

Este es el Facsimil del Diagnóstico realizado en 1990, en base a cual diseñamos el programa de nutrición materno infantil, que hasta hoy conservamos.

*Diagnóstico de salud y nutrición
en albergues escolares para niños indígenas*

*Primer reporte:
indicadores nutricionales*

Ricardo Hernández Murillo / Marjorie Thacker

*Fideicomiso para la Salud
de los Niños Indígenas de México*



Fideicomiso para la Salud de los Niños Indígenas de México

El Fideicomiso para la Salud de los Niños Indígenas de México es una institución privada creada en 1990 para promover la solución de los principales problemas que afectan a la niñez indígena. Desde el punto de vista nutricional, sanitario y educativo, esta población constituye uno de los grupos más vulnerables del país.

En poblaciones generalmente aisladas, rodeados de unos recursos naturales crecientemente escasos y deteriorados, alejados de las oportunidades de mejoramiento, los niños indígenas mexicanos requieren de un esfuerzo adicional de solidaridad de la población en su conjunto, y en particular de los organismos gubernamentales y de los de la sociedad civil.

El Fideicomiso para la Salud de los Niños Indígenas de México actúa desde la sociedad civil promoviendo un mayor conocimiento de la problemática para diseñar respuestas eficaces y gestionando la asignación de recursos para solucionar las carencias más urgentes de los niños indígenas: nutrición, atención integral a la salud, agua potable, saneamiento ambiental, educación, vivienda, vestido, deporte y recreación.

Las modalidades de intervención del Fideicomiso comprenden una amplia gama de formas colaborativas con las entidades gubernamentales, organismos internacionales, otras fundaciones civiles y las propias organizaciones de las comunidades indígenas.

Su acción busca potenciar, complementar, impulsar los programas existentes, así como desarrollar respuestas innovadoras para mejorar las condiciones de salud de los niños y contribuir a elevar el nivel de vida de las comunidades.

Los principios que rigen el quehacer del Fideicomiso han permitido orientar sus programas a apoyar y no sustituir los esfuerzos que realizan los órganos de gobierno responsables de la atención a esta población.

De la misma manera, en el terreno, su presencia se enfoca a la capacitación y desarrollo de organizaciones de las comunidades indígenas con el objeto de reforzar y ampliar su capacidad de autogestión y autoayuda.

© 1992, Fisanim

Edición: Lic. Miguel Angel Sagone
Comunicación, Tecnología e Investigación, S.C.
Diseño portada: Cecilia Zolla
Impreso y hecho en México

Fundadores del Fideicomiso para la Salud de los Niños Indígenas de México:

Sra. OFELIA MEDINA, Dr. JUAN PEREZ AMOR,
Pintor FRANCISCO TOLEDO

Miembros del Comité Técnico:

Sra. OFELIA MEDINA, , Dr. JUAN PEREZ AMOR,
Lic. SANTIAGO FUNES, Lic. CARLOS ZOLLA,
Dr. JAIME SEPULVEDA AMOR,
Dr. RICARDO HERNANDEZ MURILLO,
Dr. FERNANDO ORTIZ MONASTERIO,
Lic. MARJORIE THACKER,
Lic. JOAQUIN A. HUERTA ALVA

Coordinadora General de Operaciones:

Lic. YOLANDA GARCIA Y DE MONTANARO

Gerente de Relaciones Públicas y Promoción:

Lic. NURIA PIE CONTIJOCH

Programa de Nutrición:

Asesores:

Lic. CARLOS ZOLLA,
Dr. GONZALO GUTIERREZ TRUJILLO

Apoyo Técnico:

Dr. HORACIO ROJAS, Dra. DEA SALAZAR,
Lic. Nutr. ROCIO MORA

Responsable:

Dr. RICARDO HERNANDEZ MURILLO

Alfonso Pruneda 12, Copilco El Alto, Coyoacán 04360 México D.F.
Tel: 659 47 42, 659 54 81 Fax: 659 51 13

Cuenta para recibir donaciones, deducibles de impuestos:

Banco SOMEX, Cta. Nivel Nacional N° 2494-6-50.



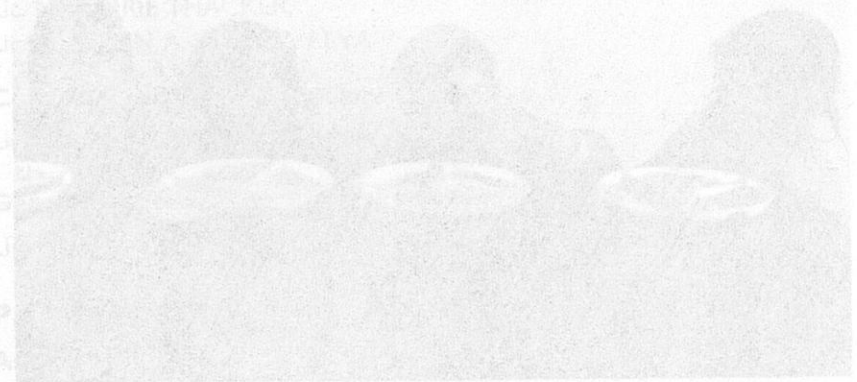
José Ángel Rodríguez

1978

*Santa María Ocatán, Durango (Tepehuanes).
Foto José Ángel Rodríguez, 1978.*

Fun. Sec. de Educ. y Ciencia
de los Niños, Niñas y Adolescentes de México
Sra. OFELIA MEDINA DE GUERRERO
Piso 10, Av. Insurgentes Sur 1656

Miembros del Comité Técnico
Sra. OFELIA MEDINA DE GUERRERO
Lic. SANTIAGO RUIZ DE CARLOS ZOLLA
Dr. JAIME SEPULVEDA APOR
Dr. RICARDO HERNÁNDEZ MURILLO
Dr. FERNANDO ORTIZ MONASTERIO



Dr. CARLOS ZOLLA
Dr. FERNANDO ORTIZ MONASTERIO

Apoyo Técnico
Dr. HORACIO ROJAS DE OSA SALAZAR
Lic. Nuria ROCIO MORA

Responsable:
Dr. RICARDO HERNÁNDEZ MURILLO

Alfonso Pruneda 12, Coahuila El Alto, Coyoacán 06040 México D.F.
Tel: 659 47 42 659 54 81 Fax: 659 51 13

Cuenta para recibir donaciones: (Depositar en)
Banco SOMEX S.A. de C.V. Cuenta N° 2494-0-30

Agradecimientos

La coordinación de esta investigación fue llevada a cabo por el Dr. Ricardo Hernández Velázquez y de las doctoras Yolanda García y Yolanda Montanaro y Ana María García. El diseño informático, la configuración de bases de datos y el procesamiento de las 12,860 fichas clínicas estuvo a cargo del Sr. Alfonso Martín. La revisión metodológica, el análisis de resultados y la elaboración del presente estudio fueron realizados por los autores entre los meses de junio y noviembre de 1991. El Fondo Mexicano para la Salud de los Niños Indígenas de México cuenta con la ayuda de las autoridades y con el personal de albergues y registra los datos captados. Agradecemos especialmente a la Lic. Lidia De León y a la Sra. Ofelia Medina por su invaluable apoyo al cumplimiento de las instalaciones participantes.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) proporcionó los recursos necesarios para realizar la primera parte del Diagnóstico, consistente en el diseño de la encuesta, encomendada al Dr. Maximiliano De León González y su aplicación en campo, coordinada por la Sra. Yolanda García y de Montanaro y la Lic. Nuria Pie.

El procesamiento de la información y las acciones que se han podido derivar de éste han sido costeadas mediante las aportaciones de donantes particulares a quienes sería imposible enumerar, sólo diremos que la sociedad civil de nuestro país emerge responsable y propositiva.

El Instituto Nacional Indigenista, en particular el Lic. Carlos Zolla Luque, Subdirector de Salud y Bienestar Social y la Lic. Rocío López Mateos, Subdirectora de Servicios Educativos, apoyaron, a través de sus centros y personal técnico, el trabajo en los 457 albergues distribuidos en los 18 estados abarcados por la muestra.

La coordinación del grupo encuestador, que incluyó a 117 médicos contratados al efecto, fue posible gracias al apoyo del Dr. Ignacio Velázquez y de las doctoras Yolanda Hernández, María de los Angeles Montiel y Ana María Pérez.

El diseño informático, la codificación, captura y procesamiento de las 12,860 fichas clínicas estuvo a cargo del actuario Alfonso Marín.

La revisión metodológica, el análisis de resultados y la elaboración del presente estudio fueron realizados por los autores entre los meses de junio y noviembre de 1991.

El Fideicomiso para la salud de los niños indígenas de México queda en deuda con las autoridades y con el personal de campo que le permitió acercarse a la atención médica a los niños albergados y registrar los datos captados. Agradecemos especialmente a la Lic. Ludka De Gortari y a la Sra. Ofelia Medina, cuya iniciativa dio origen al compromiso de las instituciones participantes.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SENAFIN) proporcionó los recursos necesarios para realizar la presente parte del diagnóstico, consistente en el diseño de la encuesta, encomendada al Dr. Maximiliano De León González y su aplicación en terreno, coordinada por la Sra. Yolanda García y de Montaña y la Lic. Nuria Pérez.

El procesamiento de la información y los resultados que se han podido derivar de éste han sido posibles mediante las aportaciones de algunas particulares a quienes sería imposible enumerar, pero quienes por la sociedad civil de nuestro país siempre responsable y propositiva.

El Instituto Nacional Indigenista en particular el Lic. Carlos Nolla Ludue, Subdirector de Salud y Bienestar Social y la Lic. Raquel López Mateos, Subdirectora de Servicios Educativos, apoyaron a través de sus canales y personal técnico, el trabajo en los 427 albergues distribuidos en los 18 estados abarcados por la muestra.

INDICE

2.2. Objetivos 21

2.3. Método 22

3. Resultados por entidad federativa (18 estados) 23

PRIMER REPORTE:
INDICADORES NUTRICIONALES

Introducción 31

1. Método de clasificación 32

Cuadro 1. Gráficas del indicador peso/altura, talla/edad

2. Presentación de los resultados 35

2.1. Estado nutricional 35

Cuadro 2. Número total de niños por edad, sexo y estado nutricional

Nota introductoria 11

DIAGNOSTICO DE SALUD Y NUTRICION EN ALBERGUES ESCOLARES PARA NIÑOS INDIGENAS:

1. Antecedentes 17

1.1. Albergues escolares indígenas 17

1.2. Población 18

Cuadro 1. Alumnos inscritos por grupo de edad y sexo

Cuadro 2. Distribución geográfica

1.3. Problemática 20

2. Estudio diagnóstico 20

2.1. Justificación 20

2.2. Objetivos	21
2.3. Método	22
3. Resultados por entidad federativa (18 estados)	23
<i>PRIMER REPORTE:</i>	
INDICADORES NUTRICIONALES	
Introducción	31
1. Método de clasificación	32
Cuadro 1. Gráfica del indicador peso/talla, talla/edad	
2. Presentación de los resultados	35
2.1. Estado nutricional	35
Cuadro 2. Número total de niños por edad, sexo y estado nutricional	
Cuadro 3. Porcentaje de niños por edad, sexo y estado nutricional	
Cuadro 4. Concentrado por estados	
2.2. Descripción de la información obtenida	41
Cuadro 5. Población infantil total/muestra	
Cuadro 6. Distribución comparativa (total albergues vs. muestra) por sexo y grupo de edad	
2.3. Principales conclusiones	42
Cuadro 7. Proporción de desnutridos crónicos	
3. Recomendaciones	44

NOTA INTRODUCTORIA

Cuando concluimos este estudio en noviembre de 1991, el Fideicomiso para la salud de los niños indígenas de México formuló seis recomendaciones con base en el análisis de los primeros resultados del procesamiento de las fichas clínicas.

Dichas recomendaciones fueron formuladas pensando específicamente en las obligaciones de las instituciones gubernamentales responsables de los albergues escolares indígenas; a once meses de distancia, pensamos que deben estar dirigidas también a los organismos internacionales y a la sociedad civil del país y particularmente de los estados de donde son originarios estos niños.

Las recomendaciones, consignadas al final de esta publicación, atienden a dos preocupaciones básicas del Fideicomiso:

- a) la eficacia de la intervención que representa el reunir a estos niños de 6 a 12 años en instalaciones que los albergan de lunes a viernes para permitir su acceso a la escuela, y

- b) la evidencia que indica que la intervención nutricional debe iniciarse antes de que los niños ingresen en la etapa escolar.

La primera preocupación comprende el equipamiento y funcionamiento de los propios albergues. Apoyado en las gestiones por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), que preside la Sra. Cecilia Occelli de Salinas de Gortari, el Fideicomiso promovió la coordinación entre el Instituto Nacional Indigenista (INI) y la Comisión Nacional del Agua (CNA) para que ésta realice 324 proyectos ejecutivos para pequeñas obras de introducción de agua potable e infraestructura de saneamiento para aquellos albergues localizados en comunidades que carecen de agua potable y donde las obras beneficiarán tanto a los niños del albergue como a la población.

El Fideicomiso participa en el grupo de seguimiento integrado por las tres instituciones mencionadas. Este modelo de concertación a nivel nacional se ha reproducido en los estados de Campeche, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, Sinaloa, Sonora, Veracruz y Yucatán, a través de los DIF estatales, las gerencias de CNA y los centros coordinadores del INI.

Para el cuidado y promoción de la salud de los niños en los albergues, además de las medidas de ampliación de cobertura que el INI y la Secretaría de Salud puedan instrumentar, el Fideicomiso desarrolla esfuerzos encaminados a probar una modalidad adecuada para el cuidado de los niños, apoyando la operación de la primera unidad móvil para la atención médica de cuatro albergues y sus comunidades en Oaxaca, y promoviendo ante los gobiernos estatales la atención prioritaria a las necesidades de sus albergues.

El segundo orden de preocupación deriva del hecho de que aún entre los niños más pequeños atendidos en los albergues escolares (de 5 y 6 años de edad), cerca de la mitad muestra ya

algún grado de desnutrición, confirmando la necesidad de promover una intervención más temprana.

Tomando como base las reflexiones expresadas en el sentido de promover programas que aprovechen los recursos y experiencias, compartan metodologías y se basen en indicadores somatométricos para vigilar el impacto de las acciones de una manera objetiva, el Fideicomiso ha emprendido un amplio Programa de Nutrición, centrando su atención en los niños lactantes y preescolares, desde los 3 meses hasta los 5 años de edad.

Esperamos obtener, además de una mejoría concreta en el crecimiento y desarrollo de los niños atendidos por el Programa, las confirmaciones y ajustes que contribuyan a seguir desarrollando modalidades de acción eficaz y coordinada entre sociedad civil y gobierno, para ofrecer nuevas esperanzas a la niñez indígena de México.

Ricardo Hernández

Marjorie Thacker

Octubre de 1992

DIAGNOSTICO DE SALUD Y NUTRICION EN ALBERGUES ESCOLARES PARA NIÑOS INDIGENAS:

Condiciones generales, aspectos nutricionales
y principales enfermedades detectadas a través de
12,860 fichas individuales sobre nutrición y salud en
457 albergues

1. Antecedentes

El Fideicomiso para la Salud de los Niños Indígenas, como parte de sus acciones regulares en pro de la salud de la población infantil indígena, está especialmente preocupado por la situación de los niños atendidos por los albergues escolares operados por el Instituto Nacional Indigenista, que facilitan el acceso a la educación básica bilingüe a cargo de la Dirección General de Educación Indígena de la SEP.

1.1. Albergues escolares indígenas

Los albergues escolares indígenas son unidades de apoyo para los niños indígenas en edad escolar, que viven en poblamientos dispersos, los cuales además tienen la característica de estar desprovistos totalmente de escuelas. Cuando existen algunos servicios educativos, estos son incompletos.

El servicio asistencial y de hospedaje que se brinda en los albergues de lunes a viernes, tiene por objeto garantizar las condiciones para que los educandos puedan concluir sus estudios a nivel de primaria. La salud y nutrición de los niños albergados es consecuentemente un objetivo y una responsabilidad de las instituciones que intervienen en su operación.

1.2. Población

Para el año de 1991, el Instituto Nacional Indigenista (INI) reporta 1,154 albergues en funcionamiento, con una población de 57,137 becarios, de los cuales el 61.3% son niños y el 38.7% niñas.

En la distribución etárea resaltan los siguientes grupos en orden de importancia: en el rango de 10 a 12 años se encuentra el 44.3% del total de la matrícula; en el grupo de 8 a 9 años está el 24.5%; y el que corresponde al intervalo de 13 a 14 años representa el 14.4%

Cuadro 1. Alumnos inscritos por grupo de edad y sexo

EDAD	NIÑOS	NIÑAS	TOTAL
Menores de 6 años	234	171	405
6 y 7 años	4,303	3,326	7,629
8 y 9 años	8,040	5,980	14,020
10 a 12 años	15,745	9,572	25,317
13 a 14	5,582	2,639	8,221
Mayores de 14 años	1,138	407	1,545
TOTAL	35,042	22,095	57,137

Fuente: *Diagnóstico de los albergues escolares indígenas*. Subdirección de Servicios Educativos, Instituto Nacional Indigenista. México, D.F. junio de 1991.

Cuadro 2. Distribución geográfica

Estado	Número de albergues	Albergues estudiados*
BAJA CALIFORNIA	6	—
CAMPECHE	14	7
CHIAPAS	163	46
CHIHUAHUA	102	51
DURANGO	18	2
GUERRERO	94	50
HIDALGO	88	22
JALISCO	11	4
MEXICO	8	8
MICHOACAN	16	15
NAYARIT	42	29
OAXACA	265	84
PUEBLA	90	44
QUERETARO	8	8
QUINTANA ROO	10	5
SAN LUIS POTOSI	35	—
SINALOA	9	5
SONORA	19	10
TABASCO	11	—
VERACRUZ	100	43
YUCATAN	48	24
TOTAL	1,157	457

Fuente: *Diagnóstico de los albergues escolares indígenas* realizado por la propia Subdirección de Servicios Educativos del INI en junio de 1991.

* Datos del presente estudio.

1.3. Problemática

A lo largo de los años, el programa de albergues no ha cumplido cabalmente con el objetivo de garantizar las condiciones para que los niños indígenas puedan concluir su educación básica, tanto en lo que se refiere a servicios educativos como por las deficiencias en la atención de sus necesidades nutricionales y de salud.

Las causas a que se atribuyen las deficiencias educativas tienen que ver con la adecuación de programas pedagógicos, la preparación de los maestros, sus salarios, ausentismo y falta de recursos y organización.

Por su parte, la atención de las necesidades nutricionales y de salud se ha visto comprometida por deficiencias en la infraestructura, equipamiento, provisión de alimentos, presupuesto y operación de los albergues.

El análisis de la información de campo, complementada con los datos proporcionados por el INI, muestran que de los 1,154 albergues, el 50% no coincide con ningún servicio de salud, por encontrarse fuera de las áreas de cobertura de las diferentes instituciones del sector. Esta situación complica la realización de actividades de atención a la salud: vacunación, seguimiento, referencia.

2. Estudio diagnóstico

2.1. Justificación

La intención de promover acciones tendientes a mejorar la situación de los niños albergados planteó al Fideicomiso la necesidad de realizar un estudio de las condiciones generales, aspectos nutricionales y principales enfermedades.

El Fideicomiso para la Salud de los Niños Indígenas buscó el apoyo del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) para llevar a cabo dicho trabajo. El DIF propor-

cionó los recursos necesarios para realizar la primera parte del mismo, consistente en el diseño y aplicación en campo de una encuesta dirigida a cubrir una muestra importante de la totalidad de los niños y albergues escolares indígenas.

2.2. Objetivos

- Identificar, dimensionar y ubicar los principales factores o carencias que inciden en los problemas de salud y nutrición detectados en la población estudiada.
- Difundir el conocimiento sobre la situación y necesidades de la población infantil albergada entre las instituciones responsables de la atención a los niños indígenas, y hacia la sociedad en general.

2.3. Método

La población estudiada comprendió 12,860 niños atendidos por 457 albergues escolares indígenas distribuidos en los siguientes estados: Campeche, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, Sinaloa, Sonora, Veracruz y Yucatán.

La definición de la muestra no obedeció a criterios uniformes de representatividad con relación al universo total. En razón de la complejidad y diversidad de las condiciones de los albergues, se eligió a aquellos que por su accesibilidad, por la disponibilidad de personal técnico y por expresa solicitud de los Coordinadores Estatales del INI, brindaban las mejores condiciones para llevar a cabo en un corto plazo el trabajo de campo.

La cobertura del estudio representa el 22.5% de la población infantil, y el 40.53% del total de albergues existentes.

El equipo encuestador estuvo integrado por 117 médicos en campo, 11 coordinadores estatales, 4 centrales y uno nacional. La coordinación general estuvo a cargo del Comité Técnico

del Fideicomiso para la Salud de los Niños Indígenas, contando con la asesoría de personal del DIF y del INI.

El grupo encuestador recibió una capacitación inicial por parte del Fideicomiso y del personal técnico del INI.

Se dotó a los médicos encuestadores de equipo y material para realizar los exámenes clínicos y las determinaciones somatométricas conforme a los instructivos preparados al efecto.

Las variables estudiadas comprenden:

DEL NIÑO

- Procedencia y tiempo de estadía
- Crecimiento y desarrollo (sexo, edad, talla, peso, perímetro braquial, menarca)
- Estado de salud (diagnóstico clínico, prevalencia de EDA, IRA, tratamientos previos)
- Inmunizaciones
- Hábitos higiénicos (lavado manos, dientes, ropa)
- Alimentación (en el albergue)
- Antecedentes familiares (escolaridad, ocupación, morbilidad, acceso a servicios salud, tratamientos, suero oral, ablactación)

DEL ALBERGUE

- Fuente de agua
- Disposición de excretas
- Instalaciones, higiene y equipamiento
 - cocina
 - dormitorios
 - baños
 - aulas
- Observaciones sobre el funcionamiento

DEL PERSONAL DE SERVICIO (ecónomas o cocineras)

- Higiene
- Salud
- Educación

3. Resultados por entidad federativa

Las 12,860 cédulas de datos individuales registran:

- Procedencia y tiempo de estadía
- Crecimiento y desarrollo
- Estado de salud
- Inmunizaciones
- Hábitos higiénicos
- Alimentación
- Antecedentes familiares
- Fuente de agua
- Disposición de excretas
- Instalaciones, higiene y equipamiento
- Observaciones sobre el funcionamiento
- Higiene del personal de servicio (ecónomas)

Los registros fueron procesados centralmente en el Fideicomiso y agrupados por estado: Campeche, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, Sinaloa, Sonora, Veracruz y Yucatán.

A continuación se presentan los cuadros resumen del estado nutricional por entidad federativa. En este documento no se incluyen los listados en detalle, que fueron entregados el 24 de julio pasado al DIF como conclusión de la primera etapa de este trabajo y que se encuentran a disposición, para su consulta, en la sede del Fideicomiso para la Salud de los Niños Indígenas de México.

Campeche

Estado nutricional	Masculino		Femenino		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Agudo	2	1.8	1	3.4	3	2.1
Crónico	63	56.3	21	72.4	84	59.6
Normal	46	41.1	6	20.7	52	36.9
Severo	1	0.9	1	3.4	2	1.4
Total	112	100.0	29	100.0	141	100.0

Chiapas

Estado nutricional	Masculino		Femenino		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Agudo	50	4.5	18	3.0	68	3.9
Crónico	638	57.4	376	62.5	1014	59.2
Normal	381	34.3	189	31.4	570	33.3
Severo	43	3.9	19	3.2	62	3.6
Total	1112	100.0	602	100.0	1714	100.0

Chihuahua

Estado nutricional	Masculino		Femenino		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Agudo	48	5.3	24	4.0	72	4.8
Crónico	159	17.5	128	21.6	287	19.1
Normal	692	76.3	438	73.9	1130	75.3
Severo	8	0.9	3	0.5	11	0.7
Total	907	100.0	593	100.0	1500	100.0

Durango

Estado nutricional	Masculino		Femenino		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Agudo	9	14.8	4	17.4	13	15.5
Crónico	15	24.6	9	39.1	24	28.6
Normal	37	60.7	9	39.1	46	54.8
Severo	0	0.0	1	4.3	1	1.2
Total	61	100.0	23	100.0	84	100.0

Guerrero

Estado nutricional	Masculino		Femenino		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Agudo	29	3.4	23	4.3	52	3.7
Crónico	514	60.5	296	54.9	810	58.3
Normal	287	33.8	204	37.8	491	35.3
Severo	20	2.4	16	3.0	36	2.6
Total	850	100.0	539	100.0	1389	100.0

Hidalgo

Estado nutricional	Masculino		Femenino		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Agudo	9	2.6	13	4.2	22	3.4
Crónico	116	33.3	116	37.7	232	35.4
Normal	218	62.6	173	56.2	391	59.6
Severo	5	1.4	6	1.9	11	1.7
Total	348	100.0	308	100.0	656	100.0

Jalisco

Estado nutricional	Masculino		Femenino		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Agudo	0	0.0	4	4.9	4	2.4
Crónico	37	44.6	35	43.2	72	43.9
Normal	44	53.0	37	45.7	81	49.4
Severo	2	2.4	5	6.2	7	4.3
Total	83	100.0	81	100.0	164	100.0

Estado de México

Estado nutricional	Masculino		Femenino		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Agudo	2	2.2	1	1.5	3	1.9
Crónico	46	49.5	35	52.2	81	50.6
Normal	44	47.3	31	46.3	75	46.9
Severo	1	1.1	0	0.0	1	0.6
Total	93	100.0	67	100.0	160	100.0

Michoacán

Estado nutricional	Masculino		Femenino		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Agudo	6	2.5	5	3.4	11	2.8
Crónico	87	36.0	60	41.4	147	38.0
Normal	146	60.3	77	53.1	223	57.6
Severo	3	1.2	3	2.1	6	1.6
Total	242	100.0	145	100.0	387	100.0

Nayarit

Estado nutricional	Masculino		Femenino		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Agudo	14	4.8	10	4.2	24	4.6
Crónico	55	19.0	67	28.4	122	23.2
Normal	219	75.5	154	65.3	373	70.9
Severo	2	0.7	5	2.1	7	1.3
Total	290	100.0	236	100.0	526	100.0

Oaxaca

Estado nutricional	Masculino		Femenino		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Agudo	72	4.8	34	3.2	106	4.1
Crónico	871	57.7	671	62.4	1542	59.6
Normal	520	34.4	342	31.8	862	33.3
Severo	47	3.1	29	2.7	76	2.9
Total	1510	100.0	1076	100.0	2586	100.0

Puebla

Estado nutricional	Masculino		Femenino		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Agudo	16	2.3	12	2.6	28	2.4
Crónico	378	53.8	262	57.2	640	55.1
Normal	294	41.8	175	38.2	469	40.4
Severo	15	2.1	9	2.0	24	2.1
Total	703	100.0	458	100.0	1161	100.0

Querétaro

Estado nutricional	Masculino		Femenino		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Agudo	12	8.9	4	5.0	16	7.4
Crónico	40	29.6	22	27.5	62	28.8
Normal	81	60.0	53	66.3	134	62.3
Severo	2	1.5	1	1.3	3	1.4
Total	135	100.0	80	100.0	215	100.0

Quintana Roo

Estado nutricional	Masculino		Femenino		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Agudo	0	0.0	1	1.9	1	0.8
Crónico	57	72.2	24	46.2	81	61.8
Normal	22	27.8	25	48.1	47	35.9
Severo	0	0.0	2	3.8	2	1.5
Total	79	100.0	52	100.0	131	100.0

Sinaloa

Estado nutricional	Masculino		Femenino		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Agudo	8	12.5	4	12.1	12	12.4
Crónico	1	1.6	3	9.1	4	4.1
Normal	55	85.9	26	78.8	81	83.5
Severo	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	64	100.0	33	100.0	97	100.0

Sonora

Estado nutricional	Masculino		Femenino		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Agudo	23	16.9	9	10.1	32	14.2
Crónico	14	10.3	14	15.7	28	12.4
Normal	99	72.8	65	73.0	164	72.9
Severo	0	0.0	1	1.1	1	0.4
Total	136	100.0	89	100.0	225	100.0

Veracruz

Estado nutricional	Masculino		Femenino		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Agudo	23	3.8	11	2.9	34	3.4
Crónico	315	51.8	215	56.1	530	53.5
Normal	253	41.6	144	37.6	397	40.1
Severo	17	2.8	13	3.4	30	3.0
Total	608	100.0	383	100.0	991	100.0

Yucatán

Estado nutricional	Masculino		Femenino		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Agudo	6	1.2	4	1.6	10	1.4
Crónico	297	61.2	144	58.1	441	60.2
Normal	178	36.7	97	39.1	275	37.5
Severo	4	0.8	3	1.2	7	1.0
Total	485	100.0	248	100.0	733	100.0

**PRIMER REPORTE:
INDICADORES NUTRICIONALES**

**de 12,860 fichas individuales de somatometría infantil
en 457 albergues.**

En el caso del Distrito de las Albergues se dio por la clasificación de tipo de desnutrición que incorpora el índice de desnutrición ponderal (IMC) de los niños de 5 años de edad. En el caso de las Albergues se dio por la clasificación de tipo de desnutrición que incorpora el índice de desnutrición ponderal (IMC) de los niños de 5 años de edad. En el caso de las Albergues se dio por la clasificación de tipo de desnutrición que incorpora el índice de desnutrición ponderal (IMC) de los niños de 5 años de edad.

Introducción

Como parte de un trabajo de profundización en el conocimiento de la problemática de la niñez indígena para el planteamiento de acciones, el Fideicomiso ha iniciado el análisis de las bases de datos construidas con la información obtenida en el trabajo de campo.

Este primer reporte (Población estudiada y grado de desnutrición) comprende la ficha de nombre, sexo, edad, talla, peso de cada niño, procesada con apoyo del Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" con el objeto de obtener una clasificación de su estado nutricional conforme a los parámetros adoptados para la Encuesta Nacional de Alimentación (1989/1979).

La ENAL utilizó dos tipos de indicadores para la evaluación de la desnutrición. Los primeros clasifican el grado de desnutrición: leve, moderada y severa; en tanto los segundos nos

Estado	Masculinos	Femeninos	Total
Agudo	10.1	9.1	19.2
Crónico	14.1	14.1	28.2
Normal	90.9	90.9	181.8
Total	115.1	115.1	230.2

Estado	Masculinos	Femeninos	Total
Agudo	11.1	11.1	22.2
Crónico	11.1	11.1	22.2
Normal	87.8	87.8	175.6
Total	110.0	110.0	220.0

Estado	Masculinos	Femeninos	Total
Agudo	12.1	12.1	24.2
Crónico	12.1	12.1	24.2
Normal	85.8	85.8	171.6
Total	110.0	110.0	220.0

indican el tipo de desnutrición encontrada: crónica (o adaptada), aguda y severa. La primera se basa en una relación talla-edad; la segunda incorpora un indicador combinado que, en el caso del grupo de edad de 1 a 5 años, es el perímetro de brazo-talla/edad. En este trabajo, el indicador combinado se construyó incorporando el peso, toda vez que para el grupo de edad estudiado (6 a 12 años) no se considera igualmente significativo el perímetro braquial.

En el caso del *Diagnóstico de los Albergues*, se optó por la clasificación de tipo de desnutrición que incorpora el indicador combinado: peso-talla/talla-edad. En el trabajo de campo se levantaron 17,411 fichas individuales, de las cuales se seleccionaron 12,860 que corresponden al grupo de edad y reúnen los datos básicos necesarios para su procesamiento. De las 4,551 fichas restantes 2,651 corresponden a niños mayores de 12 años, en tanto que 1,900 no cuentan con los datos completos o confiables, aún perteneciendo al grupo de edad definido.

La información obtenida se presenta en este documento, agrupada por albergue y por estado, en 19 cuadernos (la presentación con cuadros de concentración y 18 cuadernos con la información individual por estado) para que sirva de base a un programa de acción y, particularmente, como un parámetro inicial del estado nutricional para la evaluación periódica de las medidas que puedan ser impulsadas por el Fideicomiso, el DIF u otras instituciones en los estados donde se ubican los albergues estudiados.

1. Método de clasificación

A partir del registro de sexo y edad y la determinación de peso y talla de cada uno de los niños encontrados en los albergues visitados, se aplicó una fórmula desarrollada por el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" (INNSZ), para clasificar el estado nutricional de la población infantil de 6 a 12 años. El método aplicado permite discriminar los estados crónicos de los episodios agudos.

Se adoptó el método empleado por el INNSZ por las ventajas que ofrece sobre la aplicación de las tablas de Wellington (utilizadas en el campo para determinar grados I a III de desnutrición, en el curso de este mismo estudio), así como por el imperativo de contar con un resultado normalizado, comparable con los resultados de los trabajos más amplios realizados por el INNSZ en proyectos de vigilancia epidemiológica de la nutrición en campo, como en la Encuesta Nacional de Nutrición (ENAL 1979 y 1989).

La clasificación obtenida comprende cuatro grupos: normal, crónico, agudo y severo.

Normal Aquellos que muestran un crecimiento en talla correspondiente al esperado para la edad y sexo del menor, y un peso adecuado a la talla registrada.

Crónico La talla registrada es inferior a la norma adoptada por el INNSZ para la edad y sexo del niño (con una tolerancia máxima de dos desviaciones estándar por debajo de la media convenida). Al ubicarse la talla por debajo del margen correspondiente a la edad, el peso registrado; aún cuando aisladamente corresponde al rango adecuado para la talla, es normalmente inferior al que debiera tener en condiciones de desarrollo normales.

Observación: En el caso del niño que padece desnutrición crónica, caracterizada en este método por baja talla en relación al crecimiento esperado, el momento (la edad del niño) de la intervención para mejorar su estado nutricional puede ser determinante para observar o no una

recuperación sensible en la evolución de la talla; sin embargo, el impacto visible a través de este solo indicador no refleja el impacto que ciertamente se puede registrar en otras esferas de su crecimiento y desarrollo.

Por lo anterior, la atención prioritaria y urgente de este grupo (muy numeroso en nuestra muestra y en el país), atiende más a la consideración de corregir sus oportunidades de desarrollo que al objetivo de recuperar la talla que le correspondería.

Agudo

Registra una evolución satisfactoria en el crecimiento (talla) con relación a la edad y sexo del niño. El déficit nutricional se manifiesta en un peso menor al que debe corresponder a la talla y edad del niño, por lo que se infiere que ha perdido o dejado de ganar peso en un período reciente, clasificándose consecuentemente como agudo.

Observación: Agudo crítico se denomina a los casos agudos extremos, donde el bajo peso se ubica por debajo de un rango convencionalmente definido, indicando una condición adicionalmente crítica.

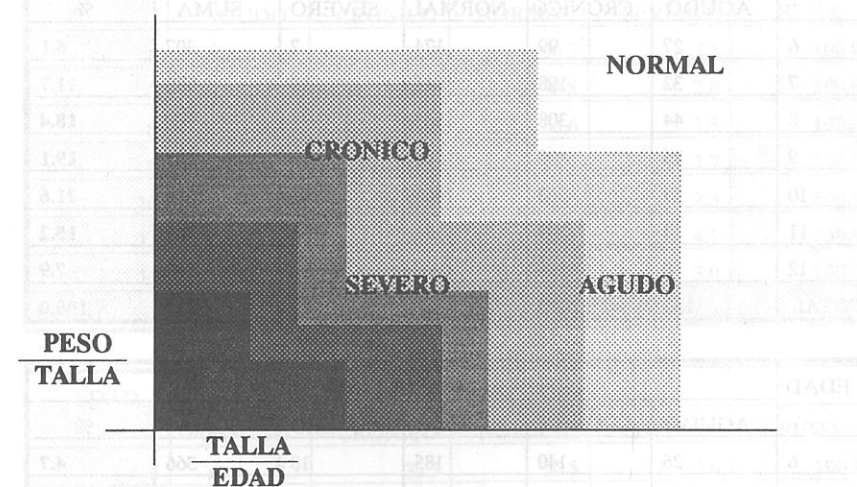
Independientemente de la precisión del término con referencia a la temporalidad del proceso de desnutrición, lo cierto es que empíricamente, en la experiencia del INNSZ, se trata de un grupo que a juzgar por los indicadores de peso - talla utilizados para el seguimiento periódico de los programas nutricionales, es muy sensible a la recuperación de peso consecuente al suministro del complemento alimenticio utilizado.

Severo

En la definición de crónico se toma como referencia la talla menor a la correspondiente para la edad del niño.

En el caso de los niños con desnutrición severa, se añade a este déficit una desproporción adicional entre la talla y el peso esperado para la misma, indicando probablemente la superposición de un proceso agudo a una condición crónica pre-existente o, en cualquier caso, una situación extrema de los indicadores combinados peso-talla/talla-edad, inferior a la definida para las condiciones anteriores.

Cuadro 1: Gráfica de posición del indicador combinado peso-talla/talla-edad.



2. Presentación de los resultados

2.1. Estado nutricional:

Tablas nominales con peso, talla, edad e indicador combinado por albergue y estado.

Cuadro 2. Número total de niños por edad, sexo y estado nutricional.

EDAD	CONCENTRADO				SUMA
	AGUDO	CRONICO	NORMAL	SEVERO	
6	55	239	359	20	673
7	74	478	704	36	1292
8	95	781	1072	43	1991
9	86	898	1081	31	2096
10	99	1370	1216	58	2743
11	69	1224	853	60	2206
12	33	1211	576	39	1859
TOTAL	511	6201	5861	287	12860

EDAD	FEMENINO				SUMA	%
	AGUDO	CRONICO	NORMAL	SEVERO		
6	27	99	174	7	307	6.1
7	32	198	346	12	588	11.7
8	44	308	563	14	929	18.4
9	26	405	518	16	965	19.1
10	39	563	463	25	1090	21.6
11	14	539	181	31	765	15.2
12	0	386	0	12	398	7.9
TOTAL	182	2498	2245	117	5042	100.0

EDAD	MASCULINO				SUMA	%
	AGUDO	CRONICO	NORMAL	SEVERO		
6	26	140	185	13	366	4.7
7	42	280	358	24	704	9.0
8	51	473	509	29	1062	13.6
9	60	493	563	15	1131	14.5
10	60	807	753	33	1653	21.1
11	55	685	672	29	1441	18.4
12	33	825	576	27	1461	18.7
TOTAL	329	3703	3616	170	7818	100.0

Cuadro 3. Porcentaje total de niños por edad, sexo y estado nutricional.

EDAD	CONCENTRADO				SUMA
	AGUDO	CRONICO	NORMAL	SEVERO	
6	8.2	35.5	53.3	3.0	100.0
7	5.7	37.0	54.5	2.8	100.0
8	4.8	39.2	53.8	2.2	100.0
9	4.1	42.8	51.6	1.5	100.0
10	3.6	49.9	44.3	2.1	100.0
11	3.1	55.5	38.7	2.7	100.0
12	1.8	65.1	31.0	2.1	100.0
TOTAL	4.0	48.2	45.6	2.2	100.0

EDAD	FEMENINO				SUMA	%
	AGUDO	CRONICO	NORMAL	SEVERO		
6	8.8	32.2	56.7	2.3	100.0	
7	5.4	33.7	58.8	2.0	100.0	
8	4.7	33.2	60.6	1.5	100.0	
9	2.7	42.0	53.7	1.7	100.0	
10	3.6	51.7	42.5	2.3	100.0	
11	1.8	70.5	23.7	4.1	100.0	
12	0.0	97.0	0.0	3.0	100.0	
TOTAL	3.8	49.5	44.5	2.3	100.0	

EDAD	MASCULINO				SUMA	%
	AGUDO	CRONICO	NORMAL	SEVERO		
6	7.7	38.3	50.5	3.6	100.0	
7	6.0	39.8	50.9	3.4	100.0	
8	4.8	44.5	47.9	2.7	100.0	
9	5.3	43.6	49.8	1.3	100.0	
10	3.6	48.8	45.6	2.0	100.0	
11	3.8	47.5	46.6	2.0	100.0	
12	2.3	56.5	39.4	1.8	100.0	
TOTAL	4.2	47.4	46.3	2.2	100.0	

Cuadro 4. Número total de niños por estado nutricional y sexo, concentrado por estados.

ESTADO	TOTAL NACIONAL											
	AGUDO		CRONICO		NORMAL		SEVERO		TOTAL			
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%		
CAMPECHE	3	2.1	84	59.6	52	36.9	2	1.4	141			
CHIAPAS	68	4.0	1014	59.2	570	33.3	62	3.6	1714			
CHIHUAHUA	72	4.8	287	19.1	1130	75.3	11	0.7	1500			
DURANGO	13	15.5	24	28.6	46	54.8	1	1.2	84			
GUERRERO	52	3.7	810	58.3	491	35.3	36	2.6	1389			
HIDALGO	22	3.4	232	35.4	391	59.6	11	1.7	656			
JALISCO	4	2.4	72	43.9	81	49.4	7	4.3	164			
MEXICO	3	1.9	81	50.6	75	46.9	1	0.6	160			
MICHOACAN	11	2.8	147	38.0	223	57.6	6	1.6	387			
NAYARIT	24	4.6	122	23.2	373	70.9	7	1.3	526			
OAXACA	106	4.1	1542	59.6	862	33.3	76	2.9	2586			
PUEBLA	28	2.4	640	55.1	469	40.4	24	2.1	1161			
QUERETARO	16	7.4	62	28.8	134	62.3	3	1.4	215			
QUINTANA ROO	1	0.8	81	61.8	47	35.9	2	1.5	131			
SINALOA	12	12.4	4	4.1	81	83.5	0	0.0	97			
SONORA	32	14.2	28	12.4	164	72.9	1	0.4	225			
VERACRUZ	34	3.4	530	53.5	397	40.1	30	3.0	991			
YUCATAN	10	1.4	441	60.2	275	37.5	7	1.0	733			
TOTAL	511	4.0	6201	48.2	5861	45.6	287	2.2	12860			

ESTADO	FEMENINO											
	AGUDO		CRONICO		NORMAL		SEVERO		TOTAL			
	NUM.	%	NUM.	%	NUM.	%	NUM.	%	NUM.	%		
CAMPECHE	1	3.4	21	72.4	6	20.7	1	3.4	29			
CHIAPAS	18	3.0	376	62.5	189	31.4	19	3.2	602			
CHIHUAHUA	24	4.0	128	21.6	438	73.9	3	0.5	593			
DURANGO	4	17.4	9	39.1	9	39.1	1	4.3	23			
GUERRERO	23	4.3	296	54.9	204	37.8	16	3.0	539			
HIDALGO	13	4.2	116	37.7	173	56.2	6	1.9	308			
JALISCO	4	4.9	35	43.2	37	45.7	5	6.2	81			
MEXICO	1	1.5	35	52.2	31	46.3	0	0.0	67			
MICHOACAN	5	3.4	60	41.4	77	53.1	3	2.1	145			
NAYARIT	10	4.2	67	28.4	154	65.3	5	2.1	236			
OAXACA	34	3.2	671	62.4	342	31.8	29	2.7	1076			
PUEBLA	12	2.6	262	57.2	175	38.2	9	2.0	458			
QUERETARO	4	5.0	22	27.5	53	66.3	1	1.3	80			
QUINTANA ROO	1	1.9	24	46.2	25	48.1	2	3.8	52			
SINALOA	4	12.1	3	9.1	26	78.8	0	0.0	53			
SONORA	9	10.1	14	15.7	65	73.0	1	1.1	89			
VERACRUZ	11	2.9	215	56.1	144	37.6	13	3.4	383			
YUCATAN	4	1.6	144	58.1	97	39.1	3	1.2	248			
TOTAL	182	3.6	2498	49.5	2245	44.5	117	2.3	5042			

ESTADO	MASCULINO										TOTAL
	AGUDO		CRONICO		NORMAL		SEVERO		TOTAL		
	NUM.	%	NUM.	%	NUM.	%	NUM.	%	NUM.	%	
CAMPECHE	2	1.8	63	56.3	46	41.1	1	0.9	112		
CHIAPAS	50	4.5	638	57.4	381	34.3	43	3.9	1112		
CHIHUAHUA	48	5.3	159	17.5	692	76.3	8	0.9	907		
DURANGO	9	14.8	15	24.6	37	60.7	0	0.0	61		
GUERRERO	29	3.4	514	60.5	287	33.8	20	2.4	850		
HIDALGO	9	2.6	116	33.3	218	62.6	5	1.4	348		
JALISCO	0	0.0	37	44.6	44	53.0	2	2.4	83		
MEXICO	2	2.2	46	49.5	44	47.3	1	1.1	93		
MICHOACAN	6	2.5	87	36.0	146	60.3	3	1.2	242		
NAYARIT	14	4.8	55	19.0	219	75.5	2	0.7	290		
OAXACA	72	4.8	871	57.7	520	34.4	47	3.1	1510		
PUEBLA	16	2.3	378	53.8	294	41.8	15	2.1	703		
QUERETARO	12	8.9	40	29.6	81	60.0	2	1.5	135		
QUINTANA ROO	0	0.0	57	72.2	22	27.8	0	0.0	79		
SINALOA	8	12.5	1	1.6	55	85.9	0	0.0	64		
SONORA	23	16.9	14	10.3	99	72.8	0	0.0	136		
VERACRUZ	23	3.8	315	51.8	253	41.6	17	2.8	608		
YUCATAN	6	1.2	297	61.2	178	36.7	4	0.8	485		
TOTAL	339	4.2	3703	47.4	3616	46.3	170	2.2	7818		

2.2. Descripción de la información obtenida.

Población estudiada

Se calificó el estado nutricional de 12,860 niños de 6 a 12 años, lo que representa el 74% de los niños estudiados y una muestra de poco más de la cuarta parte de la población infantil total de los albergues.

Cuadro 5. Población infantil total/muestra

POBLACION	ALBERGUES*		MUESTRA	
	NUM.	%	NUM.	%
POBLACION	46,966	100%	12,860	27.4%
Nº DE ALBERGUES	1,157	100%	457	39.5%

La población estudiada muestra una distribución por sexo y grupo de edad similar a la composición de la población infantil total de los albergues, donde cerca del 60% son niños y la mitad de la población corresponde al grupo de 10 a 12 años de edad:

Cuadro 6. Distribución comparativa (total albergues vs. muestra) por sexo y grupo de edad.

	ALBERGUES	MUESTRA
niños	59.8%	60.8%
niñas	40.2%	39.2%
6 y 7 años	16.2%	15.2%
8 y 9 años	29.8%	31.8%
10 a 12 años	53.9%	53.0%

* sólo grupo de 6 - 12 años.

2.2. Principales conclusiones

Bajo el rubro NORMAL se ubica sólo el 45.6% de los niños, lo que significa que más de la mitad de la población albergada estudiada (53.4%) muestra algún grado de desnutrición.

Destaca la alta contribución de estados CRONICOS al total de niños con algún grado de desnutrición.

Cuadro 7. Proporción de desnutridos crónicos

Total de niños desnutridos	%	Desnutridos crónicos	%
6,999	100	6,201	89

2.2.1. Tipo de desnutrición

Por tipo de desnutrición, el problema se agrava también al paso de los años, pues el incremento global (de 46.7 en el grupo de 6 años a 69.0 % en el de 12 años) se compone de una mayor proporción de niños con desnutrición CRONICA, cuya contribución al problema pasa del 76% al 94% respectivamente en estos grupos de edad.

2.2.2. Desnutrición por grupo de edad

Los resultados del estudio se presentan agrupados a nivel nacional en 7 grupos de edad (de 6 a 12 años).

Normales

Las cifras por edad muestran un claro deterioro del estado nutricional en el tiempo, pues el porcentaje de niños NORMALES se reduce de 53.3 y 54.5 % para los grupos de 6 y 7 años respectivamente, a 38.7 y 31.0 % para los niños de 11 y 12 años.

Desnutridos

De la proporción global de desnutrición reportada (53.4%), el porcentaje de niños afectados por los diversos grados de desnutrición se eleva de 43.5% a los 7 años a 69.0% para el grupo de 12 años.

2.2.3. Desnutrición por sexo

Las diferencias en prevalencia y tipo de desnutrición son poco sensibles entre niñas y niños en el grupo de edad de 6 años. Sin embargo, la evolución a lo largo de los años muestra en el corte estudiado un deterioro más acentuado en el caso de las niñas, con un salto brusco entre los 10 a los 12 años, en que la proporción de niñas NORMALES cae del 42.5% a 0.0%.

2.2.4. Desnutrición por estados

Sinaloa (83.5%), Chihuahua (75.3%), Sonora (72.9%) y Nayarit (70.9) muestran las tasas más altas de niños NORMALES, destacando que además los niños desnutridos corresponden mayormente a episodios agudos.

Chiapas (66.74%), Oaxaca (66.67%), Guerrero (64.65%), Quintana Roo (64.12%), Campeche (63.12%) y Yucatán (62.48%) muestran las más altas tasas de desnutrición.

La concentración de desnutrición CRONICA se observa preponderantemente en los grupos de niños desnutridos de los estados de Quintana Roo (96.4%), Yucatán (96.3%), Campeche (94.4%), Guerrero (90.2%), Oaxaca (89.4%) y Chiapas (88.6%).

De un total de 287 casos críticos, clasificados como SEVEROS, el 80% se concentra en cinco estados: Oaxaca (76 niños), Chiapas (62), Guerrero (36), Veracruz (30) y Puebla (24).

3. Recomendaciones

Una de las limitantes más graves en los programas dirigidos a mejorar la alimentación de los niños ha sido la ausencia de instrumentos de evaluación y seguimiento de los propósitos básicos de la acción de las instituciones: el mejoramiento del estado nutricional de los niños.

La experiencia del DIF en diferentes estados donde se han instrumentado programas de complementación alimenticia y vigilancia epidemiológica de la nutrición con la participación del INNSZ ha permitido establecer parámetros confiables de evaluación del impacto de los programas a través de la medición periódica (mensual, semestral) de la evolución del crecimiento y desarrollo de los niños, principalmente mediante los indicadores de peso y talla.

1a. Recomendación

Adoptar la metodología probada en la ENAL. Independientemente de que cada estado promueva diversas iniciativas con la participación de dependencias federales, instituciones gubernamentales y organismos privados es indispensable compartir un método de planeación y evaluación para poder conocer el impacto y avance real de las acciones.

2a. Recomendación

Promover programas de complementación alimenticia y vigilancia epidemiológica de la nutrición en cada estado, donde se localizan los albergues escolares indígenas. Las cifras por edad muestran un claro deterioro del estado nutricional el el tiempo, pues el porcentaje de niños NORMALES se reduce de 53.3 y 54.5% para los grupos de 6 y 7 años respectivamente, a 38.7 y 31.0% para los niños de 11 y 12 años.

Aprovechando los recursos y experiencias particulares de cada gobierno y de organismos no gubernamentales deberán

concretarse los mecanismos de colaboración para que las instituciones responsables sumen sus recursos con una orientación común: la mejoría objetiva de los indicadores de impacto nutricional en los niños indígenas de los albergues.

3a. Recomendación

Instrumentar una evaluación periódica de los indicadores peso/talla para monitorear el avance de los programas. A partir de la información individual con que se cuenta para la tercera parte de la población infantil de los albergues, se cuenta con una medida inicial que, independientemente de que se logre la incorporación de la totalidad de los albergues y niños, representa un parámetro de referencia para determinar la evolución de las acciones que a partir de este momento se implementen en apoyo a la nutrición de esa población.

4a. Recomendación

Ampliar la cobertura de los programas de ayuda alimentaria consistentes en distribución de despensas. La población estudiada en los albergues comprende sólo al grupo de edad de 6 a 12 años, pero al registrar cifras de desnutrición del 53.3 y 54.5 % para los grupos de 6 y 7 años se puede inferir que el deterioro de su condición nutricional se inicia desde etapas más tempranas de su crecimiento, señalando la necesidad de dirigir la ayuda alimentaria a las familias y mejorar su nutrición, especialmente en los grupos de riesgo: niños de 0 a 5 años, mujeres embarazadas y madres en período de lactancia.

5a. Recomendación

Formular un programa de atención a la salud para aquellos albergues que no cuentan con acceso a servicios de salud.

En materia de vacunación, y a partir de que el Fideicomiso informó a la Subsecretaría de Organización y Desarrollo de la

Secretaría de Salud y a la Subdirección de Salud y Bienestar Social del INI de la ausencia de cobertura de atención médica a cerca del 50% de la población albergada, se diseñó un programa de vacunación universal para albergues, generando dispositivos específicos para la atención (dentro del CONAVA) de los albergues sin cobertura médica a través de los centros de salud (SSa) y centros coordinadores indigenistas (INI).

Las instituciones participantes no garantizan la continuidad de la atención a la salud de los niños indígenas más allá de la campaña, por lo que se recomienda que los DIF de los estados instrumenten mecanismos permanentes de atención a esta población.

6a. Recomendación

Promover medidas de saneamiento ambiental en las comunidades y en los albergues mismos, para apoyar las acciones de salud y nutrición de los niños. La estrecha relación entre enfermedades infecciosas y desnutrición, constatada en la fase de campo de este estudio, sugiere la necesidad de instrumentar un programa de saneamiento que contemple la protección de las fuentes y calidad del agua, la disposición sanitaria de excretas, y medidas de tratamiento y prevención de enfermedades infecciosas en general.

DIAGNOSTICO DE SALUD Y NUTRICION
EN ALBERGUES ESCOLARES
PARA NIÑOS INDIGENAS
y
PRIMER REPORTE:
INDICADORES NUTRICIONALES

se terminó de imprimir en México, D.F. el 30 de noviembre de 1992
en los talleres de Impresos Serigráficos de México,
con un tiraje de 3 000 ejemplares.
El diseño de la Serie, la tipografía y formación
y el cuidado de edición
estuvieron a cargo de Miguel Angel Sagone