

# AQUÍ estamos

REVISTA DE EXBECARIOS INDÍGENAS DEL IFP-MÉXICO

MIRADAS INDÍGENAS SOBRE LA SALUD PÚBLICA



Año 6, Núm. 11, julio- diciembre 2009



# 11

# DIRECTORIO



**Joan Dassin**  
Directora Ejecutiva



**Virginia García Acosta**  
Directora General

**Editor**  
David Navarrete Gómez

**Diego Iturralde Guerrero**  
Director Académico

**Coordinación  
de la propuesta temática**  
Hilda Romero Zepeda

**Edgar García Valencia**  
Subdirector de Difusión  
y Publicaciones

**Asistencia editorial**  
Linda Uribe Carranza

**David Navarrete Gómez**  
Coordinador  
IFP-México

**Diseño y formación**  
Gabriel Salazar Enciso

*Aquí Estamos* es una publicación semestral del CIESAS  
y del Programa Internacional de Becas  
de Posgrado de la Fundación Ford (IFP).

La responsabilidad por las colaboraciones que se publican en esta revista es exclusivamente de los autores. El IFP, el CIESAS y *Aquí Estamos* son ajenos a ella.

Toda correspondencia deberá dirigirse a:

CIESAS

Coordinación del IFP-México

Juárez 222, Tlalpan

México, D.F. 14000

Tels. 54 87 35 81 y 54 87 35 70, exts. 1309 y 1313.

Correo electrónico: [alumni@cieras.edu.mx](mailto:alumni@cieras.edu.mx)

Año 6, núm. 11, julio-diciembre, 2009.

La versión electrónica de esta revista está disponible en:

<http://ford.cieras.edu.mx/Revistas.htm>

4	EDITORIAL
5	PRESENTACIÓN
	Salud pública en México: impulsando la formación de líderes disciplinarios en la interculturalidad Hilda Romero Zepeda
	ENSAYOS
11	La salud pública en México: un reto para la formación de los profesionales en Michoacán Xitlali Martínez Velázquez
20	El reto en Chiapas para combatir la tuberculosis Anaximandro Gómez Velasco
31	La necesidad de un modelo de intervención odontológica preventiva para las poblaciones dispersas del Valle del Mezquital, Hidalgo Noé Cathi Zongua
37	Crecimiento y desarrollo asociados a la salud mental de los niños zoques de Pantepec, Chiapas Martha Juárez García
	ENTREVISTA
44	Los retos de la Salud Intercultural en México. Diálogo con Roberto Campos
	NOTAS INFORMATIVAS
52	Convocatoria 2010 del Programa Internacional de Becas de Posgrado para Indígenas (última promoción)
52	Impartición de talleres sobre herramientas para la gestión de conflictos y liderazgos indígenas

# CONTENIDO

La asociación de exbecarios del IFP México (Red IINPIM) nombra nuevo Consejo Directivo	54
Nuestros nuevos becarios, generación 2009	54
<b>NOTICIAS DE NUESTROS EXBECARIOS</b>	56
Abel Bruno Arriaga cofundador y secretario general del Comité Regional de Gestoría y Defensa Social de La Montaña de Guerrero	56
Rosario Ramírez Santiago auditora de manejo forestal para comunidades y ejidos en los estados de Durango y Oaxaca	57
Arcelia Toledo López obtiene distinción de Candidato a Investigador Nacional del Sistema Nacional de Investigadores	57
Sócrates Vásquez García y el proyecto de Radio Jënpoj a ocho años de su creación	57
Víctor Mendoza García coordinador regional del Proyecto Heifer Internacional en el Sureste Mexicano	58
<b>CON CONOCIMIENTO DE CAUSA</b>	59
Tesis y trabajos recepcionales de los exbecarios que terminaron su contrato durante el segundo semestre de 2009	
<b>LOS AUTORES</b>	61
Quiénes escriben en este número	
<b>DIRECTORIO DE EXBECARIOS</b>	63
Egresados desde 2003 al segundo semestre de 2009	

## EDITORIAL

Uno de los propósitos centrales de *Aquí Estamos* es coadyuvar al mejor entendimiento del México indígena a través de la mirada y la voz de los profesionistas indígenas de distintas etnias y campos de especialización que han realizado estudios de posgrado con apoyo del IFP. Reafirmamos tal empeño presentando al lector nuestro tercer número temático, esta vez dedicado a la salud pública, una esfera de importancia crítica para el bienestar y desarrollo de nuestros pueblos indios y del país en general.

Paradójicamente, son pocos los profesionistas indígenas formados en este campo del conocimiento, máxime si se les compara con aquellos dedicados a, por ejemplo, la educación básica, las leyes y los estudios del campo. No obstante, información recabada a través del funcionamiento del IFP a lo largo de ya casi una década de operación en nuestro país, indica que en años recientes se ha producido un repunte vocacional asociado con la medicina y la salud pública entre la población indígena que accede a la educación superior. Los autores que participan en este número de nuestra revista son parte de esta aún reducida pero pujante generación de jóvenes médicos, enfermeras, psicólogos, odontólogos y biólogos indígenas que trabajan en el estudio y la atención de problemas extendidos y agudos que afectan la salud física y mental de nuestros pueblos originarios.

Este número de la revista busca también contribuir al diálogo de saberes que poco a poco viene avanzando en México y otros países de Latinoamérica entre la medicina académica y la denominada tradicional. Se trata de un diálogo necesario, incipiente y muy promisorio, pero también difícil de resolver en ciertos componentes, como puede apreciarse en los cuatro ensayos de nuestros también nacientes y prometedores especialistas indígenas, todos ellos formados en las ciencias de la salud occidentales. En la sección de Entrevista, un estudioso no indígena particularmente calificado en medicina y salud intercultural, ofrece su visión sobre la condición actual y los retos por resolver de esta disciplina, entre los que resalta la formación de recursos humanos especializados.

La realización de la sección temática de *Aquí Estamos* 11 fue posible gracias a la entusiasta, comprometida y conocedora participación de Hilda Romero Zepeda, estudiosa de la salud pública en nuestro país y decidida acompañante del Programa Internacional de Becas para Indígenas de la Fundación Ford.

Invitamos al lector a revisar también las restantes secciones de nuestra revista, donde se captura una parte representativa de las diversas actividades, empeños, y logros académicos y profesionales de nuestros exbecarios.

## LA SALUD PÚBLICA EN MÉXICO: IMPULSANDO LA FORMACIÓN DE LÍDERES DISCIPLINARIOS EN LA INTERCULTURALIDAD

*Hilda Romero Zepeda*



En la República Mexicana, durante los últimos 35 años, se han vivido diversos procesos de transición educativos, laborales, sanitarios, agrícolas, económicos, políticos, etc., que han condicionado perfiles poblacionales diferenciados. Se ha documentado la coexistencia de megaciudades con elevadas concentraciones poblacionales, de vías de comunicación y de servicios al lado de numerosas poblaciones pequeñas de difícil acceso y alejadas de los centros de provisión de servicios. Tales poblaciones son catalogadas internacionalmente como comunidades en extrema pobreza, y muchas de ellas se localizan en zonas aledañas donde habita el 5% de la población mexicana que concentra 80% de las riquezas nacionales. De igual manera, la salud poblacional mexicana presenta un perfil polarizado, situación que llega a observarse incluso en una misma familia. De manera transversal se desarrollan procesos de transculturación y de migración poblacional, causantes de modificaciones en las ocupaciones, usos y costumbres comunitarias que derivan en el acceso diferenciado y limitado a recursos de diversa índole, frecuentemente con efectos nocivos para la salud.

La salud pública se refiere a la protección y mejora de la condición de las personas por medio de la acción comunitaria. Se centra en su estado de bienestar físico, social y mental (bienestar biopsicosocial), más que en la simple ausencia de una enfermedad o dolencia. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud pública comprende cuatro áreas fundamentales:

- 1) Fomento de la vitalidad y salud integral.
- 2) Prevención de lesiones y enfermedades infecciosas y no infecciosas.
- 3) Organización y provisión de servicios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades.
- 4) Rehabilitación de personas enfermas o incapacitadas.

Si bien la esperanza de vida en México aumentó dos años en tan sólo una década y se ha registrado una disminución de las tasas de mortalidad general e infantil, estos índices se mantienen en rangos preocupantes en



comunidades vulnerables, particularmente en las zonas indígenas (Instituto Nacional de Salud Pública, 2006). Los procesos migratorios dentro y fuera del país, así como las transferencias internacionales asociadas a cambios globales, han generado avances en pro y en contra de nuestras comunidades: en biotecnología, informática y telecomunicaciones, movimientos migratorios, importación de estilos de vida e ideas, variación de estándares ambientales y ocupacionales, comercio de sustancias nocivas tanto legales como ilegales, distribución de tecnología médica y, a su vez, transferencia internacional de riesgos, como son las pandemias de influenza, VIH-Sida, tuberculosis, obesidad, y diseminación de agentes patógenos resistentes a los antibióticos.

Los cambios epidemiológicos en estos 40 años se caracterizan por la persistencia de enfermedades infecciosas, como la neumonía y las diarreas entre la población infantil, la ocurrencia de enfermedades crónico-degenerativas y el cáncer. Se ha condicionado la disparidad nutricional con la convivencia de deficiencias y excesos alimentarios y nutricios en la población mexicana, lo mismo que el cúmulo de rezagos y problemas emergentes. En un extremo del espectro epidemiológico se cuentan enfermedades infecciosas, desnutrición y problemas materno-infantiles, y en el otro predominan enfermedades no transmisibles y lesiones características de los países desarrollados.

Las deficiencias en el ámbito de la salud mental repercuten en múltiples complicaciones en la calidad de vida de hombres y mujeres en edad productiva, lo que incrementa la incidencia de lesiones y accidentes laborales, así como ausentismo y retiro temprano por incapacidad. Se trata de factores con alto costo social y económico tanto para los trabajadores como para las empresas, pues suponen salarios caídos o recambio de personal en corto tiempo, tienen consecuencias económicas y de tiempo, requieren la inversión de recursos para la capacitación y la habilitación de nuevos trabajadores, e implican el desempleo sistemático de hombres y mujeres que quedan sin el respaldo del sistema de seguridad social.

La violencia familiar y de género es otra de las múltiples expresiones de la salud mental en la sociedad, que por cierto anteriormente era considerada una cuestión privada que concernía sólo a la célula familiar. Hoy sabemos que tiene impactos sociales múltiples que van desde el gasto de la atención médica, psicológica y legal, hasta el ausentismo laboral de los adultos involucrados, el ausentismo escolar y la disminución en el aprendizaje de los hijos. El inicio de procesos adictivos en el núcleo hoy se relaciona con la violencia familiar o con la violencia de género en sus múltiples expresiones. En la línea de la salud mental, cobra importancia la depresión, que frecuentemente se asocia al suicidio, cuya incidencia cada vez ha aumentado a edades menores (INEGI, 2006).



**CIESAS**

Las múltiples transiciones referidas en los párrafos anteriores conducen a desafíos comunes en una perspectiva ética de la salud pública: prevención y planeación oportuna de los efectos provocados por el incremento demográfico y sus correspondientes cambios en la distribución y estructura de la población; combate a la pobreza, atención a la seguridad alimentaria y contra la malnutrición; mejoramiento de la cobertura y calidad de los servicios de atención y de las capacidades de respuesta institucionales a enfermedades emergentes y reemergentes. En términos económicos, es bien sabido que la fortaleza de todo desarrollo sustentable descansa en sus recursos humanos. La afectación de la salud de éstos repercute en costos económicos con impacto en la calidad, productividad y expansión del aparato productivo. En el terreno de la economía social su repercusión es doble, influyendo negativamente en la productividad comunitaria, si bien las dimensiones con influencia positiva representan una contribución cuantitativamente mayor respecto de las negativas.

En este número de *Aquí Estamos* dedicado a temas de salud pública, las y los autores abordan problemas relevantes relacionados con la salud biopsico-social de ciertas comunidades indígenas del centro y del sur de la República Mexicana, con la particularidad de que se trata de hombres y mujeres provenientes de estos grupos. Su condición étnica los sitúa en una perspectiva crítica que se nutre del cruce de su propia experiencia como testigos de los resultados de los programas y políticas de salud pública existentes, y del análisis académico más reciente que las y los autores llevaron a cabo durante sus estudios de posgrado. De aquí deriva una de las grandes riquezas que encierran las líneas de este número 11 de *Aquí Estamos*: la lectura que los autores ofrecen desde su cultura de origen, puesto que están en condiciones óptimas de describir y reflexionar sobre las particularidades y características sanitarias de las poblaciones indígenas que tratan. Sobra decir que su educación formal en México y en Europa les ha dotado de una estructura de pensamiento y de elementos de juicio pertinentes a los temas que desarrollan.

Xitlali Martínez Velázquez, perteneciente a la etnia purépecha, licenciada en Enfermería con maestría en Salud Pública por la Universidad Pompeu Fabra, España, nos introduce al mundo de la salud pública a través del reto que representa la formación de profesionales de esta especialidad y el diseño de estrategias para su promoción. Su interés parte de su convicción acerca de la importancia de la formación especializada y la educación sanitaria para realizar el diagnóstico oportuno y la prevención de las enfermedades en los diferentes sectores sociales, particularmente entre los grupos más vulnerables, desde un enfoque integral en el ámbito social, cultural, político, ambiental y biológico. De manera particular considera los estilos de vida y sus modi-



ficaciones en años recientes como factores de riesgo para los procesos de salud en la población y en las comunidades indígenas. Dada su trayectoria académica y laboral, su texto marca una pauta de reflexión para el impulso de la formación educativa en México en el campo de la salud pública.

Originario de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, perteneciente a las etnias tsotsil y tseltal, y doctorado en Microbiología Molecular en la Universidad de Birmingham, Inglaterra, Anaximandro Gómez Velasco trata la complejidad sanitaria, económica y social de la tuberculosis y su afectación hacia la biología molecular del *mycobacterium*, como generadora del problema en hombres y mujeres con elevada vulnerabilidad: aquellos que subsisten en zonas altamente marginadas, como las diversas comunidades indígenas de Chiapas. Gómez Velasco describe también cómo los problemas geográficos, económicos, políticos y sanitarios de nuestro país hacen aún más complejo el tratamiento de este mal. En su opinión la principal estrategia de atención implementada a la fecha - conocida como TAES-, en un caso de administración inadecuada, condiciona la modificación genética de la bacteria y la generación de cepas resistentes a los antifímicos hasta ahora conocidos, dejando en situación de mayor riesgo a nuestras comunidades chiapanecas. Su ensayo ofrece una descripción general del fenómeno para después subrayar la necesidad de realizar investigación básica y aplicada en México sobre la tuberculosis, para con ello estar en posibilidad de dar una respuesta adecuada a esta seria y extendida problemática de salud pública.

Noé Cathi Zongua, perteneciente a la etnia otomí de Hidalgo y estomatólogo con Maestría en Salud Pública Oral por la Universidad de Sevilla, propone un modelo de intervención odontológica preventiva para las poblaciones dispersas del Valle del Mezquital, en donde los problemas de salud bucal figuran como la segunda causa de morbilidad. Según el autor, debido a las condiciones de pobreza, monolingüismo y bajos niveles educativos de estas poblaciones y a la magnitud del problema de la salud bucal en México, este programa podría incluso retomarse para su réplica en numerosas zonas indígenas del territorio nacional. Este modelo tiene la bondad de proponer una base de intervención odontológica preventiva cuya aplicación permitiría disminuir el daño de las enfermedades bucales mediante la promoción de la práctica diaria de la higiene, la alimentación adecuada, la detección y atención oportunas y la educación en salud para el autocuidado.

En el último ensayo, Martha Juárez García, originaria de Chiapas, licenciada en Psicología y Maestra en Psicopatología Clínica Infanto-Juvenil por la Universidad Autónoma de Barcelona, aborda el tema de la salud mental de niños zoques de Pantepec, Chiapas. En su artículo se ocupa de diversos



**CIESAS**

aspectos que hacen necesaria la atención de la salud mental indígena desde la niñez y refiere los múltiples indicadores observables como sintomatología de su afectación. En su opinión, la prevalencia de este tipo de afectaciones es atribuible en buena medida a una política sanitaria que escasamente repara en la salud psicológica de la niñez en términos de un factor que es clave para la atención integral del bienestar biopsicosocial de los individuos, máxime en zonas y grupos sociales con alta vulnerabilidad. También anota la afectación que deriva de la observación no explícita de la problemática que afrontan los profesionales de la salud en la consecución y justificación de su actividad laboral.

La entrevista a Roberto Campos Navarro, médico mexicano con especialidad en Antropología Médica, nos ofrece un panorama sobre la condición de nuestros pueblos indios desde la óptica de las ciencias de la salud y de la antropología. Los temas abordados en la conversación con *Aquí Estamos* nos colocan en condiciones de analizar desde una perspectiva integral y de desarrollo comunitario los abordajes de los equipos de salud, sus carencias y sus alcances, así como las necesidades de formación intercultural de sus recursos humanos.

Campos Navarro contrasta la condición sanitaria de la población indígena de México con la del resto del país, haciendo evidentes sus grandes rezagos y los altos índices de morbilidad y mortalidad relacionados con marginación y pobreza, problemas agudizados por la ausencia de un enfoque intercultural en los programas de salud pública. Puntualiza cómo la desnutrición, las enfermedades transmisibles, las diarreicas y respiratorias, así como la muerte materno-infantil, se potencializan por los escasos servicios públicos de que disponen las comunidades indígenas, lo que a su vez favorece la migración y el consumo de sustancias adictivas, como el alcohol. Navarro conceptualiza la medicina intercultural como la práctica y el proceso relacional salud/enfermedad/enfermo/familia/profesional de la salud. Al igual que otras autoridades en la materia destaca, por un lado, la necesidad de la formación intercultural y, por otro, de la atención sanitaria colectiva enfocada más a la prevención que a la atención individualizada en función de aspectos curativos con frecuencia descontextualizados de la cultura de los pacientes. Por último, resalta las ventajas de que los profesionales de la salud de origen indígena puedan reintegrarse a la labor disciplinaria en su comunidad o en su región, apostando así a favor del proceso de la medicina intercultural y de una atención comprensiva de los usos, costumbres y posibilidades de los pueblos indios en México.



En suma, este número de *Aquí Estamos* ofrece información y reflexiones que buscan sensibilizar al lector sobre las convergencias y diferencias en el ámbito de la salud pública que se viven en el país, en particular respecto de nuestros pueblos indígenas, en donde la reflexión social y especializada puede permitirnos un trabajo sumativo con una perspectiva ética en favor de nuestras comunidades indígenas y de nuestra sociedad en su conjunto.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (2006), *Mujeres y hombres en México 2006*, México, INEGI.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA (2006), *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2006*, México, Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud.

ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS (1948), *Fundación de la Organización Mundial de la Salud*, ONU (<http://www.cinu.org.mx/temas/desarrollo/dessocial/salud.htm>, consultada: 18 enero de 2010).

ROMERO ZEPEDA, Hilda, *et al.* (2009), "El costo de la salud pública en el desarrollo empresarial", en *Revista Salud Pública y Nutrición* Núm. 1 ([http://www.respyn.uanl.mx/x/1/ensayos/ensayo\\_salud\\_publica\\_y\\_laboral\\_queretana.htm](http://www.respyn.uanl.mx/x/1/ensayos/ensayo_salud_publica_y_laboral_queretana.htm), consultada: 18 de enero de 2010).



CIESAS

## LA SALUD PÚBLICA EN MÉXICO: UN RETO PARA LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN MICHOACÁN



*Xitlali Martínez Velázquez*



### *Introducción*

La sociedad actual está experimentando una serie de transformaciones sociales, culturales, políticas, ambientales y biológicas, que han tenido un alto impacto en la pérdida de salud causando enfermedades y gastos económicos familiares e institucionales. Los estilos de vida que hemos adoptado obligan a la ciencia y tecnología a preocuparse por la búsqueda de alternativas que ayuden a aumentar la esperanza y mejoren la calidad de vida de la humanidad. Un ejemplo claro es el consumo elevado de grasas, azúcares y carbohidratos, que son factores de riesgo para múltiples enfermedades. Ante esta situación resalta la necesidad de sensibilizar a los profesionistas de todas las áreas. En especial se espera que a través de la formación de profesionales de la salud pública se coadyuve a la transformación de estilos de vida saludables por medio de la educación, promoción de la salud, diagnóstico oportuno y prevención de la enfermedades, en los diferentes grupos sociales y con mayor énfasis en los grupos vulnerables como adultos mayores, niños, mujeres en edad reproductiva, indígenas y agrupaciones rurales que tienen menos oportunidad y acceso a servicios de salud. Esta situación nos obliga a interesarnos en la salud pública como un medio para el desarrollo económico de la sociedad y el futuro de la salud, y a la creación de nuevos programas de estudio cuyo objetivo principal sea el bienestar individual y social con un enfoque preventivo y educativo, aprovechando y rescatando los recursos y saberes tradicionales que posee cada comunidad.

Lo anterior motiva a escribir mi experiencia como docente y visualizar la importancia de la salud pública en el Estado de Michoacán y la manera de cómo influyen los profesionales de la salud en el progreso y mejoramiento de la calidad de vida de la población michoacana.

### *Características del estado de Michoacán*

El estado de Michoacán se encuentra ubicado en la parte oeste de la República Mexicana. Michoacán posee riquezas naturales, como el Santuario de la Mariposa Monarca, y culturales, entre las que destacan las tradiciones y costumbres de las comunidades indígenas purépechas. Según datos del Consejo Nacional de Población (CONAPO), en 2008 la población del estado era de 3, 964, 009, con una pirámide poblacional relativamente joven.<sup>1</sup> La economía se sustenta en la agricultura, comercio y remesas de los emigrantes que residen en Estados Unidos.

En su división territorial encontramos municipios con muy alto, alto y medio grado de marginación por carecer de servicios y recursos de atención para la salud;<sup>2</sup> factores que favorecen la morbilidad y mortalidad de enfermedades prevenibles y que sumandos a la carencia de profesionales altamente capacitados en disciplinas de la salud pública, dificultan el mantenimiento y mejoramiento de las condiciones de vida de la población. Información de la Secretaría de Salud de Michoacán (SSM) señala que para la población total michoacana sólo existen 704 médicos laborando en la prevención y promoción de la salud, y únicamente 12 cuentan con especialidad en esta área.<sup>3</sup>

El estado cuenta con instituciones educativas de nivel básico, medio superior y superior, destacando la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (UMSNH), donde se cuenta con la principal oferta de formación profesional en Salud Pública. Además, esta universidad tiene características pluriculturales por albergar a estudiantes de diferentes estados y etnias de la República Mexicana.

### *Salud Pública, su evolución y contexto social*

El concepto de salud pública es amplio. Para Winslow,<sup>4</sup> es el arte y ciencia de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para el saneamiento del medio, el control de los padecimientos transmisibles, la educación de los individuos en higiene personal, la organización de los servicios de salud para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades. El desarrollo de condiciones sociales que aseguren a cada individuo el nivel de vida adecuado para la conservación de la salud es un derecho constitucional en México.

El cuidado de la salud existe desde los comienzos de la historia de la humanidad. Sin embargo la salud pública como ciencia tiene poco más de

<sup>1</sup> CONAPO, 2008.

<sup>2</sup> SSM, 2009.

<sup>3</sup> Véase: <http://www.docstoc.com/docs/3248057/Subsistema-de-Informaci%C3%B3n-de-Equipamiento-Recursos-Humanos-e->.

<sup>4</sup> Álvarez, 2002: 32.

un siglo de existencia. Haciendo un breve y esquemático recuento histórico, sabemos que los egipcios, según Heródoto, tenían sofisticadas prácticas de higiene personal y conocían un gran número de fórmulas farmacéuticas, construyeron depósitos de arcilla para filtrar las aguas para consumo humano y canales de desagüe para conducir las aguas residuales. En América prehispánica, por otra parte, la civilización tehotihuacana contó con grandes obras que le permitían llevar agua limpia a la ciudad, así como deshacerse del agua sucia. Lo mismo sucedió en la cultura azteca, desarrollada en islotes dentro de un gran lago, quienes idearon diversas medidas para evitar su contaminación y preservar la salud pública.

El valor de la salud y la prolongación de la vida que trae aparejada radican en el bienestar y capacidad en que se traducen para que el individuo desarrolle acciones útiles para sí mismo y para la sociedad. Esta no es una tarea individual sino que se desarrolla mediante el esfuerzo organizado de la comunidad.

Es frecuente que cuando se habla de “comunidad”, se piense en grupos sociales con escaso nivel cultural y de salud, y en mayor o menor grado aislados del conjunto de la sociedad. No es así. La “comunidad” la formamos todos y, en la esfera de la salud pública, está integrada por las autoridades públicas del ramo, el personal que labora en las instituciones educativas y de salud, y los propios grupos e individuos receptores de esos servicios. Solamente con la acción organizada y coordinada de todos actores se podrán obtener resultados positivos en la promoción y conservación de la salud.

### *Influencia de la salud en el desarrollo social*

La salud constituye el motor de la economía de un país. Sin salud la producción industrial y la actividad comercial disminuyen, impactando negativamente la producción y la adquisición de bienes materiales, con la consiguiente reducción de la recaudación de impuestos. Un país “enfermo” genera mayor demanda de servicios de salud, que por lo general resultan insuficientes al incrementarse la incidencia de enfermedades de diversa índole, donde las familias ven mermados sus recursos económicos al destinar parte importante de los mismos a la atención hospitalaria de quien enferma y a costear tratamientos quirúrgicos y farmacológicos onerosos. En nuestro país, la falta de medidas preventivas y los diagnósticos tardíos derivan en altas incidencias de enfermedades prevenibles, en complicaciones médicas costosas y en numerosas muertes acaecidas a edades tempranas.

Una persona enferma genera desajustes familiares y sociales, así como gastos asociados con el tratamiento médico. Ejemplo de esto son de manera directa los medicamentos, cirugías y cargos de hospitalización; de forma indirecta se produce la pérdida de horas productivas que el familiar o acompañante de la persona enferma emplea como cuidador, creando un círculo vicioso en el cual los limitados ingresos familiares se contraen al tiempo que deben emplearse para cubrir los elevados egresos mencionados. Si pensa-

mos en términos de los miles de casos que suceden cada día, enfrentamos una situación de empobrecimiento de muchas familias y comunidades a lo largo y ancho del país. Estas razones, entre otras muchas, hacen necesario la suma de esfuerzos organizados del gobierno, comunidad y sector salud para crear una cultura preventiva que favorezca el desarrollo individual, familiar y social que, a su vez, se traduzca en la mejora sustancial de las condiciones y calidad de vida de la población.

### *La salud pública entre las comunidades purépechas*

Los purépechas han practicado la salud pública desde la antigüedad. Antes de la llegada de los españoles se aplicaba un código sanitario que sancionaba con horas de trabajo a las personas que tiraban basura en la vía pública; también se castigaba la ingesta de bebidas embriagantes en la calle (sólo ingerían bebidas los ancianos en festividades y ceremonias especiales). Dicho código contemplaba medidas preventivas relativas a adicciones y enfermedades gastrointestinales, así como lineamientos referentes a conductas que debía observar toda la comunidad para el buen vivir.<sup>5</sup>

Hoy día, los purépechas siguen siendo poseedores de grandes riquezas naturales, culturales y conocimientos ancestrales que aplican en el cuidado de la salud. Diversas plantas medicinales son utilizadas para preparar remedios caseros de gran efectividad para tratar golpes, fiebre, dolores musculares y articulares, incluso para el llamado “mal de ojo” que se manifiesta en malestar general, vómito, deshidratación y pérdida del apetito. Médicos tradicionales y parteras empíricas son agentes de suma importancia para atender diversos problemas de salud que afectan a los pueblos purépechas en el siglo XXI. Sin embargo, debe reconocerse la limitación de algunos tratamientos tradicionales para aliviar muchas enfermedades “modernas”, pues la comunidad purépecha no ha escapado a la adopción de estilos de vida nocivos para la salud como el sedentarismo, la ingesta excesiva de carbohidratos, grasas, azúcares y el consumo a edades más tempranas de alcohol en hombres y mujeres.

Múltiples factores se conjugan en este fenómeno que podemos denominar como transculturación. Podemos mencionar en primer lugar la emigración a los Estados Unidos, por la cual las tierras patrimoniales se cultivan menos, se obtienen menos productos naturales frescos y la actividad física de los miembros de las familias disminuye considerablemente. De manera paralela, las remesas enviadas por los migrantes a sus familias permiten la inclusión en la dieta familiar de alimentos y bebidas industrializadas. Los propios migrantes que regresan a la comunidad traen consigo hábitos alimenticios poco sanos asociados con la llamada *fast food*, así como problemas de abuso de alcohol, tabaco y otras drogas; los efectos sociales nocivos de estas prácticas son mayúsculos, dada la difundida creencia entre las comunidades que la gente que sale del pueblo es la más desarrollada.

<sup>5</sup> Hernández, 2000.

Así pues, los problemas de salud de las comunidades purépechas son multifactoriales. Agreguemos a los ya mencionados la carencia de infraestructura, servicios y personal de salud para atender las necesidades de este y otros grupos sociales vulnerables. Por ello es necesario integrar a las comunidades indígenas en el diseño y aplicación de políticas de salud y educación, aprovechando y rescatando los conocimientos y prácticas tradicionales que contribuyan a conservar y restaurar la salud entre los pueblos originarios de Michoacán.

*¿Por qué formar profesionistas en salud pública en Michoacán?*

El trabajo desempeñado desde noviembre del 2009 que inicia mi labor como docente en el área de la salud en la Universidad Michoacana San Nicolás de Hidalgo (UMSNH) —la principal universidad pública del estado de Michoacán— me ha permitido conocer la diversidad cultural de su comunidad estudiantil y a la vez identificar las diferentes ideologías y necesidades de las poblaciones a las que pertenecen, muchas de las cuales deben ser abordadas desde la salud pública.

La UMSNH, como institución educativa con características pluriculturales y con un proyecto iniciado en 2008 de formación disciplinar de especialistas en salud pública a nivel licenciatura, busca contribuir a la atención de las complejas necesidades y urgentes demandas de salud de la población michoacana. Su misión se centra en el servicio a la comunidad con un enfoque científico humanístico, técnico y pluricultural, respetando los valores



Impartiendo clase en la UMSNH, Morelia, Michoacán, 2009.

y costumbres de las poblaciones atendidas. En términos más amplios, los impulsores de este proyecto consideran que la salud pública es clave para restablecer ahora y mantener en el futuro el equilibrio ecológico entre los seres humanos y la naturaleza.<sup>6</sup>

La pérdida de salud se ha visto reflejada en el incremento de las cifras de morbilidad y mortalidad de enfermedades relacionadas con prácticas y actitudes nocivas adoptadas entre la población indígena y la no indígena de nuestra entidad. Ejemplo de ello es la obesidad, causada por el consumo exagerado de alimentos no saludables, en algunos casos concurrentes con problemas de adicción, y el sedentarismo. Ambas afecciones son causantes de enfermedades del corazón, diabetes, presión arterial alta, alteraciones en la salud mental, salud bucal, complicaciones renales, pérdida de la visión, incapacidad física y muertes súbitas o a edades tempranas.

Dentro de este complejo panorama, la formación de especialistas en salud pública conocedores y sensibles de la diversidad cultural de las poblaciones atendidas y los remedios existentes, es un factor clave al que debe prestarse atención. En nuestro país a los profesionistas de la salud pública se les capacita por periodos cortos o para enfrentar situaciones de emergencia. Aunque importante, no basta con este tipo de capacitación, siendo necesaria la formación al más alto nivel educativo en el área.

En la UMSNH la formación de los licenciados en salud pública está orientada para dar atención primaria en los niveles de atención (prevención, promoción y diagnóstico oportuno) y hospitalización en instituciones de rehabilitación. También se busca que sus egresados tengan conocimientos y habilidades para dar asesorías en las diferentes comunidades para modificar conductas nocivas que están afectando su calidad de vida. Es importante que estos profesionistas universitarios se conciba también como alumnos y “receptores” de conocimientos ancestrales depositados en la comunidades a las que sirven, no sólo como “expertos” que saben lo que hay que hacer, para lo cual el profesorado debe enfatizar su labor del rescate de conocimientos.

El programa de estudios incluye asignaturas como fisiología y anatomía, genética de la población humana, sociología, antropología de la salud y medicina comunitaria en zonas rurales; a ellas se suman materias orientadas a la valoración y rescate de la medicina simultánea (medicina natural) y la lengua purépecha. Al realizar diagnósticos precisos de salud de las poblaciones de diferentes partes del estado de Michoacán, estos profesionistas tendrán la evidencia y herramientas adecuadas para dirigirse y proponer a los legisladores, políticos y a la sociedad en su conjunto el diseño de políticas públicas acordes con la diversidad poblacional del estado, donde se integren la prevención, promoción de la salud y diagnóstico oportuno. Estas propues-

---

<sup>6</sup> Plan educativo aprobado por el H. Consejo de la Universidad Michoacana de San Nicolás deHidalgo el 3 de octubre de 2007.

tas y su aplicación tendrán como resultado el impulso al desarrollo social, la mejora de las condiciones de vida de la población y la disminución del gasto social que hoy se destina al tratamiento de las enfermedades.

Como ya se dijo, los problemas de salud son múltiples y multifactoriales. De no menor importancia es la falta de conocimiento y visión de los responsables de diseñar las políticas de salud y aplicar los programas de atención respectivos. Para muchos de ellos la solución descansa en la construcción de hospitales y la dotación masiva de medicamentos.

La educación en salud es, pues, una tarea a realizar a todos niveles. Entre sus mayores obstáculos, se tiene que luchar contra la poderosa industria de la mercadotecnia que está bombardeando a la población ofertando productos poco saludables y creando dependencia a los mismos. La insensibilidad en temas de salud de los dirigentes de las grandes empresas junto con el consumo acelerado de la sociedad de los productos chatarra, hablan de la profunda carencia y urgente necesidad de una educación orientada al autocuidado y la prevención sanitarias en todos los sectores del área rural y urbana de Michoacán y en el resto del país.

Así pues, la importancia de formar y capacitar recursos humanos al más alto nivel es amplia. Estos especialistas deben participar activamente en la toma de conciencia entre los distintos grupos sociales sobre la dimensión colectiva, no individual, de la problemática que nos ocupa. Las determinantes de la salud van mucho más allá de las intervenciones sanitarias y de las decisiones puramente individuales. Las políticas ambientales, sociales,



Salud pública en la UMSNH, Morelia, Michoacán, 2009.

laborales y, por supuesto, las educativas, entre otras, tienen un origen y un impacto que supera con creces la responsabilidad individual. Esto no significa ignorar que las decisiones de tener conductas nocivas para la salud o ingerir determinados alimentos, de realizar o no actividad física, corresponden en último término a cada individuo. Respetando el principio de la libertad individual, los profesionistas en salud pública tienen el deber de informar a los ciudadanos sobre las consecuencias de sus acciones y de crear entornos propicios para que la población desarrolle hábitos saludables; sabemos que para modificar estilos de vida perjudiciales es necesario modificar la educación de la población, desenraizando conductas que a lo largo del tiempo se han vuelto círculos viciosos adoptados en la vida cotidiana para satisfacer necesidades inmediatas que favorecen el desarrollo de enfermedades.

Para cerrar, conviene señalar que junto con la formación de especialistas universitarios que incidan en la educación y la promoción de la cultura preventiva, se deben priorizar y crear espacios de trabajo en el primer nivel de atención donde se realicen estudios especializados y análisis de intervenciones sanitarias de amplio espectro social que deben tener un impacto favorable en la prevención de un alto porcentaje de las enfermedades que hoy afectan a la población del estado y que consumen importantes recursos financieros y humanos.

### *Conclusiones*

Ser maestra y enfermera de origen indígena me ha permitido conocer e identificar las necesidades de salud de poblaciones marginadas y me ha dado la oportunidad de intervenir en la formación de recursos humanos indígenas del estado de Michoacán y de otras entidades del país como Chiapas, Oaxaca, Veracruz e Hidalgo.

El trabajo iniciado en la docencia ha resultado ser un orgullo motivador de compartir conocimientos sobre una nueva visión de la salud.

Invertir estratégicamente en programas de educación y prevención de enfermedades generará a mediano y largo plazo una reducción del gasto público destinado al sector salud. Además de invertir en la formación educativa universitaria de profesionales en la materia, es necesario integrar en los planes de estudio de nivel básico y medio superior, contenidos de educación para la salud que fomenten el autocuidado entre los niños, jóvenes y sus familias, promoviendo la cultura de prevención y diagnóstico oportuno.

También sería útil crear una base de datos de los grupos poblacionales con mayores factores de riesgo, como parte de un sistema destinado a suministrar información actualizada, confiable, objetiva y útil para la toma de decisiones. Finalmente, deberá fomentarse el trabajo de equipos multidisciplinarios que integren enfoques saludables y sociales.

Lo anterior no es una tarea sencilla para el Sistema Nacional de Salud en los ámbitos de la salud pública y la economía de la salud, pero con una

amplia participación de la comunidad y profesionistas de diversas disciplinas, se contribuirá a la modificación de la educación de conductas nocivas que caracterizan a la sociedad del siglo XXI.

En una sociedad sana a nivel físico y psicológico es difícil que una epidemia o pandemia de cualquier índole reduzca el desarrollo y crecimiento de su población. Razón por la cual es necesaria la formación de profesionistas que incidan en el fomento de la salud para una vida saludable individual, familiar y comunal. La formación de estos universitarios indígenas de la salud es un reto, por lo cual es fundamental que las autoridades educativas se interesen en la formación de recursos humanos que contribuyan a mejorar las condiciones de salud de la población en los diferentes estados de la República Mexicana, y que como país salgamos adelante ante el desequilibrio de salud-enfermedad.

## REFERENCIAS

- ÁLVAREZ ALVA, Rafael (2002), *Salud pública y medicina preventiva*, México, Manual moderno, 3ª edición: 30-35.
- CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN (2008), "Distribución de la población por grupo de edad y sexo", en *Gobierno del Estado de Michoacán* ([http://www.salud.michoacan.gob.mx/index.php?option=com\\_content&task=view&id=480&Itemid=383](http://www.salud.michoacan.gob.mx/index.php?option=com_content&task=view&id=480&Itemid=383), consultada: 23 de noviembre 2009).
- FRENK, J. (1985), "El concepto y medición de la accesibilidad", en *Salud Pública de México*, México.
- HERNÁNDEZ, Ismael (2000), *Cultura Michoacana*, Michoacán, Fondo de Cultura Indígena.
- LÓPEZ, José María (2007), *Dietética*, España, Repullo Pocasso.
- SECRETARÍA DE SALUD DE MICHOACÁN (2009), "Municipios según grado de marginación", en *Gobierno del Estado de Michoacán* ([http://www.salud.michoacan.gob.mx/index.php?option=com\\_content&task=view&id=496&Itemid=399](http://www.salud.michoacan.gob.mx/index.php?option=com_content&task=view&id=496&Itemid=399), consultado: 25 de noviembre 2009).
- SUBSISTEMA DE INFORMACIÓN DE EQUIPAMIENTO, RECURSOS HUMANOS E INFRAESTRUCTURA PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD (2009), *Equipamiento de recursos humanos* (<http://www.docstoc.com/docs/3248057/Subsistema-de-Informaci%C3%B3n-de-Equipamiento-Recursos-Humanos-e->, consultada: 2009).



## EL RETO EN CHIAPAS PARA COMBATIR LA TUBERCULOSIS

*Anaximandro Gómez Velasco*

### *Presentación*

El desarrollo de una sociedad no sólo debe estar limitado a evaluar índices económicos, tecnológicos, políticos, culturales, ambientales, sino también en términos de la salud de su población. En este contexto existe la intrínseca relación entre los niveles sociales y la salud de una nación. En México, el espectro de las enfermedades transmisibles (también llamadas infecciosas) y no transmisibles, es amplio y representan un problema de salud pública. Chiapas, Puebla, Guerrero, Oaxaca e Hidalgo, son los estados con mayor porcentaje de enfermedades infecciosas a nivel nacional, en donde incluso diversas enfermedades infecciosas que se habían considerado erradicadas siguen prevaleciendo y aquejando a grupos poblacionales específicos. Chiapas en el contexto nacional y principalmente en su población indígena, tiene los más altos índices de morbilidad y mortalidad asociada a tuberculosis pulmonar, una enfermedad infecciosa, en comparación con los reportados a nivel nacional. La situación epidemiológica de esta enfermedad en particular se explica por la compleja interacción de factores biomédicos, sociales, económicos, políticos, y culturales de una sociedad multicultural como la chiapaneca. Los objetivos de este ensayo son: (I) describir brevemente la enfermedad y su clasificación clínica; (II) explicar los factores que contribuyen a la prevalencia de la tuberculosis en Chiapas; (III) analizar el programa de prevención y control de la tuberculosis; (IV) y por último, formular la necesidad de invertir en investigación básica y aplicada para combatir la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas.

### Introducción

En la historia del hombre, son diversas las enfermedades infecciosas con altas tasas de incidencia en términos de morbilidad y mortalidad.<sup>1</sup> Las condiciones políticas, económicas, sociales, geográficas, y culturales de México propician la existencia de diversas enfermedades, transmisibles en un 14% y no transmisibles en un 75%.<sup>2</sup> En el 2004, Chiapas figuró entre los estados con mayor tasa de desnutrición, casi en binomio con las enfermedades transmisibles, que tienden a ser endémicas. Dentro de las enfermedades infecciosas, la tuberculosis (Tb) ha sido y sigue representando un problema de salud pública en este estado.<sup>3</sup>

### ¿Qué es la tuberculosis?

La Tb es una enfermedad infecciosa producida por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*). Existen otras especies dentro del mismo grupo que también pueden causar tuberculosis, aunque estas no necesariamente infectan al ser humano, como la *M. bovis*, *M. africanum*, *M. canetti* y *M. microti*.<sup>4</sup>

Tb es una enfermedad altamente transmisible, ya que las bacterias pueden dispersarse a través del aire y una sola de ellas es capaz de iniciar la infección. Las personas que están infectadas pueden transmitir la bacteria por medio de estornudos, tos, cuando hablan o escupen, sin embargo, una persona infectada no necesariamente desarrollará la enfermedad.<sup>5</sup> El sistema inmune de una persona sana la protege inicialmente y la bacteria puede permanecer latente por varios años (tuberculosis latente=TbL), con el riesgo de desarrollarse cuando el sistema inmunológico está comprometido, es decir, disminuido debido a desnutrición, secuelas de un proceso de enfermedad diferente o una afectación generalizada en la salud integral de la población.<sup>6</sup>

Aunque la bacteria infecta principalmente los pulmones (tuberculosis pulmonar, TbP), *M. tuberculosis* es capaz de invadir otras partes del cuerpo humano, como huesos, médula espinal, vías urinarias, sistema nervioso central entre otros (tuberculosis extrapulmonar, TbE, Tb diseminada o miliar). Los síntomas y signos de la enfermedad son diversos, dependiendo del órgano infectado, entre los cuales destacan: sudoración, fatiga, inquietud o indisposición (sensación de la enfermedad), pérdida de peso, tos (a veces con sangre), dificultades al respirar, fiebre, palidez, dolor articular, inflamación abdominal, glándulas inflamadas.<sup>7</sup>

<sup>1</sup> El índice de mortalidad es un indicativo del número de defunciones. Por lo general, la mortalidad se indica como muertes por 1.000, por 10.000 ó por 100.000 personas.

<sup>2</sup> Stevens, 2008: 900-910.

<sup>3</sup> Sánchez, 2006: 34-36; Stevens, 2008.

<sup>4</sup> Brosch, 2001: 452-458.

<sup>5</sup> Véase: <http://www.who.int/topics/tuberculosis/en/>.

<sup>6</sup> Brodie, 2005: 247-271.

<sup>7</sup> Véase: <http://www.cdc.gov/tb/>.

*Epidemiología mundial, nacional y estatal de tuberculosis*

La Tb se consideraba endémica, principalmente en ciertas regiones de países en desarrollo. Sin embargo, en Estados Unidos y en algunos países europeos se comenzaron a detectar nuevos casos de Tb en la década de 1980, los cuales fueron asociados con pacientes infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana adquirida (VIH-SIDA) y con personas que migraron de regiones en donde Tb era un problema endémico.<sup>8</sup> Actualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha estimado alrededor de 9.27 millones de casos nuevos de hombres y mujeres, de los cuales murieron 1.77 millones.<sup>9</sup> También se estimó que una tercera parte de la población mundial podría estar infectada por la forma latente de *M. tuberculosis*, en el cual los síntomas y signos característicos de la enfermedad no se manifiestan en el paciente. Aunque la mayoría de los casos de Tb se concentran en algunos países Africanos y Asiáticos, en Europa y América está emergiendo de nuevo debido a diversos factores aislados o concurrentes, teniendo un gran impacto en la salud pública.

A nivel nacional, durante los últimos ocho años, las tasas de morbilidad y mortalidad por tuberculosis han mantenido una tendencia estacionaria; en el 2000 ocupó el lugar 16 como causa de muerte a nivel nacional, mientras que en el 2005 ocupó el lugar 20.<sup>10</sup> El estado de Chiapas ha sido el que ha registrado los primeros lugares en mortalidad debido a TbP, con estimaciones que duplican el promedio nacional. Por ejemplo, la tasa de mortalidad de TbP en México para 1996 fue de 4.3, y en Chiapas de 9.2 por 100 000 habitantes.

Las entidades federativas con el mayor número de defunciones por TbP durante 2007 fueron: Veracruz (252), Chiapas (200), Baja California (185), Nuevo León (138), Oaxaca (135), Jalisco (128), Chihuahua (108), y el Estado de México (102) que, en conjunto, concentran 54.61% de las defunciones. Sin embargo, la tasa de mortalidad se ha convertido en un índice poco confiable para evaluar la magnitud del problema y la calidad del tratamiento. La certificación de muerte por Tb tiene errores importantes, aún en países desarrollados. Esto ha sido demostrado en un estudio en la región Altos de Chiapas, donde los registros de pacientes con TbP fueron incompletos y erróneos.<sup>11</sup>

<sup>8</sup> Raviglione, 2003: 4-14.

<sup>9</sup> OMS, 2009.

<sup>10</sup> Estudios epidemiológicos exhaustivos sobre tuberculosis a nivel nacional son escasos, por lo cual no existe una estimación real de casos de Tb en todas sus formas. La OMS coincide con esta apreciación. En su más reciente reporte, la Organización estimó que el porcentaje registrado de casos de Tb es del 64%. En México existe discrepancia entre los datos estadísticos arrojados por diversos estudios epidemiológicos y los oficiales. De esta manera, y para efectos de comparación, en este ensayo se reporta el año en que los datos han sido publicados y/o puestos a disposición del público. Al respecto también revisar: SINAIS, 2009.

<sup>11</sup> Nájera, 2008: 786-795.

En el caso de Chiapas, varios estudios epidemiológicos demuestran las discrepancias entre los datos independientes y los oficiales. Por ejemplo, un estudio realizado en la región fronteriza de Chiapas comprendiendo 12 municipios, detectó TbP con una tasa de 277 por 100,000 habitantes, una de las más altas reportadas a nivel mundial para el año de 1998, superior inclusive a los datos oficiales de incidencia de casos notificados para el mismo año en dicho estado y a nivel nacional (34.2 y 19.1 por 100,000 habitantes, respectivamente).<sup>12</sup> Durante el periodo 2000-2001, en las regiones de los Altos, la Selva, y Norte del estado, se determinó que la prevalencia de Tb en algunas de las comunidades estudiadas fue de 85.3 por 100,000 habitantes, nuevamente superior a los datos oficiales.<sup>13</sup> En la gráfica 1, se muestran las tasas de incidencia de TbP para México y Chiapas en el periodo de 1990-2007.<sup>14</sup> Se puede observar que en Chiapas la incidencia es superior a la nacional. Esta diferencia refleja los problemas que se tienen para diagnosticar Tb a través de baciloscopías y de la necesidad de que las actividades de detección y diagnóstico deban realizarse de manera intensiva y constante.<sup>15</sup> De igual forma, refleja que la estrategia nacional del tratamiento acordado estrictamente supervisado (TAES) no está funcionando en algunas regiones del estado, y como consecuencia se generan más pacientes potencialmente infecciosos.



Fuente: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), 2009.

<sup>12</sup> Sánchez, 2001: 386-393.

<sup>13</sup> Sánchez, 2006.

<sup>14</sup> Whosis, 2009; SSA, 1996.

<sup>15</sup> La baciloscopía es la forma más rápida de detectar *M. tuberculosis* o *M. bovis* a través de un examen microscópico, empleando la técnica de tinción llamada Ziehl-Neelsen. La OMS recomienda analizar tres muestras de esputo (secreción de los pulmones) para confirmar la presencia de las bacterias. A pesar de que esta técnica es sencilla y barata existen problemas técnicos al aplicarse: (i) no siempre se pueden obtener las tres muestras; (ii) el análisis puede a veces resultar negativo, pero este resultado no significa ausencia de Tb. Al respecto ver: SSA, 2005.

*Complejidad para la erradicación de Tuberculosis en Chiapas.*

Debido a su capacidad de transmisión, las enfermedades infecciosas pueden causar epidemias. Sin embargo, algunas tienden a ser endémicas, afectando de forma permanente o en determinados periodos a una región. Tb puede prevenirse y curarse. Sin embargo, la desigualdad y discriminación social están directamente relacionadas con la distribución y prevalencia de la enfermedad en varias regiones de Chiapas. Estudios epidemiológicos han encontrado las más altas tasas de mortalidad y morbilidad de la enfermedad en comunidades indígenas, poblaciones con alta marginación social y económica.<sup>16</sup>

Los factores que hacen más compleja la lucha frontal contra Tb son diversos, y no sólo son biomédicos. Aspectos sociales, económicos, políticos, demográficos, culturales, y geográficos también favorecen su prevalencia y los procesos de transmisión de la enfermedad.<sup>17</sup>

Los factores biomédicos, tanto del microorganismo como del hospedero, juegan un papel importante en el desarrollo de la enfermedad, en particular la co-infección con el VIH-SIDA, la diversidad biológica de *M. tuberculosis*, y la asociación entre diabetes, desnutrición, y alcoholismo con Tb.<sup>18</sup> La *M. bovis* (especie que causa Tb en el ganado bovino) también puede infectar a humanos, y se ha reconocido el riesgo de transmisión entre bovino y humanos.<sup>19</sup>

Adicionalmente, la bacteria ha desarrollado resistencia contra los fármacos utilizados en el tratamiento contra la enfermedad. En respuesta, la OMS (1993) implementó la estrategia TAES en 1994. Esta estrategia consiste en supervisar al paciente diagnosticado como caso nuevo, a tomar los fármacos (isoniacida, rifampicina, pirazinamida, etambutol y a veces estreptomycin) hasta completar un tratamiento de seis meses.<sup>20</sup> Sin embargo, el escenario para el control de Tb se ha complicado con la aparición de tuberculosis multi-fármaco resistente (TB-MFR) y con resistencia extendida (Tb-X).<sup>21</sup>

Hablando de los factores sociales, es necesario señalar que los conflictos armados que surgieron entre 1970 y 2000 en Chiapas, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá, acrecentaron las diferencias sociales e incrementaron el número de casos de mortalidad y morbilidad de diversas enfermedades.<sup>22</sup> La incidencia de TbP aumentó después del surgimiento del principal conflicto político y social en Chiapas (1994); para el periodo 2000-2001 se observaron 155.8 casos de TbP por cada 100,000 habitantes.<sup>23</sup> En El Salvador, la tasa de incidencia de Tb debido a *M. tuberculosis*, se incrementó

<sup>16</sup> Nájera, 2008; Sánchez; 2001; Reyes, 2008: 251-257.

<sup>17</sup> Gandy, 2002: 397-401.

<sup>18</sup> Corbett, 2003: 1009-1021; Jeon, 2008: 152.

<sup>19</sup> Brosch, 2001; Pérez, 2008: 286-291.

<sup>20</sup> Gutiérrez, 2005: 55-61; OMS, 1994; OMS, 1999.

<sup>21</sup> Véase: <http://www.who.int/topics/tuberculosis/en/>.

<sup>22</sup> Brentlinger, 2005: 673-677.

<sup>23</sup> Sánchez, 2006.

al doble durante la guerra civil en ese país.<sup>24</sup> Por otro lado, la desigualdad social y discriminación se reflejan en las pobres condiciones en que viven los indígenas. Casas pequeñas, oscuras y poco ventiladas, constantemente húmedas debido a la falta de piso firme, y con un gran número de habitantes por casa, son factores que propician la transmisión de Tb.<sup>25</sup>

Chiapas es uno de los estados con menor índice de desarrollo humano, situación que se profundiza en las poblaciones indígenas, para las que el acceso a servicios básicos resulta más un privilegio que un derecho. Chiapas es el estado que percibe la menor inversión en recursos económicos para la salud.<sup>26</sup> Bajo estas circunstancias, el control de Tb bajo el programa TAES está comprometido debido al alto costo del tratamiento con fármacos y a la necesidad de disponer de considerables recursos humanos y materiales para detectar, prevenir y curar la enfermedad.<sup>27</sup> Los factores políticos están estrechamente ligados con los sociales y económicos en la compleja problemática de la erradicación de Tb en Chiapas. La división política agudizada tras el conflicto social de 1994, también fraccionó los servicios de salud, privilegiando la atención del paciente a través de programas gubernamentales de salud (Oportunidades, Seguro Popular) y disminuyendo la atención de la población en general. Esto generó una fuerte fragmentación y falta de coordinación en las actividades de control de Tb entre las diversas instituciones de salud en Chiapas.

De acuerdo con datos oficiales, Chiapas tiene 26.5% de población indígena, población concentrada en ciertas regiones, con altas tasas de mortalidad y morbilidad por TbP.<sup>28</sup> En el 2000, uno de cada diez pacientes diagnosticados con TbP en México era de Chiapas y más de la mitad de ellos eran indígenas.<sup>29</sup> A nivel nacional y en el estado de Chiapas, la Tb es más frecuente en hombres, situación que puede relacionarse con la conducta social: los hombres tienden a tener más actividades sociales que las mujeres, manteniendo así mayor contacto humano, y por lo tanto mayor probabilidad de adquirir Tb.<sup>30</sup> Por otra parte, la mayoría de los casos de mortalidad por Tb en Chiapas se presentan en adultos de 45 o más años de edad, en contraste con lo que sucede a nivel nacional, donde 94% de las defunciones ocurren a los 65 años.<sup>31</sup> Una persona con TbP activa queda inhabilitada físicamente, difícilmente tiene oportunidades de trabajo y como consecuencia se reduce el acceso a otros servicios, no sólo para el paciente sino para toda su familia.<sup>32</sup>

<sup>24</sup> Barr, 1994: 252-259.

<sup>25</sup> Sánchez, 2006.

<sup>26</sup> INEGI, 2006.

<sup>27</sup> Global Facility Drug, 2009; Sánchez, 2002: 166-172.

<sup>28</sup> INEGI, 2006.

<sup>29</sup> Sánchez, 2001; Sánchez, 2006.

<sup>30</sup> Nájera, 2008.

<sup>31</sup> Boletín de información epidemiológica, Vol. 25, 2008.

<sup>32</sup> Sánchez, 2006; Nájera, 2008; Enarson, 2003: 1-16.

Los factores culturales también interactúan con los otros factores descritos. Desde el punto de vista médico-antropológico, la percepción de una enfermedad depende de los elementos de análisis individuales y grupales de una sociedad. La diversidad cultural y lingüística en Chiapas determina percepciones diferentes sobre la Tb en varios niveles. Estudios epidemiológicos han encontrado que mucha gente que padece TbP cree que tan sólo es una tos común. La diferencia lingüística también ha tenido implicaciones importantes en el diagnóstico de TbP.<sup>33</sup> Por otro lado, la medicina moderna se ha confrontado con la medicina tradicional. En algunas regiones, la primera tiene poca o nula aceptación debido a que la explicación de un padecimiento se basa más en creencias que en factores biológicos.<sup>34</sup>

Finalmente, los factores geográficos relacionados con los pueblos indígenas convergen para crear comunidades rurales dispersas y alejadas de los centros de salud, algunas de ellas prácticamente inaccesibles, haciendo más difícil implementar el programa TAES.<sup>35</sup>

#### *La necesidad de invertir en investigación básica y aplicada para combatir Tb y otras enfermedades*

El desarrollo de antibióticos para combatir enfermedades transmisibles descansa en productos naturales producidos a partir de plantas y microorganismos. Dada la situación biogeográfica de Chiapas, su riqueza vegetal y microbiológica es inmensa. Esto incentiva a llevar a cabo proyectos de investigación, en particular investigación básica en las ciencias biológicas, para descubrir y desarrollar nuevos fármacos.

Es necesario que la investigación básica y aplicada se descentralice en el país. Es indispensable también contar con centros modernos de investigación biomédica en Chiapas, para coadyuvar a la generación de nuevos conocimientos para resolver problemas de salud pública. Sólo dos instituciones en Chiapas, el Centro Regional de investigación en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud Pública y el Colegio de la Frontera Sur, realizan investigación en áreas de la salud. Las universidades locales —la Universidad Autónoma de Chiapas y la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas— han abierto recientemente programas de posgrado en salud pública. Estos programas ayudarán a formar recursos humanos que sin duda contribuirán a generar conocimientos para resolver problemas de salud pública de acuerdo al contexto social y biológico específicos del estado. Sin embargo, debido a su reciente creación no el efecto de estos programas en la salud pública estatal aún no es evidente.

<sup>33</sup> Nájera, 2008.

<sup>34</sup> Menegoni, 1996: 381-401.

<sup>35</sup> Sánchez, 2006.

### Conclusiones

La relación entre el desarrollo de cualquier sociedad está estrechamente ligado con la salud de su población. El derecho a la salud es de todo ser humano y no hay desarrollo social cuando la población carece de servicios básicos de salud. Los grupos marginados como los que conformamos los indígenas, son más susceptibles de padecer enfermedades debido a sus condiciones de marginación socioculturales y económico-políticas, así como a la diferente conceptualización de los procesos de salud-enfermedad en las comunidades indígenas. Los indicadores epidemiológicos como morbilidad, mortalidad y esperanza de vida, demuestran un gran rezago en la condición social y de salud de los pueblos indígenas, así como una fuerte incidencia de enfermedades evitables.

La persistencia de enfermedades infecciosas en los indígenas permanecerá si las políticas de salud no cambian, pero sobre todo si no se reconoce que existe un trato desigual, y que como cada ser humano, independientemente de su condición individual, social, cultural, étnica, religiosa, económica, tiene derecho a gozar de una derecho fundamental y universal: la salud.

La OMS ha implementado exitosamente el programa TAES en varias regiones del mundo y en Latinoamérica. Perú es un caso. Chiapas fue uno de los primeros estados mexicanos en que el programa se implementó en 1996. Sin embargo, como se dijo antes, el TAES no está funcionando en algunas regiones del estado y su impacto en el control de Tb es limitado. Se necesitan destinar más recursos económicos, materiales y humanos, para primero estimar la magnitud real de la mortalidad y morbilidad debido a Tb, y luego desarrollar e implementar estrategias adecuadas a la situación social, económica, cultural, política, demográfica y geográfica específicas de Chiapas para mejorar el programa TAES.

ÁLVAREZ GORDILLO, Guadalupe, *et al.* (1995) "Factores de riesgo para resistencia a drogas antifímicas en Chiapas, México", *Salud Pública de México*, Núm. 5, México, INSP: 408-416.

BARR, R. y R. Menzies (1994), "The effect of war on tuberculosis. Results of a tuberculin survey among displaced persons in El Salvador and a review of the literature", en *Tuber Lung Dis*, Canadá, Churchill Livingstone.

BRENTLINGER P.E. y M.A. Hernan, (2005), "Armed conflict and poverty in Central America. The convergence of epid and human rights advocacy", en *Epidemiology*, Estados Unidos, Williams And Wilkins And Epidemiology Resources.

BRODIE, D. y N.W. Schluger (2005), "The diagnosis of tuberculosis" en *Clinics in Chest Medicine*, Núm. 2, Estados Unidos, Elsevier Health Sciences Division: 247-271.

## REFERENCIAS

- BROSCH, R., *et al.* (2001), "The evolution of mycobacterial pathogenicity: clues from comparative genomics" en *Trends in Microbiology* Núm 9, Inglaterra, Elsevier Trends Journals: 452-458.
- CORBETT, E.L., *et al.* (2003), "The growing burden of tuberculosis: global trends and interactions with the HIV epidemic" en *Arch Intern Med* Núm. 9, Inglaterra.
- DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES (2009), *Centers for Disease Control and Prevention*, Estados Unidos (<http://www.cdc.gov/tb/>, consultada: 2009).
- ENARSON, D.A. (2003), "Tuberculosis as a global public health problem" en *Mycobacteria and Tb*, Estados Unidos, Karger:156.
- FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (1999), "Tuberculosis: A Global Health Emergency" en *Outlook*, Núm. 17, Estados Unidos, UNFPA-PATH ([http://www.path.org/files/eol17\\_3.pdf](http://www.path.org/files/eol17_3.pdf), consultada: 2009).
- GANDY, M. y A. Zumla (2002), "The resurgence of disease: social and historical perspectives on the 'new' tuberculosis", en *Social Science & Medicine*, Estados Unidos, Elsevier: 397-401.
- GLOBAL DRUG FACILITY (2009), *GDF Drugs, Diagnostics and other Tb supplies* ([http://www.stoptb.org/gdf/drugsupply/drugs\\_available.asp](http://www.stoptb.org/gdf/drugsupply/drugs_available.asp), consultada: octubre, 2009).
- GUTIÉRREZ, M. C., *et al.* (2005) "Ancient origin and gene mosaicism of the progenitor of *Mycobacterium tuberculosis*" en *PLoS Pathog*, Estados Unidos, Public Library of Science: 55-61.
- INEGI (2006), "Indicadores seleccionados de los servicios médicos" en *II Censo de población y vivienda, 2005*, México, INEGI (<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=msal17&s=est&c=7034&e=07>, consultada: octubre, 2009).
- JEON, C. Y. y M. B. Murray (2008), "Diabetes mellitus increases the risk of active tuberculosis: a systematic review of 13 observational studies" en *PLoS Med*, Estados Unidos, Public Library of Science.
- LÓPEZ, A. D. y C. D. Mathers (2006), "Measuring the global burden of disease and epidemiological transitions: 2002-2030", en *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*, Inglaterra, Carfax: 481-499.
- MENEGONI, L. (1996), *Conceptions of tuberculosis and therapeutic choices in highland Chiapas, Mexico*, Estados Unidos, American Anthropological Association.
- NÁJERA ORTIZ, J. C., *et al.* (2008), "Demographic, health services and socio-economic factors associated with pulmonary tuberculosis mortality in Los Altos Region of Chiapas, Mexico", en *International Journal of Epidemiology*, Inglaterra, Universidad de Oxford: 786-795.

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1999), *¿What is DOTS? A Guide to Understanding the WHO-Recommended TB Control Strategy Known as DOTS* ([http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO\\_CDS\\_CPC\\_TB\\_99.270.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_CDS_CPC_TB_99.270.pdf), consultada: 2009).
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2009), *Tuberculosis* (<http://www.who.int/topics/tuberculosis/en/>, consultada: octubre de 2009).
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2004) *Boletín Epidemiológico* Núm. 4, OMS.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2009), OMS ([http://www.who.int/car/don/2009\\_07\\_01a/en/index.html](http://www.who.int/car/don/2009_07_01a/en/index.html), consultada: 7 de julio de 2009).
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2009), *Informe de Estadísticas Sanitarias Mundiales*, OMS (<http://www.who.int/whosis>, consultada: octubre de 2009).
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2009), *Global tuberculosis control: a short update to the 2009 report*, OMS ([http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/2009/update/en/index.html](http://www.who.int/tb/publications/global_report/2009/update/en/index.html), consultada: 2009).
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2009), *Statistics Information System* (<http://www.who.int/whosis/>, consultada: 2009).
- PÉREZ GUERRERO, L., et al. (2008), "Epidemiología molecular de las tuberculosis bovina y humana en una zona endémica de Querétaro, México", en *Salud Pública de México*, Núm. 4; México, INSP: 286-291 (<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10611147003>, consultada: 2009).
- RAVIGLIONE, M. C. (2003), "The Tb epidemic from 1992 to 2002", *Tuberculosis* Núm. 3, Escocia, Churchill Livingstone: 4-14.
- REYES GUILLEN, I. (2008), "Anti-tuberculosis treatment defaulting. An analysis of perceptions and interactions in Chiapas, México", en *Salud Pública de México*, Núm. 3, México, INSP: 251-257.
- SÁNCHEZ PÉREZ, H. J., et al. (2006), *Excluded people, eroded communities: realizing the right to health in Chiapas, Mexico*, Estados Unidos, PHR, CCESC y ECOSUR.
- SÁNCHEZ PÉREZ, H. J., et al. (2001), "Pulmonary tuberculosis and associated factors in areas of high levels of poverty in Chiapas, Mexico" en *International Journal Epidemiology*, Núm. 30, Gran Bretaña, en *International Epidemiological Association*: 386-393.
- SÁNCHEZ PÉREZ, H. J., et al. (2002), "Detection of pulmonary tuberculosis in Chiapas, México", en *Ann Epidemiol*, Núm. 12, Estados Unidos, Elsevier: 166-172.

## REFERENCIAS

- SECRETARÍA DE SALUD (1996), *Principales resultados de la estadística sobre mortalidad en México, 1996*, México, Dirección General de Estadística e Informática de la Secretaría de Salud.
- SECRETARÍA DE SALUD (2005), "Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-1993, para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud", en *Diario oficial*, México, SSA (<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m006ssa293.pdf>, consultada: 2009).
- SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN EN SALUD (2009), "Defunciones, 1979-2008", en *SINAIS* (<http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/defunciones.html>, consultada en Octubre, 2009).
- STEVENS, G., *et al.* (2008), "Characterizing the epidemiological transition in Mexico: National and subnational burden of diseases, injuries, and risk factors", en *PLoS Med*, Estados Unidos, Public Library of Science: 900-910.

# LA NECESIDAD DE UN MODELO DE INTERVENCIÓN ODONTOLÓGICA PREVENTIVA PARA LAS POBLACIONES DISPERSAS DEL VALLE DEL MEZQUITAL, HIDALGO

Noé Cathi Zongua



## Introducción

Las enfermedades buco-dentales son consideradas un problema de salud pública mundial debido a los diversos factores que se involucran en ella, como la magnitud, frecuencia, prevalencia y, sobre todo, su alto costo económico. Las poblaciones indígenas y dispersas de difícil acceso son las que más sufren de estos estragos, ya que presentan índices elevados de caries<sup>1</sup> y enfermedades periodontales,<sup>2</sup> atribuibles a la falta de programas de educación para la salud y a la estrechez económica general que viven estas poblaciones.

El Programa de Educación Saludable de atención odontológica de la Secretaría de Salud reporta que en áreas urbanas y semiurbanas se han disminuido los índices de caries y las enfermedades periodontales. Sin embargo, la situación es diferente en las poblaciones dispersas del Valle del Mezquital, en donde figuran como la segunda causa de morbilidad.<sup>3</sup> Por esta razón en este ensayo abordo la necesidad de proponer un modelo de intervención odontológica con una base preventiva en estas comunidades, con el propósito de disminuir el daño de las enfermedades bucales mediante la promoción de la práctica diaria de la higiene, la alimentación adecuada, la detección y atención oportunas, y la educación en salud para el autocuidado. Una estrategia de este tipo permitiría dar un salto positivo en el desarrollo social

<sup>1</sup> Caries se define como una enfermedad crónica infecto-contagiosa que causa la destrucción de los tejidos duros del diente por los ácidos de los depósitos microbianos.

<sup>2</sup> Gingivitis y periodontitis.

<sup>3</sup> Datos tomados por el autor de los registros en los centros de salud de los municipios de Cardonal, Ixmiquilpan, Tasquillo, Nicolás Flores y Chilcuaatla, del estado de Hidalgo.

de la región, con una perspectiva equiparable en términos potenciales a los logros alcanzados en países como Finlandia, Suecia, Canadá, Estados Unidos de América o España.<sup>4</sup>

Un modelo de intervención odontológica con medidas básicas de prevención hará posible una mayor equidad en la calidad de la atención, mejorar la salud de la población de la región y reducir costos, que en materia de salud se generan a nivel individual, comunitario e institucional. Este modelo habrá de incluir la realización de estudios epidemiológicos y de control de la salud, debido a que en la actualidad no se dispone de información que mida la prevalencia, magnitud y afectación de caries en las poblaciones indígenas y dispersas en México. El término “modelo” se conceptualiza aquí como el resultado del proceso de generar una representación abstracta, conceptual, gráfica o visual, y desde la perspectiva que expongo en odontología lo defino como el proceso por medio del cual se describen las pautas idealizadas para llevar a cabo un prototipo con el objetivo de generar salud bucal.

En México se considera poblaciones dispersas a aquellas comunidades que tienen menos de 2,500 habitantes y donde las casas están separadas entre sí por milpas o terrenos baldíos.<sup>5</sup> El Valle del Mezquital, y en particular sus poblaciones dispersas, se encuentran situadas en el límite noroeste del estado de Hidalgo, abarcando parte del estado de Querétaro.<sup>6</sup> Está conformado por 28 municipios, entre los que destacan por su importancia Actopan, Alfajayucan, Cardonal, Chilcuautla, Ixmiquilpan, Nicolás Flores, San Salvador, Santiago de Anaya, Tasquillo y Zimapán.

#### *Principales factores que determinan la salud bucal de las poblaciones dispersas en el Valle del Mezquital*

De acuerdo con mi experiencia profesional, los factores predominantes de riesgo para la salud bucal de las poblaciones dispersas son los siguientes: estilo de vida, lengua, creencias, valores, entorno social y cultural, hábitos higiénicos y alimenticios, horarios de atención de los centros de salud, aislamiento geográfico, asistencia sanitaria, disponibilidad de recursos medioambientales y sanitarios, situación económica y, por último, los propios aspectos biológicos en hombres y mujeres (condiciones para el crecimiento, aspectos del desarrollo, genética, y condiciones de envejecimiento, entre otros).<sup>7</sup>

Una parte considerable de los problemas de salud que padecen los habitantes del Valle del Mezquital derivan de su actual forma de vida. Muchas conductas nocivas se adquieren durante la infancia, implantándose de tal forma que tratar de cambiarlas posteriormente resulta difícil. Por tanto, se hace necesario ofrecer desde el primer momento medidas preventivas que

<sup>4</sup> Freire, 2003.

<sup>5</sup> Gómez de León y Rabell, 2001.

<sup>6</sup> Aguilar y Graizbord, 2001.

<sup>7</sup> Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2005.

favorezcan y desarrollen actitudes y hábitos de higiene bucal. El Valle del Mezquital concentra la mayor proporción de indígenas monolingües hñahñu,<sup>8</sup> los cuales padecen diversos problemas de salud bucal, que van desde el desconocimiento de técnicas elementales de cepillado hasta la pérdida de una o varias piezas dentales. Por ejemplo, mis padres son monolingües y durante mi niñez tuve una educación deficiente respecto de mi higiene bucal por desconocimiento de las medidas preventivas. Aunque ellos sabían que es importante cepillar los dientes, yo no tenía algún método de cepillado y tampoco conocía los aditamentos que existen para la higiene bucal. En el caso de hombres y mujeres provenientes de las comunidades dispersas del Valle del Mezquital, durante la edad adulta y de acuerdo con mi práctica privada, por lo regular presentan ausencia de una o más piezas dentarias por extracciones prematuras de las mismas debido a la caries. Esto puede verse como un indicador de las limitaciones de la información en español para prevenir enfermedades que difunden la Secretaría de Salud y algunas empresas privadas en los medios de comunicación, la cual además de incomprensible con frecuencia tampoco llega a la población monolingüe de dichas comunidades.

En algunos casos, los valores, costumbres y creencias de un pueblo obstaculizan la solución de las enfermedades prevalentes entre sus habitantes. Es el caso de las enfermedades bucales de algunos pobladores del Valle del Mezquital, en donde se utiliza la tortilla quemada, el bicarbonato, especias o infusiones para su limpieza dental o para calmar un dolor de algún órgano dentario, desconociendo el significado e identificación del padecimiento de caries. Cuando es necesario extraer algún diente cariado —principalmente los caninos— no lo permiten, ya que tienen la creencia de que pueden llegar a perder la vista si son extraídos.

El entorno sociocultural y las grandes distancias entre las comunidades y los centros de salud donde se ofrece servicio dental son otros obstáculos en esta materia. Acudir al centro de salud del municipio representa “pérdida” de tiempo e implica desatender las labores de la casa, la escuela y el trabajo, lo que repercute en el ingreso económico. En términos de costos, por ejemplo, pareciera más conveniente extraer un diente con caries que ofrecer un tratamiento de conductos, para lo cual es necesaria la intervención de un especialista.

*Pautas para el modelo de atención odontológica con base preventiva para las poblaciones dispersas en el Valle del Mezquital*

Los factores descritos son determinantes para la salud bucal de la región de estudio, de modo que es indispensable sensibilizar a los distintos sectores involucrados sobre esta situación, así como plantear e instrumentar los siguientes procesos de salud pública contemplados en un modelo de atención odontológica con base preventiva que aquí propongo para las poblaciones dispersas en el Valle del Mezquital.

<sup>8</sup> Aguilar y Graizbord, 2001.

- Realizar un estudio situacional de cada población dispersa, para con ello conocer las condiciones sociales que nos permitan detectar las necesidades de salud bucal y sus causas.
- Elaborar un estudio de diagnóstico buco-dental de los niños en edad escolar, con lo cual será posible determinar el índice de caries y enfermedades periodontales, que servirá de pauta para intervenir de manera correcta.
- Crear un comité de salud buco-dental por cada población dispersa para la administración y gestión de recursos materiales y económicos.
- Establecer estrategias de formación de recursos humanos formales e informales para promover las medidas preventivas. Por ejemplo, padres de familia, maestros, personal de salud y autoridades comunitarias.
- Promocionar las medidas preventivas básicas en la lengua materna: el uso de una técnica de cepillado dental, la aplicación de selladores de fosetas y fisuras, por medio de la capacitación de los recursos humanos.
- Gestionar la fluoración del agua potable en las poblaciones con mayor índice de caries, ya que ha sido demostrado que el flúor ingerido a través del agua reduce la frecuencia de caries.<sup>9</sup>
- Implementar un sistema de informe, control y evaluación para medir el impacto de salud, determinar errores y corregirlos.
- Desarrollar un programa piloto en una población determinada para conocer su eficacia y así poder aplicarlo en otras poblaciones.

### *Conclusiones*

La odontología preventiva está orientada directamente hacia el desarrollo y aplicación de medidas que impidan la aparición de las enfermedades buco-dentales. Esta información debe ser dada en la lengua materna de cada individuo, sobre todo en las poblaciones donde la mayoría de las personas son monolingües y, en consecuencia, les resulta difícil entender correctamente la información en español. Sabemos que la caries y la gingivitis<sup>10</sup> son las enfermedades buco-dentales más comunes, pero también sabemos que pueden prevenirse y controlarse mediante métodos eficaces, sencillos y baratos, aunque en muchos casos no se emplean de manera conveniente y oportuna. El modelo de atención odontológica con base preventiva cuyas líneas generales aquí propongo es una estrategia adecuada que descansa en métodos eficaces, sencillos, de bajo costo y coparticipativos con la misma población local para un aprendizaje en el autocuidado de la higiene bucal. Además de lograr la concientización de la población atendida, se generará

<sup>9</sup> Domínguez Villagrás, 1997.

<sup>10</sup> Inflamación y sangrado de las encías atribuibles principalmente a placa bacteriana.

una perspectiva de futuro para que los niños crezcan bajo medidas preventivas de salud y haciendo de las revisiones periódicas con los especialistas una rutina en su vida.

Para finalizar, conviene subrayar que la salud dental es un área sanitaria en la que se observa con claridad cómo la prevención y la mejora en los niveles de higiene reducen sensiblemente las necesidades de tratamiento y, por consiguiente, el gasto familiar destinado a ese fin. Esto refuerza la idea de diseñar e implantar un modelo de atención odontológica educativa preventiva. La salud es un derecho humano fundamental. Sin embargo, encontramos una gran diversidad de factores involucrados en la atención debido a los vínculos individuales con el entorno ecológico y social de la zona. De ahí que sea primordial contar con autoridades gubernamentales capaces de prestar atención odontológica básica para transmitir información temprana y adecuada para prevenir enfermedades buco-dentales, principalmente en poblaciones donde no existe atención odontológica.

## REFERENCIAS

- AGUILAR, Adrián y Boris GRAIZBORD (2001), "La distribución espacial de la población. Concentración y dispersión", en J. Gómez de León y C. Rabell (coords.), *La población de México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*, México, Conapo/FCE: 112-114.
- CASTAÑO SÉIQUER, Antonio (2009), "Higienistas dentales: su realidad profesional en España", *Sociedad Española de Odonto-Estomatología Preventiva y Comunitaria* (<http://www.infomed.es/seopeyc/arthigident.htm>, consultada: diciembre de 2009).
- CONSEJERÍA DE SALUD (2001), *Tercer estudio epidemiológico de salud bucodental en escolares andaluces*, España, Consejería de Salud.
- CONSEJERÍA DE SALUD (2002), *Educación dental infantil: guía para profesionales de educación y de salud*, España, Consejería de Salud.
- DOMÍNGUEZ VILLAGRÁS, David (1997), *Protocolos odontológicos en atención primaria: flúor, selladores, obturaciones*, Madrid, Artes Gráficas Aguado.
- FREIRE, J. M. (2003), "El Programa Dental de Atención Infantil (PADI) de Navarra y del País Vasco: logros y nuevas metas", en *SciELO España*, España ([http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272003000500008&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272003000500008&script=sci_arttext), consultado: noviembre de 2009).
- GÓMEZ DE LEÓN, J. y C. RABELL (2001), *La población de México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*, México, CONAPO/FCE.
- MONTIEL RAMÍREZ, Deliamar (1999), "La política de salud neoliberal y su impacto en la población venezolana", en *Acta odontológica*, Núm. 3, Venezuela ([http://www.actaodontologica.com/ediciones/1999/3/politica\\_salud\\_neoliberal\\_impacto\\_poblacion\\_venezolana.asp](http://www.actaodontologica.com/ediciones/1999/3/politica_salud_neoliberal_impacto_poblacion_venezolana.asp), consultada: noviembre de 2009).

## REFERENCIAS

- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2005), *Programa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas*, Washington, OPS ([http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/OS/Indig\\_PLAN05\\_07\\_esp.pdf](http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/OS/Indig_PLAN05_07_esp.pdf), consultada: diciembre de 2009).
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2006), *Propuesta de plan regional decenal sobre salud bucodental (2005-2015)*, Washington, OPS (<http://www.paho.org/Spanish/GOV/CE/ce138.r9-s.pdf>, consultada: diciembre de 2009).
- RODRÍGUEZ, Carlos (2001), "Políticas de formación de los recursos humanos frente a la globalización", México, *Gestiopolis* (<http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/rrhh/rrhhglobalizacion.htm>, consultada: diciembre de 2009).
- ROJAS SORIANO, Raúl (2008), *Guía para realizar investigaciones sociales*, México, Plaza y Valdés.

# CRECIMIENTO Y DESARROLLO ASOCIADOS A LA SALUD MENTAL DE LOS NIÑOS ZOQUES DE PANTEPEC, CHIAPAS

Martha Juárez García



## Introducción

Aunque cuando regresé de España al terminar mis estudios en la Universidad Autónoma de Barcelona no empecé a trabajar en el tema que hubiera preferido, al día de hoy no he cambiado mi postura acerca de la importancia de formar niños con un desarrollo integral saludable, lo que hace posible sentar las bases de un mejor futuro para su vida adulta y, en consecuencia, la construcción de una mejor sociedad. Durante mis prácticas profesionales en España tuve la oportunidad de estar en tres centros distintos: una escuela de educación especial, un hospital público y un centro privado de psiquiatría y psicología.

La escuela de educación especial contaba con servicio de psicopedagogía, los profesores se comprometían a hacer que los alumnos con capacidades diferentes adquirieran hábitos que les permitieran ser cada día más independientes e impartía actividades extracurriculares, como clases de bisutería, jardinería, cocina y natación. Esta escuela disponía a su vez de varios autobuses que se encargaban de recoger a los niños y llevarlos a clases y, a la inversa, transportarlos a sus casas al salir de la institución. Mi segunda práctica la realicé en el hospital público, en el área de atención precoz, en donde se atendía a niños de cero a cuatro años de edad con distintas patologías. El personal que ahí laboraba era multidisciplinario: dos psicólogas clínicas en el área de diagnóstico y logopedas, fisioterapeutas, psicoterapeutas, un trabajador social y un neurólogo en el área de tratamiento. En el centro privado de psiquiatría y psicología en donde hice mi tercera práctica tuve la oportunidad de observar y participar en la psicoeducación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Estos espacios de desarrollo profesional y de atención a la salud mental de niños que así lo requieren ponen en evidencia la necesidad de la atención

multidisciplinaria y de la variedad de demandas predominantes en lo que a salud pública se refiere. ¿Pero por qué es tan importante tratar la salud mental en la infancia? Diversos estudios coinciden en señalar que cerca de la mitad de los trastornos mentales se manifiestan en hombres y mujeres antes de los 14 años de edad, y se calcula que casi 20% de los niños y adolescentes del mundo padecen problemas de salud mental, observándose en todas las culturas tipos de trastornos similares. Paradójicamente, las regiones del mundo con los porcentajes más altos de población menor de 19 años son las que disponen de menos recursos para la atención de la salud mental de sus pueblos. Incluso, se ha reportado que la mayoría de los países de ingresos bajos y medios cuentan con un solo psiquiatra infantil por cada uno a cuatro millones de personas,<sup>1</sup> lo que por otra parte explicaría el desempleo en que se encuentran muchos psicólogos.

En especial en estos países de ingresos bajos y medios, los servicios de salud mental adolecen de una grave escasez de recursos, tanto humanos como económicos. En la actualidad, la mayor parte de los recursos de atención sanitaria disponibles se destinan a la atención y el tratamiento especializado de los enfermos mentales, y en menor medida a un sistema integrado de salud mental. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en lugar de proporcionar atención en grandes hospitales psiquiátricos, los sistemas de salud de estos países deberían integrar programas de salud mental en la asistencia primaria, ofrecer atención de salud mental en los hospitales generales y crear servicios comunitarios de salud mental.<sup>2</sup>

### *Salud mental en los niños*

La niñez es una etapa determinante en la vida de todo ser humano, pues es cuando éste se forma física, cognitiva y socialmente. Diversos son los actores que participan en su formación en esta etapa: mujeres y hombres que conforman los grupos de padres, abuelos, familiares, amigos, compañeros de escuela y profesores, etc. Hay dos conceptos básicos relativos a esta fase: la calidad del crecimiento y del desarrollo de la niñez, porque de ahí dependen sus ganas de aprender, de jugar, de conocer, de tener una infancia saludable de los niños.

En este ensayo hago una reflexión acerca de la importancia del crecimiento y desarrollo de los niños zoques de Pantepec, Chiapas, y de los factores asociados para un buen desarrollo en su salud mental. Durante la primera infancia los niños se van moldeando de acuerdo con el contexto en el que crecen, el cual tiene un papel definitivo en su futuro. El crecimiento y desarrollo normal durante la niñez se da si existen todas las condiciones que lo favorezcan: satisfacción de necesidades de carácter físico-biológico, como

<sup>1</sup> Véase: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/mental\\_health\\_facts/es/index.html](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/index.html).

<sup>2</sup> Véase <http://www.who.int/features/qa/62/es/index.html>.

lo son una alimentación adecuada, higiene, sueño, actividad física, ejercicio y juego, protección de riesgos reales, integridad física, salud y vestido; satisfacción de necesidades cognitivas, como estimulación sensorial, exploración física y social, comprensión de la realidad física y social, educación formal e informal según la edad e interculturalidad, interacciones sociales dentro y fuera del hogar, y la satisfacción de necesidades emocionales y sociales, que van desde la construcción de los conceptos de hogar y vínculos afectivos, hasta las redes de relaciones sociales, de participación y autonomía y de identidad sexual, incluyendo la aspectos como la curiosidad, la imitación, el contacto y la protección de riesgos imaginarios.

La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de la OMS:

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.<sup>3</sup>

### *Contexto sociocultural demográfico y salud mental de hombres y mujeres zoques del Municipio de Pantepec*

Pantepec es el contexto sociocultural y demográfico de hombres y mujeres zoques. Su nombre deriva del náhuatl, y significa “cerros sobrepuestos”. La población total del municipio es de 8,566 habitantes, representa 2.64% de la regional y 0.22% de la estatal; el 50.13% son hombres y 49.87% mujeres. Su estructura es predominantemente joven, 72% de sus habitantes son menores de 30 años y la edad promedio es de 17 años. Entre sus habitantes, 3,952 personas hablan una lengua indígena. El 70.01% de la población profesa la religión católica, 0.18% es protestante, 19.23% pertenecen a la denominación bíblica no evangélica y 9.97% no profesa credo. La tasa global de fecundidad (TGF) para el año 2000 fue de 5.26 hijos por mujer en edad reproductiva, siendo de 4.28 este rango para la región y de 3.47 para la entidad.<sup>4</sup> Debido a la media de edad, número de hijos por mujer en edad reproductiva, la ruralidad del municipio, se trata de una población con mayor necesidad en atención a la salud mental tan sólo por la densidad poblacional en condición de vulnerabilidad, pero los recursos son escasos para el desarrollo integral individual y comunitario.

<sup>3</sup> Gómez y Cantero, 2003.

<sup>4</sup> Véase <http://www.municipio.gob.mx/work/templates/enciclo/chiapas/municipios/07067a.htm>.

Pantepec es un municipio ubicado en medio de las montañas, la cabecera municipal cuenta con pequeñas tiendas de abarrotes y no tiene mercado. Los domingos hay algunas vendimias en un pequeño espacio de la calle principal del pueblo. En cuanto a la nutrición, la gente hace lo que puede. Los padres alimentan a los niños de lo que se cosecha en el campo y con productos foráneos que llegan al municipio. Últimamente ha llegado a Pantepec el programa asistencial Un Kilo de Ayuda. En lo que respecta a la educación formal, Pantepec cuenta con dos escuelas de nivel preescolar, una de ellas bilingüe: zoque-castellano; una escuela primaria y dos escuelas secundarias, de las cuales una es técnica y la otra una telesecundaria; un telebachillerato y un albergue escolar, el “Fray Bartolomé de las Casas”, al que acuden niños que llegan de las distintas comunidades del municipio (unas 16) que van a iniciar estudios de secundaria. Los padres y tutores de los niños, así como de los jóvenes que asisten a dichas instituciones, realizan un gran esfuerzo en términos de los recursos económicos y materiales que requieren para que ellos se vayan superando a través de los estudios. De hecho, su ingreso de una a otra institución educativa de nivel superior depende de la capacidad económica de cada familia.

El resultado de este esfuerzo tiene repercusiones positivas en la vida de cada niño, por la inclusión en la educación formal y, por ende, en sus familias y en la cultura comunitaria. Sin embargo, es necesaria la profesionalización de la atención a la salud integral a fin de fortalecer aspectos de salud mental en niños zoques. En términos de salud biopsicosocial, para un crecimiento físico y desarrollo integral de los zoques se encuentran los siguientes factores positivos asociados a la salud mental: el juego, los vínculos afectivos que establecen con la madre y demás integrantes de la familia, así como los profesores. La educación de los niños zoques se realiza primeramente a través de sus padres y abuelos, y en segundo lugar por los profesores y las autoridades religiosas, que también tienen gran influencia en este proceso. Los abuelos juegan un papel fundamental porque son ellos quienes transmiten historias y creencias a los niños, lo que en el ámbito de la salud representa la interacción intergeneracional y la afectividad. En la creencia popular de la zona norte de Chiapas, específicamente en Pantepec, por ejemplo, se escucha repetidas veces que los niños no deben recibir demasiado –refiriéndose a objetos materiales–, para que valoren la vida y sepan que cuesta ganar el dinero. La madre ocupa un papel muy importante para el buen desarrollo y crecimiento del niño zoque. La mujer zoque se caracteriza por ser cariñosa y amable, y por jugar un papel pasivo en la toma de decisiones de la comunidad y la familia, aunque es una mujer que trabaja arduamente para alimentar y proteger a los suyos. Dado que la madre ocupa un lugar preponderante, deberíamos insistir en su bienestar y procurar llevar espacios de expresión dirigidos a este grupo poblacional. El grupo teatral Fortaleza de la Mujer Maya (Fomma), que se encuentra en San Cristóbal de Las Casas, trabaja en este sentido: aborda temas como la violencia, la salud, la equidad y el trabajo.

*Aspectos lúdicos en el desarrollo integral, cognitivo y de salud mental en la niñez del municipio de Pantepec*

En el Municipio de Pantepec los aspectos lúdicos en el crecimiento y desarrollo integral de los niños satisfacen varias de las necesidades físico-biológicas, cognitivas, emocionales y sociales. En cuanto a los juegos, los niños usan arena, lodo, las flores del campo, las ramas de los árboles, juegan a la siembra y además apoyan de esta manera a las labores del campo, juegan con papalotes. Así que los niños utilizan todos los recursos naturales que tienen a su alrededor. Sin embargo, sería de mucha utilidad que alguna institución externa contribuyera a fortalecer este aspecto de su formación, de tal manera que se estimulara su creatividad. Una Casa de la Cultura ayudaría a que los niños, adolescentes y jóvenes se mantuvieran ocupados en crear, en aprender a tocar un instrumento, o a cocinar o a bailar, cultivando de esta forma la mente y dejando a un lado los círculos viciosos en que pueden quedar atrapados. Tratándose de una zona de alta marginación y, por tanto, de gran vulnerabilidad, característica de esta región zoque, una Casa de la Cultura contrarrestaría vicios como el alcohol, las drogas, o acontecimientos como los embarazos no deseados.

A medida que los niños crecen, sus intereses van cambiando. Por ello es fundamental crear espacios para quienes están llegando a la adolescencia, con la finalidad de darles seguimiento en esa etapa de su vida y formarlos como adultos sanos, productivos y felices. Es necesario que el Estado duplique esfuerzos y haga réplicas de instituciones que han tenido éxito en la formación de jóvenes, como “La Albarrada”, que tiene su sede en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. Constituida como una Comunidad de Aprendizaje para el Desarrollo, “La Albarrada” capacita a jóvenes en cuatro áreas productivas: agropecuaria, técnica, artesanal y de servicios. Pero la distancia entre Pantepec y San Cristóbal de Las Casas supone un trayecto de por lo menos tres horas, y además ir allá significa gastar en pasajes y alejarse de sus familias. De modo que los jóvenes de Pantepec no gozan de los beneficios que podría reportarles “La Albarrada”.

*Propuesta de intervención a través de la profesionalización en términos de salud mental para niños del Municipio de Pantepec*

La deserción escolar, la migración y la desintegración familiar, entre otros, se cuentan entre los efectos negativos que trae consigo la falta de oportunidades de acceso a los servicios de salud y educación. Efectos negativos que, además, son desfavorables al desarrollo de la salud mental. A este respecto, la educación –formal y no formal– puede cumplir un papel preventivo para reducir males en la sociedad.

Entre los niños zoques los problemas se presentan cuando sus padres no cuentan con los recursos para llevarlos al médico, o cuando no pueden comprar todos los artículos escolares. Y cuando llega la adolescencia, los jóvenes no pueden continuar con los estudios universitarios, lo que causa des-

esperanza en algunos de ellos. Como efecto, empieza la migración a ciudades más grandes: Cancún, por ejemplo, o bien a los Estados Unidos, generándose así la desintegración familiar y el consecuente sufrimiento de los padres por estos procesos. Y es que como las condiciones del campo mexicano actual no son adecuadas, los jóvenes no quieren dedicarse a las labores del campo en sus lugares de origen. Este panorama no hace sino confirmar la necesidad de programas estratégicos de atención a jóvenes como el ofertado por “La Albarrada”, que promueve la ocupación y la capacitación para un desarrollo comunitario sustentable. La labor de “La Albarrada” favorece en gran medida la salud mental, ya que cultiva la mente y también el espíritu, porque da la oportunidad de poder obtener un empleo en un futuro y la posibilidad de un sustento económico.

Si bien es cierto que desde el Movimiento Zapatista de Liberación Nacional surgieron instituciones en beneficio de la cultura indígena, éstas se han centrado mucho en la zona Altos de Chiapas, pero la zona Norte, en cierto sentido, está abandonada. Unos meses atrás se inauguró la nueva ciudad rural sustentable en Nuevo Juan del Grijalva, municipio de Ostucán, Chiapas. Se creó a partir de un desastre natural, y se dice que es la única de su tipo en el mundo en tanto que se concibió como una ciudad completa. Sin embargo, se necesita hacer mucho todavía por las comunidades de la Región Norte. La apertura de espacios de expresión para los jóvenes zoques ayudaría a contrarrestar los graves riesgos a los que están expuestos y de los que hemos hablado brevemente en este ensayo.

### *Conclusiones*

La educación formal e informal, el juego, la interacción con la familia —padres, abuelos, hermanos— son factores que favorecen la salud mental de los niños zoques de Pantepec, Chiapas. Sin embargo, es indispensable fortalecer la salud integral de los habitantes del municipio, a partir de una concepción de los individuos como seres biopsicosociales, sobre la base de un concepto de salud que plantee la formación de seres humanos íntegros, con oportunidades para su futuro en el mundo laboral y familiar y con opciones para elegir su destino. Para ello, sociedad civil, Estado y asociaciones civiles debemos unir esfuerzos para crear espacios que promuevan la salud integral, respetando las creencias y costumbres de cada comunidad.

Cada cultura, cada etnia, tiene sus propias creencias, costumbres y tradiciones que las hacen diferentes, y en ello radica la riqueza de cada una por separado, y de todas ellas en conjunto, pero hay sentimientos y vínculos afectivos que son universales, como el amor fraterno y el materno. Esas semejanzas son las que nos unen con otras culturas. Por tanto, también compartimos sentimientos como la tristeza y la impotencia ante las dificultades de la vida. Sin duda alguna, vivimos en una sociedad que cada día crece más. Vivimos en un México pluriétnico, pluricultural, que es lo que hace que nuestra nación sea más rica y variada. Con todo, a la hora de intervenir en los

diversos sectores de la población, esto mismo hace más difícil la atención, sin que por ello resulte imposible. Sobre todo en los sectores de población más vulnerables, como los niños, las mujeres y los ancianos.

## REFERENCIAS

- ECOPIBES (2009), *¿Crecimiento o desarrollo?*, Argentina, EcoPibes (<http://www.ecopibes.com/educadores/crecimiento.htm>, consultada: 4 de diciembre 2009).
- GÓMEZ, Amparo y Ma. José Cantero (coords.) (2003), *Intervención temprana: desarrollo óptimo de 0 a 6 años*, Madrid, Pirámide.
- INSTITUTO NACIONAL PARA EL FEDERALISMO Y DESARROLLO MUNICIPAL (Inafed) (2005), *Enciclopedia de los Municipios de México, Chiapas* (<http://www.municipio.gob.mx/work/templates/enciclo/chiapas/municipios/07067a.htm>, consultada: 4 de diciembre de 2009).
- LISBONA, Miguel (2004), *Sacrificio y castigo entre los zoques de Chiapas. Cargos, intercambios y enredos étnicos en Tapilula, Chiapas*, UNAM.
- MÉNDEZ, Francisco (1998), *El niño que no sonrío: estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil*, España, Madrid.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2009), *¿Qué es la salud mental?*, México, OMS (<http://www.who.int/features/qa/62/es/index.html>, consultada: 5 de diciembre de 2009).
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2009), *Salud mental: un Estado de Bienestar*, México, OMS ([http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/index.html](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html), consultada: 5 de diciembre de 2009).
- PICK, Susan, et al. (1995), *Planeando tu vida: programa de educación sexual y para la vida dirigido a los adolescentes: manual para el instructor*, México, Planeta.
- PULEVA SALUD (2009), *Diferencias entre crecimiento y desarrollo*, México, Salud.Com ([http://www.salud.com/secciones/salud\\_infantil.asp?contenido=21379](http://www.salud.com/secciones/salud_infantil.asp?contenido=21379), consultada: 4 de diciembre de 2009).
- REYES, Laureano (2002), *Envejecer en Chiapas. Etnogerontología zoque*, Chiapas, UNACH.
- VASCONCELOS, Cintya (2009), "Logros, retos y perspectivas de la educación indígena en Chiapas", en *Universa*, núm. 12, UNACH, noviembre.

# ENTREVISTA



Foto: Victoria Gesualdi

## LOS RETOS DE LA SALUD INTERCULTURAL EN MÉXICO. DIÁLOGO CON ROBERTO CAMPOS<sup>1</sup>

*Con la motivación y el entusiasmo que transmite al impartir su cátedra sobre medicina intercultural e impulsar la formación de médicos en este estratégico campo de la salud pública, Roberto Campos Navarro conversó con Aquí Estamos sobre el panorama actual y los retos que enfrenta la salud intercultural en México.*

*Roberto Campos, médico egresado de la UNAM y doctor en antropología médica por el CIESAS, es pionero y promotor de la medicina intercultural en México y América Latina. Su labor docente y de investigación la desarrolla en y desde la Facultad de Medicina de la UNAM, donde también es Coordinador de Investigación del Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina. Ha sido asesor en investigaciones y prácticas de campo en medicina tradicional, por ejemplo, sobre curandería tsotsil y los procesos de formación, iniciación y trabajo de sus practicantes. Su labor docente tiene como una motivación importante sensibilizar a la comunidad estudiantil y médica universitaria acerca del carácter multicultural de nuestra sociedad, sobre el valor y utilidad de la medicina tradicional, y sobre la necesidad de contar con nuevos liderazgos en este campo y entre la población indígena.*

*¿Cuál es la condición en materia de salud pública de la población indígena de México en relación con la del resto del país?*

Hemos trabajado sobre el tema en función de indicadores o tasas de enfermedad, de la morbilidad y mortalidad general en el país, y está plenamente demostrado que los peores índices respecto a salud corresponden a los pueblos indígenas. En ellos encontramos más enfermedad y muerte, y estamos ante graves problemas de mortalidad infantil, materna e incluso laboral.

Es el sector más vulnerable, son ellos la parte más débil de nuestra sociedad, donde los problemas de salud están más extendidos y son más agudos: la desnutrición, las enfermedades transmisibles, las diarreas, los padecimientos respiratorios están muy presentes. Asimismo, es donde la alimentación está más deteriorada y donde los servicios públicos como luz, agua potable y drenaje frecuentemente no existen. Todo esto conduce a que los peores indicadores de salud en nuestro país se presenten precisamente donde residen los pueblos originarios.

<sup>1</sup> [rcampos2000@yahoo.com.mx](mailto:rcampos2000@yahoo.com.mx)

*¿Qué problemas considera los más agudos y extendidos en este sector de nuestra sociedad?*

Las enfermedades transmisibles son las que más les afectan. A esto tenemos que añadir los problemas de desnutrición, que en nuestros pueblos indígenas son muy importantes, así como el problema del alcoholismo en los adultos.

Cuando estamos hablando de la salud, estamos hablando de las condiciones de vida y si éstas están deterioradas, las de salud se ven reflejadas. Hay que considerar otro tipo de carencias, como la falta de trabajo, que obliga a un sector muy importante a migrar hacia el noroeste del país y a Estados Unidos, fenómeno que trae consigo diversos problemas de salud. Los jornaleros que están en las zonas agrícolas de Sinaloa trabajan con fertilizantes tóxicos e insecticidas. Los niños con gran frecuencia desarrollan cáncer por el contacto y la ingestión de éstos productos. Ni qué decir de los indígenas que se van a Estados Unidos, quienes por su condición de indocumentados no cuentan con protección para su salud.

*¿Es necesario diseñar estrategias y programas específicos de atención para la población indígena o basta con las dirigidas a sectores sociales marginados, donde la ruralidad, la pobreza y bajos niveles de educación son las variables determinantes?*

Es necesario contar con proyectos de salud pública para la población en general, pero también deben existir programas específicos para los pueblos indígenas, los que hasta ahora no se han realizado. Se toma a todos los pobres por igual y no se hace una diferenciación en cuanto a la diversidad cultural. Tales programas específicos no deben ser establecidos desde arriba, sino junto con la propia gente. Desde hace muchos años los programas de salud se diseñan desde las alturas institucionales y de manera vertical, como si la gente no tuviera conocimientos ni iniciativa, cuando es todo lo contrario. Los programas de salud deben partir desde las propias comunidades o junto con los pueblos indígenas, lo que nos lleva a establecer una diferencia muy importante entre el *antes* y el *ahora* en la planificación sanitaria. Antes, los programas eran *para* los pueblos indígenas y ahora debemos trabajar la salud y su atención *con* los pueblos indígenas, incluirlos como participantes activos de estos procesos.

Los programas de salud de cada pueblo indígena pueden ser diferentes. Los problemas de salud entre los zapotecos no son los mismos que entre los rarámuri, cada pueblo tiene sus peculiaridades, por lo que deben hacerse los diagnósticos de salud correspondientes y de manera participativa. Por lo general, cuando se hacen diagnósticos del sector salud por el sector académico sólo se ve lo que éste último quiere ver u obtener. Lo que necesitamos es formar equipos multidisciplinarios con plena participación de los pueblos originarios.



*¿Son atinados los actuales diagnósticos de salud del sector público –estatal y federal– para atender a la población indígena? ¿Dónde han acertado y cuáles son sus debilidades?*

Hasta ahora son insuficientes. Una de sus carencias de los diagnósticos de salud es la unilateralidad con la que se realizan. La debilidad consiste en que sólo se considera el punto de vista del sector académico, de la parte científica, sin tomar en cuenta otros pareceres y saberes. La salud no sólo debe ser estudiada y valorada bajo la concepción de la medicina académica, sino también bajo la concepción que la gente tiene de sus propios problemas de salud. Por ejemplo, para la medicina académica pueden ser prioritarios los problemas respiratorios y gastrointestinales y esto es correcto, pero para las madres de familia hay otras enfermedades no consideradas por la medicina institucional, como el susto, el empacho, el mal de ojo, mezcladas con diarreas y calenturas. Todas ellas son percibidas como graves y causantes de gran ansiedad por las mamás.

Es por ello que debemos realizar diagnósticos más incluyentes, donde participe no sólo el sector médico sino también el sector ciudadano y los especialistas de la medicina tradicional. Esto nos permitirá contar con un mapeo más exacto, un diagnóstico más preciso, y a partir de eso realizar acciones más eficaces para resolver nuestros problemas de salud.

*El sector salud del país cuenta con políticas sanitarias para diversas poblaciones, sin embargo, es sabido que se prioriza la atención de individuos y de enfermedades ¿En qué afecta esto la atención sanitaria de las comunidades indígenas?*

El sector salud debería de hacerlo desde una óptica colectiva, no individual, así como pensar más en la prevención que en los aspectos curativos. Debemos reconocer que la realidad impone que haya que resolver problemas concretos, inmediatos, focalizando la parte Individual, pero ello no debe hacer olvidar que hay problemas colectivos que deben ser resueltos inclusive antes que aquellos, por ejemplo, el acceso a agua potable. Las comunidades rurales deben tenerla como una medida preventiva básica, ya que eso evitaría las enfermedades gastrointestinales. E igual debe ser el manejo correcto de las excretas.

*Usted es un promotor de la medicina intercultural ¿Qué debemos entender por este término?*

El termino intercultural e interculturalidad ya tiene historia dentro de la antropología. Yo manejo una conceptualización de la medicina intercultural como una práctica, un proceso relacional en el que participan el personal de salud, los enfermos y sus familiares, en donde ambas partes pueden tener una cultura diferente pero buscan que haya un mutuo entendimiento. Cuando, por ejemplo, hay una consulta o una consejería, este acto debe ser satisfactorio no sólo para el enfermo y su familia sino también para el propio personal de salud.



La medicina intercultural es una medicina que se adecua a las personas y no en la que las personas deben adecuarse a la práctica médica occidental. Es un diálogo de saberes, empezando por el propio idioma que se utiliza. Debe hacerse un esfuerzo mutuo por parte del personal de salud y de los enfermos y sus familiares. Cuando hablo de personal de salud no solamente me refiero a los médicos sino también a las enfermeras, a la gente de intendencia, incluso el chofer y el vigilante de un hospital deben participar en la relación intercultural, en un esfuerzo colectivo por dar un mejor servicio que pueda ser satisfactorio pero, sobre todo, que resuelva el problema del paciente.

Durante los estudios en la universidad no se imparte ningún curso de algún idioma originario. Ahora en Yucatán los médicos tienen que llevar un curso de Maya, lo que abre la posibilidad de que se entable un mejor diálogo con los enfermos maya hablantes. En general, los trabajadores de la salud deben ser capacitados para que las instituciones donde laboran ofrezcan una mejor atención en el terreno intercultural, especialmente aquellos que lo hacen en regiones indígenas.

*¿Cuál es el estado actual de la medicina intercultural o, si se prefiere, de este “diálogo de saberes”?*

Falta mucho por avanzar. Ya el maestro Gonzalo Aguirre Beltrán, en los años cincuenta del siglo pasado, apuntaba la necesidad de que el personal de salud se capacitara para el trabajo intercultural. Esto sigue siendo válido en la actualidad y más relevante aún en función del reconocimiento y revaloración del carácter multicultural del país y de sus diversos grupos indígenas, algunos pequeños, pero otros de gran envergadura como los mayas, zapotecas, nahuas, en donde es importante que se practique la medicina intercultural. La diferencia entre el proceso intercultural del siglo pasado y el actual es que antes la fundamentación teórica y práctica se relacionaba con el concepto del indigenismo, mientras que en este momento es una respuesta ante la magnitud, importancia y legitimidad de los movimientos a favor de los derechos políticos y sociales de los pueblos indígenas. Si antes el motor impulsor fueron las políticas indigenistas, ahora lo son los procesos de autonomía indígena a nivel continental.

En los años ochenta y noventa del siglo pasado (y todavía con la carga indigenista) se hicieron algunos esfuerzos por acercar algunos centros de salud y hospitales a la población indígena haciéndolos *mixtos*. El caso piloto fue el Hospital General de Cuetzalan, en Puebla, un servicio del Instituto Nacional Indigenista (INI). Ahí se incorporó medicina tradicional con la participación de una organización de médicos indígenas, se introdujo el temazcal y se hicieron tratamientos rituales. Aunque significó el rompimiento de un paradigma, se trató de un caso único en el INI y en una sola región del país. Hubo intentos de replicarlo en otras partes, pero sólo en Jesús María, Nayarit, en la sierra huichol, se creó un hospital semejante. Ahora existe otro más en San Andrés Larráinzar, Chiapas. Únicamente en estos lugares



se han establecido hospitales con un enfoque intercultural, pero se trata de innovaciones insuficientes en relación con los cambios y modificaciones que se deben realizar en nuestro país.

La medicina intercultural y la interculturalidad en salud significan un mejor servicio no solamente en términos técnicos. La aplicación de la interculturalidad en el campo de la salud va más allá de ofrecer tratamientos de medicina tradicional indígena y medicina académica. Es también el ejercicio de múltiples derechos de acceso, disponibilidad y atención curativa con pertinencia cultural en los servicios de salud: uso de la lengua, inclusión de traductores e intérpretes, capacitación intercultural obligatoria del personal no indígena, entre otros.

*¿Quiénes deben participar en el estudio, fomento y práctica de la medicina intercultural?*

En nuestro país, todos los ciudadanos interesados en la sanidad debemos meternos en esta fundamentación de la interculturalidad. Por supuesto que deben participar los profesionales de la salud, llámense enfermeras, médicos, dentistas, pero también agentes de las propias comunidades indígenas, incluyendo los jóvenes que estudien estas carreras. Se requiere armonización de saberes, se requiere estudio, investigación y transmisión de todos éstos saberes múltiples y diversos. Se trata de una tarea colectiva que corresponde a indígenas y no indígenas. Ambas partes tenemos que estar en este nuevo paradigma o modelo de una atención intercultural.

*¿Se conoce la presencia numérica de los profesionistas indígenas en el área de la salud y de las especialidades médicas? ¿Qué importancia tienen para impulsar la agenda de la medicina intercultural en nuestro país?*

No contamos con estadísticas relacionadas con los profesionistas indígenas, ni siquiera de los propios usuarios indígenas, porque las autoridades no han hecho esa diferenciación relativa a pueblos originarios. Por ejemplo, en el Hospital General de la Ciudad de México ingresan pacientes indígenas, pero no sabemos el número exacto de los que están hospitalizados. Si preguntamos a las autoridades sanitarias el número de médicos o enfermeras profesionales de origen indígena no tenemos respuesta porque al gobierno, a las autoridades, no les interesa en este momento esa información por ausencia del enfoque intercultural.

Esta falta de sensibilidad también explica otros errores e incongruencias, como que existan médicos zapotecos trabajando en zonas mixtecas o mixes, cuando deberían estar en la propia región zapoteca. Se requiere un proyecto especial de recuperación de datos sobre estos profesionales indígenas universitarios, hacer un seguimiento y planear en consecuencia. El Programa Universitario de México Nación Multicultural, patrocinado por la UNAM, avanza en esta dirección. Tienen estadísticas de los muchachos indígenas que



están apoyando en carreras como medicina y enfermería, porque les están proporcionando becas. Pero todavía falta una cuantificación precisa de los profesionistas indígenas.

*¿Qué aportaciones pueden hacer los profesionistas indígenas a los actuales programas de atención de la salud pública a nivel estatal y federal?*

Cuando pensamos en la formación de indígenas profesionales es precisamente para que regresen a trabajar a sus propias comunidades, en su propio idioma, desarrollando sus habilidades y conocimientos. En este momento lo que se está haciendo en muchas partes de nuestra América, e incluso aquí en México, es capacitar al personal mestizo que trabaja en zonas indígenas. No es lo ideal. Lo mejor sería que fueran los propios jóvenes indígenas quienes ocuparan esos puestos. El aporte en la salud pública sería enorme.

*¿Qué se requiere para que nuevas generaciones de jóvenes indígenas participen en la construcción del concepto y en el impulso de la práctica de la salud intercultural?*

Lo primero es que tengan acceso a universidades con orientación intercultural. Y aquí tenemos un problema no solamente de México, sino de varios países de nuestra América. Muchachos jóvenes indígenas se van a preparar al extranjero en medicina, por ejemplo a la Facultad Latinoamérica de Medicina de Cuba, donde les enseñan biomedicina. Sin embargo, ahí los aspectos que tienen que ver con la interculturalidad son infravalorados y secundarizados. Sí, que aprendan biomedicina, que estudien enfermería y salud pública, pero que la aprendan acompañados del enfoque intercultural.

En el pregrado de la Facultad de Medicina de la UNAM y en la Escuela Superior de Medicina del IPN damos cursos de Antropología Médica e interculturalidad, pero son materias que con el tiempo se olvidan. Requerimos una capacitación profunda y sistemática que por ahora no es obligatoria en el sector salud. Tampoco existe la formación de jóvenes indígenas para regresar a sus pueblos a trabajar. En las universidades convencionales se les están dando becas y apoyos, pero todavía son esfuerzos insuficientes.

Estos enfoques interculturales deben ser más fuertes en los contenidos de las escuelas de medicina, enfermería, trabajo social, odontología. Con la creación de las universidades interculturales e indígenas hay avances, pero todavía no se introduce con fuerza el tema de salud, no hay ninguna que haya incorporado medicina, salud comunitaria o salud pública. Hay formación de gestores interculturales para el desarrollo con una orientación en salud en la Universidad Veracruzana Intercultural, pero no en carreras profesionales como medicina, enfermería u odontología. Es todo un reto la formación de jóvenes indígenas. Esos muchachos que se están yendo a Cuba deben quedarse en México y aprender de acuerdo con las propias culturas.



En Latinoamérica todavía no existe una universidad que tenga la carrera de medicina con un enfoque intercultural. Los directores de las universidades interculturales reconocen este vacío. Se tiene que hacer un mayor esfuerzo para establecer una carrera de enfermería, medicina, odontología y salud pública de tipo intercultural.

*¿Es la universidad “convencional” el ámbito adecuado para formar a este nuevo tipo de especialistas?*

Hasta ahora no, en las universidades convencionales que conozco los planes de estudio tienen un peso biologicista impresionante. A finales de los años treinta, en el periodo de Lázaro Cárdenas, cuando se inauguró el Instituto Politécnico Nacional (IPN) y se creó la Escuela Superior de Medicina Rural, se impartían materias no sólo de biomedicina sino de sociología y antropología, con el propósito de que los estudiantes que vinieran de provincia aprendieran la medicina pertinente y regresaran a sus regiones de origen. Desgraciadamente no fue así, se quedaron en las ciudades. Además, el IPN eliminó el componente “Rural” en su Escuela Superior de Medicina.

Hemos fracasado en nuestras universidades y escuelas de enseñanza superior con respecto a ciencias de la salud. Seguimos formando con un peso biomédico desmedido. Hemos incorporado algunos aspectos que tienen que ver con la antropología y la interculturalidad, sin embargo no es suficiente. Se tendría que romper con el paradigma actual y que alguna universidad, que quizá no sea de las convencionales sino una intercultural, tenga la iniciativa por primera vez de establecer una carrera o carreras que tengan que ver con ciencias de salud, específicamente con salud pública, medicina, enfermería, odontología, con pertinencia intercultural. Después las instituciones públicas de salud deberán ubicarlos en sus respectivas regiones con un sueldo digno, estímulos adicionales por laborar en zonas rurales y un atractivo sistema de educación continua en operación, en suma, arraigándolos y ofreciéndoles facilidades económicas y académicas.

*El conocimiento de la cultura de nuestros pueblos originarios, de su forma de conocer, entender y atender la salud individual y colectiva, es esencial para el diseño de políticas públicas y la ejecución de programas de salud. También es necesario conocer los importantes avances alcanzados en la medicina occidental ¿Cómo tender un puente entre ambas realidades? ¿Puede ser ésta un función y responsabilidad social de los profesionistas indígenas que han sido formados en la universidad convencional?*

Es relevante la transmisión del conocimiento tradicional que se ha realizado de forma generacional y que no ha requerido hasta ahora de universidades ni escuelas. Ha sido a nivel familiar pero, como va la situación, puede ser necesario que dar un apoyo adicional decisivo, fuerte y efectivo a partir de la creación de las universidades indígenas e interculturales, donde se funcione una política incluyente de reconocimiento a la propia sabiduría ancestral y a otros saberes que corresponden a la biomedicina; que no se



sienta o vea como un choque o conflicto de saberes sino como un proceso de armonización, y donde se examine el qué, cómo, cuándo y dónde se pueden equilibrar y armonizar estos saberes diversos.

Nuestros pueblos indígenas no son tontos ni ignorantes, saben y reconocen que la medicina académica es necesaria, que hay aspectos técnicos como las intervenciones quirúrgicas que a veces son necesarias. También saben que hay medicamentos de patente efectivos, pero no dejan de apreciar sus propias prácticas y saberes ancestrales.

*¿Cómo se puede socializar académicamente el conocimiento en materia de salud de los grupos indígenas para su comprensión, aprovechamiento y utilización por los profesionales de salud y el diseño de políticas sanitarias?*

Investigando temáticas que antes se veían como no científicas, que no valía la pena trabajar e investigar. Se tiene que dar un fundamento y una base epistemológica a este saber tradicional. Aquí es fundamental el papel de las universidades en cuanto a retomar ese conocimiento y transmitirlo a las nuevas generaciones en la investigación, y de igual manera en el nivel de docencia. A partir de la investigación se van encontrando fundamentos a esos conocimientos tradicionales, pero la docencia y la capacitación permiten que se vayan reproduciendo y transmitiendo. Por supuesto no todos los saberes, sino los principales. Lo que sabemos de medicina tradicional a través de las investigaciones de antropólogos, etnobotánicos y otros profesionales es importante en nuestro país, hemos avanzado mucho, pero todavía no tenemos el mapa completo de estas prácticas.

En 1994 apareció una magnífica *Biblioteca de la medicina tradicional mexicana*, editada por el Instituto Nacional Indigenista, que desde finales del año pasado ya está en internet ([www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx](http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx)). Allí aparecen los recursos humanos y materiales referentes a la medicina tradicional mexicana, pero no podemos dejar de lado los recursos simbólicos de la medicina tradicional, los rituales. La palabra como eje vinculante de la curación. Entonces, a la transmisión generacional se añaden los conocimientos que se den a través de las universidades y de la informática. Sin embargo, hay que actualizarse en todos esos conocimientos. Todavía tenemos mucho que trabajar; el campo de la medicina tradicional indígena y mestiza requiere profundizarse, buscar nuevos elementos. Es la tarea de nuevas generaciones que tomen la estafeta de los que ya hemos trabajado el tema intercultural para que lo amplíen y profundicen.

Entrevista realizada por Bertha Rosas Baruch  
[brosasbaruch@yahoo.com.mx](mailto:brosasbaruch@yahoo.com.mx)



# NOTAS INFORMATIVAS

## CONVOCATORIA 2010 DEL PROGRAMA INTERNACIONAL DE BECAS DE POSGRADO PARA INDÍGENAS (ÚLTIMA PROMOCIÓN)

Del 4 de enero al 24 de marzo de 2010 se recibirán las solicitudes de los interesados en obtener una beca del Programa Internacional de Becas de Posgrado para Indígenas de la Fundación Ford en su última promoción.

El calendario del proceso de selección es el siguiente:

### RECEPCIÓN DE SOLICITUDES:

Del 4 de enero al 24 de marzo de 2010

### ENTREVISTAS A CANDIDATOS PRESELECCIONADOS:

8 y 9 de julio de 2010

### NOTIFICACIÓN DE RESULTADOS:

Agosto de 2010

### INICIO DE ESTUDIOS:

2011

### PARA MAYOR INFORMACIÓN COMUNICARSE A:

CIESAS

Programa Internacional de Becas de Posgrado para Indígenas

Juárez #22, Tlalpan, C.P. 14000, México, D. F.

Tels. (55) 5487 3570 exts. 1309 y 1310

Fax. (55) 5485 4289

Correo electrónico: [pibi@cieras.edu.mx](mailto:pibi@cieras.edu.mx)

Página Web: [www.cieras.edu.mx](http://www.cieras.edu.mx)

## IMPARTICIÓN DE TALLERES SOBRE HERRAMIENTAS PARA LA GESTIÓN DE CONFLICTOS Y LIDERAZGOS INDÍGENAS

El tres y cuatro de diciembre de 2009 se llevó a cabo en la ciudad de Cuernavaca, Morelos, el taller de "Herramientas para la gestión de conflictos" en la que participaron 17 exbecarios de distintas generaciones. El taller fue organizado por la Coordinación del IFP México e impartido por el Dr. Roberto Hernández Ugalde, Subdirector de Fortalecimiento de Capacidades de Pronatura Sur, A. C. El objetivo del taller fue fortalecer los conocimientos y habilidades de los participantes para el abordaje de conflictos interpersonales y colectivos. A lo largo de las sesiones de trabajo los participantes discutieron aspectos

referentes al reconocimiento de los diversos tipos de conflicto, su origen y desarrollo, herramientas para su manejo, y el papel de los distintos actores sociales para la resolución de conflictos comunitarios.

Este evento permitió además que exbecarios de distintas generaciones se conocieran y familiarizaran con los trabajos profesionales que cada uno realiza desde la conclusión de sus posgrados. Cabe señalar que de manera paralela y en la misma sede se realizó el taller de “Liderazgos indígenas” para los becarios de la generación 2009, quienes actualmente se encuentran en el proceso de identificación de los posgrados que estudiarán. De esta forma, los 17 exbecarios pudieron compartir sus experiencias académicas con sus compañeros de reciente ingreso al Programa, información que resultó de gran valor y utilidad para éstos últimos.

Nuestro evento cerró con una conferencia impartida al grupo de exbecarios y becarios por María Bertely, profesora-investigadora del CIESAS. Tomando como base su participación y los resultados de un exitoso proyecto educativo con maestros mayas de Chiapas, Bertely enfatizó el rol clave de la participación colectiva y comunitaria a todos niveles para el diseño



Conferencia impartida por la Dra. María Bertely sobre “Liderazgos indígenas”, Cuernavaca, Morelos, 4 de diciembre de 2009.

y desarrollo de proyectos dirigidos a impulsar el desarrollo de los pueblos indios. También subrayó la importancia de conformar liderazgos colectivos y socialmente comprometidos.

#### **LA ASOCIACIÓN DE EXBECARIOS DEL IFP MÉXICO (RED IINPIM) NOMBRA NUEVO CONSEJO DIRECTIVO**

El pasado seis de diciembre se realizó en las instalaciones del CIESAS, D. F. la Tercera Asamblea General Ordinaria de la Red Interdisciplinaria de Investigadores de los Pueblos Indios de México, A.C. (Red IINPIM). Entre los resultados de la reunión destaca el nombramiento del nuevo Consejo Directivo de la Red, así como de su Consejo de Vigilancia, los cuales quedaron conformados de la siguiente manera:

Judith Bautista Pérez, Presidenta

Zósimo Ortega González, Vicepresidente

Lilia Cruz Altamirano, Secretaria

Irma Juan Carlos, Tesorera

Melquisedec González Juárez, Presidente del Consejo de Vigilancia

Rosario Ramírez Santiago, Primera Secretaria del Consejo de Vigilancia

Sócrates Vásquez García, Segundo Secretario del Consejo de Vigilancia

Al final de la Asamblea, David Navarrete, Coordinador del IFP México, se reunió con los miembros de ambos órganos directivos, felicitándolos por su nombramiento. También agradeció y reconoció la destacada labor de los integrantes del anterior Consejo Directivo, varios de los cuales formaron parte del grupo de trabajo que a inicios de 2005 respondió a la invitación de la Coordinación del IFP México para discutir la pertinencia de crear una asociación de exbecarios, y quienes en 2006 dieron forma a la Red IINPIM, A. C.

En enero de 2010, se realizará una reunión de trabajo entre la Cordinación del IFP México y el nuevo Comité Directivo para examinar los apoyos que se brindarán a la asociación de exbecarios durante dicho año, mismo que será de gran relevancia para el presente y futuro de la Red.

#### **NUESTROS NUEVOS BECARIOS, GENERACIÓN 2009**

El pasado mes de julio de fueron seleccionados los 28 becarios indígenas de la promoción 2009 del IFP México. Este año se recibieron 139 solicitantes de 27 grupos indígenas provenientes de 17 estados de la República Mexicana. Los becarios iniciarán sus posgrados en el transcurso de 2010. La Coordinación del IFP-CIESAS trabajará conjuntamente con ellos en el diagnóstico de sus

necesidades de nivelación académica y, con el apoyo de la Oficina en México del Instituto Internacional de Educación, en la identificación y selección de sus programas de estudio.

No.	Nombre	Género	Estado	Grupo Étnico	Estudios Propuestos	Grado
1	Aguilar Ruiz, Julio Adolfo	M	Chiapas	Tseltal	Des. Sustentable	Ma
2	Alejandro Pérez, Edgar	M	Michoacán	Purépecha	Ciencias Sociales	Ma
3	Arcos Gutiérrez, Lucas	M	Chiapas	Chol	Pedagogía	Ma
4	Bolom Martínez, Susana Del C.	F	Chiapas	Tsotsil	Desarrollo Rural	Ma
5	Canales Uraga, Rosalba	F	Oaxaca	Huave	Derecho	Ma
6	Canche Teh, Bella Flor	F	Yucatán	Maya	Lingüística	Doc
7	Castruita Esparza, Luis Ubaldo	M	Zacatecas	Huichol	Ciencias Forestales	Doc
8	Cruz Jiménez, Martha Aracely	F	Oaxaca	Mixe	Economía	Ma
9	Díaz Gómez, Romualdo	M	Chiapas	Zoque	Derecho	Ma
10	Domínguez Sánchez, Braulio	M	Oaxaca	Mixe	Ingeniería Civil	Ma
11	Fernández De La Cruz, Armando	M	Veracruz	Náhuatl	Políticas Públicas	Ma
12	Hernández Cárdenas, Edilberto	M	Oaxaca	Triqui	Ciencias de la Salud	Ma
13	Hernández Martínez, Victoriano	M	Hidalgo	Náhuatl	Biología	Doc
14	Hernández Olvera, Alfonso	M	Puebla	Totonaca	Educación	Ma
15	Juárez Domínguez, Cecilia C.	F	Oaxaca	Mixe	Derecho	Ma
16	Martínez Chávez, Misael	M	Oaxaca	Zapoteco	Políticas Públicas	Ma
17	Morales Sánchez, Joaquín	M	Guerrero	Náhuatl	Derecho	Doc
18	Olivas Espino, Lucía	F	Chihuahua	Tarahumara	Educación	Ma
19	Osorio May, José del Carmen	M	Tabasco	Chontal	Lingüística	Doc
20	Peñate Jiménez, Ulises	M	Chiapas	Zoque	Educación	Ma
21	Pérez Díaz, Lilia Heber	F	Oaxaca	Mixe	Antropología	Ma
22	Pérez Hernández, Isidro	M	Oaxaca	Zapoteco	Derecho	Ma
23	Pérez López, Rosario	F	Oaxaca	Mixteco	Est. Mesoamericanos	Ma
24	Pérez Moreno, María Patricia	F	Chiapas	Tseltal	Antropología	Ma
25	Pérez Pérez, María Esther	F	Chiapas	Tsotsil	Educación	Ma
26	Ramón Manrique, Armando	M	Hidalgo	Otomí	Derecho	Ma
27	Velasco Hernández, Francisco	M	Oaxaca	Mixteco	Derecho	Ma
28	Velázquez López, Martín	M	Chiapas	Tseltal	Educación	Ma

## NOTICIAS DE NUESTROS EXBECARIOS

**ABEL BRUNO ARRIAGA.** Abogado tlapaneco, es fundador y actual Secretario General del Comité Regional de Gestoría y Defensa Social de La Montaña de Guerrero. Esta organización tiene como fin mejorar las condiciones de vida de los pueblos indígenas a través de la gestoría social y la defensa de sus derechos fundamentales, haciendo uso de los canales institucionales formales y la movilización social.

Con tan sólo dos años de existencia, el Comité ha incorporado en sus filas alrededor de diez mil indígenas de los diversos municipios de la Montaña de Guerrero. Una acción reciente del Comité derivó del cobro excesivo del servicio de electricidad en la región, gestionando la realización de diversas reuniones de trabajo con autoridades municipales y funcionarios de la Comisión Federal de Electricidad (CFE). El Comité da seguimiento a los acuerdos tomados y programa visitas a las comunidades afectadas para corroborar, en los casos que corresponde, la rectificación de los cargos indebidos por consumo de energía eléctrica y mejoras en la prestación del servicio. También gestiona proyectos de ampliación de las redes eléctricas. Además de estas labores, Abel se desempeña como Subdirector Académico del Colegio de Bachilleres de Tlapa.

[abel\\_bruno2000@yahoo.com.mx](mailto:abel_bruno2000@yahoo.com.mx)



Instalación de energía eléctrica en la Montaña de Guerrero, Guerrero, 27 de marzo de 2009.

**ROSARIO RAMÍREZ SANTIAGO.** Ingeniera agrónoma zapoteca, participa desde hace dos años en el programa Rainforest Smartwood Alliance, auditando el manejo forestal de comunidades y ejidos que cuentan con el certificado de dicha organización en los estados de Durango y Oaxaca. También ha colaborado en consultorías para otros organismos internacionales promotores de la conservación de la biodiversidad y del desarrollo sostenible, como el Fondo Mundial para la Naturaleza (WWF), particularmente en el proyecto “Protocolo para evaluar el estado de la biodiversidad y salud forestal”. Apasionada de su trabajo, Rosario brinda asesorías particulares a poblaciones originarias en proyectos de conservación y manejo de sus recursos forestales.

[chayoixt@hotmail.com](mailto:chayoixt@hotmail.com)

**ARCELIA TOLEDO LÓPEZ.** Exbecaria zapoteca de la generación 2003, egresada del Doctorado en Filosofía de la Administración de la Escuela de Graduados en Administración y Dirección de Empresas del Instituto Tecnológico de Monterrey. Actualmente es Profesor Colegiado de la Academia de Doctorado de la Unidad Oaxaca del Centro Interdisciplinario de Investigación para el Desarrollo Integral Regional (CIIDIR) del Instituto Politécnico Nacional. Este año obtuvo la distinción de Candidato a Investigador Nacional del Sistema Nacional de Investigadores. Uno de sus trabajos académicos recientes, escrito en coautoría con otros colegas, es “Incentives for the growth of Oaxacan subsistence businesses”, el cual será publicado en 2010 en el Journal of Business Research.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jbusres.2009.03.021>

[arcetole@hotmail.com](mailto:arcetole@hotmail.com)

**SÓCRATES VÁSQUEZ GARCÍA.** Exbecario mixe Maestro en Desarrollo Rural por la Universidad Autónoma Metropolitana. Desde hace tres años es director de la Radio Comunitaria Jënpoj, estación radiofónica que defiende e impulsa el derecho de los pueblos indios de nuestro país para operar y manejar sus propios medios de comunicación. En agosto pasado, Radio Jënpoj cumplió su octavo aniversario, motivo por el cual se organizó una gran fiesta en Santa María Tlahuitoltepec, Oaxaca, animada con canto, baile, rock y bandas filarmónicas.

Como director de Radio Jënpoj, Sócrates ha incorporado en la barra programática espacios para mujeres y niños ayuujk (mixe), noticieros y programas

dedicados a la interacción social transmitidos tanto en lengua indígena como en español. Sócrates considera que entre las principales aportaciones de la estación están el fomento al uso de la lengua materna y el fortalecimiento de la identidad del pueblo mixe.

Radio Jënpoj: [www.radiojenpoj.org](http://www.radiojenpoj.org)  
[mixs\\_78uk@yahoo.com](mailto:mixs_78uk@yahoo.com)

**VÍCTOR MENDOZA GARCÍA.** Sociólogo mixteco, Maestro en Sociología del Desarrollo Rural por la Universidad de Wageningen, Holanda. Actualmente es coordinador regional de Proyecto Heifer Internacional en el Sureste Mexicano, donde participa en la planeación de proyectos de capacitación, seguimiento y coordinación de personal técnico de campo, promotores y organizaciones financiadas por Heifer Internacional. Esta organización estadounidense trabaja con comunidades en distintas partes del mundo para conservar el medio ambiente y luchar contra la pobreza y el hambre. Para Víctor, esta ha sido una oportunidad para continuar contribuyendo al desarrollo participativo de los pueblos indígenas de nuestro país.

[victormendozag@gmail.com](mailto:victormendozag@gmail.com)

# CON CONOCIMIENTO DE CAUSA

## TESIS Y TRABAJOS RECEPCIONALES DE LOS EXBECARIOS QUE TERMINARON SU CONTRATO DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DE 2009

**Bautista García, Armando Vicente**

Maestría  
Universidad Autónoma de Barcelona  
España  
Literatura comparada: Estudios literarios y culturales  
Término del contrato: Octubre 2009  
Título de tesis: La identidad indígena en tiempos de globalización: una mirada desde el arte.

**Ceja García, Alejandro**

Maestría  
Universidad Autónoma de Barcelona  
España  
Neurociencias  
Término del contrato: Octubre 2009  
Título de tesis: Efectos de la estimulación eléctrica sobre la regeneración nerviosa en lesiones de distinta severidad en el ratón.

**Cob Uicab, José Vidal**

Doctorado  
Universidad Austral de Chile  
Chile  
Interuniversitario en Ciencias Forestales  
Término del contrato: Julio 2009  
Título de tesis: Técnicas de cultivo in vitro como una alternativa a la propagación de especies arbóreas nativas en la zona Centro-Sur de Chile.

**Cruz Ríos, Paula**

Maestría  
Pontificia Universidad Católica de Chile  
Chile  
Psicología Social Comunitaria  
Término del contrato: Julio 2009  
Título de tesis: Migración indígena zapoteca y la formación de comunidades transfronterizas.

**Hipólito López, Zaira Alhelí**

Maestría  
Pontificia Universidad Católica de Chile  
Chile  
Psicología Social Comunitaria  
Término del contrato: Julio 2009  
Título de tesis: Participación de las mujeres indígenas presidentas municipales en Oaxaca.

**Méndez Espinosa, Oscar**

Doctorado  
Universidad Pompeu Fabra  
España  
Lingüística Aplicada  
Término del contrato: Octubre 2009  
Título de tesis: La morfología de la lengua ditsë (zapoteca) desde una perspectiva léxica funcional.

**Méndez Ton, Roberto Crisóforo**

Maestría  
Universidad Iberoamericana, Ciudad de México  
México  
Investigación y Desarrollo de la Educación  
Término del contrato: Julio 2009  
Título de tesis: Los usos y manejos de los libros de texto en lengua indígena.

**Ramírez Reyes, Neptalí**

Maestría  
Universidad Autónoma de Barcelona  
España  
Investigación Etnográfica, Teoría Antropológica y Relaciones Interculturales  
Término del contrato: Octubre 2009  
Título de tesis: Movimiento ciudadano y redes sociales: orígenes, catalizadores e impactos socio-culturales en Atempan, Puebla. Etnografía 2005-2008.

**Sánchez Franco, Irene**

Doctorado  
Universidad de Sevilla  
España  
Culturas e identidades en las Sociedades Contemporáneas  
Término del contrato: Octubre 2009  
Título de tesis: Catequistas y procesos comunitarios.

**Sántis Gómez, Fernando**

Maestría  
Universidad Iberoamericana, Ciudad de México  
México  
Investigación y Desarrollo de la Educación  
Término del contrato: Julio 2009  
Título de tesis: La identidad en niños indígenas en proceso de degradación.

**Teodocio Olivares, Amador**

Doctorado  
Universidad de Texas, Austin  
Estados Unidos  
Lingüística  
Término del contrato: Septiembre 2009  
Título de tesis: Fonología del zapoteco de betaza; segmentos y suprasegmentos.

**Vite Aranda, Susana**

Maestría  
Universidad de Valencia  
España  
Marketing e Investigación de Mercados  
Término del contrato: septiembre 2009  
Título de tesis: Plan de Marketing: Lanzamiento de productos funcionales hortofrutícolas.

# LOS AUTORES

## QUIÉNES ESCRIBEN EN ESTE NÚMERO DE *AQUÍ ESTAMOS*

**Cathi Zongua, Noé.** Cirujano Dentista hñahñu originario del estado de Hidalgo. Maestro en Salud Pública Bucal por la Universidad de Sevilla, España. Actualmente trabaja en la práctica privada y coordina un grupo de trabajo de odontólogos en el Valle del Mezquital, Hidalgo, que brinda tratamiento y orientación odontológicas con el fin de erradicar los problemas bucodentales que afectan a poblaciones marginadas de esa región del país.

[noe\\_cathimx@yahoo.com.mx](mailto:noe_cathimx@yahoo.com.mx)

**Gómez Velasco, Anaximandro.** Originario de San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Pertenece a las etnias tsotsil y tseltal, por parte de su padre y madre, respectivamente. Doctor en Ciencias Biológicas con orientación en Microbiología Molecular por la Universidad de Birmingham, Inglaterra. Sus estudios sobre la tuberculosis datan de 2002, cuando colaboró en un programa diagnóstico de esta enfermedad en el hospital regional de Chiapas. Actualmente realiza una estancia posdoctoral en la Universidad de Columbia Británica en Vancouver, Canadá. Mediante su investigación busca contribuir a entender la interacción patógena de la tuberculosis y desarrollar nuevas formas de prevención y tratamiento de esta enfermedad en poblaciones vulnerables.

[agv23@yahoo.com](mailto:agv23@yahoo.com)

**Juárez García, Martha.** Psicopatóloga zoque de Pichuicalco, Chiapas. Obtuvo la Maestría en Psicopatología Clínica Infanto-Juvenil en la Universidad Autónoma de Barcelona, España. Antes cursó la Licenciatura en Psicología en la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas. Ha trabajado como terapeuta educativo en su propio consultorio en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez. Colaboradora auxiliar del Instituto de Desarrollo Humano en la comunidad zoque de Pantepec, Chiapas.

[martha\\_juarezgarcia@yahoo.com.mx](mailto:martha_juarezgarcia@yahoo.com.mx)

**Martínez Velázquez, Xitlali.** Purépecha. Maestra en Salud Pública y Medicina Comunitaria por la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona, España. Actualmente labora en la Escuela de Enfermería y Salud Pública de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (UMSNH), donde coordina la carrera de Licenciatura en Salud Pública e imparte la asignatura de Medicina Preventiva. También coordina el Diplomado en Salud Pública y Medicina Familiar que se imparte a enfermeras de diferentes instituciones de salud. De manera

voluntaria, también participa en el proyecto de investigación “Rescate de la Microcuenca del Río Cupatitzio de Uruapan Michoacán”, financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT).

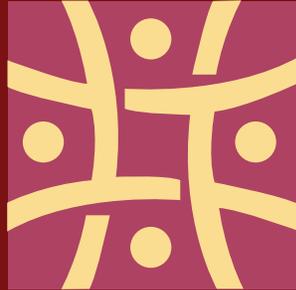
[xitlapurhemich23@yahoo.com.mx](mailto:xitlapurhemich23@yahoo.com.mx), [xitlalimich@gmail.com](mailto:xitlalimich@gmail.com)



**Romero Zepeda, Hilda.** Doctora en Biología Molecular por la Universidad de Warwick, Inglaterra. Docente-investigadora de la Universidad Autónoma de Querétaro, donde imparte cátedra en los programas de Licenciatura en Nutrición y en Enfermería, y en los posgrados de Nutrición Humana, Salud Pública y Ciencias de Enfermería. Actualmente es Responsable de Investigación de la Jefatura de Investigación y Posgrado de la Facultad de Enfermería. Impulsora del Consorcio Trinacional Mex-USA-Can (México-Estados Unidos-Canadá) de Bioética y Políticas Públicas para la Ciencia.

Ha participado en procesos de transversalización institucional para la equidad de género y erradicación de violencia hacia grupos vulnerables. Una de sus líneas actuales de investigación se refiere al diseño y ejecución de programas integrales de atención de enfermedades crónicas degenerativas. Ha participado en diversas ocasiones en los procesos de selección de becarios del Programa Internacional de Becas para Indígenas de la Fundación Ford.

[phd\\_hromero@yahoo.com.mx](mailto:phd_hromero@yahoo.com.mx)



FORD FOUNDATION INTERNATIONAL FELLOWSHIPS PROGRAM

# **DIRECTORIO DE EXBECARIOS DEL IFP-MÉXICO**

Egresados de 2003  
al segundo semestre de 2009

NOMBRE	GENE- RACIÓN	AÑO DE EGRESO	GRUPO INDÍGENA	EDO. DE NACIMIENTO	GRADO	CAMPO O PROGRAMA DE ESTUDIO
Aguilar López Javier	2001	2004	Mixteco	Oaxaca	MA	Economía Agraria
Alonso Sebastián Ma. Ángeles	2003	2006	Purépecha	Michoacán	MA	Derechos Humanos
Andrés Antonio Graciél	2003	2006	Mixe	Oaxaca	MA	Telecomunicaciones
Ascencio Rojas Lidia	2005	2007	Náhuatl	Puebla	MA	Agroforestería Tropical
Avella Cruz Marcela	2002	2005	Zapoteco	Oaxaca	MA	Desarrollo Rural
Ballinas Méndez María Elena	2005	2008	Tzeltal	Chiapas	MA	Ciencias Educativas/ Currículo
Bautista Ara Sebastiana	2001	2004	Tsotsil	Chiapas	MA	Desarrollo de la Educación Básica
Bautista García Armando V.	2006	2009	Mixteco	Oaxaca	MA	Literatura comparada: estudios literarios
Bautista Pérez Judith	2004	2007	Zapoteco	Oaxaca	MA	Sociología
Bolom Pérez Magnolia	2005	2008	Tsotsil	Chiapas	MA	Investigación Educativa
Bruno Arriaga Abel	2004	2007	Tlapaneco	Guerrero	MA	Procesos Políticos Contemporáneos
Cardoso Jiménez Rafael	2005	2008	Mixe	Oaxaca	MA	Investigación Educativa
Castillo Zeno Salvador	2003	2006	Náhuatl	Oaxaca	MA	Manejo de Recursos
Castro Villafañe Carlos	2005	2007	Zapoteco	Oaxaca	MA	Comunicación Social
Cathi Zongua Noé	2005	2007	Hñahñu	Hidalgo	MA	Salud Pública Oral
Ceballos Hernández Elena	2004	2007	Zapoteco	Oaxaca	MA	Salud mental y Técnicas Psicoterapéuticas
Ceja García Alejandro	2006	2009	Purépecha	Michoacán	MA	Neurociencias
Cetz Iuit Jorge	2003	2006	Maya	Yucatán	MA	Economía Agrícola
Citlaha Apale Eleuterio	2003	2006	Náhuatl	Veracruz	MA	Estrategias Desarrollo Agrícola
Cob Uicab José Vidal	2005	2009	Maya	Yucatán	DOCT	Interuniversitario Ciencias Forestales
Cruz Ríos Paula	2006	2009	Zapoteco	Oaxaca	MA	Psicología Mención en Psicología Social
Cruz Santes Nancy Vanessa	2004	2006	Totonaco	Veracruz	MA	Interuniversitario en Administración y Desarrollo
Cruz Velazquez Lucila Bettina	2002	2007	Zapoteco	Oaxaca	DOCT	Planificación Territorial y Desarrollo Rural
De León Santiago Yolanda	2003	2006	Hñahñu	Querétaro	MA	Desarrollo de la Educación Básica
Díaz Cervantes Rufino	2004	2008	Pame	San Luis Potosí	DOCT	Migraciones y conflictos en la sociedad
Domínguez Medel Justiniano	2001	2005	Popoloca	Puebla	MA	Artes Visuales
Ek Dzib José Virgilio	2001	2004	Maya	Yucatán	MA	Desarrollo Rural
Ek Flores Antonio	2004	2006	Maya	Campeche	MA	Interuniversitario en Administración y Desarrollo
Felipe Cruz Celerino	2001	2003	Purépecha	Michoacán	MA	Derechos Fundamentales
Fernández González Eloy	2005	2009	Triqui	Oaxaca	MA	Manejo y Gestión Integral de Cuencas
Francisco Illescas Xochilt	2005	2007	Mixe	Oaxaca	MA	Agricultura Intensiva
Gallardo Vázquez Serafina	2003	2005	Mixe	Oaxaca	MA	Desarrollo Económico Local
Gamboa León Miriam Rubí	2001	2005	Maya	Yucatán	DOCT	Farmacología
García Hernández Salomón	2005	2007	Mixteco	Morelos	MA	Políticas Públicas
García Nambo Benito	2003	2006	Totonaco	Michoacán	MA	Estudios Regionales del Medio Ambiente
Garzón López Pedro	2002	2004	Chinanteco	Oaxaca	MA	Derechos Fundamentales
Girón López Antonio	2002	2005	Tzeltal	Chiapas	MA	Didáctica y Org. de Insts. Educativas
Gómez Gómez Víctor Hugo	2004	2007	Tsotsil	Chiapas	MA	Desarrollo de la Educación Básica
Gómez Gutiérrez Rosalba	2004	2007	Tzeltal	Chiapas	MA	Nuevas Tendencias Derecho Constitucional
Gómez Lara Horacio	2002	2005	Tsotsil	Chiapas	MA	Culturas e Identidad en Sociedades Comunitarias
Gómez Moreno Lucía	2001	2004	Tzeltal	Chiapas	MA	Desarrollo de la Educación Básica
Gómez Santiago Santos	2001	2005	Totonaco	Veracruz	MA	Desarrollo de Proyectos
Gómez Solano Mario	2003	2006	Tsotsil	Chiapas	MA	Derecho
Gómez Velasco Anaximandro	2003	2007	Tzeltal	Chiapas	DOCT	Biología Molecular
González Gómez Apolinar	2005	2008	Mixe	Oaxaca	MA	Ingeniería en Sistemas Empresariales

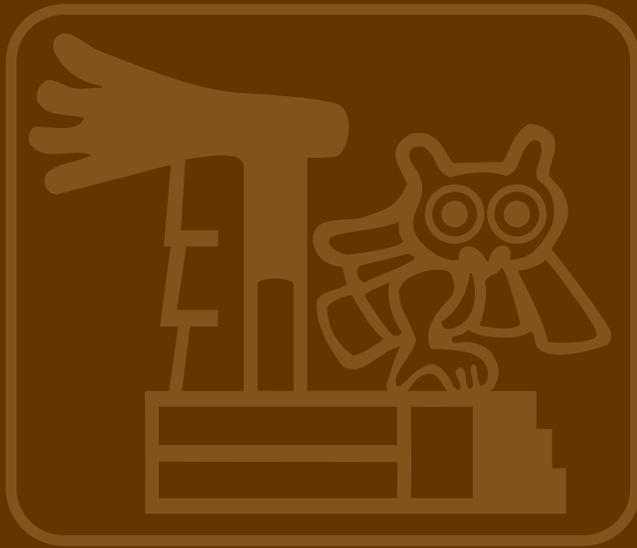
	UNIVERSIDAD	PAÍS	CONTACTO
	U. Pontificia Católica de Chile	Chile	jaguila1@uc.cl
	U. Iberoamericana, Cd. de México	México	avandali@hotmail.com
	Inst. Politécnico Nal., Zacatenco	México	graciela530@yahoo.com.mx
	CATIE	Costa Rica	ascencio@catie.ac.cr
	U. Austral de Chile	Chile	mavella_cruz@hotmail.com
	U. de Chile	Chile	mariaelenaballinas@yahoo.com.mx
	U. Iberoamericana, Puebla	México	cande60@yahoo.com.mx
arios y culturales	U. Autónoma de Barcelona	España	vicentebaut@yahoo.com.mx
	U. Iberoamericana, Cd. de México	México	judith_bautista_perez@yahoo.com.mx
	CINVESTAV IPN	México	magnoliabolom@yahoo.com.mx
	U. Salamanca	España	abel_bruno2000@yahoo.com.mx
	CINVESTAV IPN	México	rafapibi@yahoo.com.mx
	CATIE	Costa Rica	scastilloze@gmail.com
	U. Pontificia Católica de Chile	Chile	cjcastro@uc.cl
	U. de Sevilla	España	noe_cathimx@yahoo.com.mx
íticas	U. de Deusto	España	lna_ceballos@yahoo.com
	U. Autónoma de Barcelona	España	alexceja_mich@yahoo.es
	CATIE	Costa Rica	jctetz@catie.ac.cr
	Colegio de Postgraduados, Puebla	México	ecitlahua@yahoo.com.mx
	U. Austral de Chile	Chile	josevidalc@yahoo.es
ial-Comunitaria	Pontificia U. Católica de Chile	Chile	paulacruzrios@yahoo.com.mx
Dirección Empresarial	U. de Barcelona	España	nancyvanesc@yahoo.com.mx
Regional	U. de Barcelona	España	bidunu@hotmail.com
	U. Iberoamericana, Puebla	México	lot@hispanista.com
ad global	U. de Deusto	España	rufinodc@yahoo.com
	U. Nacional Autónoma de México	México	justidom@yahoo.com.mx
	U. Austral de Chile	Chile	calcehtok@yahoo.com
Dirección Empresarial	U. de Barcelona	España	antonio_ekflores@yahoo.com.mx
	U. Carlos III de Madrid	España	orhepati@hotmail.com
s Hidrográficas	CATIE	Costa Rica	eloyfernandezifp@yahoo.com.mx
	U. de Almería	España	xochilt21@gmail.com
	U. Carlos III de Madrid	España	seragv@yahoo.com.mx
	U. de Guadalajara	México	miriamrubi@yahoo.com.mx
	U. de Deusto	España	salomongarciamx@yahoo.com.mx
ente	U. Iberoamericana, Puebla	México	benitogar38_47@hotmail.com
	U. Carlos III de Madrid	España	garzonpedro27@hotmail.com
	U. de Sevilla	España	giron76@terra.com.mx
	U. Iberoamericana, Puebla	México	gomez_victormx@yahoo.com.mx
ucional	U. de Salamanca	España	rosalbaggmx@yahoo.com.mx
Contemporáneas	U. de Sevilla	España	golahora33@yahoo.com.mx
	U. Iberoamericana, Puebla	México	sclc66@yahoo.com.mx
	U. de La Salle, Hidalgo	México	santosgs@prodigy.net.mx
	U. Carlos III de Madrid	España	solano77_6@yahoo.com.mx
	U. of Birmingham	Inglaterra	agv23@yahoo.com
	U. Iberoamericana, Cd. de México	México	apolinar.gonzalez@indigenasdf.org.mx

NOMBRE	GENE- RACIÓN	AÑO DE EGRESO	GRUPO INDÍGENA	EDO. DE NACIMIENTO	GRADO	CAMPO O PROGRAMA DE ESTUDIO
González Juárez Melquisedec	2002	2006	Náhuatl	Oaxaca	DOCT	Antropología
González Zárate Mequeas	2006	2009	Chontal	Oaxaca	MA	Manejo y Conservación de Bosques Trop
Gutiérrez Morales Salomé	2001	2005	Popoluca	Veracruz	DOCT	Lingüística
Hernández Carreón Nadia	2005	2006	Náhuatl	Puebla	MA	Administración (MBA)
Hernández Hernández José	2003	2006	Náhuatl	Veracruz	MA	Derechos Fundamentales
Hernández López Israel	2005	2008	Chinanteco	Oaxaca	MA	Manejo y Conservación de Bosques Trop
Hernández López Pedro	2005	2008	chinanteco	Oaxaca	DOCT	Lingüística Aplicada
Hernández Mendoza Fidel	2005	2008	Triqui	Oaxaca	MA	Educación Intercultural Bilingüe
Hernández Sosa Melina	2005	2007	Zapoteco	Oaxaca	MA	Desarrollo Ambiental
Hernández Suárez Cleotilde	2002	2006	Hñahñu	Hidalgo	DOCT	Ciencias Sociales
Hipólito López Zaira Alhelí	2006	2009	Zapoteco	Oaxaca	MA	Psicología Mención en Psicología Soc
Jiménez Valenzuela Isidro	2002	2005	Mayo	Sinaloa	MA	Ciencias de la Agricultura
Juan Carlos Irma	2002	2006	Chinanteco	Oaxaca	MA	Manejo y Conservación de Bosques Trop
Juárez García Martha	2004	2007	Zoque	Chiapas	MA	Psicopatología clínica infanto-juvenil
Juárez López Claudia Roxana	2005	2008	Zapoteco	Oaxaca	MA	Ciencias en Desarrollo Sostenible
Julián Santiago Flor	2003	2006	Mixteco	Oaxaca	MA	Salud Pública
Lemus de Jesús Genaro	2004	2008	Náhuatl	Puebla	MA	Agroforestería Tropical
Lemus Jiménez Alicia	2003	2006	Purépecha	Michoacán	MA	Historia
Llanes Ortíz Genner	2001	2003	Maya	Yucatán	MA	Antropología del Desarrollo
Loera Palma Marco Antonio	2001	2004	Tarahumara	Chihuahua	MA	Manejo de Centros Educativos
López Bárcenas Francisco J.	2001	2004	Mixteco	Oaxaca	MA	Desarrollo Rural
López Basilio Margarita	2001	2003	Zapoteco	Oaxaca	MA	Derechos Fundamentales
López Cruz Josafat	2004	2007	Mixteco	Oaxaca	MA	Sociología Master en Ciencias del Tra
López Encinos José Luis	2005	2008	Tzeltal	Chiapas	MA	Neuropsicología clínica
López Hernández Celsa	2005	2007	Tsotsil	Chiapas	MA	Desarrollo Rural
Manuel Rosas Irma	2001	2004	Mixe	Oaxaca	MA	Estudios del Desarrollo Rural
Manzano Méndez Filemón	2004	2008	Zapoteco	Oaxaca	MA	Ciencias Forestales
Martínez Bautista Isaias	2005	2008	Zapoteco	Oaxaca	MA	Ciencias en Desarrollo Sostenible
Martínez Cruz Sixto	2004	2007	Náhuatl	Puebla	MA	Diversidad y Cambio en Educación: I
Martínez Velázquez Xitlali	2005	2008	Purépecha	Michoacán	MA	Salud Pública
May Chable Cecilio	2001	2004	Maya	Yucatán	MA	Ciencias de la Agricultura
Méndez Espinosa Oscar	2005	2009	Zapoteco	Oaxaca	DOCT	Lingüística Aplicada
Méndez Ton Roberto Crisóforo	2006	2009	Tsotsil	Chiapas	MA	Investigación y Desarrollo de la Educ
Méndez Torres Georgina	2001	2004	Chol	Chiapas	MA	Estudios de Género
Mendoza Díaz María Magdalena	2006	2009	Otomí	Hidalgo	MA	Manejo y Gestión Integral de Cuencas
Mendoza García Víctor Manuel	2005	2008	Mixteco	Oaxaca	MA	Management of Agro-Ecological Knowle
Montejo López Bernabé	2001	2004	Chol	Chiapas	MA	Terminología y Lexicografía
Morales Ramírez Ignacia	2002	2005	Mixteco	Oaxaca	MA	Ciencias de los Alimentos
Moreno Cruz Rodolfo	2003	2006	Zapoteco	Oaxaca	MA	Derechos Fundamentales
Muñoz Antonio María del Pilar	2003	2005	Zapoteco	Oaxaca	MA	Desarrollo Económico Local
Ortega González Zósimo	2002	2005	Triqui	Oaxaca	MA	Derecho Constitucional
Osorio Hernández Carmen	2004	2008	Mixteco	Oaxaca	DOCT	Desarrollo Rural
Osorio Irineo Raquel	2002	2006	Zapoteco	Oaxaca	MA	Desarrollo de la Educación Básica
Pech Puc Ma. Cristina	2002	2006	Maya	Yucatán	DOCT	Estudios de la Mujer y de Género
Peralta Ramírez Valentín	2002	2006	Náhuatl	Edo. de Méx	DOCT	Lingüística

	UNIVERSIDAD	PAÍS	CONTACTO
	U. Iberoamericana, Cd. de México	México	nicatcate@prodigy.net.mx
Ecología y Biodiversidad	CATIE	Costa Rica	mique_gonza@yahoo.com.mx
	U. de Santa Bárbara	EUA	sagum@cieras.edu.mx
	ITESM-EGADE	México	nadia_hernandez_carreon@yahoo.com.mx
	U. Carlos III de Madrid	España	josehh14@yahoo.com.mx
Ecología y Biodiversidad	CATIE	Costa Rica	helois75@yahoo.com.mx
	U. Pompeu Fabra	España	pedrohdez4@hotmail.com
	U. Mayor de San Simón	Bolivia	fidel_estrikis@yahoo.com.mx
	U. Carlos III de Madrid	España	meli_analco@yahoo.com.mx
	U. Iberoamericana, Cd. de México	México	famh74@hotmail.com
Comunitaria	Pontificia U. Católica de Chile	Chile	zaira_hipolito@yahoo.com.mx
	U. Pontificia Católica de Chile	Chile	ijimene1@uc.cl
Ecología y Biodiversidad	CATIE	Costa Rica	jucair@catie.ac.cr
	U. Autónoma de Barcelona	España	martha_juarezgarcia@yahoo.com.mx
	ITESM, Estado México	México	clauroxjl@yahoo.com.mx
	Instituto Nacional de Salud Pública	México	xanat_florjs@yahoo.com.mx
	CATIE	Costa Rica	genarolemus_dj@yahoo.com.mx
	U. Iberoamericana, Cd. de México	México	alylem_78@yahoo.com.mx
	U. de Sussex	Inglaterra	tsikbalooob@gmail.com
	U. de Barcelona	España	confu10@hotmail.com
	U. Autónoma Metropolitana	México	flopez34@hotmail.com
	U. Carlos III de Madrid	España	magoslob@hotmail.com
Bajo	U. Autónoma de Barcelona	España	Josafat.Lopez@campus.uab.es
	U. de Salamanca	España	psic_jluis160@hotmail.com
	Colegio de Postgraduados, Texcoco	México	lophcel@yahoo.com.mx
	Colegio de Postgraduados, Puebla	México	marih05@yahoo.com.mx
	Colegio de Postgraduados, Texcoco	México	fimanzano@yahoo.com.mx
	ITESM, Estado México	México	ifp_isaias@yahoo.com
Políticas y Prácticas	U. de Barcelona	España	sixto_martinezcruz1968@yahoo.com.mx
	U. Pompeu Fabra	España	xitlapurhemich23@yahoo.com.mx
	U. Pontificia Católica de Chile	Chile	cmay1@uc.cl
	U. Pompeu Fabra	España	oscarwin@latinmail.com
ación	U. Iberoamericana Cd. de México	México	rmendezton@gmail.com
	FLACSO	Ecuador	georinamendez@yahoo.com
s Hidrográficas	CATIE	Costa Rica	mendoza.magdalena@yahoo.com.mx
edge & Social Change	U. of Wageningen	Holanda	victormendozag@gmail.com
	U. Pompeu Fabra	España	bmontejlopez@yahoo.com
	Universidad de las Americas Puebla	México	ymora2004@yahoo.com.mx
	U. Carlos III de Madrid	México	rodmcruz@gmail.com
	U. Carlos III de Madrid	España	economapi@yahoo.com
	U. Nacional Autónoma de México	México	nimaxutaaj@yahoo.com.mx
	U. Federal do Rio Grande do Sul	Brasil	carmen700704@yahoo.com.mx
	U. Iberoamericana, Puebla	México	osoriaaquel@live.com.mx
	U. de Granada	España	mpech@correo.ugr.es
	U. Nacional Autónoma de México	México	miahuatl@hotmail.com

NOMBRE	GENE- RACIÓN	AÑO DE EGRESO	GRUPO INDÍGENA	EDO. DE NACIMIENTO	GRADO	CAMPO O PROGRAMA DE ESTUDIO
Pérez Castro Tiburcio	2003	2007	Mixteco	Oaxaca	DOCT	Evaluación de Programas
Pérez García Oscar	2005	2008	Mixe	Oaxaca	MA	Agroforestería Tropical
Pérez López Sady Leyvi	2006	2009	Mam	Chiapas	MA	Educación
Pérez Pérez Elías	2001	2005	Tsotsil	Chiapas	DOCT	Antropología Iberoamericana
Pérez Ramírez Rodrigo	2004	2007	Zapoteco	Oaxaca	MA	Ecoeficiencia energética y energías ren
Quezada Ramírez Ma. Félix	2001	2004	Hñahñu	Hidalgo	MA	Demografía
Ramírez Reyes Neptalí	2006	2009	Zapoteco	Oaxaca	MA	Inv. Etnográfica, Teoría Antropológica y R
Ramírez Santiago Rosario	2002	2006	Zapoteco	Oaxaca	MA	Manejo y Conservación de Bosques Trop
Riaño Ramírez Noel	2005	2008	Mixteco	Oaxaca	MA	Restauración de Ecosistemas
Ríos Méndez Orlando	2004	2008	Zapoteco	Oaxaca	MA	Migración y Educación Intercultural
Rodríguez Ortiz Lauriano	2001	2003	Tsotsil	Chiapas	MA	Desarrollo y Ayuda Internacional
Ruíz Pérez Eliseo	2005	2008	Tsotsil	Chiapas	MA	Políticas Públicas
Ruíz Ruíz Ma. Elena	2005	2008	Tseltal	Tabasco	MA	Educación Intercultural bilingüe
Sánchez Franco Irene	2005	2009	Tseltal	Chiapas	DOCT	Culturas e identidades en soc contem
Sánchez Gómez Miqueas	2005	2008	Zoque	Chiapas	MA	Didáctica de la lengua y de la literatu
Santiago Isidro Antonino	2003	2006	Totonaco	Veracruz	MA	Desarrollo Rural
Sántis Gómez Fernando	2006	2009	Tseltal	Chiapas	MA	Investigación y Desarrollo de la Educ
Sántiz Gómez Roberto	2002	2005	Tseltal	Chiapas	MA	Lingüística Aplicada
Santiz Hernández Mario	2004	2007	Tsotsil	Chiapas	MA	Intervención Psicológica con Dbm
Sarmiento Santiago Ascención	2004	2007	Totonaco	Veracruz	MA	Calidad y Procesos de Innovación Ed
Shilon Gómez Marcos	2005	2008	Sotsil	Chiapas	MA	Derechos Humanos
Sosa Pérez Gabriel	2004	2008	Zapoteco	Oaxaca	MA	Manejo y Gestión Integral de Cuenca
Teodocio Olivares Amador	2005	2009	Zapoteco	Oaxaca	DOCT	Linguistics
Toledo López Arcelia	2003	2007	Zapoteco	Oaxaca	DOCT	Filosofía de la Administración
Tuz Chi Lázaro	2003	2008	Maya	Yucatán	DOCT	Historia de Iberoamérica
Uitz May Miriam	2004	2007	Maya	Yucatán	MA	Comunicación Audiovisual
Varillas López Eustacia	2005	2008	popoluca	Puebla	MA	Investigación y Desarrollo de la Educ
Vázquez Álvarez Juan	2003	2007	Chol	Chiapas	DOCT	Lingüística
Vázquez García Madain	2003	2006	Zoque	Chiapas	MA	Evaluación de Programas
Vázquez García Sócrates	2003	2006	Mixe	Oaxaca	MA	Desarrollo Rural

	UNIVERSIDAD	PAÍS	CONTACTO
	U. de Barcelona	España	tperezcastro@yahoo.com
	CATIE	Costa Rica	operezga@catie.ac.cr
	U. Austral de Chile	Chile	lopez_sady@yahoo.com.mx
	U. de Salamanca	España	elias_perez28@hotmail.com
novables	U. Zaragoza	España	rodrigo_perez_r@yahoo.com
	Colegio de la Frontera Norte	México	maria_felixquezada@hotmail.com
elaciones Interculturales	U. Autónoma de Barcelona	España	neprare2002@yahoo.com.mx
oicales y Biodiversidad	CATIE	Costa Rica	rosario@catie.ac.cr
	U. de Alcalá	España	noelriao@yahoo.com.mx
	U. de Barcelona	España	bsiadao_82@yahoo.com.mx
	U. Complutense de Madrid	España	lero28@hotmail.com
	U. de Chile	Chile	eliseoruizperezifp@yahoo.com.mx
	U. Mayor de San Simón	Bolivia	male10972@yahoo.com.mx
poraneas	U. de Sevilla	España	irenesanchez2003@hotmail.com
ra	U. Autónoma de Barcelona	España	mikeas_ifp@yahoo.com.mx
	U. Austral de Chile	Chile	antoninosantiago@gmail.com
ación	U. Iberoamericana Cd de México	México	santisgomez_fernando@yahoo.com.mx
	U. Pompeu Fabra	España	robésago@hotmail.com
	U. de Valencia	España	mario_shmx@yahoo.com.mx
ucativa	U. Autónoma de Barcelona	España	ascencionsarmientosantiago@yahoo.com.mx
	U. Iberoamericana, Cd. de México	México	shilon_marcosifp@yahoo.com.mx
s Hidrográficas	CATIE	Costa Rica	gsosa80@yahoo.com.mx
	U. of Texas Austin	EUA	teodocio64@yahoo.com.mx
	ITESM-EGADE	México	a00792264@itesm.mx
	U. Salamanca	España	tuz_chi@yahoo.com.mx
	U. de Deusto	España	muitzmay@yahoo.com.mx
ación	U. Iberoamericana, Cd. de México	México	varillaslopez@yahoo.com.mx
	U. Texas Austin	EUA	xxun@mail.utexas.edu
	U. de Barcelona	España	mvg7dia@yahoo.com.mx
	U. Autónoma Metropolitana	México	mixs_78uk@yahoo.com



**CIESAS**

