



FIDANIM A.C.

FIDEICOMISO PARA LA SALUD DE LOS NIÑOS INDÍGENAS DE MÉXICO

24 de enero de 2001.

**Programa Nacional en Cumplimiento al Derecho a la Alimentación de la Niñez
de los Pueblos Indios de México
(P.N.C.D.A.N.P.I.M.)**

El Programa Nacional en Cumplimiento al Derecho a la Alimentación de la Niñez de los Pueblos Indios de México (P.N.C.D.A.N.P.I.M.) es una propuesta formulada por el Fideicomiso para la Salud de los Niños Indígenas de México y el Instituto Nacional Indigenista con el propósito de coadyuvar en la búsqueda de alternativas de mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la niñez indígena, entendiendo como parte de ésta a los niños y niñas indígenas junto con sus madres.

El P.N.C.D.A.N.P.I.M. recoge el espíritu de los Acuerdos de San Andrés firmados por el Gobierno Federal y el Ejército Zapatista de Liberación Nacional, por tal motivo, hasta que la Constitución Mexicana comprenda los cambios constitucionales necesarios expresados en la Ley COCOPA con respecto a los Derechos y Cultura Indígena esta propuesta será presentada a las instituciones correspondientes y a las organizaciones de los Pueblos Indios de México como un documento de trabajo para su lectura, análisis, discusión, corrección y aprobación si los actores lo consideran necesario.

Este documento representa la mitad del trabajo que se tiene que hacer en la formulación de propuestas de trabajo con los Pueblos Indios, puesto que la otra mitad implica la apertura de espacios de diálogo en donde los representantes de organizaciones y comunidades indígenas, ONG's, especialistas en los temas de nutrición y salud y las instituciones gubernamentales consensan una propuesta en la que estén reflejados los intereses de todos los actores involucrados.

Consensado el P.N.C.D.A.N.P.I.M. se requiere de su traducción lingüística y cultural para la generación de materiales orales, gráficos y escritos en castellano y en lenguas locales, para su puesta en práctica por miembros de las comunidades indígenas que así lo decidan.

Presentación:

México es un país muy rico en recursos naturales, conviviendo con esa riqueza existen municipios con niveles de bienestar alarmantes, severas condiciones de marginación y pobreza. De los 2428 municipios con los que cuenta el país, el 20 % vive en condiciones de muy alta marginalidad. Esto se traduce en una carencia de servicios públicos suficientes y eficientes; vías de comunicación; salud y saneamiento; educación; falta de créditos para proyectos de desarrollo económico y cultural; entre muchas otras carencias. Las condiciones de vivienda alcanzan índices preocupantes, no solamente con respecto a la falta de servicios; muchas de las construcciones están en mal estado, el hacinamiento tiene un porcentaje muy alto, los espacios son sumamente reducidos para el número de personas que la habitan, por lo general, estas viviendas tienen un solo cuarto en donde se llevan a cabo todas las actividades de la familia, como comer y dormir.

Dentro del Programa Nacional en Cumplimiento del Derecho a la Alimentación de la Niñez de los Pueblos Indios de México (P.N.C.D.A.N.P.I.M.) se contemplarán estos 476 municipios más empobrecidos del país. Los cuales están ubicados en 17 estados de la República Mexicana: Oaxaca con 221 municipios; Veracruz con 60 municipios; Puebla con 53 municipios; Chiapas con 39 municipios; Guerrero con 34 municipios; Hidalgo con 17 municipios; San Luis Potosí con 15 municipios; Chihuahua con 12 municipios; Yucatán con 8 municipios; Michoacán con 6 municipios; Durango con 3 municipios; Guanajuato y Querétaro con 2 municipios; Estado de México, Jalisco, Nayarit y Nuevo León con un municipio.

El Programa Nacional de Atención a 250 microregiones, cobertura del P.N.C.D.A.N.P.I.M. distribuye a estos 476 municipios en regiones de alta prioridad. En Chiapas los municipios están distribuidos en 15 regiones; en Chihuahua en 12 regiones; en Durango en 2 regiones; en Guanajuato en 1 región; en Guerrero en 32 regiones; en Hidalgo en 7 regiones; en Jalisco en 1 región; en el Estado de México en 1 región; en Michoacán en 3 regiones; en Nayarit en 1 región; en Nuevo León en 1 región; en Oaxaca en 101 regiones; en Puebla en 23 regiones; en Querétaro en 2 regiones; en San Luis Potosí en 14 regiones; en Veracruz en 32 regiones; y en Yucatán en 3 regiones.

De las 250 regiones, 201 se componen de 1 municipio; 12 regiones de 2 municipios; 9 regiones de 3 municipios; 7 regiones de 4 municipios; 4 regiones de 5 municipios; 4 regiones de 6 municipios; 4 regiones de 7 municipios; 2 regiones de 8 municipios; 2 regiones de 9 municipios; 1 regiones de 11 municipios; 2 regiones de 12 municipios; 1 regiones de 16 municipios; 1 regiones de 17 municipios; y 1 región de 22 municipios.

En las 250 regiones hay una población de 5, 499,585. Sabemos que la pobreza golpea más a los indígenas, el 78 % de los municipios tipificados en muy alta marginalidad son municipios indígenas. El P.N.C.D.A.N.P.I.M. atenderá a estos 372 municipios

indígenas donde se calcula una población de 4, 657,422 y una población indígena estimada de 3, 819, 787.

Según los datos de INEGI de los niveles de bienestar en los municipios del país tenemos que el porcentaje de viviendas con piso de tierra en los estados que comprenden los municipios indígenas contemplados en el Programa es altísimo, fluctúa entre 51 y 88 %. Entre el 61 y 93% de las viviendas no cuenta con drenaje; del 32 al 56% no cuenta con agua entubada; del 30 al 69 % no cuentan con energía eléctrica; del 62 al 96 % utilizan leña o carbón para cocinar y del 10 al 34% cuenta con un solo cuarto.

En estos municipios indígenas se hablan 33 idiomas con sus respectivas variantes en cada uno de los estados:

Amuzgo: Oaxaca;

Cakchikel: Chiapas

Cora: Jalisco, Nayarit Cuicateco: Oaxaca

Chatino: Oaxaca

Chinanteco: Veracruz, Oaxaca Chol: Chiapas

Chontal: Oaxaca

Huasteco: Hidalgo, San Luis Potosí, Veracruz, Oaxaca

Huave: Oaxaca

Huichol (Wixárika): Durango, Jalisco, Nayarit

Kanjobal: Chiapas

Mame: Chiapas, Oaxaca

Maya: Yucatán

Mazahua: Puebla

Mazateco: Puebla, Oaxaca

Mixe: Oaxaca

Mixteco: Veracruz, Oaxaca

Náhuatl: Hidalgo, Michoacán, Puebla, San Luis Potosí, Oaxaca, Veracruz Otomí: Hidalgo, Veracruz, Puebla, Oaxaca

Pame: San Luis Potosí

Popoluca: Puebla, Veracruz

Purepecha: Michoacán

Tarahumara: Chihuahua

Tepehua: Hidalgo, Veracruz

Tepehuan: Chihuahua, Durango

Tojolabal: Chiapas

Totonaca: Puebla, Veracruz, Oaxaca Triqui: Oaxaca

Tzeltal: Chiapas

Tzotzil: Chiapas, Oaxaca

Zapoteco: Chiapas, Oaxaca, Puebla, Veracruz, Yucatán Zoque: Chiapas, Oaxaca

Justificación:

Los municipios comprendidos dentro del P.N.C.D.A.N.P.I.M. están categorizados como de muy alta marginalidad. El 78% del total de los municipios son indígenas. Estos datos dicen todo, la población indígena vive en condiciones mucho más precarias que el resto de la población nacional.

La niñez indígena como grupo vulnerado resiente de manera mucho más dramática la pobreza, pues esta situación pone en peligro sus derechos a la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo. Las tasas de mortalidad son mayores conforme aumenta la proporción de población indígena, tenemos, según datos oficiales, que a escala nacional la tasa de mortalidad es de 28.2/1000 pero en los grupos indígenas es de 48.3/1000 y se concentran en el grupo de 1 a 5 años. Así, los niños y niñas resultan fuertemente afectados en su salud por las graves condiciones de existencia de sus pueblos.

La salud es considerada como un indicador de bienestar, es una de las medidas de la pobreza. Entre los pueblos indios, la salud es uno de los reflejos más claros de la miseria en la que viven: falta de agua potable, hacinamiento, manejo deficiente de excretas, viviendas inadecuadas, carencia de vías de comunicación, pobre acceso a servicios institucionales de salud, etc.

De acuerdo a la información publicada por el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en 1991, de las diez primeras causas de enfermedad entre los indígenas, el 80% fueron de origen infeccioso. Las cinco principales causas de mortalidad en el país corresponden a enfermedades no transmisibles, mientras que tres de las cinco causas primeras de mortalidad entre la población indígena son transmisibles: infecciones intestinales, neumonía, influenza y sarampión. Buena parte de estos problemas de salud se originan por la falta de servicios y de adecuadas condiciones de vida.

Según el primer Diagnóstico de Salud de la Niñez Indígena de México, realizado por el FISANIM con el financiamiento de SEDESOL, otorgado a través del INI y realizado en colaboración con dicha institución y la Secretaría de Salud, en el año de 1990, la niñez indígena aporta cifras alarmantes en materia de padecimientos prevenibles y controlados en otros sectores de población, siendo éstos causa importante de enfermedad, invalidez y muerte entre los niños y niñas indígenas.

Seis causas aparecen siempre entre los primeros diez lugares de las estadísticas epidemiológicas, cuando se analizan los daños a la población infantil: gastroenteritis infecciosa, bronconeumonía, insuficiencia respiratoria, traumatismos craneo-encefálicos, prematuridad y desnutrición. En este mismo diagnóstico encontramos que el 87% de los niños y niñas indígenas padecen desnutrición crónica adaptada (segundo grado), y ni una sola niña, mayor de diez años presenta condiciones de normalidad nutricional.

La desnutrición infantil es uno de los problemas más graves vividos en las regiones de alta marginalidad. Está comprobado que ésta se origina debido a la escasez de alimentos, pobre calidad de la dieta, alimentación complementaria tardía en el lactante, efecto de enfermedades infecto-contagiosas y hábitos alimenticios nocivos, que afectan entre el 70 y el 80% de la población menos de 5 años, mientras que entre población no indígena el mismo rango va del 35 al 50%. (Zolla, 1993:35) La desnutrición severa en los niños y niñas lactantes y menores de cinco años tiene efectos profundos, produce daños permanentes e irreversible en sus cuerpos y sus mentes: afecta su fuerza física, disminuye su resistencia a las enfermedades y reduce sus capacidades intelectuales.

La desnutrición está detrás de la mayoría de las muertes infantiles por enfermedades infecciosas, las principales causas de enfermedad y muerte en las regiones indígenas son las infecto-contagiosas (las gastroenteritis, en primer lugar), el 83.6% de la mortalidad infantil en regiones indígenas tiene como causa las infecciones intestinales mientras que en el ámbito nacional el promedio es de 27.3%. Estas enfermedades manifiestan el impacto de las precarias condiciones de vida y de infraestructura sanitaria, la posibilidad de disponer de una vivienda digna, un abasto suficiente de agua potable, una adecuada infraestructura para la disposición de excretas o basura y, sobre todo, una dieta rica en nutrientes, sigue siendo un objetivo difícil de alcanzar, de no modificarse condiciones estructurales que determinan la enfermedad o la muerte.

En la medida que concibamos que la situación de la niñez indígena de México es resultado de la pobreza y que ésta a su vez es el resultado de la larga historia de invisibilidad del indio podemos ir albergando una propuesta real para ir mejorando la situación, "Las mujeres [indígenas] demandamos el cumplimiento del derecho a la salud para todos los pueblos indígenas del país. Nuestros problemas de salud son producto de una marginación ancestral, de la miseria, de la discriminación y del racismo". Estas dos condiciones nos llevan primero, a formular programas que tengan como finalidad atacar las causas reales tanto de la desnutrición como de las condiciones de salud en general en la que viven las regiones indígenas y segundo, a reconocer que la autonomía es el mejor marco para establecer canales de participación, en donde haya un verdadero reconocimiento de las necesidades y los saberes de los pueblos indios.

El modelo de salud que el Estado mexicano ha aplicado no ha respondido eficientemente a la obligación de garantizar el derecho a la alimentación y a la salud de los pueblos indígenas, los programas no han sido enfocados correctamente, desconocen y no respetan las culturas a las que están dirigidos, el modelo curativo prevalece sobre el preventivo y hay muy poca sensibilidad a la situación de la salud de los pueblos indios, evidencia de esto es que la inversión a infraestructura sanitaria es mínima y la participación de los pueblos indios en la búsqueda de alternativas de solución es nula. Arribar a una mejor respuesta a las enfermedades de la pobreza requiere de un nuevo modelo de salud que impulse la participación de los pueblos y comunidades indígenas de conformidad con el espíritu del artículo 25, fracción 2, del

Convenio 169 de la OIT: “Los servicios de salud deberán, en la medida de lo posible, organizarse a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales”.

Y de conformidad con la lucha por los derechos y cultura indígena que los pueblos indios del país enarbolan, expresados en los Acuerdos de San Andrés, en donde en el documento 2, Propuestas Conjuntas que el Gobierno Federal y el EZLN se Comprometen a Enviar a las Instancias de Debate y Decisión Nacional, Correspondientes al Punto 1.4 de las Reglas de Procedimiento, en el punto donde se presenta los principios que deben normar la nueva relación entre los pueblos indígenas y el estado y el resto de la sociedad, a la letra dice: “Las políticas, leyes, programas y acciones públicas que tengan relación con los pueblos indígenas serán consultadas con ellos. El Estado deberá impulsar la integridad y concurrencia de todas las instituciones y niveles de gobierno que inciden en la vida de los pueblos indígenas, evitando las prácticas parciales que fraccionen las políticas públicas. Para asegurar que su acción corresponda a las características diferenciadas de los diversos pueblos indígenas, y evitar la imposición de políticas y programas uniformadores, deberá garantizarse su participación en todas las fases de la acción pública, incluyendo su concepción, planeación y evaluación... Puesto que las políticas en las áreas indígenas no solo deben ser concebidas con los propios pueblos, sino implementadas con ellos, las actuales instituciones indigenistas y de desarrollo social que operan en ellas deben ser transformadas en otras que conciban y operen conjunta y concertadamente con el Estado los propios pueblos indígenas”.

La primera prioridad del P.N.C.D.A.N.P.I.M. será la reconstrucción de los pueblos indios y esto no puede hacerse en tanto no se asegure la supervivencia de la niñez. Como primer paso es necesario abatir la desnutrición infantil y fortalecer a las madres gestantes y lactantes. En la Cumbre Mundial sobre la Alimentación que se celebró de 13 al 17 de noviembre de 1996, se reafirmó el derecho de toda persona a tener acceso a alimentos sanos y nutritivos. El alimento es una necesidad básica del ser humano, por tal motivo, se iniciará con un Programa Nacional de Emergencia Alimentaria (P.N.E.A.), éste deberá atender al 35% de la población ubicada en los municipios indígenas de las 250 regiones de alta prioridad, la cual se refiere a la población más vulnerada: mujeres embarazadas; ancianos; niños y niñas menores de cinco años y lactantes.

El trabajo en el campo de la nutrición por parte del Fideicomiso para la Salud de los Niños Indígenas de México, A.C., les ha permitido ubicar que en seis meses de implementado el Programa Nacional de Emergencia Alimentaria se empiezan a tener resultados contundentes de mejoramiento del estado nutricional de la población objetivo. Pero este Programa para que tenga efectos reales y permanentes no puede ser suspendido hasta que las regiones indígenas tengan acceso a, primero, alimentos ricos en nutrientes y segundo, abasto de agua potable, infraestructura sanitaria adecuada y vivienda digna que les permitan salvaguardar su salud.

La reducción de la desnutrición nos dará la posibilidad de iniciar la segunda etapa del P.N.C.D.A.N.P.I.M. Como lo hemos venido argumentando la práctica de la salud no debe reducirse a la atención de las enfermedades, ésta remite necesariamente a las condiciones y calidad de vida. No son sólo los servicios de salud los que cambiarán a mediano plazo la situación de la salud vivida por los indígenas, este cambio será producto de las modificaciones sobre los distintos determinantes de las condiciones de vida.

En este sentido esta segunda etapa abordará el aspecto preventivo de la salud, que no se reduce a la impartición de reglas higiénico-sanitarias, sino que buscará educar en la promoción de mejores condiciones de vida. Esto significa que los pueblos indios mediante sus organizaciones deberán participar diciendo cómo, cuándo y para qué de las acciones de salud. La finalidad de esta segunda etapa, por tanto, será el análisis de los problemas de salud vividos en sus comunidades y la formulación de alternativas para solucionarlos.

El acceso, el manejo y la disponibilidad de los recursos que posea una comunidad humana, por factores socioeconómicos, políticos, geográficos y culturales, determinan en gran medida las posibilidades alimenticias, nutricionales y de salud. Por tal motivo, una tercera etapa implicará la ejecución de las distintas alternativas para dar solución a los problemas de salud, formuladas con los indígenas. Alternativas como el acceso a agua potable, servicios sanitarios adecuados, viviendas dignas, proyectos productivos viables, etc.

Carecer de servicios de abastecimiento suficiente de agua potable, de eliminación de excretas y basura favorece la contaminación por excrementos que propiciarán la mayoría de las enfermedades gastrointestinales. Carecer de una vivienda digna favorece a la proliferación de enfermedades respiratorias. Este grupo de enfermedades, junto con el anterior, ocupa los primeros lugares de frecuencia y de mortalidad en nuestro país.

Un Programa Nacional que ponga en práctica el cumplimiento el derecho a la alimentación es vital, la realidad indígena mexicana lo demanda. Poner como prioridad mejorar las condiciones de salud y nutrición de los niños en los programas de gobierno es una obligación que está sustentada en la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño y en la Cumbre Mundial a favor de la Infancia, en donde se dijo: “Los cimientos sobre los que se asienta la cúpula de protección que podemos construir sobre la gran mayoría de los niños del mundo se basan en el principio de máxima prioridad para la infancia. (...) en esencia, este principio consiste en conceder prioridad a la protección de la vida y el desarrollo normal de la infancia en el orden de preocupaciones sociales. Tal compromiso a favor de la infancia debe mantenerse en la fortuna y la adversidad, en tiempos normales y en tiempos de emergencia” (UNICEF, 1990, pág. 5)

La necesidad de un programa con estas características está sustentado además, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos que en su artículo 25, fracción 1 y 2, que a la letra dice: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios... La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales...”.

En la Convención sobre los Derechos del Niño en su artículo 6: “Los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño”; artículo 24, fracción 1: “Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud... [por lo que] adoptarán las medidas apropiadas para: a) reducir la mortalidad infantil y en la niñez; b) asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud; c) combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente; d) asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres; e) asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos; f) desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia” y artículo 27, en su primera fracción, en donde los Estados Partes “reconocen el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social” y tercera fracción “proporcionarán asistencia material y programas de apoyo, particularmente con respecto a la nutrición, el vestuario y la vivienda”.

Los niños y niñas indígenas, que suelen ser los primeros en enfermar y en morir de enfermedades prevenibles, merecen mejor trato. El Estado Mexicano se ve, por tanto, en la imperiosa necesidad de impulsar una política social que impulse programas prioritarios para que la población infantil de los pueblos indios mejore sus niveles de alimentación y salud, en donde los pueblos indios sean no los beneficiarios sino participantes primordiales en todo el proceso dando prioridad a la intervención de la mujer indígena. Un Programa que enarbole el Derecho a la Alimentación de la niñez indígena mexicana implica, en principio, tener claro que se debe vincular la nutrición con el desarrollo productivo y el mejoramiento de la infraestructura básica en las regiones indígenas más empobrecidas del país. Alimentación y salud son condiciones elementales para garantizar un estado saludable que permita el desarrollo cabal de los individuos, a su vez base para la reproducción de los grupos sociales.

Objetivos Generales del P.N.C.D.A.N.P.I.M.:

Hacer partícipes en todo el proceso: diseño, planeación, ejecución y evaluación a los Pueblos Indios a partir de sus organizaciones; a las ONG's y a expertos en la materia. Impulsar un Programa Nacional de Emergencia Alimentaria para mejorar los niveles de nutrición en mujeres embarazadas, niños y niñas lactantes y menores de cinco años.

Impulsar un Programa de Prevención en Salud que tenga como finalidad reflexionar sobre las condiciones de vida que afectan a la salud en las regiones indígenas que permita establecer alternativas de solución.

Mejorar la infraestructura en saneamiento ambiental, potenciando los recursos comunitarios para la salud.

Desarrollo del P.N.C.D.A.N.P.I.M.:

Las fallas en muchos programas y proyectos ejecutados en áreas indígenas son consecuencia de la poca participación de los indígenas en ellos. Para dar una mejor respuesta a esa problemática debemos proponernos nuevas perspectivas y nuevos criterios metodológicos.

Se requiere de un programa que priorice la participación activa de los pueblos indios para que sean ellos los actores fundamentales de las decisiones que afectan su vida. Es evidente que si queremos buscar iniciativas que verdaderamente resuelvan la problemática que viven los pueblos indios, éstas como un elemento indispensable deben incorporar la visión de los pueblos en tanto colectivos y su participación en el manejo y control de los programas.

La participación de los pueblos indios es un elemento fundamental en este programa en todas sus fases no sólo en algunas de ellas. La participación que están exigiendo los indígenas no se reduce a ejecutar acciones delineadas desde las instituciones, aunque su propósito sea loable. Exigen pasar de un rol de beneficiario a uno de involucrado en el proceso, es decir, exigen participar en la generación, decisión, planeación, gestión, ejecución y evaluación de programas y proyectos de los que forman parte porque sólo de esa manera se resolverán en forma real las problemáticas sufridas en sus regiones.

Siendo que la participación de las mujeres indígenas es determinante en la solución de los problemas de salud en sus comunidades y considerando que hombres y mujeres pueden experimentar las mismas realidades en formas distintas por los roles de género culturalmente construidos, uno de los ejes fundamentales del Programa es la cuestión de género. La participación activa de la mujer y el fortalecimiento de la organización femenina es condición indispensable en el proceso de búsqueda de alternativas que tengan como finalidad el mejoramiento de las condiciones de vida y salud en las regiones indígenas.

El trabajo realizado por Organizaciones No Gubernamentales comprometidas con los sectores más empobrecidos nos demuestra que tres elementos son estructurantes en el proceso de participación: 1) en un proceso de participación real, la información sobre la problemática a abordar es fundamental, ya que la información posibilita el intercambio y el análisis más adecuado de lo que se está enfrentando; 2) el acceso a la discusión y análisis, antes, durante y después del proceso, junto con otros actores involucrados como ONG's, instituciones gubernamentales, profesionistas, etc.; y 3) la participación en la toma de decisiones de las iniciativas, propuestas y alternativas de solución.

En este sentido, este programa se sustentará en una metodología que priorice la organización de los pueblos indios y de las comunidades indígenas, esto no es posible si no se plantea la elección de promotores locales. Esta participación directa de los pueblos indios implica en los hechos un reconocimiento a los saberes y conocimientos indígenas, en este sentido una condición que resulta esencial es la utilización de las lenguas indígenas, en todas las facetas del programa, esto último nos propone la elaboración de materiales en lengua indígena y orales. El saber tradicional y la lengua indígena, pese a que resulte externo y lejano a los grupos externos (ONG's e instituciones gubernamentales) no debe ser nunca más desvalorizado o ignorado sin que ello tenga consecuencias negativas tanto en la participación de los indígenas como en el alcance de los objetivos propuestos.

El P.N.C.D.A.N.P.I.M. se llevará a cabo en tres fases:

-Primera fase: Pre-operativa.

Buscar soluciones realistas a los problemas vividos en las regiones indígenas requiere arribar al consenso entre los diferentes actores (indígenas, ONG's, expertos en materia, instituciones gubernamentales, etc.) sobre los problemas y sobre perspectivas aceptables para solucionar éstos.

Este consenso es posible en tanto haya espacios de diálogo, intercambio, discusión de iniciativas, sistematización del saber y de las experiencias que permitan la elaboración de un proyecto de todos. Este diálogo se define a partir de un tema central considerado como prioritario, que en este caso es el derecho a la alimentación y la salud.

Se trata pues en esta fase, de analizar estos aportes que construyan y hagan factible un proceso generado desde los mismos sectores indígenas quienes son los que reciben los resultados y de las organizaciones e instituciones involucradas en este mismo proceso. Este primer paso antes de entrar en la operación del Programa es indispensable ya que ayuda a evitar que un actor externo (ONG o institución gubernamental se convierta en un elemento indispensable que fomente relaciones de dependencia y convierta la iniciativa en un Programa asistencialista.

Esta fase nos plantea las siguientes tareas:

Realización de un Foro Nacional en Cumplimiento al Derecho a la Alimentación de la Niñez de los Pueblos Indios de México donde participen las organizaciones indígenas; ONG's; instituciones gubernamentales y expertos en la materia, que tenga como finalidad consensar un documento final del Programa Nacional en Cumplimiento al Derecho a la Alimentación de la Niñez de los Pueblos Indios de México que guíe la ejecución del mismo (esta iniciativa será presentada como un documento de trabajo). Sistematización de las experiencias metodológicas vertidas en el foro y trabajo sobre la elaboración de los materiales de trabajo a utilizar en las distintas fases y etapas.

Elaboración de los materiales de trabajo en lengua en sus distintas fases y etapas.

Segunda fase: Operación del programa.

La participación de los pueblos indios como hemos venido argumentando se tiene que dar en todas las fases del Programa. La participación de las organizaciones indígenas en particular y de las comunidades indígenas en general es esencial en esta fase. En la medida en que los indígenas vayan construyendo su rol activo desde el ámbito local podrán insertarse con mayor éxito en otros ámbitos regionales y nacionales.

En este sentido, la metodología a utilizar tendrá que priorizar la participación directa de las comunidades indígenas con respeto total a su cultura y a su forma de organización. La metodología tiene que incidir en el desarrollo de las capacidades de la gente para enfrentar sus necesidades; el desarrollo de sus capacidades de comprensión de su situación, de su realidad social y el desarrollo de su organización, de acción y de representación social. Es decir, la metodología debe facilitar un adecuado conocimiento y reconocimiento de la realidad rural e indígena específica donde se interviene, paso vital para llegar a alternativas nacidas de, con y para los indígenas, eliminando la "solución de los problemas" vividos en las regiones indígenas únicamente desde la perspectiva y visión de agentes externos.

En general la metodología que se propone para el P.N.C.D.A.N.P.I.M. en su fase de ejecución nos plantea cuatro tareas básicas:

Preparación del equipo que ejecutará el Programa:

Para definir quiénes integrarán el equipo que ejecutará el Programa se deberán tomar en cuenta las siguientes recomendaciones:

- a) En regiones en donde exista una organización indígena* serán ellos, junto con sus corresponsables de las instituciones gubernamentales, los que ejecutarán las acciones del Programa. Si existe una ONG con trabajo en la región participará en las acciones que acuerden con la organización indígena.

- b) En regiones en donde no exista una organización indígena pero se encuentren organizaciones locales u ONG's* con trabajo con los sectores indígenas serán ellos, junto con sus corresponsables de las instituciones gubernamentales, los que ejecutarán las acciones del Programa.¹
- c) En regiones en donde no exista ningún tipo de organización serán los agentes de las instituciones gubernamentales quienes ejecutarán las acciones del Programa.

Una vez establecido quiénes integrarán el equipo de trabajo se realizarán reuniones en cada una de las regiones llevadas a cabo por las comisiones en donde presentarán los materiales de trabajo en lengua. En estos se especificarán las actividades que el equipo de trabajo impulsará tanto en las comunidades como a nivel regional en cada una de las fases y etapas del Programa.

Un aspecto esencial para la mejor ejecución del Programa y en apego al Convenio 169 de la OIT en su artículo 31 se deberán adoptar medidas de carácter educativo con los agentes externos que estarán en contacto directo con los pueblos indios, con objeto de eliminar los prejuicios que pudieran tener con respecto a esos pueblos y además, con el objeto de que conozcan fielmente el espíritu y las acciones a llevar a cabo dentro del Programa.

Establecer un diálogo con los municipios y/o comunidades ubicadas en el campo de acción del Programa.

Esta tarea tiene la finalidad de establecer el compromiso, para detallar específicamente lo que implica su realización. Esto requerirá de visitas y entrevistas con las autoridades formales y tradicionales.

Efectuar las asambleas de compromiso en los municipios y/o comunidades.

En ellas debe quedar claro el espíritu del Programa, es decir se tendrá que responder el qué; porqué; cómo; durante cuánto tiempo; qué resultados se esperan y cuándo acabará. Si se aprueba se establecerán los compromisos y tareas que adquieren en este proceso todos los actores y se elegirán a l@s promotoras (es) que tendrán como tarea básica trabajar con el Programa.

En este punto es necesario aclarar que el promotor actuará en función de las capacidades que vaya adquiriendo en el proceso de ejecución del Programa, lo que significa que su rol está implícitamente determinado por la formación que se establezca con ell@s.

¹* Priorizamos en la ejecución del Programa a las organizaciones indígenas, locales y ONG's debido a que son ellas las que tienen más cercanía a las comunidades indígenas, además de ser actores activos en el análisis y discusión del Programa en su fase pre-operativa.

Realización del diagnóstico comunitario y/o regional.

Es claro para nosotros que si nos estamos refiriendo a regiones tipificadas con un muy alto grado de marginalidad las condiciones en las que se viven son deplorables. La realización de un diagnóstico local implica obtener en un paquete que contenga la visión de la comunidad sobre sus necesidades básicas, con la visión de los promotores externos y el diagnóstico hecho con documentos oficiales, esto con la finalidad de tener mayor información que permita una mejor deliberación de las alternativas que se deben implementar para mejorar las condiciones de alimentación y salud.

El diagnóstico hecho en la comunidad y con ella nos llevará a la obtención de un autodiagnóstico de los problemas vividos en sus comunidades y de la situación que guardan sus recursos. Esto posibilita la ponderación jerárquica de los problemas y de las alternativas de solución, así como de la instrumentación de proyectos de mejoramiento.

Esta fase por su amplitud requiere de la formulación de tres etapas para su operación, es importante recordar que las etapas no pueden operar si antes no se realizan las reuniones de trabajo con los equipos que ejecutarán el Programa en cada una de las regiones.

Primera Etapa: Programa Nacional de Emergencia Alimentaria.

Cuando hablamos de las enfermedades más frecuentes en la niñez indígena mexicana, las primeras que se nos presentan son las enfermedades gastrointestinales o respiratorias, pero una condición que siempre está presente en ambas enfermedades para que el final de éstas sea la muerte es la desnutrición. Un niño o niña que desde su gestación no consume los nutrientes que su cuerpo necesita para propiciar un desarrollo normal, no puede resistir a las infecciones y otras enfermedades que sufra. Como lo plantea David Werner y Bill Bower² “la mala alimentación, con sus enfermedades relacionadas, causa más muertes que ningún otro problema y es en especial un gran peligro para los niños pequeños”.

Defender el derecho a la salud de los niños y niñas indígenas nos obliga a empezar por defender su derecho a una alimentación adecuada y suficiente, “comer es lo primero”. Debemos tener, en principio, claro que la solución duradera y definitiva al problema de la desnutrición infantil en las regiones indígenas es imposible que se obtenga en las localidades sin tomar en cuenta e incidir en los planteamientos que se están dando a nivel nacional. Los aspectos sociales, económicos y políticos que están detrás del problema sólo pueden ser cambiados a mediano o largo plazo y requiere del fortalecimiento de la organización de los pueblos indios que les permitan tener planteamientos al respecto, además de la apertura de espacios en todos los niveles (local, municipal, regional, estatal y nacional) que tenga como finalidad la erradicación del hambre.

Este programa en su segunda etapa puede ser una aproximación al problema y a sus soluciones para que tengan impacto no sólo en forma local. Pero no podemos

quedarnos sentados a esperar que los grandes cambios sociales y económicos pongan punto final a la desnutrición. Esto es un proceso largo y necesitamos la búsqueda de acciones urgentes para enfrentar el problema ya. En este sentido, el trabajo que el FISANIM ha hecho en comunidades indígenas les permite dar respuesta a la pregunta de "... cómo hacer para resolver en pequeña escala (familiar, comunal, regional) los problemas más graves de desnutrición. Se propone un paquete de acciones que ya se han aplicado en algunas comunidades de la República (detección-acción), así como un programa que a corto y mediano plazo garantice que los avances logrados en mejorar la nutrición infantil permanezcan (vigilancia nutricional)".²

Antes de que los promotores realicen determinadas actividades de nutrición en sus comunidades, es importante que estudien los problemas de alimentación sufridos en ellas. El diagnóstico a la par con la formación permite ir introduciendo a los promotores en la problemática, este acercamiento posibilita a los promotores ir adaptando el P.N.E.A a las necesidades específicas de su comunidad. En ese proceso los promotores aprenden acerca de la desnutrición, las necesidades de alimentación de sus comunidades y qué hacer al respecto.

El P.N.E.A. deberá atender al 35% de la población ubicada en los municipios indígenas de las 250 regiones de alta prioridad, la cual se refiere a la población más vulnerada: mujeres embarazadas; ancianos; niños y niñas menores de cinco años y lactantes. En términos numéricos hablamos aproximadamente de 1, 700,000 personas. Tendrá como objetivo abatir la desnutrición infantil y fortalecer a las madres gestantes y lactantes.

Proponemos abordar esta etapa con la metodología trabajada por el FISANIM en el Programa de Nutrición con Niños Indígenas, éste se ha llevado a cabo en comunidades indígenas de Campeche, Guerrero, Morelos, Puebla, Sinaloa, Yucatán, Oaxaca y Chiapas. El Programa de Nutrición, en concordancia con los puntos básicos que establecimos en la metodología, inicia con contactos con las autoridades formales y tradicionales; establece como segundo paso el diagnóstico comunitario y se lleva a cabo a través de promotores y promotoras de las organizaciones e instituciones con las que se ha establecido acuerdos de trabajo, estos promotores han sido capacitado por el personal del Fideicomiso.

El FISANIM cuenta con distintos materiales que pone a disposición y que se han utilizado en el Programa de Nutrición: "Manual del Promotor"; "Material de referencia para promotores", Vol. I y II; y los "Manuales de Nutrición y Salud". En forma general el planteamiento de trabajo del Fideicomiso para enfrentar el problema de la desnutrición en la niñez indígena es el siguiente:

² Werner, David y Bill Bower. Aprendiendo a Promover la Salud. CEE, sexta reimpresión, México, 1994, pág. 477

1. Entrevista con autoridades y líderes formales y tradicionales 2. Diagnóstico comunitario.
2. Diagnóstico familiar y de vivienda.
3. Diagnóstico del estado nutricional de los niños.
4. Acuerdos con la comunidad: Presentación del diagnóstico y propuesta de trabajo. Designación de responsables. Determinación de cuota de recuperación. Integración de un fondo comunitario. Definición de proyectos comunitarios. Planeación participativa. Programa de trabajo y compromisos.
5. Programación de actividades.
6. Instrumentación de acciones de salud: Administración semestral de megadosis de vitamina A y suplementación con hierro. Desparasitación Atención oportuna de enfermedades diarreicas y respiratorias. Inmunizaciones de acuerdo con el Programa Nacional de Vacunación. Alimentación complementaria a partir de los tres meses utilizando alimentos disponibles en el hogar. Papilla proteico calórica complementario.
7. Programa de capacitación y organización.
8. Seguimiento de ganancia mensual de peso.
9. Evaluación.

Como ya lo habíamos mencionado el trabajo en el campo de la nutrición por parte del FISANIM, ha permitido ubicar que en seis meses de implementado el Programa Nacional de Emergencia Alimentaria se empezarán a tener resultados contundentes de mejoramiento del estado nutricional de la población objetivo. Pero este Programa para que tenga efectos permanentes no puede ser suspendido hasta que las regiones indígenas tengan acceso, primero, a alimentos ricos en nutrientes a través de una verdadera autosuficiencia alimentaria y segundo, a la posibilidad real de salvaguardar la salud de los niños y niñas indígenas en particular y de toda la población, en general, esto último requiere de mejorar las condiciones de vida.

Segunda Etapa: Programa Nacional de Prevención en Salud.

Luchar por el cumplimiento del Derecho a la Alimentación de la Niñez Indígena de México implica luchar por mejorar la nutrición, el desarrollo productivo y los niveles de vida en las regiones indígenas. El lema “comer es primero” nos establece que el proceso continúa, que no podemos estacionarnos solamente en un Programa de Nutrición. La reducción de la desnutrición es un primer paso, el segundo paso nos enfrenta a dos objetivos principales: la autosuficiencia alimentaria y el mejoramiento de la calidad de vida de los indígenas, a través del análisis de los problemas de salud vividos en sus comunidades y la formulación de alternativas para solucionarlos. En este sentido está segunda etapa abordará el aspecto preventivo de la salud.

La formación en esta etapa es fundamental, tanto de los promotores como de la población en general. Una parte de la formación es el autodiagnóstico, su elaboración y el análisis de los resultados que se obtengan a través de él son un medio que permite reflexionar sobre la situación socioeconómica que se vive en cada una de las regiones y las causas profundas e indirectas que la provocan. Entendiendo que el

autodiagnóstico se trabajará en forma paralela con la formación, éste consistirá en un proceso continuo que vaya permitiendo la reflexión. El autodiagnóstico se hará de tres temáticas: de las enfermedades más frecuentes en los niños y niñas, de las condiciones de vida que repercuten en la salud y de los recursos con los que cuentan las comunidades.

La reflexión sobre las causas que produce la desnutrición, las enfermedades gastrointestinales, respiratorias, dermatológicas y otras enfermedades permanentes en las comunidades indígenas y que en particular causan estragos en la niñez indígena es la que establece el camino que va a seguir la solución del problema. La formulación de las alternativas de solución debe estar basada en esta reflexión colectiva para que las acciones a implementar estén en función de las necesidades y recursos reales de la población. Trabajar un proceso con estas características nos lleva a aumentar la toma de conciencia de los indígenas respecto de sus necesidades, demandas y capacidad de propuestas.

El trabajo realizado por el Dr. Hernán García Ramírez³ en Veracruz y David Werner⁴ en Sinaloa proporciona una experiencia que sería muy importante reproducirla en este Programa. Los autores proponen una clasificación de las enfermedades dadas generalmente en las regiones rurales e indígenas basándose en las condiciones sociales que las provocan, dejan claro que en muchas enfermedades no se han encontrado una determinación social y que este modelo tiene imprecisiones teóricas, pero que brinda una herramienta útil para la formación de l@s promotoras (es).

Basándonos en este trabajo y el realizado por el FISANIM en colaboración con la Agrupación de Derechos Humanos "Xochitépetl" proponemos abordar distintas temáticas:

Derecho a una atención médica adecuada.

Es claro que los indígenas tienen poco acceso a los servicios médicos institucionales. Si lo tienen es de muy mala calidad, presenta grandes carencias como falta de medicamentos, falta de instrumental y equipamiento médico, se reduce a atención primaria, cuenta con poco personal que tiene nula asesoría de lo que significa trabajar con comunidades indígenas. Esta situación es una de las causas de que enfermedades que son perfectamente curables, se compliquen y lleguen a provocar la muerte.

Aunado a eso, los programas y las campañas no se adecuan a la región en donde se implementan y no respetan la cultura de las personas a los que van dirigidos. La relación doctor-paciente; doctor-comunidad; doctor-vecinos; doctor-autoridades es la

³ Salud, conciencia y organización. Fomento Cultural y Educativo, A.C., México, 1990, 158 p.p.

⁴ Desarrollo Rural en América Latina. La experiencia de algunas organizaciones no gubernamentales, GEYSER, GEA, A.C., diciembre, 1990, pág. 201-212

mayoría de las veces una relación vertical que impide el reconocimiento de los saberes tradicionales y las alternativas locales a distintas de las enfermedades sufridas en las regiones, de hecho, se condena y se incita a los indígenas a perder esas prácticas que se consideran retrógradas.

Desarrollo Rural en América Latina. La experiencia de algunas organizaciones no gubernamentales, GEYSER, GEA, A.C., diciembre, 1990, pág. 201-212

Se requiere por tanto, más presupuesto a la salud para mejorar los servicios prestados en las regiones indígenas, para que haya eficacia en la atención a las enfermedades que se presentan en las comunidades indígenas no sólo en la atención primaria. Además se requiere de un modelo de salud que respete y tome en cuenta los métodos de prevención, las prácticas curativas y la medicina tradicional, este aspecto lo consideramos vital en la práctica de los derechos de los pueblos indios, esto necesariamente implica una formación del personal médico en este aspecto. En el proceso de ejecución del Programa la utilización de la medicina tradicional y las prácticas curativas serán parte esencial dentro de las alternativas a llevar a cabo en el enfrentamiento a las enfermedades, junto con la medicina alópata.

Derecho a una alimentación adecuada y suficiente.

Las enfermedades que se pueden presentar por esta causa no se reducen a la desnutrición, también están la avitaminosis, raquitismo, anemia, bocio, entre otras. Esta reflexión nos llevará a plantear la necesidad de la autosuficiencia alimentaria que requiere proyectos productivos reales, sustentables y sostenibles, que fortalezca la vocación económica de los municipios indígenas.

Derecho a servicios sanitarios adecuados y agua potable.

Este tema nos remite a las enfermedades gastrointestinales como la diarrea, disentería, amibas, lombrices, entre otras. La falta de servicios sanitarios adecuados, de agua potable y de la adecuada eliminación de la basura favorece la contaminación por excrementos. Con respecto al agua se necesita no sólo tener agua potable sino también contar con ella en una cantidad suficiente.

Muchas comunidades indígenas en tiempo de secas sufren la escasez de agua que apenas alcanza para utilizarla en la cocina. Tener en cantidad suficiente el agua facilita el aseo diario de la familia, de la vivienda y de la comunidad, la escasez provoca, en los niños principalmente, enfermedades dermatológicas. Necesariamente las alternativas, en este rubro, pasarán por un conocimiento profundo de medidas higiénicas además de proyectos de letrización y abastecimiento de agua.

Derecho a una vivienda adecuada

Esta situación favorece que se presenten enfermedades respiratorias como la gripe, anginas, bronquitis, pulmonía, entre otras. Este grupo de enfermedades ocupa como ya lo hemos mencionado uno de los primeros lugares de frecuencia y de mortalidad en nuestro país, particularmente en las regiones más pobres. Proyectos de mejoramiento de vivienda son vitales para resolver esta problemática.

Derecho a la participación de la mujer.

En las comunidades indígenas es común la desvalorización de la mujer y su trabajo; las mujeres difícilmente participan de manera activa en la toma de decisiones que afecten a las comunidades; los espacios públicos son espacios para hombres. Esta concepción de la mujer repercute en el trato que le dan, son maltratadas física y psicológicamente por sus esposos; sus propuestas no son tomadas en cuenta; su trabajo se minimiza.

Ellas sin lugar a dudas son las más cercanas a los problemas de salud que se sufren en sus comunidades, su participación activa y el fortalecimiento de su organización es una condición indispensable en el proceso de búsqueda de alternativas que tengan como finalidad el mejoramiento de las condiciones de vida y salud en las regiones indígenas.

Consideramos que este tema debe ser valorado en distintos momentos del proceso, la participación de las mujeres requiere de una reflexión continua no sólo de las mujeres sino de toda la comunidad. Su participación directa aumentará la valoración de su trabajo, su autoestima y fortalecerá su confianza para la generación de propuestas. Esto a su vez impactará las relaciones de género, es decir, contribuirá en un cambio de la concepción del rol de la mujer y de la importancia de su participación en la toma de decisiones.

Es importante aclarar que el orden de los temas va a ser definido por los promotores a raíz de los resultados del autodiagnóstico de las enfermedades más frecuentes en los niños y niñas, pero para continuar con el hilo del Programa y por ser un grupo de enfermedades en donde la principal de ellas: la desnutrición, es muy frecuente en nuestro país y es la enfermedad que está detrás de muchas muertes infantiles, conviene empezar con el tema del Derecho a una alimentación adecuada y suficiente.

Tercera Etapa: Ejecución de Proyectos de infraestructura y desarrollo.

Esta etapa tiene como objetivo mejorar la infraestructura en saneamiento ambiental, potenciando los recursos comunitarios. Las alternativas que surjan de la reflexión hecha en la etapa dos, antes de ponerse en práctica requieren de un estudio profundo de los recursos naturales para un mejor uso y aprovechamiento de ellos. Por tal motivo es necesario trabajar con los promotores el tema para que se lleve a cabo un autodiagnóstico que permita que las alternativas se basen en las potencialidades que se encuentran en la región.

Derecho al uso y disfrute de los recursos y territorio.

Como ya lo mencionamos, el acceso, el manejo y la disponibilidad de los recursos es requisito para la ejecución de alternativas nutricionales y de salud que se fundamente

en lo propio. El reconocimiento y la utilización efectiva de nuestros recursos determina la efectividad, sustentabilidad y sostenibilidad de las alternativas usadas. La propuesta metodológica del Instituto de los Recursos Mundiales y el Grupo de Estudios Ambientales, A.C.6 es una de las mejores propuestas para el estudio de la situación de los recursos y para la reflexión del su uso adecuado de ellos.

Cubiertos estos pasos se procede a elaborar los proyectos de mejoramiento.

Tercera fase: Evaluación y Seguimiento

Cada una de las fases presenta objetivos y metas claras. Las metas nos dan indicadores que permitan evaluar los cambios que se vayan produciendo en el proceso de ejecución del Programa.

En la primera etapa, un indicador fundamental es la participación de los Pueblos Indios y los actores involucrados (ONG's, expertos en la materia e instituciones gubernamentales) en el diseño, elaboración, ejecución y evaluación de un Programa de Gobierno. Tendríamos pues, un primer Programa construido por todos los actores involucrados en la problemática que pretende transformar.

La apertura de un espacio de participación real en un Programa de Gobierno no se reduce al llenado de un formato en donde individualmente se expresen las propuestas, requiere del enfrentamiento de ideas, es decir, se da en la medida que estos espacios permitan una discusión colectiva de los distintos actores.

El Foro Nacional en Cumplimiento al Derecho a la Alimentación de la Niñez de los Pueblos Indios de México sería una experiencia única en el marco de la elaboración de un Programa de Gobierno. Presenta una forma distinta de enfrentar los problemas más sentidos en el ámbito nacional. Pone en práctica una nueva relación entre el Gobierno y la sociedad particularmente con los Pueblos Indios. Y por último prioriza la utilización de materiales en lengua que permitan una mejor aprehensión del Programa en las regiones indígenas sustentándose en el respeto y reconocimiento de la cultura indígena.

Un segundo indicador es la participación de las comunidades indígenas involucradas en la ejecución del Programa, en la medida que los indígenas a nivel local tomen como suyo un Programa que tenga fines loables como el cumplimiento del derecho a la alimentación y la salud de los niños y niñas indígenas se irá determinando el éxito de éste. La participación comprometida de las autoridades oficiales y tradicionales, de las asambleas, de los promotores locales, etc. es indispensable. No lograr esa participación nos llevaría a un fracaso.

La realización de los diagnósticos al inicio de cada una de las etapas en la fase de ejecución del Programa nos proporciona una serie de indicadores que podrán ser comparados con los resultados que se vayan arrojando en el camino. En forma general tenemos los siguientes indicadores:

- Disminución de la desnutrición infantil.
- Fortalecimiento nutricional de las madres gestantes y lactantes.
- Formación de promotores en el campo de la nutrición y la prevención en salud.
- Apertura de espacios de reflexión comunitaria de los problemas de salud y sus alternativas.
- Mejoramiento de la infraestructura en saneamiento ambiental sustentadas en el uso adecuado y efectivo de los recursos.
- Disminución de enfermedades gastrointestinales, respiratorias y dermatológicas.

Esta etapa de evaluación tendrá como documentos de trabajo los autodiagnósticos, los resultados y evaluaciones realizadas en cada una de las fases y etapas.