



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN MÉXICO DIRIGIDA A
LOS PUEBLOS INDÍGENAS.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

DANIELA HERNÁNDEZ DÍAZ

TUTORA: Mtra. LEONOR OCHOA GARCÍA

MÉXICO, D.F.

2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Tened en mente que las cosas maravillosas que se aprenden en las escuelas son el trabajo de muchas generaciones, producidas por el esfuerzo entusiasta y la labor infinita en todos los países del orbe. Todo esto se pone en vuestras manos como herencia para que las recibáis, honréis, aumentéis y, un día, con toda vuestra fe, la traspaséis a vuestra descendencia. Esta es la forma en que nosotros los mortales logramos la inmortalidad en las cosas permanentes que creamos en común.

- Albert Einstein

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México por abrirme las puertas a la educación profesional y permitirme ser parte de su grandeza.

A mis padres Rocío y Roberto por apoyarme durante mis estudios, por hacerme querer ser mejor cada día.

A mis hermanos Angélica, Ariana y Roberto Carlos por el apoyo, cariño y sacrificios.

A mis amigos Angélica, Yamil, Gina, Caro, Lourdes y Juan por formar parte importante de mi vida y compartir este largo camino juntos, espero que podamos compartir muchos logros más.

A Mauricio por estar en mi vida y hacerme una mejor persona, por apoyarme siempre, por todo el amor. Gracias.

A la Mtra. Leonor Ochoa García por el apoyo durante la realización de éste trabajo.

Índice

1. Introducción	6
2. Propósito	8
3. Objetivo	8
4. Promoción de la salud	9
4.1 Concepto	9
4.2 Funciones	10
4.3 Estrategias	12
4.3.1 Educación para la Salud	12
4.3.2 Comunicación social	13
4.3.3 Mercadeo en salud	14
4.3.4 Participación comunitaria	15
4.4 Modelos de intervención	16
4.4.1 Modelo de creencia de salud	16
4.4.2 Modelo de aprendizaje del comportamiento	17
4.4.3 Modelo PRECEDE-PROCEED	17
5. Pueblos Indígenas de México	18
5.1 Pueblos indígenas	18
5.2 Comunidad indígena	19
5.3 Población indígena	20
5.3.1 Hogares	20
5.3.2 Distribución territorial	21
5.3.3 Lenguas indígenas	22
5.3.4 Edad y Sexo	22
5.3.5 Contexto social	22
5.4 La salud de la población indígena	27
5.4.1 Derechohabiencia	31

6. Promoción de la Salud en México	34
6.1 Dirección General de Promoción de la Salud	36
6.2 Políticas públicas saludables	38
6.2.1 Concepto de Política, Política pública, Política Pública Saludable	38
6.2.2 Políticas en Promoción de la Salud	38
6.3 Programas de salud dirigidos a los Pueblos Indígenas	40
6.3.1 Comunidades Saludables	40
6.3.2 Arranque Parejo en la Vida	42
6.3.3 PROCEDES	43
6.3.4 Seguro Popular de Salud	44
6.3.5 IMSS – Oportunidades	46
7. Conclusiones	49
8. Referencias bibliográficas	50

INTRODUCCIÓN

La población de México se ha distinguido a lo largo de la historia por su diversidad étnica. La Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) estimó en 2003 que el 11% de la población en México es indígena. Por desgracia, hay poca información que permita identificar y ubicar con exactitud a este tipo de población, lo cual dificulta el estudio de su problemática. Sin embargo, se sabe que los grupos indígenas en México viven por lo general en condiciones precarias en materia de educación, vivienda y servicios. En el año 2000 se calculó que de los 803 municipios con más de 70 % de población indígena, 44% se debatía en condiciones de vida catalogadas como de alta marginación.

La desigualdad social influye de manera determinante en las desigualdades en salud, la OMS ha destacado la presencia de distintas e inaceptables brechas en salud, en diferentes condiciones y grupos sociales; una de ellas es la existente en los grupos raciales o étnicos. Esta preocupación se expresó durante la Reunión de Pueblos Indígenas y Salud realizada en 1993 en Winnipeg, Canadá, donde los participantes reconocieron que las deficientes condiciones de vida y salud de los cerca de 43 millones de indígenas de la región de las Américas, se reflejan en una mortalidad excesiva debida a causas prevenibles y en una disminución de la esperanza de vida al nacer, lo cual demuestra la persistencia e incluso la profundización de las desigualdades que tiene la población indígena, en relación con otros grupos sociales.

Los participantes recomendaron a sus gobiernos la promoción de políticas que permitieran facilitar la participación de representantes indígenas en la formulación de políticas y estrategias en promoción de la salud y fortalecer la capacidad nacional y de las instituciones locales responsables de la atención de la salud de los indígenas para lograr un

mejor acceso a una atención de calidad, lo cual contribuiría a alcanzar un mayor grado de equidad.

Se entiende a la Promoción de la Salud como un bien público y meritorio, central a la salud, al desarrollo económico y a la lucha contra la pobreza, con amplias externalidades positivas que propician la igualdad y la búsqueda en la equidad de oportunidades que implican el desarrollo humano.

Se asume el establecimiento de las políticas saludables como responsabilidad del Estado y la necesidad de una amplia participación social, comunitaria e individual que requiere de un entendimiento profundo de las condiciones económicas, sociales, demográficas y políticas ya que todas ellas afectan la salud y necesariamente, deberían ser abordadas en una estrategia de salud pública.

En el presente trabajo se aborda la situación actual general de los Pueblos Indígenas de México, su estado de rezago y marginación, así como las condiciones de salud que aquejan a este sector de la población. Partiendo de este contexto, se analiza la Promoción de la Salud en México y las políticas saludables y programas diseñados para mejorar el estado de salud de los Pueblos Indígenas.

2. Propósito

El propósito del presente trabajo es realizar un análisis de la Promoción de la Salud en México y de cómo se incluye a los Pueblos Indígenas en la elaboración de políticas saludables y programas para mejorar las condiciones de salud que los mantienen en rezago y marginación.

3. Objetivos

- 1) Describir la situación actual en que viven los Pueblos Indígenas de México.
- 2) Identificar los principales problemas de salud que enfrentan los Pueblos Indígenas.
- 3) Analizar la evolución en el proceso de Promoción de la Salud en México y cuáles son las políticas saludables y programas que se dirigen a la población indígena.

4. Promoción de la Salud

4.1 Concepto

El término Promoción de la salud fue utilizado por vez primera por Henry E. Sinergist para referirse a las acciones que se basaban en la educación sanitaria y las acciones del estado para mejorar las condiciones de vida: “La salud se promueve fomentando un nivel de vida adecuado, buenas condiciones de trabajo, educación, ejercicio físico y los medios para el descanso y la recreación” ¹

También concibió cuatro funciones relevantes de la medicina:

- 1) Promoción de la salud
- 2) Prevención de la enfermedad
- 3) Restauración del enfermo
- 4) Rehabilitación

En 1974 el evento que abrió paso a la Promoción de la salud, fue la Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud, realizada en Alma-Ata (Almaty, actual capital de Kasajstán) donde se expresó la urgente necesidad de que todos los gobiernos, trabajadores de la salud y la comunidad mundial, realizaran acciones para promover y proteger la salud de la población. ²

En la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la salud, llevada a cabo en Ottawa en 1986, se dio una definición integral y se estableció como una estrategia de acción para todo el mundo; se destacaron las condiciones requeridas y factores condicionantes para la salud. ³

Se concibe a la Promoción de la salud como el proceso de capacitación de las personas para aumentar el control sobre su propia salud y mejorarla. Para alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social completos, una persona o grupo debe poder identificar y alcanzar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar con el medio ambiente o adaptarse al él. ^{4,5}

La Carta de Ottawa retoma la totalidad de elementos conceptuales de Promoción aportados por diferentes autores y reuniones mundiales y los estructura como una estrategia en la cual confluyen aspectos estatales, comunitarios e individuales, mirados desde lo social, político, ambiental, económico y cultural.

Para el desarrollo de cada uno de los componentes se hace necesario contar con estrategias como: educación para la salud, comunicación social, mercadeo en salud, y la participación comunitaria. ^{4,5}

4.2 Funciones

En la Carta de Ottawa se establecieron cinco funciones básicas necesarias para producir salud: ⁵

1) Desarrollar aptitudes personales para la Salud

La promoción de la salud proporciona la información y las herramientas para mejorar los conocimientos, habilidades y competencias necesarias para la vida. Al hacerlo, genera opciones para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y el ambiente, además de que utilice adecuadamente los servicios de salud.

2) Desarrollar entornos favorables

Los lazos que unen al individuo con su medio, constituyen la base de un acercamiento socioecológico a la salud. Es fundamental la protección mutua entre las comunidades y el medio natural. Para ello, estimula la creación de condiciones de trabajo y vida gratificantes, higiénicas, seguras y estimulantes. Además procura que la protección y conservación de los recursos naturales sea prioridad de todos. ⁶

3) Reforzar la acción comunitaria

Es el proceso de movilización por medio del cual la comunidad se organiza y capacita, asume a conciencia su papel de agente o sujeto de autodesarrollo y junto a la administración local y las instituciones identifica (concilia), prepara (planea y organiza), ejecuta (dirige, controla y evalúa) proyectos para su desarrollo y lograr un mejor nivel de salud.

4) Reorientar los servicios de salud

La Promoción de la Salud impulsa que los servicios de salud trasciendan en su función curativa y ejecuten acciones de promoción, incluyendo los de prevención específica. Contribuye a que los servicios médicos sean sensibles a las necesidades interculturales de los individuos y las respeten.

Impulsa a los programas de formación profesional en salud para que incluyan disciplinas de promoción y presten mayor atención a la investigación sanitaria. También aspira a lograr

que la promoción de la salud sea una responsabilidad compartida entre los individuos, grupos comunitarios y servicios de salud.

5) Impulsar políticas públicas saludables

Considera que la salud debe formar parte en la agenda de los responsables de la elaboración de los programas políticos en todos los sectores y a todos los niveles: gobierno, sectores públicos y privados.⁶

4.3 Estrategias

4.3.1 Educación para la Salud

La educación es un proceso representado por cualquier influencia sobre el individuo que lo haga capaz de adquirir conocimientos, actitudes y comportamientos que acepte su grupo social.⁷

La educación para la salud es entonces el proceso de formación y responsabilización del individuo a fin de que adquiera los conocimientos, las actitudes y los hábitos básicos para la defensa y promoción de la salud individual y colectiva. Es un intento de impulsar a los individuos y prepararlos para que poco a poco adopten un estilo de vida lo más sano posible y unas conductas positivas de salud.⁸

La educación para la salud puede aplicarse a nivel individual y colectivo. Cuando se dirige a un solo individuo se realiza a través de la entrevista personal, mientras que en lo colectivo se dirige a grupos numerosos con múltiples problemas y con características socioculturales específicas.

La educación colectiva debe cumplir con los siguientes procesos:

- Análisis del problema. Es el diagnóstico de salud de una comunidad, incluye el conocimiento de los factores condicionantes de la salud, ubicación geográfica, condiciones socioeconómicas y culturales de la población. También los daños a la salud a través de índices de morbilidad y mortalidad y los recursos materiales y humanos con los que dispones para mejorar la salud colectiva.
- Sensibilización. Información no muy detallada de los propósitos y actividades del programa para despertar el interés en el público y disponerlo al aprovechamiento del mismo.
- Publicidad o Propaganda. Se realiza a través de medios de comunicación: radio, televisión y prensa, así como la distribución de carteles y folletos.
- Motivación. Pretende despertar el interés de los individuos para aceptar voluntariamente las propuestas.⁹

4.3.2 Comunicación social

La comunicación social es un campo de estudio que explora principalmente las áreas de la información que puede ser percibida, transmitida y entendida, así como el impacto que puede tener en la sociedad. Los principales medios de comunicación social son el radio, la televisión y la prensa y son considerados en la actualidad como los más poderosos instrumentos para impulsar o modificar hábitos y conductas.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha tenido una participación desatacada en la promoción de la salud y el bienestar gracias a sus programas de comunicación.¹⁰

Durante la Conferencia Panamericana en septiembre de 1990, se hizo hincapié en la comunicación social como un elemento fundamental para la formación básica de personas, familias y comunidades.

El uso de la información como instrumento de cambio debe ser una esfera de trabajo importante en el proceso de la promoción de la salud, la transmisión de información a individuos y grupos mediante comunicación social creará el conocimiento que servirá de base para lograr los cambios de actitudes y prácticas. La información debe destinarse también a determinados grupos de la comunidad con miras a ejercer influencia sobre las políticas o a fomentar la adopción de políticas públicas orientadas a la salud.¹⁰

En 1993 el Consejo Directivo de la OPS aprobó la resolución “Promoción de la Salud en las Américas” por la cual insta a los gobiernos miembros a que incluyan como instrumentos claves en los programas de salud de la comunidad campañas de comunicación social y educación, promoviendo la responsabilidad de la población.¹⁰

4.3.3 Mercadeo en salud

El mercadeo o marketing se considera como el conjunto de actividades destinadas a satisfacer necesidades y deseos de los mercados objetivos a cambio de una utilidad o beneficio para las instituciones que lo ejercitan. El mercadeo se implementa en las instituciones de salud desde el inicio de los años 70 en los principales hospitales de Estados Unidos; dicha práctica se ha generalizado en la oferta de los servicios de hospitales públicos y privados de América Latina en esta primera década del 2000.¹¹

Los sistemas de información geográficos se utilizan en el sector salud para ubicar, analizar y presentar información sobre los problemas de

salud en una región, brindando nuevas formas para responder de manera oportuna y directa a las necesidades de atención de la población.

Es necesario ejecutar programas de mercadeo apoyados en herramientas en la ubicación de los pacientes según sus variables demográficas, geográficas y epidemiológicas para diseñar ofertas que tengan impacto inmediato en el manejo de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en busca de la salud y bienestar general de la población.¹¹

4.3.4 Participación comunitaria

La participación comunitaria como estrategia colectiva para la prevención y promoción de la salud, tiene su origen en la Declaración de Alma-Ata. Es definida como: *“El proceso mediante el cual los individuos y familias asumen la responsabilidad ante su salud y su bienestar, así como por la salud de su comunidad y desarrollan la capacidad de contribuir activamente a su propio desarrollo y al de su comunidad.”*¹²

Posteriormente, en la Carta de Ottawa el concepto de participación comunitaria cobra una mayor dimensión al señalar que la comunidad debe participar en la tarea de tomar decisiones en la planificación, ejecución y control en las acciones de promoción de la salud.

En 1990 al instituirse los Sistemas Locales de Salud (SILOS) como nueva estrategia, la participación social es definida como la fusión de los actores sociales (organización, instituciones y sectores) de una localidad determinada con el fin de definir sus problemas de salud y señalar las alternativas en forma conjunta.^{12, 13}

El concepto últimamente desarrollado entiende como participación comunitaria a las acciones colectivas a través de las cuales, la población conjuntamente con las instituciones del sector identifican problemas y necesidades, elaboran propuestas, planifican, ejecutan y evalúan el impacto de los programas con el fin de prevenir enfermedades y promover la salud. ¹³

4.4 Modelos de intervención

4.4.1 Modelo de creencia de salud

Fue formulado originalmente por Rosenstock en 1966 y se ha ido adaptando a través de los años.⁸ En él se considera que las decisiones adoptadas por los individuos están en relación directa con sus creencias, valores y percepciones sobre la salud, la gravedad o amenaza del problema, las posibilidades de resolverlo, la eficacia de las medidas recomendadas y los obstáculos para seguirlas, esto se conoce como condiciones antecedentes y consecuentes de la conducta.

Este modelo se dirige a explicar los factores que intervienen en la adopción de una conducta saludable. Las estrategias de educación para la salud se dirigen a modificar las condiciones antecedentes y programar las condiciones reforzantes. ¹³

4.4.2 Modelo de aprendizaje del comportamiento

Elaborado por Alain Rochon, se presenta como un modelo de síntesis. Su base teórica procede de las teorías conductistas del aprendizaje y de la psicología cognitivista y humanista. Mientras su estructura se sustenta en teoría de la adquisición de cambios de conducta. ⁴

La adopción de una nueva conducta pasa por cinco fases: estar informado de la nueva conducta, estar interesado en ella, tomar la decisión de realizarla, ensayar la nueva conducta y si ha sido satisfactoria y por último, adoptar la nueva conducta.⁸

4.4.3 Modelo PRECEDE - PROCEED

Green definió la educación para la salud como la adopción voluntaria de comportamientos que conduzcan a la salud. El PRECEDE, acrónimo en inglés de: predisposing (predisponentes); reinforcing (reforzadores); enabling (facilitadores); causes (causas); educational (educacional); diagnosis (diagnóstico) y evaluation (evaluación) se diseñó como una forma de valorar las necesidades de educación sanitaria de una comunidad.^{4,8}

Los pasos básicos del PRECEDE incluyen los diagnósticos: social, epidemiológico, del comportamiento y administrativo. Los comportamientos no saludables se analizan a fondo, buscando factores que predisponen y facilitan su aparición o refuerzan su existencia. Estos factores constituirán el centro de la intervención de educación, que siempre se dirige a la adopción voluntaria de un comportamiento saludable.⁸

5. Pueblos Indígenas de México

5.1 Pueblos Indígenas

Desde la colonia, pasando por el período independiente, la revolución y hasta el presente, existe un gran debate acerca de su definición y caracterización. Cuando los europeos entraron en contacto con las sociedades originarias del continente americano, les asignaron la categoría de "indígenas" o de "indios" a los diversos pueblos que mantenían identidades propias y culturas específicas; una categoría diferente e inferior desde el punto de vista racial, cultural, lingüístico, intelectual o religioso. De tal forma, la diversidad étnica de todos los habitantes quedó anulada y sin posibilidades de desarrollo propio y evolución.¹⁴

Los pueblos indígenas se pueden definir por su situación de colonizados y excluidos del proyecto de la sociedad nacional, que desconoce las características étnicas diferenciales. La cultura del grupo dominante se postula como superior y excluye a las originarias del territorio mexicano. No existen en términos reales los indios, sino las culturas étnicas, y lo indio aparece como una categoría colonial. La construcción de una sociedad incluyente, democrática, tendería a la desaparición de la categoría colonial, al reconocimiento de las diversas culturas étnicas y eliminaría los prejuicios existentes sobre la superioridad racial.¹⁴

Una definición más amplia de Pueblos Indígenas es presentada por José Martínez Cobo: "Son comunidades, pueblos y naciones indígenas los que, teniendo una continuidad histórica con las sociedades anteriores a la invasión y precoloniales que se desarrollan en sus territorios, se consideran distintos de otros sectores de las sociedades que ahora prevalecen en esos territorios o en parte de ellos".¹⁴

Constituyen ahora sectores no dominantes de la sociedad y tienen la determinación de preservar, desarrollar y transmitir a futuras generaciones sus territorios ancestrales e identidad étnica como base de su existencia continuada como pueblo, de acuerdo a sus propios patrones culturales, instituciones sociales y sistemas legales.¹⁵

De acuerdo con el artículo 2º Constitucional, un pueblo indígena es aquel que descende de poblaciones que habitaban en el territorio actual del país al iniciar la colonización y que conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas o parte de ellas.¹⁶

Si bien esta es la definición que establece la Constitución, el término Pueblo indígena es un concepto que todavía se encuentra sujeto a discusión, tanto desde el punto de vista jurídico, político y social.¹⁶

5.2 Comunidad Indígena

Comunidad se define como un grupo o conjunto de individuos que comparten elementos en común como el idioma, costumbres, valores, tareas, visión del mundo, ubicación geográfica, que se une bajo la necesidad o meta de un mismo objetivo.¹⁷

En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 2º, se define a las comunidades indígenas de la siguiente manera: “Son comunidades integrantes de un pueblo indígena, aquéllas que formen una unidad social, económica y cultural, asentada en un territorio y que reconocen autoridades propias de acuerdo a sus usos y costumbres”.¹⁶

Entendidas como parcialidades de un pueblo indígena, las comunidades tienen tal carácter porque conforman una unidad de organización asentada en un territorio en el que se ejerce una autoridad.

Hay entonces, un elemento poblacional perteneciente a un pueblo indígena, un territorio sobre el que se asienta, un determinado modo de organización o estructuración social en el que se identifican autoridades y un orden normativo.¹⁴

5.3 Población Indígena

México está constituido por una diversidad de pueblos y culturas, entre los que se encuentran una serie de colectivos culturalmente diferenciados del resto de la sociedad nacional que se han denominado Pueblos Indígenas. En la actualidad existen 59 pueblos distintos que en su conjunto hacen un total aproximado de 9 millones 913 mil 362 habitantes, según datos del Censo de Población y Vivienda 2010.¹⁸

5.3.1 Hogares

En el país, hay 24 803 625 hogares, de los cuales, 2 041 203 (8.2%) son hogares indígenas. En 1 684 233 el jefe es hombre y en 356 970, mujer. De los hogares indígenas, 66.9% son nucleares, es decir, están formados por el jefe(a) y su cónyuge, con o sin hijos; o por el jefe(a) con hijos; 25.3% son ampliados (formados por un hogar nuclear más otros parientes) y 6.1% está formado por una sola persona.

La población que forma parte de los hogares indígenas asciende a 9 533 126 personas. En promedio los hogares indígenas están formados por 4.7 miembros.¹⁸

5.3.2 Distribución territorial

La población indígena, además de su heterogeneidad, se caracteriza por su elevada dispersión, extendiéndose por casi la totalidad del país. De esta manera del total de 2443 municipios existentes, sólo en 30 no se registra su presencia.¹⁸

La población indígena se ubica principalmente en entidades del sureste y sur del país. Por entidad, 51.6% de la población de Yucatán forma parte de un hogar indígena, lo cual representa casi un millón de personas. En Oaxaca, 44.3% (1.6 millones de personas) son miembros de hogares indígenas; en Quintana Roo, 29.3% y, en Chiapas, 29.1%. En la Tabla No. 1 se pueden encontrar los porcentajes de población en hogares indígenas por entidad federativa.

Tabla No. 1

Porcentaje de población en hogares indígenas por entidad federativa¹⁸

ESTADO	PORCENTAJE
Yucatán	51.6%
Oaxaca	44.3%
Quintana Roo	29.3%
Chiapas	29.1%
Campeche	22.4%
Hidalgo	21.1%
Guerrero	16.9%
Puebla	16.4%
San Luis Potosí	14.0%
Veracruz	13.3%
Otros estados	3.0%

5.3.3 Lenguas indígenas

Del total de miembros en hogares indígenas, quienes forman parte de aquellos donde el jefe y/o su cónyuge hablan lengua náhuatl representan 22.9% y ascienden a 2.2 millones de personas; les siguen los hogares mayas, con 14.3%; hogares zapotecos, 7%; y los mixtecos con 6.8%. ¹⁹

5.3.4 Edad y Sexo

Del total de población en hogares indígenas, 4 697 506 (49.3%) son hombres y 4 835 620 (50.7%), mujeres. La estructura por edad muestra altos porcentajes de menores de 15 años. A partir de esta edad los porcentajes se reducen considerablemente, tanto los correspondientes a hombres como a mujeres. Se observa también que la base de la pirámide es estrecha, lo que está relacionado con la disminución de los niveles de fecundidad. ²⁰

5.3.5 Contexto social

México tiene la concentración más alta de población indígena en América. 96% de esta población vive en áreas rurales remotas, con escasos caminos, transporte público deficiente, malas condiciones de vivienda, bajo nivel educativo y en comunidades con condiciones de pobreza extrema y alta marginación. ²¹

Los pueblos y comunidades indígenas aún no disfrutan de una situación social y económica propicia para el mejor desarrollo humano; se caracterizan por vivir en altos niveles de pobreza y en una situación de significativa desventaja.

En muchas de las regiones indígenas prevalece la escasez de empleos, los bajos salarios y las relaciones asimétricas entre población indígena y

no indígena que afectan tanto a los procesos productivos como a los de comercialización y, sobre todo, al desarrollo. Junto con ello, la población indígena todavía enfrenta graves rezagos, entre los cuales destacan: desnutrición y deficiencias nutricionales; mortalidad y morbilidad materna e infantil; rezago educativo; inequidad de género y migración.

Los graves rezagos de desarrollo que enfrentan los pueblos indígenas en México se refieren, principalmente, a los ámbitos económico, social y humano, cultural, de infraestructura y de ejercicio de sus derechos fundamentales.²¹

Desarrollo económico. En México 81% de los indígenas viven por debajo de la línea de pobreza (ingresos menores a dos dólares al día). Datos de la primera Encuesta Nacional de Empleo en Zonas Indígenas, realizada por el INEGI, reveló que menos de una tercera parte de los indígenas tiene trabajo y de éstos el 50% no recibe salario alguno y el otro 30% percibe menos de un salario mínimo.¹⁸

Durante los últimos años, la economía indígena se ha diversificado en distintos sectores, sin embargo, la agricultura entre los pueblos indígenas está estrechamente ligada a su modo de vida, en el cual la multiactividad y el policultivo son prácticas productivas que se relacionan con su cultura y tradiciones.

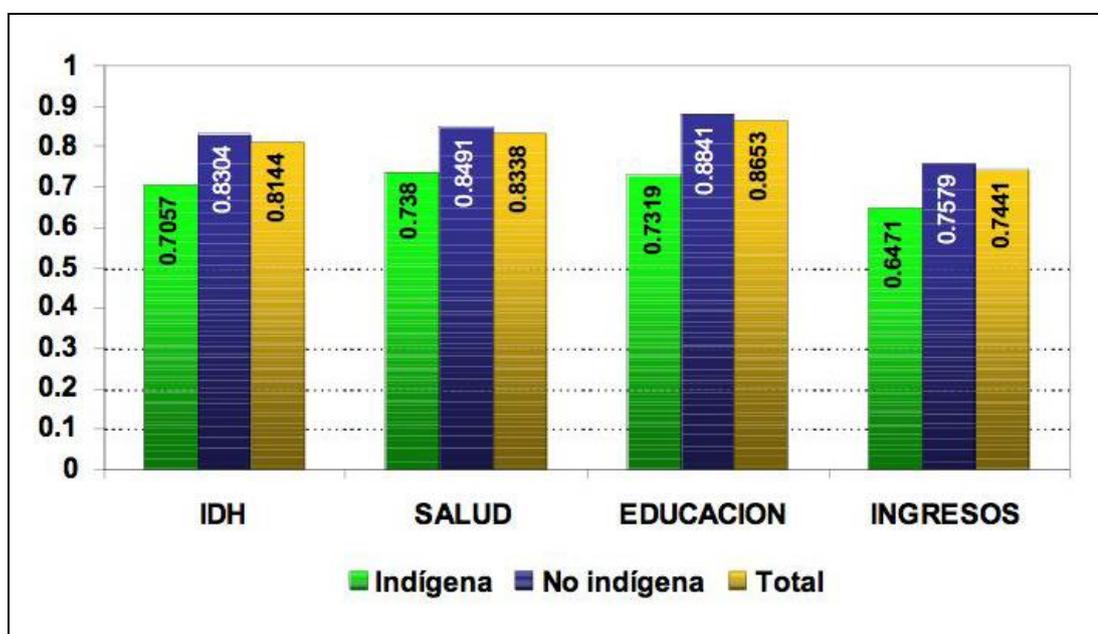
Por otra parte, los trabajadores indígenas se han incorporado en sectores que demandan mano de obra poco calificada y que ofrecen poca seguridad laboral, ya que entre las principales actividades en que se emplean destacan ocupaciones temporales como jornaleros agrícolas, la industria de la construcción y el trabajo doméstico, entre otros.

Las mujeres de los pueblos y las comunidades indígenas conforman un sector de la población en el que los niveles de pobreza son más profundos; aunado a lo anterior, un problema fundamental que requiere especial atención es el del trabajo infantil, ya que las actividades que

desempeñan niños y jóvenes indígenas como jornaleros o vendedores ambulantes, entre otros, atentan contra sus derechos.

El Índice de Desarrollo Humano para los Pueblos Indígenas (IDHPI) ayuda a identificar el grado de desigualdad entre la población indígena y la no indígena. El IDH de los pueblos indígenas de México se ubica en 0.7057, a diferencia del IDH de la población no indígena, que es de 0.8304, lo que representa una brecha de casi 15%. Estos datos están representados en la gráfica No. 1.^{21, 22}

Gráfica No. 1 Índice de Desarrollo Humano



Índice de Desarrollo Humano de los Pueblos Indígenas de México 2006. CDI

Desarrollo social y humano. En este aspecto, la población indígena todavía enfrenta graves rezagos, entre los que destacan:

a) La desnutrición y las deficiencias nutricionales. La situación nutricional de los indígenas es grave; no ha variado sustancialmente en las últimas décadas, y en las regiones con mayor presencia indígena, las formas

moderada y severa de desnutrición crónica incluso han mostrado incrementos.

b) Mortalidad y morbilidad. Las deficiencias y los problemas de cobertura, calidad y falta de adecuación de los servicios de salud dan lugar a que no se haya logrado un descenso importante en las tasas de mortalidad materna e infantil, erradicación de enfermedades y prevención de enfermedades endémicas, entre otros.²²

c) El rezago educativo. Entre la población indígena se observan bajos niveles de logro escolar y altos niveles de monolingüismo, deserción escolar y bajo rendimiento académico. Al respecto, las modalidades educativas como primaria general, educación bilingüe y bilingüe intercultural no han podido reducir las brechas entre población indígena y no indígena, sobre todo en las tasas de continuidad educativa y rendimiento escolar.

EL promedio de años de escolaridad es de siete años en los municipios con 10% de indígenas y disminuye a 3.5 años de escolaridad en los municipios con más de 40% de indígenas.²³

d) Desigualdad de género. Las mujeres indígenas conforman el sector de la población femenina más vulnerable de nuestro país, pues históricamente han sido discriminadas y afectadas por la pobreza, lo que se ha traducido en:

- Menores oportunidades para acceder a la educación, la salud y los mínimos niveles de bienestar.
- Violencia de género, lo que se entrecruza con las condiciones de alta marginación social y económica que, si bien en su mayoría afecta a los pueblos indígenas del país, para el caso de las mujeres indígenas se agudiza. De hecho, con relación a los

hombres, un mayor número de mujeres son analfabetas y monolingües. Asimismo, sus niveles de escolarización son inferiores, tienen altos niveles de fecundidad y reportan un alto riesgo de muerte por complicaciones derivadas del embarazo, parto y puerperio, así como por cáncer cérvico-uterino.

e) Migración. Cada vez más hombres y mujeres indígenas participan de los flujos migratorios nacionales e internacionales, lo que ha provocado: cambios estructurales en las economías locales y en las formas de organización comunitaria, tanto las de los centros expulsores como las de las localidades receptoras y la transformación de las culturas y de las dinámicas familiares indígenas.

Desarrollo cultural. El patrimonio cultural y la sabiduría indígena no cuentan con protecciones efectivas para su preservación. Actualmente, se han identificado 23 pueblos indígenas cuyas lenguas están en riesgo de desaparecer. Esta situación se refleja en su reducido número de hablantes, en su dispersión geográfica, en su abandono entre los más jóvenes y en el predominio de hablantes adultos, entre otros factores.^{21, 22}

Derechos indígenas. En las últimas dos décadas, México ha vivido una etapa de importantes reformas jurídicas en materia de derechos indígenas; hay 21 entidades federativas que los reconocen, y aunque estos avances legislativos han sido imprescindibles para superar las dificultades que éstos enfrentan en materia de acceso a la justicia del Estado, no son suficientes.

Es importante tener en cuenta que en México las normas jurídicas que reconocen derechos específicos a los indígenas no siempre se hacen efectivas y tampoco se observan en los procedimientos judiciales. Los factores que provocan este problema son diversos: va del desconocimiento de su existencia o contenido, a la velada discriminación,

pasando en ocasiones por la falta de normas y de procedimiento para asegurar su observancia.²⁷

5.4 La salud de la población indígena

La OMS ha destacado la presencia de distintas e inaceptables brechas en salud en diferentes condiciones y grupos sociales, una de ellas, la existente en los grupos raciales o étnicos.²³

El estado de salud de una población es el indicador sustantivo para medir su grado de desarrollo. En este sentido, la salud de la población indígena de México es un reflejo fehaciente de sus condiciones y calidad de vida.²⁴

La desigualdad social influye de manera determinante en las desigualdades en salud. Las condiciones socioeconómicas como los ingresos, la educación, la dieta, el tipo de vivienda y el acceso a los servicios de salud influyen en el estado de salud de una población.²⁵

La mortalidad en menores de 5 años es un indicador muy sensible de la desigualdad social. En 2002 la mortalidad en las ciudades mayores de 15000 habitantes era cercana a 30 por cada 1 000 nacidos vivos. En contraste, en los municipios con 40% o más de población indígena, según un estudio de la Secretaría de Salud y el CDI (2003), la tasa era de 55 por cada 1 000 nacidos vivos y, en las regiones: cora, tarahumara y huichol de 89, 95 y 100, respectivamente. Además, en los últimos 10 años las diferencias en las tasas de mortalidad de menores de 5 años entre la población urbana y rural (definida como la que vive en localidades menores de 15 000 habitantes) se han acentuado.²⁶

Tres de las principales causas de muerte entre la población indígena son las infecciones intestinales, la influenza y la neumonía, enfermedades

cuyos condicionantes básicos son el saneamiento, la calidad de la vivienda y las condiciones microambientales de estas, en especial el humo por combustión de leña.

En la última década se registraron ganancias promedio de 2.7 años en la esperanza de vida al nacer en las áreas urbanas, mientras en las rurales fue sólo de 0.2 años. Actualmente la población de las áreas rurales de Oaxaca, Guerrero y Chiapas tiene una esperanza de vida 10 años menor a la de las áreas urbanas de Baja California Sur, Nuevo León y el Distrito Federal.²⁷

La esperanza de vida saludable, es decir, el número de años que se puede esperar vivir con buena salud, tiene tendencias similares y disminuye conforme se incrementa la pobreza de las entidades.²⁷

La desnutrición es un problema de salud pública en México que se asocia con efectos negativos en varias funciones corporales e intelectuales y con un aumento en el riesgo de varias enfermedades. Está considerada como una determinante en el proceso salud-enfermedad y sus consecuencias suelen ser irreversibles.

El estado nutricional de la población indígena muestra rezagos; en particular, el principal problema de salud de los niños indígenas menores de 5 años es la desnutrición crónica, que se manifiesta con retraso en el crecimiento. La Encuesta Nacional de Nutrición (2002) mostró que 17.7% de los niños menores de 5 años tiene una talla baja, este retraso en el crecimiento es casi tres veces más frecuente en las zonas rurales y cuatro veces mayor entre los niños indígenas. Se estima que los niños desnutridos pierden entre 12 y 15% de su potencial intelectual, corren entre ocho y 12 veces mayor riesgo de contraer enfermedades infecciosas y son más propensos a padecer enfermedades crónico-degenerativas.^{25 - 27}

La desnutrición es un factor importante en las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia. El 40% de las mujeres indígenas tiene anemia, lo que aumenta la probabilidad de complicaciones durante el embarazo o de dar a luz a niños prematuros o con bajo peso al nacer. La situación nutricional y de salud de las mujeres aparece más deteriorada que la de otros estratos de las propias sociedades indígenas. Por lo general, en la distribución de los alimentos al interior de la familia se privilegia a los adultos varones por lo que las mujeres y los niños presentan el mayor grado de desnutrición.²⁶

En México hay un sistema mixto de atención a la salud, en el que conviven la medicina moderna y la tradicional. Para los indígenas la medicina tradicional ejercida por curanderos, hueseros y parteras es la principal esperanza de alivio. En la montaña de Guerrero, la Secretaría de Salud y UNICEF realizaron una investigación y encontraron que 70% de las mujeres indígenas eran atendidas por parteras tradicionales, 17% por sus familiares y sólo el 3% por personal médico.²⁶

Las condiciones de salud en los pueblos indígenas son producto, en parte, de la deficiente alimentación así como de las condiciones de sus viviendas. Las viviendas inadecuadas al tamaño y necesidades de las familias son una fuente de desventajas. La falta de servicios básicos y el hacinamiento ponen en riesgo la salud.²⁵⁻²⁷ Figuras 1 y 2.

Fig. 1 Falta de servicios básicos



Lorenzo Armendáriz. ²⁷

Fig. 2 Condiciones de viviendas



César Ramírez. ²⁷

En el año 2006, poco más de 16.5 millones de viviendas (85.6%) disponían de agua; en contraste, entre los indígenas sólo 62% de las viviendas contaba con este servicio. Los estados con mayor carencia en zonas indígenas fueron: Durango (76.8%), Veracruz (76.7%), San Luis Potos. (74.5%); Chihuahua (66.1%) y Nayarit (57.5%). En el estado de Chiapas, de las 180 037 viviendas indígenas sólo 51% disponía de agua entubada¹⁸

La falta de este servicio está ligada a las enfermedades de la pobreza. La ausencia o la baja calidad del agua propicia la proliferación de enfermedades infecto-contagiosas, respiratorias y particularmente las gastrointestinales, principales causas de muerte, sobre todo infantil. La calidad del agua depende en parte de la forma de colectarla, transportarla, manejarla y conservarla, así como de su uso en la preparación de los alimentos.

La insuficiencia de este líquido está asociada a la dispersión de las localidades y a la ausencia de fuentes de agua o manantiales cercanos. De acuerdo con el INEGI los pueblos indígenas con mayor carencia de este servicio son los pames (89.9%), tojolabales (70.5%), tepehuanes (76.3%), tarahumaras (67.3%), coras (66.1%), tepehuas (64.3%), pimas (63.8%), totonacos (63.3%), kanjobales (61.4%), guarijíos (61%) y huicholes (60.3%).¹⁸

5.4.1 Derechohabiencia

El cuidado de la salud es reconocido como un derecho fundamental de las personas y de las familias, sin embargo, si bien se han dado avances en la cobertura de la atención médica, una importante proporción de la población indígena se encuentra marginada de los servicios de salud proporcionados por el Estado.

De acuerdo con la CDI entre el 50 y 70% de la población indígena carece de atención médica en los estados de Baja California, Colima, Distrito Federal, Durango, Guanajuato, Jalisco, Quintana Roo, Yucatán y Zacatecas. En el resto de las entidades, una proporción mayor a siete de cada diez indígenas carecen de servicio médico, y son aquellas entidades donde mayoritariamente habita la población indígena.¹⁹

La derechohabiencia a los servicios de salud en alguna de las instituciones de seguridad social como resultado de una prestación laboral o beneficio directo de algún familiar, es uno de los indicadores que muestra la vulnerabilidad de la población indígena y la inequidad que experimenta.

De cada 100 hablantes, sólo 16 son derechohabientes de los servicios médicos en algunas de las instituciones de seguridad social; los otros 84 no cuentan con este servicio, son sujetos de atención como población abierta en los establecimientos de la Secretaría de Salud. Este porcentaje varía en el ámbito estatal; es relativamente alto (es decir mayor a la media nacional), en los estados a donde emigran, lo que permite estimar que han encontrado condiciones más favorables que en sus comunidades de origen.¹⁸

En los estados de mayor presencia indígena, el porcentaje de los hablantes es muy bajo (menor a la media de los hablantes); el extremo es el estado de Guerrero, que registra que de cada 100 hablantes, sólo 5 tienen el beneficio señalado. Con excepción de Sinaloa y Zacatecas, el porcentaje de los hablantes es menor que el de la población de 5 y más años de cada estado.¹⁸

Un poco menos de un millón de hablantes son derechohabientes de los servicios médicos; en la mayoría de los casos es una condición derivada

de una relación laboral e incluye tanto al trabajador, como a los que éste designe como beneficiarios.

La institución a la que los hablantes son principalmente derechohabientes es el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), organismo que brinda atención preferentemente a trabajadores del sector privado. En orden de importancia se ubica el ISSSTE, que es una institución que brinda atención a empleados del gobierno, las cifras absolutas muestran que los volúmenes más importantes con derecho a esta institución corresponden a las entidades con mayor presencia indígena, probablemente tienen gran peso los maestros y promotores del Sistema de Educación Indígena.²⁷

La derechohabiencia a servicios de salud derivados de una prestación laboral es una de las condiciones en las que el país aún no alcanza niveles satisfactorios; como se ha expuesto, entre la población indígena las condiciones son altamente desfavorables. De los casi 49 millones de personas de 5 y más años que no tienen derecho a recibir atención en una institución de seguridad social, cinco millones son hablantes de una lengua indígena, esto constituye el 10.3% del total, que es un porcentaje mayor del que los indígenas representan en el país.²⁸

Los estados donde los hablantes que no son derechohabientes tienen mayor peso, son aquellos de mayor presencia indígena puesto que las actividades económicas que principalmente desarrollan, no les permite contar con los beneficios de la seguridad social; consecuentemente, las entidades a donde los indígenas emigran, por ser volúmenes reducidos, no tienen gran peso en el total de población no derechohabiente.²⁹

6. La Promoción de la Salud en México

La promoción de la salud en México ha adquirido importancia y se ha desarrollado paralelamente con la modernización de la atención a la salud, sobre todo a partir de que el enfoque preventivo logra un justo equilibrio con el modelo curativo, que prevaleció durante décadas en los programas de salud.³⁰

En el México post-revolucionario, el Departamento de Salubridad Pública creó, por primera vez en el año de 1921, una oficina específica de propaganda y educación higiénica. En 1943 se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia al fusionarse el Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia Pública. La antigua oficina de Educación Higiénica fue elevada a la categoría de Dirección, creándose oficinas aplicativas de esta materia en las entidades federativas.

En la década de los años setenta se da un impulso vigoroso a la educación higiénica, como una estrategia para lograr que la población adquiriera los conocimientos básicos para proteger su salud. En 1973, al promulgarse el nuevo Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, se estableció la fundamentación jurídica de la competencia que en materia de educación para la salud tiene la Secretaría de Salubridad y Asistencia en el territorio nacional. En ese mismo año de 1973, en el Plan Nacional de Salud se incluyó el Programa Nacional de Educación para la Salud, que viene a darle coherencia y uniformidad a los aspectos conceptuales y aplicativos de esta materia.³¹

En 1978 se cambió la denominación de educación higiénica y se creó la Dirección General de Educación para la Salud, estableciéndose áreas específicas de esta naturaleza en los Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados, con el propósito de impulsar las acciones de

información y capacitación a la población para hacerla corresponsable y participativa en la conservación y mejoramiento de la salud.

No obstante los avances que hubo en este periodo, en 1985 debido a una compactación presupuestal las atribuciones de la Dirección General de Educación para la Salud pasan a la Dirección General de Medicina Preventiva con el rango de Dirección de Área.³²

En 1992 la Dirección cambia de denominación por el de Fomento de la Salud, con el propósito de dar respuesta a las nuevas necesidades que vivía el país en materia de salud, la Secretaría de Salud extendió los servicios de salud a todas las zonas marginadas del país, mediante una estrategia de reorganización de los servicios, la regionalización y descentralización para proporcionar la atención adecuada y oportuna a los problemas de salud.³²

Para lograr lo anterior, fue indispensable la reorientación de los Servicios de Salud, hacia un esquema en que la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud fueran el eje de los mismos, sin menoscabo de la atención médica. De esta manera, se esperaba la consolidación de una cultura de la salud, que propiciará el mejoramiento de los niveles de bienestar de la población. Con este propósito, en 1995, se propuso la creación de la Dirección General de Promoción a la Salud.

En el año 2001 cambia nuevamente la denominación por Dirección General de Promoción de la Salud, en este contexto, los aspectos esenciales de la Promoción de la Salud se refieren a la prevención y conservación de la salud familiar; el desarrollo de las acciones para mejorar los hábitos alimentarios de la población; la protección de la salud de la mujer para lograr su desarrollo; el cuidado y la conservación de la salud del escolar y de los adolescentes; el contribuir a mejorar los niveles de salud y bienestar de la población mediante los subcomponentes de

Prevención y Promoción de la Salud durante la Línea de Vida, Comunidades Saludables, Educación Saludable y el Sistema de Cartillas Nacionales de Salud que fortalezcan el desarrollo social en el ámbito local y municipal; el impulsar la práctica adecuada y constante de la actividad física para contribuir a la disminución de los riesgos y daños a la salud; así como aquellos aspectos que favorezcan la relación armónica entre los individuos, el ambiente y los factores que influyen en los estilos de vida saludables.^{32, 33}

De ahí, que para el cumplimiento de las atribuciones conferidas a la Dirección General de Promoción de la Salud, se le autorizó a partir del mes de junio de 2003 una estructura con dos direcciones de área: Comunidades Saludables y Educación Saludable y la Coordinación Administrativa.³³

6.1 Dirección General de Promoción de la Salud

La Dirección General de Promoción de la Salud tiene como objetivo impulsar y fortalecer la Promoción de la Salud en toda la República, como eje fundamental de la estrategia de atención primaria, mediante la instrumentación y aplicación de programas que faciliten a la población en general alcanzar un estado de salud individual, familiar, colectivo y ambiental con un alto grado de equidad y calidad a través de las estrategias de educación para la salud; prevención y promoción de la salud durante la línea de vida; comunicación educativa; capacitación; participación municipal, social y comunitaria en la prevención, protección y el autocuidado de la salud.^{32, 33}

Entre sus funciones principales se encuentran:

- 1) Proponer las políticas y determinar las estrategias a seguir para el desarrollo de las acciones de Promoción de la Salud que coadyuven al mejoramiento y la conservación de la salud física, mental y social de la población, durante la línea de vida mediante la educación para la salud, la participación social y la prevención de accidentes.
- 2) Definir las líneas de comunicación en apoyo de los programas de Comunidades Saludables, Educación Saludable y del Sistema de Cartillas Nacionales de Salud y para el mejoramiento de los servicios de prevención y promoción de la salud durante la línea de vida que se otorguen en los Servicios Estatales de Salud, con la participación de las Unidades Administrativas competentes.³⁴
- 3) Impulsar el proceso de organización de las autoridades municipales, grupos sociales y comunitarios, servicios de salud y las familias, emprendiendo acciones, que benefician su salud y calidad de vida.
- 4) Instrumentar los convenios y acuerdos de vinculación con dependencias e instituciones de educación superior, con el fin de colaborar en la formación y actualización de los docentes y estudiantes de medicina, enfermería y odontología para la operación de las acciones e instrumentos de prevención de enfermedades y promoción de la salud.
- 5) Coordinar el desarrollo y actualización de las normas, componentes y proyectos de Salud Municipal y Comunitaria y Participación Social; así como elaborar los manuales técnicos, documentos y

materiales de apoyo e implementar los mecanismos para su aplicación y control.^{34, 35}

6.2 Políticas Públicas Saludables

6.2.1 Concepto de política, política pública y política pública saludable

- Política: Se refiere a las actividades específicas que se relacionan con la adquisición, organización, distribución y ejercicio del poder, buscando el bienestar colectivo.
- Políticas públicas: Son las políticas en algún nivel de gobierno que delinean el rango de posibilidades para las interacciones sociales. Las políticas pueden ser puestas por el gobierno, las legislaturas y las agencias reguladoras autorizadas por otras autoridades constituidas.
- Políticas públicas saludables: son las que mejoran las condiciones bajo las cuales viven las personas: sustento seguro, fijo, adecuado y sostenible, estilos de vida y ambientes, incluyendo servicios comunitarios necesarios, personal social y servicios de salud.³⁵

6.2.2 Políticas en Promoción de la Salud

La Secretaría de Salud como entidad pública responsable de modular la política del sector, define en su Reglamento Interno las atribuciones de la Dirección General de Promoción de la Salud para formular y proponer las políticas y estrategias integrales para crear y fortalecer en la población las oportunidades para mejorar, conservar y proteger su salud física, mental y

social, a través de la comunicación educativa, la educación para la salud y la participación social organizada y corresponsable.³⁶

Es importante señalar que la estructura del sistema de salud en México se basa en un esquema descentralizado en el cual los 31 estados y el Distrito Federal tienen un Programa de Salud, donde queda explícita la promoción de la salud como eje estratégico de la política sectorial.

El Consejo Nacional de Salud es el órgano colegiado donde se formulan las políticas de salud que se llevan a cabo en la República Mexicana y tiene la responsabilidad de coordinar la implementación de los programas en los 31 estados y el Distrito Federal.³⁶

Al interior del Consejo se delinearán los ejes estratégicos para impulsar las tareas de promoción de la salud en concordancia con las líneas de acción del Programa Nacional de Salud:

- Desarrollo e implementación de políticas públicas
- Posicionamiento de la promoción de la salud en las políticas institucionales
- El reto de legislar y promover la salud
- Formación de recursos humanos en promoción de la salud
- Evaluación de la promoción de la salud
- Definición de prioridades y acciones de coordinación interinstitucional

En este esfuerzo participan todas las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, los sectores educativo y de desarrollo social, además de organizaciones civiles e instituciones académicas que trabajan para promover la salud.³²⁻³⁷

La visión de una política de salud que modifique las condiciones y riesgos de la salud de una población tiene, al menos, tres condiciones necesarias:

políticas públicas y entornos sociales saludables; información oportuna y adecuada; y educación para todos los grupos.

Los elementos centrales de una política pública centrada en la promoción de la salud deberán incorporar los siguientes elementos:

- Comprensión del contexto de la nueva salud pública.
- Reflexión permanente sobre el concepto de salud.
- Replanteamiento de los problemas y definición de prioridades.
- Integración de nuevos actores.
- Vinculación con el desarrollo social, político y económico.

En este contexto, el Sistema Nacional de Salud elaboró, el Programa Nacional de Salud, que busca constituirse como la articulación de estrategias, líneas y programas de acción para mejorar la salud de los mexicanos.²⁵

La construcción de esa política incluye un importante esfuerzo para hacer coincidir los objetivos y metas de salud con los programas de las Secretarías de Desarrollo Social y de Educación Pública, que sea capaz de impactar de manera prioritaria en las comunidades que se encuentran por debajo de la línea de pobreza.²⁵

6.3 Programas de salud dirigidos a los Pueblos Indígenas

6.3.1 Comunidades Saludables

El Programa de Acción de Comunidades Saludables es el conjunto de acciones destinadas a integrar los componentes de promoción de la salud, con objeto de motivar la participación de autoridades, instituciones,

organizaciones civiles y la comunidad en su conjunto, en el desarrollo de iniciativas y proyectos que favorezcan su calidad de vida y su entorno.

Una comunidad saludable es el resultado del proceso de organización de las autoridades municipales, los grupos sociales y comunitarios, los servicios educativos y las familias a favor de acciones que beneficien directamente su salud y calidad de vida.

El Programa contempla combatir los problemas que amenazan la salud integral de las personas, familias y comunidades, al fortalecer las conductas saludables que benefician a su población, todo esto a través de promover políticas públicas que fomenten la creación de entornos favorables a la salud y refuercen el poder de las comunidades sobre los determinantes de su salud, involucrando a los gobiernos municipales y a su población.^{1, 32}

Este programa contribuye de manera importante a incidir en las 14 prioridades en salud pública que buscan reducir la morbi-mortalidad por padecimientos del rezago o emergentes, con énfasis en enfermedades crónicas. Sus acciones dependen del gobierno de cada entidad.

Es el municipio el que genera los proyectos para los que solicitará el apoyo con fondos del Programa. El regidor de salud del ayuntamiento es el encargado de impulsar la institucionalización del Programa en el municipio. Es recomendable que los municipios constituyan, además, la figura de Responsable Municipal de Salud, que se encargará de dar continuidad y sustentabilidad al Programa, particularmente, a los proyectos apoyados por el Programa a través de las diferentes administraciones municipales, así como de establecer y mantener el enlace con las autoridades, comités y personal de salud.³²

6.3.2 Arranque Parejo en la Vida

El Programa de acción Arranque Parejo en la Vida (APV) fue creado por el gobierno federal en 2001 para atender desafíos de salud materna. Su cobertura se amplió a todas entidades federativas, hasta alcanzar la obligatoriedad para instituciones públicas y privadas a finales de 2004.¹

Para reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres, una de las estrategias sustantivas del Programa Nacional de Salud, es garantizar un arranque parejo en la vida a través de acciones que permitan asegurar una atención prenatal adecuada y un parto sin complicaciones, así como el crecimiento y desarrollo de niños con igualdad de oportunidades, desde su nacimiento hasta los dos años de vida.

Las actividades que se realizan dentro de este programa para mejorar las condiciones de salud de los indígenas son las siguientes:

- Capacitación de personal y equipamiento de servicios de salud
- Certificación de parteras tradicionales. En 2008 se actualizó el censo de parteras, lo que permitió contar con información de 16 046 parteras, de las cuales 3 296 se capacitaron y certificaron durante ese año.³²
- Creación de albergues maternos. Para las embarazadas que viven en zonas muy apartadas, se crearon los albergues o posadas que están cercanas a los hospitales de alumbramiento, en las que reciben atención por parteras pero cerca está el médico por si se presenta alguna emergencia.
- Programas de Vacunación. Al referirse a la mortalidad infantil, las principales estrategias para disminuirla se basan en el fortalecimiento del Programa Nacional de Vacunación anual, así como el Sistema Nacional de Registro (ProVac) para detectar los niños que están atrasados en su calendario de vacunación y asegurar altas tasas de cobertura.³⁸

6.3.3 PROCEDES

El *Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud (PROCEDES)* es un programa de financiamiento estratégico para la equidad y desarrollo con calidad en un marco de innovación de los servicios de salud. Garantiza una plataforma de recursos destinados a fortalecer programas para la reducción de los rezagos en salud.

Tradicionalmente, las innovaciones, adelantos y esfuerzos por incrementar la calidad en los servicios de salud han sido dirigidos y aprovechados, en mayor medida, por sectores con menos rezago que la población marginada.

Sus principales líneas de trabajo comprenden:

- a. Promover la participación informada de las comunidades, las autoridades locales y los sectores y grupos diversos, en proyectos de salud y desarrollo
- b. Impulsar la modificación de prácticas de vida para mejorar la salud individual y colectiva
- c. Reforzar las acciones del personal institucional y comunitario en las tareas promocionales y educativas
- d. Propiciar la participación social en la evaluación de las acciones desarrolladas. ²⁶

6.3.4 Seguro Popular de Salud

Otro ejemplo importante de la transformación y reorientación de los servicios de salud es la creación del *Seguro Popular de Salud*, que refuerza las acciones de cobertura de servicios a las poblaciones de mayor grado de marginación, incorporando nuevos componentes de protección básica y de atención hospitalaria; la cobertura de este seguro incluye la provisión de acciones hacia la modificación de estilos de vida, prevención de conductas de riesgo y educación en salud.

El seguro promueve la utilización de la infraestructura pública del sector salud, en su primera etapa se otorgará en las unidades médicas de los servicios estatales de salud y posteriormente se explorarán alternativas de prestación plural manteniendo los criterios de capacidad disponible y el carácter público del mismo. ²⁵

De los 5.4 millones de familias que están afiliadas al Seguro Popular 511 298 (9.4%) corresponden a la población indígena. Los objetivos de éste Programa respecto a las comunidades indígenas son promover los procesos de gestión de servicios de salud y de afiliación razonada al Seguro Popular de Salud, de familias de áreas marginadas rurales e indígenas, favoreciendo a través de Salud Reproductiva y Enfoque de Género; Salud de la Infancia y la Adolescencia; Consejo Nacional Contra las Adicciones; Desarrollo Humano Oportunidades y Promoción de la Salud, la prestación de los servicios de salud correspondientes. ³

Salud Reproductiva en:

- Control del embarazo y atención del parto en población indígena
- Suplementación o complementación nutricia en la embarazada
- Atención del recién nacido de población indígena
- Planificación familiar en población indígena

Salud de la Infancia y Adolescencia en:

- Prevención específica del niño de población indígena
- Suplementación o complementación nutricia del preescolar de población indígena
- Prevención contra las adicciones en el adolescente indígena

Promoción de la Salud en:

- Promoción con énfasis en la comunicación educativa para población indígena
- Orientación sobre el auto-cuidado de la salud en población indígena
- Diseño de material audiovisual de apoyo para acciones de salud con población indígena

Desarrollo Humano Oportunidades en:

- Suplementación nutricia al preescolar y la embarazada o madre lactando de población indígena
- Apoyo en la producción de material audiovisual
- Becas educativas y de apoyo a la alimentación. Apoyos al Adulto Mayor.

Calidad y Educación en Salud en:

- La determinación de requerimientos básicos para la acreditación de unidades de salud, conjuntamente con los Servicios Estatales de Salud
- Acreditación de unidades y Redes de Servicios de Salud en municipios con menor índice de desarrollo humano, para la atención de población indígena.³⁹

6.3.5 IMSS – Oportunidades

En el marco de las políticas de desarrollo social del país, el brazo de la seguridad en salud fue cubierto desde 1979 por el ahora denominado Programa IMSS Oportunidades. El objetivo general del Programa es el de garantizar el derecho a la salud de los mexicanos que carecen de seguridad social y que habitan en condiciones de pobreza y marginación en áreas rurales y urbano-marginadas, al aplicar un modelo de atención integral que brinda apoyos en especie mediante la prestación de servicios médicos gratuitos de tipo preventivo y curativo, así como el desarrollo de acciones comunitarias de promoción y comunicación educativa para la prevención de riesgos y daños, a partir del autocuidado de la salud.⁴⁰

A fines de diciembre de 2008, el Programa cubrió localidades rurales en 17 estados del país, así como localidades urbanas en 25 entidades federativas. Atendió a más de diez millones de mexicanos que no contaban con acceso formal a los servicios de salud, de los cuales el 34.5% era población indígena. Su infraestructura médica incluye unidades distribuidas en 17 estados y la ciudad de México, con un total de 3,845 unidades médicas. De esas unidades, setenta son hospitales rurales (HR); 3,549, unidades médicas rurales (UMR); y 226 unidades médicas urbanas (UMU).^{26, 41}

En el marco de las políticas de salud del país y las necesidades de atención a riesgos y daños de la población de su ámbito de responsabilidad, el Programa orienta sus acciones hacia las siguientes prioridades de salud:

- La promoción de la salud sexual y reproductiva
- Prevención del cáncer cervical y mamario
- Prevención de la malnutrición infantil y materna
- Prevención de la diabetes *mellitus* e hipertensión arterial

- Prevención y control de la tuberculosis
- Prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores ⁴⁰

El Programa ha operado, desde sus inicios, bajo un Modelo de Atención Integral a la Salud (en adelante MAIS) basado en los principios de la promoción de la salud, la participación comunitaria organizada que se corresponsabiliza del cuidado de su salud y el respeto a las costumbres y tradiciones de las comunidades. El MAIS se sustenta en la estrategia de atención primaria a la salud y se fundamenta en la labor coordinada de los equipos de salud y la comunidad organizada.

En la labor de la acción comunitaria del MAIS, se busca favorecer la participación de la población en distintas actividades de promoción de la salud para la comunidad. Con este propósito se implementa una estrategia de comunicación educativa que pretende propiciar la organización de las comunidades, promover la apropiación de los conocimientos en salud y favorecer la adopción de prácticas y entornos saludables en los distintos segmentos poblacionales⁴⁰.

Con ese objetivo se desarrollan mensajes preventivos con elementos de los enfoques de género y de interculturalidad con la idea de alentar la equidad en el acceso a los servicios de salud. La estrategia de comunicación educativa tiene la característica de ser desarrollada “por la gente y para la gente”, lo cual ha permitido construir un puente de comunicación entre la comunidad y los equipos de salud.⁴¹

La atención de los servicios médicos se realiza a través de los equipos de salud (red de médicos, enfermeras y paramédicos) encargados de proporcionar la atención preventiva y curativa, así como de realizar acciones de vigilancia epidemiológica.

De forma complementaria, la acción comunitaria se desarrolla a través de voluntarios de las comunidades (asistentes médicos, promotores, parteras, integrantes de comités de salud y terapeutas tradicionales) encargados de asesorar a la población sobre el cuidado de su salud y promover acciones de participación comunitaria.²⁶

7. Conclusiones

La Promoción de la Salud ha surgido internacionalmente como una estrategia para alcanzar la equidad, la democracia y la justicia social, ofreciendo un marco para organizar la acción social y política para mejorar la salud y las condiciones de vida.

En México, se parte de este marco para lograr reducir los índices de rezago y marginación en salud de los Pueblos Indígenas, respetando su cultura y tradiciones a través de distintos Programas y Políticas públicas para mejorar la salud de éste sector poblacional.

Sin embargo para la Promoción de la Salud son esenciales el seguimiento y la evaluación, rubros que han sido deficientes en México pues no se han logrado los objetivos primordiales de los programas implementados y actualmente se observa un importante rezago de los Pueblos Indígenas en cuestiones de salud.

8. Referencias bibliográficas

1. Sánchez JM. *Contexto de la Promoción de la Salud*. México 2010. www.promoción.salud.gob.mx 25 de Enero 2011.
2. Álvarez R. *Educación para la Salud*. 2° ed. Ed. Manual Moderno, 2005, Pp. 39-45
3. Promoción de la salud. Glosario OMS, Ginebra 1998, Pp. 29. www.who.int 30 de Enero 2011.
4. Hawe P, Degeling D, Hall J. *Evaluación en promoción de la Salud. Guía para trabajadores de la salud*. Masson, 1994. Pp. 3-6, 65-72.
5. Carta de Ottawa www.promoción.salud.gob.mx 25 de Enero 2011.
6. Downie R, Tannahill C. *Health Promotion. Models and Values*, 2° ed. Oxford University Press, 1996, Pp. 27, 39, 50-67.
7. Castaño M. *Educación para la salud*. Rev. Digital, Innovación y experiencia, Educación No. 22, 2009.
8. Fías Osuna A. *Salud pública y educación para la salud*, 1° ed. Masson, 2002, Pp. 348-351.
9. Ewles L, Simnett I. *Promoting Health. A practical guide*. 5° ed, Bailliere Tindall, 2003, Pp. 32-40.
10. Baena G, Monteros S. *Comunicación para la salud: una estrategia para la participación comunitaria*. México, Ed. Pax, 1989, Pp. 37-45
11. Caballero V, Alonso LM. *Marketing en salud*. Rev. Salud Uninorte, Vol. 24, NO. 2, 2008.
12. Declaración de Alma Ata. www.promoción.salud.gob.mx 25 de Enero 2011
13. Sánchez M, Ramos E, Maset P. *La actitud participativa en salud: entre la teoría y la práctica*. Ed. Marcia, Pp. 47-53.
14. Roldán J. *El pueblo y las comunidades indígenas como sujetos de derecho*, México, CDI, (Serie: Desarrollo Indígena. Reflexiones y Propuestas) 2006.
15. *100 Preguntas sobre los Pueblos Indígenas de México* www.nacionmulticultural.unam.mx 2 de Febrero 2011.
16. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Última reforma 7/Mayo/2008. www.itai.org.mx/docs/constitucionpoliticadelosestadosunidosmexicanos.pdf 2 de Febrero 2011.

17. Serrano E, Osorio A, Fernández P, *Indicadores socioeconómicos de los pueblos indígenas de México, 2002*, México, INI, PNUD. www.conapo.gob.mx 15 de Febrero 2011.
18. Censo de Población y vivienda 2010. www.inegi.gob.mx 3 de Marzo 2011.
19. Serrano E. *Regiones Indígenas de México. 2006*. www.cdi.gob.mx 20 de Febrero 2011.
20. Proyecciones de indígenas de México y de las entidades federativas 2000-2010. www.conapo.gob.mx
21. Plan Nacional de Desarrollo 2007 – 2012. www.pnd.calderon.presidencia.gob.mx 16 de Febrero 2011.
22. Programa Nacional para el desarrollo de los Pueblos Indígenas 2007-2012. www.pnd.calderon.presidencia.gob.mx.
23. Torres JL, Villoro R, Ramírez T. *La salud de la población indígena en México*. Caleidoscopio de la salud. Pp. 45-65.
24. Situación de salud de los pueblos indígenas. www.cdi.gob.mx 20 de Febrero 2011.
25. Programa Nacional de Salud 2007-2012. www.dif.gob.mx 6 Febrero 2011.
26. Secretaría de Salud. *Salud: México 2006. Información para la rendición de cuentas*. www.evaluacion.salud.gob.mx 10 de Febrero 2011.
27. Victoria AM. *500 años de salud indígena*. Ed. Miguel Ángel Porrúa, México, 2004. Pp. 95-115.
28. Indicadores Demográficos Básicos 2009. www.sedesol.gob.mx 10 de Febrero 2011.
29. Programa de Acción: Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas. www.dif.gob.mx 6 de Febrero 2011.
30. Arroyo H, Cerqueira MT. *La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina. Un análisis sectorial*. Rev. Salud pública México. Vol. 40 No. 3. Mayo/Junio, 1998.
31. Salud Intercultural. OPS/OMS – Bolivia, 2006. www.who.int 30 de Enero 2011.
32. Programa Comunidades Saludables 2010. www.dgps.gob.mx 25 de Enero 2011.

33. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Promoción de la Salud: hacia una mayor equidad. Ciudad de México, 5 de junio de 2000. www.who.int 30 de Enero 2011.
34. Urbina M, Moguel A. *La experiencia mexicana en Salud Pública: oportunidad y rumbo para el tercer milenio*. Biblioteca de la salud. México, 2006. Pp. 37-44.
35. Medina C, Maupomé G, Ávila-Burgos L, Pérez R. *Políticas de salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades*. Una descripción. Rev. Biomed 2006; Vol. 17, Pp. 269 – 286.
36. Secretaría de Salud. *Informe de Ejecución del Programa Nacional de Población 2001-2006*. www.ssp.mx 20 de Febrero 2011.
37. Ruelas E, Gay JG. *Políticas públicas, estructuras del Estado y defensa del derecho a la protección de la salud*. Rev. Salud Pública de México, Vol. 50, 2008, Pp. 343 – 347.
38. *Situación De Salud en México. Indicadores Básicos 2008*. Sistema de Información de Salud. www.sinais.gob.mx 24 de Febrero 2011.
39. Programas Estratégicos en Áreas Rurales e Indígenas. www.seguro-popular.gob.mx 26 de Febrero 2011.
40. Programa IMSS-Oportunidades. Instituto Mexicano Del Seguro Social. www.imss.gob.mx 26 de Febrero 2011.
41. Chávez MG, Caballero JR, Monárrez J, Covarrubias K. *El Programa IMSS Oportunidades. Un acercamiento a su estrategia de comunicación educativa aplicada a un contexto de alta marginalidad*. Estudio sobre las Culturas Contemporáneas, Vol. XVI, No. 31, 2010, Pp. 113-143.