención médica y no generó costos de operación extras. Los apoyos administrativos, logísticos, de capacitación, de procesamiento electrónico de la información que requirió el proyecto, fueron aprovechados de los recursos existentes de los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal.

e) Diseño del modelo de acción

Objetivo

El objetivo del programa fue brindar atención médica oportuna, orientar a los grupos a los centros de salud específicos más cercanos, contribuir a la mejor calidad de vida y establecer un vínculo permanente y positivo en atención de la salud, la detección oportuna de riesgos y daños, sobre todo de enfermedades prevenibles.

Estrategias

Para el diseño de modelo se plantearon como puntos centrales⁸³:

- 1) El conocimiento y atención de la población indígena en el D. F.
- 2) Capacitación del personal que labora en el programa
- 3) Difundir aciertos y dificultades



83. **Miranda P.J.** *Sugerencias a la Coordinación del Programa de Salud Indígena en el Distrito Federal.* Facsimilar. 1994. 3pp.

Las características del modelo establecen debería tratarse de un diseño que:

- a) ... fuera un modelo estratégico básico de servicios de salud aplicables a los grupos indígenas que habitan en zonas urbanas y al que podrían incluirse apartados específicos que le permitieran flexibilidad y congruencia. Asimismo, el establecimiento de intérpretes como un mecanismo de comunicación práctico para el enlace con los servicios.
- b) ... el modelo fuera producto de la participación indígena y la intervención interinstitucional y multisectorial, con el establecimiento de incentivos, acordes con la comunidad.
- c) ... se pudiera realizar un registro de los impactos para en su caso ser reproducido.
- d) ... con la aplicación del modelo contribuyera a abrir otras vertientes en los campos de la asistencia y desarrollo social, que permitiera la orientación jurídica, educación, alimentación, capacitación para el trabajo y vivienda.
- e) ... el modelo incluyera en la capacitación a los grupos indígenas la adecuación de paquetes educativos, creando un canal cultural que permitiera la interacción recíproca.

Participantes y funciones (Cuadro 4)

CUADRO 4
PARTICIPANTES Y FUNCIONES EN EL MODELO DE ACCION DE
SERVICIOS DE SALUD PARA POBLACION INDIGENA EN GRANDES URBES

 <p>Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal</p>	 <p>Programa Area Metropolitana del Instituto Nacional Indigenista</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Implantación y operación del modelo • Operación de los servicios • Atención médica integral 	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniones de coordinación de los grupos indígenas y personal médico para su atención.

Integración del paquete básico

Con los resultados de estas características de la población se formuló en coordinación con la propia comunidad y el INI, un paquete básico de servicios que incluyó los programas institucionales⁸⁴ que a continuación se describen, con los cuales se daba respuesta a los planteamientos de necesidades sentidas de la comunidad y los que resolvían las necesidades de salud identificadas por el equipo de salud:

- **Vacunación universal**, encaminado a realizar la cobertura total con esquema básico de biológicos a los niños menores de cinco años,

84. DGSSPDF. *Guía de Unidades y Servicios de Salud. Primer Nivel de Atención*. DGSSPDF. 1994. 27-30.

certificado a través de la Cartilla Nacional de Vacunación (que se entrega al momento del registro del recién nacido en el Registro Civil) y se hace seguimiento del estado de vacunación mediante el registro nominal de cada niño y su actualización en el programa automatizado de registro de vacunación (PROVAC).

- **Control de diarreas e hidratación oral**, cuyo objetivo central es prevenir la muerte debida a deshidratación que se presenta en la población menor de cinco años de edad y proteger el estado nutricional, con la utilización en forma primordial de la terapia de rehidratación oral «Vida Suero Oral», acciones educativas y de fomento sanitario.
- **Saneamiento básico y mejoramiento ambiental**, tendiente a mejorar las condiciones de vida y saneamiento del habitat, manejo del "agua limpia" a través de acciones educativas, de orientación y gestión.
- **«La Salud Empezó en Casa»**, se trata de un programa educativo sistematizado para capacitar a las madres de familia en la prevención, control, identificación de riesgos y utilización de medidas básicas de atención, con los medios a su alcance de los problemas de salud más frecuentes y la identificación de datos de alerta para la referencia de pacientes.
- **Capacitación a parteras tradicionales**, que se orienta a disminuir la mortalidad materna e infantil por factores prevenibles y de

atención oportuna. Se capacita en medidas para la atención del parto en forma limpia.

- **Planificación familiar voluntaria**, cuya orientación prioritaria es hacia la población en edad fértil, mediante actividades de orientación, educación y la distribución de métodos anticonceptivos.

El personal elegido para llevar a cabo el modelo de la comunidad triqui fue: dos médicas con el antecedente de tener contacto con la comunidad, una enfermera, y personal de apoyo simultáneo del centro de salud en servicios dental, nutrición y trabajo social; se les capacitó y sensibilizó en aspectos básicos de antropología y mecanismos para iniciar el abordaje de comunidades indígenas, asimismo, se reiteró el apoyo institucional para el programa.

f) Estructura administrativa para la aplicación del modelo

La aplicación del modelo se apoya en la estructura administrativa existente de los Servicios de Salud Pública en el D. F., el cual cuenta con una estructura administrativa suficiente, que permitió delegar en sus organizaciones jurisdiccional y local la operación del programa, articulando a la estructura institucional su desarrollo con las adecuaciones. Aunado a lo anterior la seguridad financiera, resultado de que el personal adscrito al programa, ya constituía un egreso previsto.

Los niveles administrativos del modelo son:

- 1) Un nivel central normativo, dependiente de la Dirección General y a la

Dirección de Servicios de Salud (DGSSPDF), al cual correspondió la planeación, evaluación y adecuación de las normas institucionales y estableciendo los lineamientos generales de trabajo.

- 2) En el nivel jurisdiccional, planificó, adecuó, dirigió, coordinó, asesoró y evaluó la aplicación del modelo en las unidades de primer nivel.
- 3) En el nivel local (aplicativo), se aplicaron las acciones correspondientes al programa, tanto preventivas como curativas y las de gestión de asistencia social.

g) Sistema de Información

El sistema de información responde a la estructura institucional, permite las bases para la toma de decisiones desde la operación, jurisdicción y nivel central. La información obtenida es oportuna y de primera mano.

Está constituido por:

- Censo nominal de vacunación (Anexo 2)
- Registro de peso y talla (Anexo 3)
- Cédula de microdiagnóstico familiar (Anexo 4)
- Concentrado de actividades y servicios otorgados a los grupos indígenas. (Anexo 5)

La información obtenida es utilizada con fines de programación, evaluación, asesoría, capacitación, supervisión e investigación. Se analiza, concentra y

valida desde el nivel operativo, que a su vez la pasa al nivel jurisdiccional y es retroalimentada, colaborando a la toma de decisiones. (Cédula de microdiagnóstico familiar, Concentrado de actividades y servicios otorgados a los grupos indígenas).

Los datos obtenidos (Concentrado de actividades y servicios otorgados a los grupos indígenas), se utilizan en el nivel central, donde se procesan y analizan, se toman las decisiones que correspondan y retroinformación a las jurisdiccionales para la posible corrección de desviaciones.

h) Evaluación

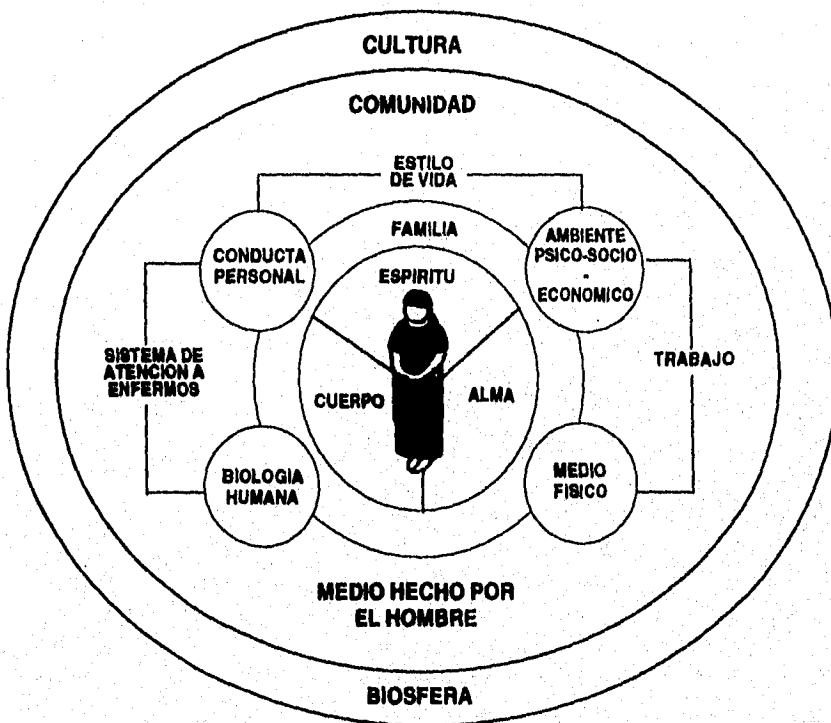
La evaluación se realiza periódicamente en todos los niveles, con la finalidad de identificar el cumplimiento de acciones y coberturas logradas.

El presente proyecto presenta los resultados de evaluación después de un año de la puesta en marcha del modelo.

IMPLANTACION OPERATIVA DEL MODELO

En la implantación operativa del modelo se tuvo siempre en cuenta la intervención en forma cuidadosa para no dañar la incipiente relación con el personal del salud, con especial énfasis a los múltiples factores que intervienen en el proceso de atención, especialmente en un grupo con características culturales diferentes a la población que habitualmente se maneja (Figura 10).

FIGURA 10
ENTORNO TRIQUI Y SU RELACION CON LA SALUD Y
PERSONAL DE SALUD PARA EL CAMBIO



Fuente: Modificado del ecosistema humano. Flynn R, Kurland J. *op. cit.*

1. Al inicio de la implantación del modelo, el PAM presentó al personal de salud con la comunidad, se les informaron los horarios, días de atención y se presentó al personal de salud asignado para su atención. A través de la Encuesta de Servicios Utilizados por la Comunidad Indígena, se supo que conocían la existencia del 70% de los servicios con que cuenta el Centro de Salud, pero se utilizaban únicamente curaciones, inyecciones y ocasionalmente la consulta general (20% del total).
2. Se asignó un módulo de atención médica general, con las mismas médicas y enfermera encargadas del trabajo en campo, las cuales habían sido sensibilizadas y había recibido la documentación informativa para el trabajo comunitario con población indígena. A la trabajadora social se le encomendó auxiliar a las personas de la comunidad para facilitar su acceso a la consulta.
3. Para poner en contacto a la población con los servicios en forma directa, el personal de salud acudió a la comunidad con el vehículo del Centro de Salud y se organizó una visita a todos los servicios con que se cuenta en la unidad y se les demostró el mecanismo para obtener consulta, las personas encargadas con las que tenían que tratar y el consultorio que les correspondía.
4. Como se habían realizado en la comunidad, acciones aisladas de vacunación, para el trabajo en campo se inició el modelo a través del Censo Nominal de Vacunación en las jornadas de salud en la comunidad, que incluye la realización de visitas casa a casa para iniciar y completar esquemas de vacunación, de esta forma se daba solución a una de las necesidades

sentidas de la comunidad, asimismo, se les podía otorgar la Cartilla de Vacunación, que para la comunidad constituía una urgencia, ya que les sirve como documento de identificación y un requisito para el ingreso de los niños a la escuela.

Se asignó una brigada de enfermeras que realizaran la vacunación y se aplicaron las primeras dosis de todas las vacunas, en la primera jornada, aproximadamente la mitad de las familias no permitieron la vacunación, sin embargo, la persistencia, la observación de falta de efectos nocivos y la ayuda de la intérprete de la comunidad favorecieron que poco a poco se redujeran los renuentes hasta completar una cobertura total.

5. Aprovechando la realización de las jornadas de salud, se realizaron actividades de educación para la salud en la comunidad, que incluyeron de inicio la preparación del "Vida Suero Oral", la cloración doméstica del agua para consumo humano y mejoramiento de las condiciones de limpieza y saneamiento del medio, posteriormente se fueron integrando temas de acuerdo con el interés manifestado por la comunidad como enfermedades específicas, cólera, nutrición y planificación familiar entre los más relevantes.
6. Durante las visitas a campo de la médica y la enfermera, se presentaban preguntas y consultas en los domicilios, las que se podían solucionar en el lugar se hacía, las que no, fueron trasladadas al Centro de Salud, de inicio aprovechando el vehículo del centro, más adelante los miembros de la comunidad se acostumbraron progresivamente a presentarse por sí mismos en el Centro de Salud.
7. Entre las peticiones de la comunidad se encontraron la gratuidad de los

servicios y medicamentos, debido a que sus ingresos son muy bajos y no pueden solventar estos gastos aún cuando sean simbólicos, esta situación se corroboró a través de los estudios socioeconómicos realizados por el área de trabajo social.

8. Se solicitó al Patrimonio de la Beneficencia Pública, encargado de administrar las cuotas de recuperación por concepto de consultas y medicamentos, poder otorgar la gratuidad de servicios y medicamentos a la comunidad indígena, lo cual fue aprobado y se otorgó de inmediato.
9. Con la elaboración y aplicación de la Cédula de Microdiagnóstico Familiar se pudo obtener la información más completa sobre la comunidad, sin embargo, para esas fechas la población de la comunidad se había acostumbrado a la presencia frecuente del personal, muchas de las madres de familia se comunicaban por sí mismas con ellos y manifestaron sus inquietudes sobre sus necesidades de salud, aprovechando esa confianza se inició la sensibilización y proporción de información sobre planificación familiar, la cual se completó en las consultas en el Centro de Salud.
10. Se elaboró la evaluación de peso y talla en menores de cinco años como una de las actividades prioritarias. Después de corroborar la presencia de una elevada tasa de desnutrición en esta comunidad, se buscó iniciar la gestión de apoyo nutricional ante del DIF, el cual luego de sus trámites correspondientes, envió un grupo de trabajadoras sociales para que verificaran en campo la información, posterior a ello se asignaron los desayunos escolares para todos los niños menores de 12 años y mujeres embarazadas, lo cual resultó un apoyo concreto a las pláticas y orientaciones de nutrición que se otorgaban tanto en campo como en el Centro de Salud.

11. Otra de las necesidades sentidas de la comunidad, era la capacitación de algún voluntario de la comunidad en "primeros auxilios", para solventar esta necesidad sentida, se les ofreció capacitar uno o varios voluntarios como promotores de salud a través del programa "La Salud Empieza en Casa"; la comunidad designó para que se capacitara a una de las madres de familia, partera tradicional joven, con preparación de secundaria completa y que cumplía las funciones de intérprete ante el personal de salud, quien completó su preparación, colaboró ampliamente en la difusión de los mensajes de salud y atención de la comunidad combinando sus técnicas tradicionales y los nuevos conocimientos.

También se ofreció a la comunidad, capacitar a las parteras tradicionales en la atención higiénica del parto con un programa teórico y práctico con sede en el Centro de Salud y avalado por la Dirección General de Atención Materno-Infantil, de inicio dos parteras de edad avanzada se negaron a asistir, sin embargo, poco a poco se les insistió y convenció con la ayuda de la partera-intérprete y se capacitaron las tres en un curso de tres meses.

Las tres parteras capacitadas continúan utilizando sus mecanismos tradicionales de atención, mediante herbolaria y la atención tradicional del parto, sin embargo han incluido, los conocimientos adquiridos en sus capacitaciones.

Cronología de la implantación del modelo

La descripción detallada se presenta en el anexo 6, que puede consultarse al final del documento.

POBLACION DE ESTUDIO

La población sujeta a estudio la constituyó el grupo triqui de Candelaria de los Patos, los cuales provienen del pueblo de San Juan Copala, municipio de Juxtlahuaca, Oax. se ubicaron en un predio baldío, en la calle de Juan de la Granja 74 a un costado del Metro Candelaria, propiedad de un particular y que la Confederación Nacional Campesina (CNC) apoyó para conservar el predio como domicilio, por lo que se fueron integrando otras familias a esta comunidad.

En el momento del inicio del trabajo (abril 1994) sumaron 31 familias.

a) Muestra

Se estudió e hizo seguimiento de toda la comunidad triqui habitante de Juan de la Granja 74, Candelaria de los Patos.

b) Criterios de inclusión

Se estudio toda la población indígena triqui habitante de Juan de la Granja 74, Candelaria de los Patos.

c) Criterios de exclusión

Se omitió del estudio a la población ajena a la comunidad, fueran mestizos o de otros grupos étnicos que habitan en los alrededores al área de estudio.

VARIABLES

1. Población del grupo indígena

- Número de habitantes
- Edad
- Sexo
- Grupos de edad
- Familias
- Integrantes por familia

2. Panorama socioeconómico

- Actividad económica
- Dimensiones del área
- Características de la vivienda
 - Disponibilidad de agua
 - Electricidad
 - Drenaje
 - Combustible
- Escolaridad

3. Hábitos higiénicos

- Manejo higiénico de los alimentos
- Baño
- Cambio de ropa

4. Dieta

5. Morbilidad

6. Mortalidad

7. Estado nutricional

8. Uso de servicios de salud

- Consulta
- Atención prenatal
- Planificación familiar
- Detección oportuna de cáncer
- Hidratación oral.
- Esquemas de vacunación
- Educación para la salud

9. Formación de recursos de la comunidad

a) Operacionalización de variables y escalas de medición

CUADRO 5
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICION

VARIABLES	OPERACIONALIZACION	NIVEL DE MEDICION	CATEGORIA
Número de habitantes	Número de elementos de población triqui que habitan en el área de estudio	Ordinal	Número de personas
Edad	Número años y meses de cada elemento de la población en estudio	Intervalo	Años-meses
Sexo	Género de cada habitante	Nominal	Masculino/ Femenino
Grupos de Edad	Agrupación de la población por periodos de cinco años	Intervalo	Menores de un año 0-5/6-10/11-15/16-20/21-25/etc.
Familias	Número de núcleos familiares existentes	Ordinal	Número de familias
Integrantes por familia	Promedio de elementos por cada núcleo familiar	Ordinal	Personas por familia
Actividad económica	Actividad laboral que realizan los elementos de la comunidad	Nominal	Actividades
Dimensiones del área	Extensión del terreno que se estudia	De razón	Número de m2
Características de la vivienda	Descripción de la vivienda en cuanto a sus materiales de construcción	Nominal	Material
	dimensiones	De razón	Número de m2
	ventilación	Nominal	Adecuada o no
	limpieza	Nominal	Adecuada o no

(Continúa en la siguiente página)

OPERACIONALIZACION
DE VARIABLES

Continuación del Cuadro 5...

VARIABLES	OPERACIONALIZACION	NIVEL DE MEDICION	CATEGORIA
Disponibilidad de agua	Existencia de agua potable en el área	Nominal-De razón	Sí o no y porcentaje
Electricidad	Existencia de electricidad en el área	Nominal-De razón	Sí o no y porcentaje
Drenaje	Existencia de drenaje en el área	Nominal-De razón	Sí o no y porcentaje
Combustible	Combustibles utilizados en el área	Nominal-De razón	Sí o no y porcentaje
Escolaridad	Nivel de estudios alcanzado por los elementos del grupo en estudio	Nominal-Intervalo/ De razón	Analfabetismo, primaria, secundaria, estudios de mayor nivel/ Porcentaje de analfabetismo
Manejo higiénico de los alimentos	Tratamiento higiénico al agua y lavado de manos	Nominal	Sí o no
Baño	Número de veces que la persona se baña por semana	Ordinal	Número
Cambio de ropa	Número de veces que se cambia de ropa por semana	Ordinal	Número
Dieta	Descripción del consumo de alimentos e interpretación de su contenido proteico y calórico	Nominal	Adecuada o no
Estado nutricional	Situación nutricional de los niños menores de cinco años	Intervalo	Niveles de nutrición por peso para la edad, talla para la edad, peso para la talla, cifras del índice de Waterlow

(Continúa en la siguiente página)

OPERACIONALIZACION
DE VARIABLES

Continuación del Cuadro 5...

VARIABLES	OPERACIONALIZACION	NIVEL DE MEDICION	CATEGORIA
Morbilidad	Motivos principales de enfermedad	Nominal-De razón	Causa de enfermedad- porcentaje
Mortalidad	Motivos principales de muerte	Nominal-De razón	Causa de muerte- Porcentaje
Uso de servicios de salud	Utilización de servicios de salud	Ordinal	Número de acciones
Consulta	Utilización de servicios	Ordinal	Número de acciones
Atención prenatal	Utilización de servicios	Ordinal	Número de acciones
Planificación familiar	Utilización de servicios	Ordinal/ De razón	Número de acciones/ Porcentaje de usuarias activas
Detección oportuna de cáncer	Utilización de servicios	Ordinal	Número de acciones
Hidratación oral.	Conocimiento y utilización de la técnica	Nominal	Sí o no
Esquemas de vacunación	Utilización de servicios	De razón	Porcentaje de esquemas completos
Formación de recursos de la comunidad	Número de voluntarios de la comunidad preparados para actividades de salud	Ordinal	Número de acciones

ANALISIS ESTADISTICO

Dado el tipo de variables utilizadas para recopilar la información, las herramientas matemáticas elegidas fueron:

Frecuencias

Porcentajes

Tasas de morbilidad, mortalidad

El procesamiento de los datos se realizó mediante el programa de cómputo Epi-Info 5.0⁶⁵, se realizaron gráficos a través de los programas Persuation 2.1 y Excel 3.0; el análisis de las variables fue la variación porcentual antes-después de la intervención.

65. CDC. *Epi-Info 5.0*, Statistics epidemiologic analysis, CDC-US Dpt. of Health and Human Services. USA. 1993. 3.5*

**SERVICIOS DE SALUD PARA POBLACION INDIGENA EN GRANDES URBES:
EL CASO DE LOS TRIQUIS**

RESULTADOS

I. PRIMERA ETAPA



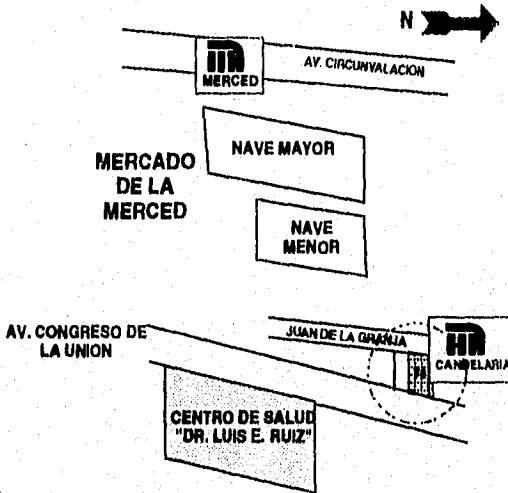
RESULTADOS

I. PRIMERA ETAPA

a) En la Ciudad de México

El grupo triqui motivo de este estudio, proviene del pueblo de San Juan Copala, municipio de Juxtlahuaca, Oax. Llegaron al Distrito Federal, aproximadamente en 1980, en pequeños grupos aislados de dos o tres varones en busca de trabajo, el que encontraron en el área de la Merced y Candelaria de los Patos como estibadores, mozos y cargadores.

FIGURA 11
UBICACION DE UNO DE LOS GRUPOS TRIQUI EN EL D. F.



Posteriormente, fueron trayendo a sus familias y se ubicaron en diversas zonas del área, en bodegas, puestos del mercado y a veces en la calle. En 1986, a iniciativa del Sr. Juan Méndez, se unieron varias familias del grupo y se ubicaron en un predio baldío, en la calle de Juan de la Granja 74 (figura 11) a un costado del Metro Candelaria, donde la Confederación Nacional Campesina (CNC),

les dio el apoyo para conservar el predio como domicilio, por lo que se fueron integrando otras familias a esta comunidad.

En el momento de la encuesta (abril 1994) sumaron 31 familias, cifra que puede variar por nuevas migraciones o regresos temporales a su comunidad de origen. Asimismo, el propio grupo estima que la población total sea de 400 personas, agrupadas en unas 75 familias; las otras 44 familias viven en otras zonas de la ciudad.

b) Necesidades sentidas

De acuerdo con la encuesta realizada para identificar necesidades sentidas, la comunidad triqui tenía como prioritaria la necesidad de contar con las cartillas de vacunación, en segundo término la aplicación de vacunas y en tercer término la capacitación en primeros auxilios. Conocía el centro de salud, pero no utilizaba sus servicios, por una sensación referida de desconfianza y percepción de rechazo de los servicios hacia ellos.

c) Demanda de atención

Los servicios de salud utilizados al inicio del proyecto eran: consulta externa, consulta prenatal, consulta dental, planificación familiar, detección oportuna de cáncer y el módulo de hidratación oral en las instalaciones del centro, que en promedio suman 2 actividades por semana.

d) Panorama socioeconómico inicial

Para este capítulo se utilizó la información obtenida de la cédula de microdiagnóstico de salud familiar⁸², aplicada a 31 familias de Candelaria de los Patos (abril de 1994) y que incluye los rubros de: características y servicios de la vivienda, datos generales de la familia, servicios públicos, alimentación de los

menores de cinco años por el interrogatorio de frecuencia de consumo, higiene personal y de los alimentos, y atención a la salud.

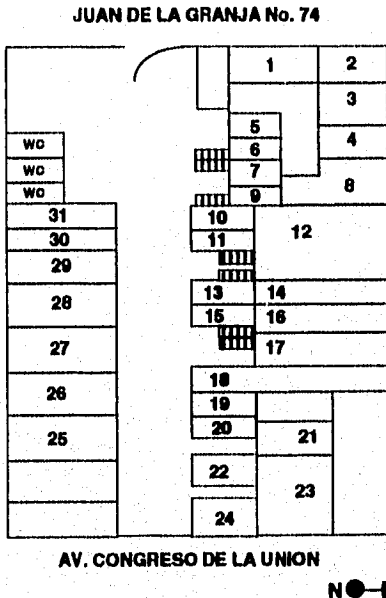
- Estructura económica

La única actividad económica de la comunidad triqui estudiada, es la elaboración y venta de artesanías con motivos decorativos triquis, como son pulseras, bolsas de mano, diademas, broches para el cabello y telas con las que elaboran vestidos propios de este grupo étnico.

- Características de la vivienda

Las viviendas de los entrevistados se ubican en el predio de Juan de la Granja 74, el terreno mide aproximadamente 250m², de forma rectangular (figura 12). Cada vivienda consta de una sola habitación con medidas variables, 2 x 2 m² en promedio, construidas con paredes de lámina galvanizada, techo de láminas galvanizadas y de cartón, clavadas a una estructura de madera, puertas de madera o de tela, sin ventilación, con piso de cemento en un 40% de las viviendas, las primeras que se construyeron se encuentran sobre una plataforma original de cemento que ya se encontraba en el

**FIGURA 12
DISTRIBUCION DE LAS VIVIENDAS EN EL TERRENO**



predio y otra parte de las casas tienen asfalto del que cubría originalmente el patio (60%).

Disponen de agua entubada a través de una llave que se encuentra a la entrada del predio, no cuentan con regaderas. Tienen tres letrinas adaptadas al drenaje para las 31 familias. El drenaje tiene un tramo de 30 cm que se encuentra a cielo abierto, donde se ha perdido la cubierta de cemento. Existen a la entrada dos lavaderos para la ropa, improvisados con piedras, para toda la comunidad.

Cuentan con energía eléctrica en todas las viviendas. El combustible empleado en la cocina y otras actividades del hogar es el gas, cuentan con una hornilla en cada casa con su respectivo tanque de gas de 20 Kg, lo que constituye un riesgo de fugas o explosión.

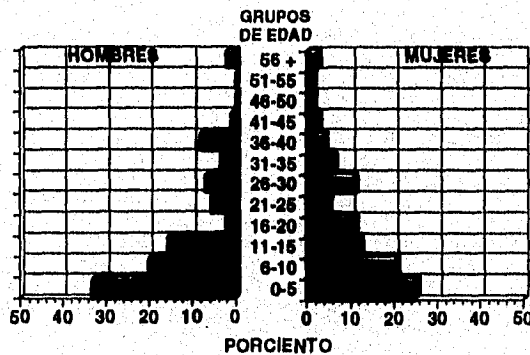
Existen diversos tipos de fauna nociva en las viviendas encuestadas en donde predominan las moscas, mosquitos, cucarachas y ratas; existe abundante basura, desperdicios y excremento al ras del suelo en forma indiscriminada. Los animales domésticos de la comunidad son perros y gatos, sin control alguno.

- Estructura familiar

Las 31 familias, suman 180 personas, 93 mujeres (52%), 87 varones (48%). Existen 95 niños menores de 15 años, de ellos 52 (55%) tienen de 5 a 14 años, 28 (30%) de 1 a 4 años y 15 niños menores de un año (16%) (Figura 13).

FIGURA 13

**PIRAMIDE POBLACIONAL DEL GRUPO TRIQUI
CANDELARIA DE LOS PATOS
1994**



La familia es extensa, cada una tiene en promedio seis personas, los padres, hijos y abuelos. El jefe de familia es hombre en el 98% de los casos y mujer en el 2% restante. Hablan español y simultáneamente su lengua, todos los varones, los niños y las mujeres menores de 15 años (quienes participan como traductores). Las mujeres adultas en su gran mayoría son monolingües, únicamente hablan el triqui; menos del 1% habla español, aunque tienen un cierto grado de comprensión de este idioma sin poder hablarlo.

Según los datos obtenidos acerca del grado de escolaridad, únicamente dos varones adultos y dos mujeres de la comunidad saben leer y escribir, el resto de los mayores de 15 años, son analfabetas. De los niños en edad escolar sólo 20 (39%) acuden actualmente a la educación primaria pública y algunos adolescentes se encuentran en nivel secundaria.

La actividad principal del jefe de familia es: artesano y comerciante. En las madres de familia la actividad principal es la artesanía, comercio y las labores propias del hogar simultáneamente.

El 98% de los jefes de familia toman diariamente alcohol de caña y otros destilados, ocasionalmente la ingesta se incrementa y llegan a la embriaguez.

- Hábitos higiénicos

En este apartado se incluyen los rubros de manejo higiénico de los alimentos, baño y cambio de ropa.

La población de esta comunidad, toma el agua directa de la llave sin ningún tratamiento desinfectante.

**RESULTADOS
PRIMERA ETAPA**

El baño se lleva a cabo una vez por semana, con cambio de ropa, debido a la falla de regaderas hacerlo más frecuentemente es difícil.

- Dieta

La dieta habitual de esta comunidad es arroz, frijol, quelites, nopales y tortillas, alimentos envasados (frituras de maíz, papas fritas, pastelillos, refrescos, etc.) y preparados (tamales tipo oaxaqueño).

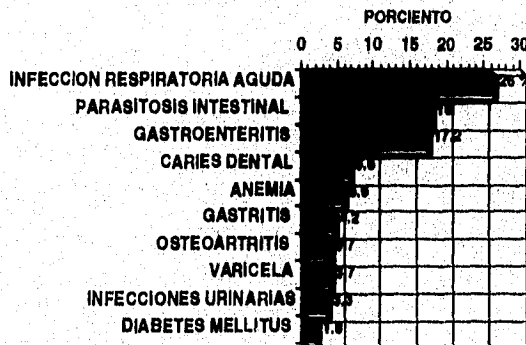
La dieta básica de los niños triquis consiste en huevo, frijol, arroz, quelites, nopales, tortillas, alimentos envasados (frituras de maíz, papas fritas, pastelillos, refrescos, etc.) y preparados (tamales tipo oaxaqueño), su ingesta de leche se da ocasionalmente. En los menores de un año, la dieta es exclusivamente leche materna y en algunos casos cercanos al año de edad hay ablactación incipiente con atoles.

e) Situación de salud

- Motivos de consulta

La morbilidad del grupo está determinada principalmente por infecciones respiratorias agudas (26% del total de motivos de consulta), las parasitosis en el 18% en segundo lugar, gastroenteritis con el 17% de los motivos de consulta, caries

**FIGURA 14
PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA
COMUNIDAD TRIQUI DE CANDELARIA
1994**



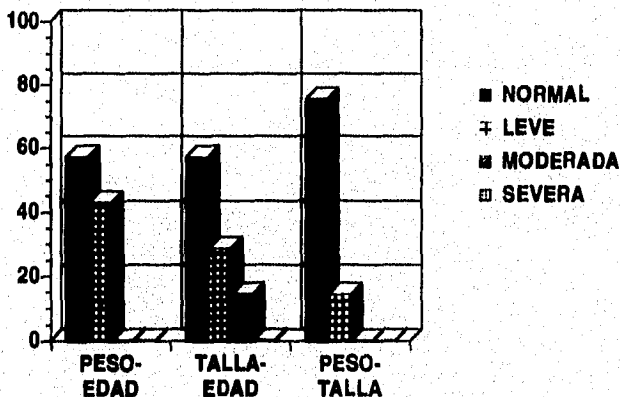
dental el 7%, y con porcentajes menores anemia, gastritis, artritis, infecciones de vías urinarias, varicela, etc., que en conjunto agrupan el 32% restante. (Figura 14)

- Estado nutricional

Se estudiaron 36 niños menores de cinco años (84% del total de niños en ese grupo de edad). Fueron medidos y pesados y los resultados se contrastaron con las tablas NCHS (OMS) y de acuerdo con la clasificación de Waterlow.

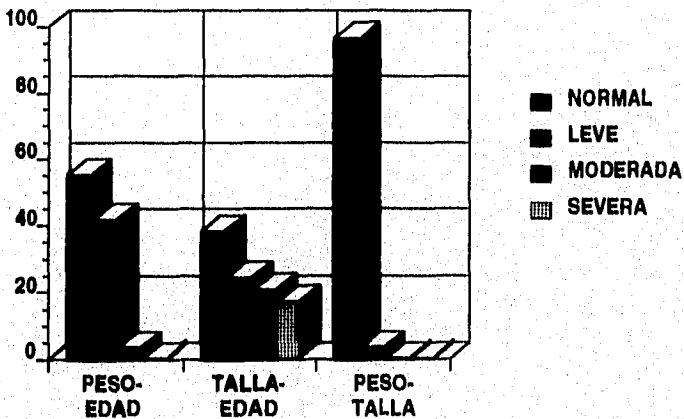
La situación nutricional de los niños estudiados menores de un año, fue catalogada como normal: el 57.1% de acuerdo con el indicador peso para la edad, en el indicador talla para la edad otro 57.2% fue normal y en el peso para la talla 85.7% fue normal. Desnutrición leve según el indicador peso para la edad 42.9%, talla para la edad 28.5%, y peso para la talla 14.3%. Sólo el 14.3% presentaron desnutrición moderada en el indicador talla para la edad. (Figura 15)

FIGURA 15
ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS TRIQUIS
MENORES DE UN AÑO
CANDELARIA DE LOS PATOS
1994



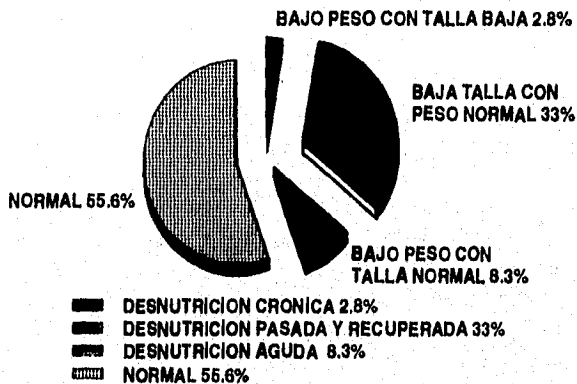
En los preescolares el estado nutricional fue normal en el 55.2% en el indicador peso para la edad, 37.9% en el de talla para la edad y 96.6% en el de peso para la talla. Desnutrición leve en el 41.4% en el indicador peso para la edad, 24.2% en el indicador talla para edad, y en el 3.4% en el peso para la talla. Desnutrición moderada en el 3.4% en el indicador peso para la edad, en el 20.7% en el indicador talla para la edad y ninguno en el indicador peso para la talla; se encontró un 17.2% de desnutrición severa en el indicador talla para la edad. (Figura 16)

FIGURA 16
ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS TRIQUIS
DE UNO A CINCO AÑOS
CANDELARIA DE LOS PATOS
1994



De acuerdo con la clasificación antropométrica de Waterlow en menores de cinco años el 55.6% de los niños fueron normales, 8.3% con desnutrición aguda, 33.3% con desnutrición pasada y recuperada y 2.8% con desnutrición crónica. (Figura 17).

**FIGURA 17
ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS TRIQUIS
MENORES DE CINCO AÑOS DE ACUERDO CON LA
CLASIFICACION ANTROPOMETRICA DE WATERLOW
1994**



- Uso de servicios de salud

En 1987, el Centro de Salud «Dr. Luis E. Ruiz», como parte de las actividades de vacunación invitaba a los diversos grupos indígenas que laboran en el Mercado de la Merced, a acciones de vacunación, hidratación oral, educación para la salud y finalmente consulta, de esta forma se integró inicialmente la comunidad mazahua del área y se iniciaron acciones similares aisladas a la comunidad triqui.

**RESULTADOS
PRIMERA ETAPA**

En caso de enfermedad, los triquis utilizan remedios caseros como primera instancia, asimismo el empleo de medicina tradicional a través de parteras empíricas y curanderos.

Cuando algunos procedimientos no resultan eficaces, acuden al médico, ya que tienen identificado el Centro de Salud.

Los servicios de salud utilizados hasta el momento son: consulta externa, consulta prenatal, consulta dental, planificación familiar, detección oportuna de cáncer y el módulo de hidratación oral en las instalaciones del centro, que en promedio suman 2 actividades de salud, ya fueran preventivas o curativas por semana.

En esquemas de vacunación se tenía una cobertura del 28%.

En planificación familiar se señalaron un 6.4% de usuarias activas.

Existían tres parteras tradicionales sin ninguna capacitación para la aplicación de medidas higiénicas en la atención del parto.

**SERVICIOS DE SALUD PARA POBLACION INDIGENA EN GRANDES URBES:
EL CASO DE LOS TRIQUIS**

RESULTADOS

II. SEGUNDA ETAPA



II. SEGUNDA ETAPA

a) Panorama socioeconómico después de la intervención

- Estructura económica

La única actividad económica de la comunidad triqui estudiada, continúa siendo la elaboración y venta de artesanías con motivos decorativos triquis, como son pulseras, bolsas de mano, diademas, broches para el cabello y telas con las que elaboran vestidos propios de este grupo étnico.

- Características de la vivienda

Las viviendas se mantiene como al principio con una sola habitación con medidas variables, 2 x 2 m² en promedio, construidas con paredes de lámina galvanizada, techo de láminas galvanizadas y de cartón, clavadas a una estructura de madera, puertas de madera o de tela, sin ventilación, con piso de cemento en un 40% de las viviendas, las primeras que se construyeron se encuentran sobre una plataforma original de cemento que ya se encontraba en el predio y otra parte de las casas tienen asfalto del que cubría originalmente el patio (60%).

Una de las viviendas ya cuenta con refrigerador, para el enfriamiento de bebidas embotelladas para su autoconsumo y venta entre sus vecinos.

Persiste como disposición de agua potable la llave que se encuentra a la entrada del predio, no cuentan con regaderas. Tienen tres letrinas adaptadas al drenaje para las 31 familias. El tramo de 30 cm que se encontraba a cielo abierto fue

tapado con materiales provisionales. Siguen los dos lavaderos para la ropa, improvisados con piedras, para toda la comunidad.

El combustible empleado en la cocina y demás actividades del hogar es el gas, con su respectivo tanque de gas de 20 Kg, persistiendo el riesgo de fugas o explosión.

Existen diversos tipos de fauna nociva en las viviendas encuestadas en donde predominan las moscas, mosquitos, cucarachas y ratas; con reducción de los materiales dedesecho, basura y excremento al ras del suelo. Los animales domésticos de la comunidad siguen siendo perros y gatos, los cuales fueron vacunados en su totalidad.

- Estructura familiar

Las 31 familias, suman 184 personas, ya que nacieron cuatro niños en el periodo de estudio, persiste la distribución por grupos de edad y sexo.

Hablan español y simultáneamente su lengua, todos los varones, los niños y las mujeres menores de 15 años. Las mujeres adultas en su gran mayoría se comunican ya en español con fluidez, asimismo su ropa ha ido integrando progresivamente piezas de ropa mestiza, a excepción de las mujeres ancianas, que persisten comunicándose a través de intérpretes y con su ropa tradicional.

Continúan únicamente los dos varones adultos y las dos mujeres de la comunidad que saben leer y escribir, el resto de los mayores de 15 años, no han podido ser alfabetizados. De los niños en edad escolar ahora el 60% acuden

actualmente a la educación primaria pública y algunos adolescentes se encuentran en nivel secundaria.

- Hábitos higiénicos

En este apartado se incluyen los rubros de manejo higiénico de los alimentos, baño y cambio de ropa.

La población de esta comunidad, toma el agua directa de la llave, todas las madres de familia fueron capacitadas en el uso de cloro doméstico para su tratamiento de potabilización y lo manejan correctamente, no se ha podido corroborar que lo utilicen cotidianamente.

El baño sigue siendo una vez por semana, con cambio de ropa.

- Dieta

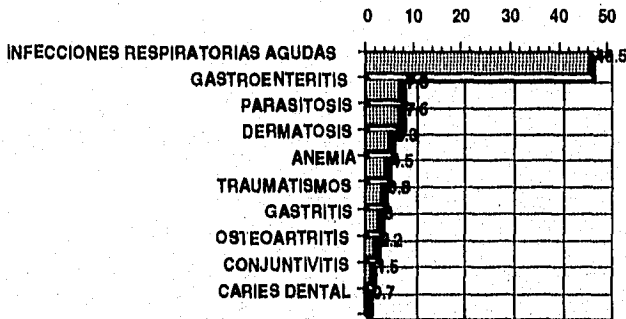
Persiste la dieta habitual de esta comunidad es arroz, frijol, quelites, nopales y tortillas, alimentos envasados (frituras de maíz, papas fritas, pastelillos, refrescos, etc.) y preparados (tamales tipo oaxaqueño). Las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia están recibiendo su apoyo nutricional complementario "desayuno escolar del DIF" y lo están consumiendo.

La dieta básica de los niños triquis continúa siendo el huevo, frijol, arroz, quelites, nopales y tortillas, alimentos envasados (frituras de maíz, papas fritas, pastelillos, refrescos, etc.); al 100% de los niños menores de 12 años se les proporciona diariamente como apoyo alimentario el "desayuno escolar", sin embargo sólo del 60-70% de los niños lo consumen, ya que la leche del todo no es bien aceptada, cuando el desayuno escolar contiene refresco vitaminado es mejor consumido.

b) Motivos de consulta

La morbilidad continúa siendo principalmente infecciones respiratorias agudas (46.5% del total de motivos de consulta), gastroenteritis con el 7.6% de los motivos de consulta, parasitosis intestinal con 7.6%, caries dental el 0.7%, dermatosis 5.3%, con menores porcentajes anemia, gastritis, osteoartritis, varicela, infecciones de vías urinarias. Se integraron dentro de las primeras diez causas de demanda de atención los traumatismos y conjuntivitis. (Figura 18).

FIGURA 18
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS PRINCIPALES
MOTIVOS DE CONSULTA EN LA COMUNIDAD TRIQUI
CANDELARIA DE LOS PATOS
1995



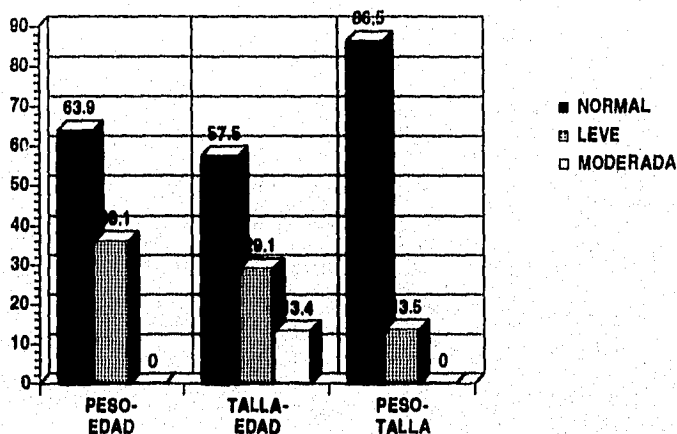
c) Estado nutricional

Se siguieron bajo estudio los 36 niños menores de cinco años que fueron vistos al principio (36% del total de niños en ese grupo de edad). Se continuó la vigilancia de su estado nutricional y fueron medidos y pesados nuevamente con el uso de las tablas NCHS (OMS) y de acuerdo con la clasificación de Waterlow.

**RESULTADOS
SEGUNDA ETAPA**

La situación nutricional de los niños estudiados menores de un año, fue catalogada como normal: el 63.9% de acuerdo con el indicador peso para la edad, en el indicador talla para la edad otro 57.5% fue normal y en el peso para la talla 86.5% fue normal. Desnutrición leve según el indicador peso para la edad 36.1%, talla para la edad 29.1%, y peso para la talla 13.5%. Sólo el 13.4% presentaron desnutrición moderada en el indicador talla para la edad. (Figura 19)

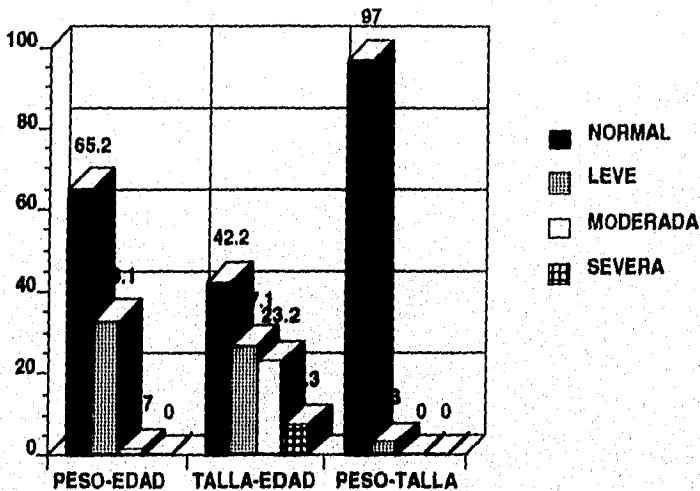
**FIGURA 19
DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL ESTADO NUTRICIONAL
EN LOS NIÑOS TRIQUIS MENORES DE UN AÑO
CANDELARIA DE LOS PATOS
1995**



La disminución bruta de la desnutrición en este grupo de edad fue 15.8% en el indicador peso para la edad. En el de talla para la edad 0.7%, y en el peso para la talla una reducción del 5.6%.

En los preescolares el estado nutricional fue normal en el 65.2% en el indicador peso para la edad, 42.4% en el de talla para la edad y 97% en el de peso para la talla. Desnutrición leve en el 33.1% en el indicador peso para la edad, 27.1% en el indicador talla para edad, y en el 3.0% en el peso para la talla. Desnutrición moderada en el 1.7% en el indicador peso para la edad, en el 23.2% en el indicador talla para la edad y ninguno en el indicador peso para la talla; se encontró un 7.3% de desnutrición severa en el indicador talla para la edad. (Figura 20).

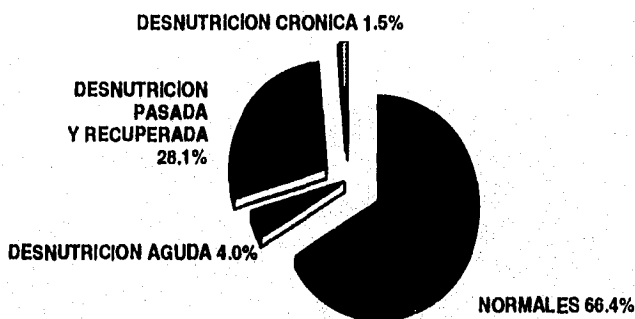
FIGURA 20
DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL ESTADO NUTRICIONAL
DE LOS NIÑOS TRIQUIS PREESCOLARES
CANDELARIA DE LOS PATOS
1995



La reducción de la desnutrición en los preescolares fue 22.3% en el indicador peso para la edad; en el indicador talla para la edad 7.2% y en el de peso para la talla una reducción del 11.7%.

De acuerdo con la clasificación antropométrica de Waterlow en menores de cinco años el 66.4% de los niños fueron normales, 4.0% con desnutrición aguda, 28.1% con desnutrición pasada y recuperada y 1.5% con desnutrición crónica. (Figura 21).

**FIGURA 21
DISTRIBUCION DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS
TRIQUIS DE ACUERDO CON LA CLASIFICACION
ANTROPOMETRICA DE WATERLOW
1995**



d) Uso de servicios de salud

El representante del grupo puso de manifiesto la imposibilidad de la comunidad de pagar las cuotas de recuperación del centro de salud, a raíz de ello se hicieron las gestiones para establecer en forma oficial el servicio gratuitamente.

Se llevó a cabo la promoción diaria del servicio del Centro de Salud, durante un mes mientras se llevó a cabo el censo nominal de vacunación, el levantamiento del censo a la comunidad triqui, visitas diarias a la comunidad para atraer a la

RESULTADOS SEGUNDA ETAPA

población. Con todo ello se lograron integrar a una demanda de 6-12 consultas diarias por parte de la comunidad, en comparación con las dos o tres por semana que se realizaban antes del establecimiento del programa.

Se completaron los esquemas de vacunación de los niños menores de cinco años a un 100%.

Se integró a la planificación familiar a 54% de las mujeres en edad fértil de la comunidad.

Se integró a sus médicos tradicionales (parteras) a la capacitación y formación como promotores de salud comunitarios. De las tres mujeres «médicas tradicionales», dos de ellas, las de mayor edad, no hablan español, para capacitarlas se utilizó a la más joven como traductora, quien además tiene los estudios de nivel de secundaria, por lo que a la vez se le capacitó como promotora de salud. Continúan el manejo de sus técnicas tradicionales de atención, en el año han atendido cuatro partos, tres de ellos desde que concluyó su capacitación, en ninguno ha habido complicaciones.

La promotora de salud es el recurso de atención que mantiene el contacto con el personal de salud, maneja adecuadamente las técnicas de hidratación oral, conocimiento de los problemas de salud más frecuente y la derivación oportuna de los casos complicados.

e) Gestiones interinstitucionales

Después de conocer el panorama de salud y características de la comunidad, se identificó como un problema prioritario la mejoría en las condiciones de nutrición

en conjunto con la comunidad se realizó la gestión ante el DIF para solicitar la provisión de desayunos escolares a los niños menores de 12 años. Los representantes del DIF se presentaron, realizaron un análisis desde el punto de vista social para valorar la procedencia de integrarlos a los programas de apoyo nutricional y convinieron en otorgar un desayuno para cada niño menor de 12 años y las madres gestantes y en periodo de lactancia.

Las primeras semanas el consumo de los desayunos fue muy regular, posteriormente su consumo fue variable con descensos que se corrigieron con la participación del personal médico, para reiterar la necesidad y beneficio de tomar el apoyo nutricional. Al finalizar la evaluación el 60-70% de los niños en promedio, consumen su desayuno escolar, con variaciones dependiendo del contenido del paquete, es mejor recibido cuando trae un jugo o refresco vitaminado en lugar de la leche.

f) Resumen de resultados relevantes

El programa creó un modelo de acción para brindar atención, adaptado para los grupos indígenas insertos en las grandes urbes, con la identificación de los factores presentes que favorecían el rechazo del grupo hacia el sistema institucional, comprobó sus hipótesis de trabajo y fue más allá, con el establecimiento de una estrategia que pretende ser permanente, que ha favorecido las expectativas del grupo indígena y que busca difundir los avances en otras áreas de la ciudad con grupos similares (Cuadro 6).

A continuación se presentan los resultados relevantes tomando en consideración, las hipótesis de trabajo.

**RESULTADOS
SEGUNDA ETAPA**

1. La aceptación de los servicios institucionales en el grupo triqui se mejoró al incrementar la identificación de la comunidad con los mismos y reducir la desconfianza que éstos casuaban. Se incrementó el uso de los servicios en un 600% (de 1-2 consultas por semana a 6-12 por día) (Cuadro 6).

**CUADRO 6
VARIACIONES ANTES-DESPUES DE ALGUNOS INDICADORES SELECCIONADOS**

CONCEPTO		ANTES	DESPUES	VARIACION
USO DE SERVICIOS		1-2 CONSULTAS POR SEMANAS	6-12 CONSULTAS POR DIA	600%
NUTRICION	DESNUTRICION AGUDA	8.3	4.0	-(51.0)%
	DESNUTRICION PASADA RECUPERADA	33.3	28.1	-(15.6)%
	DESNUTRICION CRONICA	2.8	1.5	-(64.3)%
	NUTRICION NORMAL	55.6	66.4	19.4%
MORBILIDAD	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	28%	46.5%	79.0%
	GASTROENTERITIS	17.2%	7.6%	-(55.0)%
	PARASITOSIS INTESTINAL	16%	7.6%	-(57.7)%
	CARIES DENTAL	6.5%	0.7%	-(89.2)%
CULTURALES	DIABETES MELLITUS	1.6%	0	TOTAL
	VESTIMENTA VARONES	ROPA MESTIZA	ROPA MESTIZA	NINGUNA
	VESTIMENTA MUJERES	VESTIDO TRADICIONAL PREDOMINANTE, ALGUNAS OCASIONES COMBINADO CON ROPA MESTIZA	VESTIDO TRADICIONAL COMBINADO CON ROPA MESTIZA CON MAS FRECUENCIA	TENDENCIA AL CAMBIO
USO DEL ESPAÑOL		VARONES INTERPRETES DE LAS MUJERES.	LAS MUJERES SE COMUNICAN EN ESPAÑOL FLUIDAMENTE	TOTAL
FORMACION DE VOLUNTARIOS CAPACITADOS		0	3	TOTAL

**RESULTADOS
SEGUNDA ETAPA**

2. La sensibilización y capacitación del personal de salud favoreció el uso de los servicios y la actitud de los prestadores del mismo hacia la comunidad.
3. El perfil de salud a un año de implantado el programa ha mostrado resultados favorables con disminución de la desnutrición y modificación de las causas de morbilidad. (Cuadro 6)
4. Existen algunos cambios que entran en el ámbito cultural, como en la ropa, la lengua, de mayor magnitud en los varones que en las mujeres, pero en las personas ancianas se ha manifestado clara resistencia al cambio.
5. Se concluyó la capacitación de tres voluntarios de la comunidad.
6. Coexisten los procedimientos tradicionales de atención con los institucionales, con la participación de los voluntarios.

**SERVICIOS DE SALUD PARA POBLACION INDIGENA EN GRANDES URBES:
EL CASO DE LOS TRIQUIS**

DISCUSION



DISCUSION

- **Condiciones de vida.**

Los triquis de la Candelaria de los Patos, tienen problemas prioritarios en los cuales la intervención en salud directa poco puede hacer, tal es el caso de la actividad económica, las dimensiones y características de las viviendas, el acceso a los servicios públicos básicos en los cuales no ha habido ningún cambio a un año de distancia (Cuadro 7), y que sin embargo, sí influyen de manera

CUADRO 7
RESULTADOS DE VARIABLES SOCIALES ANTES-DESPUES DE LA INTERVENCION

VARIABLES	ESTADO ANTES	ESTADO DESPUES	VARIACION
Número de habitantes	180	184	4
Mujeres	52%	52%	0%
Varones	48%	48%	0%
Grupos de Edad	52%	54%	3.8%
Menores de 15 años			
5 a 14 años	55%	56%	1.8%
1 a 4 años	29%	25%	- 13.8%
Menos 1 año	16%	19%	18.6%
Integrantes por familia	6	6	0
Actividad económica	Artesanos y comerciantes	Artesanos y comerciantes	0
Dimensiones del área	250 m ²	250 m ²	0
Características de la vivienda	Materiales de construcción temporales	Mismos materiales de construcción	0
	Habitaciones de 2 X 2 en promedio	Habitaciones de 2 X 2 en promedio	0
	Mala ventilación e iluminación	Mala ventilación e iluminación	0
	Limpieza Inadecuada	Limpieza mejorada	Mejoría

Continuación de cuadro 7...

VARIABLES	ESTADO ANTES	ESTADO DESPUES	VARIACION
Disponibilidad de agua	Una sola toma de agua potable	Una sola toma de agua potable	0
Electricidad	Energía eléctrica informal en todas las viviendas	Energía eléctrica informal en todas las viviendas	0
Drenaje	3 letrinas ubicadas sobre las coladeras	3 letrinas ubicadas sobre las coladeras	0
Combustible	Tanques de gas de 20 Kg. en cada vivienda	Tanques de gas de 20 Kg. en cada vivienda	0
Manejo higiénico de los alimentos	Ninguno	Lavado de manos y tratamiento higiénico al agua	SI
Baño	Una vez por semana	Una vez por semana	0
Cambio de ropa	Una vez por semana	Una vez por semana	0
Dieta	Hipoproteica, hipocalórica	Hipoproteica, hipocalórica. Mejoría en la dieta de algunos niños	SI
Uso de servicios de salud	1-2 consultas por semana	4-5 consultas por día	600%
Formación de recursos de la comunidad	0	3	3

decisiva en la situación de salud, pero muy a pesar de los esfuerzos del equipo de salud, dependen de otros niveles de gestión.

En el caso de la habitación deficiente, las viviendas han sido construidas con materiales provisionales, sin planeación para la ventilación y la higiene, básicamente por la falta de recursos y por la inseguridad sobre la propiedad del terreno. Debido a que se trata todavía de un asentamiento irregular, no ha sido posible conseguir la dotación de agua potable en su totalidad, ni el sistema de drenaje adecuado, ni la regularización de la energía eléctrica.

A corto plazo, el mayor riesgo, lo constituye la posibilidad de fugas o explosión por los tanques de gas que tienen las viviendas, así como la falta de servicios higiénicos adecuados, lo que favorece gran parte de las infecciones intestinales y parasitosis, que constituyen algunos de sus principales problemas de salud.

El nivel educativo de las familias es bajo, ya que la mayor parte de ellos no saben leer y escribir, pero en el caso de la madre de familia es aún más bajo, ya que coexisten el analfabetismo y el monolingüismo parcial, que impide que la educación para la salud llegue correctamente. No hay duda de que estas condiciones influyen en la calidad de vida de la familia y de los niños estudiados y reducen las posibilidades de cambiar hábitos oportunamente. Esta situación coincide con estudios previos realizados por la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional Indigenista^{86,86,87,88}. A pesar de ello, cabe resaltar que el acceso a un

86. **Lezana FMA, Alvarez LC, Victoria JAM y Leroux RL.** *Perfil de Nutrición y Salud de los Niños Chichimecas.* DGEIE-SSA. México, 1992., 36 pp.

87. **Lezana FMA, Alvarez LC, Victoria JAM y Leroux RL.** *Perfil de Nutrición y Salud de los Niños Otomíes.* DGEIE-SSA. México, 1992,32 pp.

88. **Lezana FMA, Alvarez LC, Victoria JAM y Leroux RL.** *Perfil de Nutrición y Salud de los Niños Chontales.* DGEIE-SSA. México, 1992, 40 pp.

mejor nivel educativo ha tenido avances muy notables, a diferencia del año pasado, el 85% de los niños en edad preescolar ya acuden a la escuela, existe un 60% en primaria y un 40% en secundaria, como efecto de las gestiones de la SEPy el INI.

- **Dieta y nutrición**

La dieta es deficiente en proteínas, vitaminas y calorías, problema más grave que en otros grupos indígenas estudiados en que las dietas en los lugares de origen habitualmente eran hipoproteicas pero con cierta garantía de aporte calórico^{86,87,88}.

La dieta, desde el momento en que llegó a la Ciudad de México cambió en sentido negativo y al momento de tomar contacto con el grupo ya consumían alimentos de mala calidad nutricional, diferentes de los que disponían en su lugar de origen. A pesar de las explicaciones sobre lo inadecuado de esa dieta, y las opciones que se les han presentado para mejorarla y estado nutricional, las madres de familia la mantienen y prefieren trabajar haciendo sus artesanías que cocinar una alimentación más balanceada. Sólo algunos niños (60-70%) se están beneficiando del apoyo nutricional que brindó el DIF.

Uno de los factores que parece determinar las características de esa dieta, es que las mujeres de la comunidad, ocupan la mayor parte de su tiempo en la elaboración de artesanías, por lo que, pocas veces cocinan, a esto se agrega la

proliferación de sitios de comercio, les resulta más sencillo comprar alimentos envasados, aunque no tengan las características necesarias de nutrición.

Ante este panorama se inició la capacitación y educación para la salud, con el aprovechamiento de alimentos de bajo costo y alto valor nutricional (como la soya), las mezclas apropiadas de los alimentos que tienen a la mano, así como la gestión del apoyo nutricional del DIF, el que ha aportado a la fecha un desayuno por niño menor de 12 años que constituye un aporte calórico equivalente a un 30% de los requerimientos diarios; sin embargo, pese a la explicación de los beneficios del apoyo nutricional, los niños no aceptan totalmente el desayuno, el cual no se está aprovechando de acuerdo con lo planeado, sólo 60% de los niños lo consumen, a veces no todo; prefieren tomar una bebida refrescante industrializada ("Frutsi") que los 250 ml. de leche reconstituida. Como consecuencia se puede observar lo siguiente:

Al hacer la comparación de los resultados de medición de peso y talla de los niños menores de cinco años con los resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición, persiste un elevado porcentaje de desnutrición mayor que en el nivel nacional y aún más grave que en el nivel de la Ciudad de México (Cuadro 8)^{89, 90, 91}.




En tanto que, en los indicadores peso para la edad, talla para la edad y peso para la talla, la repercusión de la desnutrición crónica se hace manifiesta. Existe un

89. SSA. *Sistema Nacional de Encuestas de Salud. Encuesta Nacional de Nutrición*. México. 1987. pág. 13-19.,

90. FAO-OMS. *Conferencia Internacional Sobre Nutrición. Informe de México*. México 1992. pág. 13-27.,

91. Sepúlveda AJ, Lezana FMA, Tapia CR et al. *Estado nutricional de preescolares y mujeres en México*. Gaceta Médica de México. Vol. 126. No. 3. May-Jun 1990, pág. 207-221.

CUADRO 8
ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS TRIQUIS DE CANDELARIA DE LOS PATOS
COMPARADO CON LAS CIFRAS NACIONALES Y DEL D.F.

CATEGORIA	 NACIONAL*	 D.F.	 ANTES (1994)	DESPUES (1995)
NORMALES	69.4%	82.1%	55.6%	66.4%
DESNUTRICION AGUDA	15.8%	13.2%	8.3%	4.0%
DESNUTRICION PASADA-RECUPERADA	12.4%	4.3%	33.3%	28.1%
DESNUTRICION CRONICA	2.4%	0.4%	2.8%	1.5%

FUENTE:

*SIA. Sistema Nacional de Encuestas de Salud. Encuesta Nacional de Nutrición. México. 1987, pág. 13-19.

*FAO-OMS. Conferencia Internacional Sobre Nutrición. Informe de México. México 1992.

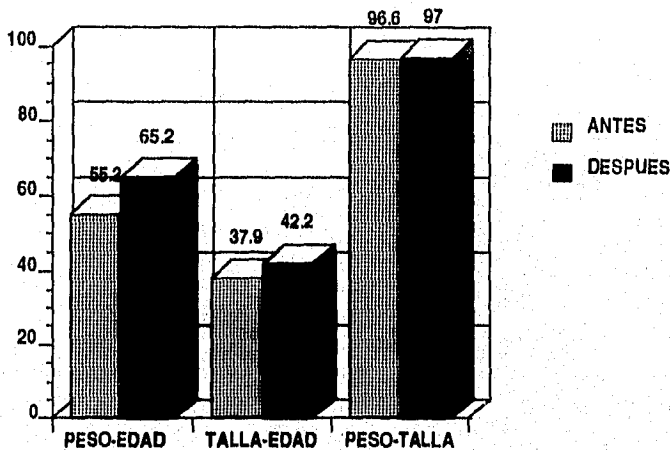
*Sepúlveda A.J., Lazana F.M., Tapia CR et al. Estado nutricional de preescolares y mujeres en México. Gaceta Médica de México. Vol. 126. No. 3. May-Jun 1990, pág. 207-221.

elevado índice de talla baja en los niños de esta comunidad en niños menores de un año y más grave aún en los de uno a cinco años, lo que se relaciona directamente con la «normalidad» en el indicador peso para la talla, ya que los niños mantienen un peso adecuado a expensas de una talla baja, sobre todo en los niños preescolares, en los que la alimentación al seno materno ya concluyó y se alimentan exclusivamente de la dieta similar a la de los adultos.

*En el nivel nacional fueron normales el 69.4%, en la Ciudad de México el 82.1% y en la comunidad en estudio sólo el 55.6%/ 66.4% (antes/después de la intervención A/D) de los niños fueron normales, en desnutrición aguda en el país 15.8%, en la ciudad de México 13.2% y en la comunidad 8.3%/4.0%(A/D). La desnutrición pasada y recuperada en el nivel nacional 12.4%, en la Ciudad de México en 4.3% y en la comunidad 33.3%/28.1%(A/D); con desnutrición crónica en el nivel nacional 2.4%, en la Ciudad de México 0.4% y 2.8%/ 1.5% (A/D) en la comunidad.

Pese a que hubo disminuciones en los niveles de desnutrición a un año de seguimiento (Figura 22), no corresponden a las expectativas creadas al inicio de las gestiones de apoyo nutricional, ya que de acuerdo con estudios de la Dirección General de Atención Materno Infantil⁹², en tres meses se logra la recuperación de la desnutrición leve con una nutrición adecuada.

FIGURA 22
DISTRIBUCION COMPARATIVA DE LOS NIÑOS TRIQUIS
CON INDICADORES NORMALES ANTES-DESPUES DE LA INTERVENCION



En este sentido se requiere una mayor intervención en el aspecto educativo y de sensibilización tanto de las madres como de los niños para una mejor aceptación del complemento. De inicio se consiguió una promoción "de relación"⁷², en la que se ha brindado un panorama general de su problemática de nutrición, conocen su situación negativa de nutrición y alimentación, se les orientó sobre las opciones de solución y se obtuvo un apoyo nutricional para ellos, sin embargo, no ha sido suficiente.

92. DGSSPDF. Programa «Para crecer Sanos y Fuertes». DGSSPDF, IMSS, ISSSTE, DDF, DIF. 1993.

En la siguiente etapa "educativa"⁷², se busca profundizar y concientizar en las actitudes positivas que puedan modificar sus hábitos alimenticios, aprovechando los cambios favorables que en el estado de nutrición se tienen a la fecha, en los cuales ha intervenido el apoyo nutricional, la desparasitación y la disminución de los episodios de diarrea, principalmente, y buscando lograr, finalmente el que las madres cocinen o adquieran una alimentación más balanceada.

Finalmente, en una etapa "complementaria"⁷², se reforzarán los cambios logrados, y ambiciosamente se buscará que se consiguiera una organización interna entre las madres de familia, para que concientes de la situación de nutrición, formaran un comité para crear una COPUCI (Cocina Popular Comunitaria)⁹³ con el apoyo del DIF, que en muchas áreas marginadas ha mostrado sus bondades, en primer lugar para obtener una nutrición más balanceada a cargo del comité, una mejoría en las condiciones de vida derivadas de una mejor alimentación y en algunos casos una mejoría económica, cuando las COPUCI's se vuelven populares en el área circunvecina con lo que se ayuda a otras familias.

Aunque en la problemática de la desnutrición en las comunidades indígenas del país^{48,86,87,88}, confluyen una serie de factores educativos, de acceso a alimentos y financieros; en el caso de esta comunidad indígena urbana resulta aún más grave porque su dieta es aún más limitada y pobre, que en los lugares de origen y participan además, el proceso de aculturación y acceso a otros alimentos de bajo valor nutritivo y mayor costo que son muy fáciles de adquirir en los sitios donde la comunidad se mueve.

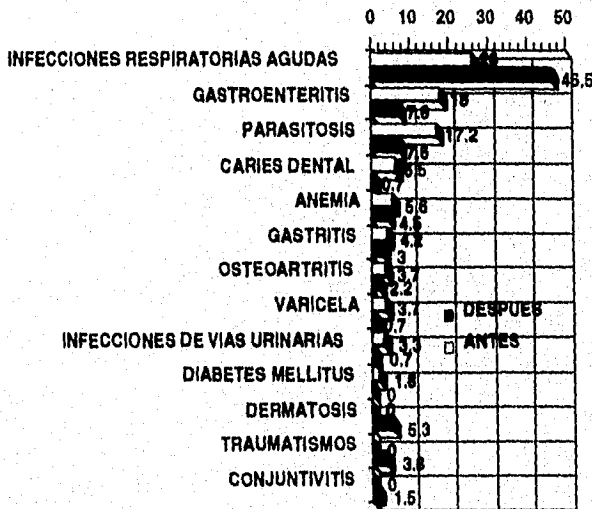
93. Miranda P J. *Plan Básico de Acción, La Asistencia Social en México*. DIF. México. 1987. 250 pp.

• **Causas de morbilidad**

En el perfil de morbilidad al interior de las causas se han modificado en relación con la medición inicial (Figura 23 y Cuadro 6 - del capítulo anterior-), la primera tenía similitud en cuanto a los tipos de enfermedades y el orden con las del D.F.⁹⁴ (Figura 24), su distribución porcentual varía por el tamaño de la población medida, pero se encuentran enfermedades infectocontagiosas, en forma predominante y aparece sólo como enfermedad crónico-degenerativa la Diabetes mellitus.

En la segunda medición, la diabetes desaparece de las diez primeras causas

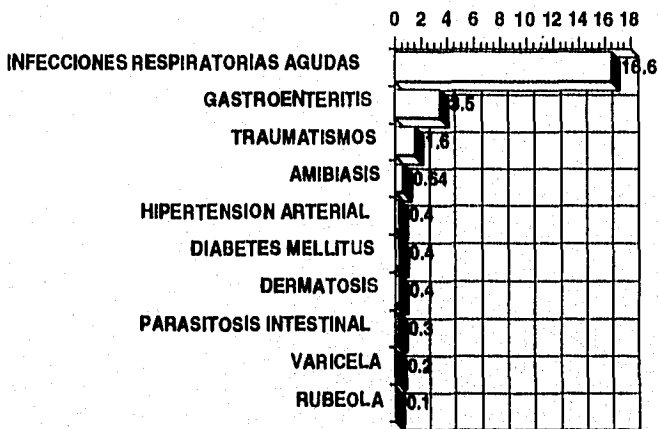
FIGURA 23
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD ANTES-DESPUES DE LA INTERVENCION
COMUNIDAD TRIQUI CANDELARIA DE LOS PATOS
1994-1995



94. Sistema Nacional de Salud. Boletín de Información Estadística. DGEI-SSA. Núm. 14, Vol. I y II, México, 1994.

como casos nuevos, porque los casos identificados se encuentran en control y se consideran subsecuentes, de la misma forma la caries dental también fue atendida a raíz de la primera observación y su incidencia en la segunda medición es muy baja, continúan predominando las enfermedades infectocontagiosas (Figura 23).

FIGURA 24
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE ENFERMEDAD EN EL DISTRITO FEDERAL 1994



FUENTE: SNS. BOLETIN DE INFORMACION ESTADISTICA. DAÑOS A LA SALUD. DIGEI. 1994

Otra característica de la población que está determinando la diferente panorámica de las enfermedades identificadas es la distribución por grupos de edad y sexo, de acuerdo con la pirámide poblacional de este grupo predominan notablemente la población infantil y de adolescentes, es una población muy joven, por lo tanto la incidencia de padecimientos responde a estas características y enfermedades crónico-degenerativas pueden esperarse en una incidencia mayor en unos años más, cuando la población haya envejecido para entrar en los grupos de riesgo.

- **Uso de los servicios y aplicación de programas**

En otros aspectos propios de los servicios de salud es evidente la mejoría en algunos de los considerados prioritarios (Cuadro9):

CUADRO 9
COMPARACION DE INDICADORES SELECCIONADOS DEL USO DE SERVICIOS Y APLICACION DE PROGRAMAS ANTES-DESPUES DE LA INTERVENCION

CONCEPTO	ANTES (1994)	DESPUES (1995)
CONSULTAS	2/SEM	6-12/DIA
ESQUEMAS COMPLETOS DE VACUNACION	28%	100%
USUARIAS DE PLANIFICACION FAMILIAR	6.4%	54.%
VOLUNTARIOS DE LA COMUNIDAD CAPACITADOS	0	3

En el uso de servicios de salud se observó una variación total en un 600%, en la falta de utilización de los servicios influyó en primer lugar el rechazo a los servicios institucionales, los problemas de fluidez y comprensión del idioma, ya que, en diversas ocasiones se quejaron de que los empleados de cualquier institución, les dan las instrucciones para el uso de servicios en español, pero con una velocidad mayor a la que ellos necesitan para entender con seguridad la información y con el consecuente temor de realizar los trámites equivocadamente; y, finalmente, se supo que el miedo del cruce de la Av. Congreso de la Unión, con intenso tráfico, también influyó en la demanda de los servicios.

Esta aceptación de las acciones de salud, al parecer tiene que ver más con su valoración por beneficios utilitarios, que por un concepto preventivo, así como la inocuidad de los procedimientos, como ejemplos, la vacunación les era muy necesaria para poder contar con la Cartilla de Vacunación, ya que la requerían para inscribir a sus hijos en las escuelas, como documento de identificación y porque tienen la concepción de la cartilla como un documento "valioso". En el caso de la planificación familiar, parece que hubo otra comprensión de utilidad, más que de salud, estar embarazadas empeora sus situación económica ya de por sí difícil y por otro lado les impide realizar sus actividades de trabajo en forma más fácil.

A continuación se detallan las características de los programas prioritarios: En vacunación universal se logró la cobertura total de esquemas de vacunación. Más que por la comprensión del carácter preventivo de esta actividad, por la necesidad de contar con la cartilla de vacunación para realizar otros trámites como las inscripciones en escuelas, acceso a desayunos escolares, etc. y sobre todo, por la certeza de que las vacunas no causan daño, aunque no reconozcan su beneficio preventivo. Las Cartillas Nacionales de Vacunación constituyeron un incentivo para la participación de la comunidad al inicio de las actividades del modelo.

En planificación familiar también son notables los resultados, ya que tradicionalmente se había considerado a los grupos indígenas como los más difíciles de integrar a los programas de planificación familiar, al inicio del proyecto eran muy pocas las mujeres triquis usuarias de los métodos (6.4%), a un año de iniciado el programa, las propias mujeres solicitan la información y eligen los métodos con lo que se alcanza un 54% de mujeres en edad fértil usuarias activas.

En capacitación de voluntarios de la comunidad, se logró capacitar tres parteras tradicionales a las cuales se les llevó al curso completo y recibieron su documentación que les avala como «Parteras Tradicionales Capacitadas», así como los implementos que la Dirección General de Materno Infantil, SSA, otorgó a todas las parteras tradicionales. Ellas atendieron en la comunidad a los cuatro niños de la comunidad que nacieron en el curso del año de estudio, y no tuvieron complicaciones.

Además, la partera tradicional más joven, respondió adecuadamente y recibió la capacitación completa en el programa «La Salud Empieza en Casa», con lo que tiene la capacidad para atender los problemas de salud más frecuentes de su comunidad y refiere a los casos que no puede atender con sus recursos, brinda orientación de salud, es la intérprete y reproductora de los mensajes de salud, y se ha constituido en el enlace más eficaz con la institución.

En el programa de control de diarreas e hidratación oral también se tuvieron resultados muy favorables, ya que se han reducido las cifras de incidencia de cuadros enterales, asimismo, el control de los cuadros ha sido a nivel doméstico con un manejo adecuado de la terapia de hidratación oral, con únicamente un internamiento por deshidratación grave, que sucedió durante un brote de cólera en una familia, el cual fue controlado adecuada y oportunamente por las médicas asignadas del Centro de Salud.

Aunque se ha hecho mucho énfasis en el saneamiento básico y mejoramiento ambiental, los resultados en este sentido no son completos, se ha logrado capacitar a las madres de familia de la comunidad en el manejo del cloro residual para la desinfección doméstica del agua para consumo; en el mejoramiento del ambiente, únicamente se ha logrado reducir la cantidad de basura tirada indiscriminadamente fuera de las viviendas y el fecalismo al ras del suelo.

- **Hábitos y costumbres**

De los hábitos y costumbres propias de la comunidad que han ido cambiando, son notorias como un proceso de aculturación y transculturación incipientes:

- El primer contacto se llevó a cabo con el líder del grupo el Sr. Juan Méndez, quien por su frecuente trato con representantes de otras instituciones, consideró convenientes los ofrecimientos que en materia de salud integraban el programa, los cuales constitúan un beneficio más para el grupo. A pesar de esta coordinación inicial con el líder, en la práctica, la respuesta a la presencia del personal de salud.

Al inicio de la aplicación del modelo de acción, existía el rechazo de la comunidad a los servicios institucionales, manifestado por la falta de acceso a pesar del conocimiento de la existencia de los servicios, en el caso de las mujeres de la comunidad, éstas se encerraban en sus viviendas, escondían a sus niños y se negaban a recibir la información de salud. A un año de distancia cuando llega el personal de salud salen a recibirlo, intercambian información o simplemente saludos, reciben la información de salud, responden a las invitaciones, acuden espontáneamente al centro de salud, permiten que el personal entre en sus viviendas, incluso lo invitan a pasar, a convivir con ellos.

Esto parece haberse conseguido gracias a la persistencia del personal que además es femenino, al apoyo de algunas madres de familia de la comunidad sensibilizadas, pero sobre todo, el haber recibido la autorización

de sus esposos para relacionarse con el personal de salud y a haber observado resultados del programa.

- Los maridos salen con frecuencia de la ciudad, todos ellos hablan español pero dado que las mujeres de la comunidad se quedan mucho tiempo solas, hace un año, sólo unas cuantas hablaban español, pero ahora la comunicación es mejor, ya que tienen que hablar el idioma para comunicarse en sus actividades de comercio y por otro lado, se ha podido deducir por las conversaciones con las mujeres, que al inicio de la intervención, por lo menos entendían adecuadamente el español y lo hablaban con fluidez incipiente, sin embargo, fingían no entender nada para mantenerse al margen del trato con el personal de salud, en ese periodo, era necesaria la presencia de los padres de familia para que tradujeran a sus esposas la información que se daba, hasta que tuvieron confianza suficiente en los resultados del programa y las trabajadoras, para entablar pláticas con ellas, lo que resalta el cambio de la lengua y una relación más estrecha en los mecanismos de comunicación.
- El vestido también es una característica que ha cambiado, las mujeres han integrado la ropa occidental y la mezclan con el traje tradicional, utilizan blusas en lugar del huipil pero conservan el enredo, o faldas en lugar del enredo, algunas han dejado su traje tradicional sólo en las épocas importantes, en parte se explica lopreciado del traje y su costo que es muy alto, algunas de ellas sólo tienen uno, por ello lo reservan. Los varones definitivamente utilizan ropa común y corriente.

**SERVICIOS DE SALUD PARA POBLACION INDIGENA EN GRANDES URBES:
EL CASO DE LOS TRIQUIS**

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS



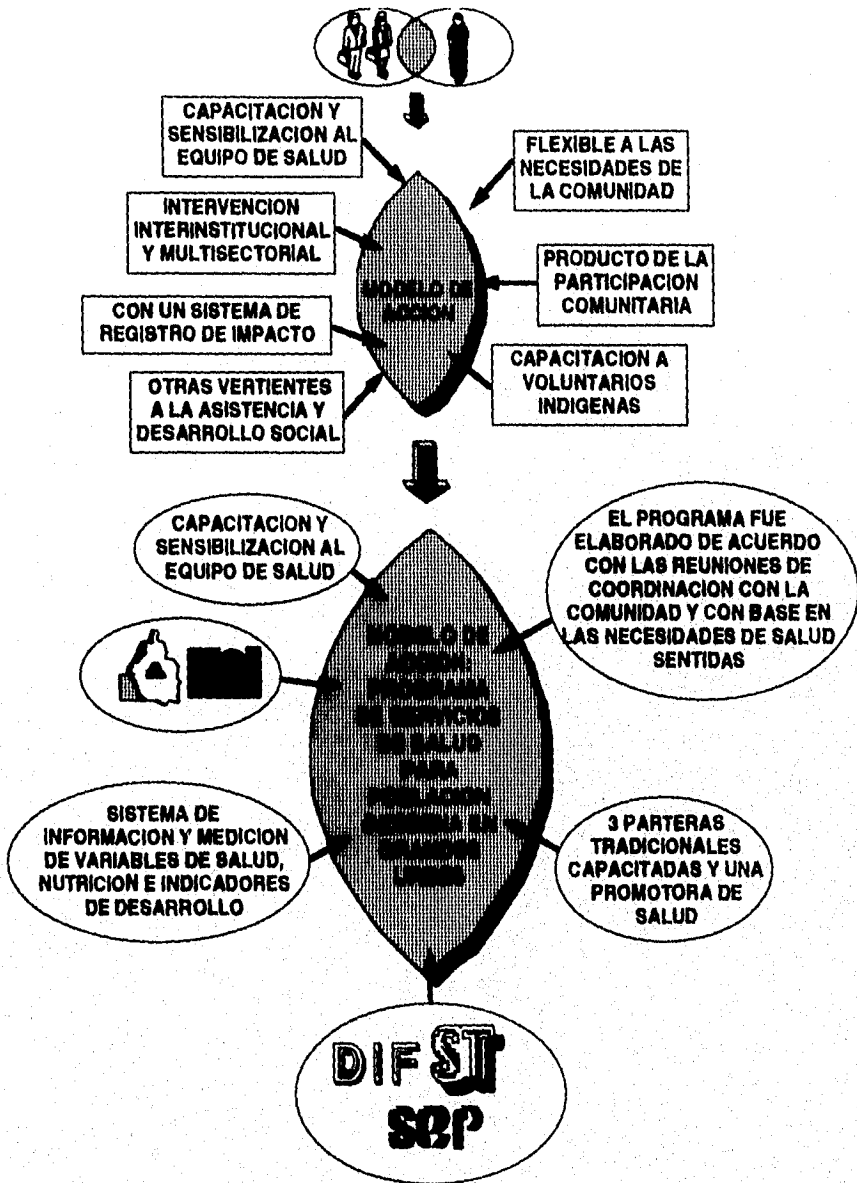
CONCLUSIONES

El trabajo de investigación en territorio indígena requiere la modificación de conceptos y sensibilización del personal de salud, tanto para el acercamiento, como para la búsqueda de mecanismos de contacto más eficientes, antes de iniciar la búsqueda de modificaciones en el grupo indígena, ya que en tanto no se establezcan canales de comunicación para obtener el acercamiento entre los servicios institucionales y las comunidades indígenas urbanas, no habrá efectos en las condiciones de salud, aún cuando exista la infraestructura suficiente para brindar los servicios y sean evidentes las necesidades de la comunidad.

Es claro que existen barreras de comunicación y culturales, que requieren intervenciones a través de canales alternativos, en el de comunicación por ejemplo el establecimiento de intérpretes para iniciar la comunicación, buscar los personajes clave de la comunidad que comenzaran la transmisión de información en salud; asimismo, la necesidad de contar con canales culturales que permitan el intercambio de concepciones y su asimilación, dentro del margen que permita la comunidad para no violentar la conservación de la identidad como grupo, evitando su desintegración cultural.

El modelo de acción cumplió sus objetivos de crear un modelo de atención adaptado para los grupos indígenas insertos en las grandes urbes, con la identificación de los factores presentes que favorecían el rechazo del grupo hacia el sistema institucional, logró el establecimiento y aceptación de los servicios institucionales, cuyo efecto directo fue la modificación de su perfil de salud, comprobó sus hipótesis de trabajo y se fue más allá con el establecimiento de una estrategia que pretende ser permanente y que ha favorecido las expectativas del grupo indígena, de acuerdo con las siguientes características planteadas al inicio (Figura 25):

FIGURA 25
CUMPLIMIENTO DEL MODELO DE ACCION A LOS OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS



1. La falta de asistencia a los servicios institucionales de salud, estaba determinado más por desconfianza de los servicios que por falta de conocimiento sobre la existencia de los mismos. Esta característica inicial se modificó con una promoción intensa, pero sobre todo por la evidencia tangible para los usuarios de la capacidad de respuesta de la institución, así como resultados concretos y en breve plazo a sus necesidades sentidas.
2. La sensibilización del personal de salud fue sencilla porque el grupo asignado a la atención de la comunidad triqui, se encontraba muy motivado por la posibilidad de poder integrar en un sólo momento diversas actividades de los programas prioritarios, asimismo, se logró una mejor respuesta por la capacitación brindada por la institución, lo que favoreció un trato más comprensivo y paciente con la población, otro factor que favoreció la actitud del personal fue la evidencia de apoyo para el programa y el reconocimiento en diversos foros de la actuación y resultados positivos del equipo.
3. El desarrollo del programa en forma de un modelo flexible favoreció las modificaciones en el perfil de salud con disminución de la desnutrición, modificaciones en las causas de morbilidad y capacidad de autoatención básica.
4. Es evidente que en este modelo se encuentran ejemplos de los procesos de transculturación-aculturación. Persisten las características tradicionales del grupo, tanto en hombres como en mujeres; en las mujeres está supeditado a en mucho a la voluntad e indicaciones de sus esposos. Se han identificado algunos cambios, pero éstos son los

CONCLUSIONES

que la comunidad ha decidido integrar a sus patrones de vida, protegiendo y manteniendo sus características culturales.

5. Los voluntarios indígenas resultaron un excelente medio en la comunidad triqui para el avance exitoso del programa, ya que al capacitarlos se respondió a la necesidad sentida manifestada al inicio del proyecto. Se les reconoció su capacidad como recursos de salud y se les trata en un plano respetuoso, se les supervisa frecuentemente y se elogia su trabajo; en forma recíproca se convirtieron en portavoces de los mensajes educativos, de salud y aliados del personal del centro de salud.
6. Los procedimientos de atención a la salud tradicionales coexisten en forma armónica con los recursos de la medicina institucional, los ofrecimientos de atención institucional han sido integrados al arsenal de recursos del médico tradicional, los emplea a su juicio y refiere oportunamente a los casos que no puede atender. Algunas acciones preventivas se han interpretado de una forma diferente a la que el personal de salud trató de dar como mensaje, más que por la comprensión cabal de los beneficios preventivos directos, por la percepción de «beneficios indirectos» en otro orden de trámites necesarios para ellos.
7. Los problemas de salud del grupo triqui en la ciudad de México, persisten con un patrón más rural que urbano de acuerdo con las características de morbilidad, se encuentran entre sus primeras causas y con altas proporciones, en orden de presentación, los problemas infectocontagiosos, de desnutrición y sólo en último lugar se integran

algunas crónico degenerativas, con variaciones discretas en relación con el panorama del Distrito Federal en su conjunto.



Los cambios en el momento de esta evaluación son de forma sobre todo en lo referente a acciones de salud preventivas, se requiere mayor tiempo de observación y permanencia del programa para poder identificar cambios de fondo, tal es el caso de los hábitos higiénicos y de nutrición que requieren modificación para incrementar las tasas benéficas en salud.



Es indispensable consolidar el modelo, extenderlo y con el tiempo valorar la necesidad de un modelo alternativo, aunque de momento la aplicación de los programas institucionales con las adecuaciones operativas y en la instrumentación, ha demostrado su utilidad, ya que finalmente se logró incorporar a la comunidad como usuarios normales, con coberturas de programas similares a las de población urbana común.



En el desarrollo del modelo se aplicaron algunas innovaciones, como el uso de los intérpretes en áreas urbanas, el establecimiento de incentivos (por ejemplo, las cartillas de vacunación, los desayunos escolares, la capacitación de las voluntarias indígenas con un estímulo no sólo académico sino inclusive económico a través de un apoyo interinstitucionales de la Secretaría del Trabajo), el respeto a las necesidades sentidas y la voluntad de la comunidad en relación con esas necesidades, y la interacción estrecha del personal de salud con la comunidad.



Existen fuerzas que retrasan el avance del programa, por ejemplo los adultos ancianos que han procurado mantenerse al margen de las acciones del programa de intervención, sólo acuden a la consulta médica cuando no tienen otra opción, pero rechazan totalmente cualquier actividad de tipo preventivo. Otro factor que puede estar influyendo en el retraso en la aparición de cambios son sus características de migración cíclica, con retornos periódicos a su lugar de origen donde sus raíces culturales vuelven a reforzarse.

PERSPECTIVAS

Los resultados favorables del programa pueden ser difundidos y adaptados a otras comunidades indígenas en situaciones de marginación similares en grandes urbes. El programa se está aplicando con avances de menor magnitud en otros siete grupos asentados en el D. F.

**SERVICIOS DE SALUD PARA POBLACION INDIGENA EN GRANDES URBES:
EL CASO DE LOS TRIQUIS**

BIBLIOGRAFIA



SERVICIOS DE SALUD PARA POBLACION INDIGENA EN GRANDES URBES:
EL CASO DE LOS TRIQUIS

BIBLIOGRAFIA

- Aguilar CF, Alvarez L C, Lezana F MA et al.** Tendencias de Investigación en Servicios de Salud en México, 1984-1991, *Salud Pública Mex.* 1993; 35:550-555.
- Agulre BG, Pozas AR.** *La política indigenista en México.* Tomo II. INI-Consejo Nacional para la Cultura y las Artes. México, 1991, pág. 13-17
- Agulre BG.** *Obra antropológica VI. El proceso de aculturación.* Univ. Veracruzana, INI, Gob. del Edo. de Veracruz y FCE. México. 1992, pág. 132.
- Beguin I, Cap M, Dujardin B.** *Guía para Evaluar el Estado de Nutrición.* OPS-OMS. EUA. 1989, 86 pp.
- Campbell DT, Stanley JC.** *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social.* Amorrortu ed. Buenos Aires. 1978, pp. 103-107
- Caro FG.** *Readings in Evaluation Research.* Russell Sage Foundation. EUA. 1982, pp. 81-82.
- Caso A, Zavala S, Miranda S, González NM.** *La política indigenista en México. Tomo I.* INI-Consejo Nacional para la Cultura y las Artes. México, 1991, pág. 202-206).
- CDC.** *Epi-Info 5.0, Statistics epidemiologic analysis,* 1993. 3.5"
- Comas J, Faulhaber J.** *Somatometría de los Indios Triquis de Oaxaca,* México. IIH-UNAM. México. 1965, 200 pp.
- Comas J.** El problema social de los indios triquis en Oaxaca. *América Indígena.* Vol. II. México, Enero 1942, No. 1, pág. 51-57.
- Comisión Nacional de Derechos Humanos.** *Las costumbres jurídicas de los indígenas en México.* CNDH. México, 1994, pág. 15.
- Cordero ADC.** *Contribución al estudio del Derecho Consuetudinario de los Triquis.* Instituto de Administración Pública de Oaxaca. 1977, pág. 15-25, 35-47, 52-55.
- Corona V R.** *Medición indirecta de la inmigración temporal en Baja California.* UNAM. México, 1986, pág. 27.

**SERVICIOS DE SALUD PARA POBLACION INDIGENA EN GRANDES URBES:
EL CASO DE LOS TRIQUIS**

- Corona VR.** *Un Método para estimar la migración neta definitiva al Interior y exterior de diversas áreas geográficas.* UNAM. México, 1988, pág. 56.
- De la Vega E S.** *Diversidad étnica y lenguas indígenas predominantemente habladas en México.* CEPS-SSA, México. 1994, pág. 16-20.
- DGEIE.** *Anuario Estadístico 1993.* SSA. México. pág. 28-29.
- DGEIE.** *Mortalidad 1990.* DGEIE-SSA. México. 1991.
- DGSSPDF.** *Agenda de Salud del Distrito Federal.* DGSSPDF-SSA. México. 1993. pág. 4-35.
- DGSSPDF.** *Guía de Unidades y Servicios de Salud. Primer Nivel de Atención.* DGSSPDF. 1994. 27-30.
- DGSSPDF.** *Programa «Para crecer Sanos y Fuertes».* DGSSPDF, IMSS, ISSSTE, DDF, DIF. 1993.
- ENHR.** *A strategy for action in Health and Human Development.* Task Force on Health Research for Development Secretariat. Switzerland. 1991. Pág. 22-44.
- FAO-OMS.** *Conferencia Internacional Sobre Nutrición. Informe de México.* México 1992. pág. 13-27,
- Fernández HP.** *Elementos para una caracterización socioeconómica de la población indígena.* CEPS-SSA, México. 1994, pág. 2.
- Fernández HP.** *La mortalidad infantil indígena en 1990: una estimación a través de municipios predominantemente indígenas.* CEPS-SSA, México. 1994, pág. 1-21
- Fineberg H.** *The Quest for Causality in health Services Research,* en **Schrest L, Perrin E, Bunker J.** *AHCPH Conference Proceedings Research Methodology. Strengthening. Causal interpretations of nonexperimental data.* US Dpt. of Health and Human Services. PHS. EUA, May 1990, pág. 215-220.
- Flynn RL, Kurland J.** *Building Health Through Community.* Memoria del Diálogo Internacional Sobre Salud Urbana. USA. 1991. pág. IV, 1-3.

**SERVICIOS DE SALUD PARA POBLACION INDIGENA EN GRANDES URBES:
EL CASO DE LOS TRIQUIS**

- Gallach.** *Las Razas Humanas. Vol. IV. Los Pueblos Americanos.* Ed. Inst. Gallach. Barcelona. Esp. 1991, pág. 673.
- González G JA.** *El Estado y las etnias nacionales. La relación entre el Derecho Estatal y el Derecho Consuetudinario.* IIJ-UNAM. 1995, 86-94.
- Gutiérrez mC MT, Cea H ME et al.** *Atlas de Migración Interna en México.* UNAM. México, 1988, pág. I-1,2 y III-21.
- Hernández BHH.** *Notas sobre líneas de Investigación en migraciones internas para América Latina.* UNAM. México. 1988, pág. 11-19
- Hofer H, Müller K, Lueras L et al.** *Le gran Guide Du Mexique.* Gallimard. Singapour, 1988, pág. 257.
- Holguín Q F.** *Estadística Descriptiva Aplicada a las Ciencias Sociales.* PLTU-UNAM. México. 1984. 452 pp.
- Hollembach E E.** El origen del Sol y del la Luna. Cuatro versiones en el triqui de Copala. *Tlalocan Rev. de Fuentes para el Conocimiento de Culturas Indígenas de México.* Vol. VII. México. 1977.
- Horwitz A.** Salud para todos en el año 2000 y la Universidad. *Bol Of Sanit Panam* 98(5), 1985, pág. 405-413.
- Huerta R C.** *Organización socio-política de una minoría nacional. Los Triquis de Oaxaca.* INI. México, 1981. pág. 9-69.
- Huerta R C. Saldaña F M C.** *Pueblos Indígenas de México. Triquis.* INI-SEDESOL. México. 1994, pág. 23.
- Huerta R C.** *Triquis.* Monografía. INI. México. 1994, pág. 20.
- IMSS-Solidaridad.** *Acuerdo de colaboración para el fortalecimiento de la medicina indígena tradicional, IMSS-Solidaridad - CEMIT.* México. 1995. 17 pp.
- INEGI.** *Análisis de Población Según Lengua Indígena,* México, 1990.
- INEGI.** *XI Censo General de Población y Vivienda. Resultados definitivos. Estados Unidos Mexicanos,* México, 1990.
- INEGI.** *XI Censo General de Población y Vivienda. Resultados definitivos. Oaxaca. Tomo II. ,* México, 1990.

**SERVICIOS DE SALUD PARA POBLACION INDIGENA EN GRANDES URBES:
EL CASO DE LOS TRIQUIS**

- Khanna S, Brandon P, Puentes C.** Salud en zonas urbanas de América Latina y del Caribe. *Bol Of Sanit Panam* 96(2), 1984:134-146.
- Laguna J.** La investigación de Servicios de Salud, *Salud Pública Méx.* 1984; 26:332-333.
- Larlos T J.** El INI. A cuarenta años de su fundación. *México indígena.* Otoño 1988, 7-9.
- Lechuga RD.** *El traje de los indígenas de México.* Panorama, México. 1992, pág. 90.
- Lezana FMA, Alvarez LC, Victoria JAM y Leroux RL.** *Perfil de Nutrición y Salud de los Niños Chichimecas.* DGEIE-SSA. México, 1992., 36 pp.
- Lezana FMA, Alvarez LC, Victoria JAM y Leroux RL.** *Perfil de Nutrición y Salud de los Niños Chontales.* DGEIE-SSA. México, 1992, 40 pp.
- Lezana FMA, Alvarez LC, Victoria JAM y Leroux RL.** *Perfil de Nutrición y Salud de los Niños Otomíes.* DGEIE-SSA. México, 1992, 32 pp.
- Lugo P E.** *Preparación de originales para publicar. Manual del Autor de textos científicos y educacionales.* Trillas. México. 1992. 244 pp.
- Martell R R.** *Bases para una política Indigenista. Los triquis de Oaxaca.* ENCPS-UNAM. México, 1963. 75 pp.
- Mc Keown T.** El camino hacia la salud. Prioridades en la investigación, *Bol Of Sanit Panam* 107 (3), 1989: 264-269.
- Méndez RI, Namihira G D, Moreno AL, Sosa MC.** *El Protocolo de Investigación.* Trillas. 1990, 190-191.
- Millán E S.** *San Juan Copala: Caciquismo y represión. Los triquis se organizan y lucha.* UNAM-IIE. México, 1985. 245 pp.
- Miranda P J.** Lineamientos sobre salud pública para poblaciones indígenas. *Informédica.* pág. 81.
- Miranda P J.** *Plan Básico de Acción en la Asistencia Social en México. Propuesta funcional y estructural.* DIF. México, 1987. 250 pp.
- Miranda PJ.** *Promoción de la salud.* IMSS-Coplamar. Serie 14. México. 1977. pág. 15-17.

**SERVICIOS DE SALUD PARA POBLACION INDIGENA EN GRANDES URBES:
EL CASO DE LOS TRIQUIS**

- Miranda P J.** *Prontuario para la Atención de Salud de la Población Indígena en Zona Urbana.* DGSSPDF, México. 1994. 95 pp.
- Miranda P.J.** *Sugerencias a la Coordinación del Programa de Salud Indígena en el Distrito Federal.* Facsimilar. 1994. 3pp.
- Mosteller F.** Improving Research Methodology: an overview. en **Schrest L, Perrin E, Bunker J.** *AHCPR* (op. cit.) pág. 221-224.
- MSH.** *Overview of Urban Health Strategies and Methods. Managment Sciences for Health.* USA. 1993. Chapt. 17.
- Nieto R J.** *Microregión triqui. Un programa de desarrollo rural.* Comisión del Río Balsas-ENAH. México, 1975. 220 pp.
- Ochoa A, Uribe A.** *Emigrantes del Oeste.* Consejo Nacional para la Cultura y las Artes. México, 1990. pág. 9-11.
- OPS.** Apoyo a la investigación de Servicios de Salud. *Bol Of Sanit Panam*, 106 (3), 1989: 253-255.
- OPS.** Atención de salud en las grandes ciudades. *Bol Of Sanit Panam.* 94 (6), 1983: 609-613
- OPS.** Atención primaria de salud en zonas urbanas. *Bol Of Sanit Panam* 98 (5), 1985, pág. 473-478.
- OPS.** Cultura Médica Tradicional. *Bol Of Sanit Panam* 96 (2), 1984: 180-181
- OPS.** Culturas médicas tradicionales. *Bol Of Sanit Panam* 98 (4), 1985: 373-377
- OPS.** El concepto de Salud y Enfermedad en comunidades indígenas andinas. *Bol Of Sanit Panam* 103 (4), 1987, pág. 402-404.
- OPS.** Epidemiología y antropología en la atención primaria. *Bol Of Sanit Panam* 95 (2), 1983, pág. 186-189.
- OPS.** Investigación en servicios de salud. Situación y perspectivas. *Bol Of Sanit Panam*, 98(5); 1985: 479-485.
- OPS.** Salud Urbana en América Latina y el Caribe. *Bol Of Sanit Panam* 96 (2), 1984: 179-180.
- PAM.** *Diagnóstico y Programa de Salud*, facsimilar, 1993.
- PAM.** *Números ocultos. México Indígena*, No. 21, Jun 1991.

**SERVICIOS DE SALUD PARA POBLACION INDIGENA EN GRANDES URBES:
EL CASO DE LOS TRIQUIS**

- Partida B V.** *Estimación de los niveles de migración en el censo de México de 1980*, CEPS-SSA, México, pág. 24-27
- Picón C, Barquera H, Latapí P et al.** *Investigación Participativa. Algunos aspectos críticos y problemáticos*. CREFAL, No. 18, México, 1986, pág. 52-131.
- Poder Ejecutivo Federal.** *Plan Nacional de Desarrollo. Informe de Ejecución. Avance 1988 y Balance Sexenal*. SPP. México. 1988. 186-194.
- Poder Ejecutivo Federal.** *Programa Nacional de Salud 1984-1988*. SSA/IMSS/ISSSTE/DIF. México. 1984. pág. 249-250.
- Poder Ejecutivo Federal.** *Programa Nacional de Salud. 1989-1994*. SSA. México.
- Rivera A.** *La Comprobación Científica*. Trillas. México. 1990. 32 pp.
- Rojas S R.** *El Proceso de la Investigación Científica*. Trillas. México. 1995. 111-116.
- Rossi J, Friedman E.** *Evaluación. Un enfoque sistemático para programas sociales*. Trillas. México. 1993
- Ruíz RMA.** *Epidemiólogo de la Jurisdicción VII de la Mixteca en Oaxaca, 88-89. Testimonio*. México. 1995.
- Ryle JA.** *Medicina social y salud pública en El Desafío de la Epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas*. OPS. No. 505. 1989, 126
- Salazar MC.** *La investigación-acción participativa. Inicios y desarrollos*. Ed. Popular OEI. España, 1992, pág. 14-223.
- Scheffler L.** *Los indígenas mexicanos*. Panorama, México, 1994, pág. 153.
- Schutter A.** *Investigación participativa. Una opción metodológicas para la educación de adultos*. CREFAL. México, 1981, pág. 41-319.
- Sepúlveda A J, Bronfman P M, Embriz A et al.** *La Salud de los Pueblos Indígenas en México*, SSA e INI, México, 1992, 42 pp.
- Sepúlveda AJ, Lezana FMA, Tapla CR et al.** *Estado nutricional de preescolares y mujeres en México*. *Gaceta Médica de México*. Vol. 126. No. 3. May-Jun 1990, pág. 207-221.

**SERVICIOS DE SALUD PARA POBLACION INDIGENA EN GRANDES URBES:
EL CASO DE LOS TRIQUI**

- SG.** *Los Municipios de Oaxaca. Enciclopedia de los Municipios de México.* Secretaría de Gobernación. México, 1988, pág. 124-129.
- Sistema Nacional de Salud.** *Boletín de Información Estadística.* DGEI-SSA. Núm. 14, Vol. I y II, México, 1994.
- SSA.** *Sistema Nacional de Encuestas de Salud. Encuesta Nacional de Nutrición.* México. 1987. pág. 13-19.
- Tabibzadeh I, Rossi EA, Maxwell R.** *Spotlight on the Cities. Health and Urban Crisis.* WHO, Geneva 1989, 5-47.
- Torres GC, Victoria JAM** adaptación de: **Leroux RL, Victoria JAM, Alvarez LC, LezanaFMA.** *Modelo de Vigilancia Epidemiológica de Riesgos Nutricionales en Población Indígena.* DGEIE-SSA. México, 1992.
- Vejarano GM.** *La investigación participativa en América Latina.* CREFAL. No. 10, México, 1983, pág. 19-299.
- Victoria J A M, Páez B R, Flores G R.** *Perfil de Salud de la Población Triqui en la Ciudad de México.* Monografía. DGSSPDF. México. 1994. 30 pp.
- Weiss C H.** *Investigación evaluativa.* Trillas. México, 1985, pág. 95-98.
- Weltisner R, Olivera B M.** *Un programa de intervención para la región triqui.* INAH-CAPFCE-SEP. México, 1962, 27 pp.
- WHO.** *Our planet, our health.* WHO. 1992. 269 pp.
- WHO.** *Report of the Panel on Urbanization. WHO Commission on health and environment.* Geneva. 1992. 121-128.
- World Bank.** *Informe sobre el desarrollo a nivel mundial. 1993.* World Bank, pág. 17-21.
- Young GL, Young C J.** Atención de salud en minorías étnicas rurales. Algunas observaciones antropológicas. *Bol Of Sanit Panam*, 95 (4). 1983: 333-342.

**SERVICIOS DE SALUD PARA POBLACION INDIGENA EN GRANDES URBES:
EL CASO DE LOS TRIQUIS**

ANEXOS



DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD PUBLICA EN EL DISTRITO FEDERAL

**CUESTIONARIO DE SERVICIOS QUE UTILIZA LA COMUNIDAD INDIGENA
COMUNIDAD**

SERVICIOS EN EL CENTRO DE SALUD	LA POBLACION LO UTILIZA
VACUNACION UNIVERSAL _____	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
CONTROL DE ENFERMEADES DIARREICAS E HIDRATACION ORAL _____	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
ENFERMEADES RESPIRATORIAS _____	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
CRECER SANOS Y FUERTES _____	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
DETECCION OPORTUNA DE CACU _____	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
PLANIFICACION FAMILIAR _____	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
CONTROL DE ENFERMEADES CRONICO-DEGENERATIVAS	
HIPERTENSION ARTERIAL _____	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
DIABETES MELLITUS _____	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
CURACIONES _____	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
INYECCIONES _____	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
APLICACION DE BIOLÓGICOS _____	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
ODONTOLOGIA _____	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
LABORATORIO _____	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
RAYOS X _____	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
NUTRICION _____	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
FARMACIA _____	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
OPTOMETRIA _____	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
PSICOLOGIA _____	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
CLUB FAMILIAR _____	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
VACUNACION ANTIRRABICA _____	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
TRABAJO SOCIAL _____	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
MEJORAMIENTO AMBIENTAL Y SANEAMIENTO	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>

COMENTARIOS:

SUBSECRETARIA DE SERVICIOS DE SALUD
DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD PUBLICA EN EL DISTRITO FEDERAL



REGISTRO DE PESO Y TALLA

NOMBRE	EDAD Años y meses	PESO Kg	TALLA cm	INDICADORES		
				Peso- Edad	Talla- Edad	Peso- Talla

CONSUMO DE ALIMENTOS	ALIMENTACION EN MENORES DE CINCO AÑOS					
	FRECUENCIA A LA SEMANA					
	DIARIO	1 A 2	3 A 4	5 A 6	NINGUNA	DE VEZ EN CUANDO
LECHE						
QUESO						
CARNES, CERDO, RES, AVES, PESCADO, OTROS						
HUEVOS						
VERDURAS DE HOJA						
VERDURAS DE PULPA						
FRUTAS						
PASTAS O ARROZ						
PAN O GALLETAS						
TORTILLAS						
FRUJOL						
REFRESCO EMBOTELLADO						
AZUCAR						
ACEITE O MANTECA						

HABITOS HIGIENICOS	
LAVADO DE MANOS DESPUES DE DEFECAR	
SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>
A VECES	<input type="checkbox"/>
TIENE CEPILLO DE DIENTES	
SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

TOXICOMANIAS	
FUMA	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>
TOMA ALCOHOL	
DIARIO	<input type="checkbox"/>
2 VECES POR SEMANA	<input type="checkbox"/>
CADA SEMANA	<input type="checkbox"/>

BAÑO DEL CUERPO EN MENORES DE 5 AÑOS	
EN LA ULTIMA SEMANA CUANTAS VECES SE HAN BAÑADO	
DIARIO	<input type="checkbox"/>
UNA VEZ	<input type="checkbox"/>
DOS O MAS	<input type="checkbox"/>
CAMBIO DE ROPA DE LOS MENORES DE 5 AÑOS	
EN LA ULTIMA SEMANA CUANTAS VECES CAMBIO DE ROPA AL NIÑO	
DIARIO	<input type="checkbox"/>
UNA VEZ	<input type="checkbox"/>
DOS O MAS	<input type="checkbox"/>

ANEXO 6: CRONOLOGIA PARA LA IMPLANTACION DEL MODELO

1

- 31-I-94** se inició comunicación con el Programa Area Metropolitana (PAM) del INI, encargado del bienestar integral de los grupos indígenas migrantes al Distrito Federal. El PAM informó que la población estimada de indígenas en el D. F. era de 250,000 personas, de éstas se tenían bien identificados 18 grupos indígenas, mazahuas, otomíes y triquis, ubicados en las Delegaciones Políticas Gustavo A. Madero, Cuauhtémoc, Iztapalapa, Venustiano Carranza, Netzahualcóyotl y Ecatepec, con una población variable calculada en 5000 personas.
- 11-II-94** de los 18 grupos identificados, el PAM determinó siete a los que considera prioritarios, se localizaron geográficamente y los Servicios de Salud Pública en el D. F., se comprometieron a ubicar los centros de salud más cercanos a las comunidades, mientras tanto el Programa Area Metropolitana proporcionaría el diagnóstico situacional de los grupos arriba señalados.
- 16-II-94** se entrevistó al personal de las unidades previstas para dar atención, para establecer el grado de conocimiento que se tenía de los grupos, la disposición al trabajo y sus propuestas de estrategias de trabajo con las comunidades indígenas.
- 24-II-94** se elaboró la "Encuesta de Utilización de Servicios" y se aplicó en los diversos grupos indígenas, para conocer el grado de conocimiento y utilización de los servicios con los que cuentan las unidades.
- 1-III-94** se llevó a cabo la reunión con el PAM, los líderes indígenas y el personal de salud, para conocer las necesidades sentidas y propuestas iniciales de solución.
- 3-III-94** los Servicios de Salud Pública en el D. F. elaboraron y presentaron ante el PAM un paquete básico de servicios, se discutió y afinó.

ANEXO 6: CRONOLOGIA PARA LA IMPLANTACION DEL MODELO

2

10-III-94 se presentó y explicó el paquete básico de servicios a la comunidad, señalando cada programa qué necesidad sentida solucionaba y fue aprobado por ellos.

30-III-94 se presentó el Modelo de servicios de salud para población indígena en grandes urbes, durante la Reunión de Consejo Interno de Administración y Planeación Estatal, presidida por el Secretario de Salud de ese periodo (Dr. Jesús Kumate R.), Subsecretario de Servicios de Salud (Dr. Enrique Wolpert B.) y en compañía de los Directores Generales de: Atención Materno-Infantil, Fomento de la Salud, Estadística-Informática y Evaluación, Planificación Familiar, Coordinación de Asuntos Estatales, así como las autoridades de los Servicios de Salud Pública en el D. F., Directores Jurisdiccionales y autora del proyecto. Fue aceptada por el Secretario de Salud y recomendada su aplicación a todos los grupos, sin paternalismo y buscando la integración de la comunidad en forma gradual; asimismo, el proyecto recibió comentarios favorables de los demás asistentes.

14-IV-94 se presentó el programa de trabajo ante los Directores Jurisdiccionales, Directores de Centros de Salud y personal operativo seleccionado para desarrollar el modelo. Se les entregó un paquete de información que incluía los resúmenes de cada comunidad a trabajar, así como bibliografía de experiencias similares en trabajo comunitario.

Se propusieron como aspectos de trabajo la atención modular, gratuidad de servicios y medicamentos, capacitación al personal médico, valorar la credencialización de los Indígenas asistentes.

24-IV-94 los directores de cada centro de salud asignado, informaron sobre los avances que hasta el momento tenían en sus entrevistas iniciales y trabajo con los grupos.

ANEXO 6: CRONOLOGIA PARA LA IMPLANTACION DEL MODELO

3

En el grupo Triqui de Candelaria de los Patos para esa fecha ya se había elaborado el censo de la comunidad, acciones de vacunación, emisión de cartillas y educación para la salud, con la oposición de algunas familias que no abren sus puertas y se niegan a hablar y recibir al personal de salud.

- 26-IV-94** se realizó reunión de avance del programa sobre el grupo triqui, con la asistencia del personal del PAM y personal de salud.
- 28-IV-94** se retomaron las normatividades para las actividades de referencia y contrarreferencia, se aclararon los mecanismos para obtener la gratuidad de servicios.
- 2-V-94** se realizó una jornada de salud en la comunidad (que incluyó vacunación, educación para la salud), se invitó a todos los miembros de la comunidad, se explicó a los líderes los avances hasta el momento así como la problemática persistente, para solicitar su ayuda convenciendo a las familias reacias a participar.
- 3-V-94** durante la reunión con la comunidad, se pusieron de manifiesto otras problemáticas diferentes de las de salud, como las de registro civil y disposición de agua y electricidad, aunque la Secretaría de Salud a través de las reuniones de comités delegacionales de salud, está en posibilidad de realizar la gestión de estos problemas con el Delegado, el PAM solicitó ser el gestor en esta situación, ya que ellos están elaborando un programa de regularización al registro civil para todos los grupos y otro de desarrollo urbano.
- 16-V-94** en conjunto con los líderes de la comunidad se revisaron los avances en el modelo, el resultado de las gestiones para obtener la gratuidad en los servicios, inclusive medicamentos del cuadro básico.

ANEXO 6: CRONOLOGIA PARA LA IMPLANTACION DEL MODELO

4

Se les informó que ya se tenía listo el curso de parteras empíricas y primeros auxilios, la comunidad designó a la Sra. Florencia Cruz Flores para que tome el curso de primeros auxilios y solicitaron se les dote de un botiquín comunitario, mientras tanto, el líder de la comunidad convencerá a las otras dos parteras empíricas para que participen todas en el curso de perfeccionamiento, se aclaró que no se van a preparar nuevas parteras sino, identificar a las ya existentes y capacitarlas adecuadamente.

19-V-94 se realizó una reunión general del personal del INI, directores jurisdiccionales y directores de centros de salud para conocer los avances en los diversos grupos, en algunos se señaló la renuencia de los mismos para asistir a las unidades (dos de los ocho); el PAM se comprometió a sensibilizarlos y apoyar a los servicios de salud para que participen, sin embargo, el grupo triqui de Candelaria, tiene avances muy notables censo nominal completo, en un mes se otorgaron 103 consultas, inclusive de planificación familiar.

Se entregó la cédula de microdiagnóstico familiar para grupos indígenas para validación y aplicación en todos los grupos, asimismo se entregó el documento de apoyo: "La situación de Salud de los Pueblos Indígenas de México".

Se propuso aprovechar el Boletín de los Servicios de Salud Pública en el D. F., para difundir los logros del modelo.

4-VII-94 las parteras tradicionales iniciaron su curso de capacitación para parteras empíricas, el cual se pretende dure tres meses, con un programa teórico y práctico con sede en el centro de salud "Dr. Luis E. Ruiz" y el Hospital General de Balbuena, su horario es flexible de acuerdo con las ocupaciones familiares de las parteras, pero el compromiso de cumplir el programa.

ANEXO 6: CRONOLOGIA PARA LA IMPLANTACION DEL MODELO

5

- 22-VII-94** se completó el análisis de resultados del estado nutricional de la comunidad, se les informó y se inició el proceso de gestión ante el DIF para solicitar apoyo nutricional complementario.
- 29-VII-94** se presentaron los avances del programa ante el Subsecretario de Salud.
- 4-VIII-94** se hizo una visita a la comunidad, por parte de autoridades de los Servicios de Salud Pública del D. F. y de la Jurisdicción Sanitaria; la Sra. Florencia (Intérprete y estudiante del curso de promotora de salud) organizó una demostración del uso del Vida Suero Oral (VSO), su presentación fue bilingüe explicó a los asistentes el procedimiento y los tradujo a sus vecinas. Algunas de ellas participaron haciendo preguntas y contestando a las que el personal de salud llevó a cabo. De las 31 familias, nueve madres de familia manejaron en esta presentación la técnica. Se han distribuido sobres de VSO en todas las casas y existe una dotación permanente de sobre en la casa de la intérprete.

Las mujeres de la comunidad fueron entrevistadas sobre su opinión sobre el programa, señalaron que a raíz del funcionamiento del modelo, la salud de los niños ha mejorado, se han desparasitado, tienen menor número de episodios de diarrea y les es fácil preparar el Vida Suero Oral. Han recibido la dotación de hipoclorito de sodio al 6% y saben como utilizarlo correctamente para la desinfección del agua para consumo humano.

- 7-IX-94** se realizó una jornada de salud, una brigada de enfermeras realizó vacunación casa a casa, completando esquemas y revisando cartillas para actualizar el censo nominal de vacunación. La respuesta fue muy favorable, sólo una familia se negó a la aplicación de la tercera dosis de

ANEXO 6: CRONOLOGIA PARA LA IMPLANTACION DEL MODELO

6

DPT, con el apoyo de la Intérprete se espera obtener la autorización para la última dosis de vacuna.

En cuanto al saneamiento, aunque sus condiciones son todavía deficientes, ha habido una mejoría en relación con las primeras visitas. La cantidad de desperdicios, excremento al ras del suelo y basura, es notablemente menor.

- 3-X-94** se presentó informe de avances en el programa a seis meses de su inicio al Subsecretario. Se presentó el documento de apoyo elaborado durante el proyecto "Prontuario para la atención de salud de la población indígena en zona urbana", el cual fue enviado a publicación por la Unidad de Comunicación Social.
- 4-X-94** las parteras tradicionales concluyeron su capacitación y se les otorgó su reconocimiento junto con todas las demás parteras capacitadas en el D. F., así como una beca en efectivo proporcionada por la Secretaría del Trabajo.
- 17-X-94** en respuesta a una gestión iniciada en el mes de julio, el DIF envió un grupo de trabajadoras sociales para valorar el estado nutricional y condiciones de vida de los niños triguís y brindarles el apoyo nutricional de raciones alimenticias. En conjunto con el grupo del DIF se visitó la comunidad y se realizaron las entrevistas necesarias, se llegó a algunos acuerdos para no exigir las actas de nacimiento, ya que existe un rezago en ese sentido y tomar como válidos los datos censales recopilados por los Servicios de Salud Pública en el D. F.
- 11-XI-94** se realizó una reunión de trabajo con la comunidad para informarles los avances del programa y realizar una jornada de salud.

ANEXO 6: CRONOLOGIA PARA LA IMPLANTACION DEL MODELO

7

- 27-I-95** se presentó un informe de avances sobre el modelo de atención a las nuevas autoridades.

- 24-III-95** se presentó el informe a un año de iniciado el programa de atención a población indígena.