

Salud y personas adultas mayores indígenas: la doble capa de vulnerabilidad

Indigenous older adults and health: the double layer of vulnerability

Blanca Estela Pelcastre-Villafuerte¹, Sergio Meneses Navarro² y Laureano Reyes Gómez³

Resumen: Se hace una reflexión sobre la doble capa de vulnerabilidad que enfrentan las personas adultas mayores indígenas, considerando básicamente dos aspectos: el derecho a la salud y la condición étnica. La reflexión se conduce a partir de la experiencia de un modelo comunitario de atención a la salud para población adulta mayor, implementado en una comunidad de la Sierra Tarahumara. Este modelo respondió a la necesidad de abordar las barreras que enfrenta la población indígena para recibir atención en salud, así como del objetivo de generar una mayor competencia técnica y humana para brindar atención en contextos indígenas.

Abstract: In this paper, we reflect on the double layer of vulnerability faced by indigenous older adults, basically considering two aspects: the right to health and the ethnic condition. The reflection is based on the experience of a community model of health care for the elderly population, implemented in a community in the Sierra Tarahumara. This model responded to the need to address the barriers faced by the indigenous population to receive health care, as well as the objective of generating greater technical and human competence to provide care in indigenous contexts.

Palabras clave: población indígena; vejez; salud; vulnerabilidad

La salud de los pueblos indígenas

En México se reconocen alrededor de 62 grupos etnolingüísticos (Navarrate, 2008), reflejo de la riqueza cultural del país. En el año 2015, la población de 3 años y más que era hablante de lengua indígena (HLI) representaba el 6.2% de la población total; 11.1% de los HLI eran personas de 65 años o más. El náhuatl es el idioma más hablado en el territorio nacional, seguido del maya

¹ Doctora en Psicología Social. Centro de Investigación en Sistemas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. Línea de investigación Salud y Grupos Vulnerables. blanca.pelcastre@insp.mx

² Doctor en Ciencias. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (sureste)/Cátedra CONACYT. Línea de investigación Respuesta del sistema de salud a las poblaciones indígenas. smenesesnavarro@gmail.com

³ Doctor en Ciencias Sociales. Instituto de Estudios Indígenas, Universidad Nacional Autónoma de Chiapas (UNACH). Línea de investigación Etnogerontología. reylau2001@hotmail.com

(INEGI, 2015).

A este panorama numérico que nos habla de una riqueza y diversidad cultural, se opone otro menos alentador. Los pueblos indígenas de México, presentan los mayores índices de marginación del país y una fuerte dispersión territorial (Zolla, 2007). Estas características son las que nos ofrecen un marco de comprensión sobre el enorme rezago en salud y las dificultades para el acceso a los servicios respectivos para su atención, que se identifica en estas comunidades.

Más de la mitad de hablantes de lengua indígena (65%) habita en localidades rurales con menos de 2,500 habitantes (Partida, 2001) y siete de cada diez residen en municipios con alto y muy alto grado de marginación (CONAPO, 2008). A ello se vincula el limitado acceso a bienes y servicios básicos, así como oportunidades educativas y laborales, que la mayoría de los indígenas tienen que enfrentar. La esperanza de vida para las poblaciones indígenas llega a ser siete años inferior que la media nacional; esta población tiene un alto predominio de enfermedades infecciosas y una alta tasa de desnutrición crónica (Zolla, 2007). En este contexto de alta marginación se ubican las personas adultas mayores indígenas, un sector de la población cuya condición de salud está mayormente vulnerada debido a que la mayoría no cuenta con un esquema de seguridad o protección social que les garantice un mínimo estado de bienestar, calidad de vida y protección frente a coyunturas adversas como la enfermedad o cesantía. Esta situación se traduce en la falta de una jubilación y/o pensión porque siempre estuvieron insertadas en empleos informales, muchas de ellas fueron y siguen siendo trabajadoras del campo, en el mejor de los casos reciben ayuda económica de sus descendientes y de algunos programas de gobierno. Las personas adultas mayores indígenas, en su mayoría, no tienen derechohabencia a la seguridad social porque no fueron asalariadas o porque sus hijos e hijas tampoco cuentan con un empleo asalariado en el sector formal que les permita asegurarlas. De este modo, sus problemas de salud tienden a la cronicidad dada su edad avanzada y la falta de atención oportuna. Así, aprenden a vivir con dolores y limitaciones físicas, que de tanto estar presentes, forman parte de su condición añosa (datos del diagnóstico cualitativo “Identificación de un modelo de atención a la salud para adultos mayores en zonas indígenas”, financiado por CONACYT, Fondos Sectoriales CONACyT-087123, 2009-2010).

En términos de recursos para la atención a la salud de las personas adultas mayores indígenas, debemos señalar, que los centros de salud son una importante opción a la que se

acercan en la búsqueda de atención, no obstante, en el país no hay insuficientes recursos humanos formados específicamente para la atención geronto-geriátrica y con competencias interculturales. Por otro lado, la propia ubicación de las comunidades indígenas, que generalmente se encuentran alejadas y con limitados medios de transporte hacia las localidades donde existen servicios públicos de atención a la salud, o centros de salud con infraestructura mínima necesaria para la atención, hace difícil la presencia permanente en ellas de personal de salud que brinde atención continua a esta población; por ello, frente a los elevados costos que significa la atención privada, optan por aceptar sus malestares y dolencias, tomar algunos remedios naturales o consultar a médicos tradicionales, acciones que no siempre son suficientes para evitar daños o preservar un estado de salud óptimo.

Interculturalidad en salud

Por salud intercultural o interculturalidad en salud se entiende, el conjunto de acciones basadas en la toma de conciencia de la cultura del usuario de servicios de atención a la salud para incorporarla en el proceso de atención (Carreazo, 2004). De esta manera, una política intercultural en el área de salud, debe incorporar tanto en la planeación como en la oferta de los servicios, el reconocimiento de la diversidad cultural para disminuir la discriminación que se puede traducir en diferenciales de salud por este motivo y generar brechas entre los grupos poblacionales; la interculturalidad implica una relación en la que diversos grupos y poblaciones culturales se vinculan, compartiendo espacios territoriales, lingüísticos y jurídicos, fomentando la horizontalidad, la comunicación, el respeto, la inclusión, la equidad y la reciprocidad, entre otros aspectos (Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, 2007).

Este concepto considera la participación de la comunidad, el Estado y la sociedad civil organizada; en el caso de los grupos indígenas, se han reconocido un conjunto de recomendaciones a partir de la reunión de Winnipeg y las resoluciones CD37.R5 (1993) y CD40.R6 (1997), que establecen cinco principios para el trabajo en salud con estas comunidades, como son: la incorporación de un enfoque integral de la salud; la promoción del derecho a la autodeterminación de los pueblos; el respeto y revitalización de las culturas indígenas; la reciprocidad de las relaciones y el respeto al derecho de los pueblos indígenas a la participación sistemática (Organización Panamericana de la Salud, 2008).

El proceso de envejecimiento de la población indígena, más intensificado con relación a la media nacional, plantea desde este momento retos y desafíos para las políticas sociales, las vinculadas con el sector salud entre ellas, pues no sólo se trata de ampliar la oferta de servicios ya existentes (lo que en sí mismo resulta complicado, sobre todo en aquellos lugares de difícil acceso), sino que deben incorporarse nuevas estrategias y programas que permitan satisfacer las necesidades emergentes con oportunidad y equidad (Conapo, 2008: 8), así como plantear soluciones a las principales barreras que esta población enfrenta para la atención en salud. Diversos autores en el mundo, han señalado que la lengua es uno de los principales obstáculos para el encuentro entre prestadores institucionales de atención a la salud y la población indígena (datos del diagnóstico cualitativo “Identificación de un modelo de atención a la salud para adultos mayores en zonas indígenas”, financiado por CONACYT, Fondos Sectoriales CONACyT-087123, 2009-2010; Marrone, 2007; Casado et al., 2011; Hubert, 2006; Lai and Surood, 2008; Li, 2004; Netto, 1998); de manera que el siguiente paso, es la acción coordinada, asertiva y creativa para identificar soluciones.

La doble capa de vulnerabilidad

Para comprender la vulnerabilidad social, resulta de utilidad la propuesta de Luna (2008), de pensarla en términos de capas, que se corresponden con cierta condición, característica o determinante social, que en un momento determinado van sumándose o restándose, de acuerdo al grado en que las circunstancias de las personas y/o grupos vayan transformándose, es decir, son condiciones que pueden ser modificadas. A continuación se muestra una imagen de esta metáfora de las capas.

Metáfora de las capas



Fuente imagen de fondo:
<https://www.marketingdirecto.com/actualidad/checklists/las-3-capas-de-la-cebolla-que-forma-el-significado-de-una-marca>

En este sentido, las personas adultas mayores indígenas son un grupo de la población doblemente vulnerable, porque en ellos confluye la condición de ser ancianos en un país donde las necesidades de salud de esta población rebasan las acciones para atenderlas; con la condición étnica, que representa hoy en día un factor que obstaculiza el acercamiento con los recursos en salud disponibles, tan sólo por motivo de la lengua; a esto se suman valoraciones y actitudes de discriminación que obstaculizan la atención a esta población (Cerón et. al., 2016).

Lo anterior trae como consecuencia que la salud de las personas adultas mayores indígenas se deteriore aún más, generándose un círculo vicioso difícil de romper. Una manera de contribuir a vencer estas barreras y hacer efectivo el derecho a la salud para este sector de la población fue diseñando e implementando un modelo interculturalmente apropiado de atención integral en salud, en la región tarahumara, en el estado de Chihuahua, que respondiera a sus necesidades de salud.

En el año 2012 nuestro grupo de investigación comenzó a implementar una intervención comunitaria basada en un modelo de atención que se probó en la comunidad rarámuri de Tehuerichi, municipio de Carichí. La población tuvo una participación importante en la implementación de las acciones, toda vez que lo que se propuso fue un esquema de distribución de responsabilidades entre las autoridades, recursos locales y la población. El modelo integró seis áreas estratégicas: 1.- Epidemiología Sociocultural; 2.- Recursos locales de atención a la salud; 3.- Participación comunitaria; 4.- Estrategias de comunicación en salud; 5.- Intersectorialidad y 6.- Sustentabilidad.

A continuación, se describe cada una de estas áreas, tal como fueron definidas **antes** de su implementación.

Epidemiología sociocultural. Esta área trata de la identificación de necesidades en salud de la población, incluyendo las enfermedades de filiación cultural, es el punto de partida de la estrategia, pero resulta también una tarea permanente, que se está actualizando constantemente. Esta identificación va definiendo la actuación coordinada en las comunidades, de manera que el modelo se centra en estas necesidades, y no en las metas normativas del sector salud. Esta estrategia incorpora la metodología del consenso basada en el logro de la participación conjunta informada, el diálogo y el intercambio de experiencias (Cunningham, 2002) y está encaminada a la apropiación y compromiso por parte de la comunidad en el cuidado de su salud, considera la

participación de las autoridades indígenas, el profesorado, organizaciones de base, autoridades locales, personal médico tradicional y otros actores que sean reconocidos como líderes comunitarios, ya que su papel organizador resulta muy importante.

Recursos locales de atención a la salud. Dada la vigencia de la medicina tradicional en las comunidades rarámuris, la participación de médicos tradicionales que dan atención a la población es prioritaria, *owiruame* para enfermedades del cuerpo y *sipame* para enfermedades del alma (datos del diagnóstico cualitativo del proyecto “Identificación de un modelo de atención a la salud para adultos mayores en zonas indígenas”, financiado por CONACYT, Fondos Sectoriales CONACyT-087123, 2009-2010), siguen brindando atención en sus hogares, pero también se intenta asegurar su presencia en el centro de salud, así como en el espacio habilitado para la visita periódica del médico *alópata*, y en cualquier caso, están en permanente contacto y comunicación con el personal de salud asignado a las comunidades.

Por otro lado, es necesario capacitar a promotores interculturales de salud, estos promotores deben ser miembros de las propias comunidades elegidos por ellas, esta estrategia ha sido de gran relevancia y ha marcado una diferencia importante en modelos donde ha sido utilizada (Organización Gonawindúa, 2009; Organización Panamericana de la Salud, 2003); además deben ser bilingües, hablantes de lengua rarámuri y español, saber leer y escribir, y mostrar un interés y compromiso de trabajo con estas acciones de vigilancia y atención a la salud de las personas adultas mayores. Sus principales funciones son: hacer visitas domiciliarias en las comunidades para detectar problemas de salud, proporcionar asesoría a la familia para el cuidado de las personas adultas mayores, prescribir tratamiento para padecimientos de manejo primario y comunicar a los servicios de salud sobre alguna urgencia médica, para que la persona sea trasladada a un centro de salud u hospital en caso de aceptarlo; llevar un registro de todas estas acciones.

En esta estrategia se contempla también la sensibilización intercultural a personal de salud, según asignación de la Jurisdicción Sanitaria de la zona, para lograr una prestación de servicio con esta adecuación, un intercambio médico-cultural con base en el respeto y la complementariedad.

Participación comunitaria. Esta área toma en consideración el papel de la población en la planeación de las acciones que contempla el modelo y otras que se identifiquen como

necesarias para mejorarlo, así como en la vigilancia de la salud, la administración de recursos y la propia prestación de servicios. Si bien este modelo de atención es una acción coordinada de varios actores, es importante resaltar que tiene un importante componente comunitario de participación activa y permanente, tanto en la toma de decisiones como en la puesta en marcha de las acciones concertadas. De manera que en este modelo se pretende promover esta participación a través de pláticas en las comunidades, que sean a su vez promovidas por medio de asambleas comunitarias. Toda decisión que tenga que ver con la salud de las personas adultas mayores será tomada de forma colectiva.

Esta estrategia se ha identificado como fundamental, especialmente en espacios con alto aislamiento geográfico y que reciben la visita de un equipo médico profesional de manera esporádica, como es el caso de la zona tarahurama, se ha señalado la necesidad de potenciar en estos lugares estrategias familiares y comunitarias para el cuidado de la salud (Ibacache y Leighton, 2005; Organización Panamericana de la Salud, 2003); adicionalmente, este enfoque participativo coadyuva en la recuperación de la confianza de las comunidades en el trabajo colaborativo (OPS/OMS, 1997).

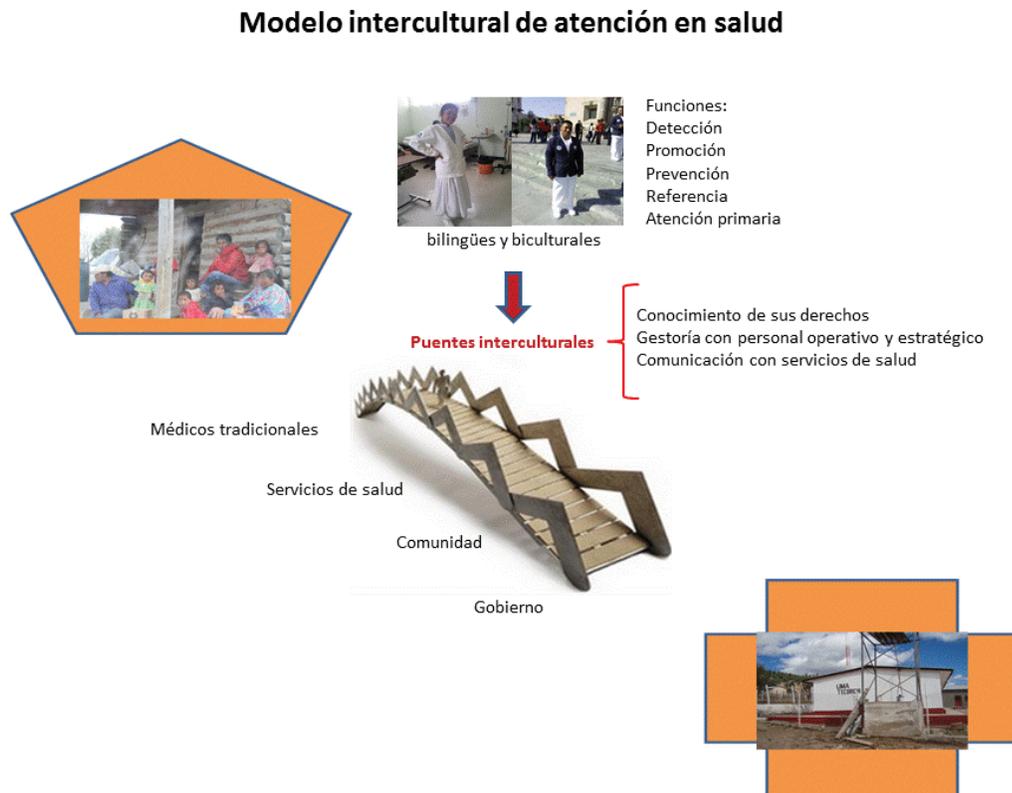
Estrategias de comunicación en salud. En esta área se considera el desarrollo de materiales de comunicación con adecuación intercultural de manera que se promueva la etnoeducación en salud, estos materiales deben ser elaborados con la participación de miembros de las comunidades y para su difusión se emplean medios como la radio local, en el caso de los programas radiofónicos, y asambleas en el caso de videos, los carteles son puestos en lugares comunitarios estratégicos, incluyendo el centro de salud y el espacio habilitado para el trabajo del médico tradicional, los folletos se reparten de forma personalizada.

Intersectorialidad. En otros modelos (Pelcastre y cols., 2008) se ha visto que la asesoría permanente es un mecanismo de retroalimentación y seguimiento que fortalece mucho este tipo de estrategias con participación comunitaria. En este modelo se establece un canal de comunicación que vincula a los promotores interculturales con el sector salud (para asesoría técnica) y con una instancia coordinadora (para asesoría operativa).

También se promueve la creación de una red de colaboración entre el sector salud, organismos locales, organizaciones de la sociedad civil, si las hubiera, de manera que se conjuguen esfuerzos encaminados a mejorar las condiciones de salud de las personas adultas

mayores rarámuris.

Sustentabilidad. La sustentabilidad de este proyecto se basa en la acción permanente y comprometida de los diferentes actores que garanticen la permanencia y reproducción del modelo. Una representación de este modelo puede verse en la siguiente figura.



Fuente: Pelcastre-Villafuerte B y cols. Proyecto "Implementación de un modelo intercultural de atención a la salud para adultos mayores tarahumaras", financiado por CONACYT, Fondos Sectoriales SALUD-2011-1-161685.

El modelo se desarrolló en cuatro etapas, en la primera se establecieron los contactos con las autoridades estatales, municipales, locales y sectoriales; la segunda etapa correspondió a la puesta en marcha de las primeras acciones vinculadas con las áreas estratégicas mencionadas arriba. Se empezó a trabajar a partir de dos acuerdos con la comunidad, el primer acuerdo fue que las acciones de la intervención se enfocarían, de manera prioritaria, en las necesidades identificadas en el proyecto del que se derivó el modelo de atención, esto es, las enfermedades respiratorias, diarreicas y nutrición; y el segundo acuerdo fue integrar como promotores de salud

a personas que cumplieran con el perfil que habíamos identificado como idóneo, ser bilingües y biculturales. La segunda característica trató de buscarse en personas indígenas que estuvieran estudiando medicina o enfermería.

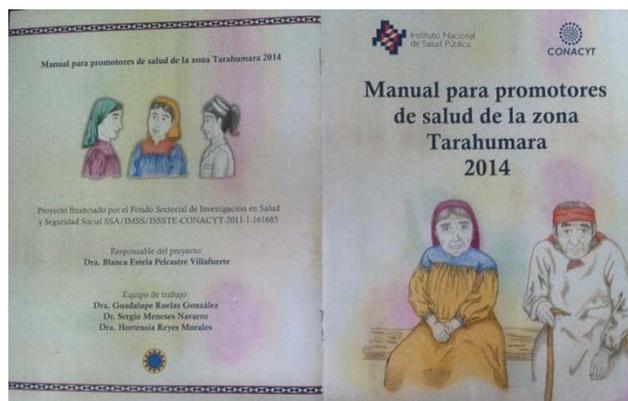
Para un primer diagnóstico sobre la situación sociodemográfica y estado de salud de las personas adultas mayores que vivían en la comunidad de Tehuerichi, se diseñó y aplicó un cuestionario que constó de 95 variables agrupadas en los siguientes apartados: a) Datos generales de la persona adulta mayor; b) Padecimientos etnoculturales; c) Problemas de salud; d) Lesiones; e) Limitaciones y discapacidad; f) Uso de remedios caseros y medicamentos. La información fue levantada por la enfermera indígena que se integró como promotora, apoyada por un enfermero indígena, quienes tradujeron cada pregunta a lengua rarámuri al momento de la entrevista con las personas adultas mayores. El cuestionario fue aplicado a toda la población adulta mayor (49 personas) de Tehuerichi, durante el período comprendido entre abril y junio del año 2013, cuya información permitió complementar la registrada en el centro de salud.

El trabajo con los promotores o agentes indígenas de salud, que en el marco del proyecto fueron nombrados como “puentes interculturales”, fue una de las tareas más difíciles, en virtud de que fue muy complicado ubicar personas con el perfil deseado, que pudieran llevar a cabo las acciones principales del modelo, de las que dependía en buena medida el éxito de la implementación. A solicitud nuestra, una enfermera rarámuri se incorporó al centro de salud de Tehuerichi para cumplir con su servicio social como becaria del proyecto, estuvo de manera permanente en la comunidad de Tehuerichi durante 11 meses y un mes, prestó sus servicios en el centro de salud y llevó a cabo las funciones asignadas como puente intercultural, siendo una de las principales, servir de enlace entre la población y los servicios de salud. La enfermera estaba en la comunidad de lunes a viernes, y en ocasiones fines de semana, realizaba alrededor de 20 consultas diarias, no estaba autorizada para prescribir medicamentos alópatas, pero si sugería el uso de algunas plantas medicinales; cada lunes visitaba en sus casas a las personas adultas mayores de la comunidad, para dar seguimiento a su condición de salud y brindarles atención, esto le suponía invertir todo el día para recorrer la distancia que la separaba de las distintas rancherías.

Un enfermero rarámuri también estuvo colaborando como agente indígena de salud en el proyecto durante un año; debido a que él continuaba estudiando en la ciudad de Chihuahua, su

presencia en la comunidad fue más bien eventual y apoyó algunas acciones concretas. Así, las funciones esenciales de este recurso recayeron en la enfermera, cuya capacitación fue fortalecida a través de cursos formativos sobre manejo de vacunas, esquema de vacunación, calidad de la atención e interculturalidad, violencia familiar y estimulación temprana, organizados por la jurisdicción sanitaria respectiva.

Para apoyar el trabajo de los agentes indígenas de salud, no sólo los que estaban en funciones sino los que potencialmente pudieran integrarse a la estrategia, se elaboró un manual de salud, específicamente con el fin de proporcionarles una guía para la atención de problemas de salud relacionados con las enfermedades respiratorias, diarreicas y con nutrición. Partiendo de que el perfil de los agentes indígenas de salud o puentes interculturales que se identificó como idóneo para el modelo, eran recursos humanos en formación en el área de enfermería, el contenido se basó en nociones y estrategias biomédicas, no existe información específica de poblaciones indígenas sobre estos temas que pudiera ser integrada en este manual.



Fuente: Pelcastre-Villafuerte B y cols. Proyecto “Implementación de un modelo intercultural de atención a la salud para adultos mayores tarahumaras”, financiado por CONACYT, Fondos Sectoriales SALUD-2011-1-161685.

Otro producto de esta estrategia fue una guía de interculturalidad para personal de salud de la región tarahumara, que contenía sugerencias para mejorar la consulta incluyendo algunos ejemplos de preguntas en rarámuri para guiar la consulta clínica.



Guía de Interculturalidad para Personal de Salud en la Región Tarahumara



Instituto Nacional
de Salud Pública



CONACYT

Fuente: Pelcastre-Villafuerte B y cols. Proyecto “Implementación de un modelo intercultural de atención a la salud para adultos mayores tarahumaras”, financiado por CONACYT, Fondos Sectoriales SALUD-2011-1-161685.

La tercera etapa, fue una continuación de las acciones iniciadas en la etapa anterior, haciendo mayor énfasis en el diseño de materiales que formaron parte del área estratégica de comunicación. Uno de los productos generados en esta área fue un video documental que tuvo como objetivo contribuir al diálogo intercultural entre la población rarámuri y los prestadores de servicios de salud, que pocas veces tiene lugar en el contexto de la vida cotidiana, el hecho de que la población y el personal médico hablen idiomas distintos es una barrera para este diálogo, pero existen otras, actitudinales por ejemplo, que no contribuyen al acercamiento y/o conocimiento mutuo. Se hicieron dos versiones del mismo video, una en español y otra en idioma rarámuri. El video puede verse en la siguiente liga: <https://www.insp.mx/el-instituto/galeria-de-videos.html?start=5>

La cuarta etapa consistió en una evaluación cualitativa sobre la factibilidad percibida de las estrategias implementadas. Se llevaron a cabo entrevistas dirigidas a personal de nivel táctico y estratégico, así como a personal operativo vinculado en algún momento al proceso de implementación del modelo, para recoger sus percepciones sobre la experiencia. Se realizaron nueve entrevistas en total, empleando guías de entrevistas elaboradas específicamente para este propósito. Se entrevistaron a tomadores de decisiones de los niveles estratégico y táctico del sector salud del estado de Chihuahua, encargados de la atención de las poblaciones indígenas de

la entidad. A través de las entrevistas se indagaron aspectos relacionados a su conocimiento y grado de involucramiento con el modelo de intervención propuesto, sus percepciones sobre los aspectos facilitadores y las barreras para la implementación del modelo, sus fortalezas y debilidades, y el cumplimiento de metas y objetivos.

Entre los factores facilitadores para la implementación del modelo señalaron la creciente sensibilidad del personal de salud respecto a la pertinencia de partir de un enfoque intercultural que permita una respuesta más accesible y satisfactoria del sistema de salud para la población indígena. En este sentido, una fortaleza es que en años recientes ha crecido la matrícula de jóvenes indígenas en la educación superior en áreas vinculadas a la salud. Sin embargo esta fortaleza tiene aparejada una debilidad: la ausencia de un plan estratégico de reclutamiento y retención de este personal aprovechando debidamente las ventajas que aportan su condición bilingüe y bicultural.

Entre las principales barreras y debilidades para la implementación del modelo se mencionaron la resistencia o falta de voluntad política de algunos tomadores de decisiones en los distintos ámbitos e instituciones de gobierno, algunas veces determinadas por valoraciones discriminatorias hacia los indígenas.

En términos generales, los actores identificaron utilidad en la intervención realizada, resaltaron el enfoque intercultural como principal aporte. Reconocieron la necesidad de seguir formando recursos humanos indígenas en salud que puedan incorporarse a los distintos niveles de atención. La voluntad política y la inyección de recursos desde nivel central, son dos pilares donde sentaron las posibilidades de escalar esta estrategia a nivel de política pública, que pueda llevarse a distintas regiones indígenas, con las debidas adecuaciones.

Reflexiones en torno a la salud, la vulnerabilidad y la interculturalidad

Este modelo se planteó como una acción intersectorial necesaria para atender las necesidades de salud de la población adulta mayor tarahumara. Se probó un esquema de atención con enfoque intercultural que pretendía coadyuvar a mejorar las condiciones de salud de la población en general y de las personas adultas mayores en particular, proporcionándoles a éstas la oportunidad de tener una mejor calidad de vida. Consideramos que los objetivos se cumplieron ya que se sentaron las bases para el desarrollo de modelos susceptibles de ser replicados en otras zonas

indígenas, cuya cobertura en salud se ha visto seriamente afectada, por razones geográficas y/o administrativas. Adicionalmente, una estrategia que se impulsó de forma importante desde el inicio del proyecto y a lo largo de la implementación del mismo, fue la vinculación con actores tácticos y estratégicos, no sólo del sector salud, sino también del gobierno estatal. Estas acciones de incidencia política, fueron muy relevantes para proyectar sustentabilidad a las estrategias iniciadas.

Entre los acuerdos para lograr una Sociedad de Derechos y Libertades, que forman parte del Pacto por México, se hace referencia a los derechos de los pueblos indígenas (1.6.) y se señala como estrategia el establecimiento de “...una política de Estado para que los indígenas ejerzan en la práctica los mismos derechos y oportunidades que el resto de los mexicanos.” (Gobierno de la República, 2012: 9); entre las acciones para lograrlo, se contempla el incremento sustancial de “...los presupuestos para que la educación y la salud de calidad lleguen a la población indígena” (Gobierno de la República, 2012: 9). En este mismo documento se señala que el acceso efectivo a servicios de salud de calidad, sobre todo para la población que vive en condiciones de alta marginación, sigue siendo una meta en el proceso de democratización del país.

Son necesarios esfuerzos para hacer efectivo el derecho a la salud para las poblaciones indígenas, las personas adultas mayores en estas poblaciones, tienen una capa de vulnerabilidad que se adiciona a otras, como la pobreza, la falta de acceso a los servicios de atención a la salud, hablar una lengua diferente al español, además de la propia condición étnica y de envejecimiento, que se traducen en obstáculos para el logro de un nivel óptimo de bienestar y calidad de vida.

El desarrollo de modelos alternativos de atención a la salud para poblaciones indígenas es un reto que hoy en día deben encarar los sistemas de salud, para garantizar la cobertura universal y el derecho a la salud que toda persona debe tener. Los modelos de atención a la salud idealmente deben integrar un enfoque intercultural y participativo para lograr la equidad en salud.

La propuesta de ensayar nuevos esquemas de atención para población adulta mayor indígena, tomando en cuenta las características socioculturales y necesidades particulares de esta población, se sustenta también en una perspectiva etnogerontológica (Reyes, 2001), la cual supone que el proceso de envejecimiento en la población es heterogéneo y por tanto, toda acción dirigida a una población en particular, debe partir del conocimiento del contexto específico que

permita identificar necesidades y delinear acciones.

Referencias

- Carreazo, J. 2004. “Salud Intercultural: Atisbos de un enfoque multidisciplinario”. *Paediatrica* 6(2): 101-107.
- Casado, B.L., Van Vulpen, K.S., Davis, S.L. & Banghwa, L.C. 2011. “Unmet needs for home and community-based services among frail older Americans and their caregivers”. *Journal of Aging and Health* 23 (3): 529–553.
- Cerón, A., Ruano, A.L., Sánchez, S., Chew, A., Díaz, D., Hernández, A. & Flores, W. 2016. “Abuse and discrimination towards indigenous people in public health care facilities: experiences from rural Guatemala”. *International Journal for Equity in Health* 15(77). DOI 10.1186/s12939-016-0367-z
- CONAPO. Informe de México: El cambio demográfico, el envejecimiento y la migración internacional en México, 2008. Disponible en <http://www.conapo.gob.mx/prensa/2008/02cepal.pdf>
- Cunningham, M. 2002. *Etnia, cultura y salud: La experiencia de la salud intercultural como una herramienta para la equidad en las Regiones Autónomas de Nicaragua*. Washington, DC: OPS/OMS.
- Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. 2007. *Interculturalidad en Salud. Síntesis Ejecutiva*. Disponible en http://medicinaweb.cloudapp.net/observatorio/docs/ss/li/SS2007_Li_SSM.pdf
- Gobierno de la República. 2012. *Pacto por México*. Disponible en: <http://pactopormexico.org/acuerdos/>
- Hubert, J. 2006. “Family carers’ views of services for people with learning disabilities from Black and minority ethnic groups: a qualitative study of 30 families in a South London borough”. *Disability and Society* 21(3): 259–272.
- Ibacache, J. y Leighton, A. 2005. *Salud colectiva: un modelo de atención de salud contextualizado*. Chile: Departamento Provincial de Salud de Chiloé.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Encuesta Intercensal 2015. Tabulados predefinidos*. Disponible en:

<http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/intercensal/http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/intercensal/>

- Lai, D.W.L. & Surood, S. 2008. "Service barriers of Chinese family caregivers in Canada". *Journal of Gerontological Social Work* 51(3-4): 315-336.
- Li, H. 2004. "Barriers and unmet needs for supportive services: experiences of Asian-American caregivers". *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 19: 241-260.
- Luna, F. 2008. "Vulnerabilidad: la metáfora de las capas". *Jurisprudencia Argentina*, IV(1): 60-67.
- Marrone, S. 2007. "Understanding barriers to health care: a review of disparities in health care services among Indigenous populations". *International Journal of Circumpolar Health* 66(3): 187-198.
- Navarrete Linares, Federico. 2008. *Los pueblos indígenas de México*. México, D.F.: CDI/PNUD.
- Netto G. 1998. "I forgot myself": the case for provision of culturally sensitive respite services for minority ethnic carers of older people. *Journal of Public Health Medicine* 20(2), 221-226.
- Organización Gonawindúa Tayrona y Gonawindúa Ette Ennaka IPS Indígena. 2009. *Ley de Seyn Zare Shenbuta. Salud indígena en la Sierra Nevada de Santa Marta*. Bogotá: Sirga Editor.
- Organización Panamericana de la Salud. 2003. *Encuentro Internacional Salud y Pueblos Indígenas: "Logros y Desafíos en la Región de las Américas"*. Washington, D.C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. 2008. *Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas*. Washington, D.C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. 1997. *Hacia el abordaje integral de la salud. Pautas para la investigación con pueblos indígenas*. Washington, D.C.: OPS/OMS.
- Partida, V. 2001. "Perspectivas del cambio demográfico. Monto y estructura de la población en el año 2000 y perspectivas en el 2050". *Demos* 6-7.
- Pelcastre B, Márquez M, Ruiz M, Meneses S, Amaya C y Gómez Y. 2008. *Rescatando la experiencia de la Casa de la Mujer Indígena: sistematización y evaluación del proceso. Resumen ejecutivo*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública-CONACyT. ISBN 978-607-7530-14-5.

Reyes, L. 2001. "Población indígena mayor. El envejecimiento de la población zoque de Chiapas". Demos 14: 29-30.

Zolla, C. "La salud de los pueblos indígenas, 2007". Disponible en:

[http://www.nacionmulticultural.unam.mx/Portal/Derecho/CONSULTA/Salud/LA%20SALUD%20DE%20LOS%20PUEBLOS%20INDIGENAS-DEFINITIVO\(1\).pdf](http://www.nacionmulticultural.unam.mx/Portal/Derecho/CONSULTA/Salud/LA%20SALUD%20DE%20LOS%20PUEBLOS%20INDIGENAS-DEFINITIVO(1).pdf)