

**Secretaría de Salud
Universidad Intercultural del Estado de México**

**Evaluación del Programa Caravanas de la Salud en
Localidades de Alta y Muy Alta Marginación con Población Indígena:
Medición Inicial**

**Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población en Localidades
Indígenas de Alta y Muy Alta Marginación.
Informe Final**

Coordinador General
Jorge Mario Soto Romero

Coordinador Ejecutivo
Luis Francisco Acevedo Prieto

Investigadores
Hugo Nathanael Lara Figueroa
Aidé Avendaño Gómez
María Lilia Bravo Ruiz
Ricardo Antonio Belman Martínez

Analistas
Víctor Manuel Guzmán Gutiérrez
Jorge Mario Soto Tirado

Diciembre de 2013

1. Introducción	5
1.1. Antecedentes	6
1.2 Caracterización de los pueblos indígenas en México	8
1.3 Justificación	16
1.4 Objetivos del Diagnóstico	17
2. Análisis de fuentes secundarias	17
2.1. ENSANUT 2012	17
Características y diseño de la muestra	18
Poder de la muestra	19
Selección de la muestra	20
Esquema de análisis y resultados	20
2.1.1 Características sociodemográficas y de la vivienda de acuerdo a la ENSANUT	21
Características de la vivienda	24
Condición de aseguramiento	28
Utilización de servicios de salud	31
Características generales	32
Principales enfermedades y utilización de servicios por institución	32
Indicadores de acceso	35
Tiempos de espera y de traslado	35
Costos por la utilización de servicios de salud	38
Calidad en la atención	44
Conclusiones	49
2.1.2 Condiciones de salud de niños menores de cinco años	50
Características generales	51
Cobertura de vacunación	51
Cartilla de vacunación	52
Vacunación	53
Cobertura de vacunas para niños de 0 a 4 años con 11 meses	55
Desnutrición	57

Peso y talla de menores de cinco años en México	57
Desnutrición en menores	59
Prevalencia de desnutrición	59
Conclusiones	62
2.1.3 Condiciones de salud reproductiva de mujeres en edad fértil en localidades de alta marginación	62
Estado nutricional de mujeres en edad fértil por tipo de población	63
Planificación familiar	69
Fecundidad	71
Atención prenatal	72
Asistencia prenatal	75
Atención institucional de los partos por tipo de personal y tipo de población	76
Principales complicaciones durante el parto	78
Tasas de natalidad y mortalidad	80
Lactancia materna	80
Salud sexual y métodos de prevención contra el VIH y cáncer	82
Conclusiones	87
2.1.4 Condiciones de salud de adultos mayores de 40 años	88
Características generales	88
Sobrepeso y obesidad en adultos de 40 años y más	88
Obesidad abdominal	92
Diabetes mellitus	93
Atención de diabetes por institución	95
Tratamientos médicos	96
Hipertensión arterial	98
Atención de hipertensión por institución	99
Tratamiento de hipertensión arterial	100
Tabaquismo	102
Alcoholismo	104
Conclusiones	107
Conclusiones generales de la ENSANUT	108
3. Análisis de fuentes primarias	115

3.1 Encuesta a población en localidades indígenas de alta y muy alta marginación	115
Características y diseño de la de la muestra	116
Selección de la muestra	116
Aplicación de las encuestas	117
Esquema de análisis y resultados	117
3.1.1 Características de la población de alta y muy alta marginación de acuerdo con el levantamiento	118
Condición de aseguramiento	118
Utilización de servicios de salud	119
Indicadores de acceso	121
Tiempos y costos de traslado y espera	121
Costos por la utilización de servicios de salud	123
Calidad de la atención	126
Salud autoreportada	127
3.1.2 Condiciones de salud de niños menores de 5 años	128
Cobertura de vacunación	128
Cartilla de vacunación	128
Ministración de micronutrientes	131
Desnutrición en niños menores de 5 años	132
3.1.3 Caracterización de las mujeres en edad fértil en localidades de alta y muy alta marginación	135
Acceso y utilización de servicios para la salud	136
Salud reproductiva de las mujeres en edad fértil	139
Planificación familiar	140
Embarazo y fecundidad	144
Asistencia prenatal	149
Atención institucional de los partos por tipo de personal y tipo de población	150
Principales complicaciones durante el parto	153
Lactancia materna	156
Salud sexual y métodos de prevención contra el VIH y cáncer	157
3.1.4 Condiciones de salud de adultos mayores de 40 años	161

Diabetes mellitus _____	162
Atención de diabetes por institución _____	163
Tratamientos médicos _____	164
Hipertensión arterial _____	165
Atención de hipertensión por institución _____	165
Tabaquismo _____	166
Alcoholismo _____	168
3.1.5 Identificación, acceso y utilización de servicios de caravanas de la salud _____	170
Identificación del Programa caravanas de la salud en localidades de alta y muy alta marginación ____	170
Utilización de servicios otorgados por el Programa caravanas de la salud _____	172
Utilización de servicios para la salud por tipo de institución _____	173
Indicadores de acceso _____	174
Tiempos de traslado y de espera _____	174
Conclusiones generales del levantamiento en campo _____	176
Recomendaciones generales _____	182
<i>Bibliografía</i> _____	183
Anexo _____	186

1. Introducción

En 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió a la salud como *un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de la enfermedad* (Hidalgo, Corugeno *et al.*, 2000). Esta definición, considera a la salud como un atributo que, además de que puede afectar el bienestar,¹ incide en el desarrollo tanto económico como social de cualquier país. La relación existente entre la salud y los aspectos sociales, económicos e individuales fue reseñada por Mushkin de la siguiente manera:

[...] la inversión en salud proporciona grandes dividendos en capital humano y el mejoramiento en el nivel de ingresos genera mejores logros sanitarios. En este sentido, las regiones que invierten poco en salud padecen un círculo vicioso en el cual, las personas están enfermas porque son pobres y son pobres porque están enfermas y se enferman más porque son pobres. (Mushkin en Gallegos, 1998: 6)

La importancia de abordar los servicios de salud, y más concretamente los de atención primaria,² adquiere relevancia por ser considerados como un mecanismo para promover la salud preventiva y eludir los costos de la atención de enfermedades que pudieron evitarse, constituyen el primer vínculo entre la sociedad y el Sistema de Salud Nacional. Dicho de otro modo, son el primer contacto entre el usuario y los servicios de salud. Este hecho ha provocado que gran parte de las políticas gubernamentales y de salud en México se enfoquen a promover el aseguramiento social, incrementar la equidad, protección financiera y calidad en la atención.³ Lo anterior es la razón por la cual los servicios de salud son objeto de reformas que buscan garantizar las prestaciones y cobertura al grueso de la población, principalmente, en las localidades más marginadas donde habita la mayor parte de la población indígena.

El presente Diagnóstico contribuye a identificar el perfil de las condiciones de salud de las poblaciones indígenas y no indígenas que habitan en localidades de alta y muy alta marginación en México.

¹ El bienestar puede ser entendido como el estado deseable o agradable de conciencia, o bien, como la satisfacción de preferencias de los individuos. Para mayor información véase Cohen, 1984.

² Atención primaria debe entenderse como aquellos servicios de salud integrales y accesibles, otorgada por clínicos quienes son responsables de tratar las necesidades de salud personales y de colaboración con los pacientes, así como de la provisión de servicios en el contexto de la familia y a la comunidad.

³ En el caso de las políticas de salud, éstas se han enfocado en la ampliación de la cobertura y la creación de programas nacionales que se dieron a partir de la década de los setentas con la creación de la Secretaría de Salud y el programa IMSS-Coplamar (hoy en día Oportunidades).

1.1. Antecedentes

Durante los últimos años, México ha mostrado cambios importantes en el perfil demográfico y epidemiológico de la población. Estos cambios demográficos se reflejan en reducciones de las tasas de fecundidad y mortalidad y, como consecuencia, en las tasas de crecimiento de la población y en el aumento de la esperanza de vida al nacer de hombres y mujeres.

Con respecto a los cambios epidemiológicos, el Sistema de Salud Nacional, día a día se enfrenta a los problemas tradicionales de salud que persisten en forma de enfermedades transmisibles (respiratorias) y maternas (enfermedades contagiosas e infecciones), la mortalidad materna e infantil, pero también, a cambios en la morbilidad (el aumento de las enfermedades crónico-degenerativas, seniles y mentales, el VIH-sida, lesiones, accidentes entre otras (CEPAL, 2004: 130).

Estos aspectos son el reflejo de las carencias históricas en materia de equidad en el acceso a servicios de salud oportunos y de buena calidad, escasez de recursos –humanos y financieros– y de la poca articulación en los distintos niveles de atención del sistema de salud y de los subsectores público y privado (CEPAL, 2006a).

La complejidad de esta dinámica originó la realización de algunos cambios en el diseño de la política pública tratando de atender estas nuevas necesidades, sin descuidar las acciones de prevención y de los accidentes.

Uno de los principales avances realizados durante los últimos años en materia de salud en México está relacionado con las reformas al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que entraron en vigor en 1995.⁴ En 2000, se creó el Programa de acción en materia de evaluación de desempeño 2001-2006.⁵ Asimismo, durante la administración del Presidente Vicente Fox Quesada (2000-2006) la Secretaría de Salud creó un programa piloto denominado Seguro Popular de Salud (SPS) dirigido a la población no

⁴ Para el caso del IMSS, la reforma intentó cumplir con cinco objetivos: ampliar la cobertura mediante la afiliación, garantizar que no se afectaría a ningún trabajador –especialmente a los de menores ingresos–; cambiar la fórmula fiscal de financiamiento por medio de la reducción de los fondos provenientes del impuesto sobre la nómina y aumentar la participación a través de fondos generales; reducir incentivos a la subdeclaración y coadyuvar al crecimiento del empleo y el salario al reducir las tasas marginales de impuesto al trabajo, y garantizar la viabilidad financiera de la operación de servicios para la salud. Para mayor información véase Martínez, 2006.

⁵ En este programa se estableció la evaluación del Sistema de Salud Nacional mediante un procedimiento planeado en función de las necesidades del país y con base en los indicadores establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMG) y de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Con ello, se buscaba medir los efectos que la política de descentralización de la salud lograba alcanzar en materia de eficiencia y eficacia de los servicios de salud en el país.

derechohabiente de la seguridad social, el cual daba prioridad a los grupos más vulnerables y a familias con mayor riesgo de empobrecimiento por motivos de salud, ubicadas en áreas de mayor marginación, áreas rurales o indígenas. Este Programa se convirtió en 2004 en política de Estado por medio de la Ley General de Salud que el Congreso aprobó en 2006.⁶

A pesar de los cambios realizados en la última década, en ciertos grupos poblacionales aún se observan diferencias en términos de salud y, por ende, en su calidad de vida. Muestra de ello encontramos que, actualmente, la salud es muy precaria y el acceso a sus servicios es más limitado en los estados del sureste del país, en las regiones rurales, en comunidades indígenas y en aquellas zonas más marginadas (Sistema Protección de Salud, 2008).

El riesgo de perder un año de vida saludable es mayor en municipios de alta marginación que en los de baja. En las mujeres el riesgo es 1.5 veces mayor y en los hombres 1.7 veces más elevado (Sistema de Protección Social en Salud, 2008).

Las muertes evitables también son sensibles a las desigualdades en el acceso y la calidad de la atención. En México, las causas de muerte en donde existe más desigualdad son la diarreas en menores de 14 años, la anemia, la tuberculosis, el asma y los ahogamientos accidentales (Sistema de Protección Social de Salud, 2008).

Casi una tercera parte de las defunciones en los 100 municipios más pobres del país se deben a padecimientos transmisibles, de nutrición y reproducción. Esta proporción es similar a la que existía en todo el país hace 18 años; en Nuevo León o el Distrito Federal hace 25 años y en la delegación Benito Juárez de la ciudad de México hace más de 35 años. En estas zonas, el riesgo de morir por una enfermedad transmisible es dos veces mayor que en el resto del país; por un padecimiento carencial o una causa materna, tres veces más alto y por cirrosis hepática, 1.5 veces mayor (Sistema de Protección Social de Salud, 2008).

La edad promedio de muerte de una mujer que vive en estos municipios es de 51 años y la de un hombre de 49. Los menores de un año presentan un riesgo de morir dos veces mayor que en el resto del país. En los preescolares el riesgo aumenta a 4.1 y a 3.7 en las niñas y los niños, respectivamente.

⁶ Una de las principales reformas realizadas consistió en una serie de modificaciones a la Ley General de Salud Pública en mayo de 2003 (SSA, 2003) en la cual se ofreció a todas las familias no aseguradas el acceso a un aseguramiento subsidiado a través del Seguro Popular de Salud (SPS). Este instrumento permitiría mediante un financiamiento tripartita –recursos federales, estatales y contribuciones familiares en función a su nivel de ingreso– brindar protección financiera a todos los mexicanos y especialmente a aquellos que por su condición laboral y socioeconómica no son derechohabientes de las instituciones de seguridad social.

El riesgo de morir de un adolescente de estas comunidades es 1.5 veces mayor que el que presentan los adolescentes del resto del país. En este grupo de edad la distancia entre los pobres y el resto es mayor en las mujeres. Lo mismo sucede en los jóvenes de 20 a 35 años de edad.

Dada la naturaleza de las desigualdades en las condiciones de salud de la población mexicana, en el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 se planteó como meta contribuir a la reducción de dichas asimetrías a través de la prestación de servicios de salud brindados por unidades móviles y equipos de salud itinerantes, apoyados por estrategias de telemedicina a las comunidades más aisladas y marginadas del país, extendiendo paulatinamente la protección de la salud. Este Programa Sectorial de Salud está encaminado a reducir las brechas en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas con dos metas específicas: reducir a la mitad la razón de mortalidad materna y reducir en un 40% la mortalidad infantil, ambas en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano.

1.2 Caracterización de los pueblos indígenas en México

De los países que conforman la región de América Latina, México es uno de los que concentran un alto porcentaje de población indígena en términos absolutos (Boege, 2008). Sin embargo, hasta la fecha, ha sido difícil identificar y estimar a este sector de la población, la cual es nombrada indistintamente como pueblos indígenas, pueblos originarios, grupos etnolingüísticos, etnias, primeras naciones y grupos étnicos o indígenas (Leyva-Flores *et al.*, 2013; UNAM, 2010).

Alfonso Caso en su artículo titulado *Definición del indio y de lo indio* señalaba que, en resumen, existen cuatro criterios para lograr la definición del indígena: el biológico, que se asocia a un conjunto de caracteres físicos no europeos; el cultural, que consiste en demostrar la utilización de objetos, técnicas, ideas y creencias de origen indígena. El criterio lingüístico, que se muestra perfecto en los grupos monolingües –aceptable en los bilingües, pero inútil para aquellos grupos que sólo hablaban castellano– y, por último, el criterio psicológico, que consiste en demostrar que el individuo conscientemente acepta formar parte de una comunidad indígena. En suma, para el autor, es indio aquel que se reconoce como individuo en una comunidad indígena, y es una comunidad indígena aquella en la que predominan elementos somáticos no europeos, como la lengua indígena, que posee en su cultural material y espiritual elementos indígenas en fuerte proporción, y que por último, tiene un sentido social de comunidad aislada dentro de las comunidades que la rodean, que hace distinguirse a sí mismo de los pueblos blancos y mestizos (Caso, 1948).

Inspirándose en la definición de Caso (1948), el 2º Congreso indigenista del Cuzco, menciona que lo indígena es la expresión de una conciencia social vinculada con los sistemas de trabajo, y la economía, con un idioma propio sumado al tradicional nacional (UNAM, 2010).

Sin embargo, el delimitar a la población indígena en México no ha sido tarea fácil, ya que depende del uso de los diferentes conceptos y definiciones. Aunque a grandes rasgos estos se han resumido en tres criterios: el de hogar, el lingüístico y el de auto adscripción (Leyva-Flores *et al.*, 2013).

De acuerdo al criterio de hogar formulado por la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de México (CDI) se incluye como indígenas a las personas que forman parte de un hogar donde el jefe (a), cónyuge o alguno de los ascendientes declara ser hablante de lengua indígena. Tomando como base este criterio, la estimación de la población indígena para el año 2005, era de aproximadamente 10,100,000 de personas (9.8% de la población en México). Por otro lado, la definición del Instituto de Estadística y Geografía (INEGI) define como indígena a la población hablante de lengua de 5 años, la cual representa alrededor de 6,600,000 de personas (aproximadamente 5.8% de la población mexicana) (Leyva-Flores *et al.*, 2013). Para el año 2010, la población indígena en México fue de 112,336,53, de ellos, 6.6% hablan una lengua Indígena (CDI, 2012).

Finalmente, el criterio de auto adscripción o auto identificación, con el cual los individuos se pueden identificar como indígenas, da lugar a otras cifras inexactas sobre la población indígena en México (Haro *et al.*, 2007), ya que dicha descripción desestima que un individuo pueda ocultar públicamente su identidad étnica para evitar ser discriminado, o bien asumir subjetivamente una identidad étnica sin compartir propiamente la cultura. En México, por ejemplo, existe un importante grupo de personas que no hablan lenguas indígenas que se consideran a sí mismas indígenas. De manera que en ocasiones puede resultar imposible distinguir en las personas con alguna identidad indígena primaria y aquellas que tienen una identidad indígena “supraétnica” (Warman, 2003).

Tomando el criterio de hogar para identificar a la población indígena en México la CDI instauró el término de “regiones indígenas de México”, las cuales sirven como unidades de planeación para programas de desarrollo, acciones y programas de gobierno. Estas regiones indígenas se encuentran definidas como un conjunto de municipios donde las comunidades indígenas, en su mayoría vinculadas con la población mestiza, realizan procesos y dinámicas económicas, sociales y culturales particulares. De acuerdo con este criterio, tenemos 26 regiones que organizan la población indígena según el tipo de municipio: 1) 655 municipios netamente indígenas, de los cuales 481 tienen más de 70% y 174 de 40 a 70% de población de indígena (Serrano *et al.*, 2006).

Estos 655 “municipios indígenas” abarcan un área de 25,866,726 hectáreas (tomando en cuenta los municipios definidos en el Censo de población 2000), esto es 13.3% del territorio nacional, con una población de más de 6,000,000 de indígenas. La clasificación de regiones indígenas de la CDI incluye, además de los 655 municipios netamente indígenas, a otros 190 “con presencia de población indígena”, mismos que concentran 3,000,000 de indígenas. Finalmente, existen 1,572 municipios con población indígena dispersa o sin población indígena que suman 934,943 indígenas (Serrano *et al.*, 2006).

Alrededor de 655 municipios indígenas podrían, en una primera aproximación, ser reconocidos constitucionalmente como territorios de los pueblos indígenas de México. Los 190 municipios con presencia de población indígena podrían ser definidos como regiones interculturales que requieren una política cultural específica hacia las minorías dispersas, que presentan una pérdida acelerada de sus condiciones culturales y lingüísticas (Boege, 2008).

Como se pudo observar, la información y los criterios disponibles no permiten identificar y delimitar con exactitud a los pueblos indígenas en México. Sin embargo, lo que sí podemos reconocer es que los pueblos indígenas no son un grupo homogéneo, ya que están conformados por una amplia diversidad lingüística catalogada en once familias lingüísticas y 68 agrupaciones, las cuales se subdividen a su vez en 364 variantes lingüísticas (Instituto Nacional de Lenguas Indígenas, 2009). Éstas involucran, del mismo modo, una variedad de costumbres, tradiciones, cosmogonía y autodeterminación. Es necesario, por lo tanto, reconocer que la llamada “identidad indígena” es un concepto inexacto que oculta identidades étnicas primarias de un mundo cultural complejo que no siempre es fácil de entender, documentar o interpretar (Índice de Desarrollo Humano, 2010).

A pesar de las dificultades anteriormente descritas para distinguir claramente a la población indígena, lo que es innegable es la estrecha correlación que existe entre el bajo desarrollo humano y la condición indígena (independientemente de la metodología usada para cuantificar a esta población) (Hall y Patrinos, 2006).

En general, la población indígena de los municipios de México alcanza niveles de desarrollo humano inferiores a la población no indígena, la cual se concentra particularmente en las dimensiones de salud y educación en todas las entidades federativas de México (Índice de Desarrollo Humano, 2010).

Por ejemplo, la medición de pobreza multidimensional utilizada por el CONEVAL, en la cual se incorporan seis derechos sociales: educación, salud, seguridad social, vivienda, servicios básicos y alimentación, muestra que en 2008, el 93.9% de la población indígena estaba

privada al menos de uno de estos derechos y el 64.2% de tres (Índice de Desarrollo Humano, 2010).

Ubicación de la población indígena en México

A grandes rasgos, la mayoría de los territorios indígenas citados anteriormente se asientan primordialmente en poblaciones rurales y alrededor del 35.9% reside en municipios clasificados como de alta y muy alta marginación, que padecen condiciones precarias en materia de educación, vivienda, infraestructura y servicios básicos (Índice de Desarrollo Humano: 2010).

Zolla y Zolla (2004) indican que los indígenas viven en su mayoría en localidades rurales, muchos de ellos en lo que Aguirre Beltrán denominó “regiones de refugio”. Actualmente, se identifican al menos cuatro grandes tipos de asentamientos donde hay indígenas mexicanos: regiones rurales tradicionales, ciudades grandes y medianas de México, áreas agroindustriales y sus periferias, y campos y ciudades en Estados Unidos.

La mayor parte de esta población vive en la zona sur y sureste del territorio mexicano, en los estados de Yucatán, Oaxaca, Chiapas y Quintana Roo, donde se concentran los más altos niveles de pobreza y municipios marginados del país. Otros estados de la República Mexicana como Chihuahua, Nayarit, Durango, Puebla e Hidalgo también tienen presencia indígena, por lo que puede decirse que esta población se extiende a lo largo y ancho del territorio mexicano (ENSADEMI, 2008).

Como se mencionó también existen regiones interculturales donde la población indígena dispersa comparte el territorio con otras culturas. Lo anterior ha sido una consecuencia de los fenómenos migratorios de la población hacia diferentes regiones del país. En el 2000, el 11.1% de la población indígena residía en una entidad diferente a la de su nacimiento (INMUJERES, 2006). En el periodo 2000-2005 el 2.5% de la población indígena de 5 y más años cambió su lugar de residencia a otra entidad o país; a nivel nacional esta proporción fue de 3% (CDI-PNUD, 2009). En todas las regiones en las que se encuentran la población indígena se observan notables carencias e inequidades.

Acceso a servicios

De acuerdo al Índice de Desarrollo Humano (IDH) 2010, la carencia de infraestructura básica es otro factor que vulnera el estado de salud de la población indígena. Para el año 2005, el porcentaje de viviendas particulares indígenas sin agua entubada fue de 29.5 y casi la mitad carecía de drenaje. En el ámbito laboral también se encuentran

desigualdades que menoscaban la condición y las expectativas de vida de la población indígena, para ese mismo año se registró que el 45.9% de los hombres y el 18.2% de las mujeres indígenas trabajaban en el sector agrícola. La falta de instrucción y de capacitación en otras actividades restringe las oportunidades de la población indígena para acceder a empleos de alta productividad y mejores condiciones laborales. De igual forma es un factor determinante en la transmisión generacional de la pobreza y la marginación (PNUD, 2010).

Educación

En materia de educación, durante el periodo 2000-2005 se amplió el número de personas que ingresaron al sistema educativo, lo cual se ha revelado en un ligero aumento en los niveles de alfabetismo de la población indígena de 15 y más años, que pasaron de 72.6% a 74.3%. Sin embargo, en términos generales, la tasa de asistencia es menor para la población indígena que para la no indígena. En los municipios indígenas, la tasa de analfabetismo es de 43%, casi tres veces más alta que el promedio nacional, pero en las mujeres indígenas es más de 60%. Por otro lado, los resultados del censo estadístico de 2010 señalan que la población alfabetizada fue de 64.5% (72,425,081), con primaria concluida 11.2% (12,565,410), mientras que la población indígena con secundaria terminada fue del 15.29% (17,181,221) de una población total indígena de 112,336,538 (CDI, 2012). Estos resultados muestran que aún existe un grave rezago en educación básica en la población indígena en México.

Con respecto a la educación superior para el año al año 2000, sólo el 3.5% de la población indígena era considerada como profesional, mientras que esta proporción es de aproximadamente 10.5% en el caso de la población total (Mato, 2012). De igual forma, únicamente el 1% de los jóvenes indígenas de entre 18 y 25 años ingresan a instituciones de Educación Superior, y de ellos, uno de cada cinco egresa y se titula, en contraste con el 22.5% de los jóvenes de esa misma edad del país que acceden a dicha educación, egresando y titulándose la mitad de esos estudiantes (Mato, 2012).

Aunque la brecha de escolaridad entre población indígena y no indígena ha caído casi dos tercios durante los últimos 30 años, en la medida que ha crecido el número de los indígenas que concluyen estudios básicos e incluso de educación superior. Sin embargo, lo que se esperaría de estos resultados es que al disminuir la brecha educativa, aumentarían los ingresos por cada año estudiado, pero esto no sucede. “La ganancia en materia de ingresos promedio que se obtiene de cada año de educación es menor para la población indígena”. Esto se refleja en los niveles de vida óptimos y saludables (ENSADEMI, 2008).

Los bajos niveles de escolaridad no sólo se traducen en bajos niveles de ingreso sino que también tienen una relación con las condiciones de salud (Índice de Desarrollo Humano, 2010).

Condiciones de salud

En México, la atención de la salud se presta a partir de la afiliación a instituciones como el IMSS y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), a través del lugar de trabajo; mediante los servicios que proporciona la Secretaría de Salud y el programa IMSS Oportunidades a la población abierta; y por medio de los servicios de atención médica privados. Con esto se busca garantizar que todas las personas accedan a la atención médica. Sin embargo, aunque se pueden reconocer los esfuerzos de las instituciones encargadas de atender a la población menos favorecida, siguen existiendo grandes brechas entre los distintos grupos de población respecto de la cantidad y calidad de los servicios que reciben (ENSADEMI, 2008).

En el ámbito nacional, durante 2005, 49.8% de la población no era derechohabiente y el porcentaje aumentaba notablemente en el caso de la población indígena. Por ejemplo, en Oaxaca y Chiapas, dos de los estados del país con mayor concentración de población indígena, el porcentaje de derechohabientes a servicios de salud era de 22.5 y 20.1%, respectivamente. Tabasco era el único estado del sureste del país con más de 60% de población derechohabiente; el más alto porcentaje lo tenía Aguascalientes (71.2%), que es además el estado con menos población indígena del país. En el otro extremo, Chiapas encabezó la lista con el menor porcentaje de derechohabientes (INEGI, 2005).

Para 2010 el porcentaje de población indígena derechohabiente aumento a 64% (72,514,513), siendo el Estado de México el estado con el mayor número de personas afiliadas (8,811,664), mientras que el Estado de Baja California Sur fue el que presentó el menor número de derechohabientes (481,387) (INEGI, 2010).

Ante esta situación, en México se han implementado diferentes iniciativas gubernamentales focalizadas en grupos con alta marginación, entre ellos los indígenas, cuya finalidad es reducir la vulnerabilidad y mejorar el acceso a los servicios de salud como respuesta a las condiciones de inequidad en salud a través de los programas Oportunidades y el Sistema de Protección en Salud (SPSS), a través del Seguro Popular (Leyva-Flores *et al*, 2013).

De tal forma que la falta de cobertura en salud en la población indígena pasó del 64.9% en el 2006 al 22.1% en el 2012. Esta reducción, de acuerdo con Leyva-Flores (2013), se debe al incremento del 47.9% en la cobertura del Seguro Popular en la población indígena. Sin embargo, aunque se ha logrado disminuir la brecha en relación con la protección en salud

con la ampliación del seguro popular, aún persiste un alto porcentaje de población sin cobertura y existen indicadores que mencionan una menor utilización de los servicios de salud por la población indígena.

Tales discrepancias se hacen notar en la calidad de vida de la población, en 2006, el CONAPO estimó la esperanza nacional de vida en 74.8 años, 72.4 para hombres y 77.2 años para mujeres. Pero para la población indígena, la proyección para ambos sexos fue de 71 y 76.6 años, respectivamente. Aunque se pueda inferir que la esperanza de vida de los pueblos indígenas va en aumento, una mayor longevidad no necesariamente ha representado mejor calidad de vida para la población (Torres, 2003).

Respecto al estado nutricional en el periodo de 1988-2006 la prevalencia de desnutrición infantil crónica en México, aunque bajó del 55% a 38% en la población indígena, es lo suficientemente importante si se toma en cuenta que una infancia desnutrida tendrá efectos nocivos a lo largo de la vida, muchos de ellos irreversibles, como desventajas físicas y cognoscitivas (Índice de Desarrollo Humano, 2010).

Según datos del estudio citado, las diferencias en la tasa de mortalidad infantil en los municipios con menos de 5% de población indígena y aquellos con más de 75%, son significativas: 24 y 41 defunciones por cada mil nacidos vivos, para cada tipo de municipio, respectivamente. Para 2006, el INEGI reportó que la tasa de mortalidad infantil era de 16.2 por mil nacidos vivos, ubicando a Nuevo León con 11.3 como la entidad más baja y a Guerrero en 23 como la más alta. Según estimaciones del CONAPO, la mortalidad infantil en población indígena fue de 34.4 por cada mil nacidos vivos en el año 2000, disminuyendo significativamente en 2006 a 26 por mil nacidos vivos (Torres, 2008).

En 2006, las tres entidades del país con las más altas tasas de mortalidad infantil fueron Chiapas, Oaxaca y Guerrero. Según el Informe de rendición de cuentas de la Secretaría de Salud, el riesgo de que un menor muera en dichas entidades es 60% más alto que el de un niño que nació en el Distrito Federal o Nuevo León; comparativamente, el riesgo de morir de un niño que nace en uno de los municipios más pobres del país es tres veces mayor que aquel que nace en uno de los más ricos (ENSADEMI, 2008).

De las 20 principales causas de mortalidad infantil registradas en 2005, en los tres primeros lugares se concentran ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal y el cuarto lugar lo ocupan las enfermedades infecciosas intestinales (ENSADEMI, 2008).

Por otro lado, un indicador demográfico importante es el de fecundidad. En 2005, el INEGI calculó que el promedio nacional de hijos nacidos vivos por mujer fue de 2.4, y se ubicó a Guerrero y a Zacatecas como los estados con la fecundidad más alta (2.9) y el Distrito Federal en la posición más baja (1.9). La tasa global de fecundidad (TGF) para las mujeres

indígenas de 20 grupos etnolingüísticos se encontraba entre 2.5 y 6.8 en el año 2000, en ese entonces la tasa nacional era de 2.9 Según la proyección del CONAPO, para 2005 la TGF indígena sería de 2.5 (ENSADEMI, 2008).

La alta fecundidad de las mujeres indígenas está relacionada con una mayor probabilidad de morir debido a problemas relacionados con la maternidad. En 2006, “la razón por mortalidad materna en los 100 municipios más pobres del país fue de 188 por 100 000 infantes nacidos vivos, cinco veces más alta que en los 50 municipios con mejor índice de desarrollo humano”. Poco más de 13% de las muertes maternas ocurridas en 2006 fueron de jóvenes menores de 20 años. Cabe decir que las principales causas de mortalidad materna son las hemorragias, la hipertensión asociada con el embarazo y otras complicaciones del parto. La muerte materna es más alta en regiones indígenas del país, y tiene una estrecha relación con los altos índices de desnutrición que existen allí (ENSADEMI, 2008).

Además, 60% de las mujeres indígenas embarazadas padecen deficiencia de hierro y entre ellas el riesgo de morir por causas del embarazo, parto y puerperio es tres veces más alto que el de una mujer no indígena. Las investigaciones realizadas han mostrado que las muertes maternas se deben en gran medida al rezago y a la inequidad en el acceso a los servicios de salud. No es extraño que se concentren en las mujeres pobres y especialmente en las que carecen de seguridad social, viven en zonas rurales de alta marginación o en zonas suburbanas marginales (ENSADEMI, 2008).

A este panorama adverso se suman la dificultad y/o imposibilidad de asistir a demandar servicios de salud por la lejanía de las comunidades indígenas, por lo costoso que resulta acudir a los centros de salud y por la calidad del servicio de los mismos.

Por tal motivo, las medicinas tradicionales de los pueblos originarios aún constituyen una fuente de atención primaria a la salud. Entre los elementos que conforman a este sistema podemos reconocer cinco grandes pilares entre los que se encuentran: los médicos tradicionales, los procedimientos, métodos diagnósticos y de curación. Además de la causa de demanda de atención (enfermedades), recursos terapéuticos (materiales y simbólicos) y el conjunto de relaciones que la medicina tradicional mantiene con el resto de los saberes médicos, así como con los sistemas y subsistemas de atención a la salud (Argueta, 2012).

Además de la falta de cobertura, la subutilización de los servicios, que se complementan con los sistemas locales de atención (medicina tradicional), existe un subregistro o una menor frecuencia del autoreporte de los problemas de salud (morbilidad) de la población indígena, debido a que muchos de los instrumentos para la medición y análisis de las

inequidades en salud no consideran la diferencia cultural propia de las poblaciones indígenas (Leyva-Flores *et al.*, 2013).

Por lo anterior, como mencionan Leyva-Flores, es necesario “dar voz” a los grupos indígenas para registrar, analizar y promover estrategias que ayuden en la solución de las inequidades en salud, sobre todo respecto a los factores que pudiesen incrementar la utilización de servicios de salud. Además de considerar fortalecer el trabajo que hace la secretaria de salud bajo un enfoque de interculturalidad, lo cual sería particularmente significativo si se incluye una perspectiva de género.

La investigación en salud basada en la interculturalidad debe dejar de ser un discurso retórico de buenas intenciones y contar con indicadores relevantes que desarrollen y le den seguimiento. Además, deben incluir los siguientes puntos: a) la evaluación a la atención y gestión en salud pertinente y efectiva, b) el fortalecimiento de las medicinas tradicionales, c) la formación y capacitación de recursos humanos con un enfoque intercultural y d) el desarrollo de investigaciones epidemiológicas que aporten el sustento básico para la priorización de las acciones en el área de salud (CEPAL, 2010).

Estos indicadores deben establecerse con ayuda de la población indígena a nivel local, ya que como se mencionó anteriormente, esta población no es un grupo homogéneo, tampoco lo son sus epistemologías y modelos de la realidad o los procesos de salud-enfermedad-sanación que enfrentan. Finalmente, los diagnósticos, análisis y las posibles soluciones deben establecerse entre los equipos de salud y la población indígena, donde se integren la visión biomédica convencional y la visión indígena.

1.3 Justificación

Para la creación, modificación o permanencia de los programas públicos se requiere un diagnóstico previo que permita conocer el problema que enfrentan, sus determinantes, sus efectos y las posibles alternativas de solución. En el presente apartado, se describe de manera esquemática el contenido y la metodología desarrollados para el diagnóstico de las condiciones de salud de la población que habita en localidades indígenas de alta y muy alta marginación. Por sus características, gran parte de esta población es atendida por el Programa caravanas de la salud.

Los resultados del diagnóstico permitirán fortalecer la gestión de los responsables de las actividades encaminadas a mejorar el acceso a los servicios de salud de la población de referencia, mediante acciones estratégicas y focalizadas con base en información más sólida, específica y útil. A su vez, se espera que esto contribuya a una mayor eficacia y eficiencia del Programa, en lo que toca a la atención en salud de la población en localidades indígenas de alta y muy alta marginación.

1.4 Objetivos del Diagnóstico

Los objetivos específicos del Diagnóstico son:

- Conocer las condiciones de salud de la población indígena en localidades de alta y muy alta marginación, con base en información de la ENSANUT 2012, así como del levantamiento de información en campo.
- Comparar las condiciones de salud de la población indígena con la no indígena de las mismas o similares localidades.

A fin de dar cumplimiento a los objetivos que se enuncian, se elaborará un diagnóstico en el que se utilizan como principales fuentes de información, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) publicada en 2012, el Índice de marginación a nivel de localidad del Consejo Nacional de Población (CONAPO), el Catálogo de Localidades Indígenas de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), el Sistema Nacional de Información de Salud (SINASIS), así como información de primera mano obtenida mediante un levantamiento en campo.

2. Análisis de fuentes secundarias

2.1. ENSANUT 2012

La ENSANUT es un instrumento de información y análisis con cobertura nacional que toma como unidad primaria de muestreo las Áreas Geoestadísticas Básicas (AGEB) e incluye una sobremuestra de los hogares con mayores carencias del país. Si bien la ENSANUT no está diseñada para tener representatividad en localidades indígenas, la extrapolación de personas hablantes de lengua indígena a partir de esta encuesta refleja resultados muy similares a los obtenidos de datos censales, e igual sucede con los datos de población en localidades de alta y muy alta marginación. Por lo anterior, se puede considerar como una fuente adecuada para los fines del diagnóstico cuando se analiza a la población indígena en este tipo de localidades⁷.

Por otra parte, la ENSANUT cuenta con información sobre las personas, su hogar, así como características sociodemográficas. Para los individuos existe información sobre sexo, edad,

⁷ Para el análisis descrito, se realizaron algunos ajustes en la base de datos de la ENSANUT, debido a problemas de codificación y a la falta de información completa depara algunos de los hogares sobre variables relevantes para el estudio.

escolaridad, estado de salud, estado civil, utilización de servicios de salud (primaria u hospitalizaciones), afiliación a algún tipo de seguridad social y tipo de padecimientos (morbilidad), así como preguntas que permiten identificar variables de habla indígena.⁸ En cuanto al hogar se cuenta con datos sobre localización, características (tipo de piso, techos, muros, número de cuartos de la vivienda) y disponibilidad de servicios en la vivienda (energía eléctrica, disponibilidad de agua, drenaje) y gasto en servicios de salud.

De manera esquemática, los objetivos principales de la ENSANUT 2012 son los siguientes:

- Cuantificar la frecuencia, distribución y tendencias de las condiciones de salud y nutrición de la población y sus determinantes.
- Examinar la respuesta social organizada frente a los problemas de salud y nutrición, incluida la cobertura y calidad de los servicios en la materia y la cobertura específica de los programas prioritarios de prevención en salud en los ámbitos nacional, estatal, por zonas urbanas y rurales, así como por estratos socioeconómicos.
- Generar evidencia sobre la cobertura de protección en salud de las familias mexicanas.

Características y diseño de la muestra

La muestra de la ENSANUT 2012 tiene un esquema polietápico y estratificado. La unidad primaria de muestreo son las áreas geoestadísticas básicas (AGEB), que son la unidad censal en México. El marco muestral se construyó con la información del Conteo de Población y Vivienda 2005, complementado con el listado de localidades de nueva creación identificadas para el Censo Nacional de Población y Vivienda 2010.

Para elaborar el diseño muestral se formaron siete estratos en cada entidad, seis que resultan de considerar las combinaciones de urbano, rural y metropolitano, con mayor y menor rezago, y un estrato para las localidades de nueva creación. Dado que todas las viviendas del Distrito Federal fueron clasificadas como metropolitanas, se tuvieron que formar tres estratos geográficos dentro del metropolitano.

Al implementar la sobremuestra de hogares con mayores carencias, se construyó un índice de rezago social para las AGEB, el cual se construyó de forma análoga al índice de rezago social construido por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) para las localidades en 2005.

⁸ Para identificar a la población indígena a partir del análisis de la ENSANUT, 2012, se utilizó el criterio de habla de los individuos, tal como lo hace el INEGI debido en gran medida a que la unidad de análisis es el individuo y no el hogar, lo cual permitió que los resultados obtenidos en la encuesta fueran coincidentes con los reportados por el INEGI.

Posteriormente, las AGEB se ordenaron de acuerdo con el valor del índice en cada estado y se definió para cada uno el estrato de mayor rezago social que agrupaba a 20% de la población. Esta sobremuestra fue considerada en la generación de los ponderadores para asignar el peso apropiado a las observaciones en la encuesta.

Poder de la muestra

El tamaño de muestra de la ENSANUT 2012 partió de considerar la experiencia de la realizada en 2006 y los aspectos presupuestales para 2012; es decir, se consideró la relación entre la precisión y el costo buscando una muestra que permitiera obtener la mayor precisión posible para los recursos disponibles. Al considerar el esquema de selección mencionado, que resultó de 1 728 viviendas por entidad, se estimó el poder esperado de esta muestra para las diferentes unidades de análisis de la encuesta. Así, siguiendo la estratificación natural de las condiciones de salud y nutrición definida por línea de vida, se definieron como unidades de análisis para adultos las personas del hogar con edad mayor a 20 años cumplidos.

Para el cálculo del tamaño de muestra se consideró la respuesta esperada por grupo de población y la probabilidad de que se identificará a un integrante del grupo en un hogar. El efecto del procedimiento de muestreo en la precisión de las estimaciones se cuantificó mediante el índice de efecto de diseño –deff, por sus siglas en inglés– (adulto tasa de respuesta* $R = 0.783$, $K = 0.9963$) que se refiere al número de unidades recolectadas por un procedimiento de muestreo específico equivalente a los de una unidad recolectada mediante muestreo aleatorio simple. Para proponer el deff en el cálculo de la muestra de la ENSANUT 2012, se estimó en 18 variables de adultos por estado utilizando la información de la 2006. Del conjunto de 18 variables seleccionadas se obtuvo un rango del deff que iba de 0.62 a 1.72, lo que sugiere que el valor de 1.7 utilizado en la ENSANUT 2006 es adecuado. Este valor se ajustó para considerar el sobre muestreo del estrato de mayor rezago social, por lo que para la planeación de la ENSANUT 2012, se utilizó un $deff = 1.836$.

Ahora bien, el tamaño de muestra fue calculado mediante la fórmula siguiente:

$$n = Z^2 \frac{p(1 - p)}{d^2 RK} deff$$

Donde:

n = tamaño de muestra en viviendas

P = proporción a estimar

Z = cuantil 97.5 de una distribución normal unitaria ($Z = 1.96$)

d = semiamplitud del intervalo de confianza

R = tasa de respuesta esperada

K = porcentaje de viviendas donde se espera obtener alguna persona del grupo de interés

deff = efecto de diseño de muestra (1.83)

Con base en los parámetros descritos, se estimó un tamaño de muestra equivalente a 1 719 hogares por entidad, ya considerada la tasa de respuesta esperada, el cual es suficiente para estimar prevalencias de 10% con semiamplitudes de 2% en adultos.

Selección de la muestra

La primer tarea del esquema de selección fue la distribución de 1 440 viviendas en los siete estratos de muestreo; la distribución se hizo de manera proporcional al tamaño del estrato (número de viviendas); luego, se distribuyeron 288 viviendas en los tres estratos de muestreo con mayor rezago social; la distribución en dichos estratos también se hizo proporcional al tamaño del estrato.

Una vez asignado el tamaño de muestra por estrato, se determinó el número de unidades primarias al dividir el tamaño de muestra por 36; entonces, se procedió a hacer la selección con base en la condición de urbanidad.

Para los estratos urbano y metropolitano, en la primera etapa se seleccionaron como unidades primarias a mj AGEB por estrato con probabilidad proporcional al tamaño (PPT), según el número total de viviendas; mj es proporcional al número de viviendas del estrato.

En la segunda etapa, para cada AGEB seleccionada se escogieron seis manzanas con probabilidad proporcional a su tamaño. Como última etapa, en cada una de las manzanas seleccionadas se escogieron seis viviendas por muestreo sistemático de manera aleatoria; la selección de viviendas en las manzanas se realizó en campo.

Para el estrato rural, en la primera etapa se seleccionaron como unidades primarias mj AGEB con PPT. En la segunda etapa, para cada AGEB seleccionada se escogieron seis manzanas con probabilidad proporcional a su tamaño. Como última etapa, en cada una de las manzanas seleccionadas se escogieron seis viviendas por muestreo sistemático con arranque aleatorio; la selección de viviendas en las manzanas se realizó en campo.

Esquema de análisis y resultados

Para efectos del análisis descriptivo, los resultados se presentan de manera comparativa en el siguiente nivel de desagregación:

- Población total (PT)

- Población total que habita en localidades de alta marginación⁹ (PTM)
- Población indígena que habita en localidades de alta marginación (PIM)
- Población no indígena que habita en localidades de alta marginación (PNIM)

Asimismo y conforme a lo solicitado por la Secretaría de Salud, para la caracterización de las variables de condiciones de salud, la población se dividirá en tres grupos básicos de edad y género:

- Menores de 5 años
- Mujeres de 10 a 54 años de edad
- Adultos mayores de 40 años

Una vez definido el esquema de análisis, en las secciones siguientes se presentan los principales resultados.

2.1.1 Características sociodemográficas y de la vivienda de acuerdo a la ENSANUT

La ENSANUT 2012 permite contar con información poblacional y probabilística sobre la cobertura de programas de salud tales como: inmunizaciones, atención infantil, salud reproductiva, atención a enfermedades crónicas, así como el control y prevención de enfermedades y padecimientos como: hipertensión arterial, diabetes, sobrepeso y obesidad, accidentes y violencia, entre otros. También, permite conocer los niveles de protección en salud en México y el desempeño de los proveedores de servicios de salud en términos de acceso y calidad.

Con respecto al hogar, el tamaño de la muestra efectiva de la ENSANUT 2012 es de 50,528 hogares distribuidos en las 32 entidades federativas del país, los cuales representan a los 29,429,252 hogares que fueron estimados en México para 2012, según las proyecciones de población a partir del Censo 2010 y el crecimiento poblacional. En promedio, en estos hogares habitan 3.8 individuos, cifra similar a la que reportó el Censo de Población y Vivienda 2010 (3.9 individuos por hogar). En los hogares visitados en la ENSANUT 2012 se reportó que habitan 194,923 individuos, que en su conjunto representan a los 115,170,278 habitantes de México estimados para 2012.

Además, se aplicaron 96,031 cuestionarios individuales que permiten contar con estimaciones en ámbito estatal y para los niveles urbano y rural, así como para la población en rezago social.

⁹ La ENSANUT no cuenta con una variable que identifique los cinco grados de marginación de CONAPO (Muy baja, Baja, Media, Alta y Muy Alta), sino que sólo discrimina entre Baja y Alta marginación. Así, para el análisis con esta encuesta se utilizará la categoría de Alta.

La información recolectada incluye entrevistas a utilizadores de servicios de salud, lo que permite analizar la experiencia en los servicios y el grado de satisfacción con los mismos. A continuación se presentan los resultados más relevantes.

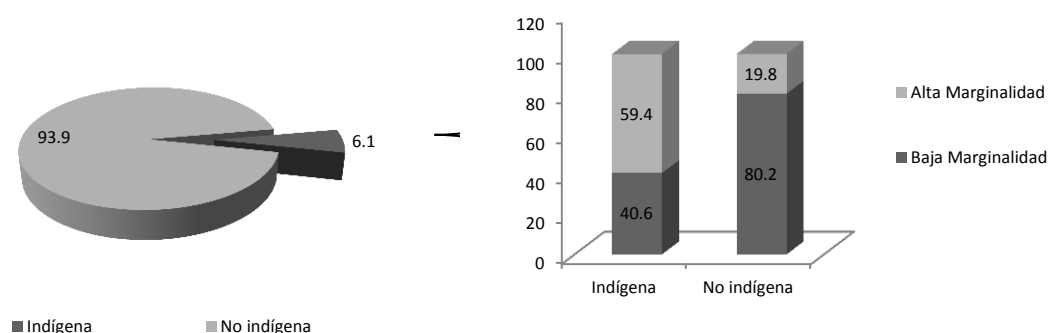
Características generales

De acuerdo con los resultados obtenidos de la ENSANUT 2012, a nivel nacional existe una población de poco más de 115,000,000 de los cuales, el 48.8% son hombres y el 51.2% a mujeres.

Al analizar la información para personas hablantes y no hablantes de alguna lengua indígena encontramos que el 6.1% declara hablar cuando menos algún tipo de lengua, lo que equivale a 6,456,423¹⁰, cifra ligeramente inferior a los 6,695,228 que reportó el Censo de 2010.

Sobre la distribución de los habitantes por estrato de marginación se observa que la población de interés, es decir, la población que habita en localidades de alta marginación corresponde a 25,645,442, es decir 22% del total, de los cuales, el 16.3% es considerada población indígena de acuerdo con el criterio del habla, mientras que el 83.7 restante corresponde a personas no indígenas. Si bien la mayor parte de la población que habita en estas localidades no pertenece a alguna etnia, llama la atención que al agrupar las proporciones por grupo (indígenas y no indígenas), casi 60% del primero vive en alta marginación (59.4%), mientras que para el segundo grupo, la proporción es solamente del 20%.

Gráfica I. Población hablante de lengua indígena por grado de marginación



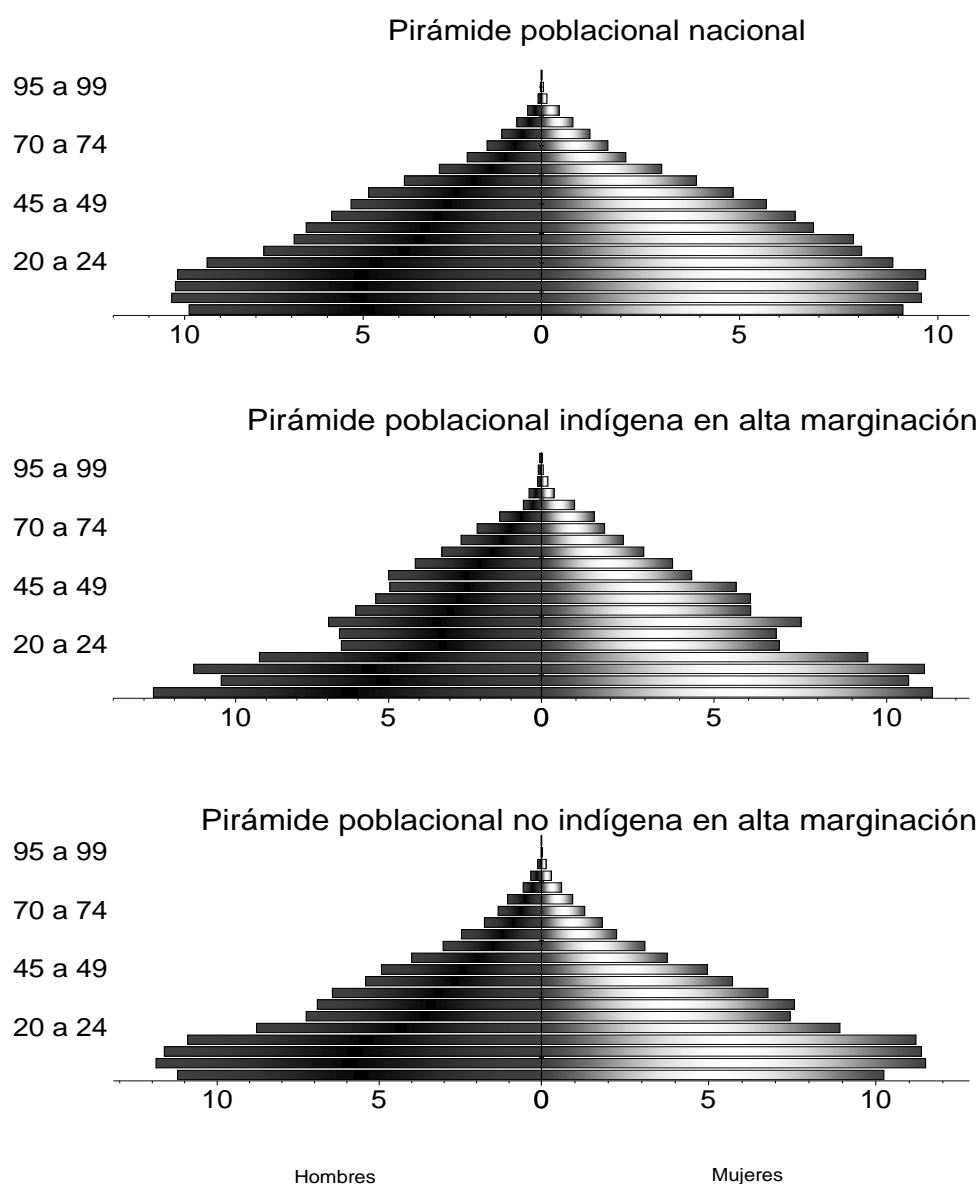
Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

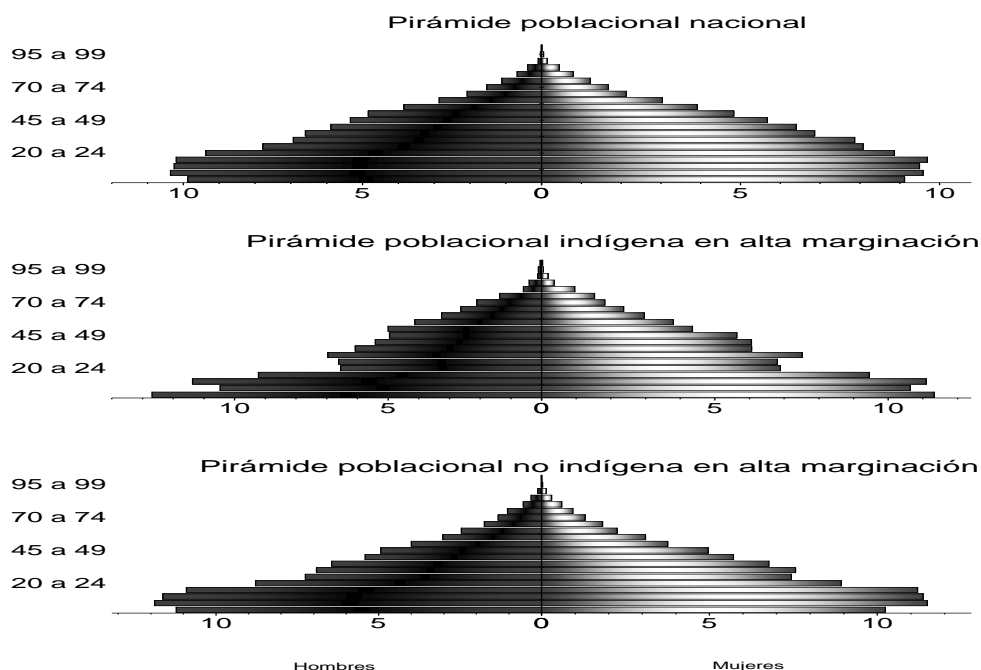
¹⁰ Dado que en la ENSANUT 2012 a los niños de 3 años no se les aplicó la pregunta sobre habla indígena, para el análisis de los menores a 5 años se imputó la lengua indígena considerando si el jefe del jefe de familia hablaba o no alguna lengua. Con esta modificación, la población indígena asciende a 7,045,528.

Al estratificar los resultados por sexo y población indígena y no indígena en localidades de alta marginación encontramos una distribución muy similar a la nacional con 48.8, 51.2, 49.3 y 50.7%, respectivamente.

Con respecto a la edad, a nivel nacional la edad promedio es de 29 años mientras que para la población indígena y no indígena que habita en localidades de alta marginación, el estadístico es de 28 y 26 años.

Gráfica II. Distribución porcentual de edad en rangos por tipo de población





Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

Características de la vivienda

Uno de los primeros esfuerzos del gobierno federal por caracterizar las condiciones de la vivienda como referentes de satisfacción y bienestar de la población, se refiere al que COPLAMAR estableció a partir del deterioro de ésta en función de la vida útil de los materiales para construcción de muros y techos, que considera el total de años durante los cuales el costo de mantenimiento no supera el de sustitución, lo que no implica necesariamente el deterioro total al final de la vida útil de un material (CONAFOVI, 2001).

Por su parte y en lo relativo a la calidad de los materiales de construcción y los espacios de la vivienda, CONEVAL establece que una vivienda se considera precaria cuando cuenta con al menos una de las siguientes carencias (DOF, 2010):

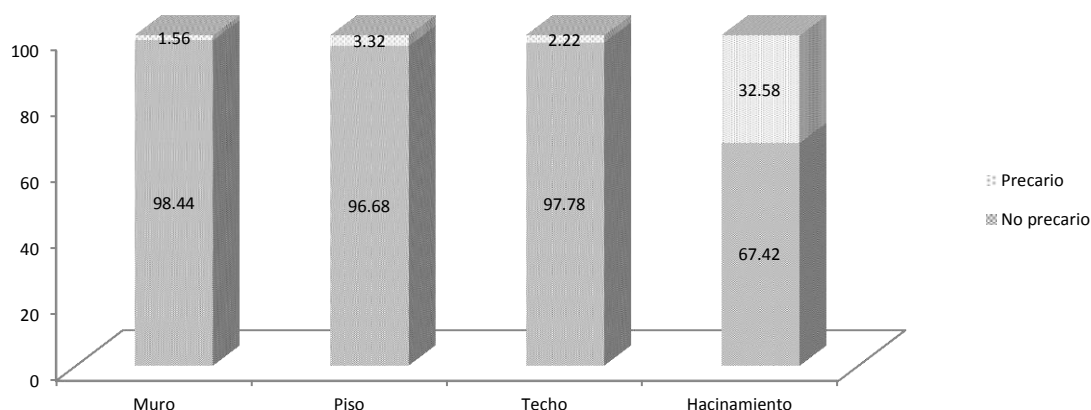
- Personas que residen en viviendas con piso de tierra.
- Personas que residen en viviendas con muros de barro o bajareque; carrizo, bambú o palma; lámina de cartón, metálica o de asbesto, o material de desecho.
- Personas que habitan en viviendas con techo de lámina de cartón o de desecho.
- Personas que habitan en viviendas cuya razón de personas por cuarto es mayor a 2.5 (hacinamiento).

De igual manera, la precariedad de la vivienda se refiere a cuestiones vinculadas al acceso a cierto tipo de servicios básicos en la vivienda. Así, una vivienda se considera precaria en términos de acceso a servicios cuando cuenta con alguna de las siguientes características (DOF, 2010):

- El agua proviene de un pozo, río, lago, arroyo o pipa; o bien, el agua entubada la obtienen por acarreo de otra vivienda, de la llave pública o de un hidrante.
- No tiene drenaje, o el desagüe tiene conexión a una tubería que va a dar a un río, lago, mar, barranca o grieta.
- No dispone de energía eléctrica.
- El combustible que se usa para cocinar o calentar los alimentos es leña o carbón sin chimenea.

De acuerdo con la información que reporta la ENSANUT se encontró que a nivel nacional, la precariedad de la vivienda está principalmente asociada con el criterio de hacinamiento¹¹, es decir, si se consideran los datos en términos de personas tenemos que poco más de 37 millones de personas habitan en viviendas donde la relación integrantes-cuartos para dormir es inferior al recomendado¹².

Gráfica III. Precariedad por características de la vivienda



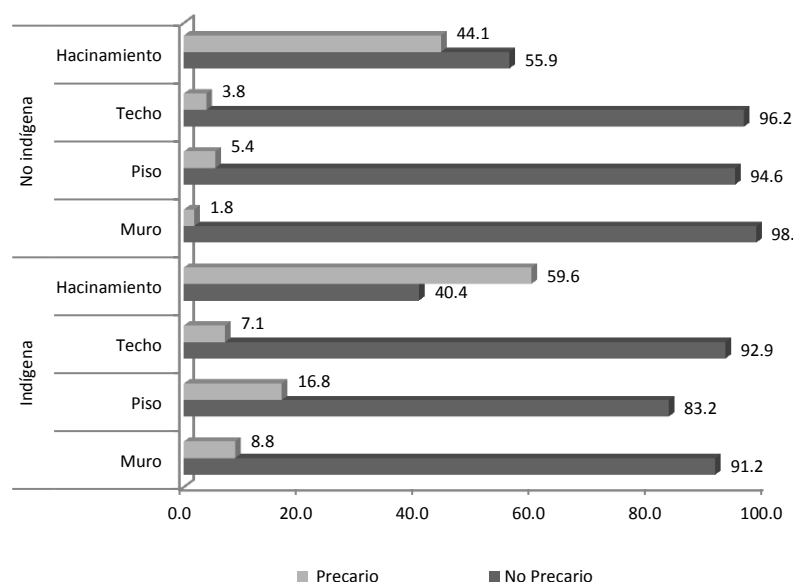
Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

¹¹ Existen diferentes definiciones de hacinamiento. Para el CONEVAL significa 2.5 o más personas por cuarto, incluidos sala y comedor, mientras que en otras fuentes (CONAVI) se entiende como 2.5 o más personas por dormitorio. Para el presente estudio se utilizó la segunda definición.

¹² Dado que para el presente estudio, la unidad de análisis son las personas y no los hogares, el porcentaje representa al número de personas que viven en hacinamiento y no a los hogares que tienen este tipo de precariedad.

Al estratificar los resultados por población hablante o no de lengua indígena y para localidades de alto grado de marginación, la tendencia es similar, es decir, el hacinamiento se muestra como la precariedad que más afecta a ambos grupos. Sin embargo, ambos porcentajes son superiores a la proporción nacional al ser la población hablante de alguna lengua indígena la más afectada con casi un 60%, mientras que para la población no hablante, este valor es de 56%. Estas diferencias se corroboran al observar que las viviendas donde habitan hablantes de lengua indígena tienen en promedio 3.3 habitantes por dormitorio, mientras que para los no hablantes, es de 2.8 personas, ambas por encima de la media nacional (2.5%).

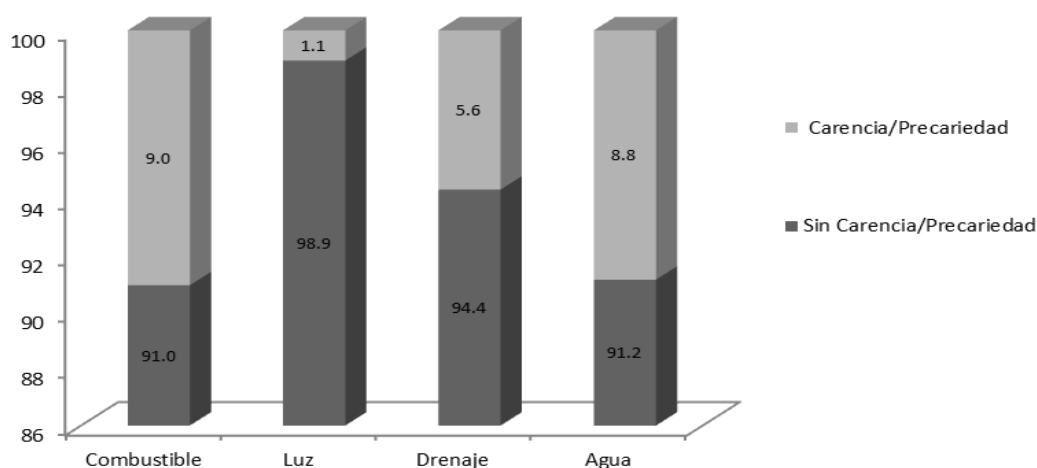
Gráfica IV. Precariedad de la vivienda por tipo de población en localidades de alta marginación



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

Con respecto al acceso a servicios básicos, se observa que una décima parte de la población a nivel nacional no cuenta con acceso a agua entubada dentro del terreno. Esta situación afecta a cerca de 10,000,000 de personas. Por su parte, uno de los grandes logros alcanzados en este rubro de precariedad, se refiere a los servicios de electricidad, los cuales se abastecen a prácticamente al 99% de la población.

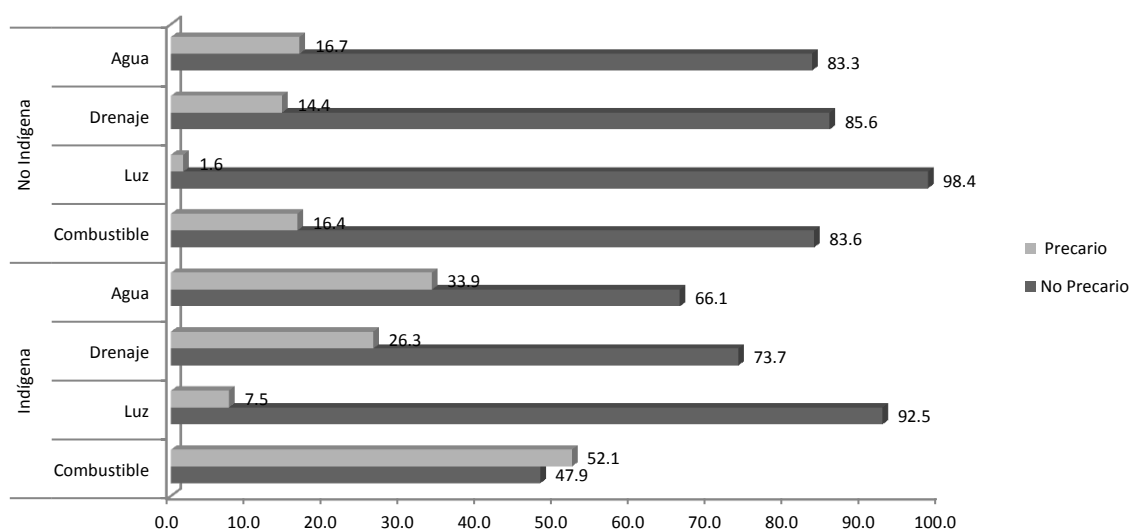
Gráfica V. Precariedad de la vivienda por tipo de servicios



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

Al desagregar la información por la población de interés, resalta que más de la mitad de la población indígena aún cocina con leña o carbón sin chimenea, además de que una tercera parte de la misma no cuenta con disponibilidad de agua al menos dentro del terreno donde habitan.

Gráfica VI. Proporción de viviendas en condiciones precarias por tipo de servicios y de población



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

Como podemos observar, la precariedad en términos de acceso y características de la vivienda es un factor que afecta principalmente a la población hablante de alguna lengua

indígena. La carencia a elementos tan básicos como son la disponibilidad de agua entubada y piso pueden impactar de manera importante en enfermedades infectocontagiosas, las cuales son las principales causantes de las muertes de los infantes en México (INMUJERES *et al.*, 2006). Los efectos adversos provocados por la precariedad en la vivienda se sustenta en diversos estudios donde se ha encontrado que la salud se puede deteriorar cuando éstas se encuentran construidas con materiales que contienen elementos nocivos para la salud o cuando generan riesgos sanitarios (Gertler s/f).¹³

La existencia de deficiencias en los servicios y sistemas de abastecimiento como los de agua potable son otro factor que dificulta la preparación higiénica de los alimentos y la limpieza personal y doméstica, lo cual provoca enfermedades gastrointestinales y parasitarias, principalmente en los niños.

Una precariedad particularmente dañina es la falta de chimenea en la cocina si se utilizan combustibles que emiten humos tóxicos, como la leña y el carbón.

Con respecto al hacinamiento, se ha encontrado que la salud emocional y psicológica de las personas se ve perjudicada cuando las viviendas no cuentan con espacios que permitan que ciertas actividades se desarrollen en un ambiente de privacidad, de manera aislada de otros residentes y del exterior (Gertler s/f.).

Considerar todos estos aspectos en la evaluación de las condiciones de salud de las poblaciones que habitan localidades de alta marginalidad resulta de vital importancia no sólo para diseñar intervenciones adecuadas que mejoren la salud en estas localidades, sino también para medir de manera eficientemente los alcances y limitaciones que programas como el de Caravanas pueden cumplir. De la articulación y adecuada planeación de este Programa junto con otros, dependerá que la salud en localidades de alta marginación pueda mejorar.

Condición de aseguramiento

Uno de los principales retos que enfrenta el Sistema de Salud Nacional es la universalización del derecho a la protección de la salud mediante la accesibilidad para toda la población. Cuando una persona no cuenta con adscripción o derecho a recibir atención médica en alguna institución que los presta (Seguro Popular (SP), instituciones públicas de seguridad social –IMSS, ISSSTE federal o estatal, PEMEX, SEDENA o SEMAR– o los

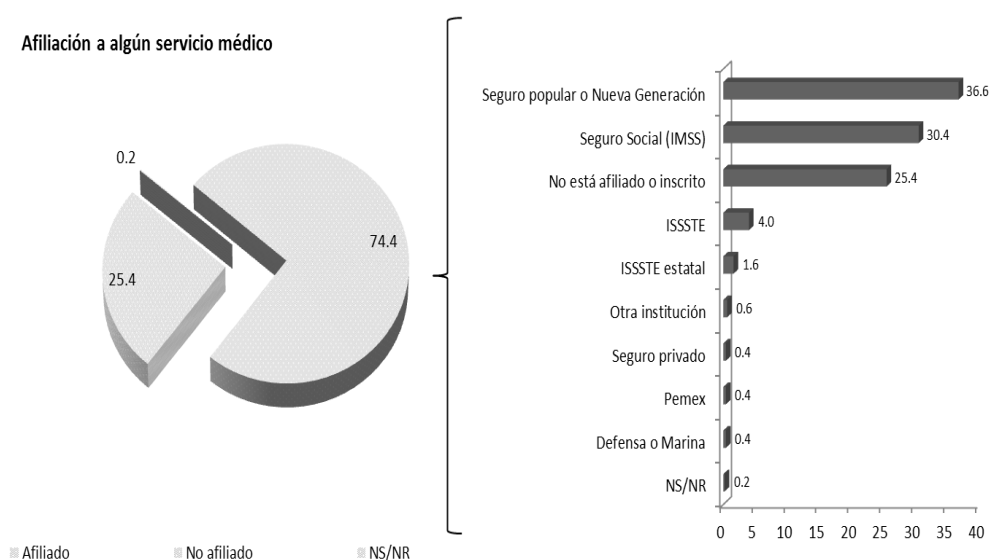
¹³ Como ejemplos encontramos que el piso de tierra incide en enfermedades dermatológicas, gastrointestinales, hepatitis y estrés.

servicios médicos privados), no se le está reconociendo el derecho fundamental a la salud emanado en el artículo cuarto de la constitución.

Existe diversa información con respecto a la cobertura nacional, Knaul (2013) planteó que para 2012 se alcanzaría el objetivo de la cobertura de protección en salud en México, con cerca de 98% de todos los mexicanos afiliados a algún mecanismo de aseguramiento. De acuerdo con las cifras reportadas por las instituciones de salud, en México se ha alcanzado la cobertura de protección en salud de casi toda la población del país, el Sistema de Protección Social en Salud reportaba 51,100,000 de afiliados, a los que se suman 43,400,000 que reportó el IMSS como derechohabientes adscritos a Unidades de Medicina Familiar, 8,300,000 cubiertos por el ISSSTE, 1,200,000 entre SEDENA y SEMAR y 800,000 en PEMEX. De acuerdo con estas cifras y considerando a los que reportan un seguro privado, solamente 9,000,000 de mexicanos (8%) no contarían con protección en salud. (Knaul, 2013).

Al contrastar estas cifras con las obtenidas en la ENSANUT, encontramos que cerca de una cuarta parte de la población total aún no cuenta con algún tipo de protección médica (privado, público o de seguridad social). Con respecto a las personas que sí cuentan con algún servicio, destaca que más de una tercera parte de la población reporta estar afiliada al SP o de Nueva Generación.

Gráfica VII. Distribución de afiliación a servicios de salud



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012.

Así, encontramos que 24.1 y 23.9% hablantes y no de una lengua indígena, respectivamente, no cuentan con algún tipo de servicio. Los diferenciales más importantes entre la población nacional con los grupos de interés se encuentran en la distribución de derechohabencia por tipo de institución. Mientras la cobertura del sp es 71 y 55% para la población hablante y no hablante de alguna lengua indígena, respectivamente (ambos casos por encima del porcentaje nacional), tan sólo 3 y 17% de estos grupos están afiliados al IMSS (ambos por debajo de la proporción nacional). Además, llama la atención que en ninguna de estas poblaciones existen personas que reportan estar afiliadas a algún servicio privado.

No indígena

Seguro	Porcentaje
Pemex	0.0
ISSSTE estatal	0.2
Seguro Social (IMSS)	0.3
NS/NR	0.1
Seguro privado	0.6
Otra institución	0.9
Ninguno	54.9
Seguro Popular o para una Nueva Generación	17.1
Defensa o Marina	23.9

Indígena

Seguro	Porcentaje
Defensa o Marina	0.0
ISSSTE	0.0
Seguro Popular o para una Nueva Generación	0.4
Seguro Social (IMSS)	0.5
NS/NR	0.7
Seguro privado	3.2
Otra institución	24.1
Ninguno	71.0

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

Hasta ahora, el SP ha logrado cubrir a más de una tercera parte de la población a nivel nacional, 55% de la población no hablante de una lengua indígena en localidades de alta

marginación, y a casi tres cuartas partes de la población hablante en las mismas localidades.

Si bien la incorporación y creación del seguro popular ha alcanzado a un porcentaje importante para aquellos estratos que podrían incurrir en gasto catastrófico y empobrecedor, y que éstos pueden ser considerados como algunos de los problemas más importantes para los estratos de mayor marginación, el éxito de su implementación requiere mayores esfuerzos ya que los problemas de enfermedad, presión financiera y cobertura universal siguen siendo logros no alcanzados en los grupos más vulnerables; particularmente, debido a que el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) al cubrir solamente un conjunto definido de servicios básicos, provoca una protección limitada para los riesgos catastróficos. Así, el éxito del SP dependerá de su capacidad de respuesta no sólo para absorber a la población aún no asegurada, sino también para atender un mayor número de enfermedades que implican costos elevados.

Utilización de servicios de salud

En algunas ocasiones suele utilizarse el término demanda cuando lo que se quiere explicar es la necesidad o utilización de servicios para la salud.

La distinción de los diferentes conceptos es de suma importancia ya que la toma de decisiones de un individuo no es un proceso conjunto sino que en él pueden distinguirse tres fases: la de necesidad (cuando se percibe una dolencia, enfermedad o malestar); la que sigue con la demanda (cuando el individuo percibe que su estado de salud requiere de algún tipo de servicio y toma la decisión de contactar con algún sistema –público, privado o de seguridad social) y la que finaliza con la utilización (cuando el médico ratifica que la necesidad y la atención están justificadas y el individuo recibe el servicio).

De acuerdo con Bradshaw (1972), la utilización se asocia con dos tipos de necesidad: la necesidad percibida y la expresada. La primera se trata de la percepción que tienen los individuos cuando su nivel de salud se reduce, generando insatisfacción y la necesidad de atención médica. Por su parte, la necesidad expresada es la manifestación externa de la anterior, es decir, la necesidad sentida que finaliza en un proceso de búsqueda de servicios.

Para el análisis sobre la utilización de los servicios de salud en México, en las secciones subsecuentes se incorporaron variables asociadas a estos dos criterios a fin de identificar los factores que inciden en los niveles de utilización de tales servicios.

Para ello, se consideran las variables que en la ENSANUT aparecen como determinantes que involucran un acercamiento de las personas en los diferentes centros de salud. Dichas variables, se encuentran contenidas en una sección donde se abordan los aspectos más

relevantes en torno a las características de las enfermedades, las instituciones en las que se atienden las personas, así como aspectos relacionados con la calidad en la atención. Para tales efectos, la utilización de servicios se indagó preguntando a cada integrante del hogar si dos semanas antes de la entrevista “solicitó o recibió consulta tanto para atención ambulatoria como hospitalaria por enfermedad, control de la misma, lesión o accidente”. De entre los miembros del hogar que respondieron afirmativamente, se seleccionó aleatoriamente a uno; a este individuo seleccionado se le entrevistó y se le aplicó un cuestionario más amplio. Se exploraron diferentes aspectos relacionados con el proceso de búsqueda, utilización y satisfacción con los servicios. Dado que el interés del presente estudio se asocia a la atención primaria, en las siguientes secciones se presentan los principales resultados.

Características generales

De acuerdo con la información recabada, la tasa de utilización de servicios ambulatorios en los quince días previos a la encuesta en 2012 en el ámbito nacional fue de 7.7 por 100 habitantes. De las personas que solicitaron consulta se atendió al 98.8% a nivel nacional¹⁴, cifra similar a la observada en las poblaciones consideradas de alta marginación, sin haber diferencias porcentuales importantes en ambos grupos.

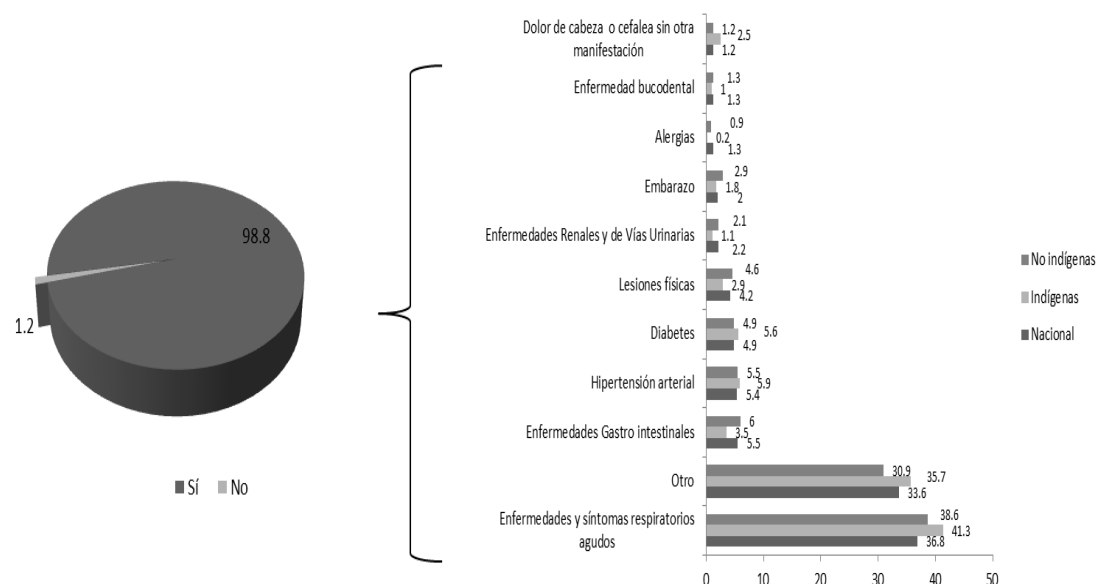
Principales enfermedades y utilización de servicios por institución

La principal causa de consulta de servicios ambulatorios curativos lo constituyen las enfermedades y síntomas respiratorios agudos, que representaron 36.8% del total de las enfermedades a nivel nacional. En los estratos de alta marginación, el porcentaje para las poblaciones de habla indígena fue de 41.3% mientras que para la población no hablante el porcentaje correspondió a 38.6%.

¹⁴

INSP 2012. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 Resultados Nacionales.

Gráfica IX. Distribución porcentual de enfermedades por tipo de población

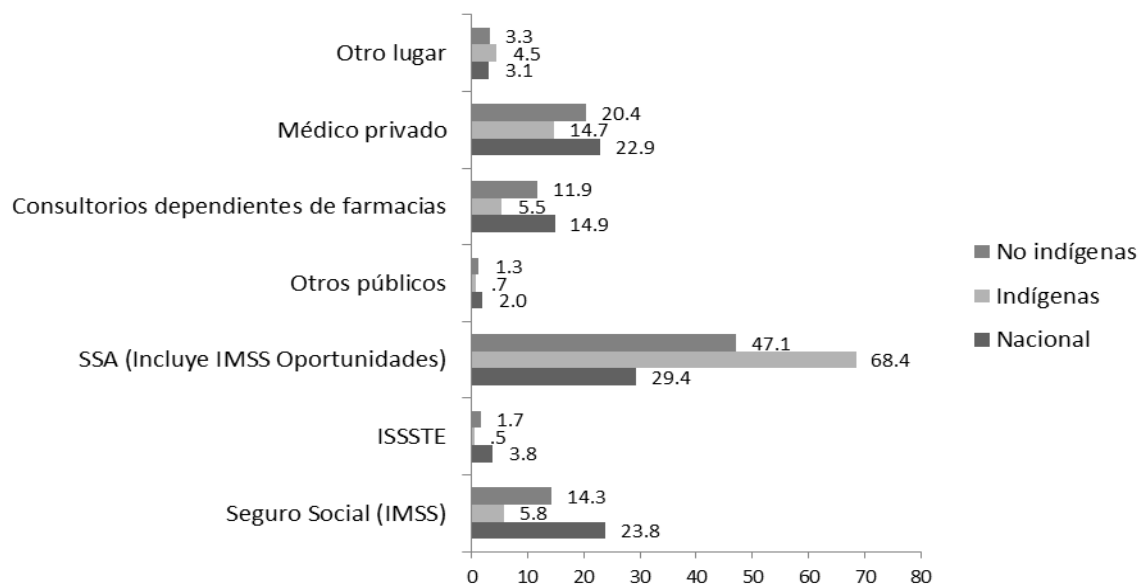


Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

Del total de consultas reportadas en la ENSANUT 2012, la mayor parte fue proporcionada por instituciones públicas (incluyendo la seguridad social) con 59.1% del total, por parte de los Servicios Estatales de Salud (SESA) se concentró 28.2% de las mismas, seguidos por los del IMSS que aportó 23.8%. Por su parte, el sector privado ofreció 37.8% de las consultas, donde destaca la participación de los consultorios de farmacias en la provisión de servicios en el sector privado. Los datos de utilización muestran pequeñas variaciones que sugieren un incremento en la participación de servicios privados en comparación con lo reportado en la ENSANUT 2006. En esta última, del total de la población que utilizó servicios para la salud, 37.6% acudió a los servicios privados y 62.4% a los servicios públicos.

La variación más importante se observa entre los proveedores del sector privado. La ENSANUT 2012 distingue dentro del mismo sector los consultorios médicos independientes, que ofrecen 60.6% del total de las consultas de este sector, y los consultorios que dependen de farmacias, los cuales atendieron 39.3% restante. Por sí solos, los consultorios dependientes de farmacia otorgaron 14.9% del total de consultas ambulatorias.

Gráfica X. Porcentaje de utilización de servicios de salud por tipo de institución y tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

En las poblaciones consideradas de alta marginación la dependencia de los servicios públicos de salud fue mayor. 75.4% de las personas de habla indígena se atendieron en este sector, mientras que para los no hablantes de alguna lengua indígena el porcentaje fue de 64.4. Dentro de los servicios públicos destacan los proporcionados por parte de la SESA (incluye IMSS Oportunidades), quienes atendieron a 68.4% de la población indígena y 47.1% de los no indígenas. Por otro lado, la participación del IMSS fue menor respecto al total nacional, pues dio consulta apenas a 5.8% de los indígenas, casi la misma proporción que los consultorios dependientes de farmacias, y 14.3% de quienes hablan sólo español, cifra superior a los consultorios de farmacia.

La distribución en la atención por tipo de institución sugiere que la implementación de la cobertura universal mediante los servicios de salud de carácter público ha logrado cubrir a las poblaciones más desfavorecidas, tal es el caso de la población indígena. Con ello, se han logrado cumplir con el objetivo de dar cobertura a las poblaciones de las zonas más marginadas. Sin embargo, llama la atención que un porcentaje importante de la población en estos estratos, aún continúe solicitando servicios privados. Esta situación, bien podría incidir negativamente en el bienestar de estas poblaciones, particularmente, en términos de gasto de bolsillo.

Indicadores de acceso

Uno de los principales determinantes que influyen en la demanda y la utilización de servicios para la salud se refiere al acceso que tienen las personas cuando tienen necesidad de recibir atención médica.

Por acceso deben entenderse todos aquellos aspectos que directa e indirectamente inciden en una atención adecuada, eficaz y oportuna. El modelo de Tanahashi (1978) considera cuatro aspectos para identificar un acceso adecuado: 1) disponibilidad, entendida como disponibilidad de servicios o centro de atención, equipos, insumos, infraestructura entre otros; 2) accesibilidad, asociada a los aspectos físicos como distancia, conectividad, tiempo de transporte y financiera, relacionada con el costo de transporte y gasto de bolsillo; 3) aceptabilidad de los servicios, que depende de la percepción de las prestaciones, influenciada por factores sociales, culturales y religiosos, creencias, normas y valores, trato y privacidad, entre otros; y 4) contacto con el servicio, entendido como la continuidad de la atención y por la calidad de la atención.

A fin de evaluar la accesibilidad de los servicios de salud con la información recabada en la encuesta, el análisis se centrará en dos de los aspectos antes mencionados: el precio o costo por el servicio (entendido como los costos monetarios –pago por la atención, medicamentos, exámenes clínicos entre otros– y no monetarios –tiempos de traslado y de espera–) y la calidad en la atención (indicadores de estructura, proceso y resultados).

Tiempos de espera y de traslado

Tiempo de espera

El tiempo de espera¹⁵ para recibir consulta constituye una barrera o condición de accesibilidad de tipo organizacional que influye en las expectativas del utilizador sobre la institución; al mismo tiempo, es barrera para el uso de los servicios. Algunos autores clásicos lo han propuesto como condicionante de no utilización de servicios cuando éste es elevado.

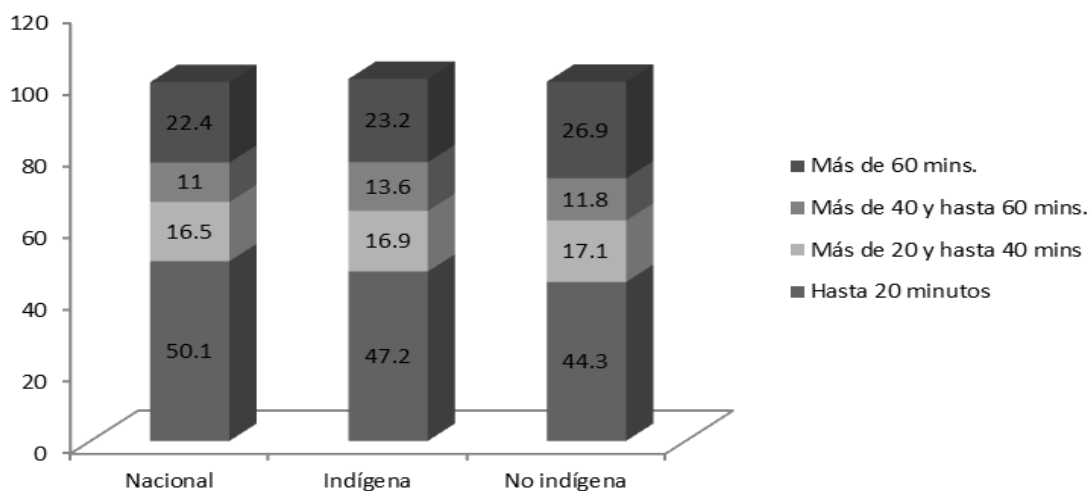
Diversos estudios realizados en México han encontrado que el elevado tiempo de espera es una de las primeras causas de insatisfacción de la población (De León, 1997).

¹⁵ Las instituciones de salud definen el tiempo de espera para recibir atención como aquel que transcurre desde la hora de la cita programada o de la solicitud de atención por el usuario, hasta que es atendido por el médico del servicio.

Dado que la atención médica en el segundo y tercer nivel en la mayor parte de los casos se realizan mediante cita con un tiempo de espera de 10 minutos, este valor no puede encontrarse en las unidades de primer nivel de atención donde sólo entre 30 y 35% de los pacientes es citado. Sin embargo, el programa denominado Sistema Integral de Calidad (SICALIDAD) recomienda para este tipo de servicios un tiempo de espera de 30 minutos.

Con respecto al tiempo de espera para recibir servicios médicos curativos ambulatorios, la ENSANUT reporta que a nivel nacional el promedio es de 58 minutos. En el estrato de alta marginación la espera es similar al resto del país ya que la población indígena reporta una media de 56 minutos mientras que el resto de la población que habita en el mismo tipo de localidades lo hizo por un espacio de una hora siete minutos. Entre los hallazgos más relevantes resalta el hecho de que los promedios superan casi en un 100% el tiempo aceptable (30 minutos) establecido por el programa SICALIDAD. Al distinguir por tipo de institución (seguridad social, SSA y privados/otros), encontramos que los tiempos de espera para las consultas privadas no rebasan la media hora, no así los servicios públicos donde la media de espera en los servicios de seguridad social es de 73 minutos, mientras que los servicios de la SSA este valor asciende a casi 90 minutos.

Gráfica XI. Tiempo de espera por tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

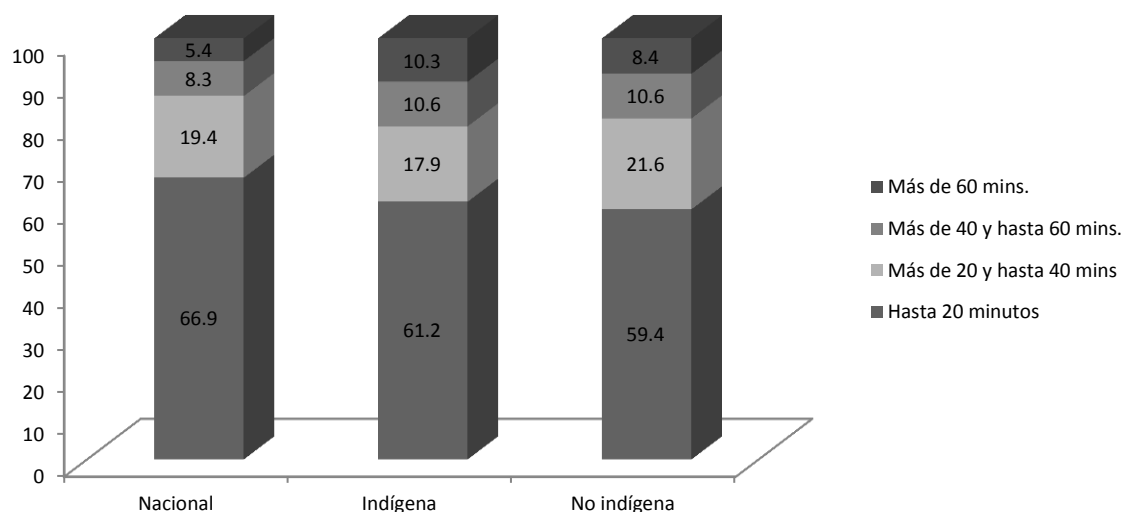
Tiempo de traslado

La accesibilidad geográfica, componente que forma parte del concepto más amplio de la accesibilidad a los servicios de salud, indica que tiempos de traslado aceptables, esto es,

30 minutos en localidades urbanas y hasta 60 minutos en zonas rurales, puede evitar problemas de utilización de los servicios de salud disponibles sin que realicen grandes desplazamientos por la lejanía a las instalaciones médicas, o por lugares inaccesibles en donde habitan algunas poblaciones vulnerables, obligándolas, en ocasiones, a utilizar más de un medio de transporte, perder tiempo para llegar al lugar de la atención, deteriorar su salud y en el peor de los casos, la muerte por el surgimiento de padecimientos crónicos-degenerativos o enfermedades de urgente atención.

En la ENSANUT se reporta que las personas que acudieron a recibir algún tipo de atención primaria registraron una media de 28 minutos a nivel nacional. Para la población que habita en zonas de alta marginación este estadístico fue superior al reportarse en promedio 37 minutos para llegar a la consulta, mientras que las personas que no hablan este tipo de lengua tuvieron una media de 34 minutos.

Gráfica XII. Tiempo de traslado por tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

Los resultados obtenidos en términos de acceso sugieren que los tiempos de espera por encima de los recomendados son una de las principales áreas de oportunidad para el adecuado suministro de servicios de salud. Los largos tiempos de espera bien pueden deberse a la limitada infraestructura existente en este tipo de localidades, así como a problemas organizacionales en la atención en las diferentes instituciones.

Con respecto a los tiempos de traslado, si bien se observa que existen valores que podrían considerarse adecuados para la utilización de éste tipo de servicios, los resultados deben ser tratados con cautela ya que la información obtenida se refiere solamente a las personas que acudieron a atenderse algún tipo de padecimiento, por lo que se

desconocen los motivos por los cuales muchas personas no utilizaron servicios de salud. Al respecto, la literatura ha sido extensa en identificar a las distancias hacia las instituciones de salud como uno de los principales determinantes de demanda y utilización, (De León, 1997; Zamudio, 1997; Arreola *et al.*, 2003).

Costos por la utilización de servicios de salud

Existe un consenso en el cual se asume que uno de los objetivos principales dentro de todo sistema de salud tiene que ver con la equidad de la contribución financiera (Murray y Frenk, 2000).

La seguridad financiera de los usuarios implica la existencia de esquemas de financiamiento de los servicios de salud justos –esquemas donde la proporción del gasto en salud de los hogares respecto de su capacidad de pago sea igual para todos– y que protejan a la población contra gastos excesivos por motivos de salud.

En México, podemos encontrar tres tipos de financiamiento de servicios de salud: recaudación del Estado –impuestos generales y específicos–, cotizaciones a la seguridad social –recaudación de impuestos sobre nómina, cotizaciones– y pagos privados –pagos directos o de primas de seguros privados–. Los dos primeros corresponden a sistemas de aseguramiento que agrupan diversos riesgos y cumplen con la función de evitar que la población incurra en gastos elevados.

Los pagos privados son de dos tipos: primas a seguros privados y pagos directos de bolsillo. Los seguros privados han constituido un bien disponible restringido sólo para un cierto grupo de población que corresponde generalmente a habitantes de zonas urbanas con capacidad de pago y sin padecimientos preexistentes. Por su parte, el financiamiento a través de pagos directos de bolsillo se refiere al total de erogaciones que los hogares realizan para poder recibir atención. Estas erogaciones incluyen tanto los gastos relacionados directamente con la atención, como los necesarios para acceder a ésta.

Dentro del análisis del financiamiento que las contribuciones directas representan para los hogares se han planteado dos enfoques que pueden ser complementarios: el gasto catastrófico y el gasto empobrecedor. El primero define un gasto catastrófico cuando 30% o más del ingreso o consumo disponibles son destinados a la adquisición de servicios de salud. El segundo enfoque define un gasto en salud como empobrecedor cuando éste desplaza a un hogar por debajo de la línea de la pobreza (LP) o bien, cuando profundiza su pobreza si es que ésta ya se encontraba por debajo de dicha línea (Hernández, Ávila, Valencia y Poblano, 2008).

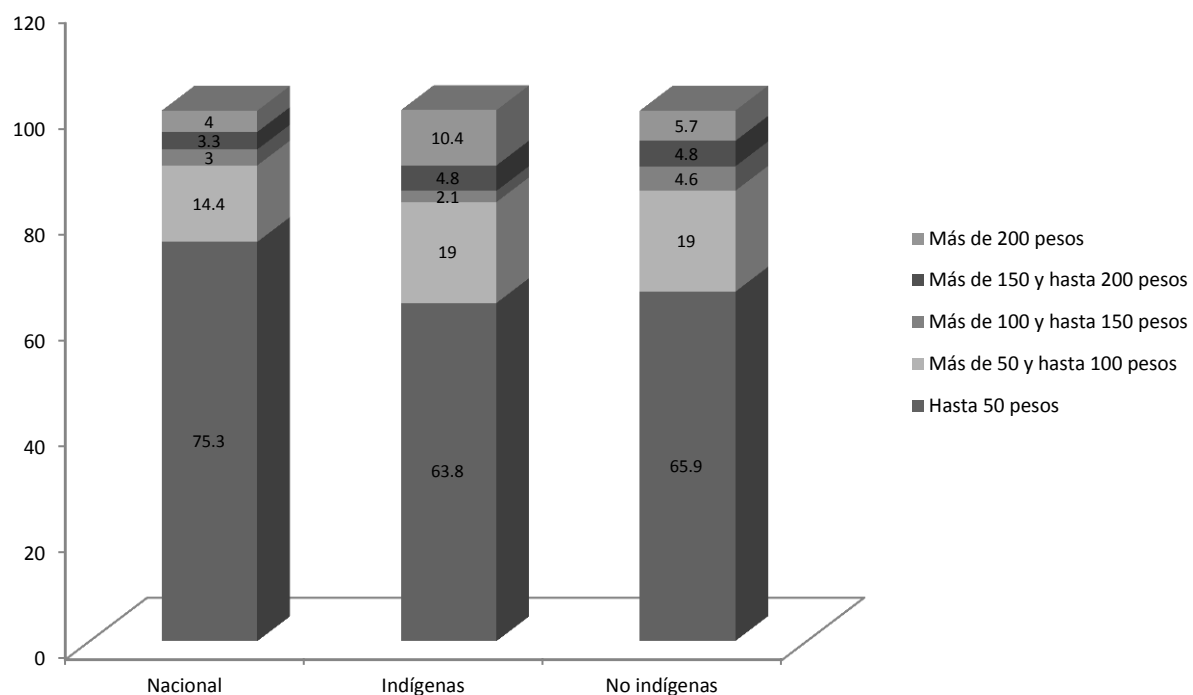
A fin de identificar los riesgos que las poblaciones de interés pueden tener en el gasto catastrófico y empobrecedor, en las secciones siguientes se presentan los resultados más

importantes en los principales gastos erogados por las personas que utilizan servicios para la salud: costos de traslado, pago por medicamentos, costos de atención, costos por exámenes de laboratorio y otros gastos.

Costos de traslado

A nivel nacional, aproximadamente la mitad de la población que requirió de atención médica no tuvo que pagar para llegar al lugar de consulta, esto aplica también para las personas no indígenas en zonas de alta marginación, no así para los indígenas, quienes tuvieron que pagar por el traslado en 31% de los casos. De las personas que realizaron algún gasto se encuentra que estos desembolsaron en promedio \$ 67.00, mientras que los habitantes de poblaciones en alta marginación pagaron como media \$ 93.00 y \$ 77.00, indígenas y no indígenas, respectivamente.

Gráfica XIII. Costo de traslado por tipo de población



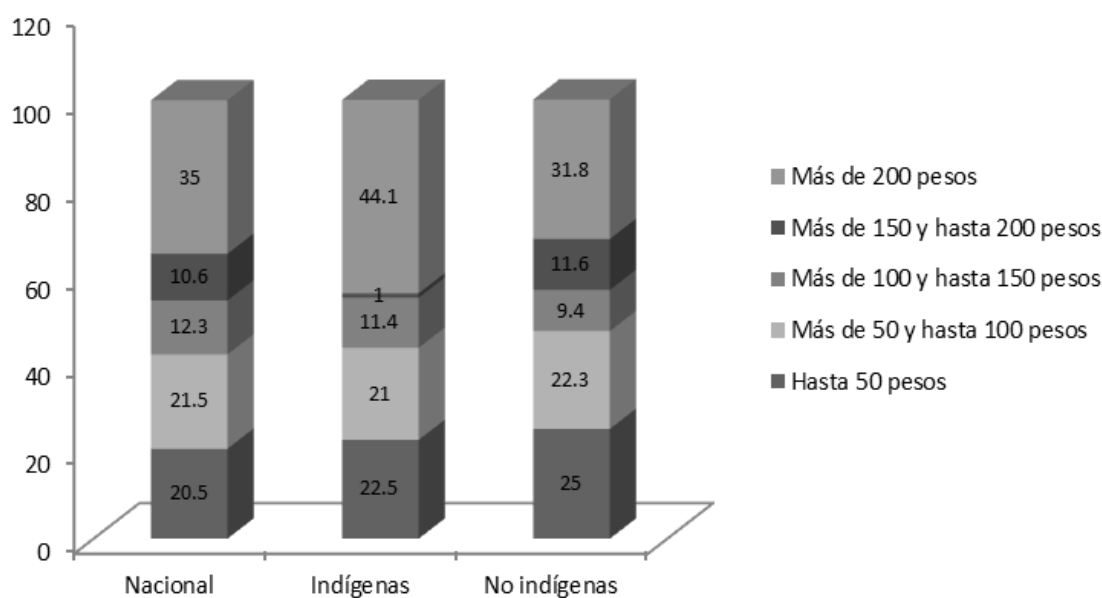
Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

Pago por medicamentos

Con respecto a las personas que requirieron de algún tipo de medicamentos, la ENSANUT reporta que 30.2% no pagó por ellos, mientras que los que sí lo hicieron tuvieron que

pagar en promedio \$250.00. Por su parte, de las personas que consiguieron medicamentos en los estratos de alta marginación, 23.2% de los indígenas no pagó por éstos, mientras que 33.1% de los no indígenas exentaron su pago. En términos monetarios, las personas indígenas tienen una media de desembolso de \$421.00, mientras que los no indígenas pagaron un poco menos de la media nacional: \$217.00.

Gráfica XIV. Costo de medicamentos por tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012.

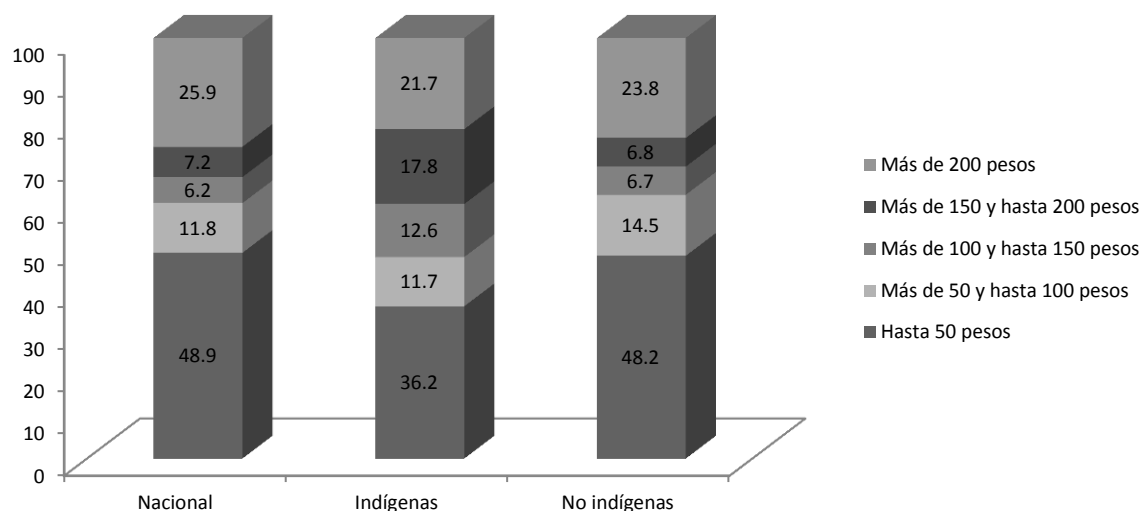
Costos de atención

En el ámbito nacional, 38% de los usuarios que reportaron haber usado los servicios de salud en los 15 días previos a la encuesta refirieron haber pagado al momento de utilizar servicios médicos curativos por consulta. El porcentaje es parecido para las personas no indígenas de estratos de marginación quienes representan 35.3%. Sin embargo, las personas indígenas refirieron haber pagado en menor proporción, ya que 22.2% reporta algún pago por la atención. En cuanto a la cantidad pagada, la media a nivel nacional es de \$216.00, mientras que en las poblaciones en alta marginación las personas indígenas pagaron \$187.00 y los no indígenas \$203.00 en promedio.

Si bien, al dividir el costo erogado por atención primaria se encuentra que entre 40 y 50% de la población indígena y no indígena realiza un pago igual o menor a los \$50.00, llama la

atención que también casi una cuarta parte de ambos grupos realizan un pago igual o superior a los \$200.00.

Gráfica XV. Costo de atención por tipo de población



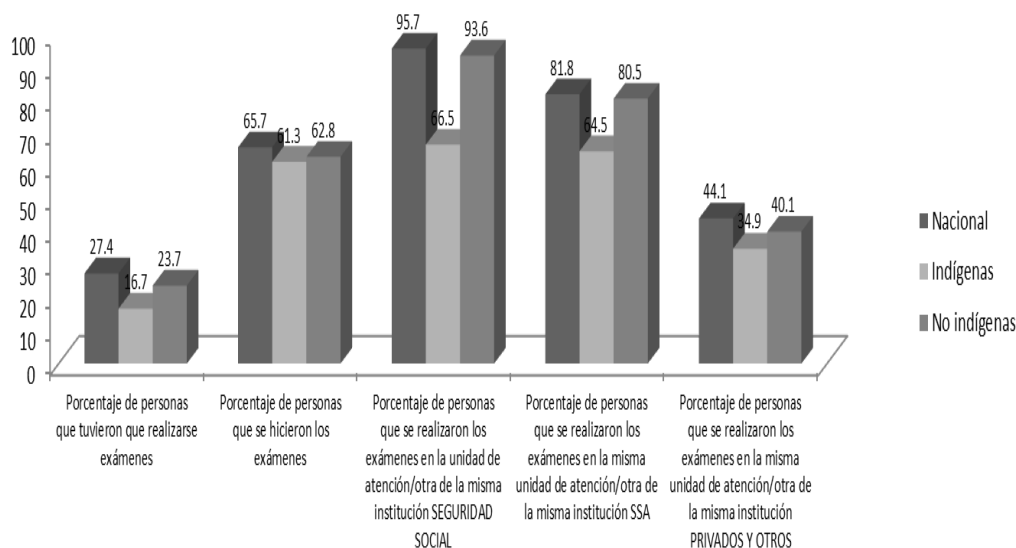
Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

Costos por exámenes de laboratorio

De las personas que recibieron algún tipo de atención ambulatoria, 27.4% reporta haber tenido que realizarse algún examen de laboratorio. De éstos, 77% de las personas se hizo los estudios ya sea en la unidad de atención o en otra de la misma institución. Por su parte, 16.7% de las personas de habla indígena se les pidió hacerse estudios de laboratorio o gabinete, mientras que para los que no hablan alguna de estas lenguas el porcentaje fue más cercano a la proporción nacional con 23.7%.

Con respecto al lugar en donde se realizó algún tipo de examen, 42.8% de la población indígena reportó haber acudido principalmente a un lugar diferente de la unidad de atención u otra de la misma institución para realizarse los estudios, además, fue el grupo poblacional que en mayor proporción pagó por sus exámenes (56.2%), mientras 73.1% de las personas no indígenas se hicieron los exámenes en la institución que les atendió, cifra parecida a la reportada a nivel nacional. Con respecto al porcentaje de personas que no se realizaron exámenes, la cifra es similar para los tres casos aquí analizados (37%). Al agrupar los resultados encontramos que las instituciones de seguridad social fueron aquellas en donde se realizaron más exámenes en sus instalaciones con valores superiores a 90%, excepto para la población indígena (66.5%).

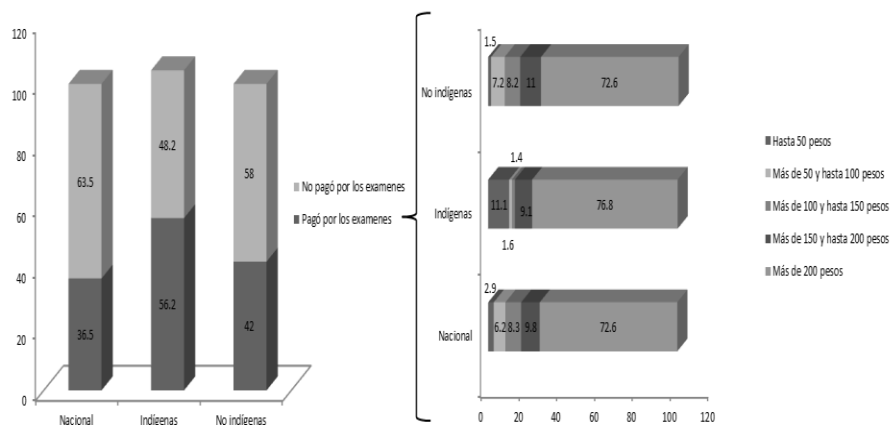
Gráfica XVI. Porcentaje de personas que se realizaron exámenes de laboratorio y gabinete en diferentes instituciones por tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012.

Con respecto al monto que tuvieron que pagar las personas para realizarse exámenes de laboratorio o gabinete, se observa que la media nacional es de alrededor de \$758.00. Al estratificar los resultados para la población hablante y no de alguna lengua indígena se encontró que el promedio de gastos fue de \$340.00 y \$657.00, respectivamente. Un aspecto que llama la atención se refiere a que cuando se agrupa por rangos los gastos destinados a exámenes de laboratorio y gabinete, la distribución se concentra en casi tres cuartas partes en gastos iguales o superiores a \$200.00 para todos los grupos.

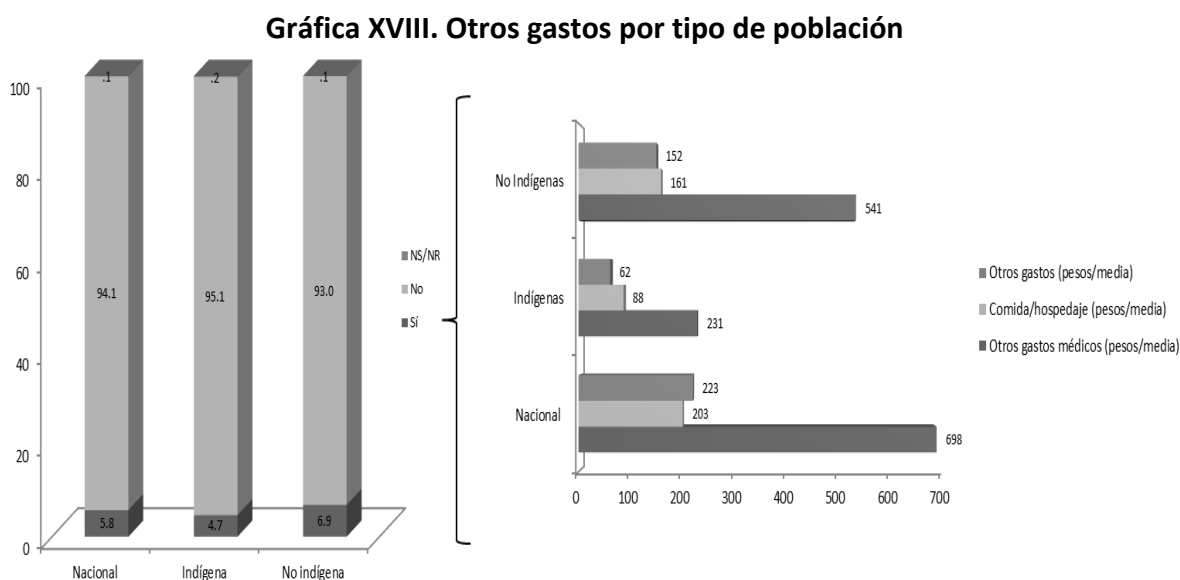
Gráfica XVII. Costo de exámenes de laboratorio por tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

Otros gastos por la utilización

Tanto en el ámbito nacional como para los estratos de alta marginación, entre 5 y 7% de los utilizadores señalaron que incurrieron en otro tipo de gastos por atenderse o por la atención. La mayor proporción de este gasto correspondió a otros gastos médicos (distintos a los relacionados con la atención médica –jeringas, gasas, alcohol entre otros– directa o en comida u hospedaje) en todos los casos.



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

Los resultados obtenidos indican que a pesar de que las personas no realizan la mayoría de las veces gastos por atención médica, existe un fuerte porcentaje de recursos monetarios que impactan en el ingreso de las personas que viven en localidades de alta marginación. Si bien, el desembolso de bolsillo que los grupos más vulnerables realizan se encuentra por debajo de la media nacional, se debe considerar que dada su situación, cualquier erogación por mínima que sea, profundiza su condición de marginación, lo cual refleja el fuerte desequilibrio de justicia financiera que prevalece en el esquema actual de salud en términos de gasto catastrófico y empobrecedor.

Si bien, el Seguro Popular ha logrado alcanzar una cobertura considerable en estos grupos, la limitada capacidad instalada que obliga a algunas personas a realizarse exámenes clínicos en la misma institución pero en otro lugar, o bien en instituciones privadas; el desembolso por atenderse y por pago de medicamentos, en combinación con gastos sufragados para aspectos no asociados con la atención, revelan un fuerte desequilibrio en el acceso, en términos monetarios y no monetarios, para estos grupos.

Calidad en la atención

La calidad ha sido objeto de múltiples acercamientos pero también de fuertes debates sobre la manera en la cual debe ser conceptualizada. Donabedian (1984) define calidad como los logros de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente. Señala que ésta puede interpretarse en dos dimensiones interrelacionadas e interdependientes: la técnica y la interpersonal. La atención técnica se refiere a la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de una manera que rinda un máximo de beneficio para la salud, sin aumentar con ello sus riesgos. La atención interpersonal mide el grado de apego a valores, normas, expectativas y aspiraciones de los pacientes. De acuerdo con su definición, la calidad puede ser medida a partir de tres componentes: la estructura, el proceso y los resultados de la atención médica.

Los indicadores de estructura hacen referencia a todas las condiciones físicas en aspectos tales como la disponibilidad de material clínico, medicamentos entre otros. Su relación con la calidad descansa en que ciertas deficiencias en la atención podrían estar condicionadas por problemas de estructura aunque cabe aclarar que una mejor estructura no garantiza calidad.

Los indicadores de proceso son el conjunto de acciones que realiza el sistema y sus exponentes (médicos, enfermeras, psicólogos) sobre el paciente para obtener un resultado específico que pueda evaluar el estado de salud de un paciente una vez que se ha implementado un diagnóstico y tratamiento.

Entre los indicadores de proceso más comunes se encuentran los que evalúan la calidad de documentos o formularios que deben llenarse durante el desarrollo de la atención por los médicos u otros profesionales o técnicos de la salud (historia clínica) que permite medir la evolución y atención que recibe el paciente, los tiempos que tardan los pacientes al recibir atención médica, la información que suministra el médico al paciente sobre su estado de salud, así como el tiempo de atención que le proporciona.

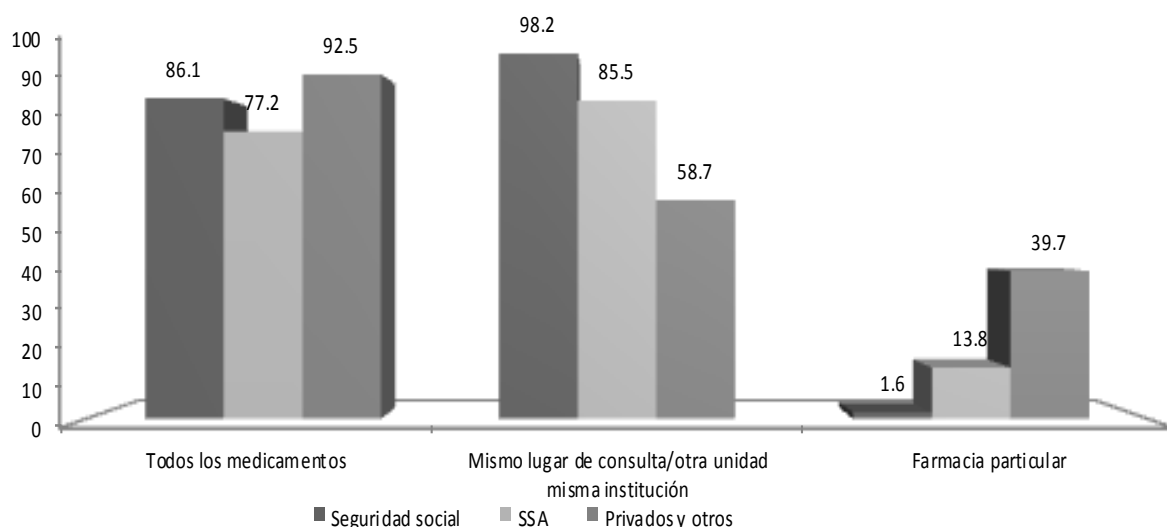
Finalmente, los indicadores de resultados son aquellos que miden el cambio en la salud que puede atribuirse a la asistencia recibida. También se consideran resultados: conocimiento acerca de la enfermedad, cambio en el comportamiento que repercute en la salud, satisfacción de los pacientes. Para efectos del presente análisis, la calidad será evaluada a partir de distintos indicadores asociados a la estructura, el proceso y los resultados.

Indicadores de estructura

Disponibilidad de medicamentos

A nivel nacional, 92% de los utilizadores de servicios médicos ambulatorios (consulta externa) recibieron prescripción de medicamentos. De este porcentaje 86.3% señaló que sí consiguió todo lo recetado y 76.9% de estos lo hizo ya sea en el mismo lugar de consulta (75%), o en alguna unidad de la misma institución. Al agrupar la información por tipo de institución, la ENSANUT reporta que las personas atendidas en la seguridad social encontraron en un 86.1% todos sus medicamentos, al ser estas mismas las que surtieron más prescripciones en el lugar de atención, o en alguna unidad de la misma institución (98.2%)¹⁶. %).

Gráfica XIX. Distribución porcentual de la disponibilidad de medicamentos por tipo de institución

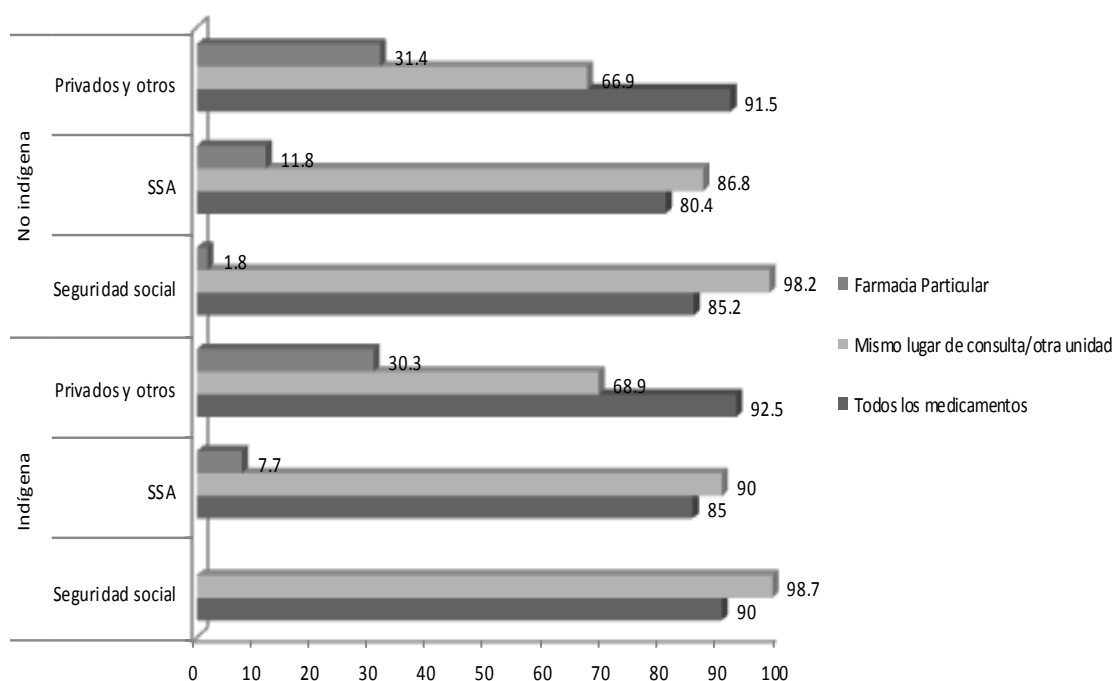


Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

¹⁶ Para este análisis se consideraron las variables “¿Consiguió todos los medicamentos?” y “¿Dónde los consiguió?”. Las personas atendidas en la Seguridad social reportaron haber obtenido todos los medicamentos en los siguientes porcentajes: IMSS 89.1%, ISSSTE 68.6%, ISSSTE estatal 79.4%, Pemex 92.3%, Marina 95.8% y Defensa 69.4%. Por su parte, las personas atendidas en los servicios de la SS señalaron que obtuvieron todos sus medicamentos en los siguientes porcentajes: Centro de salud u hospital de la SS 76.6% e IMSS Oportunidades 89.4%. Las personas que se atendieron con privados y otros presentaron los siguientes porcentajes para surtimiento de recetas completas: Consultorios dependientes de farmacias 93.9%, médico privado 92.4% y otro lugar 85.5%. Por su parte, los porcentajes de personas que consiguieron sus medicamentos en la misma unidad de consulta o en otra unidad de la misma institución son los siguientes: IMSS 99%, ISSSTE 93.7%, ISSSTE estatal 93.9%, Pemex 95.6%, Defensa 100%, Marina 100%, Centro de salud u hospital de la SS 84.8%, IMSS Oportunidades 96.7%, Consultorios dependientes de farmacia 85%, Médico privado 40.8%, Otro lugar 56.7%.

Para los estratos de alta marginación ya sea indígenas o no indígenas, las tendencias nacionales prevalecen en cuanto a la prescripción y abastecimiento de medicamentos. Sin embargo, en estas localidades los servicios privados tienen porcentajes ligeramente más altos de personas que pudieron surtir recetas completas para la obtención de los medicamentos.

Gráfica XX. Distribución porcentual de la disponibilidad de medicamentos por tipo de institución y población



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

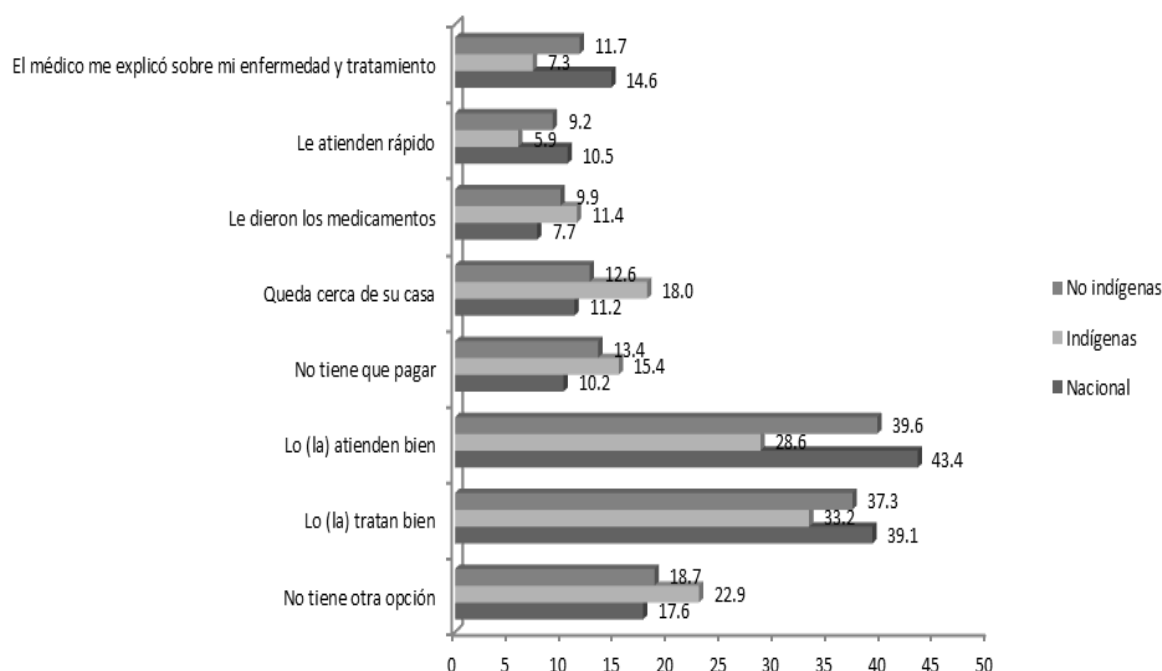
Indicadores de proceso

Entre los principales indicadores para evaluar el proceso y la calidad de la atención, se encuentra el asociado al trato que las personas perciben durante alguna consulta. De acuerdo con los resultados en la ENSANUT, el buen trato y la buena atención durante la utilización de algún tipo de servicio son los principales factores que influyen en que una persona decida regresar a recibir atención para todos los grupos.

Sin embargo, tanto a nivel nacional como entre las personas no indígenas de localidades de alta marginación, existen otros factores como la atención rápida, no así para los indígenas, quienes en sus preferencias dan ligeramente más valor a no tener que pagar

que a una espera menor, además de que este grupo es el que manifiesta en mayor proporción no tener otra opción para atenderse (22.9%). En términos generales, las personas de los estratos marginados hacen hincapié en motivos económicos, así como a razones de cercanía.

Gráfica XXI. Distribución porcentual de los motivos para acudir a atenderse en la misma institución por tipo de población



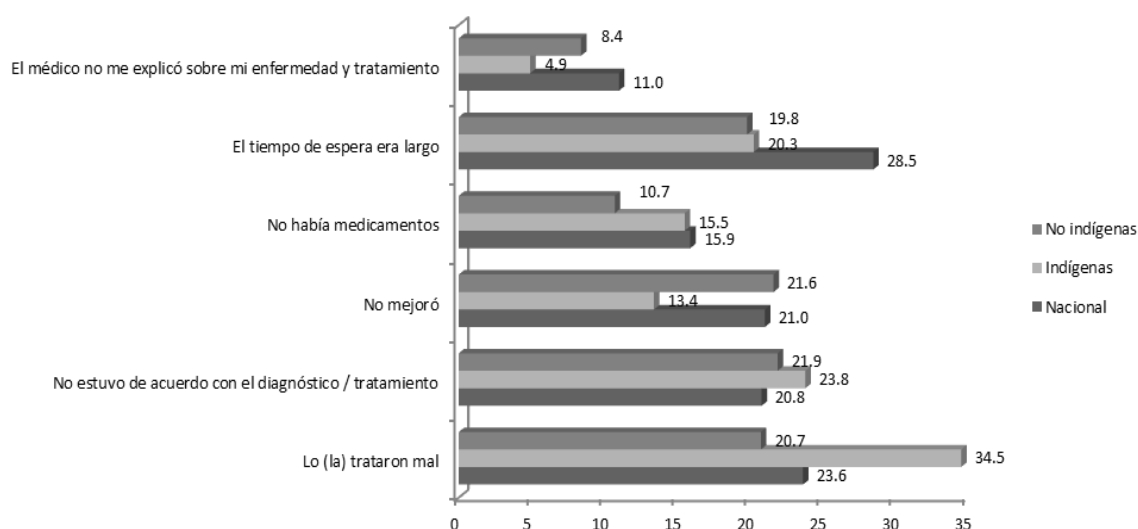
Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012.

Por otro lado, tomando en cuenta a las personas que no regresarían al lugar de atención, se nota la misma tendencia hacia el buen trato como razón para no regresar. El rubro “ser tratado mal” es relevante tanto para el agregado nacional como para las personas en condiciones de alta marginación, siendo la población indígena quien hizo mayor hincapié en este factor. En los tres casos, un tiempo de espera largo es una razón para no volver al lugar de atención, alrededor del 20% para las zonas de mayor marginalidad, pero inferior en comparación al agregado nacional (28%).

Otro de los aspectos que las personas manifestaron para no regresar al lugar de atención, tuvo que ver con el no estar de acuerdo con el diagnóstico y/o el tratamiento; ésta razón se argumentó en poco más del 20% de los utilizadores. Finalmente, la falta de mejoría también fue un motivo a considerar para no regresar al mismo lugar donde se tomó la consulta; a nivel nacional el 21% de las personas que no regresarían señalaron que esta es

una de sus razones para no volver, porcentaje similar para las personas no indígenas. En contraste, para las personas que hablan alguna lengua indígena este rubro tuvo menos peso siendo mencionado en el 13.4% de los casos.

Gráfica XXII. Distribución porcentual de los motivos para no acudir a atenderse en la misma institución por tipo de población

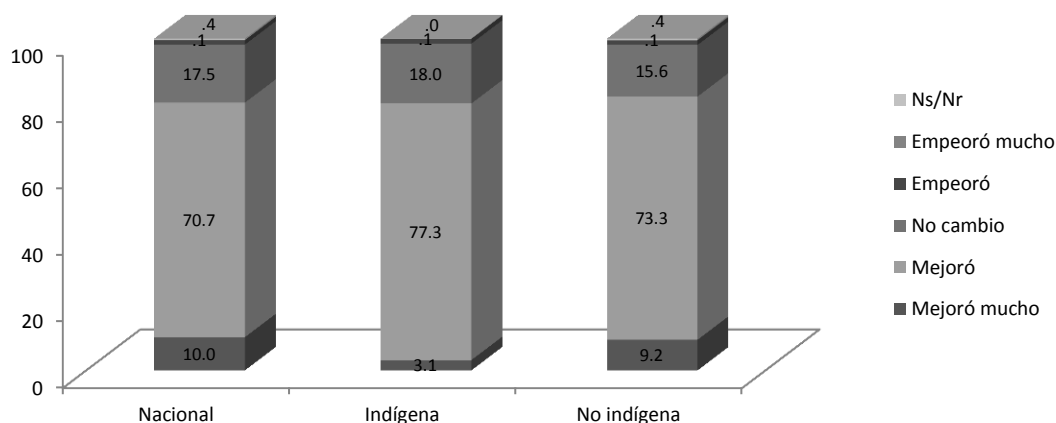


Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

Indicadores de resultados

Con respecto a los indicadores de resultados la ENSANUT reporta que tanto a nivel nacional como en los estratos de alta marginación, las mejoras en el estado de salud alcanzan poco más del 80%. De éstos, 70% reporta haber mejorado mientras que el 10% restante señala que su estado de salud mejoró mucho.

Gráfica XXIII. Distribución porcentual de la salud auto-reportada después de usar los servicios de salud por tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

Como podemos observar, el acceso a los servicios de salud en México ha sido condicionado tanto por aspectos geográficos como por condicionantes económicos e, incluso, de calidad en dichos servicios. Si bien uno de los principales objetivos de un sistema de salud es ampliar la cobertura y con ello garantizar la seguridad financiera de los usuarios en términos de pago directo, lo cierto es que existen otros de tipo indirectos que modifican la demanda y utilización de los mismos.

De acuerdo con la información analizada de la ENSANUT, podemos encontrar un pago directo de bolsillo relacionado tanto con la atención, como con el que se realiza para acceder a ésta. Esta situación ha afectado principalmente a los grupos que habitan en localidades de alta marginación, principalmente los grupos indígenas.

Conclusiones

La información muestra que los usuarios utilizan servicios de salud privados por la falta de cobertura, pero también, los servicios públicos y de seguridad social son reemplazados por los costos directos e indirectos, monetarios y no monetarios asociados a la atención en este tipo de instituciones.

Los niveles de pago de bolsillo que se reportan tanto para la utilización de servicios públicos y privados ha impactado de manera importante en el bienestar de la población mediante dos efectos: el gasto catastrófico y el gasto empobrecedor

Si bien, la evidencia ha documentado que en México la reducción de la incidencia de hogares con gasto empobrecedor se ha concentrado entre los no asegurados; mientras que la población asegurada muestra una tendencia a incurrir en un mayor gasto catastrófico (Sosa, 2008), los costos indirectos tales como los asociados al traslado, medicamentos y exámenes clínicos han logrado revertir los efectos positivos que la derechohabiente ha logrado, principalmente para las personas indígenas y no indígenas que habitan localidades de alta marginación.

Con respecto a la calidad de la atención, la información sugiere que aún existen ciertos aspectos tales como el trato, tiempos de espera y la auto percepción de mejoría en salud. El que casi una cuarta parte de la población que habita en localidades de alta marginación reporte un trato inadecuado como razón para no regresar a ser atendido en estas instituciones, debe alertar a los encargados de suministrar estos servicios para mejorar los mecanismos de atención. Asimismo, los tiempos de espera de hasta una hora y media junto con una cuarta parte de la población que reporta que su estado de salud no mejoró e incluso empeoró, lo cual debe ser un incentivo para incrementar la capacidad instalada y mejorar los diagnósticos sobre los problemas que presentan los pacientes.

2.1.2 Condiciones de salud de niños menores de cinco años

El acceso a un buen cuidado de salud durante la niñez es uno de los factores de mayor impacto en el bienestar de un individuo: un estado de salud deficiente durante los primeros años limita el desarrollo físico y cognitivo y este último puede incidir en las diferencias en escolaridad y en el bienestar económico.

A nivel nacional, los resultados de salud infantil en México han mejorado significativamente en el último siglo. Por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil bajó de 178 por mil nacidos vivos en 1930 a aproximadamente 20 por mil nacidos vivos en 2003 (Aguilera, 2005).

Sin embargo, aún persiste una desigualdad importante a lo largo de los estados y en particular entre los diferentes estratos de marginación. Como ejemplos encontramos que la tasa de mortalidad infantil en 1990-1996 fue de 22 por mil nacidos vivos en los municipios de baja marginalidad y de 39 en los de alta; asimismo, la probabilidad de morir antes de un año era casi el doble de alta en los municipios de alta marginalidad en comparación con los municipios de baja mortalidad (Aguilera, 2005).

A fin de conocer la situación actual de los niños en términos de prevención de enfermedades y padecimientos como la desnutrición, en las siguientes secciones se presentan los resultados más relevantes.

Características generales

De acuerdo con estimaciones propias a partir de datos de la ENSANUT 2012, se obtuvo un total de 10,921,929 niños de entre 0 y 4 años¹⁷, de éstos 50.8% son hombres y 49.2% mujeres. Al dividir por grado de marginación, se observa que 2,839,696 niños de 0 a 4 años habitan en localidades de alta marginación estratificados en 17.6% como indígenas (4.5% a nivel nacional) y el restante 82.4% es no indígena (21.4% del total nacional). La distribución por género para los indígenas es igual a la nacional, mientras que de aquellos no indígenas el 51.4% son hombres y el 48.6% son mujeres.

Cuadro I. Distribución porcentual de niños menores de 5 años por tipo de población

	Nacional				Indígenas				No indígenas			
	Hombres	%	Mujeres	%	Hombres	%	Mujeres	%	Hombres	%	Mujeres	%
<1	1028563	18.5	995728	18.5	56069	22.1	50010	20.2	209492	17.4	226599	19.9
1	1079583	19.5	1041542	19.4	53325	21.0	60138	24.3	234676	19.5	201328	17.7
2	1149436	20.7	1109880	20.6	74270	29.3	67010	27.1	243408	20.3	217639	19.1
3	1132785	20.4	1139391	21.2	33172	13.1	37497	15.2	274077	22.8	240592	21.2
4	1155922	20.8	1089100	20.3	36939	14.6	32576	13.2	239732	20.0	251145	22.1
Total	5546288	100.0	5375641	100.0	253775	100.0	247230	100.0	1201386	100.0	1137304	100.0

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

Cobertura de vacunación

De todas las intervenciones de salud pública, la vacunación representa una de las de mayor prioridad. Esto responde tanto a razones epidemiológicas, como económicas, de justicia social y de seguridad nacional.

El Programa de vacunación universal es el modelo de los programas preventivos que incide en forma inmediata y permanente en la salud de los grupos humanos. El nivel de alcance que estos tengan influirá en los niveles de bienestar y calidad de vida en los niños y en sus familias.

De esta forma, dicho Programa ha generado una nueva forma de entender los problemas y las necesidades sanitarias promoviendo la coordinación entre las diferentes instituciones del sector salud, lo que ha permitido actuar en forma conjunta y organizada en el logro de

¹⁷ INSP 2012. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 Resultados Nacionales ••

la meta común. A fin de identificar la cobertura de vacunación en los niños menores a 5 años en nuestro país, en las siguientes secciones se presentan los principales resultados en este rubro.

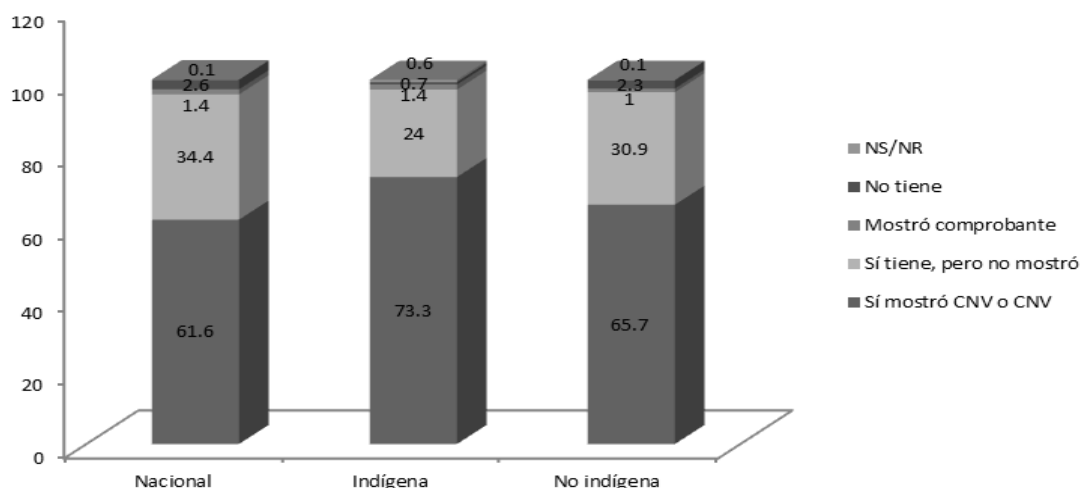
Cartilla de vacunación

En la actualidad, los niños menores de 5 años, en nuestro país, deben contar ya sea con la Cartilla Nacional de Vacunación (CNV) o con la Cartilla Nacional de Salud (CNS). De acuerdo con la información de la ENSANUT 2012, 61.6% de los padres o cuidadores mostraron la CNV o la CNS.

Esta cifra es sensiblemente menor a los resultados de la misma encuesta en 2006 donde se observa un 83.3% de tutores que poseían alguno de estos dos documentos. La disminución se asocia a la negativa de mostrar la cartilla al entrevistador pues tanto en 2006 como en 2012 las personas que no la poseen ronda en los dos puntos y medio porcentuales (ENSANUT, 2012).

Para los estratos de alta marginación las cifras son similares, aunque las personas indígenas tuvieron mayor disposición a mostrar alguno de los documentos de vacunación (73.3%), muestran el menor porcentaje de niños de 5 años que no tienen cartilla (1.4%).

Gráfica XXIV. Distribución porcentual de las madres de niños menores de cinco años con cartilla de vacunación por tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

Vacunación

En lo referente a la entrega de la CNV o la CNS al salir del hospital, clínica o centro de salud donde nació el niño, a nivel nacional refirieron que en un 55% ésta les fue entregada, mientras que los habitantes de zonas de mayor marginación mostraron cifras parecidas en el caso de los no indígenas, pero observándose una menor entrega del documento para los indígenas (49.2%).

En la ENSANUT 2012, los datos sobre vacunación en el grupo de edad de niños menores de cinco años se obtuvieron por transcripción directa de la CNV o de la CNS al instrumento de encuesta y éstos se utilizan para estimar lo que se presenta como coberturas de vacunación.

Las estimaciones de la cobertura de vacunación tomaron como referencia el esquema básico de vacunación en población con un año de edad cumplido vigente en 2011, el cual incluye:

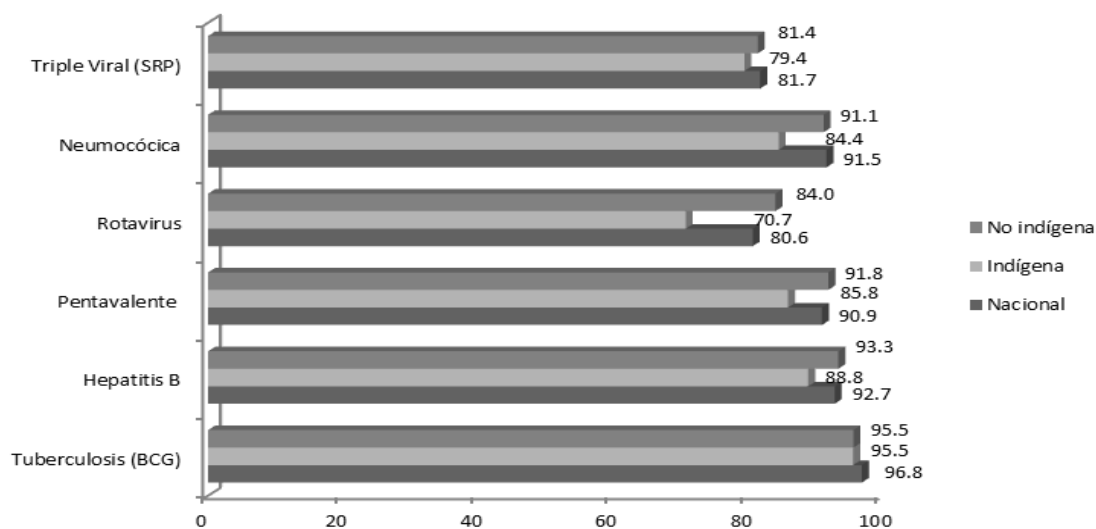
- Una dosis de la vacuna BCG (bacilo de Calmette Guérin)
- Tres dosis de hepatitis B
- Tres dosis de pentavalente (no incluye la aplicación del refuerzo a los 18 meses de edad)
- Dos dosis de antineumocócica
- Dos dosis de antirrotavirus
- Una dosis de la vacuna SRP (sarampión, rubéola y parotiditis)

Para el análisis se consideró este esquema básico completo como el llamado esquema con cuatro vacunas, que corresponde al esquema básico, pero excluyendo la información de las dos vacunas de introducción más reciente, la antineumocócica y la antirrotavirus.

Entre los principales resultados se encontró que a nivel nacional la cobertura de aplicación de las vacunas para niños con un año de edad cumplido¹⁸ son, para tuberculosis BCG (se aplica al nacer), hepatitis B (tercera dosis a los 6 meses) y pentavalente (tercera dosis a los 6 meses), mayores al 90%. Comparado con los estratos de alta marginación, los números son básicamente iguales para los niños de padres no indígenas, sin embargo, aunque los porcentajes de la vacuna BCG es similar para los indígenas, para hepatitis B y pentavalente se nota una menor proporción de cobertura, 88.8% y 85.5%, respectivamente.

¹⁸ INSP 2012. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 Resultados Nacionales.

Gráfica XXV. Cobertura de vacunación por biológico y tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

Al tomar en cuenta el esquema de cuatro vacunas para el mismo grupo de niños, se encuentra que, proporcionalmente, existe un ligero aumento porcentual en la cobertura en alrededor de un punto, tanto a nivel nacional como para los no indígenas de zonas de alta marginación.

Por su parte, este esquema es tres puntos porcentuales superior para los indígenas cuando se compara con el esquema básico completo. Una razón para esto es que si bien la cobertura para los indígenas es entre tres y cuatro puntos menor en todas las vacunas (excepto BCG), la inmunización contra rotavirus y neumococo (las de más reciente aplicación) es de 10 y 7%, respectivamente, menor para los indígenas en comparación con los grupos no indígenas y el agregado nacional.

Del esquema de cuatro vacunas, la SRP es la que tiene la menor cobertura para todos los casos, presentando los grupos no indígenas cifras similares a las nacionales, superior al 81%, mientras que los indígenas está 2% debajo de esta cobertura.

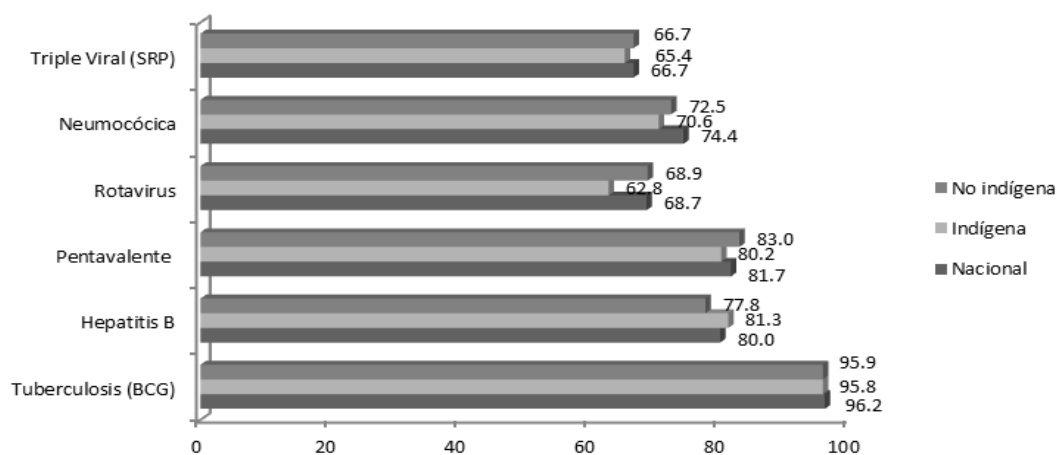
Por su parte, el nivel de cobertura de la vacuna anti-influenza se calculó para aquellos niños entrevistados a partir del 1 de noviembre de 2011 (mes cuando se inició la aplicación de la vacuna). Esta vacuna (6 a 35 meses y refuerzo al mes de la aplicación), tuvo una cobertura para los niños de un año de 61.5% para la primera dosis, sin embargo, descendió al 40.7% en el caso de la aplicación del refuerzo. Tomando en cuenta a los infantes de entre uno y menores a 3 años, el porcentaje de quienes recibieron la primera

dosis fue ligeramente mayor con el 67.6%, mientras que la segunda aplicación fue aplicada al 48.3%. Para los estratos de alta marginación, en el caso de los niños de un año no indígenas, los números son similares a los del agregado nacional, mientras que para los indígenas la cobertura fue menor, 54.5% para la primera dosis y 34.6% recibieron la segunda. Para los niños de un año a 35 meses, la tendencia nacional prevalece para ambos grupos poblacionales, y llama la atención que los indígenas se emparejan a los otros dos grupos, ya sea para la primera aplicación de la vacuna como para su refuerzo.

Cobertura de vacunas para niños de 0 a 4 años con 11 meses

Al hacer el análisis de la cobertura de vacunas en los niños de hasta 4 años con 11 meses, se observa que la vacuna anti tuberculosis (BCG) se mantiene en los niveles de los niños con un año cumplido, superior al 95%. Sin embargo, para hepatitis B y pentavalente, que en el grupo de un año de edad supera el 90% de cobertura, experimenta un descenso de aproximadamente 10 puntos porcentuales. Contemplando el esquema básico completo observamos que la cobertura para niños de hasta 4 años con 11 meses, comparado con el de niños de un año cumplido, desciende 11 puntos al pasar de 89% a 79.9%. Al aplicarse la misma comparación, el esquema de cuatro vacunas desciende aproximadamente 9 puntos porcentuales, ya que en este caso es de 81.1%. Si bien la mayor parte de las vacunas disminuye su cobertura al expandir el rango de edad hasta los 4 años con 11 meses, es relevante que la aplicación de la vacuna triple viral (SRP), que forma parte del esquema de cuatro vacunas, experimenta un descenso de 15 puntos. De la misma manera, las vacunas de más reciente introducción, rotavirus y neumocócica, presentan descensos de más de 10 puntos, lo que explica en conjunto la menor cobertura cuando se contempla un grupo más amplio de edad.

Gráfica XXVI. Distribución porcentual de biológicos aplicados a niños menores de cinco años por tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

Al analizar los estratos de alta marginación, se observa que la cobertura de la vacuna anti tuberculosis continúa en niveles que superan 95%, tanto para indígenas como para no indígenas. Por su parte, la tendencia nacional descendiente para el resto de las vacunas es similar para el grupo no indígena, no así para la población indígena, que aunque también muestra disminución en la cobertura, ésta es menor y tiende a emparejar la cobertura respecto al agregado nacional como a los no indígenas y, en algunos casos, supera la cobertura como se observa en la vacuna hepatitis B. Con todo, la aplicación de las dos vacunas de más reciente introducción explica en parte los descensos porcentuales de la cobertura al promediar todas las vacunas, ya que el esquema de cuatro vacunas desciende en menor proporción que el esquema básico completo. Es de resaltar el hecho de que la vacuna SRP que forma parte del cuadro más antiguo de aplicación muestre descensos para todos los grupos que rondan 15%.

En suma, si se considera que el desempeño óptimo para los indicadores de vacunación es lograr un porcentaje de cobertura igual o superior al 95.0% para cada vacuna, es claro que aún hay un camino importante por recorrer y que este Programa requiere revisión, fortalecimiento y mayor financiamiento para su operación y rectoría. En el México actual existen diferentes factores que pueden interferir en el logro de los programas de vacunación, que se asocian tanto con las particularidades del sector salud y de los proveedores, como con las múltiples y complejas características culturales, sociales, económicas y ambientales en las que se desarrollan las actividades del Programa.

Los diferentes proveedores que componen el Sistema de Salud Nacional deberán fortalecer sus programas de actualización y educación continua dirigidos al personal operativo para facilitar las mejoras en los diferentes componentes del Programa. Igualmente, los programas de vacunación deben incorporar actividades para responder aún mejor a las necesidades de los usuarios y así fortalecer la calidad y la efectividad de las actividades de vacunación, lo que mejora el conocimiento sobre las vacunas, la importancia de su aplicación en el tiempo marcado por el esquema nacional y los servicios que se ofrecen mediante una comunicación efectiva y horarios de atención adecuados a las necesidades de la comunidad.

En lo que se refiere a las inmunizaciones, la introducción de nuevos biológicos (en particular las vacunas para rotavirus y neumococo) generó un reto importante para asegurar la cobertura de vacunación. Es importante resaltar la cobertura heterogénea de los biológicos, lo que sugiere el potencial de aprovechar de mejor forma las oportunidades de vacunación, es decir, la aplicación oportuna con ocasión de las visitas de los niños a los servicios de salud.

Desnutrición

A nivel mundial se estima que 178 00 000 de niños menores de 5 años sufren de desnutrición crónica (baja talla para la edad), la cual es responsable del 35% (3 500 000) de muertes en este grupo de edad. La desnutrición ocurre durante la gestación y los primeros 2 años de vida y tiene efectos adversos sobre la salud y el desarrollo de capacidades.¹⁹ Si tomamos en cuenta lo anterior, en el siguiente apartado se presentan los principales resultados obtenidos en este ámbito.

Los efectos de la desnutrición en la primera infancia (0 a 8 años) pueden impedir el desarrollo conductual y cognitivo, el rendimiento escolar y la salud reproductiva, debilitando así la futura productividad en el trabajo. Dado que el retraso en el crecimiento ocurre, casi exclusivamente, durante el periodo intrauterino y en los 2 primeros años de vida, es importante que las intervenciones de prevención de la atrofia, la anemia o la xeroftalmia ocurran en la edad temprana.

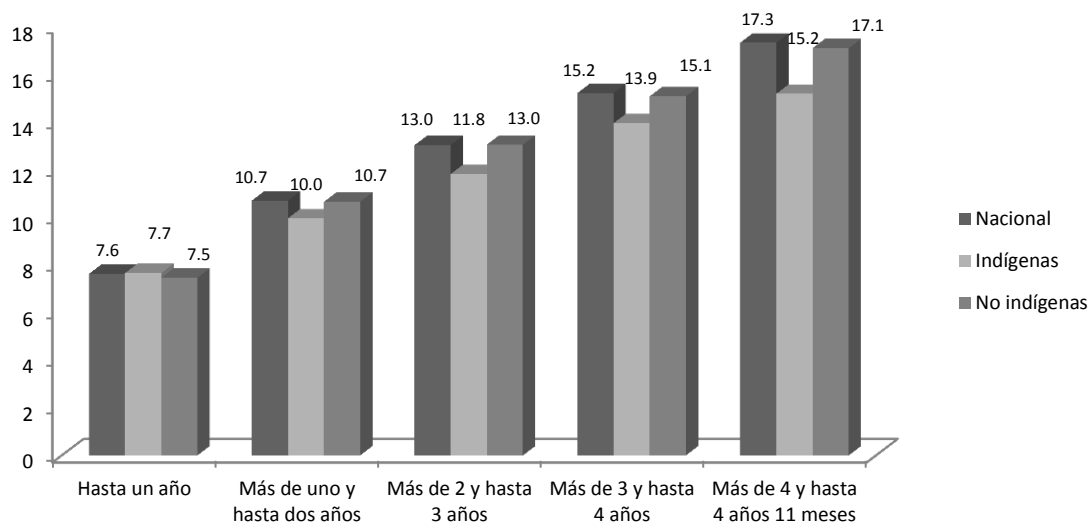
Algunos de los problemas de desarrollo experimentados por niños desnutridos son causados por limitaciones fisiológicas tales como el crecimiento retardado del cerebro y el bajo peso al nacer, mientras que otros problemas son el resultado de una interacción limitada y estimulación anormal, las cuales son vitales para el desarrollo saludable. Una buena nutrición y una buena salud están directamente conectadas a través del tiempo de vida, pero la conexión es aún más vital durante la infancia. Más de la mitad de la mortalidad infantil en países de bajos ingresos puede atribuirse a la desnutrición (Sagan y Druyan, s/r).

Peso y talla de menores de cinco años en México

Según datos de la ENSANUT, el promedio nacional tanto para peso como para estatura es similar al grupo no indígena de zonas de alta marginación; sin embargo, los promedios encontrados en la población indígena son menores en ambos rubros. Si bien los promedios no parecen tan disimiles para cada grupo poblacional, al analizar detenidamente el porcentaje de niños que viven en condiciones de desnutrición, las diferencias tienden a ser más agudas, sobre todo en el caso de los niños indígenas.

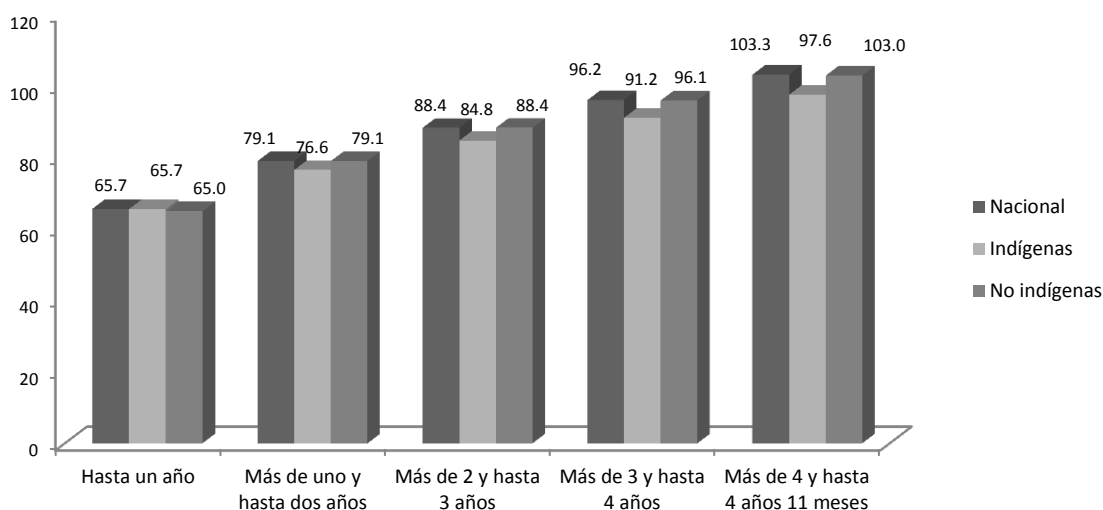
¹⁹ ENSANUT 2012, *Evidencia para la política pública en salud*.

Gráfica XXVII. Distribución porcentual del promedio de peso en niños menores de cinco años por tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

Gráfica XXVIII. Distribución porcentual del promedio de estatura en niños menores de cinco años por tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

Desnutrición en menores

Para estimar el porcentaje de menores de 5 años con prevalencia de desnutrición, se utilizaron las tablas de pesos y estatura de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Los patrones de crecimiento infantil de la OMS son un instrumento que se utiliza extensamente en salud pública y medicina, así como por organizaciones gubernamentales y sanitarias para la vigilancia del bienestar de los niños y para detectar a niños o poblaciones que no crecen adecuadamente y a los que puede ser preciso aplicar medidas específicas de atención médica o de salud pública. El crecimiento normal es una expresión fundamental de la buena salud y una medida de los esfuerzos realizados para reducir la mortalidad y morbilidad en la niñez. Son una serie de valores de peso y altura correspondientes a cada edad que se utilizan como referencia para determinar la evolución del crecimiento del niño a su cuidado. Los patrones de referencia actuales no indican cuál es la pauta de crecimiento idónea para la salud del niño, sino que se limitan a describir el crecimiento promedio de los niños.

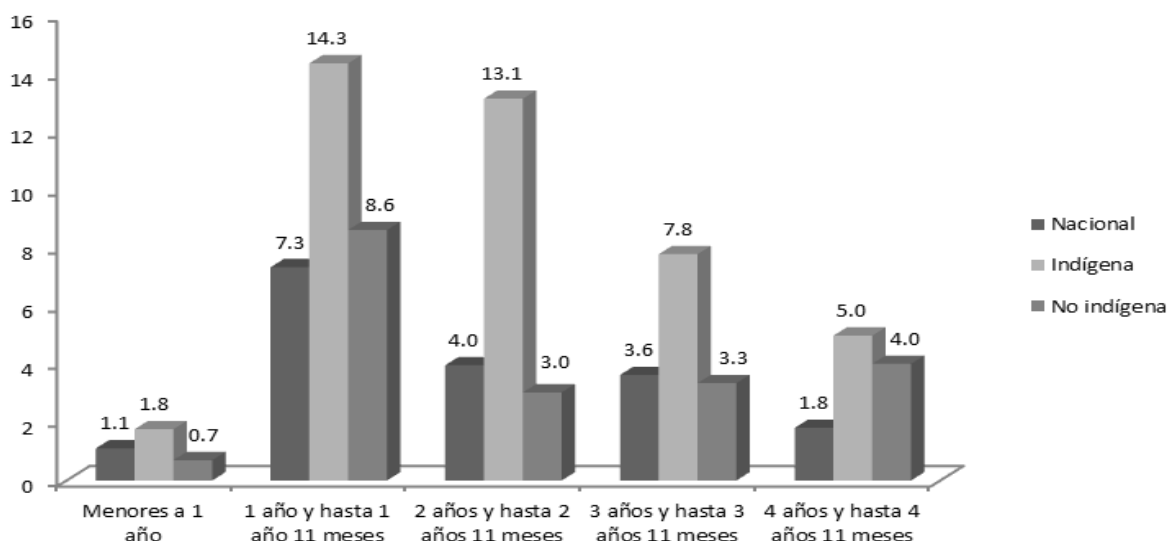
Prevalencia de desnutrición

Al utilizar la información de la ENSANUT, los resultados muestran que hoy en día existen en México 333 205 niños menores de 5 años con bajo peso respecto a su edad, aproximadamente el 3.6%, y 1,139,140 presentan baja talla (desnutrición crónica), 12.3%²⁰.

En lo que corresponde a los estratos de alta marginación, observamos que existen 43 696 niños indígenas menores de 5 años que presentan bajo peso de acuerdo a su edad, 9.3%, y 74 173 niños no indígenas, 4%, que sufren la misma situación. Al revisar por años, es notorio que a partir del primer año las diferencias porcentuales entre los tres grupos poblacionales son marcadas, sobre todo en lo que respecta a la población indígena que tiene 2, 3 y 4 años; en algunos casos, como el año 3, triplica la cantidad porcentual de niños con bajo peso para la edad respecto a los no indígenas o a el agregado nacional.

²⁰ Para determinar bajo peso para la edad y baja talla para la edad se tomaron como referencia los valores de las tablas de la OMS, mismas que fueron cotejadas con la información de peso y medida de la ENSANUT. Se determinó con bajo peso para la edad y baja talla para la edad a los niños que estuvieron por debajo de dos desviaciones estándar de acuerdo a dichas tablas. La justificación para el uso de los pesos y tallas de la OMS se señala al inicio de la sección. http://www.who.int/childgrowth/standards/weight_for_age_field/en/

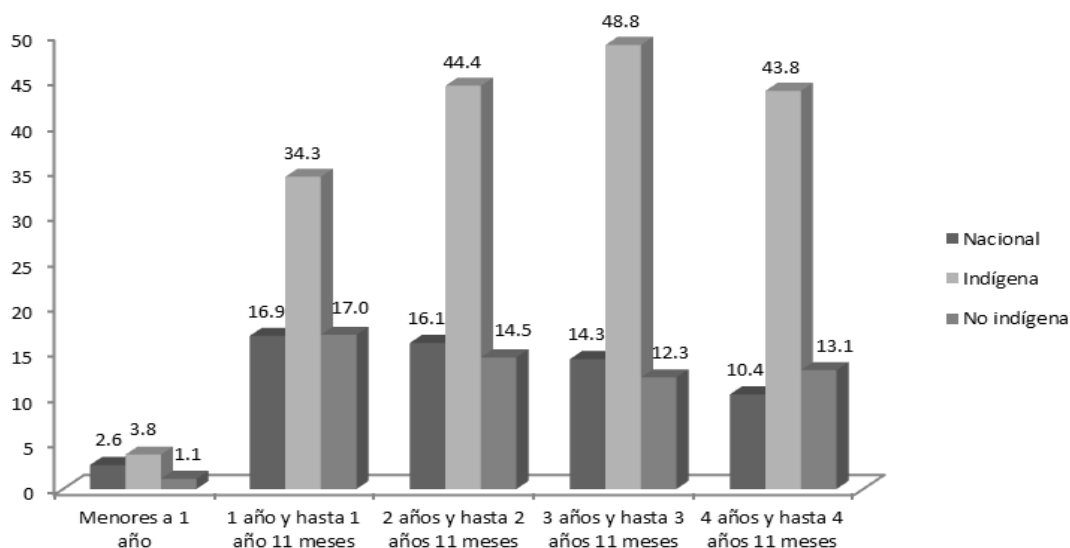
Gráfica XXIX. Proporción niños menores de cinco años con bajo peso por tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

Respecto a la desnutrición crónica o baja estatura para la edad, las diferencias son aún más marcadas, al ser nuevamente la población indígena la que presenta el más alto número de personas en esta situación ya que para todas las edades, éstos son quienes presentan el mayor porcentaje de niños con baja estatura para la edad.

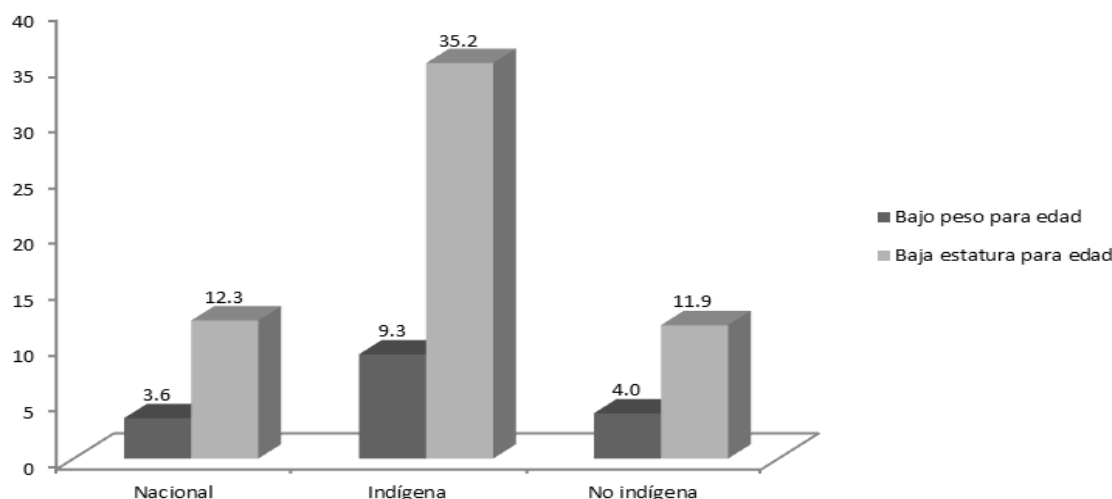
Gráfica XXX. Proporción de niños con baja estatura para la edad por tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

En las poblaciones consideradas de alta marginación el número de niños indígenas con este tipo de problema asciende a 165 772, cifra que representa el 35.2%, mientras que los no indígenas son 218 451, es decir, 11.9%. Comparado con el porcentaje nacional, 12.3%, la prevalencia de desnutrición crónica en niños indígenas menores a cinco años es por demás relevante. Al igual que en el rubro de bajo peso, los porcentajes son relativamente similares antes de cumplir el primer año; sin embargo, es a partir de este momento en que las diferencias son marcadas, sobre todo para la población indígena ya que los porcentajes nacionales y de no indígenas experimentan cambios relativamente parecidos en cada año observado.

Gráfica XXXI. Distribución porcentual de niños con bajo peso y baja estatura para la edad por tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

De los resultados obtenidos, encontramos que la población indígena es quien presenta los principales problemas de desnutrición y falta de cobertura en vacunación. Este hecho, podría tener efectos adversos en el crecimiento, el desarrollo y la salud en términos de morbilidad y mortalidad.

El que las causas inmediatas de la desnutrición se encuentren asociadas a la alimentación inadecuada en cantidad o calidad, a la incidencia de enfermedades infecciosas y el cuidado inadecuado del niño, implica que las políticas sectoriales en materia de salud deben redoblar esfuerzos en el suministro de suplementos alimenticios, incrementar la cobertura en vacunación, así como en la prevención y el tratamiento de enfermedades prevenibles a fin de mejorar en el corto y plazo la calidad de vida de estas poblaciones.

Existe evidencia sobre intervenciones específicas de alta efectividad para la prevención de la desnutrición. Sin embargo, estas intervenciones específicas son insuficientes para la erradicación de la desnutrición en ausencia de políticas que incidan en las causas básicas y subyacentes. Así, aunque la desnutrición es un problema que persiste a nivel nacional merecen especial atención los niños de las zonas de alta marginación, particularmente los indígenas, ya que es en este grupo poblacional en el que se encontró mayores porcentajes de desnutrición.

Conclusiones

Los resultados obtenidos con la encuesta muestran que en términos de cobertura de vacunación, existen los mismos niveles de suministro y aplicación tanto en el agregado nacional como en los grupos indígenas y no indígenas que viven en localidades de alta marginación. Sin embargo, al analizar los niveles de desnutrición se aprecia que tanto la desnutrición crónica como el puerperio se encuentran por encima de la proporción nacional en la población de habla indígena, mientras que para la población no indígena que habita en las mismas localidades, solamente la razón peso/edad se encuentra ligeramente por encima de la nacional.

Este hallazgo pone en evidencia no solamente las carencias que aún existen para los grupos indígenas, sino que además, obliga a implementar nuevas estrategias que permitan extender el abasto y suministro de suplementos alimenticios para éstos grupos, a fin de reducir la probabilidad de enfermedades y padecimientos futuros.

2.1.3 Condiciones de salud reproductiva de mujeres en edad fértil en localidades de alta marginación

La salud reproductiva es concebida como un elemento indispensable en el bienestar y la calidad de vida de mujeres y hombres, así como una condición imprescindible para el desarrollo de su potencial humano (Langer, 1999).

En el marco de los derechos humanos y de los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas se debe reconocer el “derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos”, así como “el de adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia” (Naciones Unidas, 1995).

En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos al procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y disponibilidad de métodos seguros, eficaces, accesibles y aceptables de planificación familiar de su elección, así como a otros métodos para la

regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos (Naciones Unidas, 1995).

En el caso de las mujeres, la salud reproductiva y la salud materno infantil son una prioridad en todos los países del mundo y constituyen un aspecto central de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (CEPAL, 2010). El presente apartado tiene como metas caracterizar a la población de mujeres de 10 a 54 años y evaluar si existen diferencias entre las condiciones de salud reproductiva entre la población indígena y la no indígena con respecto a la población nacional, partiendo de los resultados estadísticos encontrados en la ENSANUT 2012.

Caracterización de las mujeres en edad fértil

Para la caracterización de las mujeres en edad fértil, se realizó un análisis descriptivo de las variables relacionadas con las condiciones de salud, así como con variables referidas a la utilización y acceso a este tipo de servicios.

A fin de conocer las condiciones de salud reproductiva, el uso de métodos anticonceptivos y planificación familiar, en la ENSANUT 2012 se encuestó aleatoriamente al menos a una mujer adolescente entre los 10 a 19 años y a una mujer adulta entre los 20 a 54 años de edad o más por hogar. A continuación se presentan los resultados más importantes.

Características generales

A nivel nacional, la base ENSANUT 2012 reportó que existen 58 957 566 mujeres, de las cuales, 39 958 391 oscilan entre los 10 y 54 años. De acuerdo a su grado de marginación 78.14% de esta población se encuentra clasificada como residente en localidades de baja marginalidad, mientras que 21.8% vive en alta marginación. En este último estrato, el 15.6% fue clasificado como mujeres indígenas por hablar una lengua autóctona y el 84.3% restante como no indígenas tomando en cuenta el criterio de la lengua.

Estado nutricional de mujeres en edad fértil por tipo de población

El estado nutricional es concebido como el resultado del balance entre las necesidades y el gasto de energía alimentaria y otros nutrientes esenciales, así como por determinantes asociados por aspectos físicos, genéticos, biológicos, culturales, psicosocioeconómicos y ambientales.

Para analizar el estado nutricional, resulta necesario contar con indicadores adecuados que permitan identificar la situación alimentario-nutricional y los factores que influyen

sobre ésta. Actualmente, se reconoce que el Índice de Masa Corporal (IMC) es un indicador simple y objetivo del estado de salud y nutrición que está estrechamente relacionado con el consumo de alimentos. Su utilidad fue analizada en los documentos elaborados por FAO/OMS en la Conferencia internacional sobre nutrición, celebrada en Roma, en 1992.²¹

Además, la toma de muestras de hemoglobina es otra variable que permite identificar la nutrición, particularmente, los bajos niveles de hierro que se encuentran asociados durante el embarazo a problemas de desnutrición fetal y bajo peso al nacer, lo que aumenta el riesgo de morbilidad neonatal e infantil, causa de trastornos familiares y sobrecarga los presupuestos de los servicios de cuidados intensivos y neonatales (Rached *et al.*, 2010).

Concentración de hemoglobina

La concentración de hemoglobina es un indicador para estimar los niveles de hierro en plasma y por lo tanto de anemia ferropriva, es decir, de carácter nutricional (ENSANUT, 2012). Esta última representa una causa subyacente de mortalidad materna y perinatal, además de aumentar el riesgo de partos prematuros en mujeres embarazadas y bajo peso al nacer (Allen, 2001). En México, la última información disponible en el ámbito nacional data de 2006, en donde 15% de las mujeres en edad fértil y 20% de las mujeres embarazadas padecían de anemia (Shamah-Levy, 2009). Es importante recordar que la encuesta utilizó la metodología de HemoCue para las determinaciones de hemoglobina en campo²².

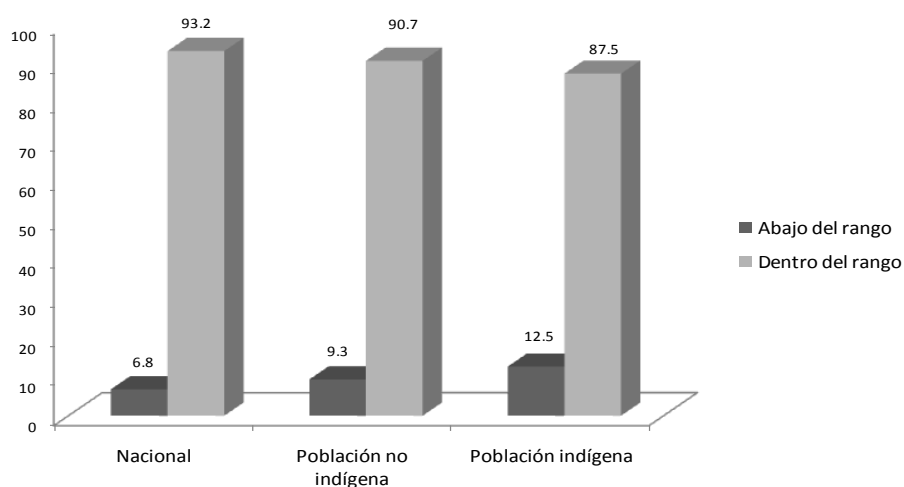
En el reporte de ENSANUT 2012 denominado “Anemia en mujeres en edad reproductiva ir al problema de origen” se analizaron 1 8753 mujeres de 12 a 49 años de edad (635 mujeres embarazadas y 18 118 a mujeres no embarazadas) se encontró que 17% de las embarazadas y 11.5% en las no embarazadas, padecían anemia. Los grupos de edad más afectados por la anemia fueron de 12 a 19 años (19.6%), el de 30 a 39 años (19.0%) en las embarazadas y los de 40 a 49 años (16.2%) y 30 a 39 años (13.3%) en las no embarazadas, siendo las mujeres en áreas rurales las más afectadas (Shamah-Levy *et al.* 2012).

²¹ Parámetros establecidos por la OMS definen como normal un 3 a 5 % de personas por debajo del límite estipulado; prevalencia de déficit energético (hambre) leve, cuando el porcentual de personas con IMC<18.5 Kg/m² está entre 5 y 9 %; alta, cuando los valores oscilan entre 10 y 40 %; y muy alta, cuando los valores representan más del 40 % de la población. La presencia de una proporción significativa de adultos, por ejemplo, 10 %, con IMC muy bajo, indica la necesidad de ayuda de emergencia más que de rehabilitación.

²² Se midió la concentración de hemoglobina (Hb) mediante una muestra de sangre capilar del dedo anular utilizando un fotómetro portátil. La absorbancia de las muestras se leyó a dos longitudes de onda diferentes (570 y 880nm) para compensar por turbidez. Los criterios para definir anemia fueron los propuestos por la OMS.

Aunque los resultados anteriores muestran una disminución en los niveles de anemia en mujeres ubicadas en zonas rurales y urbanas del año 2006 al 2012, el estudio llevado a cabo en comunidades de alta y muy alta marginación mostró que los valores promedio de la concentración de hemoglobina en adolescentes y adultas indígenas (13.7 y 13.8%) son similares a la población no indígena en las mismas circunstancias (14 y 14.3%) y al agregado nacional (14 y 14.2%). Así mismo, el porcentaje de mujeres indígenas con valores promedio de hemoglobina inferiores a los recomendados por la OMS y la Norma oficial de salud NOM-037-SSA2-2012, es aproximadamente el doble de la población total nacional. Lo anterior correlaciona con el IMC de la población de mujeres indígenas, la cual presenta mayores niveles de desnutrición y anemia.

Gráfica XXXIV. Distribución porcentual de los valores de hemoglobina en mujeres de edad fértil por tipo de población



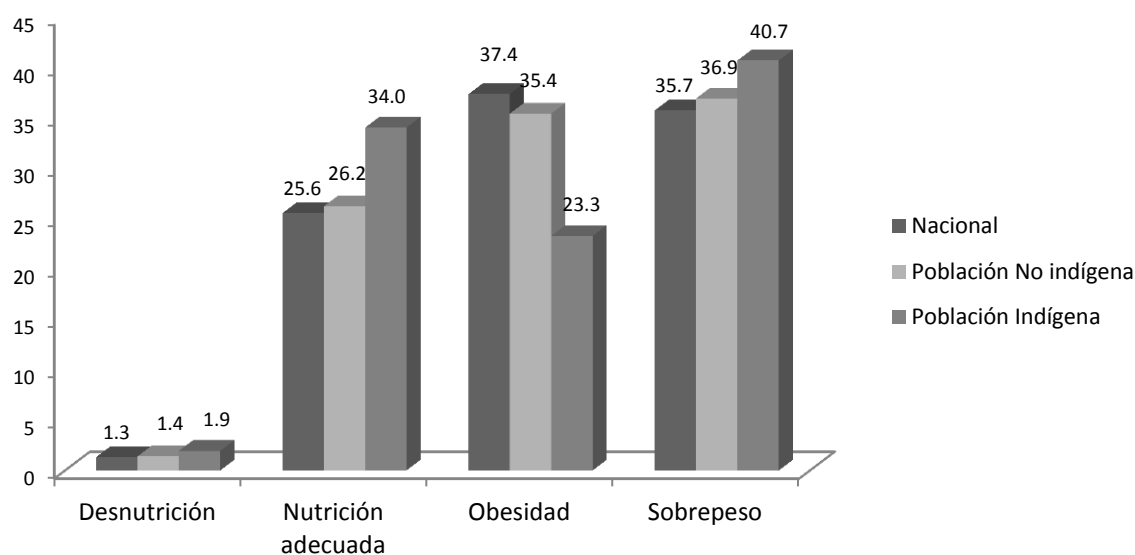
Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

Los resultados obtenidos sugieren que las mujeres que radican en localidades de alta marginación, particularmente las indígenas, presentan una mayor probabilidad de morir, sufrir hemorragias, padecer hipertensión asociada con el embarazo y otras complicaciones del parto. El hecho de que en 2006, “la razón por mortalidad materna en los 100 municipios más pobres del país fuera de 188 por 100 000 nacidos vivos, cinco veces más alta que en los 50 municipios con mejor índice de desarrollo humano”, refleja los niveles de desigualdad en términos de desnutrición que existen en las mujeres indígenas (ENSADEMI, 2008).

Índice de masa corporal

Las mujeres indígenas presentan menores valores del índice de masa corporal (IMC), con respecto a la población general, con un alto porcentaje dentro de los valores considerados como normales. Sin embargo, las mujeres indígenas en localidades de alta marginación son el grupo con mayor sobrepeso. Cabe mencionar también que los valores del IMC ubicados en los extremos muy bajo y alto se asocian con la presencia de anemia, mayor riesgo cardiovascular y probabilidad de desarrollar enfermedades relacionadas con el síndrome metabólico²³ (Norma Oficial Mexicana 043 para la orientación alimentaria).

Gráfica XXXV. Distribución porcentual del estado nutricional de las mujeres mayores de 20 años de acuerdo al IMC



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

Los IMC usados son las mismas categorías empleadas en el documento Informe sobre Desarrollo Humano de los Pueblos indígenas en México (2010), que señalan que un IMC menor o igual a 18.5 es igual a desnutrición, aquel entre 18.5 y 24.9 revela una nutrición adecuada, valores entre 25.0 y 29.9 reflejan sobrepeso, y un IMC mayor de 30 marca obesidad.

²³ El peso y la talla son dos de las medidas antropométricas utilizadas con mayor frecuencia en casos clínicos y en la investigación. La medición del peso, la talla y el cálculo de IMC, mediante estas variables pueden emplearse para la vigilancia de la salud y el estado nutricional de las poblaciones humanas Norma Oficial Mexicana 043 y Organización Mundial de la Salud.

Inseguridad alimentaria

La Organización para las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) considera que existe seguridad alimentaria cuando “todas las personas tienen en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades y sus preferencias, a fin de llevar una vida activa y sana” (FAO, 2006).

La Escala latinoamericana y caribeña de seguridad alimentaria (ELCSA) es una herramienta válida que permite medir los niveles de inseguridad alimentaria mediante la aplicación de una batería de 15 preguntas dicotómicas dirigidas al jefe de familia o a la mujer encargada de preparar los alimentos en el hogar. La escala clasifica a los hogares en cuatro categorías, dependiendo del número de respuestas positivas y si cuentan o no con integrantes menores de 18 años: seguridad alimentaria; IA leve (cuando se ha experimentado disminución de la calidad de la alimentación); IA moderada (disminución de la cantidad de alimentos) e IA severa (un adulto o niño no comió en todo un día).

Utilizando este criterio, la ENSANUT 2012 muestra que cuatro de cada diez hogares clasificados como indígenas o pertenecientes al tercil bajo de condiciones de bienestar, reportan haber experimentado inseguridad alimentaria moderada y severa en los 3 meses previos a la aplicación de la encuesta ENSANUT 2012 (distribución de la inseguridad alimentaria: evidencia para intervenciones diferenciadas), al ser las mujeres indígenas quienes presentan menor IMC, más del doble con respecto a la población total. De igual forma, las mujeres indígenas son la población con mayor sobrepeso en las comunidades de alta marginación. Cabe mencionar que también la encuesta reportó un alto porcentaje del mismo grupo dentro de los valores considerados como normales de acuerdo al IMC. Los valores del IMC ubicados en los extremos muy bajo y alto se asocian con la presencia de anemia, mayor riesgo cardiovascular y probabilidad de desarrollar enfermedades relacionadas con el síndrome metabólico²⁴ (Norma oficial mexicana 043 para la orientación alimentaria).

Para estas estimaciones, se utilizaron las mismas categorías de IMC que en el documento “Informe sobre desarrollo humano de los pueblos indígenas en México” (2010) que señalan que un IMC menor o igual a 18.5 es igual a desnutrición, aquel entre 18.5 y 24.9 revela una nutrición adecuada, valores entre 25.0 y 29.9 reflejan sobrepeso y un IMC mayor de 30 marca obesidad.

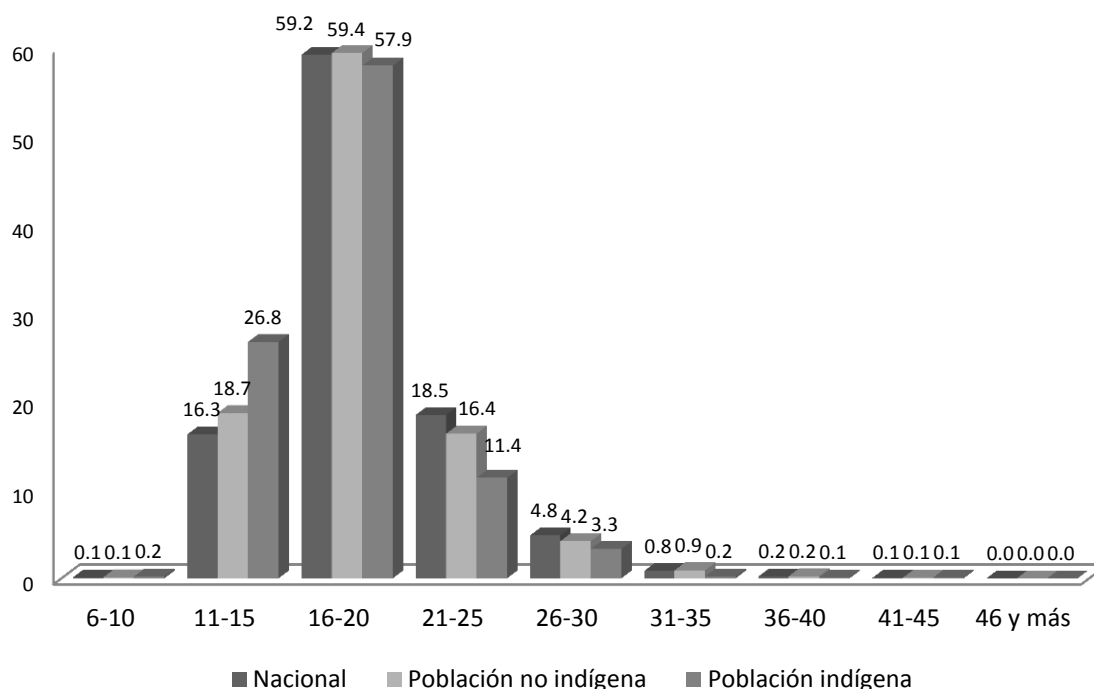
²⁴ El peso y la talla son dos de las medidas antropométricas utilizadas con mayor frecuencia en casos clínicos y en la investigación. La medición del peso, la talla y el cálculo de IMC, mediante estas variables pueden emplearse para la vigilancia de la salud y el estado nutricional de las poblaciones humanas (Norma oficial mexicana 043 y Organización Mundial de la Salud).

Salud reproductiva de las mujeres en edad fértil

De acuerdo con la ENSADEMI de 2008, el inicio de la vida reproductiva de las mujeres indígenas está estrechamente asociado con el inicio de la vida conyugal.

La información recabada en la ENSANUT 2012 reporta que mayoría de las mujeres adultas entrevistadas iniciaron su actividad sexual a una edad promedio de 18.9 ± 3.8 mientras que en las adolescentes el estadístico fue de 15.7 ± 1.6 . Al estratificar los resultados por rangos de edad y tipo de población, se puede observar que las mujeres indígenas adultas en comunidades de alta marginación reportan haber iniciado una actividad sexual a menor edad.

Gráfica XXXVI. Distribución porcentual de edad de inicio de actividad sexual en rangos por tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

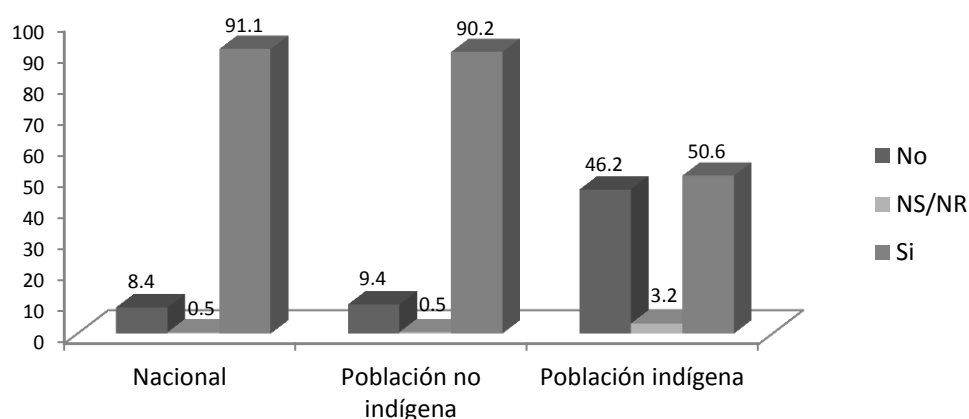
Los resultados obtenidos con la ENSANUT sugieren que el inicio temprano de la actividad sexual en las mujeres indígenas bien podría, tal y como diversas investigaciones han encontrado, aumentar la probabilidad de embarazos no deseados, complicaciones durante el parto, bajo peso al nacer de los infantes, menor cuidado prenatal, e incluso mortalidad materno infantil (ENSADEMI, 2008, González-Montes, 1999).

Planificación familiar

La información sobre salud sexual y reproductiva es esencial cuando se observa que existe un aumento de inicio de vida sexual entre adolescentes en la población. El derecho a la información sobre salud reproductiva, y particularmente sobre métodos de planificación familiar, es fundamental para reducir los efectos adversos en términos de salud y mortalidad materna (Villalobos *et al.*, 2012).

Con respecto a la información y conocimiento sobre métodos de planificación familiar, la ENSANUT reporta que las mujeres adolescentes indígenas de poblaciones de alta marginación tienen menos información sobre métodos de planificación familiar (sólo el 50.5%) que las adolescentes no indígenas (90.1%) en las mismas circunstancias, ambas por debajo del porcentaje nacional.

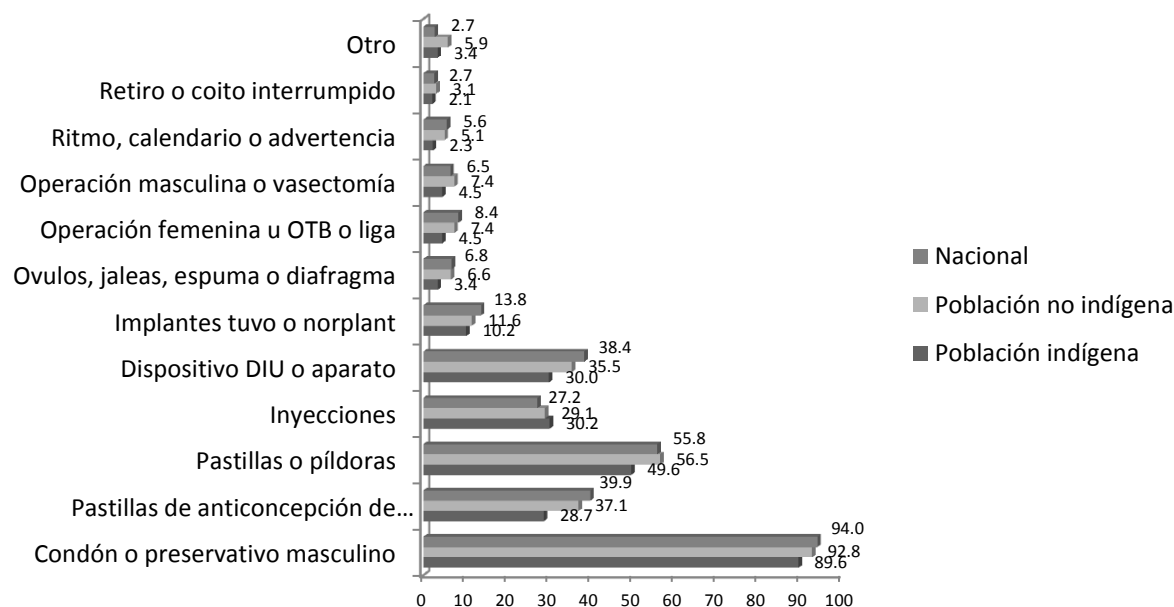
Gráfica XXXVII. Porcentaje de adolescentes que conocen métodos anticonceptivos por tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

En el caso de mujeres adolescentes en poblaciones de alta marginación los métodos más conocidos son el condón o preservativo masculino, pastillas o píldoras, DIU e inyecciones. Los datos anteriores confirman lo obtenido por Allen-Leigh *et al.*, (2013) quienes reportan que más de 80% de las adolescentes que informaron haber iniciado vida sexual tiene conocimientos básicos sobre el uso del condón, 89% sabía que sólo se puede emplear una vez y 82% tenía conocimiento de que el condón protege de infecciones de transmisión sexual (ITS) y del embarazo. Sin embargo, como menciona este documento el conocimiento sobre la existencia de este método aún no favorece su uso ya que sólo el 47.8% en adolescentes hacen empleo del mismo.

Gráfica XXXVIII. Métodos anticonceptivos conocidos por las mujeres adolescentes por tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

Al poner estos datos en contexto, es importante considerar que estudios etnográficos reportan que la introducción de métodos anticonceptivos orales se inserta en matrices culturales más amplias de cómo se entiende el funcionamiento del cuerpo de la mujer y de la salud en general. Las percepciones más frecuentes respecto a la “píldora” son: 1) que es un remedio muy “fuerte” y que al ser tomado en un período largo de tiempo se vuelve tóxico; 2) que aumenta la temperatura del cuerpo, lo que es considerado dañino; y 3) que bloquea procesos naturales, como la menstruación, produciendo enfermedades y locura (Nichter, 2008).

Sobre el primer aspecto, en algunas culturas se dice que para tomar la “píldora” las mujeres deben tener un organismo muy fuerte y una alimentación nutritiva para soportar su efecto. Así, algunas mujeres de estratos económicos bajos no la toman, pues sienten que no pueden costear la alimentación que se requiere, ya sea para “enfriar” el cuerpo o para hacerlo más resistente (Nichter y Nichter, 1996).

Embarazo y fecundidad

Con la información recabada en la ENSANUT 2012 se observa que el número de mujeres que reporta haber estado embarazadas a nivel nacional es del 78.8%, de éste, el 51.1% corresponde a mujeres de entre los 10 y 19 años de edad (adolescentes) mientras que de las mujeres mayores de 20 y hasta los 54, el porcentaje asciende a 80.9%.

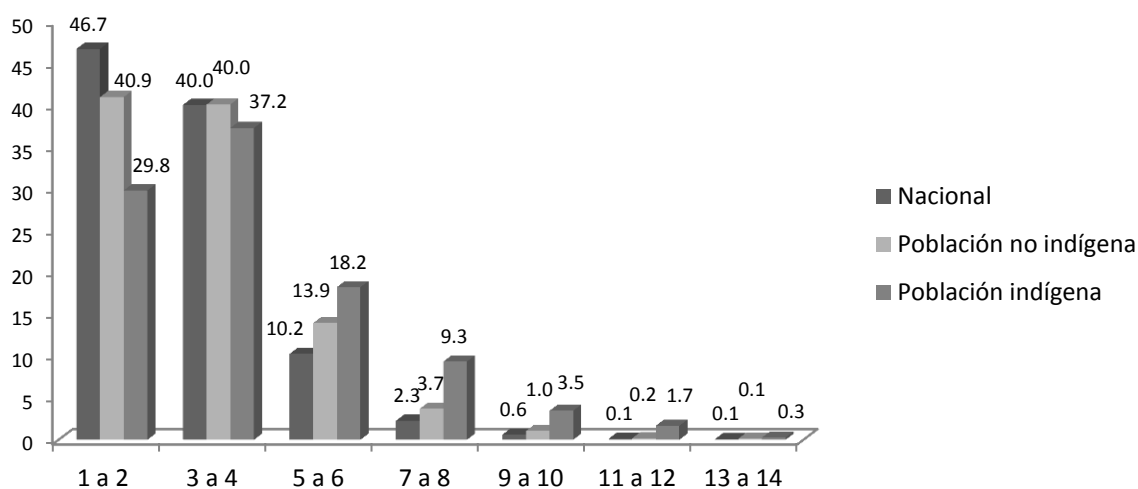
Al desagregar la información por tipo de población y para localidades de alta marginación, los datos muestran que existe un alto porcentaje de embarazos en las adolescentes y mujeres indígenas. Por ejemplo, las adolescentes presentan alrededor de 20 puntos porcentuales por encima de la proporción total de la población.

Fecundidad

Aunque desde mediados de la década de los años sesentas la fecundidad empezó a disminuir en los países latinoamericanos (CEPAL, 2010), se ha observado de manera importante un incremento sistemático de ésta en poblaciones indígenas respecto al resto de la población (CEPAL, 2006; Oliveira, 2003). Este hecho ha llevado a que las mujeres de tales grupos se encuentren expuestas a embarazos y partos de alto riesgo, dadas sus condiciones de marginación, en combinación con las deficiencias en la atención institucional que aún subsisten en este tipo de localidades (ENSADEMI, 2008).

De acuerdo con la información de la ENSANUT 2012, el promedio nacional de embarazos es de 2.8 ± 0.5 . En cuanto a la cantidad de embarazos se observa que las mujeres adultas indígenas en poblaciones de alta marginación han estado embarazadas con mayor frecuencia, mientras que el comportamiento de las adolescentes de una edad promedio de 18 años es similar al del resto de la población encuestada.

Gráfica XXXIX. Proporción de embarazos en mujeres de edad fértil por tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

Los resultados muestran que, si bien hay una fuerte intervención institucional respecto a la planificación familiar, aún hace falta fortalecer las campañas de salud reproductiva en

poblaciones de alta marginalidad y con presencia indígena, quienes reportan un menor porcentaje de conocer métodos de planificación familiar.²⁵

Con el fortalecimiento éste tipo de campañas, la planificación familiar redundará en beneficio de la salud de las mujeres, hijos y familias al ofrecer la posibilidad de espaciar los nacimientos y de elegir entre variados métodos anticonceptivos. Además, la utilización de anticonceptivos reducirá la mortalidad materna y mejorará la salud de las mujeres al prevenir embarazos no deseados, de alto riesgo y la práctica de los abortos realizados sin garantías ni asepsia obviando las implicaciones que estos tienen en mejorar la salud de las mujeres al reducir las probabilidades de transmisión de enfermedad y proteger contra algunas formas de cáncer y otros problemas de salud (OMS, 1995).

Asimismo, al ampliar los servicios de planificación familiar para parejas que no desean embarazos, se podrían evitar 850 000 defunciones anuales de menores de 5 años (OMS, 1995). Finalmente, el uso de estos métodos puede contribuir a mejorar la calidad de vida porque facilita tener familias más pequeñas y más sanas, con más recursos, alimentación y educación (CEPAL, 2010).

Atención prenatal

La atención durante el embarazo resulta indispensable para disminuir la mortalidad materno infantil (OMS, 1995). El control prenatal debe estar dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención, detección y tratamiento de la anemia, preeclampsia, infecciones cervicovaginales e infecciones urinarias, las complicaciones hemorrágicas del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes con el embarazo. La atención médica que reciban las mujeres en edad fértil en los establecimientos públicos, privados y sociales del país, debe tener un enfoque preventivo, educativo, de orientación y consejería (NOM-007-SSA2-2010, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como del recién nacido).

Con respecto al control prenatal, la unidad de salud debe promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación y atendiendo al siguiente calendario: primera consulta, en el transcurso de las primeras 12 semanas; segunda consulta, entre las semanas 22-24; tercera consulta, entre las semanas 27-29, cuarta consulta, entre las semanas 33-35 y la quinta consulta entre las semanas 38-40 (NOM-007-SSA2-2010, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como del recién nacido).

²⁵ Véanse gráficas XXXIV y XXXV.

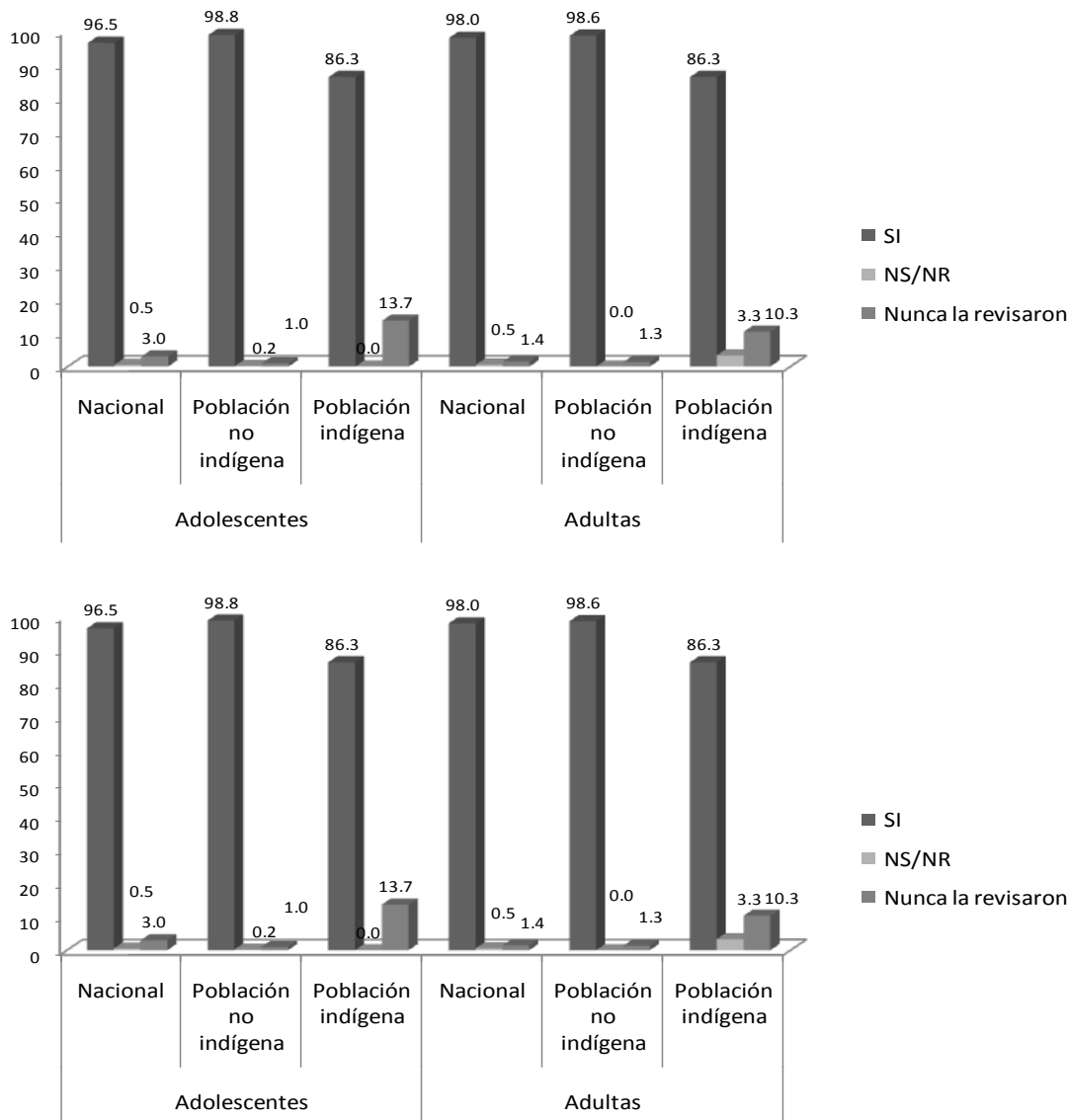
En cuanto a la atención durante su embarazo se encontró que el 98²⁶% de las encuestadas a nivel nacional y el 96.47% de las mujeres localizadas en poblaciones de alta marginación recibieron cuidados prenatales, mientras que el 3.53% no recibieron atención, de ese último grupo la mayoría son mujeres indígenas.

Los resultados obtenidos de este análisis difieren de otros estudios como el de Heredia-Pi et al., (2013) en el cual analizan las coberturas de las intervenciones de salud en la atención del parto y posparto a través de indicadores como primer consulta prenatal en el primer trimestre del embarazo, número de consultas prenatales durante el embarazo, contenido de la atención prenatal, atención institucionalizada en el parto y anticoncepción posparto. Los resultados obtenidos por dichos señalan que la cobertura en el primer trimestre de embarazo a nivel nacional es de 84.4%.

Con respecto a las mujeres que si recibieron atención, la ENSANUT reporta que el promedio de revisiones es de 8.7 ± 4.5 a nivel nacional, mientras que las mujeres no indígenas en zonas de alta marginación son revisadas en promedio 8.2 ± 3.9 veces. Por su parte, la media para mujeres indígenas es de 7.1 ± 3.4 ocasiones, lo mismo sucede con las adolescentes las cuales tienen menor número de revisiones. Otra diferencia que se observó en las revisiones durante el embarazo es el número de meses de gestación que se tenían cuando revisaron a las mujeres embarazadas por primera vez. A nivel nacional se detectó una media de 2.7 ± 1.5 meses, 2.5 ± 1.5 y 3.06 ± 1.6 para las mujeres adultas no indígenas e indígenas respectivamente, lo cual sugiere que las mujeres indígenas esperan hasta después de los tres meses para acudir a su primera revisión.

²⁶ Este análisis incluye la información proporcionada por todas las mujeres que contestaron el cuestionario independientemente del año de nacimiento de su hijo o si éste falleció antes de cumplir el año, naciera muerto o que el embarazo culminará en un aborto.

Gráfica XL. Porcentaje de mujeres que recibieron atención prenatal por tipo de población y grupo etario



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

La información recabada en las secciones anteriores sugiere que la implementación de estrategias como un mayor acceso a servicios de planificación familiar de calidad, atención competente durante el embarazo, el parto y el primer mes después del alumbramiento, así como servicios de atención post aborto y un sistema de salud dotado de personal

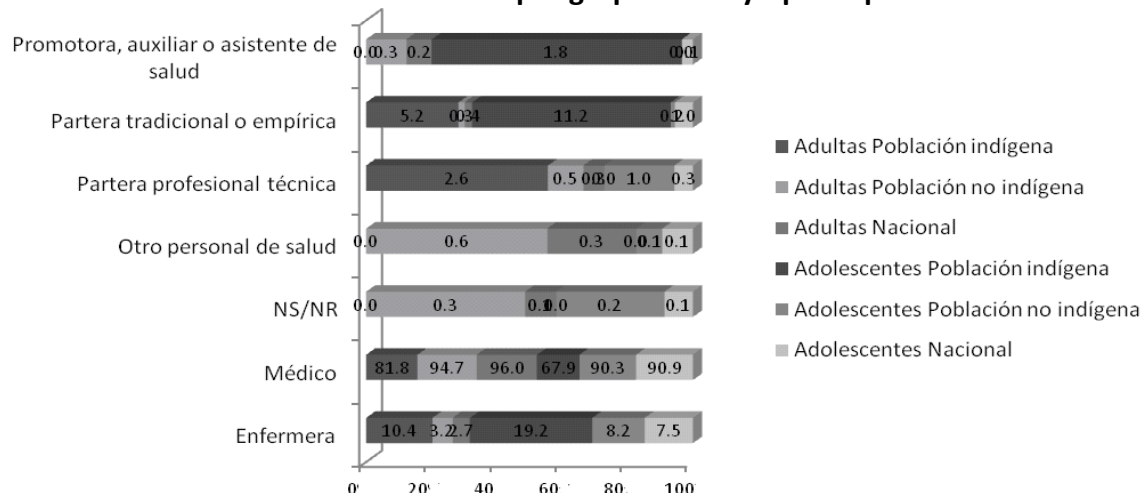
especializado²⁷ podrían tener un impacto positivo en los riesgos y padecimientos que tienen las mujeres en edades reproductivas tanto para las adolescentes como para las mujeres adultas, principalmente para aquellas que viven en localidades de alta marginación.

El tema anterior es central en los Objetivos de Desarrollo del ; además, existe un consenso internacional que trasciende la esfera sanitaria y constituye un tema de derechos humanos básicos. Lo anterior representa un desafío importante para el sector salubridad y planificadores sanitarios que se han abocado a elaborar metodologías para promover y garantizarla en el marco del derecho a la salud, especialmente entre los más grupos más vulnerables y vulnerados, como son las poblaciones indígenas (CEPAL, 2010).

Asistencia prenatal

De acuerdo con la CEPAL 2010, en México, tanto las revisiones prenatales como el parto, se realizan en un 82,8% en algún centro de salud. Por ejemplo, los resultados de la ENSANUT 2012, mostraron que 96% de las mujeres adultas entrevistadas y 90.9% de las adolescentes a nivel nacional, fueron atendidas por un médico en un centro de salud. Aunque en las comunidades de alta marginación las mujeres adolescentes acuden en mayor grado a parteras tradicionales para su control prenatal.

Gráfica XLI. Distribución porcentual de especialistas que revisaron a las mujeres en edad fértil durante su embarazo por grupo etario y tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

²⁷ Un 15 % de los embarazos y los partos necesitan cuidados obstétricos de urgencia debido a riesgos difíciles de predecir.

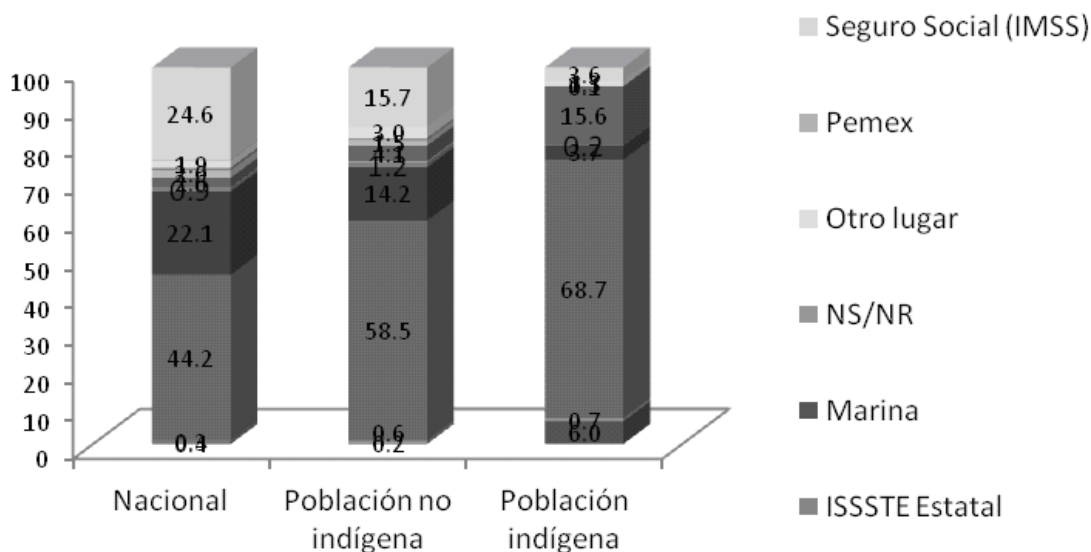
Los espacios donde fueron atendidas durante su embarazo fueron el centro de salud y hospitales de la Secretaría de Salud, el seguro social y clínicas privadas para el caso de las mujeres no indígenas, mientras que la población indígena recibió la atención dentro de los centros de salud y hospitales de la Secretaría de Salud, el IMSS Oportunidades y en sus casas particulares. En América Latina, alrededor del 80% de los partos son atendidos en forma profesional con una tendencia al aumento (UNICEF, 2009).

En cuanto a las acciones que se llevaron a cabo durante la revisión se encontró que son similares tanto para la población indígena y no indígena en zonas de alta marginación, aunque existe una menor frecuencia de las mismas para las mujeres indígenas como en la realización de ultrasonidos, pruebas de detección del VIH y sífilis. Además de los exámenes generales de orina y sangre.

Atención institucional de los partos por tipo de personal y tipo de población

De acuerdo con la OMS (1995), la mayoría de las muertes maternas se deben a complicaciones del embarazo y parto tales como hemorragias, septicemia, complicaciones de aborto, hipertensión y parto obstruido, todas estas, posibles de prevenir o atender con servicios adecuados (UNICEF, 2009). A pesar de que la información es fragmentada, se reconoce que la población indígena accede en menor proporción a la atención profesional y a la atención prenatal (CEPAL, 2010).

Gráfica XLII. Distribución porcentual de especialistas que revisaron a las mujeres durante su embarazo por tipo de población e institución

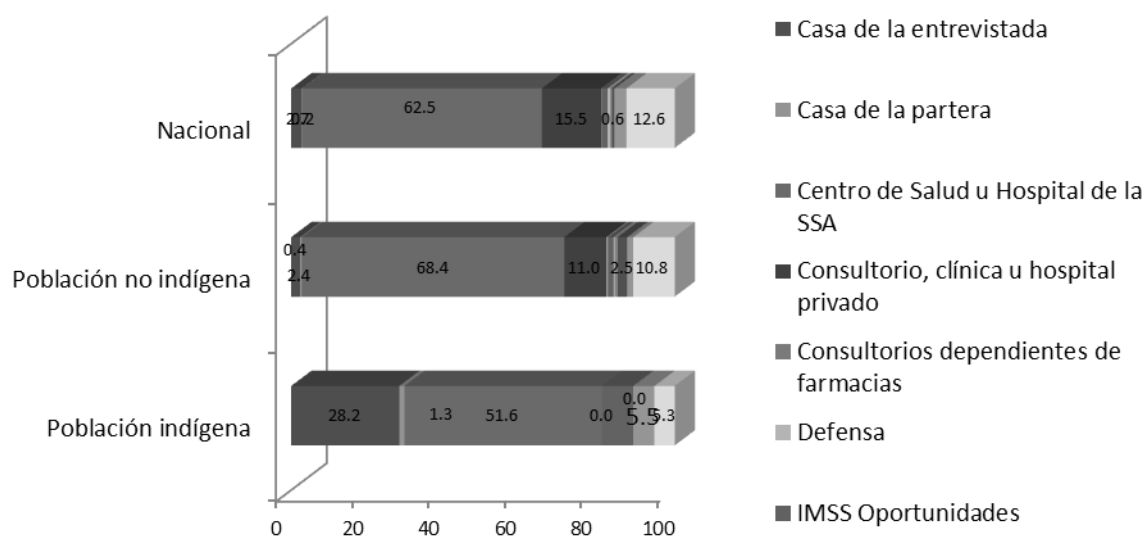


Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

En lo que se refiere a la atención institucional de partos, la ENSANUT reporta que las mujeres no indígenas en zonas de alta marginación son atendidas principalmente por el personal médico en los servicios de salud, mientras que las mujeres adultas y adolescentes indígenas utilizan además del anterior, la ayuda de parteras tradicionales y profesionales técnicas, enfermeras e incluso un número significativo refiere haber dado a luz sin la asistencia de otras personas (2.4%).

Con respecto al lugar donde dieron a luz se observa que las mujeres indígenas en zonas de alta marginación reportaron haberlo hecho en un centro de salud u hospital de la SSA, IMSS Oportunidades y en sus hogares atendidas por parteras. Por otro lado las mujeres no indígenas en su mayoría fueron atendidas en el centro de salud u hospital de la SSA, en consultorios o clínicas particulares, además del seguro social.

Gráfica XLIII. Distribución porcentual del lugar donde recibieron a sus bebés las mujeres encuestadas por tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

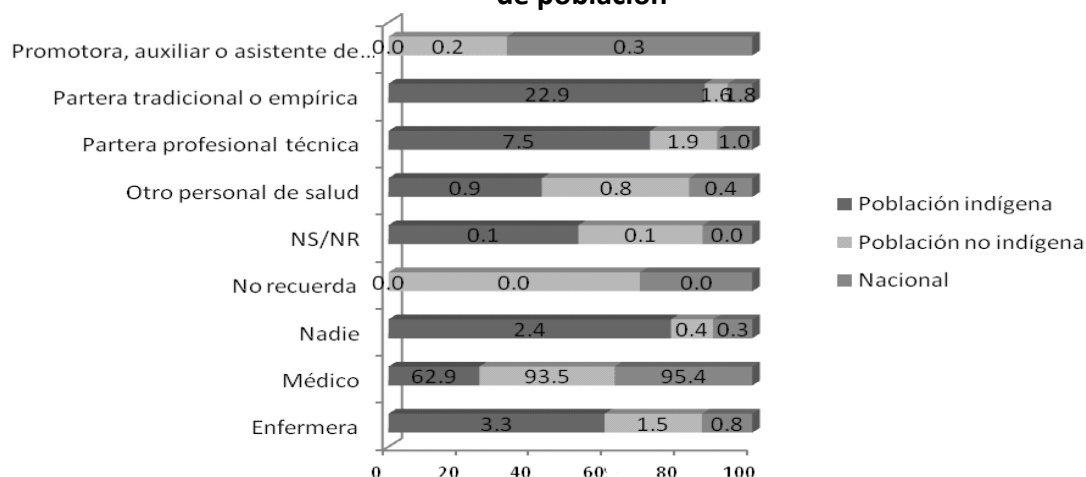
Así como se observa, el parto domiciliario en que la mujer da a luz sin ayuda de nadie ha jugado un papel crucial en este tipo de atención. Lo anterior sugiere que a pesar de que existe una gran variedad de escenarios, los aspectos culturales pueden incidir en la preferencia del tipo de alumbramiento asistido o no por personal institucionalizado. Al respecto, existe literatura que muestra similitudes en los niveles de riesgo de los partos en función a los tipos de atención. Por ejemplo, un meta-análisis de la seguridad de los nacimientos en domicilio en países desarrollados no encontró diferencias significativas de mayor mortalidad perinatal entre los partos ocurridos en domicilio y los ocurridos en establecimientos de salud, lo cual concluye que cuando el parto en domicilio se efectúa en

condiciones controladas, es una alternativa aceptable al confinamiento en el hospital y lleva a una reducción de las intervenciones médicas (Olsen, 1997).

Principales complicaciones durante el parto

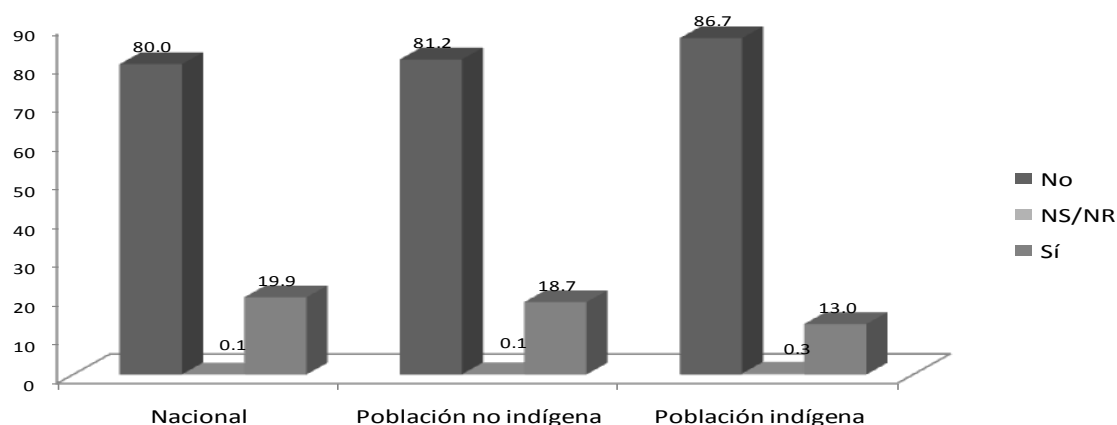
Entre las principales complicaciones atendidas, se encuentra que entre el 40% y 30% de la población no indígena e indígena corresponde a la mala posición del bebé, seguidos por la preeclampsia / eclampsia (23% y 27%), el sangrado vaginal abundante o hemorragia (18% y 23%) y el parto obstruido (18% y 23%). Cabe señalar que el 62% de las mujeres indígenas en poblaciones de alta marginación mencionaron haber sido diagnosticadas con preeclampsia y con diabetes durante su periodo de gestación.

Gráfica XLIV. Distribución porcentual del personal que atendió el último parto por tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

Gráfica XLV. Porcentaje de mujeres embarazadas que reportaron complicaciones durante el embarazo por tipo de población



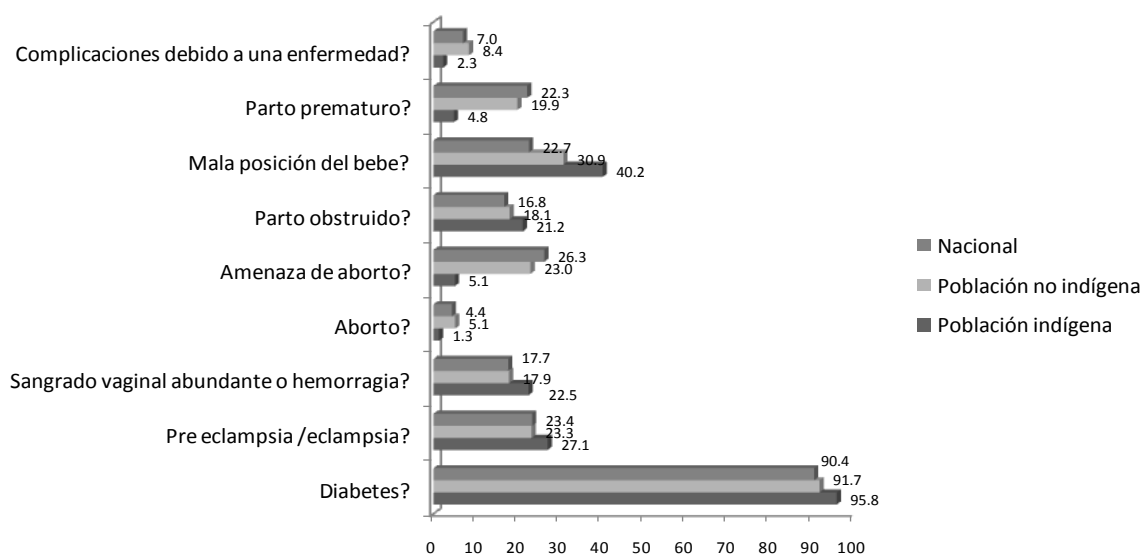
Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

Como se observa las mujeres indígenas son las que reportaron menores complicaciones durante el embarazo y muchas de ellas fueron atendidas por parteras en sus domicilios. De acuerdo con Anderson (2004), en el manejo de las complicaciones en el parto, las parteras identifican los problemas más comunes, realizan maniobras para solucionarlos y tienen claridad de los sistemas de referencia en el caso de complicaciones.

México es uno de los países que cuenta con mayor información sobre las parteras. A fines de los noventa se estimaba que alrededor de un 21% de todos los partos era atendido por parteras, con diferencias entre los estados y por pueblos. En zonas indígenas, el porcentaje llegaba al 70% y en algunas comunidades, incluso a la totalidad de los partos (Palomo, 2003). La vigencia de las parteras también ha sido documentada en la región Media y Huasteca del estado de San Luis de Potosí, en comunidades nahuatl y tenek, no sólo en aquellas que carecen de servicio de salud.

Además, hay que considerar que la función de la partera no se limita únicamente al parto, sino que cumple varias tareas como: nutrición, cuidados prenatales, el puerperio y la lactancia, así como apoyo afectivo emocional a las madres y sus familias. El estudio de las parteras nahuatl y tenek concluye que los recursos de la terapia tradicional y de la atención de salud son útiles y beneficiosas para los cuidados perinatales (Pelcastre, 2005).

Gráfica XLVI. Distribución porcentual de las complicaciones durante el embarazo por tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

Tasas de natalidad y mortalidad

Del total de embarazos reportados a nivel nacional, encontramos que la población de mujeres adultas tuvieron un promedio de niños nacidos vivos de 2.5 ± 1.4 , mientras que del total de adolescentes el promedio estuvo en 1.0 ± 0.5 a nivel nacional. Por su parte, al estratificar por localidad de alta marginación encontramos que las mujeres indígenas en zonas de alta marginación son las que presentaron mayor promedio en los niños nacidos vivos (1.2 ± 0.4 adolescentes y 3.6 ± 2.1 adultas) y de niños nacidos vivos que murieron antes del año (1.2 ± 0.0 adolescentes). A pesar de los grandes esfuerzos que se han hecho por erradicar la mortalidad infantil, la población de mujeres indígenas, sobre todo las adolescentes es la más afectada con la mortalidad de sus recién nacidos y menores de un año de edad. Con respecto a lo anterior la ESADEMI (2008) menciona que el 13.8% de los hijos nacidos vivos de las mujeres indígenas fallece antes de cumplir 5 años de edad.

Lactancia materna

La lactancia materna (LM) es la mejor estrategia para mejorar la salud y prevenir la mortalidad infantil. Los menores amamantados experimentan menor mortalidad, incluido el síndrome de muerte súbita y menor frecuencia y gravedad de morbilidad por diarrea, infecciones respiratorias y dermatitis. También, disminuye la morbilidad: severidad e incidencia de enfermedades diarreicas, otitis aguda media, infecciones severas del tracto respiratorio inferior, gastroenteritis no específicas, asma, dermatitis atópica, obesidad en

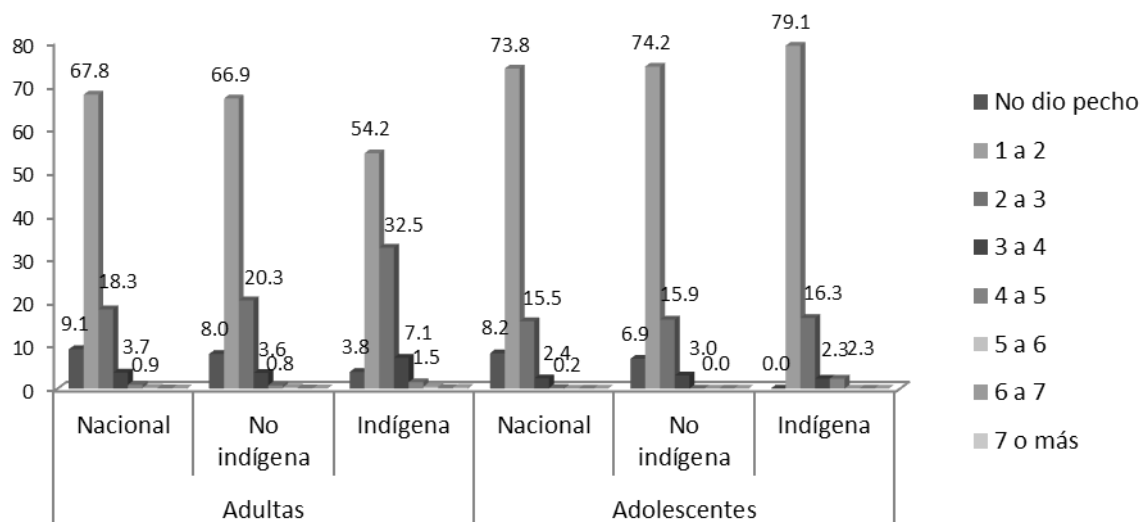
etapas posteriores de la vida, diabetes tipo 1 y 2, leucemia, enterocolitis necrosante y fortalece la relación madre-hijo, por lo tanto, se recomienda que la lactancia materna sea exclusiva hasta los 6 meses y continuada 2 años o más si la madre y el niño lo desean (OMS: 2003).

El inicio de la lactancia materna dentro de las primeras horas es fundamental para la sobrevivencia de los recién nacidos. En Latinoamérica y el Caribe se ha estimado que el 66% de las muertes infantiles se deben principalmente a enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas entre los 0 y los 3 meses de edad, las cuales podrían evitarse exclusivamente a través de la lactancia materna que debe ser promovida mediante los diferentes programas de salud (Chaparro *et al.*, 2007).

Las mujeres que amamantan, de acuerdo con las recomendaciones de la OMS, muestran una supresión de la ovulación y una mayor pérdida de peso en los primeros meses posparto comparadas con mujeres que no amamantan o lo hacen con menor intensidad. Asimismo, la lactancia materna se asocia con menor riesgo de sufrir cáncer de mama o de ovarios, y de diabetes en la mujer (Division of Nutrition and Physical Activity, 2007). Además, la LM se asocia con ahorros familiares sustanciales asociados a la compra de lácteos de fórmula y parafernalia, por consultas médicas y medicamentos (Informe deterioro de la lactancia materna, ENSANUT, 2012).

Los resultados de la ENSANUT 2012 revelan que a nivel nacional el promedio de la lactancia es de 10 ± 9.06 meses. Al estratificar los resultados por poblaciones que habitan en localidades de alta marginación, se encuentra que las mujeres indígenas tanto adolescentes como adultas tienen periodos de lactancia más largos con un promedio de 12.06 ± 9.26 y 15.41 ± 10.83 meses respectivamente. Sin embargo, se observa una reducción de este periodo entre las adolescentes. De igual forma se observa que las mujeres adultas indígenas son las que alargan más tiempo su periodo de lactancia, mientras que en las adolescentes indígenas este periodo dura máximo hasta los cuatro años, a diferencia de la población total y no indígena, cuyo periodo de lactancia es principalmente de un año.

Gráfica XLVII. Porcentaje de meses de lactancia en mujeres por tipo de población



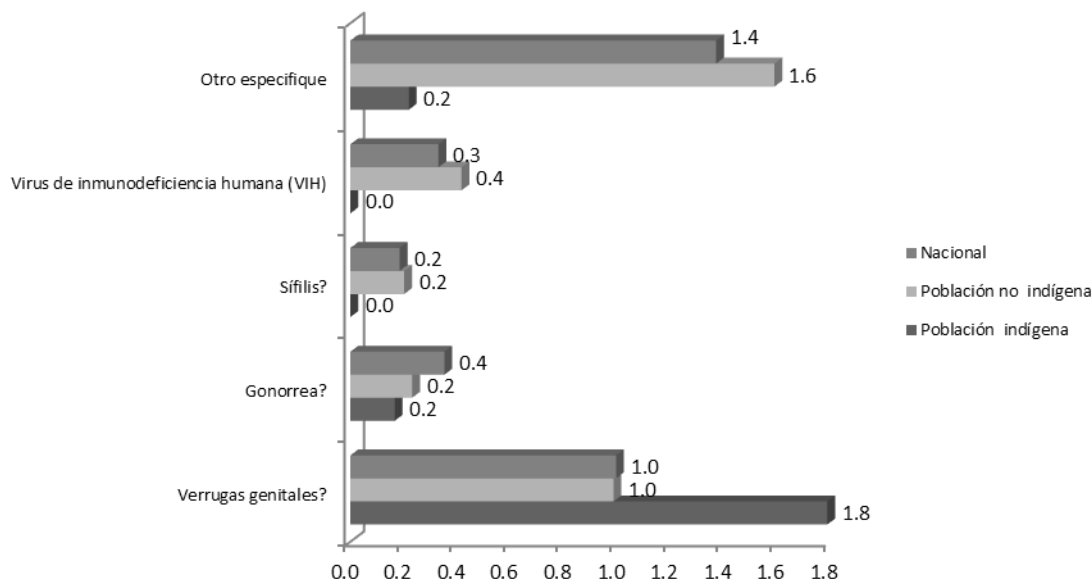
Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

De acuerdo con Delgado-Becerra *et al.* (2006), se ha observado menos abandono de la LM en áreas rurales que urbanas y en niveles socioeconómicos bajos que en clase media. Entre los factores asociados con el abandono de la lactancia se encuentran las de origen materno (infecciones, falta de producción de leche, trabajo, entre otros) y el rechazo a la alimentación al seno materno, además de la falta de apoyo familiar y el alto nivel de ansiedad. Sin embargo, las intervenciones que promueven la lactancia materna son efectivas para lograr que las mujeres prolonguen el periodo de lactancia por más de tres meses, de ahí la importancia de mejorar la promoción y educación, especialmente en la etapa prenatal, así como las prácticas hospitalarias (dar seno materno dentro de la primera hora de vida, no utilizar biberones y fomentar el alojamiento conjunto durante las 24 horas).

Salud sexual y métodos de prevención contra el VIH y cáncer

Además de la atención durante el embarazo, el parto y los métodos de planificación familiar, las mujeres en zonas de alta marginación asisten a consulta médica para el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual como las relacionadas con infecciones vaginales y el virus del papiloma humano. A diferencia de las mujeres no indígenas, las cuales refirieron haber acudido a consulta por al menos 26 tipos de enfermedades diferentes, las mujeres indígenas hicieron mención de dos enfermedades, números distintos al agregado nacional donde especificaron 33 enfermedades. Sin embargo, los resultados de la encuesta registraron que una de las principales causas de consulta en los 12 meses anteriores a la misma fue el tratamiento de verrugas genitales.

Gráfica XLVIII. Proporción de mujeres que recibieron consulta médica tratamiento en los últimos 12 meses por enfermedades de transmisión sexual



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

De acuerdo con Bocos (2011), en ocasiones la poca disponibilidad por las mujeres indígenas para hablar acerca de su sexualidad se relaciona con aspectos culturales tales como la lengua y las propias creencias, los cuales dificultan aún más la atención sanitaria en muchos centros de salud. Como consecuencia de esto se derivan algunas dificultades tales como la desinformación, mayores riesgos y trato irrespetuoso o incluso humillante hacia las mujeres. Lo anterior hace más vulnerable a las mujeres indígenas que se encuentran más expuestas a la transmisión de enfermedades sexuales por la gran cantidad de población que migra hacia los Estados Unidos y otras ciudades (Hernández-Rosete *et al.*, 2008).

De acuerdo con Rangel *et al.*, (2006), la ruralización del VIH en México tiene relación con las dinámicas de circulación migratoria hacia Estados Unidos de América. Es un proceso infeccioso con dos fases. La primera ocurre durante la estancia en Estados Unidos, especialmente entre varones que viajan sin sus parejas y que tienen entre otros, contactos sexuales sin condón con trabajadoras sexuales (Sánchez *et al.*, 2004).

La segunda fase se presenta cuando los migrantes infectados vuelven a su localidad de origen en México y, sujetos a las creencias arraigadas sobre sexualidad y control reproductivo, exigen que los contactos sexuales con las esposas o parejas que esperan en México, sean sin protección (Hernández-Rosete *et al.*, 2008).

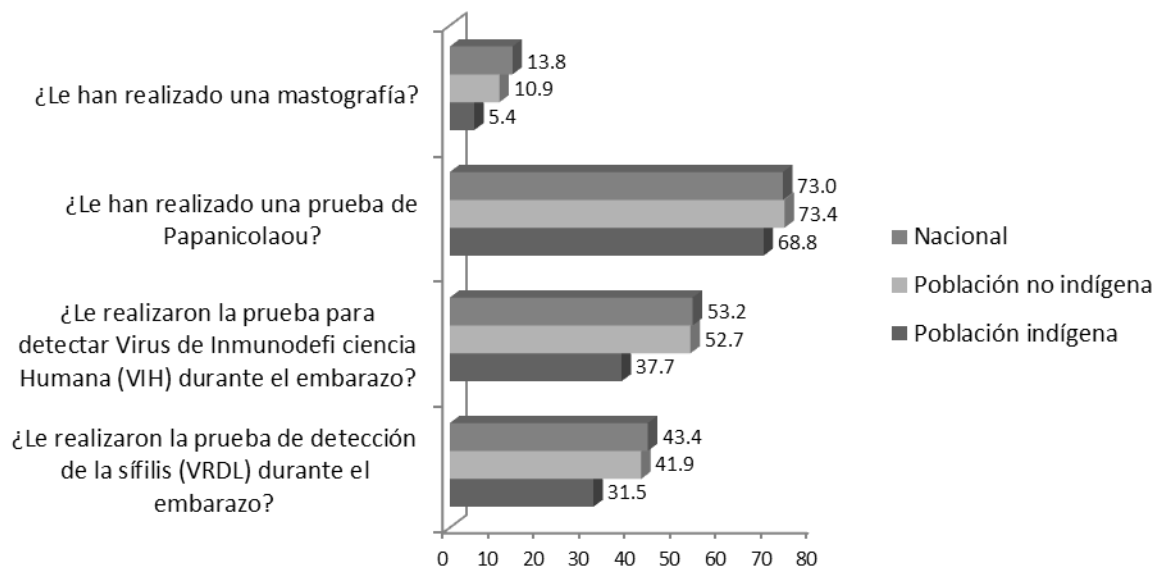
Lo anterior resulta alarmante si tomamos en cuenta los datos mostrados por (Villalobos, 2012), donde se menciona que sólo el 14.7% de las mujeres mayores de 35 años utilizan condón durante sus relaciones sexuales y el restante no utiliza ninguna forma de protección o método de planificación familiar. La vulnerabilidad para VIH/sida/ETS no depende de las preferencias sexuales, sino de escenarios donde el ejercicio violento del poder impide el uso adecuado del condón (Delor y Hubert, 2000).

Hernández-Rosete *et al.*, (2008) mencionan a manera de hipótesis que la vulnerabilidad para VIH/sida/ETS en mujeres indígenas unidas en concubinato con varones migrantes es atribuible a los procesos de vida familiar, conyugal y de identidad masculina que, regidos por el género, dificultan el uso del condón durante los ciclos de la migración de retorno.

La ruralización del VIH/sida en México requiere intervenciones de prevención y atención de VIH/ETS que sean sensibles a la pluralidad etnolingüística. Además, deben de estar sustentadas en enfoques de género que no sólo reconozcan a la población femenina, sino que también tomen en cuenta las prácticas y creencias masculinas sobre reproducción, especialmente las creencias ligadas a la conversión simbólica de niños en hombres, que parecen jugar un papel importante en la producción de vulnerabilidades para VIH/ETS (Hernández-Rosete *et al.*, 2008).

Es necesario que las mujeres indígenas en zonas de alta marginación tengan mayor acceso a información sobre salud reproductiva. Al igual que a las pruebas de detección del virus del papiloma humano, sífilis y otras enfermedades de transmisión sexual. Los resultados encontrados en la ENSANUT (2012), muestran que sólo el 37.7% y el 31.5% de las mujeres indígenas en comunidades de alta marginación tuvieron acceso a una prueba de detección del virus del VIH y sífilis durante su embarazo. A diferencia del 52.7% y 41.9% de las mujeres no indígenas localizadas en las mismas circunstancias.

Gráfica XLIX. Proporción de mujeres a quienes se les realizó una prueba de detección de neoplasias y enfermedades de transmisión sexual por tipo de población

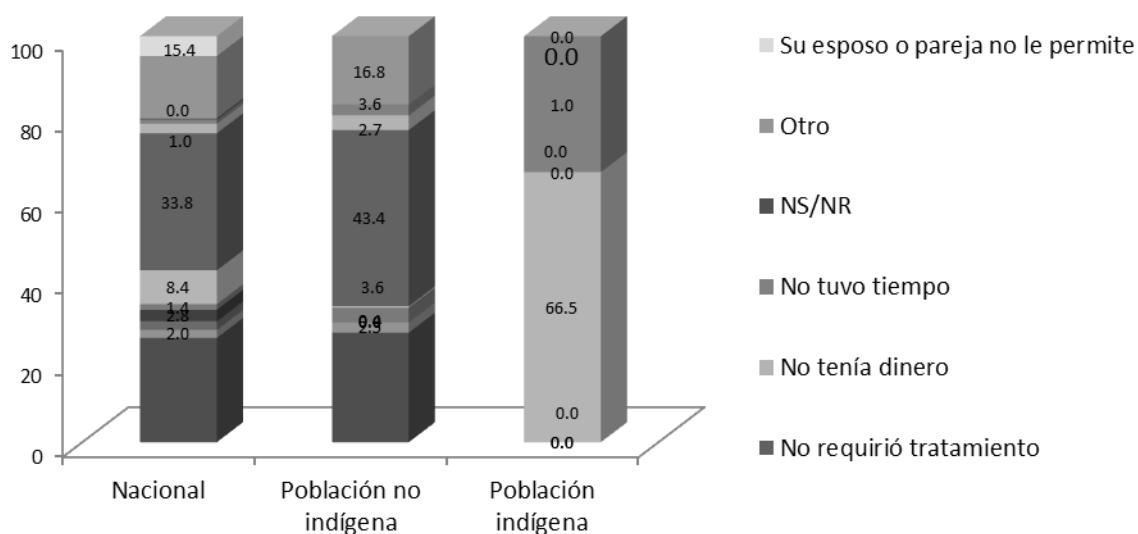


Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

Tanto las pruebas de detección de las ETS como el acceso de la información sobre estos padecimientos son indispensables para que estas enfermedades disminuyan su frecuencia en las mujeres indígenas ubicadas en poblaciones de alta marginación, lo cual constituye un enorme reto en salud.

Por ejemplo Ponce y Nuñez (2011) encontraron que un 85% de personas migrante nunca se le ha ofrecido practicarse la prueba de detección oportuna de VIH-sida. Una proporción de 56% afirma no haber recibido pláticas sobre el tema y sólo 30% identifica con precisión que el VIH-sida es una enfermedad de transmisión sexual (ETS). Asimismo, sólo 5% respondió afirmativamente que el uso del condón es una medida de protección y la mitad señaló no saber usarlo. Cabe destacar que los autores anteriormente citados mencionan que las cifras de la ignorancia son mayores entre los varones que entre las mujeres, como consecuencia de factores culturales e institucionales que hacen de las mujeres el objetivo principal de los programas gubernamentales de salud.

Gráfica L. Distribución porcentual de los motivos por los cuales no se tuvo tratamiento para las enfermedades detectadas en la prueba del Papanicolaou por tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

Al igual que ocurre con las pruebas de detección del VIH y otras ETS, aún falta mucho por hacer en los programas preventivos como en las pruebas del Papanicolaou y las mastografías. Aunque el 100% de las mujeres entrevistadas en la población de alta marginación conocen la prueba del Papanicolaou, 73.4 y 68.8% de la población no indígena y la indígena respectivamente en poblaciones de alta marginación respondieron afirmativamente haberse realizado una prueba alguna vez en su vida. Como resultado de la prueba, 75.31 y 91% no indígenas e indígenas recibieron tratamiento para su problema de salud observado en el estudio del Papanicolaou. Además, se encontró que una de las causas por las que la población restante no recibió tratamiento fue debido a que no le explicaron qué procedimientos se les iban a aplicar.

Por otro lado se encontró que en los últimos 12 meses 48.51 y 59.8% de la población no indígena e indígena le realizaron una prueba de Papanicolaou, con respecto a la población nacional 49.48%. Estos datos concuerdan parcialmente con los obtenidos por Torres-Mejía et al (2013), donde el 45.5% de la población de mujeres 20 a 64 años se ha realizado esta prueba.

En cuanto a las mastografías se contabilizaron muy pocos casos de esta prueba en comunidades de muy alta marginación en la población muestreada 10.9%, de ellas y sólo en el 5.4% de mujeres indígenas. El 75.19% de las mujeres no indígenas recibieron tratamiento, mientras que el 100% de las mujeres indígenas recibieron un tratamiento.

Conclusiones

La información muestra que las mujeres que viven en áreas marginadas presentan entre otros problemas, un menor estado de salud lo cual se refleja en las variables antropométricas analizadas. Asimismo, el contenido de hemoglobina presente en las mismas se relaciona con la presencia de anemia; lo anterior, además de hacerlas más susceptibles a diferentes tipos de enfermedades, se relaciona con bebés de bajo peso y mayor probabilidad de tener complicaciones durante el parto. Aunque el gobierno ha hecho grandes esfuerzos para erradicar la pobreza extrema y el hambre, es necesario reforzar los programas que son destinados para solucionar estos problemas sobre todo en la población indígena localizadas en estratos de alta marginalidad.

En cuanto a la salud reproductiva, es necesario mejorar el acceso a la información sobre todo a las adolescentes que inician su actividad sexual cada vez más jóvenes. La falta de información constituye una forma de discriminación que se puede solucionar a través de la generación o reorganización de programas donde se capacite al personal de salud con métodos interculturales para dar atención a la población indígena en comunidades de alta marginación.

La mortalidad infantil puede disminuir si se refuerza la lactancia materna y a pesar de que son las mujeres indígenas las que más la practican, se observó un menor periodo de lactancia en las adolescentes de este grupo.

Aunque se espera que las mujeres indígenas acudan cada vez a los centros de salud para su atención prenatal, parto y puerperio, es necesario tener en cuenta la labor que realizan los especialistas de la medicina tradicional, las cuales dan una atención personalizada y forman parte de los sistemas de salud locales, los cuales pueden colaborar armónicamente con los sistemas oficiales de salud. Por lo tanto, la capacitación a las parteras, su integración equitativa y respetuosa al sistema oficial es indispensable para lograr disminuir las inequidades de salud y brindar atención que satisfaga las preferencias culturales de los pueblos originarios.

Las investigaciones realizadas han mostrado igualmente que es necesario que los prestadores de los servicios de salud conozcan las culturas a las cuales atienden y sepan resolver en mayor grado las dudas, en cualquier forma que se presenten, de las mujeres indígenas. No es posible que las mujeres abandonen sus tratamientos o no acudan a consulta, que ponen en riesgo su vida y la de sus hijos, porque no le explicaron qué le iban hacer o no entendieron el tratamiento. La interculturalidad, además del trato respetuoso y horizontal entre diferentes culturas, también se refiere a la construcción de significados entre culturas, para lo anterior es necesaria la apertura de cada uno de los grupos que se encuentran en interacción.

Finalmente, como se observó en los programas de prevención del VIH y cáncer es necesario que se incrementen los programas de información y se asignen recursos para acercar este tipo de análisis a las poblaciones de alta y muy alta marginación, las cuales se encuentran más expuestas que otros sectores a las ETS por la alta migración.

2.1.4 Condiciones de salud de adultos mayores de 40 años

Para caracterizar a la población adulta mayor a 40 años de edad, la ENSANUT tiene una sección enfocada a las enfermedades crónicas y padecimientos tales como obesidad, sobrepeso, diabetes mellitus e hipertensión, entre otras, considerados de mayor importancia en el ámbito de las políticas de salud. A fin de conocer la evolución de dichas enfermedades, en las siguientes secciones se presentan los resultados más relevantes sobre los padecimientos que tienen las personas tanto a nivel nacional como para las poblaciones que habitan las localidades de alta marginación.

Características generales

De acuerdo con la ENSANUT 2012, existen en México 115 170 278 habitantes, de los cuales 34 457 494 son personas mayores de 40 años (29.9%). De %, de éstos, 47.5% son hombres y 52.5% mujeres. Por su parte, la población mayor de 40 años que habita en zonas de alta marginación es de 6 676 522 (19.4%), de la cual el 19.3% es indígena de acuerdo con el criterio de la lengua y el 80.7% restante son personas que no hablan alguna lengua indígena (no indígenas). La composición por género en estos dos últimos subgrupos poblacionales es muy cercana al 50% en ambos casos.

Sobrepeso y obesidad en adultos de 40 años y más

La obesidad es el principal factor de riesgo modificable para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus y las enfermedades cardiovasculares entre otras complicaciones. En las últimas tres décadas, su prevalencia ha tenido un aumento sin precedente y su velocidad de incremento ha sido una de las más altas en el ámbito mundial. No obstante, hace muy poco tiempo que este problema se ha reconocido como uno prioritario que requiere de atención y acciones intersectoriales inmediatas para una mejor prevención, diagnóstico oportuno y control en la población.

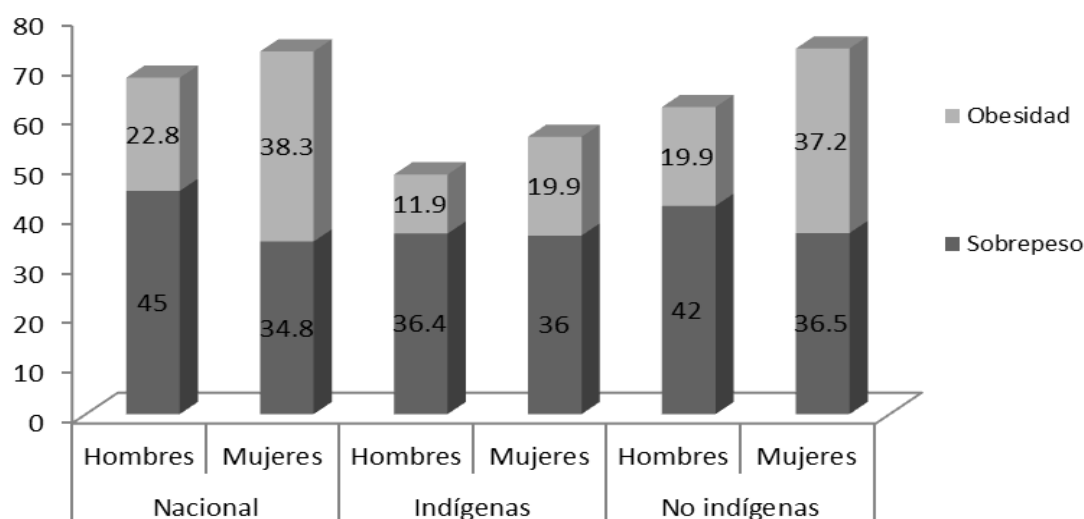
La comprensión adecuada de esta enfermedad es uno de los pasos más firmes para identificar posibles estrategias de prevención y control. Para determinar sobrepeso y obesidad se tomaron en cuenta los puntos de corte propuestos por la OMS para el índice de masa corporal (IMC) que son: de 25 a 29.9 sobrepeso, e iguales a 30 y mayores obesidad ($\text{IMC} = \text{Kg/m}^2$). Asimismo, también se consideró la obesidad abdominal, la cual fue determinada de acuerdo a los criterios de la Secretaría de Salud, igual o mayor a 90

centímetros abdominales, en el caso de los hombres, e igual o mayor a 80 centímetros, en el caso de las mujeres.

De acuerdo a los datos de la ENSANUT 2012, se encontró que a nivel nacional para las personas de 40 años y más, y de acuerdo a las categorías del IMC, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad es mayor para las mujeres en este rango de edad, 73.1%, mientras que los hombres en un 67.8% presentan alguno de estos dos problemas. De igual forma, la prevalencia de obesidad es superior para las mujeres 38.3%, mientras que los hombres la padecen en 22.8% de los casos.

Al analizar los estratos de alta marginación se observa que la combinación de sobrepeso y obesidad se presenta por un menor porcentaje de la población indígena de cuarenta y más años. Sin embargo, son aún las mujeres quienes más padecen alguna de estas dos condiciones, 55.9%, mientras que en los hombres se observa en un 48.3% de la población. Además, y en concordancia con la prevalencia nacional, son las mujeres indígenas quienes padecen en mayor proporción obesidad, 19.9%, mientras que los hombres tienen una prevalencia de 11.9%. Por su parte, en la población no indígena de este estrato de marginación, se notan cifras parecidas a las del agregado nacional; las mujeres presentan el mayor porcentaje de prevalencia de sobrepeso y obesidad sumadas, 73.7%, mientras que en los hombres es 61.9%. De la misma manera, las mujeres tienen el mayor porcentaje de obesidad en comparación con los hombres, al ser éste de 37.2% y 19.9%, respectivamente.

Gráfica LI. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en personas de 40 años y más por tipo de población

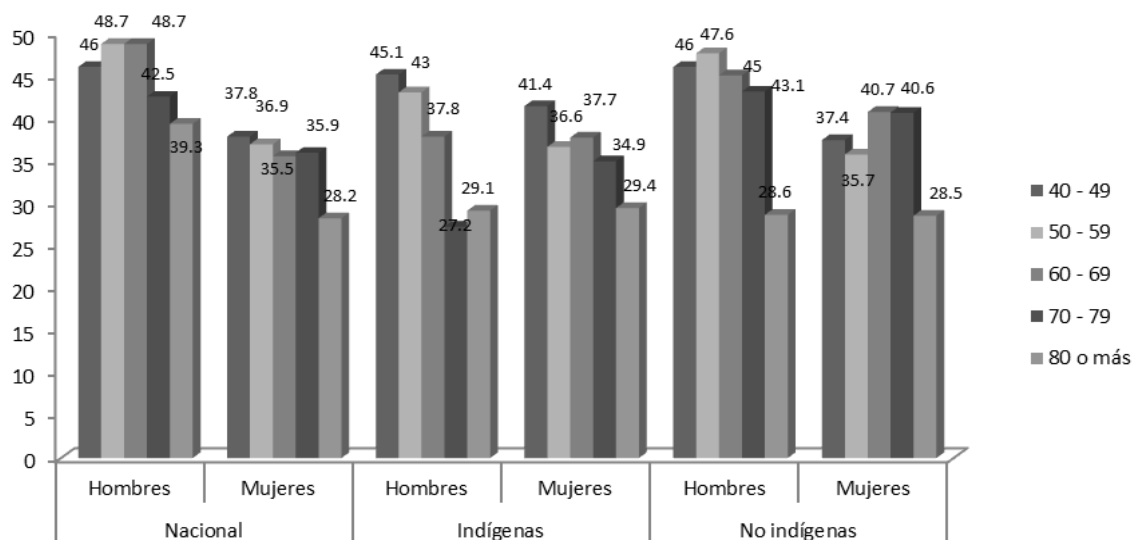


Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

Al analizar la distribución porcentual de sobrepeso, la variación más importante se encuentra entre los hombres indígenas y presenta una prevalencia de 36.4%, mientras que el agregado nacional es 45% y los no indígenas 42%; cabe resaltar que la situación de sobrepeso es superior para los varones en todos los casos. Por su parte, la variación entre mujeres es menor ya que va del 34.8%, el agregado nacional, al 36.5% en el caso de las mujeres no indígenas.

Al observar por grupos de edad, encontramos que para los hombres en el agregado nacional el punto más alto se encuentra en las personas de 50 a 69 años, 48.7%, y el más bajo en los mayores de 80 años, 39.3%. Las mujeres experimentan, también, menor incidencia en el grupo de edad de 80 y más años (28.2%), pero encuentran máximo en las edades que van de los 40 a los 49 años (38.7%). Los hombres indígenas, por su parte, tienen porcentajes mayores de obesidad en las personas de 40 a 49 años, 45.1%, y los no indígenas en la década de los 50 a los 59 años (47.6%). La menor prevalencia en el caso indígena es entre los 70 y los 79 años (27.2%), mientras que los no indígenas experimentan su menor proporción de los 80 años en adelante. Las mujeres indígenas y no indígenas tienen menor prevalencia de obesidad en el grupo de las que tienen 80 años o más, 29.4 y 28.5%, respectivamente, pero encuentran máximos en las mujeres de 40 a 49 años en el caso indígena, 41.4%, y en las de 60 a 69 años las no indígenas.

Gráfica LII. Distribución porcentual de sobrepeso por grupos de edad y tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

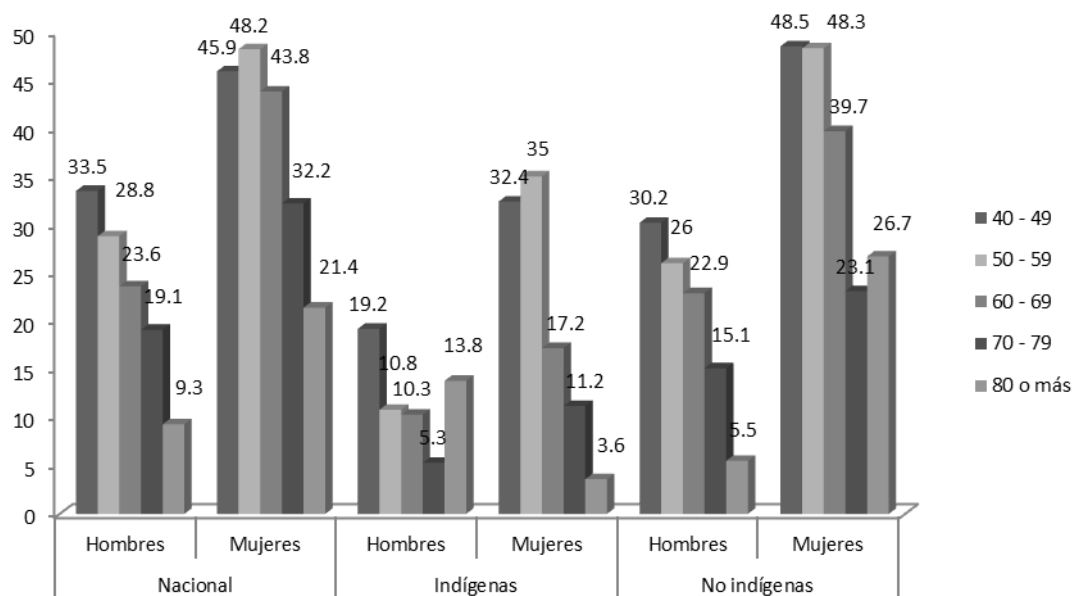
Como ya se había comentado, la obesidad es un padecimiento que tiene mayor prevalencia en las mujeres tanto a nivel nacional como en el caso de los estratos de alta marginación. En el caso del agregado nacional, los hombres encuentran máximos

porcentuales en las de edades de 40 a 49 años (33.5%) mientras que las mujeres en el grupo que va de los 50 a los 59 años (48.2%). Resalta que en ninguna de las décadas de edad propuestas los hombres superan en porcentaje de obesidad a las mujeres.

Por su parte, en los estratos de mayor marginalidad se observó que tanto los hombres indígenas y los no indígenas tienen sus máximos de prevalencia de obesidad en el grupo de edad que va de los 40 a los 49 años, 19.2 y 30.2%, respectivamente, y los puntos más bajos de los 70 a los 79 años (5.3%), en el caso indígena, y en el grupo de 80 y más años 5.5%, para los no indígenas. Las mujeres indígenas, por su parte, experimentan un máximo de obesidad en el grupo de los 50 a los 59 años (35%) para las indígenas, y en el de 40 a 49 años para las no indígenas (48.5%). Es así que las mujeres indígenas de 80 años y más tienen la menor prevalencia de obesidad 3.6%, mientras que las no indígenas tienen su menor incidencia en los años que van de los 70 a los 79 (23.1%).

Como se aprecia, es en el caso de las personas indígenas que habitan en el estrato de alta marginación en quienes se observaron los menores índices de obesidad, al ser en promedio menores entre 8 y 11 puntos porcentuales en el caso de los hombres y entre 17 y 18 puntos para las mujeres.

Gráfica LIII. Distribución porcentual de obesidad por grupos de edad y tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

Obesidad abdominal

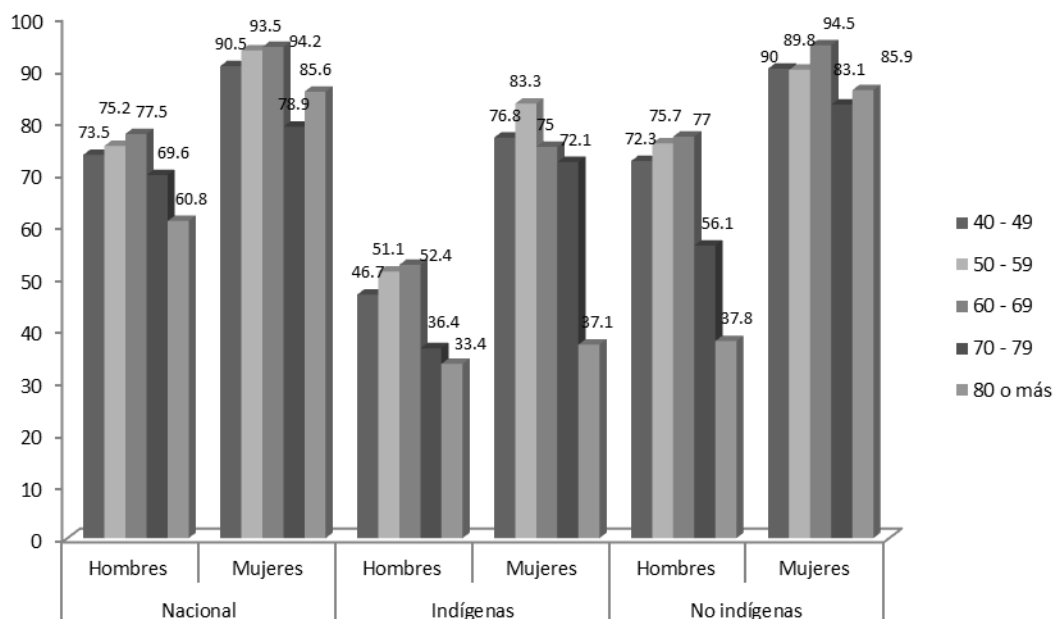
En cuanto a este tipo de obesidad, se observa que a nivel nacional continúa la tendencia de mayor prevalencia en el caso de las mujeres 88.5%, con respecto a los varones, 71.3%, para una prevalencia total nacional de 79.9% para los adultos de 40 años y más. Tanto hombres como mujeres tienen sus puntos máximos en el grupo de edad de 60 a 69 años, 77.5 y 94.2%, respectivamente, y la menor prevalencia en el grupo de 80 años y más, para los hombres, 60.8%, y en el de 70 a 79 años, 78.9%, en el caso de las mujeres. En ninguno de los grupos de edad observados los hombres superan el porcentaje femenino para este mal.

En los estratos de alta marginación, se observa que los hombres y mujeres indígenas tienen los menores indicadores de prevalencia, 40 y 68.8%, para un total del subgrupo poblacional de 56.4%. El punto más alto para los hombres es en los años de 60 a 69, 52.4%, y para las mujeres en el de 50 a 59 años, 83.3%. Los mínimos tanto hombres como mujeres los presentan en el grupo de 80 o más años, con 33.4 y 37.8%, respectivamente. En todas las edades analizadas, se observa que las mujeres presentan mayor prevalencia de obesidad de cintura que los hombres.

Por su parte, las personas no indígenas presentan un total para el subgrupo poblacional de 76.5% de prevalencia, al ser mayor en el caso de las mujeres, 88.6%, que los hombres, 63.7%. Por su parte, los hombres encuentran máximos en los años que van de los 50 a los 59, 75.7%, y el mínimo en el grupo de 80 años o más, 37.8%; las mujeres de los 60 a los 69 años muestran la mayor prevalencia de este tipo de obesidad, 94.5%, y en el siguiente grupo de edad, 70 a 79 años, su punto más bajo, 83.1%. Al igual que en los otros grupos poblacionales, la prevalencia masculina por cada grupo de edad nunca supera a la de las mujeres.

Como en la situación de sobrepeso y obesidad calculada por el IMC, en el caso de la obesidad de cintura es el subgrupo indígena en alta marginación el que presenta los menores índices acumulados para este tipo de padecimiento. La prevalencia para los hombres es menor en 19 puntos porcentuales comparada con los no indígenas, y 27 puntos si se compara con el agregado nacional, mientras que en las mujeres la incidencia es menor en casi 20 puntos comparada ya sea con la situación nacional y de las no indígenas de su mismo estrato de marginación.

Gráfica LIV. Distribución porcentual de obesidad de cintura por grupos de edad y tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

México está inmerso en un proceso de transición donde la población experimenta un aumento inusitado de IMC excesivo (sobrepeso y obesidad) que afecta a las zonas urbanas y rurales, a todas las edades y a las diferentes regiones. El que siete de cada diez adultos presenten sobrepeso y que de estos la mitad presenten obesidad constituye un serio problema de salud pública, por lo que es indispensable redoblar esfuerzos para disminuir estas prevalencias que están aumentando el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, con grandes costos directos e indirectos para el Estado. Si bien la desnutrición es aún un problema de salud pública que requiere atención, actualmente es indispensable considerar a la obesidad como una de las principales prioridades en la agenda nacional. El conocimiento de la presencia de factores de riesgo en la población, incluidos los aspectos ambientales que favorecen la obesidad, debe permitir planificar acciones y políticas para su prevención y control.

Diabetes mellitus

La diabetes es un reto de salud global. De acuerdo a la oms, hasta septiembre de 2012 había más de 347,000,000 de personas con diabetes²⁸. Aunado a esto, la oms muestra que

²⁸ Organización Mundial de la Salud, (2012). Centro de prensa, nota descriptiva N° 312, diabetes.

más de 80% de estas personas se encuentran en países en vías de desarrollo, como lo es México. Esto presenta un reto, porque los recursos para combatir esta enfermedad son limitados en dichos países, y por otro lado, el costo económico de padecer esta enfermedad es muy alto.

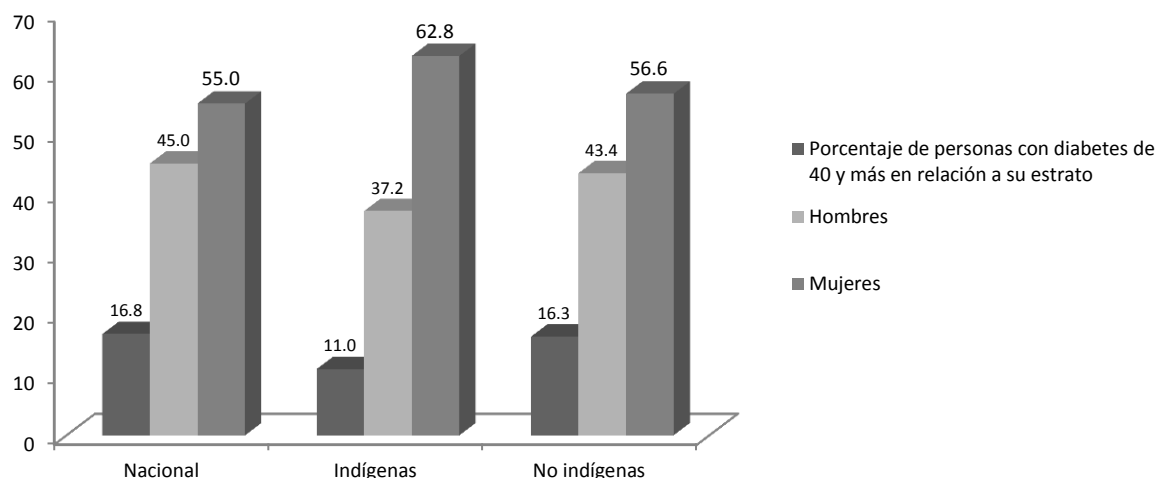
Las actividades de prevención para esta enfermedad como son los cambios en la alimentación, planes de ejercicio y el evitar fumar son costo-efectivas, ya que reducen las probabilidades de adquirir esta enfermedad y, si ya se tiene, retrasar su progresión. Sin embargo, a pesar de ello, los efectos positivos dependen mucho de la constancia de las personas y su adaptación a estas actividades.

Combatir la diabetes mellitus desde sus principios es de suma importancia, ya que es una enfermedad crónica que pone en riesgo la viabilidad del Sistema de Salud Nacional.

De acuerdo a las cifras de la ENSANUT 2012 en México hay 6,406,568 personas diagnosticadas con diabetes, lo que representa el 5.5% de la población nacional, esta prevalencia se incrementa en los adultos de cuarenta años (16.7%) y este padecimiento es más frecuente en las mujeres (55%).

En el caso de los estratos de alta marginación, hay 140,843 personas indígenas de 40 años o más diagnosticadas con diabetes, (11%), y resulta ser el 2.4% de la población nacional en este segmento de edad con la enfermedad. Por su parte, existen 880,129 personas no indígenas de 40 años o más en este mismo estrato de marginalidad que padecen diabetes y que representan una proporción similar a la observada en el agregado nacional con un 16.3%, este grupo representa al 15.2% de la población nacional con la enfermedad. Al hacer la diferenciación por género, es relevante que en el caso de las personas indígenas la proporción femenina es superior en poco más de 7 puntos porcentuales a la nacional con un 62.8%. En el caso de la población no indígena los porcentajes por género son similares a los presentados a nivel nacional con 43.4% para hombres y 56.6% de mujeres.

Gráfica LV. Prevalencia de diabéticos en adultos de 40 años y más por sexo y tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

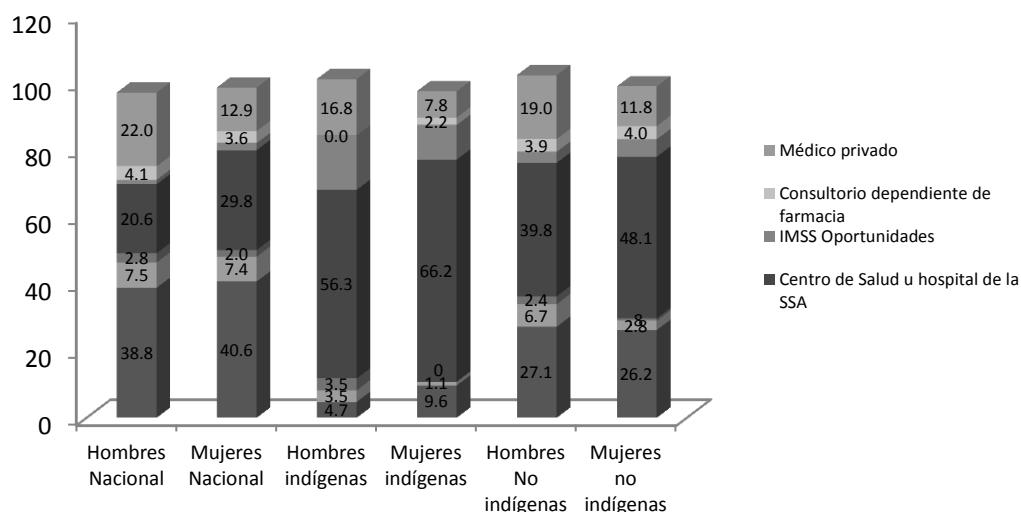
Atención de diabetes por institución

Con respecto a la atención a nivel nacional, 87% de los adultos de cuarenta años y más acudieron a controlar su diabetes, por lo menos una vez en los últimos 12 meses. Al desagregar la información por tipo de institución y por género, no se encontraron diferencias en la distribución. Por ejemplo, encontramos que aproximadamente el 40% concurren al IMSS, al ISSSTE 7.5%, ISSSTE estatal 2.4%, PEMEX 1.6%, Defensa 0.9%, Marina 0.1%, IMSS Oportunidades 1.8%, consultorios dependientes de farmacia 3.8% y otro lugar 2%. Sin embargo, tanto los Centros de Salud u hospitales de la SSA y los médicos privados reportaron variaciones superiores a las de las instituciones ya mencionadas: a los primeros acuden el 29.8% de las mujeres y el 20.6% de los hombres; caso contrario de los servicios de los médicos privados donde acuden en mayor proporción personas del sexo masculino, 22%, mientras que las mujeres lo hacen en un 12.9%.

En los estratos de mayor marginalidad se observó que 85.5% de las personas indígenas que tienen diabetes solicitaron por lo menos una vez en los 12 meses previos a la encuesta servicios para controlar su enfermedad, mientras que los no indígenas lo hicieron en un 88%. En este estrato se encontraron mayores diferencias en cuanto a la atención por género. Las instituciones que mayor cantidad de atención dieron fueron los servicios directos de la SSA, el IMSS Oportunidades y los médicos privados. En los primeros solicitaron atención en mayor proporción las mujeres que los hombres, tanto indígenas (66.2 y 56.3%), como no indígenas (48.1 y 39.8% respectivamente). El IMSS Oportunidades atendió en mayor proporción a los indígenas. De éstos, 16.2% son varones y

10.4% mujeres, mientras que los no indígenas acudieron en 3.3% los hombres y 5.2% de las mujeres. Llama la atención la participación de los médicos privados y cómo es que atienden más a los hombres tanto indígenas como no indígenas, al 16.8 y 19%, respectivamente, mientras que las mujeres acuden a estos servicios en 7.8 y 11.8%, también respectivamente. El IMSS tiene una participación relativamente pequeña en el caso de los indígenas al atender al 4.7% de los hombres y al 9.6% de las mujeres, mientras que las personas no indígenas acuden en un 26.6% en promedio sin variación mayor a un punto porcentual por género. Las demás instituciones tienen una participación relativamente modesta, y en el caso de PEMEX, Defensa y Marina prácticamente nula para este estrato de marginación.

Gráfica LVI. Distribución porcentual del lugar de atención para la población con diabetes por tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

Tratamientos médicos

En cuanto a los tratamientos para controlar la diabetes, tanto hombres como mujeres reportaron tomar pastillas aproximadamente en un 75%; sin embargo, los varones son más proclives a no tomar pastillas ni aplicarse insulina (15%), mientras que las mujeres no hacen ninguna de estas dos acciones en un 9.7%.

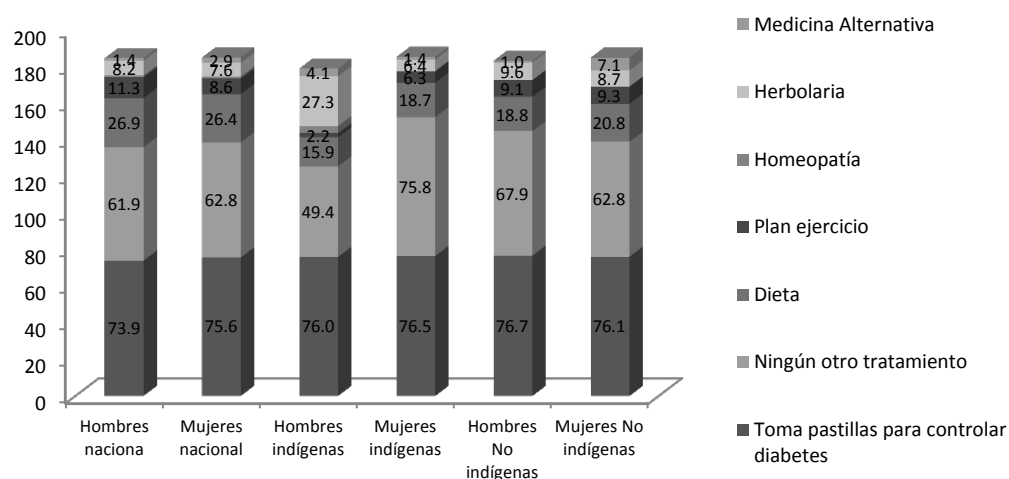
En relación a otros tratamientos, alrededor del 62% no sigue ninguno, mientras que la dieta es el que mayor porcentaje de personas realiza, cerca del 27% para ambos sexos; le sigue el plan de ejercicio, aunque en mayor proporción para los hombres, 11.3%, mientras que a las mujeres corresponde el 8.6%. La herbolaria tiene una relativa importancia ya que recurren a este método cerca del 8% tanto hombres como mujeres con este mal.

En los estratos de alta marginación, tanto la población indígena como la no indígena consumen pastillas para controlar la glucosa en la sangre en cifra similar a la observada a nivel nacional. Tanto hombres indígenas como no indígenas siguen el patrón nacional de no tomar pastillas ni administrarse insulina en mayor proporción, aunque superior a la cifra nacional en el caso de los primeros con un 20.4%, cuando los segundos no lo hacen en un 14.4%. El contraste es similar en el caso de las mujeres, las indígenas no se atienden por alguno de los dos medios en un 17.3% y las no indígenas en 10.7%.

En cuanto a otros tratamientos, la población no indígena no sigue alguno en porcentajes similares a los observados a nivel nacional, mientras que en el subgrupo indígena se encontró que los hombres presentan números más bajos en este rubro (49.4%). Por su parte, las mujeres no siguen ningún otro tratamiento en un 75.8%.

Lo anterior sugiere que los planes de dieta son alternativas de menor peso en los estratos de alta marginación que a nivel nacional, ya que en todos los casos si bien supera el 15% encuentra su punto más alto en las mujeres no indígenas con 20.8%. Por su parte, hacer ejercicio para tratar el problema de diabetes es una medida que se sigue en mayor medida por parte del subgrupo no indígena, cerca del 9% para ambos sexos, mientras que los indígenas muestran menos conocimiento o disposición a esta opción de tratamiento ya que los hombres lo hacen en un 2.2% y las mujeres lo toman en cuenta en 6.3%. La herbolaria es requerida como control de diabetes en cifras parecidas a las del agregado nacional, aunque resalta el hecho de que los hombres indígenas la toman más en cuenta y siguen esta opción en un 27.3%, cantidad superior a cualquier otro tratamiento en este estrato de marginalidad.

Gráfica LVII. Distribución porcentual de las medidas para controlar la diabetes por tipo población



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

Dado que un alto índice de personas no atienden su enfermedad, no se aprecia el verdadero costo de una campaña de salud para tratar la diabetes; sin embargo, éste es mayor para la familia ya que según datos recientes, al menos el 50% del gasto invertido en el control de la enfermedad, corresponde al gasto de bolsillo de las familias con cambios en las diferentes instituciones que se atienden. Así, en las instituciones privadas y públicas de salud las familias destinan 52 de cada \$ 100.00 que se gastan en diabetes en México; le sigue el IMSS con 30 de cada \$ 100.00; la SAA, 11 de cada \$ 100.00 y el ISSSTE 6 de cada \$ 100.00. Por otra parte, en cuanto al destino de los recursos por tipo de atención, 92 de cada \$ 100.00 se gastan en atender las complicaciones y sólo 8 de cada \$ 100.00 gastados se utilizan en atender la demanda de casos controlados (Arredondo, 2013). Esta situación debe considerarse alarmante si consideramos que, tanto la población indígena como la no indígena, mantiene promedios iguales e incluso por encima de la nacional en este padecimiento.

Hipertensión arterial

De acuerdo a la OMS²⁹ uno de cada tres adultos mayores de 25 años padece hipertensión. La hipertensión arterial es uno de los principales factores de las enfermedades cardiovasculares que da lugar a fallas cerebrales, fallas renales y paros cardíacos. Estos padecimientos son una de las más importantes causas de muertes en México.³⁰ Las complicaciones de la hipertensión arterial están directamente relacionada con el aumento en la tensión arterial y el tiempo de la misma. Es por esta razón que el tratamiento y detección tempranas de la enfermedad es de suma importancia. Los factores que contribuyen a la aparición de la enfermedad son la edad, alto consumo de sodio, mala alimentación, tabaquismo presencia de enfermedades crónicas, entre otras.

La ENSANUT 2012, muestra que en México 11 123 132 personas que han sido diagnosticadas con hipertensión arterial, valor que representa 9.6% de la población, de éstas 8 983 730 tienen 40 años o más; esto significa que 26% de la población de 40 años o más tienen diagnóstico de hipertensión, en las mujeres este problema es mayor (61.1%).

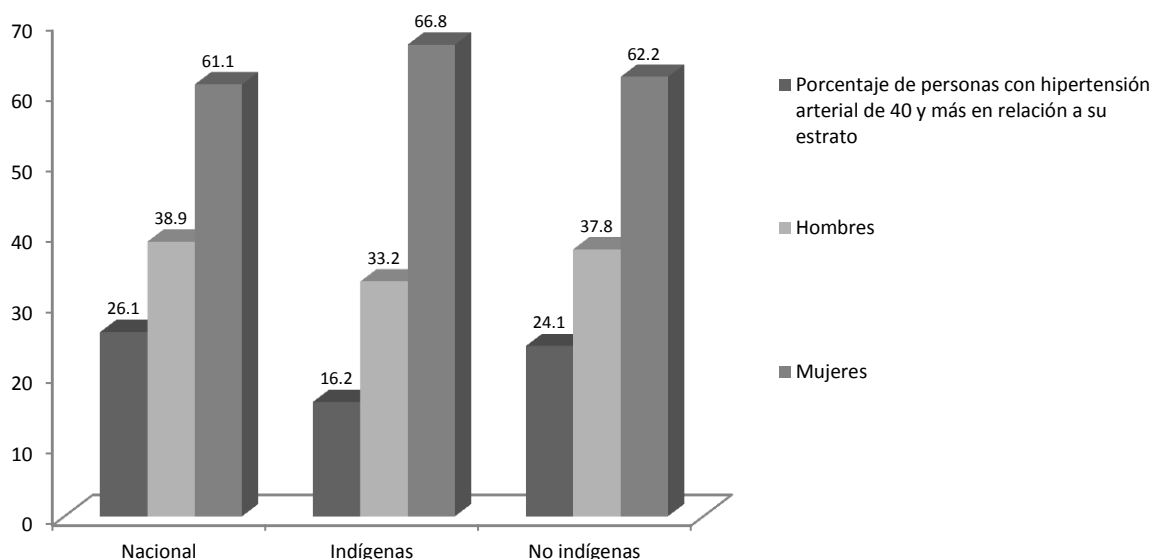
En relación al estrato de alta marginación, hay 208 262 personas indígenas de 40 y más años que padecen hipertensión (16.1%), mientras que los no indígenas son 1 299 461 (24.1%), esta última, proporción similar a la del agregado nacional. En ambos casos el porcentaje de mujeres con la enfermedad es superior al de los hombres en coincidencia

²⁹ Organización Mundial de la Salud, (2013). Centro de prensa, nota descriptiva, hipertensión arterial.

³⁰ Stevens G, Dias RH, Thomas KJA, Rivera JA, Carvalho N *et al.* Characterizing the Epidemiological Transition in Mexico: National and Subnational Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors. PLoS Med 2008;5(6): e125.

con el porcentaje mayoritario nacional, siendo el caso de las indígenas 66.7%, mientras las no indígenas son el 62.2%.

Gráfica LVIII. Prevalencia de Hipertensión arterial en adultos de cuarenta años y más por sexo y tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

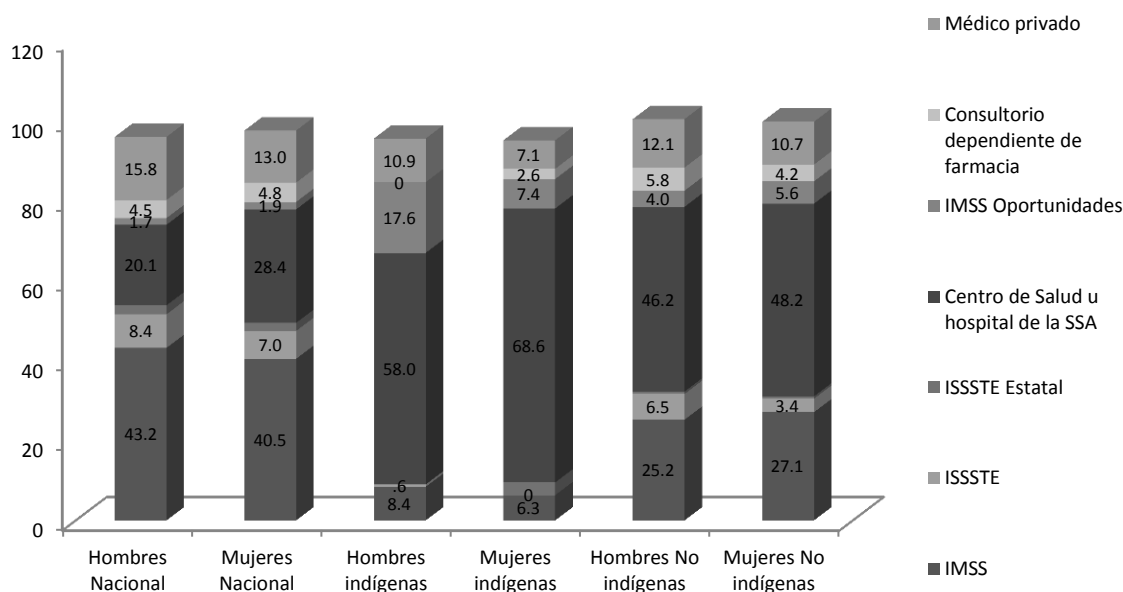
Atención de hipertensión por institución

En cuanto a la atención médica, al dividir por género a nivel nacional no se encuentran diferencias significativas (mayores a los tres puntos porcentuales) de acuerdo a la institución que atiende, excepto en el caso de los servicios de la SESA, a quienes recurren una mayor proporción de mujeres, 28.4%, que de hombres, 20.1%. El IMSS es quien atiende en mayor proporción a quienes padecen hipertensión, aproximadamente al 42%, le sigue la ya mencionada ss, y destaca la participación de médicos privados, ya que les solicitan consulta aproximadamente el 14.4% de las personas hipertensas. El ISSSTE, por su parte, atiende a casi el 8% de los pacientes, mientras que los consultorios dependientes de farmacias revisan al 4.7% de la población con este mal.

En tanto los estratos de alta marginación, los consultorios u hospitales de la ss son los que mayoritariamente atienden ya sea a indígenas o no indígenas, y son los primeros quienes más dependen de estos servicios al atender al 68.6% de las mujeres y al 58% de los hombres, mientras que los no indígenas acuden aproximadamente el 47% sin una diferencia importante en cuanto a género. Asimismo, el IMSS presta servicios a una cuarta parte de los no indígenas, mientras que las personas indígenas recurren a esta institución en promedio el 7.4% de la población. El IMSS Oportunidades muestra una relativa

importancia para la atención de varones indígenas, 17.6%, mientras que las mujeres asisten en un 7.4%; la población no indígena en alta marginalidad que acude a estos servicios no rebasa el 5%. Los servicios de médicos privados también tienen una relativa importancia en este estrato de marginación, atienden a poco más del 11% de las personas no indígenas y al 10.9% de los hombres que hablan alguna lengua indígena, así como al 7.1% de las mujeres de este subgrupo poblacional.

Grafica LIX. Lugar de atención para la población con hipertensión



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

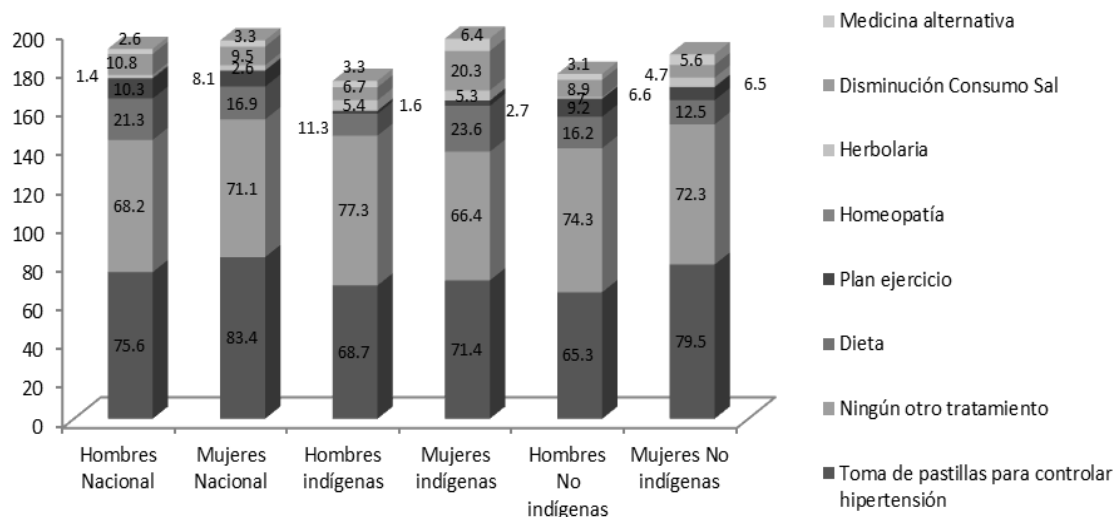
Tratamiento de hipertensión arterial

En lo referente al tratamiento, si bien más de tres cuartas partes de las personas con hipertensión arterial toma alguna pastilla para controlar su padecimiento, la proporción de mujeres que siguen este tratamiento es mayor que en el caso de los hombres, las primeras lo hacen en un 83.4% mientras que los hombres toman alguna pastilla de control en un 75.6%. En cuanto a otros tratamientos, es notorio que casi 70% de la población con esta enfermedad no sigue alguno, sin diferencia considerable en cuanto a género. Un plan de alimentación es una de las maneras de control más aplicada, los hombres siguen una dieta en un 21.3% y las mujeres en 16.9%. El plan de ejercicio físico y la disminución en la ingesta de sal son otros de los tratamientos que tienen relevancia, en ambos casos los ejecutan casi el 10% de la población hipertensa.

En los estratos de alta marginación se observa que tanto mujeres indígenas como no indígenas toman en mayor porcentaje pastillas para controlar su problema, 71.4 y 79.5%, mientras que los varones lo hacen en 68.7 y 65.3%, respectivamente. El seguimiento de una dieta es también en este estrato uno de los tratamientos más observados, sobre todo en el caso de las mujeres indígenas las cuales la realizan en 23.6% de los casos, no así los hombres quienes practican este método en sólo 11.3%. Las personas no indígenas, por su parte, siguen un plan alimenticio en aproximadamente 14%. El ejercicio físico como opción de control no es seguido en los porcentajes que se observan en el agregado nacional, solamente los hombres no indígenas se acercan a este indicador con un 9.2%.

De esta forma, la disminución en el consumo de sal presenta números relevantes solamente en las mujeres indígenas, que de hecho duplica lo observado a nivel nacional, 20.3%, las demás personas permanecen por debajo del 10% observado a nivel nacional. Como dato adicional, se observa que la herbolaria es cercana a 5% solamente en el caso de las personas indígenas y las mujeres no indígenas, en las observaciones nacionales y para los hombres no indígenas presenta valores entre 1 y 2%.

Grafica LX. Distribución porcentual de las medidas para controlar hipertensión por sexo y tipo de población



*La sumatoria de las categorías es mayor al 100% porque una persona puede tener varios tipos de tratamiento a la vez.

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

En general, se puede afirmar que la hipertensión en México muestra un crecimiento porcentual importante, lo cual explica que sea recientemente una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad del adulto entre 20 y 69 años. El hecho de que no se implementen estrategias para prevenir y controlar este padecimiento, en combinación

con la indiferencia del enfermo generará, principalmente en las localidades de mayor marginación, que su falta de atención reduzca la calidad de vida en los hogares que cuentan con personas que padecen este problema, particularmente, porque al ser un padecimiento no curable, sino únicamente controlable, requiere atención médica y tratamiento farmacológico de por vida, lo cual impactará en el ingreso que los hogares.

Tabaquismo

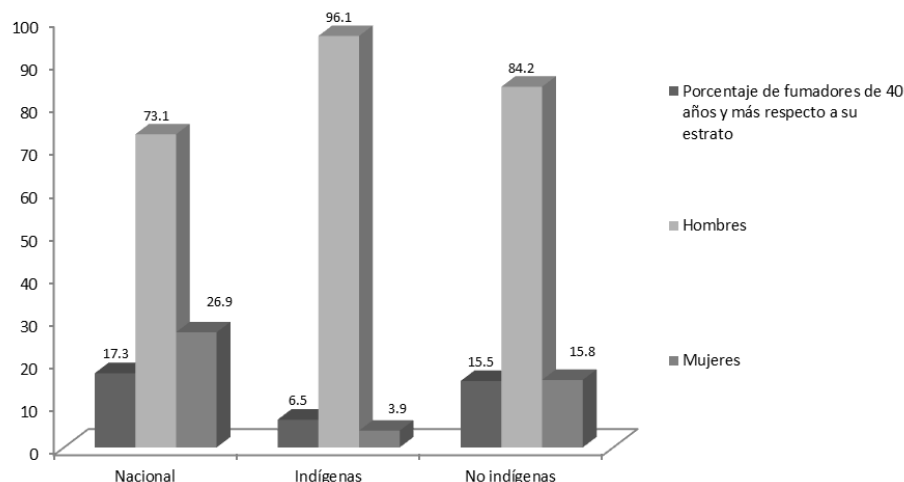
Uno de los principales factores de riesgo a la salud es el consumo del tabaco, de este se derivan enfermedades crónicas como el cáncer, enfermedades pulmonares y cardiovasculares. La OMS menciona que el consumo de tabaco causa 5 000 000 de muertes al año, también señala que provoca 11% de muertes por cardiopatía isquémica y más del 70% de las muertes por cáncer de pulmón, bronquios y tráquea. Es por eso que el consumo de tabaco es un asunto de salud nacional.

Las mejores medidas consideradas por la OMS para el control del tabaco son aquellas relacionadas con los costos, como aumentos en los impuestos y precios de productos de tabaco; también las políticas públicas como la creación de espacios libres de humo, mensajes sanitarios visibles y claros en los paquetes de tabaco, así como la prohibición de publicidad directa.

En la ENSANUT, el tabaquismo entre los adultos de 40 años y mayores fue definido como haber fumado 100 cigarros o más en la vida y fumar actualmente. Para fines de este estudio se definió como problemas de tabaquismo a la dependencia al cigarro, representado por la variable "tiempo en el cual fuma su primer cigarro después de despertar" (ENSANUT, 2012).

Se observa de acuerdo a la ENSANUT 2012 que actualmente fuman 17.3% de las personas de 40 años y más, al ser significativamente mayor la proporción de hombres fumadores, en un 73%. Al analizar los estratos de alta marginación notamos que el porcentaje de indígenas fumadores en este mismo estrato de edad es significativamente menor, 6.5%, de los cuales son los hombres la mayor parte de personas con este hábito, 96%. Por su parte, las personas no indígenas fuman en proporciones parecidas a las del agregado nacional, 15.5%. Y son los hombres, también, la mayor proporción de fumadores en el subgrupo poblacional, 84.2%.

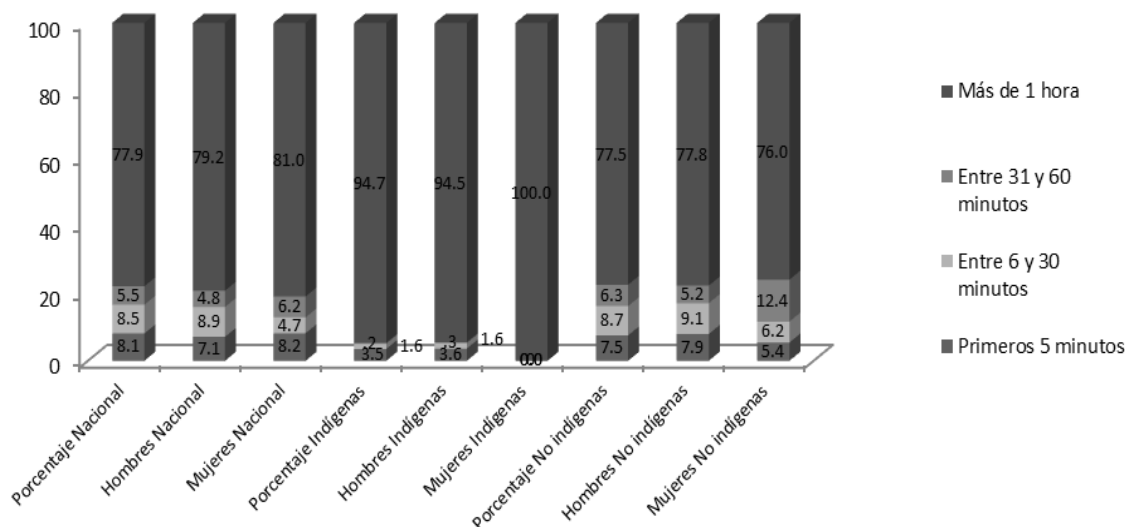
Gráfica LXI. Distribución porcentual de fumadores de 40 años y más por sexo y tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

Respecto a los niveles de dependencia se observa a nivel nacional que los fumadores en su mayoría, un 77.9%, esperan por lo menos una hora antes de encender su primer cigarrillo; en contraparte, aproximadamente 8% comienza a fumar en los primeros 5 minutos después de despertarse. En general no existe gran diferencia en este rubro de adicción al hacer la distinción por género. En los estratos de alta marginación, la población indígena prácticamente en su totalidad comienza a fumar pasada una hora de despertarse: los hombres en un 94% y las mujeres en un 100%. Las personas no indígenas por su parte, presentan números similares a los del agregado nacional, el 77.5% espera por lo menos una hora antes de fumar, sin mayor diferencia entre género; sin embargo, las mujeres de este subgrupo fuman ligeramente menos en los primeros cinco minutos de su día, 5.4%, mientras que los hombres son más parecidos a la cifra nacional con este nivel de dependencia, pues representan un 7.9%.

Gráfica LXII. Distribución porcentual del tiempo de consumo del primer cigarro después de despertar por tipo de población y sexo



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

Los resultados obtenidos muestran que el consumo de tabaco debe ser una de las principales metas a reducir en los siguientes años en nuestro país, ya que anualmente esta adicción provoca cerca de 60 000 muertes. Si bien la tendencia en los últimos años muestra una disminución en comparación con años anteriores, lo cierto es que aún resultan muy elevados los niveles de consumo.

Cualquier campaña que se emprenda con el fin de reducir los niveles de consumo de tabaco debe tomar en cuenta la variación porcentual que existe al distinguir por género, ya que son los hombres en quienes se observa mayor proporción de fumadores, sin dejar de lado, por supuesto, que la incidencia en mujeres también representa cifras importantes.

Alcoholismo

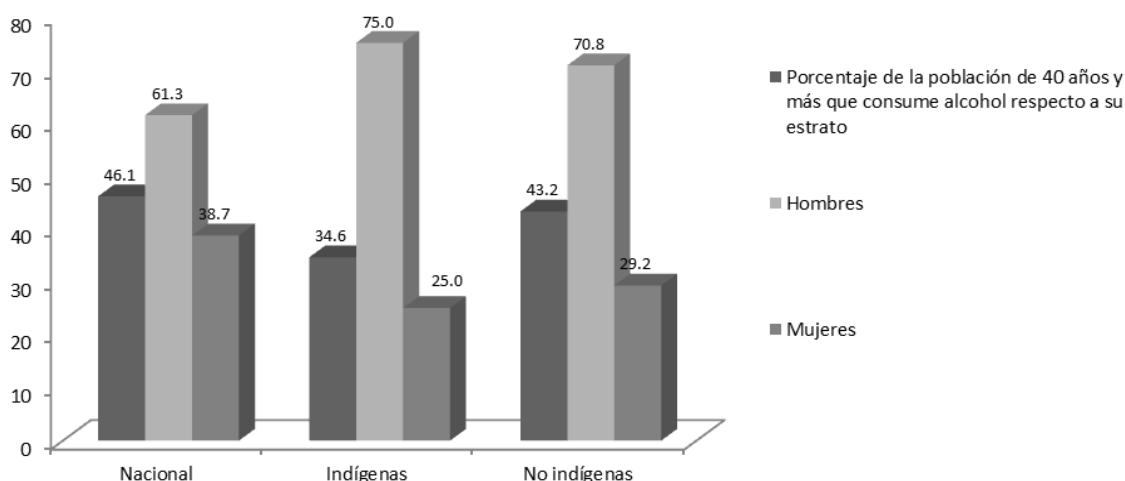
Las enfermedades crónicas no transmisibles causan aproximadamente dos terceras partes de las muertes en el mundo. El abuso del alcohol es uno de los principales factores de riesgo que se asocia causalmente con estos males. Así mismo, su consumo está asociado con mayor riesgo en accidentes, violencia física, conductas sexuales riesgosas, cáncer de mama, así como provocar pérdida de productividad, problemas familiares y deterioro cognoscitivo en edades avanzadas. En México, el uso de alcohol es la cuarta causa de

mortalidad, que implica cirrosis hepática, lesiones intencionales y no intencionales, accidentes de vehículo motor y homicidios.³¹

En la ENSANUT se define el consumo de alcohol entre los adultos como el consumo de una bebida alcohólica de forma diaria, semanal, mensual u ocasional en el último año. Por otra parte, el abuso del alcohol se definió, en el caso de los hombres, como el consumo de cinco copas o más por ocasión en el último año, y en el caso de las mujeres, cuatro copas o más por ocasión en el último año.

De acuerdo con la información recabada en la encuesta, se encontró que actualmente en México 46% de las personas de 40 años han consumido alguna bebida alcohólica en el último año. Al distinguir por género, la prevalencia es mayor en los hombres, representando 61.3% del total de personas que han consumido alguna bebida alcohólica en el último año. Al desagregar los resultados por grado de alta marginación y para grupos poblacionales, se observa que 34.5% de las personas indígenas han consumido alguna bebida alcohólica en el último año, proporción menor al agregado nacional; sin embargo, la ingesta de alcohol es marcadamente superior por sexo ya que en el caso de los hombres, el porcentaje equivale al 74.5%. En contraste, las personas no indígenas que habitan en estas poblaciones mostraron porcentajes ligeramente más parecidos a los observados a nivel nacional (43.2%) los varones son quienes representan la mayor proporción de consumidores (70.7%).

Gráfica LXIII. Prevalencia de consumo de alcohol por tipo de población y sexo



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

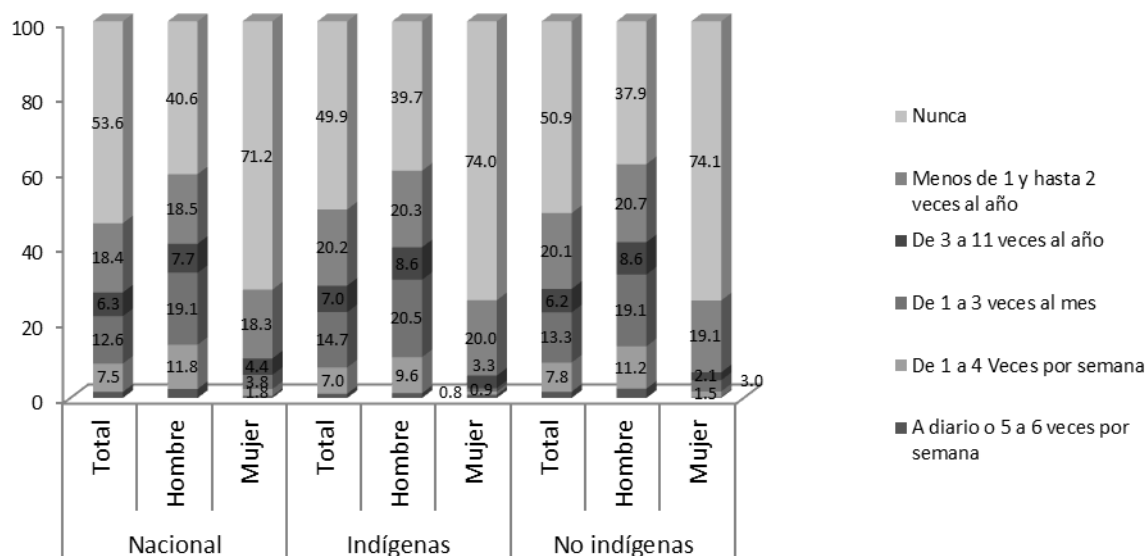
³¹ ENSANUT 2012. Evidencia para la política pública en salud *Consumo de alcohol en México, 2000-2012: Estrategias mundiales para reducir su uso nocivo.*

En cuanto al abuso de alcohol, 59.4% de los hombres adultos de 40 años y más, y 28.8% de las mujeres del mismo grupo de edad refirieron abusar o haber abusado del alcohol en el último año³². Al analizar frecuencia de abuso encontramos que 3.7% de los hombres lo hace a diario, casi a diario o 3 a 4 veces por semana mientras que 1.1% de las mujeres presenta este tipo de consumo; 10.5% de los hombres lo hace una o dos veces por semana y en contraparte 1.3% de las mujeres presenta este consumo; de una a 3 veces por mes 19.1% de los hombres y 3.8% de las mujeres; de una a 11 veces al año, 21.5% de los hombres y 16.7% de las mujeres; 4.7% de los hombres abusa del alcohol menos de una vez al año mientras que 5.9% de las mujeres tiene esta frecuencia de consumo; por último, 40.4 y 71.2% de los hombres y mujeres, respectivamente, nunca abusa del alcohol.

En el caso de las personas en condiciones de alta marginación, se observa que tanto indígenas como no indígenas de 40 años o más han abusado o abusan del alcohol en aproximadamente 50%. Al distinguir por género, se observan similitudes con el agregado nacional, 60.3% de los hombres indígenas han abusado del alcohol, mientras que los no indígenas este porcentaje fue de 62. Las mujeres, por su parte, reportan un abuso ligeramente menor a lo encontrado en las observaciones de todo el país, pues de las mujeres que beben en este estrato sólo el 26%, indígenas y no indígenas, han consumido alcohol en la cantidad considerada como abuso.

³² Para los hombres se considera abuso de alcohol como la ingesta de cinco copas o más, mientras que para las mujeres son cuatro copas o más en una sola ocasión durante el último año

Gráfica LXIV. Distribución porcentual de la frecuencia de abuso de alcohol por tipo de población y sexo



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2012

Los resultados arrojados muestran prevalencias diferenciadas en los niveles de consumo de los estratos poblacionales de análisis al hacer la distinción por género, siendo los hombres quienes mantienen proporciones mayores tanto en el ámbito nacional, como en las localidades de alta marginación. Lo anterior bien puede sugerir la implementación de estrategias de prevención en éste grupo, a fin de evitar efectos secundarios tanto de quienes padecen esta enfermedad, como de los hogares o las personas que conviven con ellos, ya que el abuso de alcohol no sólo causa detrimento de la salud sino consecuencias sociales para el bebedor, su familia y la sociedad. Dar solución a un problema de esta índole exige la participación coordinada de todos los sectores, grupos de interés, la sociedad civil organizada y en general, la colectividad en su conjunto.

Conclusiones

Actualmente, la diabetes afecta principalmente a la población indígena y no indígena que habitan localidades de alta marginación, las cuales, mantienen promedios iguales e incluso por encima de la nacional en este padecimiento. Lo anterior sugiere implementar acciones estratégicas en estos grupos a fin de reducir los niveles de riesgo que este tipo de enfermedades genera en las localidades de mayor marginación.

Con respecto a la hipertensión arterial, la información muestra que en las localidades de mayor marginación se observan porcentajes importantes de personas que sufren este

problema, principalmente las mujeres presentan valores por encima del agregado nacional.

Con respecto al tabaquismo y alcoholismo, los resultados obtenidos muestran que no existen diferencias importantes a nivel nacional en los estratos de alta marginación; sin embargo, el hecho de que sean los hombres quienes más fuman y toman, muestra una posible estrategia dirigida a este grupo para reducir su consumo, particularmente, de no implementar estrategias de manera inmediata, la probabilidad de una muerte prematura o bien, reducir el nivel de vida saludable de manera dramática, aumentará de manera considerable en estos grupos.

Conclusiones generales de la ENSANUT

Características de la vivienda

La existencia de deficiencias en el abastecimiento de servicios básicos en combinación con las precariedades de las viviendas de los hogares ubicados en localidades de alta marginación deben de ser considerados como elementos que pueden permitirnos conocer la distribución y el nivel de marginación pero también, el comportamiento, tipología, prevalencia y evolución de las enfermedades que existen de manera diferenciada en las diversas regiones, estados y localidades del país.

La información recabada en la encuesta muestra que tanto los grupos indígenas como no indígenas que habitan en localidades de alta marginación presentan porcentajes de precariedad por encima de la proporción nacional. Sin embargo, el porcentaje de viviendas que cuentan con al menos alguna precariedad en todos los rubros (hacinamiento, muros, techos y piso) es de casi el triple para aquellas personas hablantes de alguna lengua indígena en comparación con el agregado nacional.

Con respecto al acceso y disponibilidad de servicios básicos tales como drenaje, agua y tipo de combustible para cocinar, los resultados para las localidades de alta marginación muestran la misma tendencia en comparación con la proporción nacional, es decir, al igual que con las características de la vivienda, este tipo de localidades son quienes presentan las proporciones de precariedad más alta, al ser los hablantes de alguna lengua indígena quienes mantienen los porcentajes más altos de todos los grupos.

Los resultados sugieren que las personas indígenas son quienes podrían estar más expuestos a padecimientos respiratorios y gastrointestinales lo cual puede reducir su nivel de bienestar en términos de salud, e incluso en términos económicos al incurrir en gastos adicionales cuando acuden a servicios para mejorar su estado de salud.

Considerar todos estos aspectos en la evaluación de las condiciones de salud de las poblaciones que habitan localidades de alta marginalidad resulta de vital importancia no sólo para diseñar intervenciones adecuadas que mejoren la salud en estas localidades, sino también para medir de manera eficientemente los alcances y limitaciones que programas como el de Caravanas pueden cumplir. De la articulación y adecuada planeación de este Programa junto con otros, dependerá que la salud en localidades de alta marginación pueda mejorar.

Condición de aseguramiento

La información muestra que aún existe para todos los grupos, cuando menos una cuarta parte de personas que no cuentan con ningún tipo de aseguramiento, lo cual incide en que muchos usuarios utilicen servicios de salud privados por la falta de cobertura. Además, se encontró que una parte importante de los servicios públicos y de seguridad social son reemplazados por los costos directos e indirectos, monetarios y no monetarios asociados a la atención en este tipo de instituciones.

Si bien entre las principales estrategias del Programa caravanas de la salud, está la promoción de la afiliación al Seguro popular, aún se requieren esfuerzos adicionales en estas localidades, ya que aún existe un 45 y 29% de personas indígenas y no indígenas respectivamente que no cuentan con este tipo de seguro.

Utilización de servicios

El acceso a los servicios de salud en México ha sido condicionado tanto por aspectos geográficos como por condicionantes económicos en los diferentes estratos poblacionales, siendo la población que habita en localidades de alta marginación, los grupos más afectados.

La principal causa de consulta de servicios ambulatorios curativos lo constituyeron las enfermedades y síntomas respiratorios agudos en el ámbito nacional. Si bien el porcentaje es diferenciado para los grupos indígenas y no indígenas en localidades de alta marginación, se observa que este tipo de enfermedades es, al igual que con el agregado nacional, la principal causa para utilizar servicios primarios.

Con respecto a la utilización por tipo de institución, destaca que el mayor porcentaje lo ocupan los servicios públicos en los tres niveles de desagregación del estudio. Este hecho refleja los esfuerzos que tanto el gobierno federal como la Secretaría de Salud han realizado para suministrar servicios de fácil acceso.

Sin embargo, la información refleja que quienes solicitan atención primaria tienen que sufragar un pago de bolsillo importante no sólo cuando acuden a servicios privados, sino también cuando son demandados servicios de seguridad social y públicos.

De esta manera, la gran proporción de gasto de bolsillo que aún se sigue destinado para este tipo de servicios, debe ser un importante área de oportunidad que programas como el de caravanas para la salud debe de atender, particularmente, para los grupos que habitan en localidades de alta marginación, donde la evidencia ha mostrado como en este tipo de localidades existe una mayor probabilidad de incurrir en gasto catastrófico y empobrecedor.

Asimismo, la información analizada muestra que existen diferentes barreras de acceso para la utilización de servicios de salud entre los que destacan: el tiempo de espera, el cual se encuentra por encima de la media recomendada, así como los costos directos (costos de atención) e indirectos (costos de traslado, pago por medicamentos, exámenes de laboratorio) por la utilización de servicios privados y públicos tanto en los grupos que habitan localidades de alta marginación, como el agregado nacional.

Finalmente y con respecto a la calidad que se suministra en los servicios de salud, la información sugiere que aún existen ciertos aspectos tales como el trato, y las mejoras en la salud autoreportada (con especial énfasis en los hablantes de alguna lengua indígena) que pueden ser obstáculos en la utilización de servicios de salud públicos. El que casi una cuarta parte de la población que habita en localidades de alta marginación reporte un trato inadecuado como razón para no regresar a ser atendido en estas instituciones, debe alertar a los encargados de suministrar estos servicios para mejorar los mecanismos de atención. También, los tiempos de espera de hasta una hora y media junto con una cuarta parte de la población que reporta que su estado de salud no mejoró e incluso empeoró, debe ser un incentivo para incrementar la capacidad instalada y mejorar los diagnósticos sobre los problemas que presentan los pacientes.

Menores de 5 años

Vacunación y desnutrición

De los resultados obtenidos para los menores de 5 años, la información indica que la población indígena es quien presenta los principales problemas de falta de cobertura en vacunación y desnutrición. Con respecto al primero, se observan diferencias ligeras en la proporción de vacunas dentro del esquema completo, siendo los menores indígenas los que cuentan con una menor aplicación de casi todas las vacunas. Además, la información indica que en todos los grupos, el porcentaje se encuentra por debajo del 95% (porcentaje considerado como óptimo en términos de desempeño en vacunación). Si bien este hecho

puede considerarse como un problema exclusivamente del sector salud, es importante considerar que existen también múltiples y complejas características culturales, sociales, económicas y ambientales en las que se desarrollan las actividades de los programas para mejorar la salud que pueden limitar el adecuado funcionamiento y suministro de vacunas para los menores. La implementación y extensión de los esquemas de vacunación en las localidades de alta marginación debe ser un área de oportunidad importante, ya que de ello dependerá evitar efectos adversos en el crecimiento, el desarrollo y la salud en términos de morbilidad y mortalidad infantil.

Con respecto a la desnutrición infantil, los resultados muestran que a partir del primer año las diferencias porcentuales entre los tres grupos poblacionales son marcadas, sobre todo en la población indígena donde los niveles de desnutrición asociada con el bajo peso para la edad triplican las proporciones respecto a los no indígenas o al agregado nacional.

Enfocado a los niveles de desnutrición crónica, los porcentajes nuevamente muestran que los menores indígenas son quienes tienen en mayor proporción este tipo de padecimiento, particularmente, a partir del primer año de edad.

Existe evidencia sobre intervenciones específicas de alta efectividad para la prevención de la desnutrición. Como ejemplos encontramos un mayor y mejor acceso a servicios de salud (preventivos y curativos) en combinación con el suministro de suplementos alimenticios. Estas estrategias pueden ser determinantes en las mejoras de salud de los niños de estas localidades. Sin embargo, este tipo de estrategias pueden resultar insuficientes para la erradicación de la desnutrición en ausencia de políticas que incidan en las causas básicas y subyacentes de quienes presentan enfermedad o padecimientos asociados a la desnutrición. De no contemplar esta situación, el riesgo de que la salud de éstos no sólo no mejore, sino que incluso llegue a empeorar, puede aumentar de manera considerable, al incrementar consecuentemente las disparidades que existen a nivel nacional en materia de salud.

Mujeres en edad reproductiva

Las mujeres que viven en áreas marginadas, particularmente las indígenas, son quienes presentan los mayores porcentajes de desnutrición, baja concentración de hemoglobina, inseguridad alimentaria y menor información sobre mecanismos de planificación familiar.

Desnutrición

De acuerdo a los análisis de la base de ENSANUT 2012 se observó que la población de mujeres indígenas ubicadas en poblaciones de alta marginación presentan menor peso y

talla que la población no indígena ubicada en las mismas circunstancias, así como con el agregado nacional.

También, la tendencia es similar cuando se miden los niveles de hemoglobina para todos los grupos analizados. En este aspecto, las mujeres indígenas presentan casi el doble de concentración de hemoglobina por debajo del rango aceptable. Lo mismo ocurre con la inseguridad alimentaria donde 4 de cada 10 hogares clasificados como indígenas o pertenecientes al tercil bajo de condiciones de bienestar, reportaron haber experimentado Inseguridad alimentaria moderada, además de ser las mujeres indígenas quienes presentan menor índice de masa corporal (IMC), más del doble con respecto a la población total. De igual forma, las mujeres indígenas son la población con mayor sobrepeso en las comunidades de alta marginación.

Planificación familiar

Con respecto a la información y conocimiento sobre métodos de planificación familiar, las mujeres de poblaciones de alta marginación tienen menos información sobre métodos de planificación familiar. Indígenas y no indígenas se encuentran por debajo del porcentaje nacional, lo cual es consistente cuando se encuentra que en la misma encuesta reporta un mayor promedio de embarazos para estos grupos, particularmente, en el caso de las mujeres indígenas adultas.

La caracterización de las mujeres en edad reproductiva realizada, sugiere la necesidad de implementar estrategias y mecanismos de atención en estos grupos, pero también de mejorar el acceso a la información sobre los efectos positivos de una planificación familiar entre otros aspectos.

Las cifras presentadas ponen en evidencia las desigualdades sociales existentes, las cuales pueden ser enfrentadas a través de la instauración de programas y la aplicación de los mismos en las regiones donde más se necesitan.

Adultos de 40 o más años

Sobrepeso y obesidad

Con respecto a las condiciones generales de salud de los mayores adultos de 40 años, se encuentran resultados diferenciados para los grupos de estudio, así como por tipo de sexo. De acuerdo a los datos de la ENSANUT 2012, a nivel nacional la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad es mayor para las mujeres.

Al analizar los estratos de alta marginación se observó que la combinación de sobrepeso y obesidad es presentada por un menor porcentaje de la población indígena en este rango de edad. Sin embargo, aún son las mujeres quienes más padecen alguna de estas dos condiciones. De la misma manera, y en concordancia con la prevalencia nacional, son las mujeres indígenas quienes padecen en mayor proporción obesidad, mientras que en la población no indígena de este estrato de marginación, se notan cifras parecidas a las del agregado nacional.

El que 7 de cada 10 adultos presenten sobrepeso y que de estos la mitad padezcan obesidad constituye un serio problema de salud pública, por lo que es indispensable redoblar esfuerzos para disminuir estas prevalencias que están aumentando el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, con grandes costos directos e indirectos para el Estado. Por tal razón, es necesario considerar a la obesidad como una de las principales prioridades en la agenda nacional. El conocimiento de la presencia de factores de riesgo en la población, incluidos los aspectos que la favorecen (comida comercial alta en grasas), permitirá planificar acciones y políticas para su prevención y control.

Diabetes

De acuerdo a las cifras de la ENSANUT 2012 existen en México 6 406 568 personas diagnosticadas con diabetes de las cuales el 90.2% tienen 40 años o más. Al igual que para el caso del sobrepeso y la obesidad, la prevalencia de este padecimiento es superior en las mujeres ya que para este grupo, el porcentaje equivale a más de la mitad del total de quienes padecen este problema.

En el caso de los estratos de alta marginación, el porcentaje es superior al nacional y nuevamente se encuentra que son las mujeres indígenas quienes más padecen esta enfermedad con casi 7 puntos porcentuales por encima de los grados de marginación alta y muy alta.

Lo anterior sugiere implementar acciones estratégicas en la promoción de mecanismos de prevención y tratamiento ya que la información reporta que más de la mitad de quienes la padecen no sigue ningún tipo de tratamiento. La implementación de este tipo de medidas en tales localidades, podría reducir los niveles de riesgo en términos de salud y económicos que ésta genera.

Hipertensión arterial

La hipertensión en México muestra un crecimiento porcentual importante. De acuerdo a la ENSANUT 2012 se encontró que en México el 9.6% de la población la padece, al ser el

80.7% personas de 40 años o más. Se encontró que la proporción de mujeres ocupa más del total de las personas con este padecimiento.

En relación al estrato de alta marginación, las cifras son superiores al agregado nacional y al igual que en la proporción de ésta, en ambos grupos se observa que las mujeres presentan el mayor porcentaje de dicho padecimiento.

El hecho de que aún no existan estrategias claras para prevenir y controlar este problema, aunado a la carente información sobre los efectos de ésta, además de la indiferencia por parte del enfermo, no sólo empeorará su calidad de vida, sino que impactará –al ser un padecimiento no curable–, en el ingreso de los hogares. A diferencia de lo que se observa para el caso de la diabetes, actualmente no existen en nuestro país estrategias tan claras para combatir o controlar esta problemática, lo cual incide de manera importante tanto a nivel nacional como por estratos poblacionales en localidades de alta marginación, donde más de la mitad de quienes padecen este problema, no mantienen ninguna atención o control.

Tabaquismo y alcoholismo

Se estima que en México mueren 122 personas a diario por causas que se vinculan con el tabaquismo; éste es causa probable de más de 25 enfermedades y padecimientos, y se estima que los fumadores crónicos pierden entre 20 y 25 años de vida, sin olvidar la carga económica implícita a sus familias y al sector salud. Los resultados obtenidos muestran que no existen diferencias importantes a nivel nacional en los estratos de alta marginación; sin embargo, el hecho de que sean los hombres quienes más fuman, muestra una posible estrategia dirigida a este grupo para reducir su consumo. De no implementar estrategias de manera inmediata, la probabilidad de una muerte prematura o bien, reducir el nivel de vida saludable de manera dramática, aumentará de manera considerable en estos grupos.

Con respecto al consumo de bebidas alcohólicas, se estima que su abuso representa 9% del costo total de la enfermedad en México, y se acompaña de padecimientos como cirrosis hepática, lesiones por accidentes de vehículos a motor, dependencia y homicidios. A diferencia del consumo del cigarro, los resultados muestran diferencias importantes en los diferentes estratos de análisis, donde se observa que en las localidades de alta marginación los niveles de prevalencia son mayores a la proporción nacional. Este hecho, deberá contribuir a la implementación de estrategias de prevención y control para este tipo de adicción, a fin de evitar los efectos obvios (violencia intrafamiliar, lesiones y accidentes) que se generan cuando el consumo no es moderado.

3. Análisis de fuentes primarias

3.1 Encuesta a población en localidades indígenas de alta y muy alta marginación

Con el fin de recabar información de la población que radica en localidades indígenas con un alto y muy alto grado de marginación, se aplicó una encuesta que permitiera crear un perfil de las condiciones de salud de dicha población.

Para la realización del levantamiento de campo se utilizó el catálogo de localidades indígenas de la CDI (2010), el cual permite identificar a las poblaciones con presencia indígena:

1. Localidad indígena: Localidad con una proporción de población indígena mayor o igual a 40% de su población total.
2. Localidades con una densidad de población de menos del 40% de PI y más de 150 indígenas, se consideran localidades de interés.
3. Localidades con menos de 40% de población indígena y menos de 150 indígenas entre su población total.

Para efectos del levantamiento, sólo se utilizó el primer criterio para el establecimiento de localidades indígenas, tal como se estipuló en los requerimientos técnicos del presente estudio. Una vez identificadas las localidades indígenas en el catálogo de la CDI, se utilizó la base de datos del índice de marginación de CONAPO para identificar aquellas que también presentan la condición de marginación alta o muy alta³³.

Dado que el grupo relevante para el levantamiento es la población que habita en localidades con alta y muy alta marginación con presencia indígena de 40% o más, los resultados se presentan desagregados comparativamente en los siguientes grupos:

- Población total en localidades indígenas de alta y muy alta marginación (PT)
- Población indígena que habita en localidades indígenas de alta y muy alta marginación (PI)
- Población no indígena que habita en localidades indígenas de alta y muy alta marginación (PNI)

Una vez seleccionadas las localidades, el siguiente paso consistió en diseñar un instrumento de captación de información estructurado por un conjunto de apartados que

³³ El índice de marginación es una medida que permite el impacto global de las carencias que padece la población, como resultado de la falta de acceso a la educación, la residencia en viviendas inadecuadas, la percepción de ingresos monetarios insuficientes y las relacionadas con la residencia en localidades pequeñas. Para mayor información véase el Índice de marginación por localidad 2010; CONAPO, 2010.

incluyó información referente a las variables sociodemográficas, económicas, así como sobre los aspectos relacionados con la salud y el estado de salud de las unidades primarias de análisis (personas). La sección que refiere al estado de salud contiene un conjunto de preguntas donde se obtuvo información de marcadores biológicos para al menos tres grupos de edad de la población residente en estas localidades:

- Niños menores de 5 años: aproximadamente 350 infantes, con medidas de peso y talla.
- Mujeres en edad reproductiva (10 a 54 años de edad): aproximadamente 900 mujeres, con preguntas de fecundidad y salud reproductiva.
- Población adulta de 40 años y más: aproximadamente 800 personas, con mediciones de hemoglobina glicosilada y presión arterial.

Características y diseño de la de la muestra

El diseño muestral para el levantamiento es probabilístico, bietápico, aleatorio y por conglomerados. La mejor forma de asegurar la validez de las inferencias fue seleccionando la muestra mediante una técnica aleatoria. A este tipo de muestreo se le denomina muestreo probabilístico y puede definirse como aquel en el que todos los individuos de la población tienen una probabilidad de entrar a formar parte de la muestra (equiprobable, es decir, con la misma probabilidad).

Se realizó un muestreo por conveniencia el cual se conformó por 60 localidades que contaran 40% de habitantes indígenas de alta y muy alta marginación (CDI, 2010 y CONAPO, 2010). Una vez que se eligieron dichas localidades, se obtuvo una submuestra de 9 conglomerados por entidad y se procedió a la selección de 180 hogares por entidad seleccionados de forma aleatoria.

Selección de la muestra

El tamaño de muestra se definió con base en las restricciones presupuestales y temporales del estudio, lo cual quedó en 1,084 hogares en total. A partir de esta base, se definieron 20 hogares por nueve conglomerados en seis entidades federativas que alcanzó un nivel de confianza del 95%, poder de 80%, tasa de no respuesta de 10% y efecto de diseño de 1.5.

Una vez seleccionadas las localidades se realizó un barrido de las mismas a fin de elaborar conglomerados de 20 viviendas y seleccionar aleatoriamente al conglomerado a entrevistar. En aquellas localidades que tuvieran 20 o menos hogares se entrevistaron a todos los hogares existentes. Para el caso de localidades con más de 20 viviendas, se hizo

un mapa de la localidad en el que se identificaron áreas de igual tamaño con menos de 60 viviendas.

Finalmente, el levantamiento se realizó de manera transversal en localidades con grado de marginación alto y muy alto en seis entidades federativas: tres entidades prioritarias del norte centro y sur respectivamente y tres no prioritarias, del norte, centro y sur, buscando que esta selección refleje la diversidad en las condiciones de la población indígena a lo largo del país. Las entidades federativas a visitar fueron: Chihuahua, Estado de México, Nayarit, Oaxaca, Puebla y Yucatán. Se evaluaron localidades que tuvieran como máximo 2 500 habitantes (localidades rurales) catalogadas como localidades indígenas (que al menos el 40% de los residentes hablen lengua indígena).

En las localidades seleccionadas se visitaron 1,084 hogares a fin de obtener información referente a los residentes de entre de 0 a 5 años, mujeres de 10 a 54 años y, adultos de 40 años y más.

Aplicación de las encuestas

Para el presente estudio, el levantamiento se aplicó en cada hogar, pesando a todos los menores de 5 años residentes en el hogar seleccionado. En adultos de 40 años o más, se identificó a los residentes del hogar diagnosticados por un médico con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus tipo 2 a los cuales se les realizó una determinación de tensión arterial (TA) con un baumanómetro digital y una medición de hemoglobina glicosilada. Para aquellos casos en los que no se presentó ningún miembro del hogar mayor de 40 años con alguna de estas enfermedades, la medición se hizo a un adulto residente del hogar previa selección del mismo (selección aleatoria).

Esquema de análisis y resultados

Para efectos de la caracterización de la población de estudio se obtuvo la siguiente información de los residentes habituales de los hogares entrevistados:

- Características demográficas, económicas y sociales de los integrantes
- Características de la vivienda
- Condiciones de salud de menores de 5 años
- Condiciones de salud de mujeres de 10 a 54 años
- Condiciones de salud de personas de 40 y más años
- Diabetes mellitus tipo 2
- Hipertensión arterial
- Utilización de servicios de salud ambulatorios: preventivos y curativos
- Preguntas generales del Programa caravanas de la salud

Una vez aplicadas las encuestas en las localidades de alta y muy alta marginación, se procedió con el análisis y caracterización de la población de interés a fin de contar con información para cumplir con los objetivos del estudio.

3.1.1 Características de la población de alta y muy alta marginación de acuerdo con el levantamiento

El análisis de la información obtenida mediante la encuesta permitió identificar si algún integrante de los hogares entrevistados, ya sea jefe(a) del hogar, su cónyuge y/o alguno de los ascendientes (madre o padre, madrastra o padrastro, abuelo(a), bisabuelo(a), tatarabuelo(a), suegro(a)) declaró ser hablante de lengua indígena con lo cual se construyó la condición de hogar indígena, tal como la realiza la CDI para analizar la información básica de los pueblos indígenas. Con dicha clasificación, se analizaron datos estadísticos sobre utilización, control y prevención de enfermedades y padecimientos como: hipertensión arterial, diabetes, sobrepeso y obesidad entre otros. Además, la información permite conocer el desempeño de los proveedores de servicios de salud en términos de acceso y calidad en las localidades del estudio.

Con respecto al hogar, el tamaño de la muestra efectiva fue de 1,084 hogares distribuidos en seis entidades federativas del país, se aplicaron 4,605 cuestionarios individuales que permiten contar con estimaciones en ámbito local y para la población que habita en hogares indígenas y no indígenas en localidades de alta y muy alta marginación.

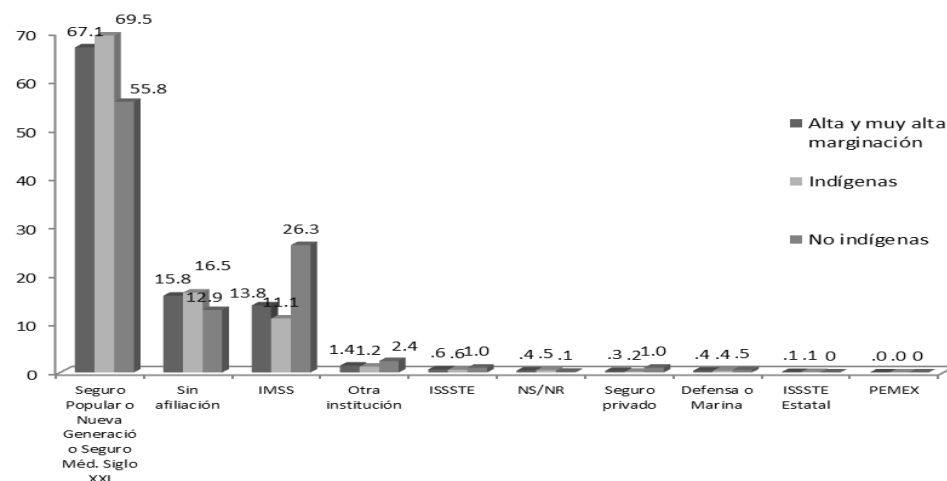
La información recolectada incluye entrevistas a utilizadores de servicios de salud, lo que permite analizar la experiencia en los servicios y el grado de satisfacción con los mismos. A continuación se presentan los principales resultados obtenidos durante el levantamiento.

Condición de aseguramiento

Uno de los principales retos que enfrenta el Sistema de Salud Nacional es la universalización del derecho a la protección de la salud mediante la accesibilidad para toda la población.

Al respecto, se encontró que el 83.3% de las personas que viven en un hogar indígena y el 87% de los no indígenas cuentan con algún tipo de afiliación. La mayor parte de ambos grupos poblacionales está afiliado al Seguro popular o Para una nueva generación o Seguro Médico Siglo XXI (69.5% en el caso de los indígenas y el 55.8% los no indígenas). Por su parte, el IMSS es la segunda institución por su porcentaje de afiliados en estos estratos, 11.1% son indígenas y 26.3% no indígenas.

Gráfica I. Distribución de afiliación a los servicios de salud por tipo de población



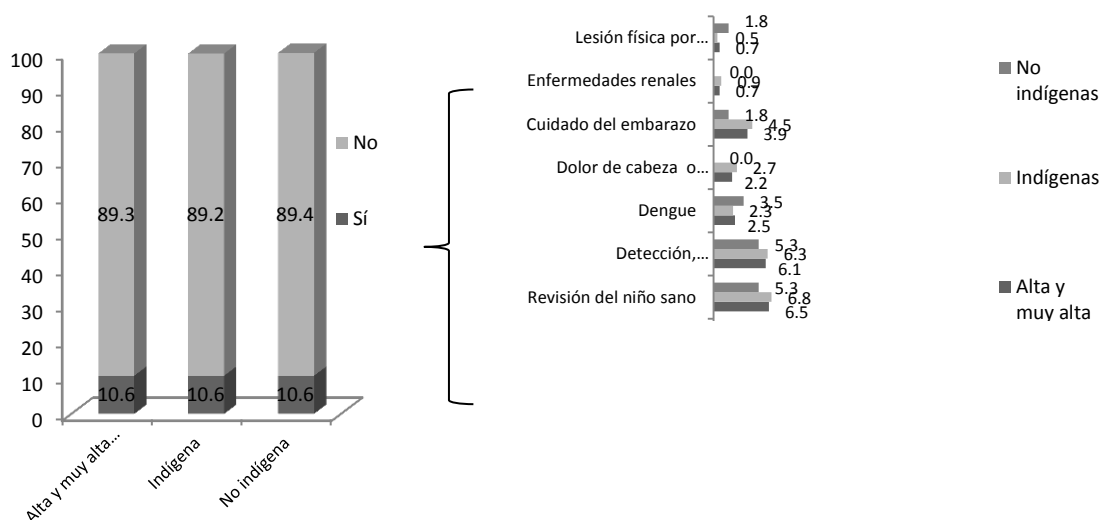
Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

Utilización de servicios de salud

De acuerdo con la información recabada en el levantamiento, 10.6% de las personas que habitan en zonas de alta y muy alta marginación reportaron haber solicitado o recibido atención médica ambulatoria que no requirió hospitalización.

La principal causa de consulta de servicios ambulatorios curativos lo constituyen las enfermedades y síntomas respiratorios agudos (30.5%), en hogares no indígenas, éstos representaron 31.1% de las consultas, mientras que en los indígenas fue 28.1%. La detección, tratamiento o atención de problemas relacionados con diabetes fue la tercer razón de atención (12.5%) siendo muy similar la proporción en hogares indígenas y no indígenas. Las enfermedades gastrointestinales también fueron una importante razón de atención al concentrar 9.3% de las consultas otorgadas, en población indígena este motivo agrupó 10% mientras que en los no indígenas fue de 8.8%.

Gráfica II. Distribución de los motivos de atención médica por tipo de población

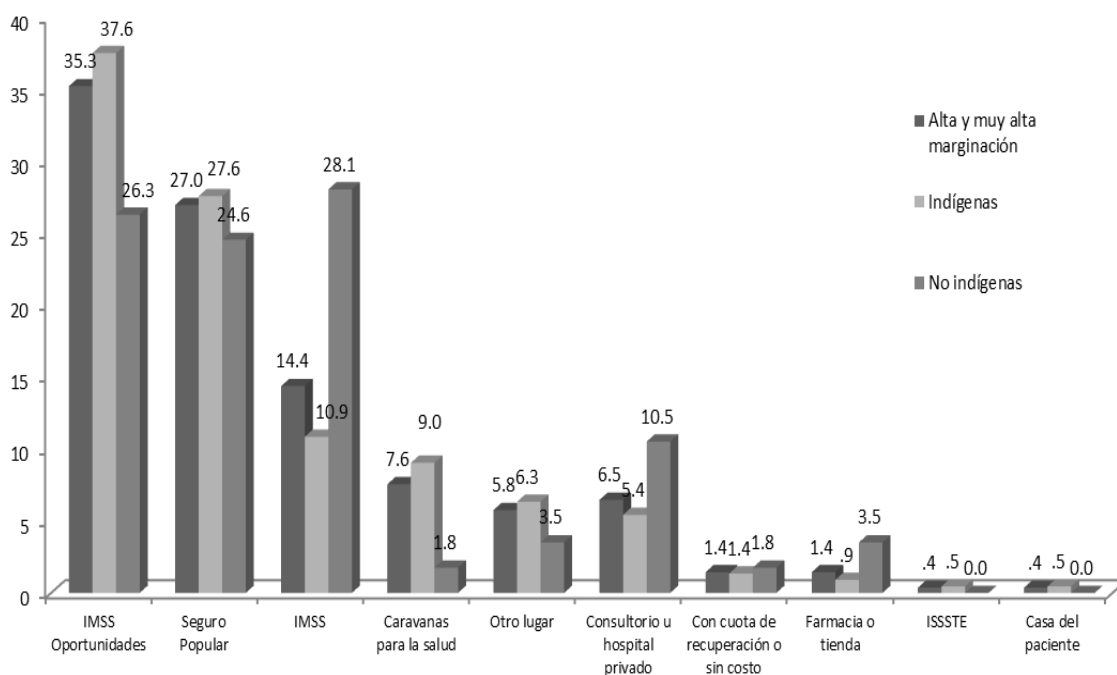


Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

Del total de consultas, la institución que atendió a la mayor cantidad de población en las localidades de estudio fue IMSS Oportunidades (35.3%) entre los indígenas y no indígenas otorgó 37.6 y 26.3%, respectivamente; Seguro popular dio atención a casi 27% de las localidades de alta y muy alta marginación, siendo la población indígena quien demandó en mayor medida estos servicios (27.6%) en comparación con los indígenas (24.6%).

El Programa de Caravanas de la Salud dio atención a 9% de las personas indígenas, mientras que en los no indígenas se encontraron datos de relativa baja atención en este Programa (1.8%). Los servicios privados (médicos en consultorios privados, en farmacia o autoservicio) atendieron a casi 8% de las personas, notándose la mayor atención a la población no indígena (14%), dos veces más que la proporción indígena en este tipo de servicios (6.3%).

Gráfica III. Distribución porcentual de la institución de atención por tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

Indicadores de acceso

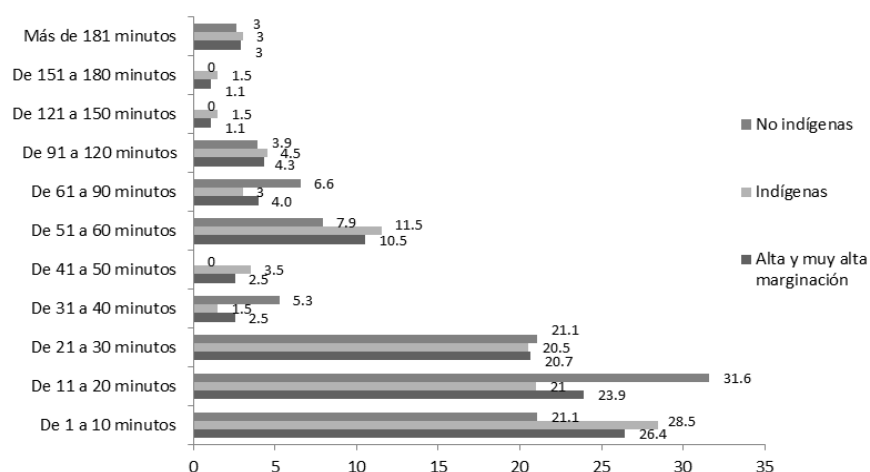
Para evaluar el acceso a los servicios de salud, en el levantamiento se aplicó una batería de preguntas relacionadas con indicadores de estructura tales como los costos monetarios sufragados por la utilización, así como indicadores de resultados, entendido éste como las mejoras en la salud autoreportada una vez que recibieron algún tipo de atención. A continuación se presentan los principales resultados.

Tiempos y costos de traslado y espera

En relación al tiempo de traslado hacia la unidad de atención se observó que poco más del 70% de las personas que viven en localidades de alta y muy alta marginación hicieron hasta 30 minutos, es importante resaltar que un cuarto de la población tarda menos de 10 minutos en acudir a la unidad de atención. Si bien no se observaron variaciones importantes al analizar por tipo de población, destaca que 31.6% de las personas no indígenas se demoran entre 11 y 20 minutos en llegar, mientras que los indígenas lo hacen en menos de 10 minutos (28.5%) situación que probablemente se deba a la utilización de

las unidades médicas móviles ya que esta población reportó mayor utilización de este servicio.

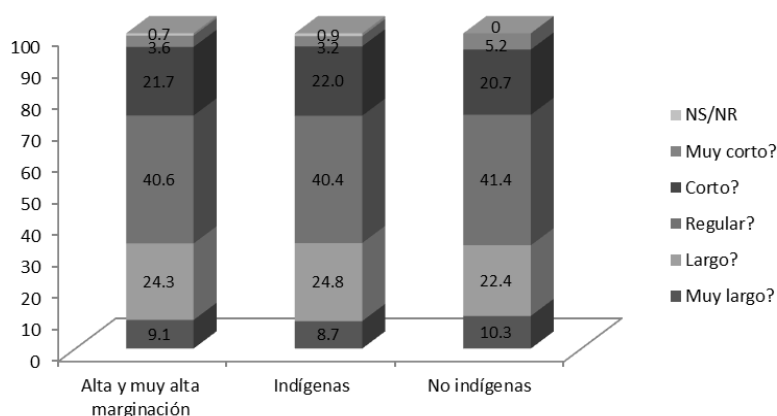
Gráfica IV. Distribución porcentual del tiempo de traslado a la unidad de atención por tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

En cuanto al tiempo de espera para ser atendido, se observó que 40% de las personas que utilizaron estos servicios el tiempo de espera les pareció regular; sin diferenciarse por el tipo de población. Entre las personas de hogares no indígenas llama la atención que 10.3% percibió muy largo al tiempo en espera; mientras que solo 8.7% de los indígenas notaron esto.

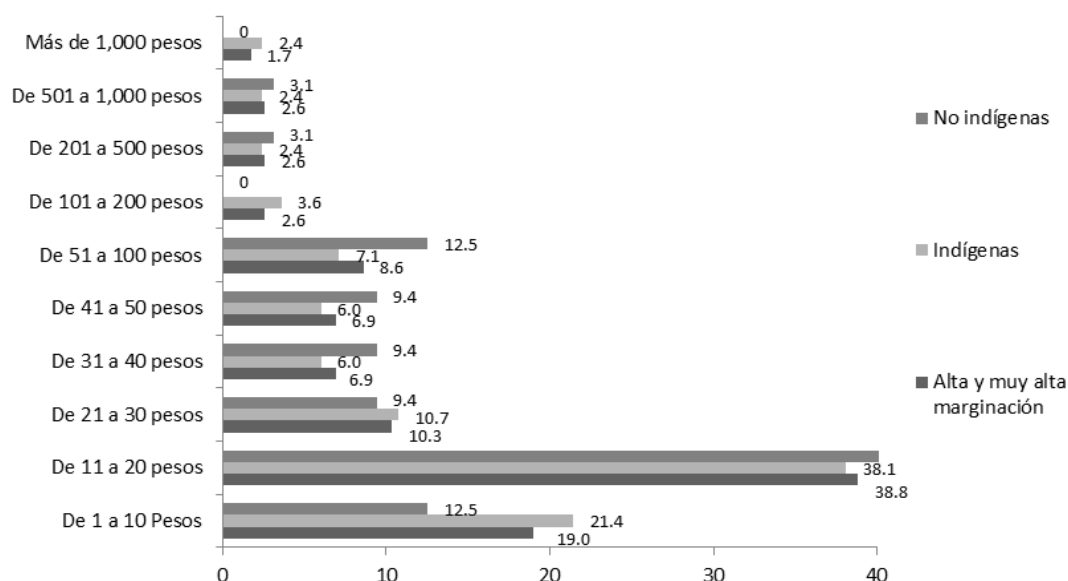
Gráfica V. Distribución porcentual de la percepción del tiempo de espera de consulta por tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

Con respecto al costo de traslado, se observó que la mayor parte de los desembolsos para llegar al lugar de atención se concentran entre \$1.00 y \$20.00, lo cual representa casi 60% de los habitantes de localidades de alta y muy alta marginación. 38.1% de los indígenas y 40.6% de los no indígenas pagan de \$11.00 a \$20.00. Es importante resaltar que dos de cada diez personas indígenas gastan de \$1.00 a \$10.00, a diferencia de los no indígenas que solo erogan esta cantidad 1 de cada diez personas.

Gráfica VI. Distribución porcentual del costo de traslado por tipo de población

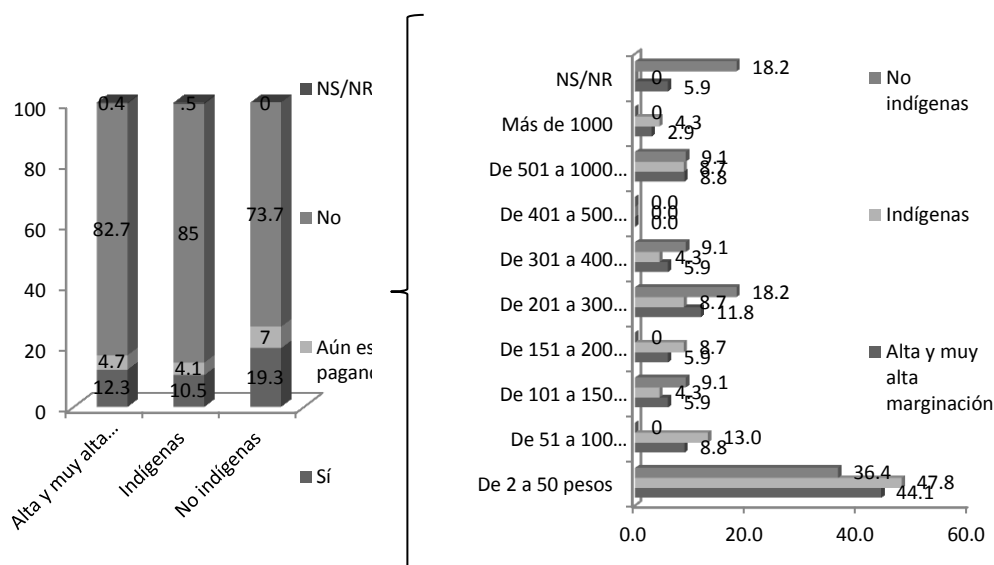


Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

Costos por la utilización de servicios de salud

Uno de cada diez habitantes de localidades de alta y muy alta marginación refirió haber pagado por la consulta médica. Al analizar el costo por consulta de acuerdo al tipo de población se observó que 8 de cada diez indígenas pagaron por su consulta médica y de éstos cerca de la mitad gastó entre \$2.00 y \$ 50.00, mientras que entre los no indígenas 7 de cada diez costearon su asistencia médica y poco más de un tercio desembolsó dicha cantidad. Con esto se observa que pese a que hay más indígenas que pagan por su atención médica, son quienes menos desembolsan por ésta. A diferencia de los no indígenas quienes gastan más en atención debido a que casi una tercera parte de éstos pagó entre \$201.00 y \$400.00, y 13.4% gastó más de \$500.00, esto implica un esfuerzo importante de la población para cubrir tales cantidades, lo cual a su vez puede generar gastos catastróficos o empobrecedores por motivos de salud.

Gráfica VII. Distribución porcentual del pago y costo de por consulta según tipo de población



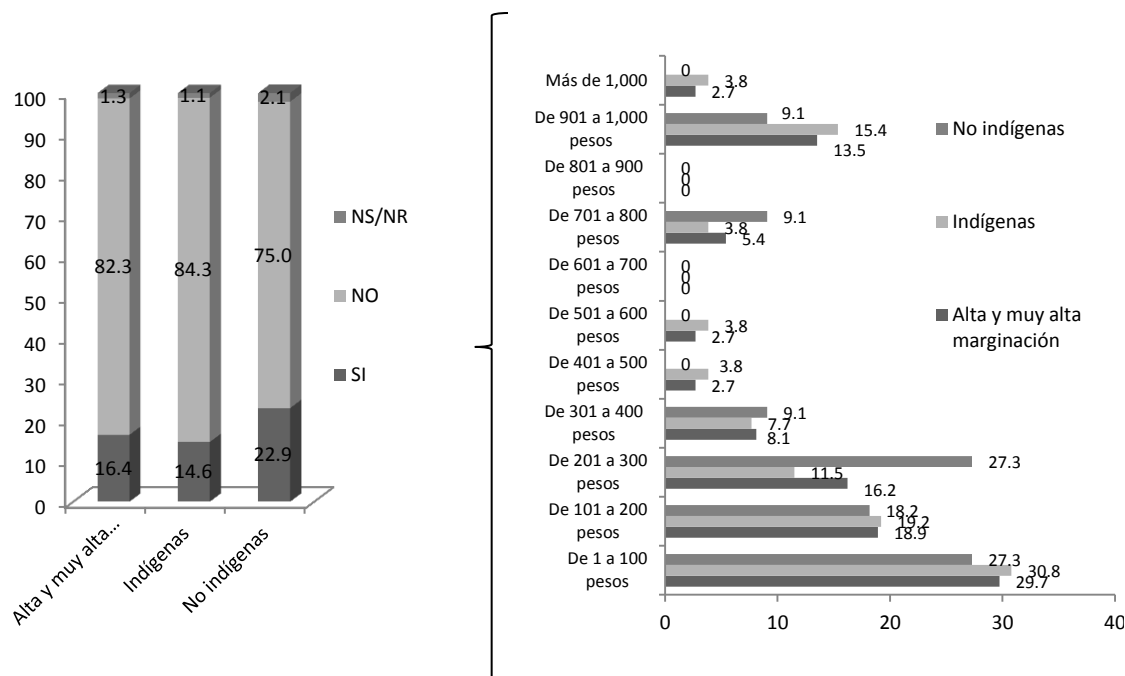
Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

Costo de medicamentos

En lo referente a los medicamentos, se observó que 16.4% de las personas habitantes de localidades de alta y muy alta marginación hicieron algún pago por los medicamentos que requirieron; 22.9% de las personas no indígenas pagaron por éstos, mientras que sólo 14.6% de los indígenas erogaron algún costo por ellos. Esto pueda deberse a un mayor uso de servicios privados por parte de las personas no indígenas y la atención en las unidades móviles por parte del subgrupo indígena.

Entre las personas que pagan por los medicamentos se observa que aproximadamente la mitad hace un desembolso de \$1.00 a \$200.00; al analizar el gasto de los medicamentos por tipo de población la diferencia más amplia se observa entre los no indígenas debido a que más de un tercio de éstos gastan entre \$201.00 a \$400.00 mientras que apenas una quinta parte de los indígenas paga esta cantidad. Es importante destacar que poco más del 15% de las personas indígenas erogó entre \$901.00 y \$1,000.00 por los medicamentos que les recetaron, mientras que sólo 9.1% de los no indígenas gastaron esta cantidad; como se mencionó, la situación deprimida en términos económicos en que viven estas poblaciones hacen significativo este tipo de desembolsos.

Gráfica VIII. Distribución porcentual del pago y costos de medicamentos por tipo de población



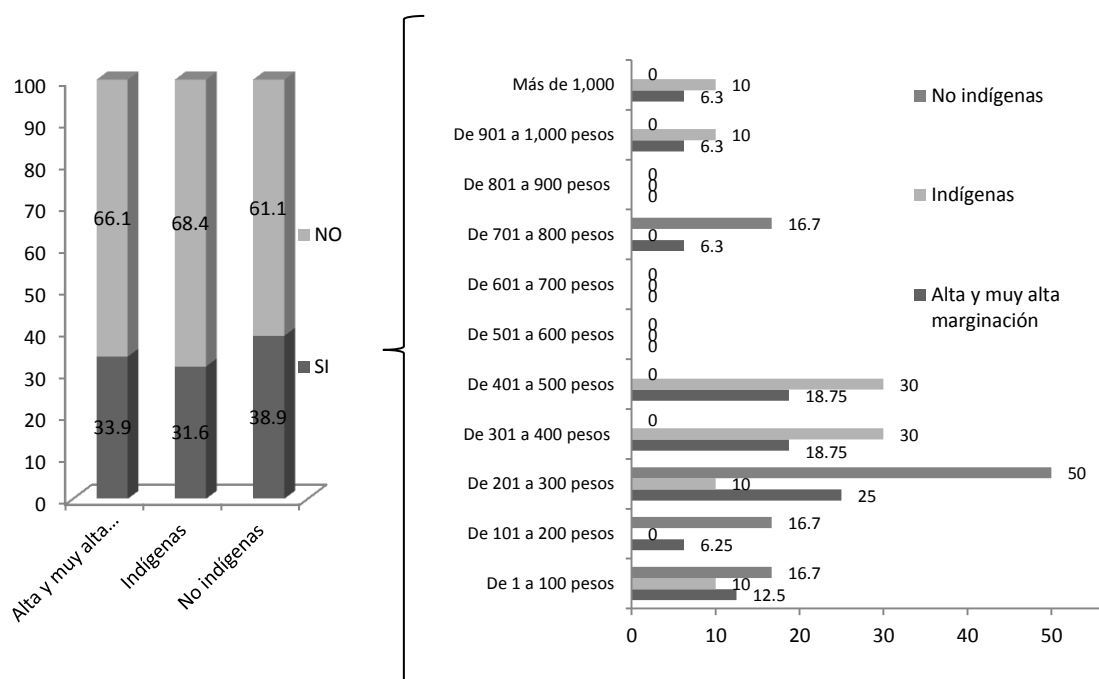
Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

Costo de exámenes de laboratorio y gabinete

Respecto al pago por los exámenes de laboratorio o gabinete que fue necesario realizarse, 33.9% de los entrevistados pagaron por dichos exámenes, siendo las personas no indígenas las que desembolsan de manera más frecuente (38.9%) que las indígenas (31.6%); sin embargo, 60% de los indígenas pagó entre \$301.00 y \$500.00, mientras que el resto de los encuestados (66.37%) gastó de \$01.00 a \$300.

Lo anterior significa que si bien los indígenas erogan gastos por exámenes de laboratorio o gabinete de manera menos frecuente, cuando lo hacen, gastan más que los no indígenas, esto se hace más evidente cuando se observa que más de 20% de éstos refirieron haber pagado más de \$900.00 por sus exámenes. Esto sugiere una serie de interrogantes respecto al estado que guardan los servicios de seguridad social con capacidad para ofrecer estos servicios.

Gráfica IX. Distribución porcentual del pago y costo de exámenes de laboratorio y gabinete por tipo de población.

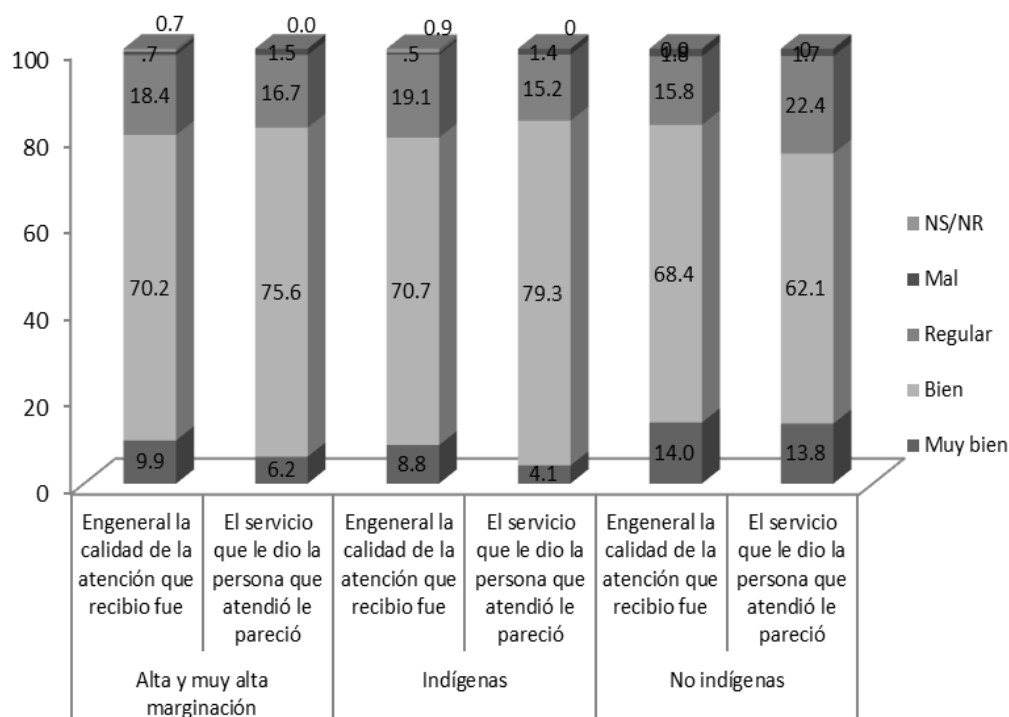


Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

Calidad de la atención

Entre los principales indicadores para evaluar el proceso y la calidad de la atención, se encuentra el asociado al trato que las personas perciben durante alguna consulta. De acuerdo a los datos recabados, 83.4% de las personas indígenas calificaron como bueno o muy bueno el servicio que les dio la persona que les atendió y 75.9% de los no indígenas coincidieron con dicha percepción. Lo mismo ocurre con la calidad de la atención, 82.4% de las personas no indígenas la consideraron como buena o muy buena mientras que 79.5% de los indígenas coincidieron con tal apreciación.

Gráfica X. Distribución porcentual de la percepción calidad de la atención y del servicio otorgado por tipo de población

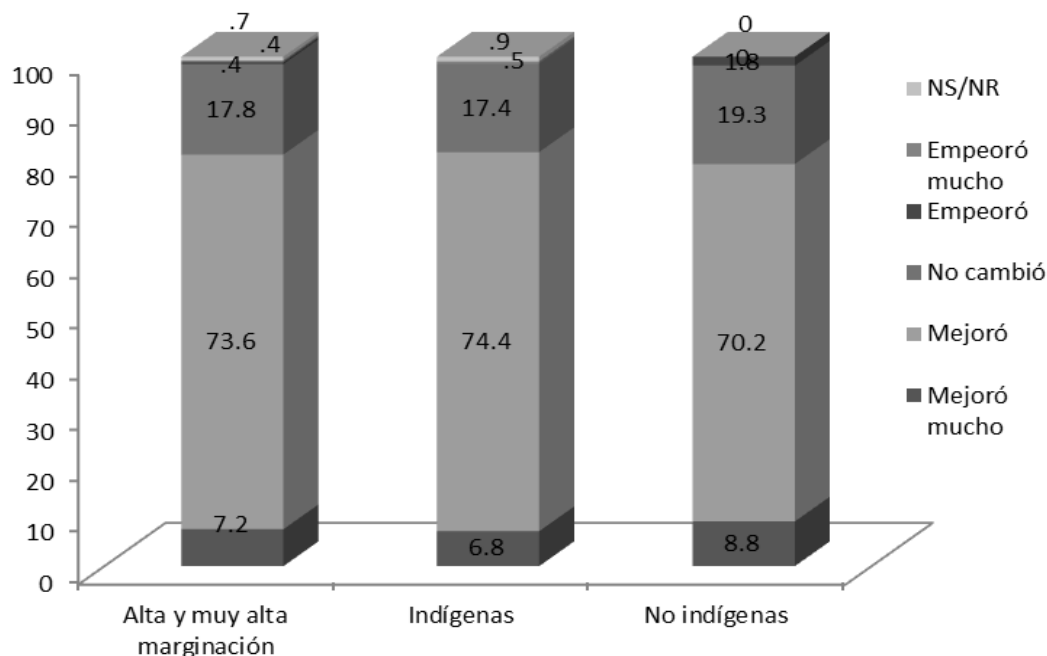


Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

Salud autoreportada

En cuanto a los indicadores de resultados, los datos del levantamiento señalan que las mejoras en el estado de salud de los habitantes de localidades de alta y muy alta marginación. Las personas indígenas reportaron mejoraría en 81.2% de los casos, mientras que los no indígenas la consideraron así en 79% de los casos. Sin embargo, no es desdeñable, el hecho de que 17.4% de los indígenas y 19.3% de los no indígenas expresó no haber mejorado su estado de salud a partir de recibir atención médica, y únicamente 1.8% de la población no indígena aseguró empeorar.

Gráfica XI. Distribución porcentual de la salud autoreportada por tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

3.1.2 Condiciones de salud de niños menores de 5 años

Para conocer las condiciones de desarrollo de los niños que habitan hogares indígenas y no indígenas en las localidades de alta y muy alta marginación, el cuestionario incluyó una batería de preguntas relacionadas con la cobertura de vacunación, seguridad alimentaria y otros indicadores relacionados con la nutrición de los niños. A continuación se presentan los resultados más importantes.

Cobertura de vacunación

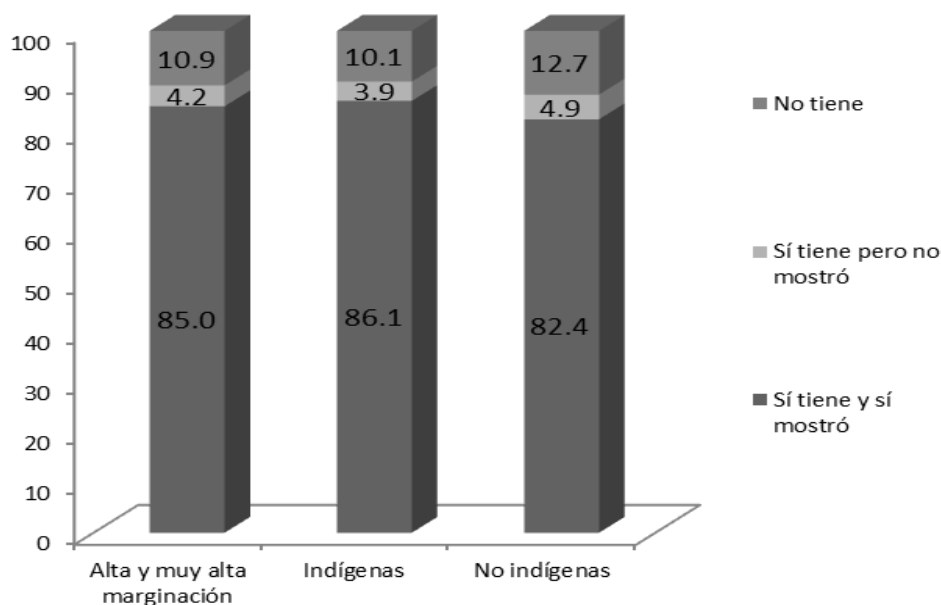
El Programa de vacunación universal es el modelo de los programas preventivos que incide en forma inmediata y permanente en la salud de los grupos humanos. El nivel de alcance que estos tengan influirá en los niveles de bienestar y calidad de vida en los niños y en sus familias.

Cartilla de vacunación

Los datos recabados señalan que 89.2% de los niños menores de 5 años habitantes de localidades de alta y muy alta marginación poseen cartilla de vacunación independientemente de si la mostraron o no. La mayor proporción de niños menores de

cinco años con cartilla de vacunación se registró entre los indígenas (86.1%) mientras que la mayor proporción de niños sin este documento se observó en el resto de la población (12.7%).

Gráfica XII. Distribución porcentual de niños menores de cinco años con cartilla nacional de vacunación por tipo de población



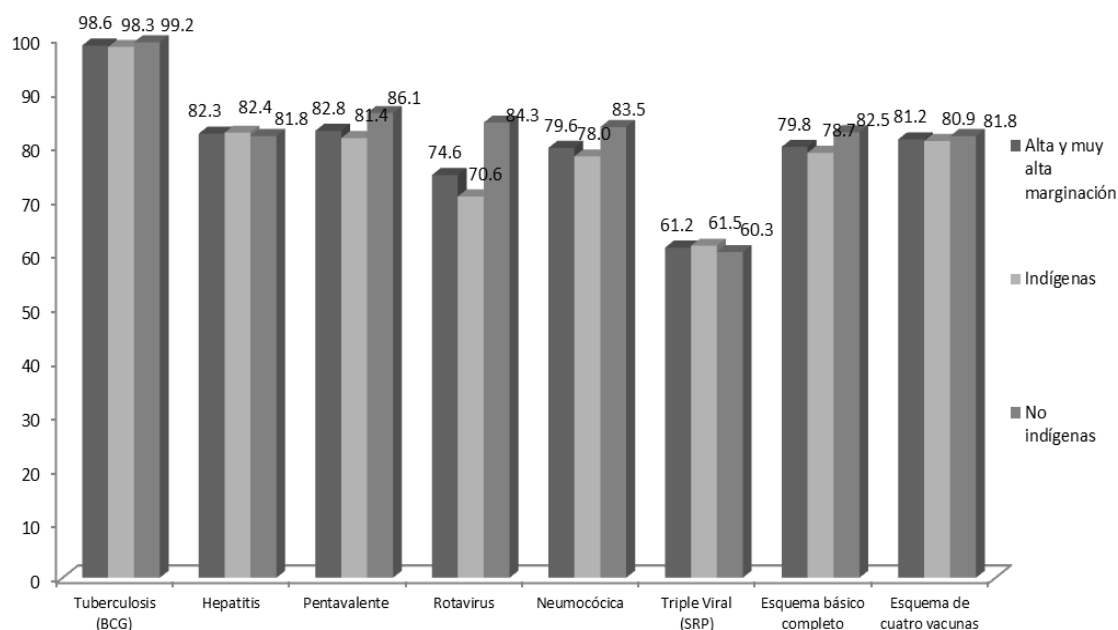
Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

Las estimaciones de cobertura de vacunación tomaron como referencia el esquema básico de vacunación en población con un año de edad cumplido vigente en 2011, es decir, el mismo referido por la ENSANUT. Asimismo, para el análisis se consideró también el llamado esquema de cuatro vacunas que corresponde al esquema básico sin la información de las dos vacunas de introducción más reciente: anti neumococo conjugada y rotavirus.

En la información recabada se observa que la cobertura para la vacuna contra la tuberculosis es prácticamente total (98.6%) la cobertura entre los niños indígenas y no indígenas para este biológico fue muy similar 98.3 y 99.2%, respectivamente. Los niños con la tercera dosis de vacuna anti hepatitis B, completada a los 6 meses, tienen cobertura de 82% tanto para niños indígenas como no indígenas. La vacuna triple viral (SRP) fue la que presentó menor cobertura (61.2%) en la población total, al estratificar los resultados por tipo de hogar, se observa que los niños indígenas son los más protegidos (61.5%) en comparación con los no indígenas (60.3%). En cuanto al esquema básico completo, 78.7 y 82.5% de los niños indígenas y no indígenas, respectivamente, completan este esquema;

cuando se compara la cobertura con el esquema de cuatro vacunas se observan coberturas similares para ambos grupos.

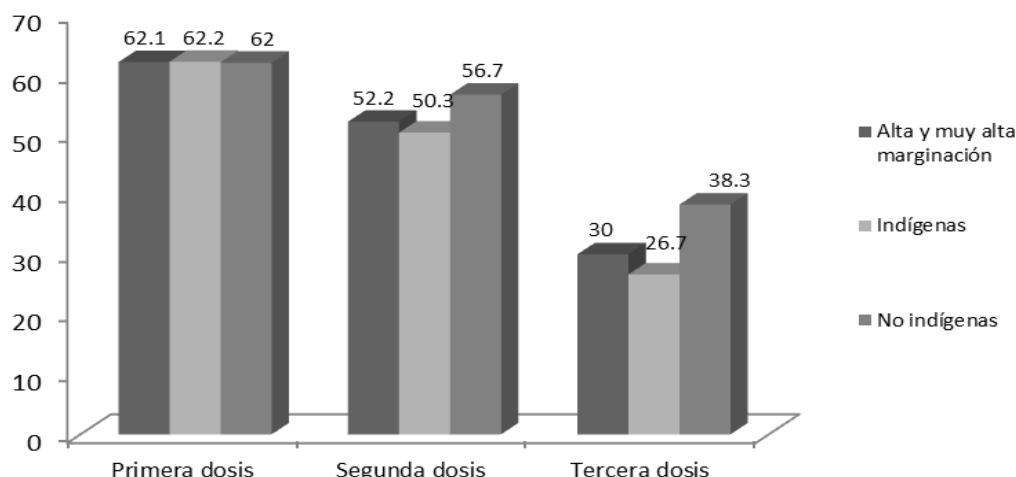
Gráfica XIII. Cobertura de vacunación por tipo de biológico y de población



Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

En cuanto a la vacuna contra la influenza, su cobertura fue de 62.1% para el total de la población, proporción más alta de las tres dosis. Al analizar la información por tipo de población, se observa un marcado descenso en la cobertura del biológico por cada aplicación, los niños indígenas son quienes se encuentran menos protegidos contra la influenza al disminuir la aplicación del biológico aproximadamente a la mitad de los niños a quienes se les aplicó la primera vacuna, después de anual 35 meses de dicha aplicación.

Gráfica XIV. Cobertura de vacuna contra la influenza por tipo de población



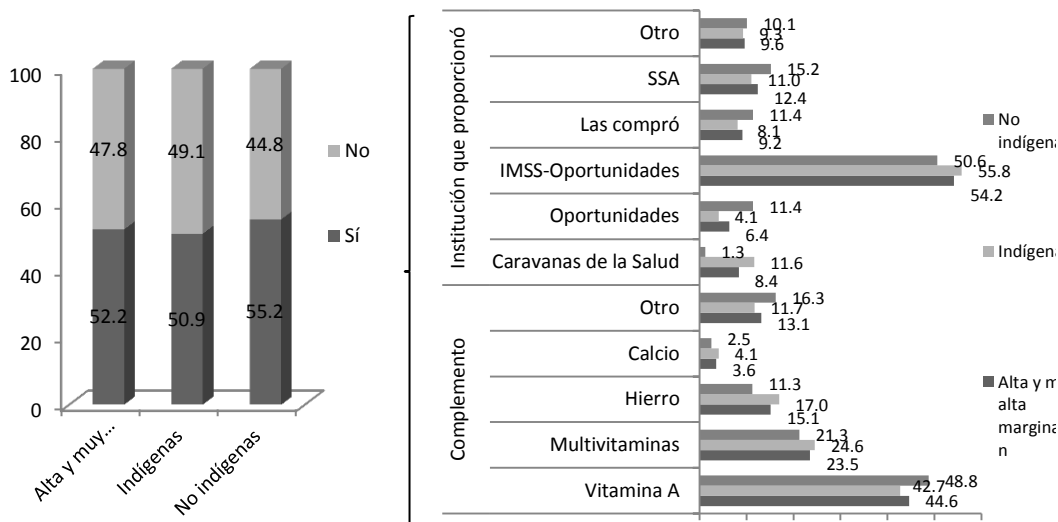
Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

Ministración de micronutrientes

Respecto a la suministración de complementos alimenticios, 52.2% de los niños menores de 5 años recibieron algún tipo de complemento, los infantes indígenas son quienes presentan una proporción ligeramente menor de aplicación (50.9%) que los no indígenas (55.2%). La mayor aplicación se registró en la vitamina A, otorgada a 42.7% de los niños indígenas, mientras que la reciben casi la mitad de los no indígenas, le sigue las multivitaminas, los niños no indígenas las reciben en 21.3% de los casos, mientras que a los indígenas se les aplica a 24.6%.

La institución proveedora para la mayor parte de estos complementos es el IMSS Oportunidades quien se las otorga a 55.8% de los niños indígenas y 50.6% de los no indígenas. Llama la atención que 8.1 y 11.4% de los indígenas y no indígenas, respectivamente, compró alguno de los complementos ministrado a los menores.

Gráfica XV. Distribución porcentual de los micronutrientes por tipo de institución y población

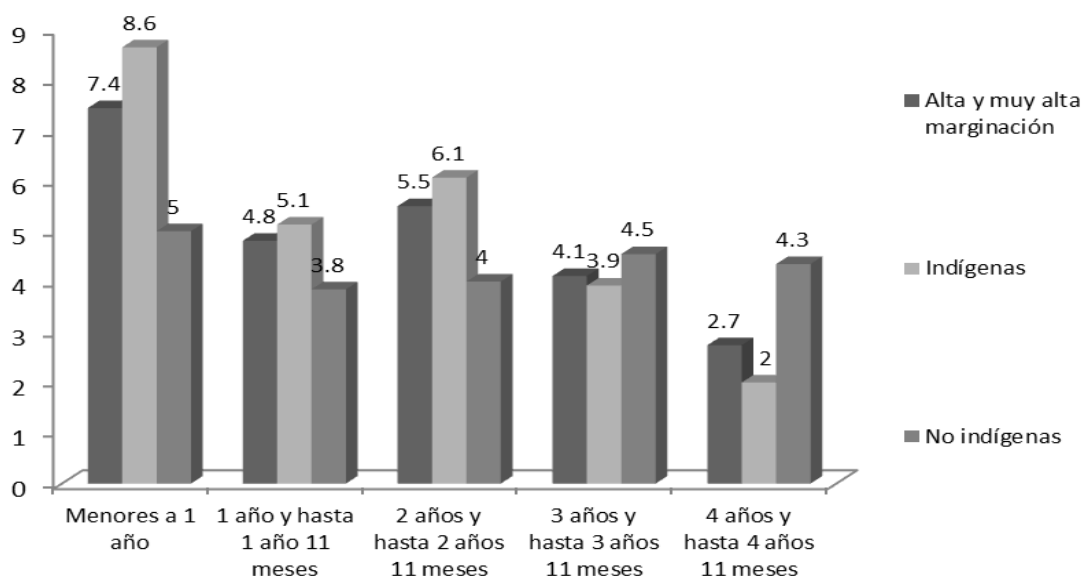


Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

Desnutrición en niños menores de 5 años

Con respecto a los niveles de desnutrición, la información recabada muestra que en las localidades de alta y muy alta marginación 5% de los niños menores a 5 años presentan desnutrición definida como bajo peso para la edad; de éstos, es mayor la proporción de niños en las edades que van de los 0 a 11 meses de edad (7.4%), los niños indígenas son los más afectados (8.6%) a diferencia de los no indígenas (5%), esta diferencia es consistente en los menores de tres años hijos de hogares indígenas debido a que ellos quienes presentan mayores porcentajes de desnutrición. A diferencia de los niños no indígenas quienes presentan porcentajes ligeramente superiores a partir de los tres años.

Gráfica XVI. Prevalencia de bajo peso para la edad por tipo de población

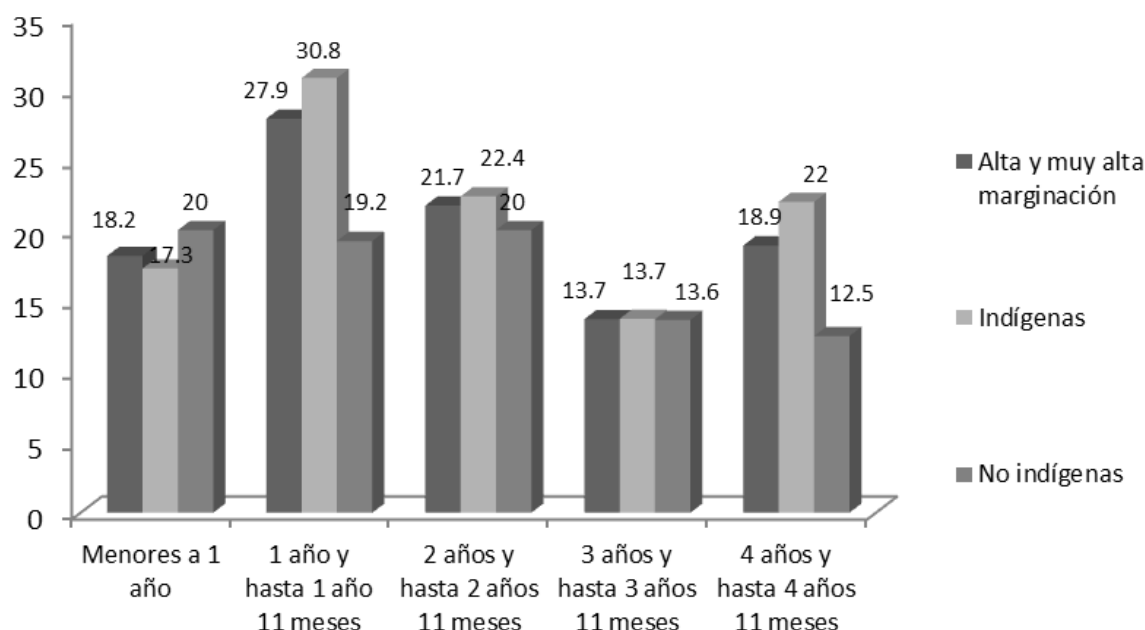


Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

Al analizar la desnutrición como baja estatura con respecto a la edad, como desnutrición crónica, se observa que el problema es más severo para este tipo de localidades con proporciones cercanas o mayores a 20% para los niños de 0 a 35 meses y de 48 a 59 meses, mostrando proporciones ligeramente más altas en los niños indígenas, mientras que los niños no indígenas solamente en los primeros meses de vida y hasta antes de cumplir un año presentan una mayor frecuencia en este tipo de desnutrición.

Cabe resaltar que las proporciones observadas en cuanto a desnutrición crónica en concordancia con las tablas de crecimiento óptimo de la oms, presentan números por demás relevantes llegando a ser superiores hasta cuatro veces, o más, en comparación con la situación de bajo peso para la edad.

Gráfica XVII. Prevalencia de baja estatura para la edad por tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

La desnutrición, y sobre todo la crónica en localidades de alta y muy alta marginación hace relevante cualquier tipo de esfuerzo emprendido para su superación. Las proporciones de niños que presentan desnutrición crónica requiere una amplia y coordinada respuesta por parte de las autoridades que haga llegar alimentos con mayor componente nutricional para que los infantes de estas localidades no solamente consuman las calorías requeridas para su vida diaria, sino también los alimentos contengan suficientes nutrimentos que los hagan alcanzar un desarrollo óptimo. El éxito de programas para aliviar las condiciones de enfermedad pueden verse reducidos en su alcance de no contar con niños que en los primeros años de vida consuman la cantidad y calidad requerida de alimentos.

El acceso a un buen cuidado de salud durante la niñez es uno de los factores de mayor impacto en el bienestar de un individuo, un estado de salud deficiente durante los primeros años limita el desarrollo físico y cognitivo, y este último puede incidir en las diferencias en escolaridad y en el bienestar económico. Sin duda la cobertura de vacunación es uno de los elementos más potentes que tienen las políticas gubernamentales para incidir en el desarrollo saludable de los niños menores de cinco años. En la información recolectada se observa concordancia con la información de la ENSANUT en cuanto a la cobertura de las diferentes vacunas. Es resaltable el hecho de que la cobertura para protección contra tuberculosis es casi total y que tanto hepatitis B como pentavalente cubran a más del 80% de la población encuestada. Sin embargo, no puede

ser poco relevante el hecho de que la vacuna SRP tenga una cobertura tan baja en función de las otras vacunas y sobre todo siendo parte del esquema de cuatro vacunas. Probablemente al ser aplicada al año de edad pueda incidir en que los padres no cuenten con información suficiente, a diferencia de la vacuna contra la tuberculosis que se aplica al nacer, para notar su importancia y hacer algún tipo de esfuerzo por completar este cuadro mínimo del niño. Una de las sugerencias es aprovechar la asistencia a diferentes eventos que congreguen a la población o las visitas al médico por parte de los niños por otras circunstancias para completar el esquema de vacunación.

A pesar de que poco más de la mitad de la población en estas condiciones de marginalidad recibe algún tipo de complemento, las condiciones de alimentación y de vida de estas localidades sugieren un mayor esfuerzo para lograr la administración de complementos a más población, lo cual puede contribuir a disminuir las carencias que para su desarrollo pudieran sufrir los niños en estas condiciones de vida. La compra de algunos de estos complementos por parte de los padres señala cierta conciencia de parte de estos de la importancia que tiene para la salud este tipo de suministros. Las unidades médicas móviles, si bien tienen presencia en la administración de complementos, sobre todo en la población indígena, su participación es marginal y pudiera ser una buena área de oportunidad para que estas además de prestar servicios médicos pudieran profundizar la administración de estos elementos necesarios para el desarrollo del infante, y junto a otros programas públicos enfocados en proporcionar mayores cantidades y mejor calidad de alimentos se podría lograr un círculo virtuoso donde los menores mejor alimentados puedan responder de mejor manera al enfrentarse a escenarios de enfermedad.

3.1.3 Caracterización de las mujeres en edad fértil en localidades de alta y muy alta marginación

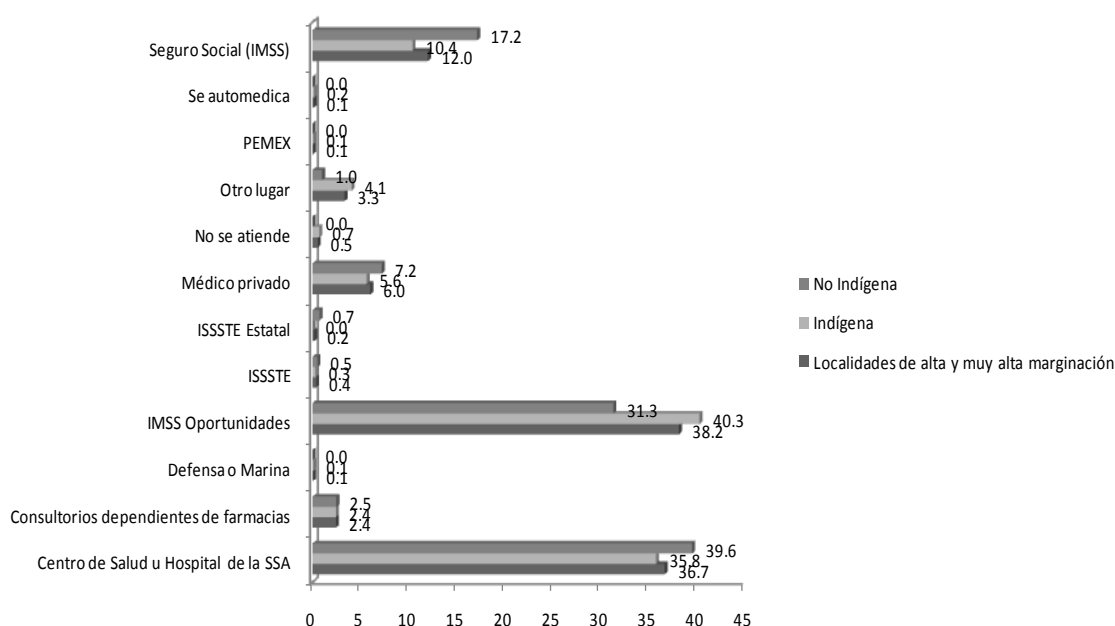
Para la caracterización de las mujeres en edad fértil, se realizó un análisis descriptivo de las variables relacionadas con las condiciones de salud, así como con variables referidas a la utilización y acceso a este tipo de servicios.

A fin de conocer las condiciones de salud reproductiva, el uso de métodos anticonceptivos, planificación familiar y programas preventivos, se encuestó aleatoriamente al menos a una mujer entre los 10 y los 54 años de edad por hogar en comunidades de alto y muy alto grado de marginación. Para algunas variables los resultados fueron desagregados entre mujeres adolescentes de 10 a 19 años y adultas de 20 a 54 años. Los resultados se presentan diferenciando a la población indígena, la cual fue identificada tomando como referencia el criterio de hogar de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) (Leyva-Flores *et al.*, 2013).

Acceso y utilización de servicios para la salud

En cuestión de acceso a los servicios de salud se observó que la población de mujeres no indígenas acuden principalmente a los Centros de Salud u hospitales de la SSA y al IMSS Oportunidades, (39.6, 31.3, respectivamente), mientras que las mujeres indígenas se atienden a través del programa IMSS Oportunidades y los Centros de salud u hospitales de la SSA (40.3, 35.8 respectivamente). De igual forma, los resultados de levantamiento mostraron que la población ubicada en localidades de alta y muy alta marginación se encuentra afiliada principalmente al Seguro Popular o al Seguro Médico Siglo XXI (antes Seguro Médico Para una Nueva Generación) y al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Aunado a esto, se observó que 15.5 y 11.0% de la población indígena y no indígena, respectivamente aún no se encuentra afiliada o inscrita a alguna institución.

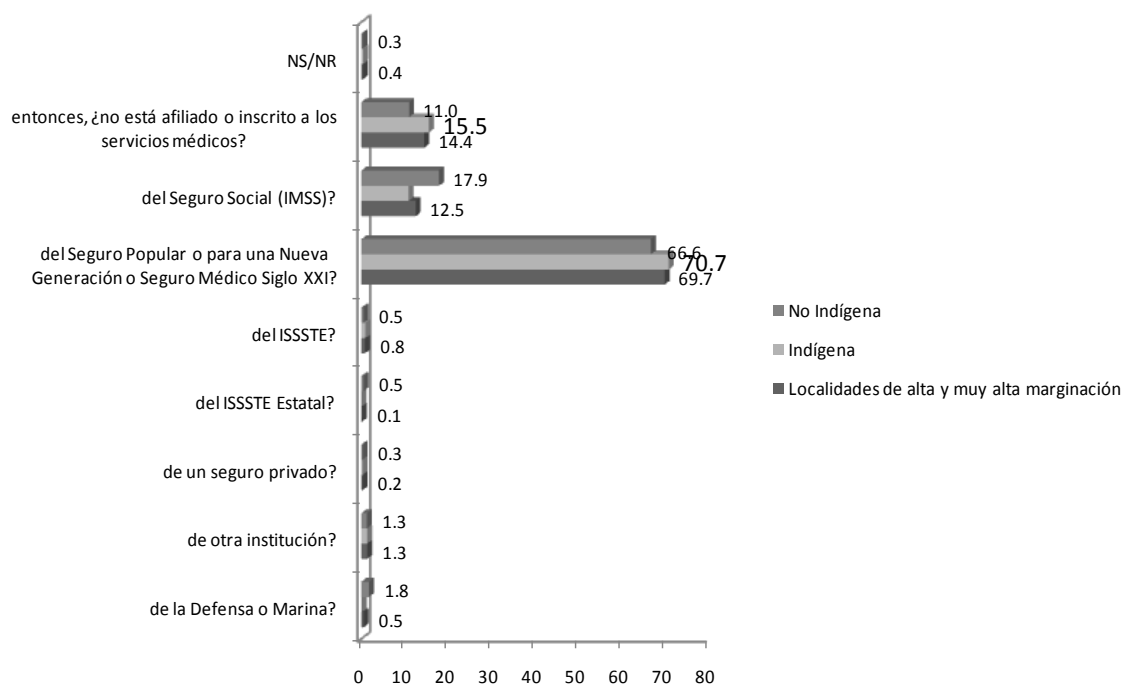
Gráfica XVIII. Porcentaje de acceso a los servicios de salud por tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

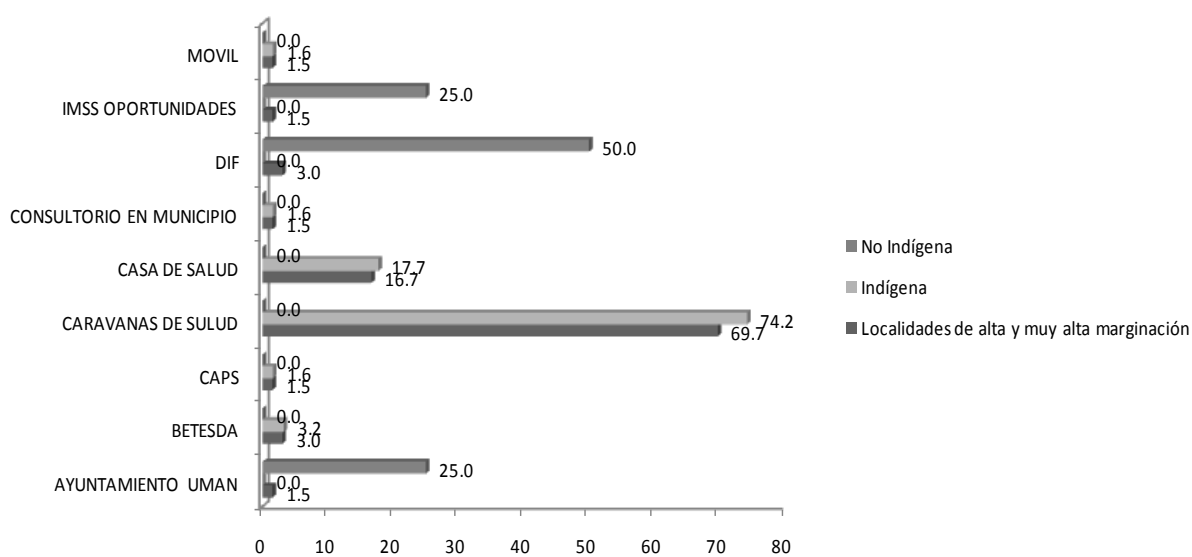
Además de las instituciones oficiales de salud la población indígena utiliza otros servicios como las Caravanas de Salud y las Casas de Salud. Mientras que la población no indígena acude a los servicios del DIF y a los servicios que brinda el ayuntamiento.

Gráfica XIX. Porcentaje de afiliación o inscripción a servicios médicos por tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

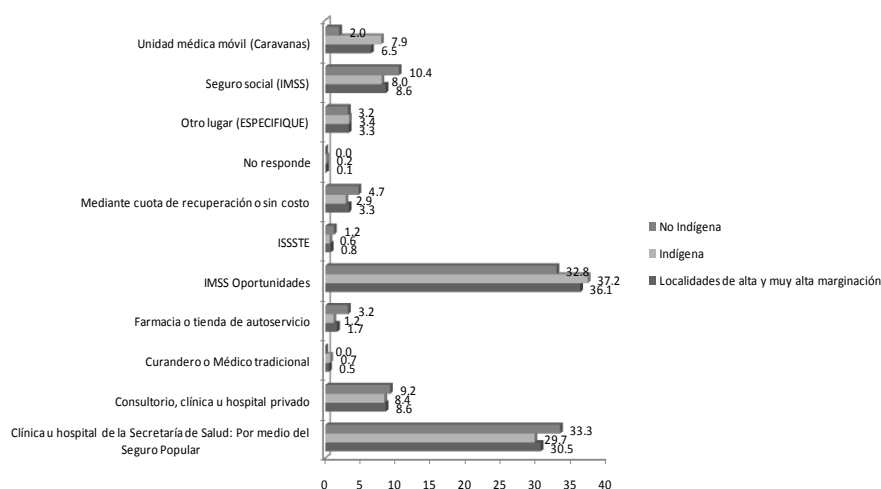
Gráfica XX. Porcentaje de utilización de otros servicios de salud



Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

Además, cuando la población de estas localidades se enferma acude principalmente a las clínicas u hospitales de la Secretaría de Salud, mientras que los servicios de salud menos utilizados conforme a los resultados del levantamiento son las farmacias, tiendas de autoservicio, el ISSSTE y los curanderos o médicos tradicionales.

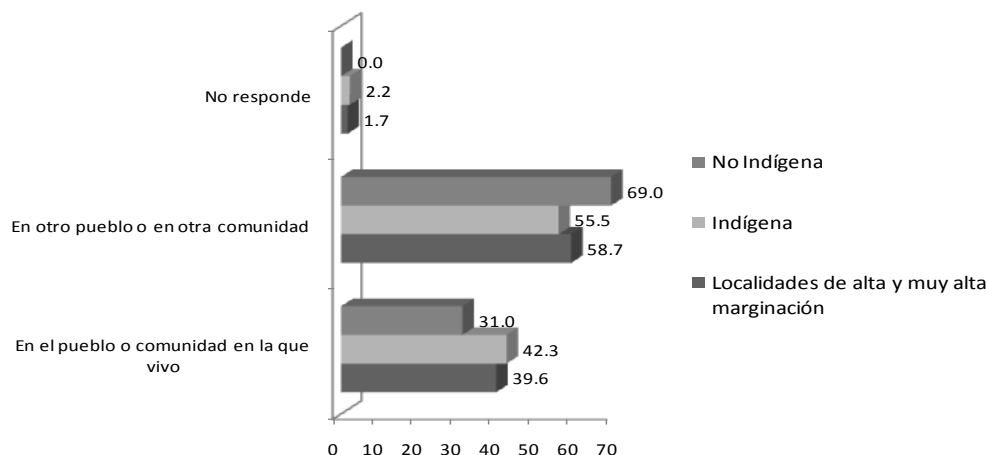
Gráfica XXI. Distribución porcentual de los servicios de salud a la que acuden las mujeres cuando se enferman o necesitan un médico por tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

Cabe mencionar que más del 50% de los servicios de salud más usados se encuentran ubicados en otro pueblo o comunidad, lo cual involucra costos de traslado, alimentación y otros gastos para su utilización.

Gráfica XXII. Distribución porcentual de la ubicación de los servicios de salud a los cuales acuden las mujeres por tipo de población



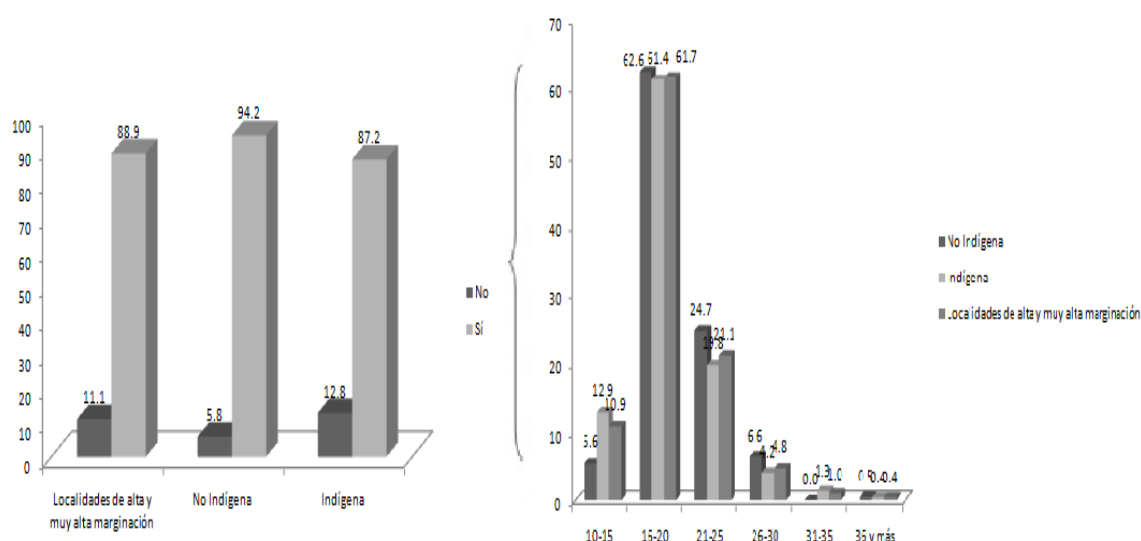
Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

Lo anterior confirma que aunque se cuentan con avances para ampliar la cobertura en las localidades sin acceso a servicios de salud, pero es necesario lograr que un mayor porcentaje de esta población tenga oportunidad de recibir atención médica dentro de sus comunidades. Datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT) revelan que 63% de las personas de origen indígena que logran acudir a su centro de salud no retornarían a atenderse debido a que están muy lejos, por lo general se encuentran cerrados, faltan medicamentos y tardan mucho en ser atendidos.

Salud reproductiva de las mujeres en edad fértil

Con respecto a la salud reproductiva, la información recabada muestra que cerca de 90% de las mujeres entrevistadas ha estado embarazada y tuvieron su primer hijo entre los 16 y 20 años. De igual forma se observa que al menos un 10% de la mujeres indígenas y 7.4% de los no indígenas tuvieron su primer hijo entre los 10 y 15 años de edad. Lo anterior cobra relevancia si se considera que la maternidad a temprana edad aumenta la probabilidad de complicaciones durante el parto, bajo peso al nacer de los infantes, menor cuidado prenatal, e incluso incrementa la mortalidad materno infantil (ENSADEMI, 2008; González-Montes, 1999).

Gráfica XXIII. Distribución porcentual de embarazos por rango de edad y tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

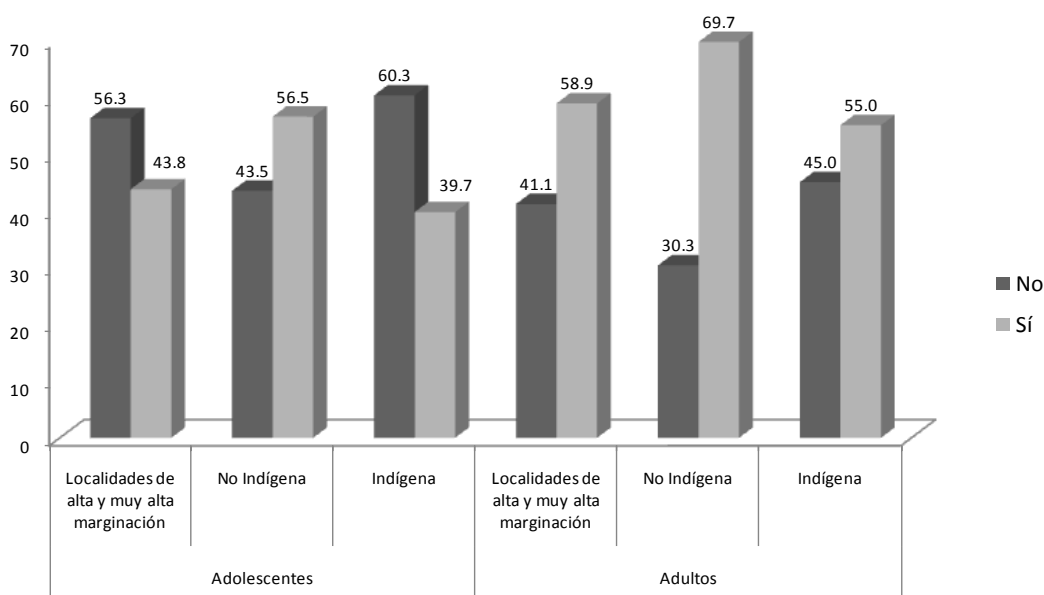
Planificación familiar

La información sobre salud sexual y reproductiva es esencial cuando se observa que existe un aumento de inicio de vida sexual entre adolescentes en la población. El derecho a la información sobre salud reproductiva y particularmente sobre métodos de planificación familiar es fundamental para reducir los efectos adversos en términos de salud y mortalidad materna (Villalobos *et al.*, 2012).

Con respecto a la información y conocimiento sobre métodos de planificación familiar, la información recabada muestra que un gran número de mujeres entrevistadas indígenas y no indígenas habitantes de localidades de alta y muy alta marginación no utilizan métodos de planificación familiar, sólo el 39.7% de las jóvenes y el 55% de las mujeres adultas indígenas hacen uso de los mismos. A diferencia del 56.5% de las jóvenes y 69.7% de mujeres adultas no indígenas.

Las razones mencionadas por las cuales no hacen uso de métodos de planificación familiar en el caso de las mujeres mayores a 16 años son principalmente porque desean embarazarse, no conocen métodos de planificación familiar, porque no están de acuerdo con el uso de anticonceptivos y temen sus efectos secundarios.

Gráfica XXIV. Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en la pareja por tipo de población



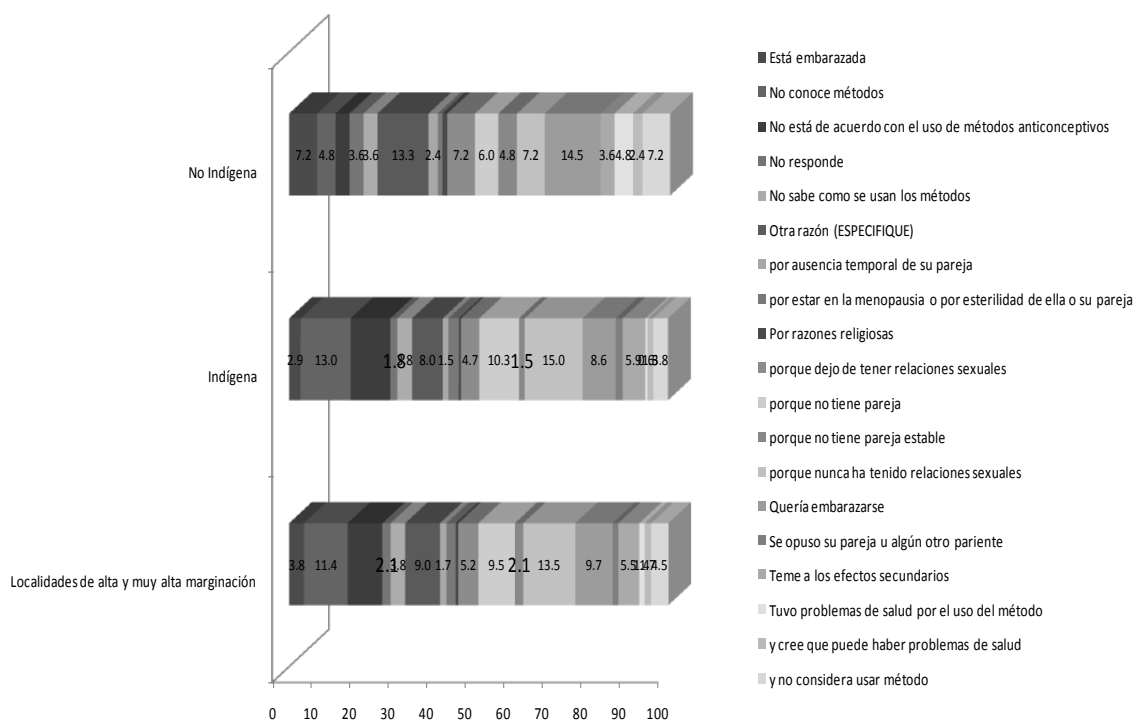
Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

En el caso de las menores de 16 años la principal razón para no utilizar métodos anticonceptivos es debido a que no han tenido relaciones sexuales y porque no conocen los métodos de planificación familiar.

En cuanto al acceso a la información sobre métodos de planificación familiar, se encontró que más de la mitad de las mujeres indígenas y no indígenas han recibido información a través algún médico, enfermera o trabajadora comunitaria, pertenecientes a los Centros de salud y a otras instituciones, sin embargo, 60% de éstas no utiliza ningún método anticonceptivo, lo cual aumenta el riesgo de embarazos no deseados y la transmisión de enfermedades de transmisión sexual entre otros

Los resultados mostraron que la información sobre planificación familiar es brindada por los Centros de salud, las clínicas del IMSS y las Casas de salud. Además de las unidades médicas móviles a las cuales acude la población indígena. Estas unidades podrían tener un mayor impacto en la difusión de esta información si incluyeran estrategias interculturales, para llegar a la población, sobre todo a las mujeres jóvenes.

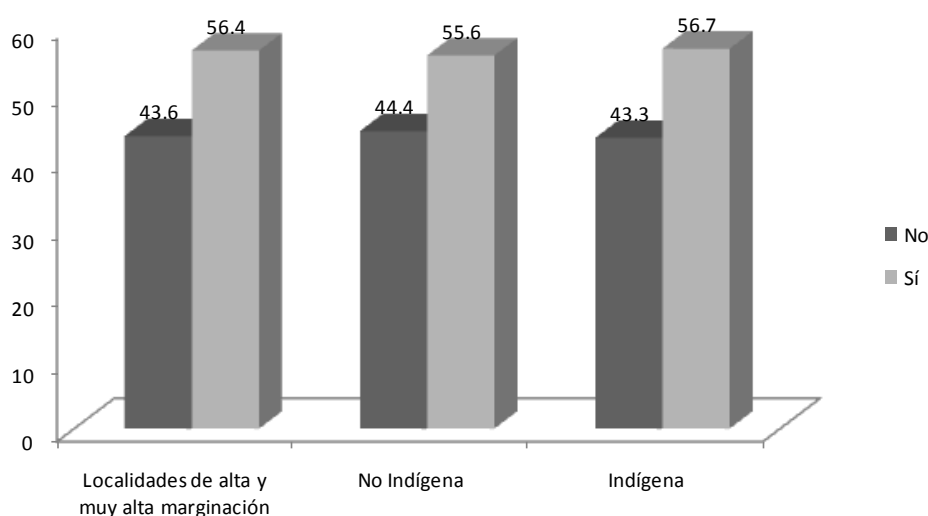
Gráfica XXV. Distribución porcentual de las razones para no usar método anticonceptivo por tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

De acuerdo a los resultados obtenidos las mujeres mayores de 18 años tanto indígenas como no indígenas mencionaron utilizar principalmente como métodos de planificación familiar el dispositivo intrauterino (DIU o aparato) y la oclusión tubaria bilateral (OTB) para ya no tener hijos, así como el uso de inyecciones o ampollitas. En las mujeres adultas se observó que es muy bajo el porcentaje en la utilización del condón masculino sólo 15.5 y 5.8% de las mujeres no indígenas e indígenas hacen uso del mismo.

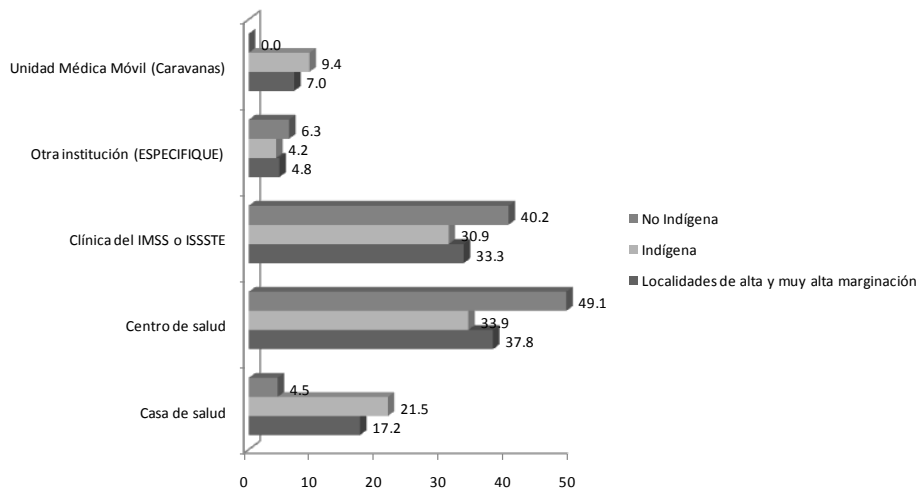
Gráfica XXVI. Porcentaje de mujeres que recibieron información acerca del uso de métodos anticonceptivos por personal de salud según tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

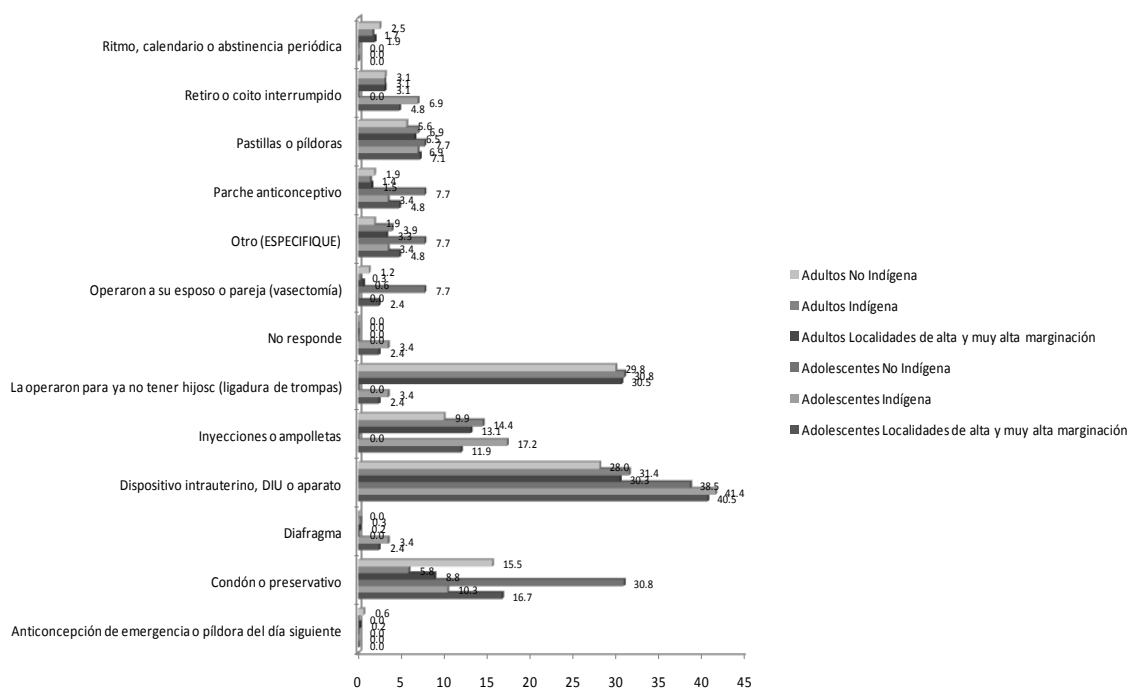
A diferencia de las mujeres adultas, la adolescentes reportaron con mayor frecuencia el uso del condón o preservativo masculino, 30.5 y 10.3% de las mujeres no indígenas e indígenas, además de las pastillas o píldoras, DIU e inyecciones. Estos métodos anticonceptivos fueron ofrecidos a través del programa IMSS Oportunidades, Seguro Popular e IMSS.

Gráfica. XXVII. Distribución porcentual de la institución a la que pertenecía el personal que le proporcionó la información por tipo de población



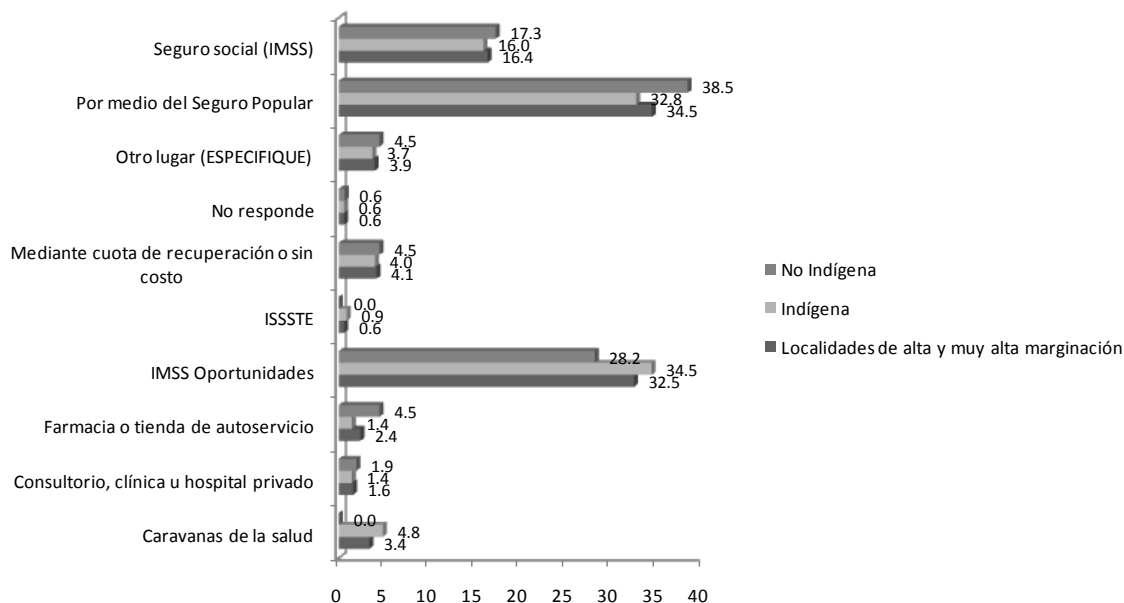
Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

Gráfica XXVIII. Distribución porcentual de los métodos anticonceptivos utilizados por tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

Gráfica XXIX. Distribución porcentual de la institución proveedora de los métodos anticonceptivos por tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

Embarazo y fecundidad

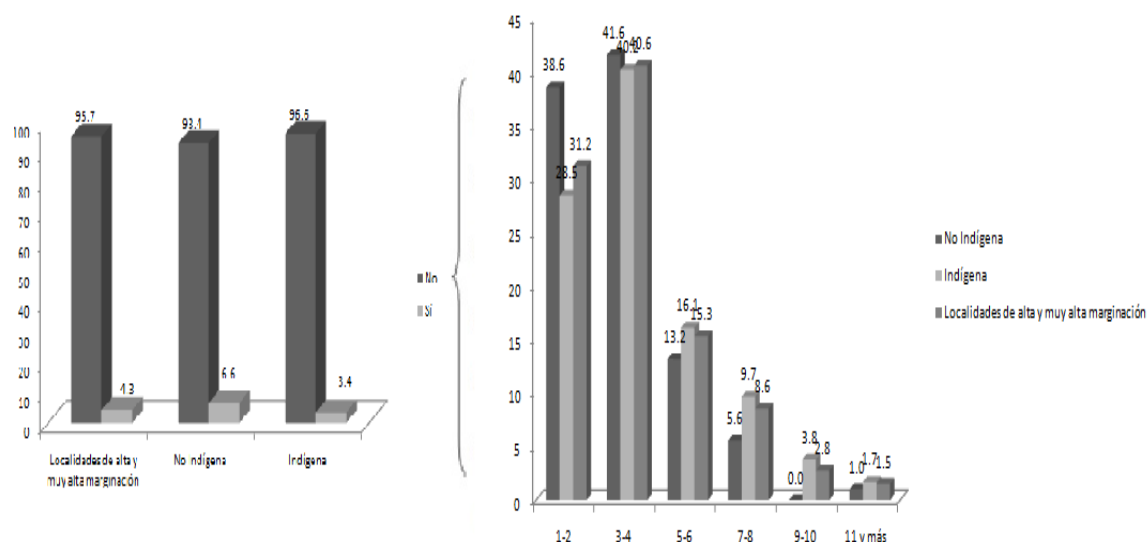
De acuerdo a la información obtenida se observó que sólo 6.6 y 3.4% de la población no indígena e indígena se encontraba embarazada al momento de la entrevista. De las mujeres que reportaron haber estado embarazadas más del 80% registró un promedio de 3.6 y 3.5 embarazos (no indígenas e indígenas). De esos embarazos han nacido vivos en promedio 3.9 niños, siendo la población indígena la que registró más de cinco hijos y menor edad para el primer hijo (12.9% tuvieron su primer hijo antes de los 15 años).

Aunque desde mediados de la década de los años sesenta la fecundidad empezó a disminuir en los países latinoamericanos (CEPAL, 2010), se ha observado de manera importante un incremento sistemático de ésta en poblaciones indígenas respecto al resto de la población (CEPAL, 2006; Oliveira, 2003). Este hecho conlleva a que las mujeres de tales grupos se encuentren expuestas a embarazos y partos de alto riesgo, dadas sus condiciones de marginación, en combinación con las deficiencias en la atención institucional que aún subsisten en este tipo de localidades (ENSADEMI, 2008).

Los resultados muestran que, si bien hay una fuerte intervención institucional respecto a la planificación familiar, aún hace falta fortalecer las campañas de salud reproductiva en

poblaciones de alta marginalidad y con presencia indígena, quienes reportan un menor porcentaje de conocer métodos de planificación familiar.³⁴

Gráfica XXX. Porcentaje de mujeres embarazadas y frecuencia de nacimientos vivos por rangos y tipo de población



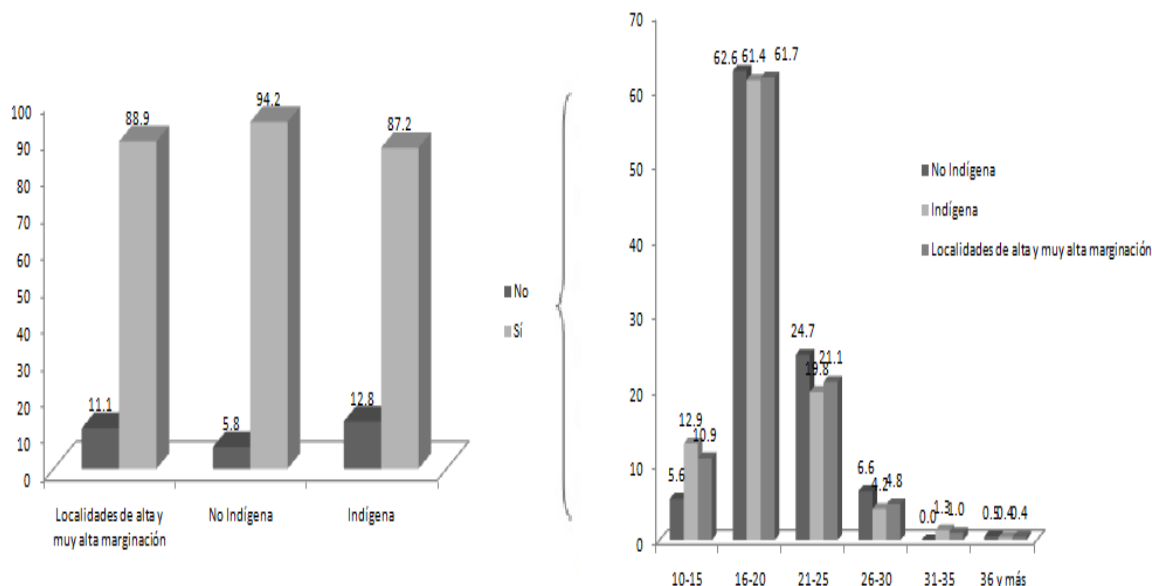
Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

El fortalecimiento de campañas de planificación familiar redundará en beneficio de la salud de las mujeres, hijos y familias al ofrecer la posibilidad de espaciar los nacimientos y de elegir entre variados métodos anticonceptivos. Además, la utilización de anticonceptivos reducirá la mortalidad materna y mejorará la salud de las mujeres al prevenir embarazos no deseados, de alto riesgo y la práctica de los abortos realizados sin garantías ni asepsia obviando las implicaciones que estos tienen en mejorar la salud de las mujeres al reducir las probabilidades de transmisión de enfermedad y proteger contra algunas formas de cáncer y otros problemas de salud (OMS, 1995).

Al ampliar los servicios de planificación familiar para parejas que no desean embarazos, se podrían evitar 850 000 defunciones anuales de menores de 5 años (OMS, 1995). Finalmente, el uso de estos métodos puede contribuir a mejorar la calidad de vida porque facilita tener familias más pequeñas y más sanas, con más recursos, alimentación y educación (CEPAL, 2010).

³⁴ Véanse gráficas IX y XIV.

Gráfica XXXI. Porcentaje de mujeres que reportaron haber estado embarazadas y de edad del primer hijo



Atención prenatal

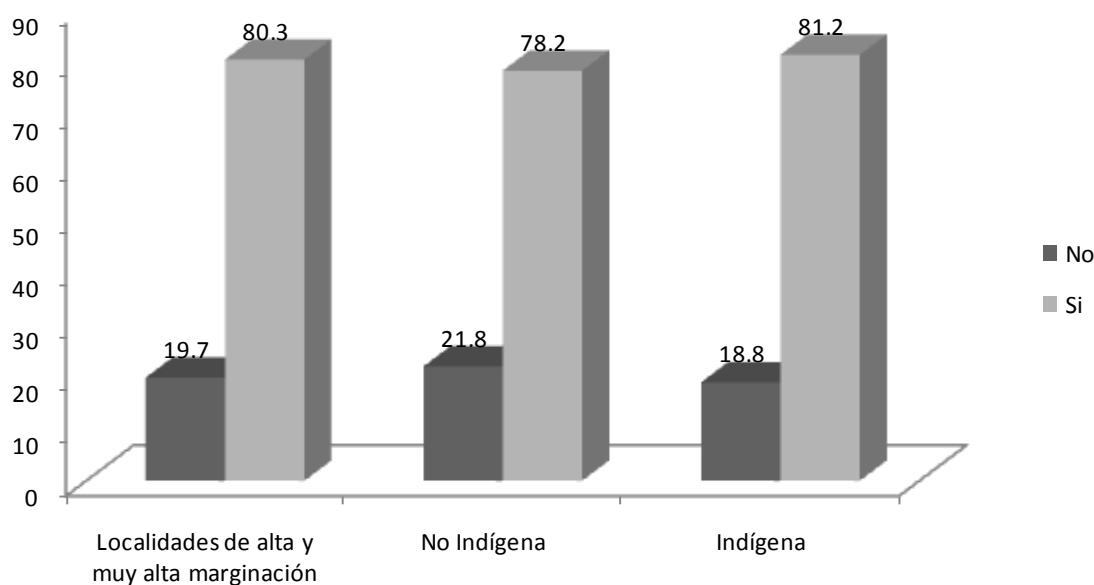
La atención durante el embarazo resulta indispensable para disminuir la mortalidad materno infantil (OMS, 1995). El control prenatal debe estar dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención, detección y tratamiento de la anemia, preeclampsia, infecciones cervicovaginales e infecciones urinarias, las complicaciones hemorrágicas del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes con el embarazo. La atención médica que reciban las mujeres en edad fértil en los establecimientos públicos, privados y sociales del país, debe tener un enfoque preventivo, educativo, de orientación y consejería (NOM-007-SSA2-2010, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido).

Para el control prenatal la unidad de salud debe promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación y atendiendo al siguiente calendario: primera consulta, en el transcurso de las primeras 12 semanas; segunda consulta, entre las semanas 22-24; tercera consulta, entre las semanas 27-29; cuarta consulta, entre las semanas 33-35; quinta consulta, entre las semanas 38-40 (NOM-007-SSA2-2010, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como del recién nacido).

En cuanto a la atención durante su embarazo se encontró que 81.2 y 78.2% de las mujeres indígenas y no indígenas recibieron atención prenatal en algún servicio formal de salud,

con un promedio de 5.88 y 5.94 de consultas, respectivamente, iniciando dentro de los primeros tres meses de embarazo, cumpliendo con lo recomendado por la norma oficial de salud citada. Sin embargo, es importante enfatizar que alrededor de 18.8 y 21.8% de las mujeres indígenas y no indígenas ubicadas en localidades de alto y muy alto grado de marginación no recibieron cuidados durante su embarazo.

Gráfica XXXII. Porcentaje de mujeres adultas que recibieron atención prenatal por tipo de población

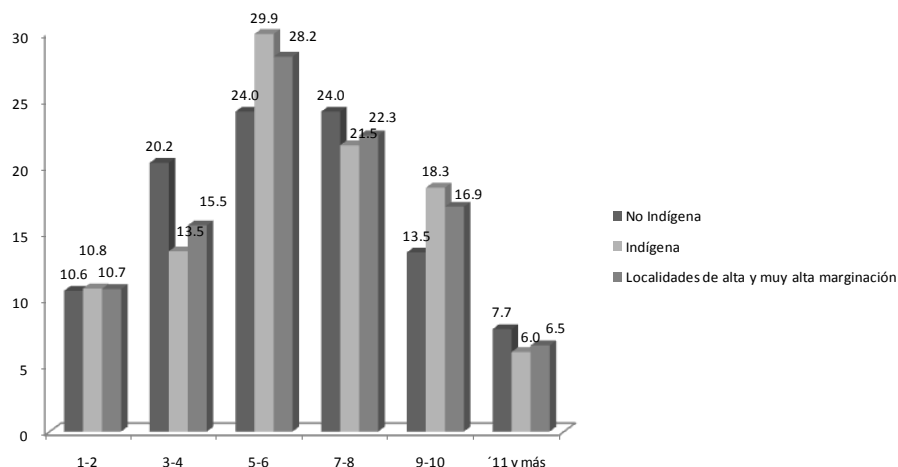


Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

Para dar cumplimiento a las metas propuestas en los objetivos de milenio se encuentran mejorar la salud materna y disminuir para 2015, en tres cuartas partes (75%) la razón de muerte materna respecto a la registrada en 1990 y la mortalidad neonatal a 15%.

Además de lograr la cobertura universal de la asistencia especializada al parto, será necesario buscar soluciones a través de diferentes acciones como el trabajo comunitario, el fortalecimiento de las políticas de salud materna y perinatal, así como la promoción a la salud sexual y reproductiva responsable, que logren dar mayor cobertura de atención prenatal a grupos vulnerables como los que se encuentran ubicados en localidades de alta y muy alta marginación.

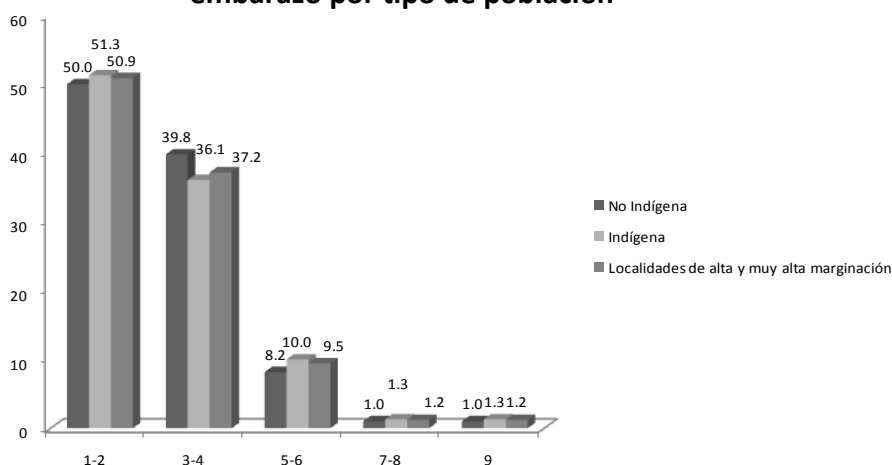
Gráfica XXXIII. Proporción de consultas prenatales por tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

La información recabada en las secciones anteriores sugiere que la implementación de estrategias como: mayor acceso a servicios de planificación familiar de calidad, atención competente durante el embarazo, el parto y el primer mes después del alumbramiento, o servicios de atención post aborto y un sistema de salud dotado de personal especializado³⁵ podrían tener un impacto positivo en los riesgos y padecimientos que tienen las mujeres en edades reproductivas.

Gráfica XXXIV. Distribución porcentual de la primera revisión médica del embarazo por tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo.

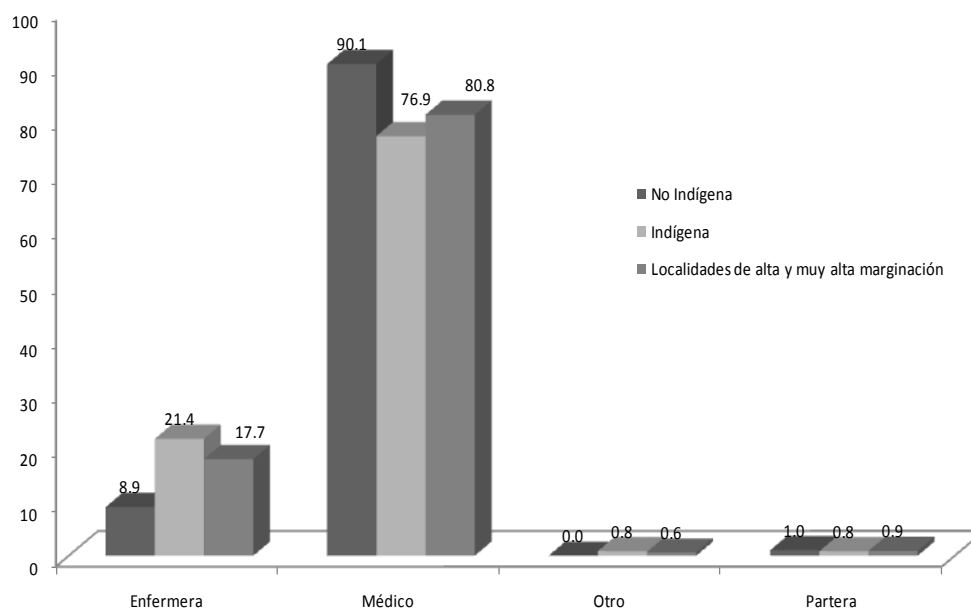
³⁵ Un 15 % de los embarazos y los partos necesitan cuidados obstétricos de urgencia debido a riesgos difíciles de predecir.

Asistencia prenatal

De acuerdo con la CEPAL (2010) en México, tanto las revisiones prenatales como el parto, se realizan en un 82,8% en algún centro de salud. Los resultados observados, mostraron que 76.9 y 90.1 de las mujeres indígenas y no indígenas, fueron atendidas por un médico en un centro de salud.

Los espacios donde fueron atendidas durante su embarazo fueron el centro de salud y las clínicas de salud del IMSS o ISSSTE para las mujeres no indígenas, mientras que para las mujeres indígenas las revisiones se llevaron a cabo en las clínicas de salud y dentro del programa IMSS Oportunidades. De acuerdo con la UNICEF (2009), en América Latina, alrededor de 80% de los partos son atendidos en forma profesional con una tendencia al aumento.

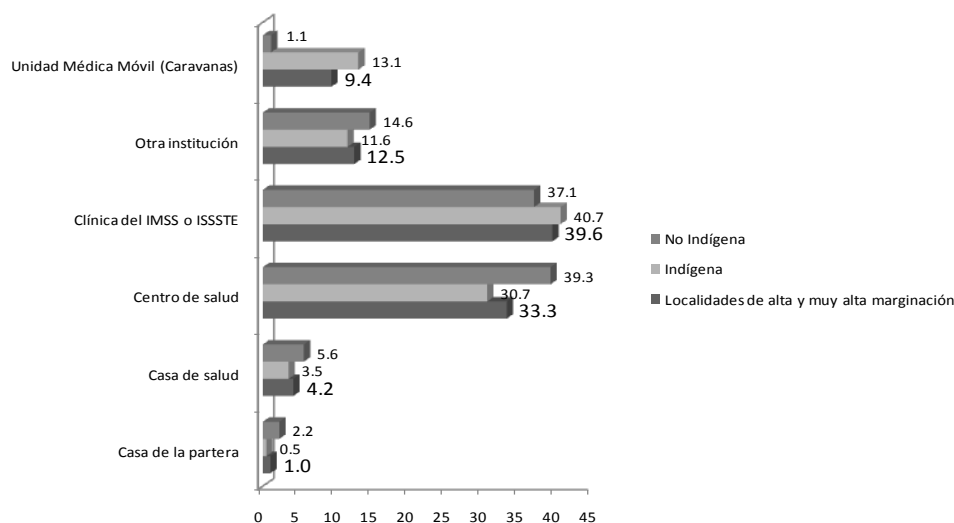
Gráfica XXXV. Distribución porcentual del personal de salud que llevó a cabo las revisiones por tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

Por otro lado, los resultados del levantamiento registraron que sólo un bajo porcentaje de la población indígena hace uso de los servicios de las parteras para su revisión durante el embarazo.

Gráfica XXXVI. Distribución porcentual de las Instituciones donde se llevaron a cabo las consultas prenatales por tipo de población

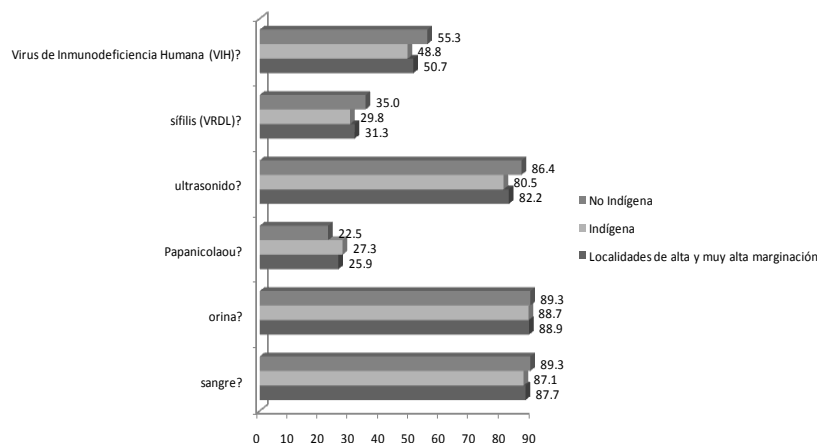


Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

Atención institucional de los partos por tipo de personal y tipo de población

De acuerdo con la OMS (1995), la mayoría de las muertes maternas se deben a complicaciones del embarazo y parto tales como hemorragias, septicemia, complicaciones de aborto, hipertensión y parto obstruido, todas estas, posibles de prevenir o atender con servicios adecuados (UNICEF, 2009) a través de una adecuada atención prenatal. Durante las consultas prenatales se realizan diferentes análisis los cuales son de utilidad para la prevención y el control de diversas complicaciones durante el embarazo y el parto. Los resultados del levantamiento muestran que la mayoría de la población entrevistada tuvo acceso a exámenes de sangre, orina y ultrasonidos y en menor proporción a los análisis de VIH, sífilis y Papanicolaou, de éstas 16% no tuvo acceso a los resultados de dichas pruebas.

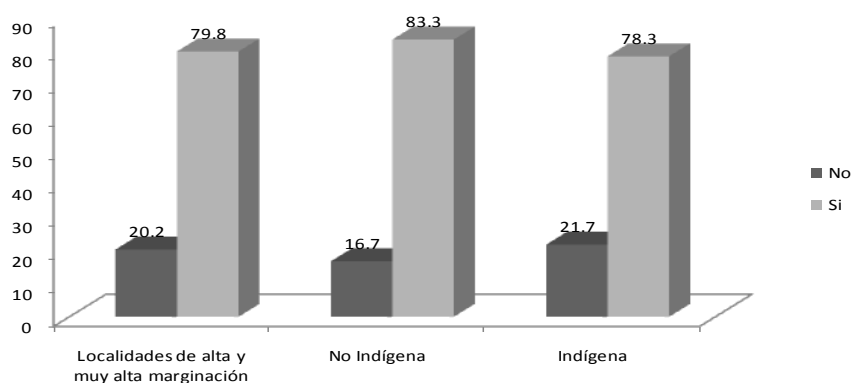
Gráfica XXXVII. Porcentaje de exámenes de laboratorio que fueron realizados durante el embarazo por tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

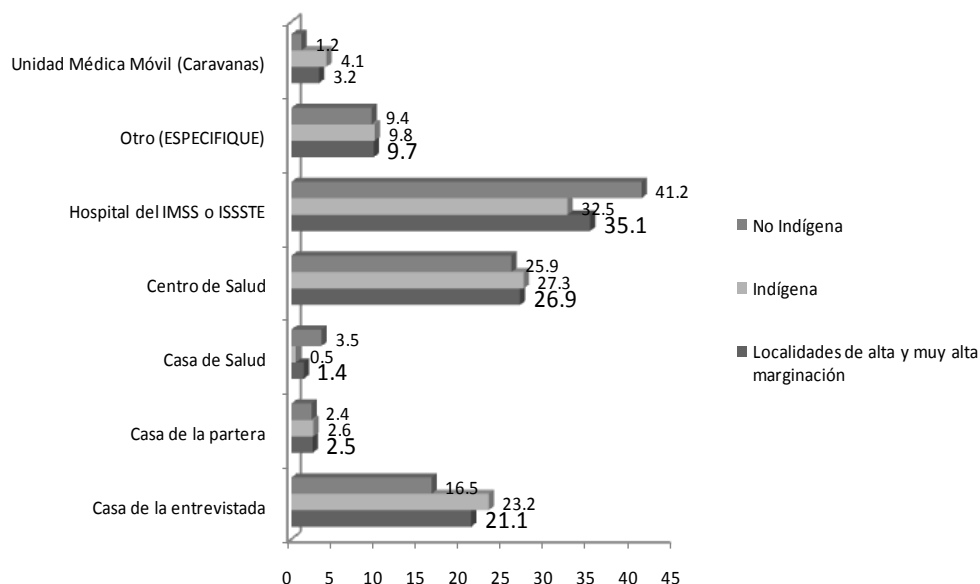
En lo que se refiere a la atención institucional de partos, se observó que las mujeres no indígenas dieron a luz en el centro de salud y el hospital del IMSS o ISSSTE, mientras que las mujeres indígenas lo hicieron en el centro de salud, el Programa IMSS Oportunidades, en su domicilio particular y en la casa de la partera. Los datos mostraron que la mayoría de mujeres que fueron atendidas por médicos en los servicios oficiales de salud tuvieron que salir de su comunidad ya que estos servicios se encuentran fuera de su comunidad, el traslado durante el parto es uno de los principales factores que ponen en riesgo la salud tanto de la madre como del recién nacido (ENSADEMI, 2008).

Gráfica XXXVIII. Distribución porcentual del conocimiento de los resultados de los análisis por tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

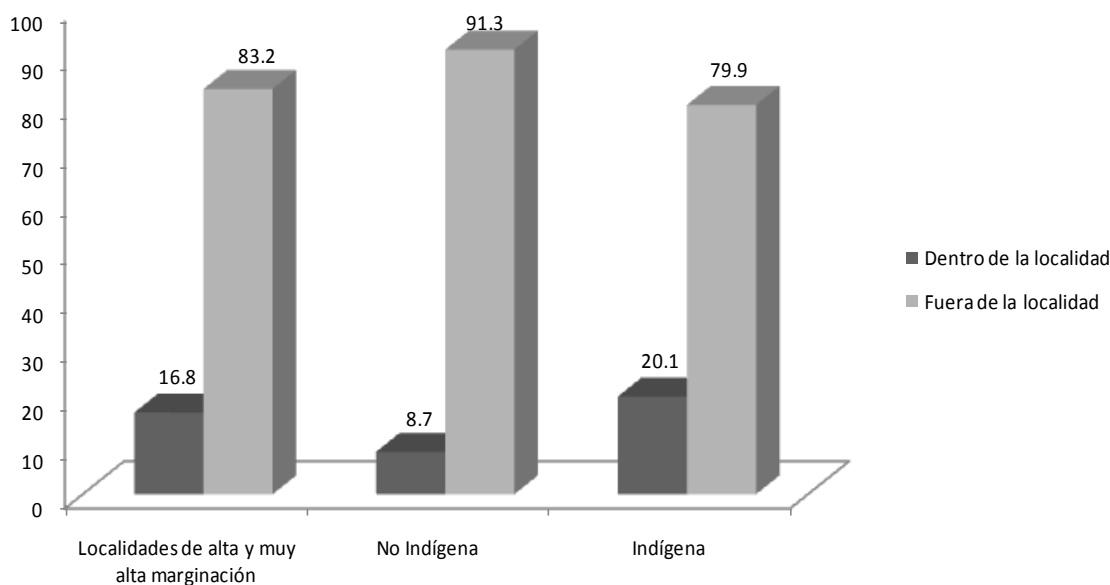
Gráfica XXXIX. Distribución porcentual del lugar donde se llevó a cabo el parto por tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo.

Tal y como se observa, el parto domiciliario en que la mujer da a luz sin ayuda de nadie ha jugado un papel crucial en este tipo de atención. Los resultados obtenidos sugieren que a pesar de que existe una gran variedad de escenarios, los aspectos culturales, sociales y económicos pueden incidir en la preferencia del tipo de alumbramiento asistido o no por personal institucionalizado. Por otro lado, el hecho de que los centros de salud estén ubicados fuera de las comunidades (más del 80%) puede estar asociado a que 23.2 y 16.5% de la población indígena y no indígena tengan a sus hijos en sus domicilios, asistidos por parteras, familiares o sin ninguna ayuda.

Gráfica XL. Distribución porcentual de la ubicación del lugar donde atendieron su parto por tipo de población

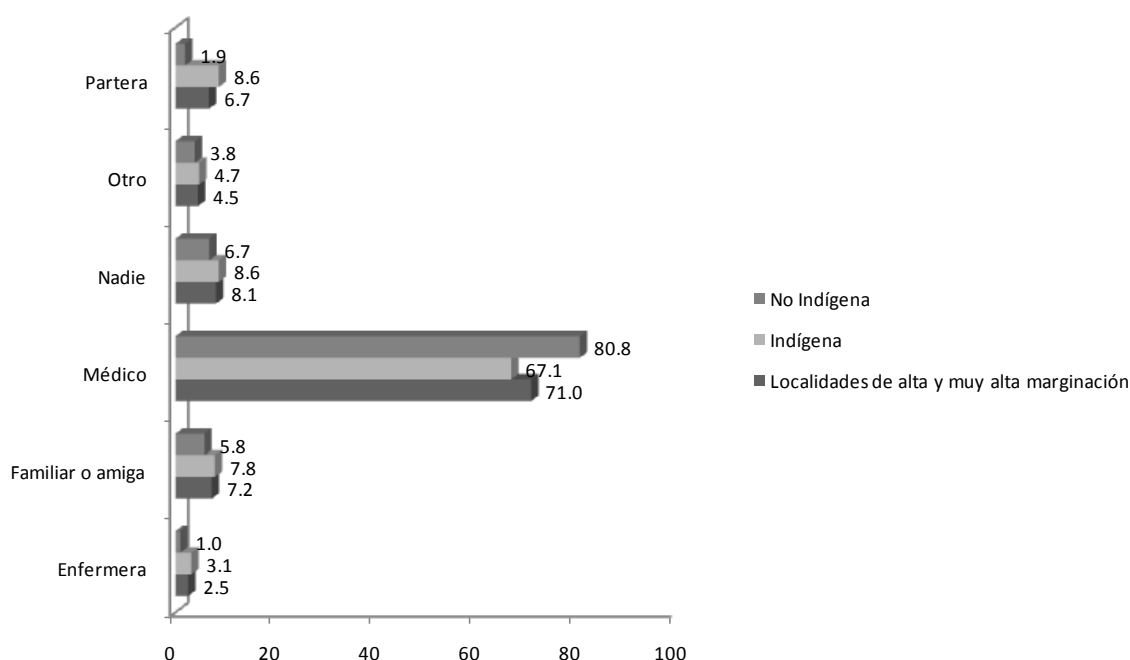


Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

Principales complicaciones durante el parto

Dentro de los resultados obtenidos de este análisis se observó que 4.7 y 7.7% de las mujeres indígenas y no indígenas refirieron haber tenido complicaciones durante el parto. Aunque el porcentaje es bajo, este cobra importancia cuando se toma en cuenta que las instituciones o centros de salud donde que podrían dar solución estos problemas se encuentran ubicados fuera de las localidades de alta y muy alta marginación.

Gráfica XLI. Distribución porcentual del personal que atendió el último parto por tipo de población

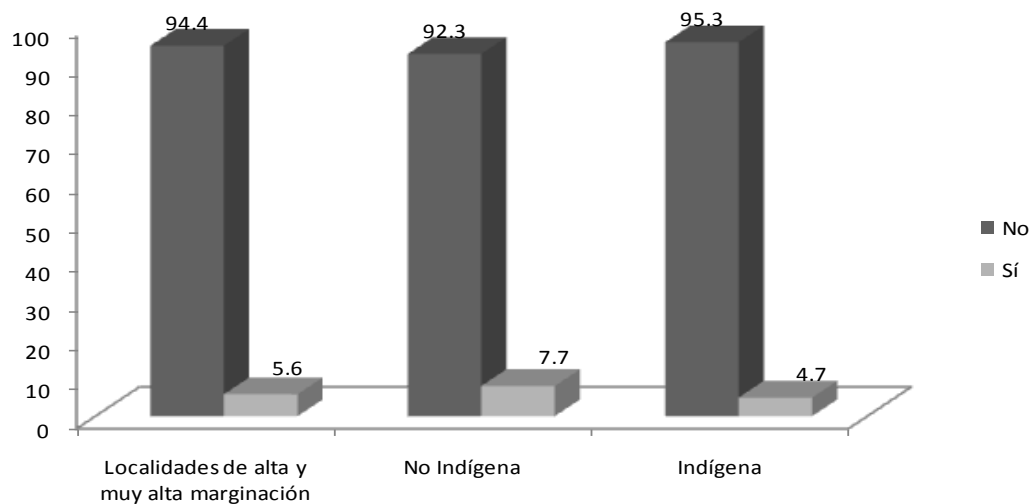


Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo.

Entre las complicaciones mencionadas se encontraron el sangrado vaginal y las infecciones en los riñones para la población no indígena, mientras que para la población indígena se observó la hinchazón en piernas y/o cara, dolor de cabeza y visión borrosa, los cuales son factores asociados en ocasiones con la presencia de preeclampsia.

El síndrome de la preeclampsia es un problema médico de gran importancia debido a su importante morbilidad y mortalidad materna y perinatal a nivel mundial. Su etiología se desconoce, no obstante se sugiere que posee una base genética e inmunológica que resulta en un trastorno multisistémico caracterizado por hipertensión, proteinuria, y anomalías en la coagulación y/o en la función hepática. Entre los diferentes factores que incrementan el riesgo de preeclampsia se encuentran la primigestación, edades maternas extremas, hipertensión crónica, enfermedad renal, diabetes mellitus pregestacional, trombofilias, obesidad, síndrome de ovarios poliquísticos y procesos infecciosos entre otros (ENSADEMI, 2008).

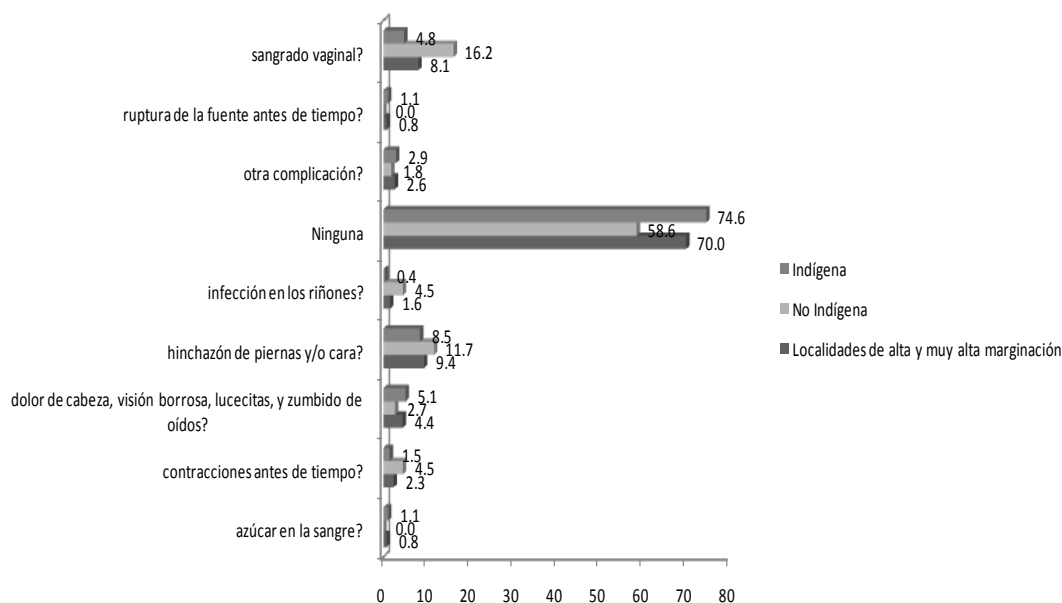
Gráfica LXII. Porcentaje de mujeres embarazadas que reportaron complicaciones durante el embarazo por tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

Tomando en cuenta lo anterior se sugiere que parte de las estrategias para evitar riesgos durante el embarazo y parto deben incluir la prevención y el control de los riesgos anteriormente citados dentro de las unidades móviles o en los servicios que se encuentran ubicados dentro de las comunidades de alta y muy alta marginación.

Gráfica XLIII. Distribución porcentual de las complicaciones durante el embarazo por tipo de población



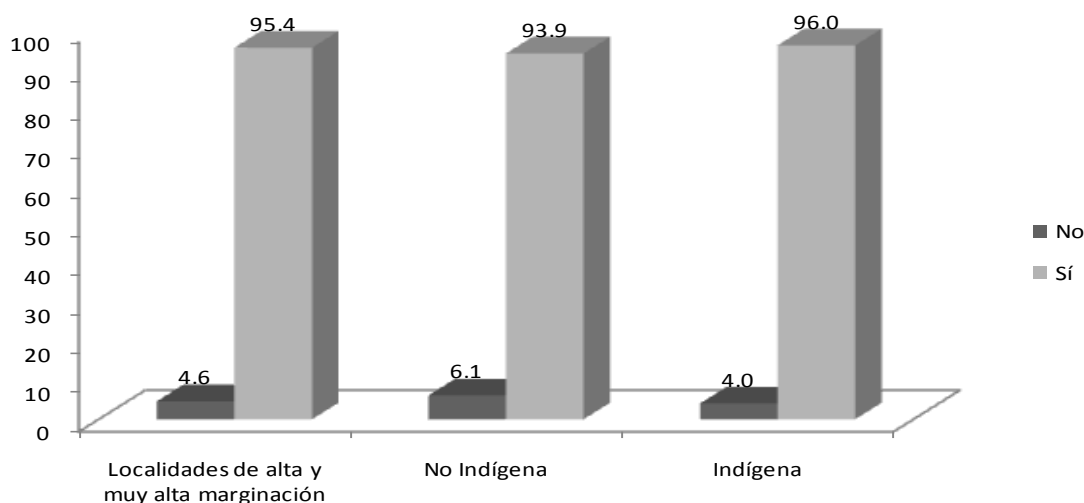
Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

Lactancia materna

La lactancia materna (LM) es la mejor estrategia para mejorar la salud y prevenir la mortalidad infantil. Los menores amamantados experimentan menor mortalidad, incluido el síndrome de muerte súbita y menor frecuencia y gravedad de morbilidad por diarrea, infecciones respiratorias y dermatitis. A su vez, disminuye la morbilidad: severidad e incidencia de enfermedades diarreicas, otitis aguda media, infecciones severas del tracto respiratorio inferior, gastroenteritis no específicas, asma, dermatitis atópica, obesidad en etapas posteriores de la vida, diabetes tipo 1 y 2, leucemia, enterocolitis necrosante y fortalece la relación madre-hijo (OMS, 2003).

La OMS recomienda que la LM sea exclusiva hasta los 6 meses y continuada 2 años o más si la madre y el niño lo desean (OMS, 2003).

Gráfica XLIV. Porcentaje de mujeres que practican la lactancia materna

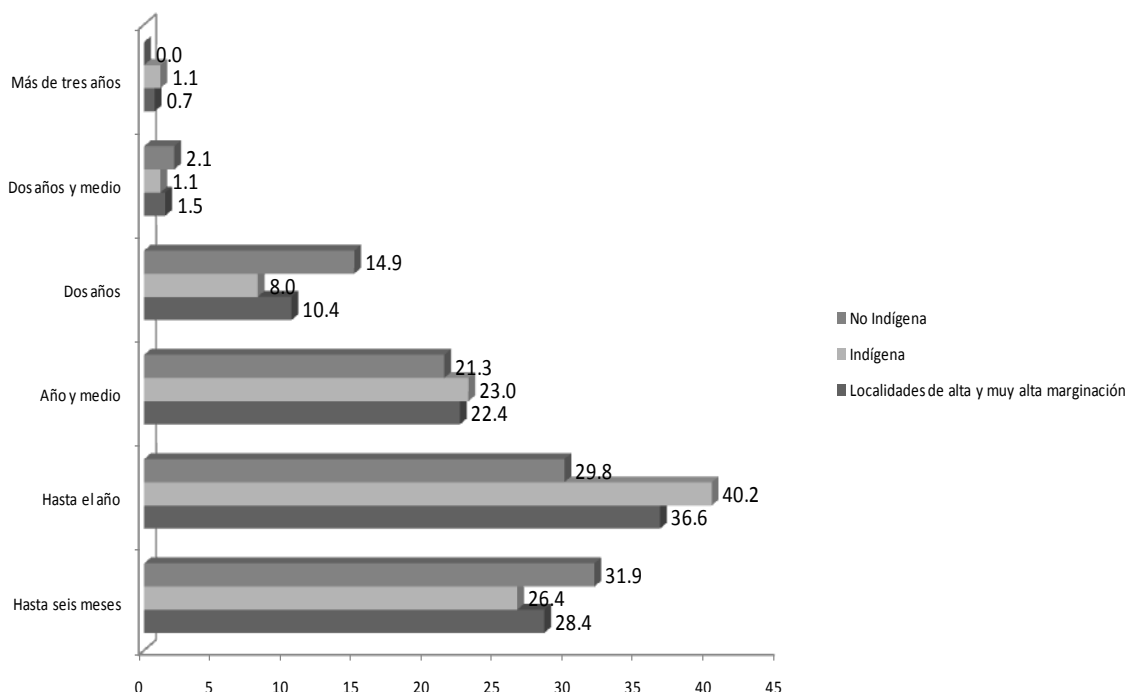


Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo.

El inicio de la lactancia materna dentro de las primeras horas es fundamental para la sobrevivencia de los recién nacidos. Las mujeres que amamantan de acuerdo con las recomendaciones de la OMS, muestran una supresión de la ovulación y una mayor pérdida de peso en los primeros meses posparto comparadas con mujeres que no amamantan o lo hacen con menor intensidad. Asimismo, la lactancia materna se asocia con menor riesgo de sufrir cáncer de mama o de ovarios, así como diabetes (Division of Nutrition and Physical Activity, 2007). Además, la LM se asocia con ahorros familiares sustanciales asociados a la compra de lácteos de fórmula y parafernalia, por consultas médicas y medicamentos (Informe deterioro de la lactancia materna, ENSANUT, 2012).

Los resultados del análisis mostraron que el mayor porcentaje de las mujeres no indígenas dan pecho de los 6 meses hasta el primer año de edad, mientras que las mujeres indígenas este periodo se extiende hasta los 3 años.

Gráfica XLV. Porcentaje de meses de lactancia en mujeres por tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

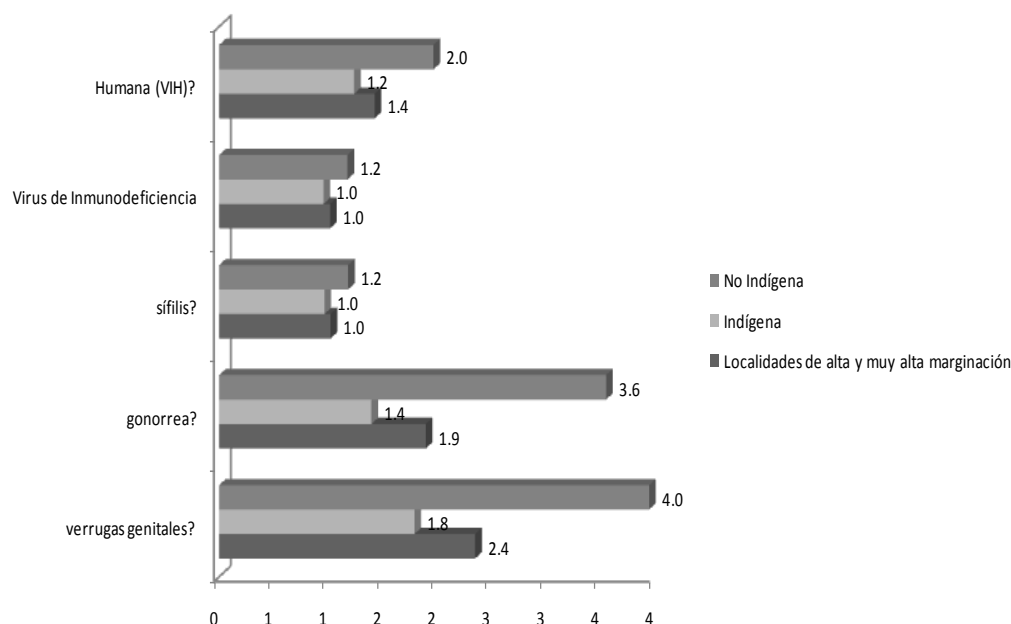
De acuerdo con Delgado-Becerra *et al.*, (2006), se ha observado menos abandono de la lactancia materna en áreas rurales que urbanas y en niveles socioeconómicos bajos que en clase media. Entre los factores asociados con el abandono de la lactancia de origen materno (infecciones, falta de producción de leche, trabajo, entre otros) y el rechazo a la alimentación al seno materno –además de la falta de apoyo familiar y el alto nivel de ansiedad–. Sin embargo, los programas educativos son efectivos para lograr que las mujeres prolonguen el periodo de lactancia por más de 3 meses, de ahí la importancia de mejorar la promoción y educación, especialmente en la etapa prenatal, así como las prácticas hospitalarias (dar seno materno dentro de la primera hora de vida, no utilizar biberones y fomentar el alojamiento conjunto durante las 24 horas).

Salud sexual y métodos de prevención contra el VIH y cáncer

Además de la atención durante el embarazo, el parto y los métodos de planificación familiar, las mujeres en zonas de alta y muy alta marginación asisten a consulta médica para el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual. Sin embargo, los resultados

de la encuesta registraron que las mujeres no indígenas son las que presentan mayor frecuencia de consulta para enfermedades de transmisión sexual.

Gráfica XLVI. Distribución porcentual de la atención médica para enfermedades de transmisión sexual en los últimos 12 meses por tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

Las mujeres ubicadas en localidades de alta y muy alta marginación se encuentran más expuestas a la transmisión de enfermedades sexuales por la gran cantidad de población que migra hacia los Estados Unidos y otras ciudades (Hernández-Rosete *et al.*, 2008).

VIH

De acuerdo con Rangel *et al.* (2006), la ruralización del VIH en México tiene relación con las dinámicas de circulación migratoria hacia Estados Unidos. Es un proceso infeccioso con dos fases. La primera ocurre durante la estancia en Estados Unidos, especialmente entre varones que viajan sin sus parejas y que tienen, entre otros, contactos sexuales sin condón con trabajadoras sexuales (Sánchez *et al.*, 2004).

La segunda fase se presenta cuando los migrantes infectados vuelven a su localidad de origen en México y, sujetos a las creencias arraigadas sobre sexualidad y control reproductivo, exigen que los contactos sexuales con las esposas o parejas que esperan en México sean sin protección (Hernández-Rosete *et al.*, 2008).

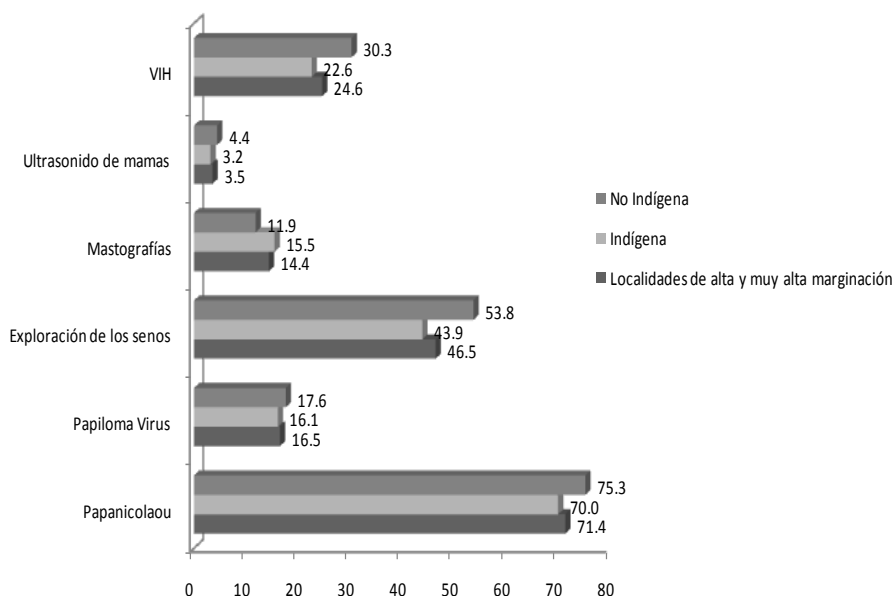
Lo anterior resulta alarmante si tomamos en cuenta los datos mostrados por (Villalobos, 2012), donde se menciona que sólo 14.7% de las mujeres mayores de 35 años utilizan condón durante sus relaciones sexuales y el restante no utiliza ninguna forma de protección o método de planificación familiar. Como se mencionó los resultados del levantamiento mostraron que sólo 15.7 y 5.8% de las mujeres adultas hacen uso del preservativo masculino. La vulnerabilidad para VIH/sida/ETS no depende de las preferencias sexuales, sino de escenarios donde el ejercicio violento del poder impide el uso adecuado del condón (Delor y Hubert, 2000).

Hernández-Rosete *et al.* (2008), mencionan a manera de hipótesis que la vulnerabilidad para VIH/sida/ETS en mujeres indígenas unidas en concubinato con varones migrantes es atribuible a los procesos de vida familiar, conyugal y de identidad masculina que, regidos por el género, dificultan el uso del condón durante los ciclos de la migración de retorno.

La ruralización del VIH/sida, en México, requiere intervenciones de prevención y atención de VIH/ETS que sean sensibles a la pluralidad etnolingüística. Además, deben de estar sustentadas en enfoques de género que no sólo reconozcan a la población femenina, sino que también tomen en cuenta las prácticas y creencias masculinas sobre reproducción, especialmente las creencias ligadas a la conversión simbólica de niños en hombres, que parecen jugar un papel importante en la producción de vulnerabilidades para VIH/ETS (Hernández-Rosete *et al.*, 2008).

También, es necesario que las mujeres indígenas en zonas de alta y muy alta marginación tengan mayor acceso a información sobre salud reproductiva. Al igual que a las pruebas de detección del virus del papiloma humano, VIH y otras enfermedades de transmisión sexual y programas de prevención del cáncer, entre otros (mastografías).

Gráfica XLVII. Proporción de mujeres que se realizaron una prueba para detección de neoplasias por tipo de población

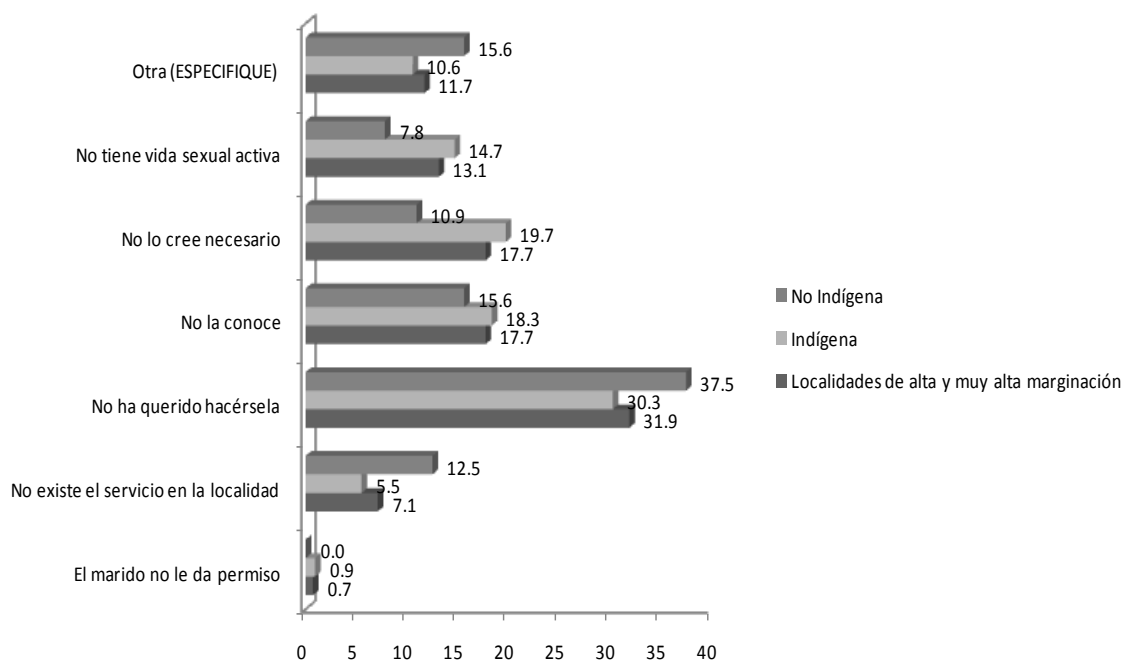


Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

Tanto las pruebas de detección de las enfermedades transmisión sexual (ETS) como el acceso a la información sobre estos padecimientos son indispensables para que estas enfermedades disminuyan su frecuencia en las mujeres que viven en poblaciones de alta marginación, lo cual constituye un enorme reto en materia de salud.

Los resultados del levantamiento muestran que menos del 30% de la población ubicada en localidades de alta y muy alta marginación tiene acceso a pruebas de VIH y virus del papiloma. Además, cabe señalar que menos del 54% de estas mujeres han realizado una exploración de los senos con la finalidad de prevenir secuelas cancerígenas. Sin embargo, existe un amplio porcentaje de mujeres que tienen acceso a la prueba de Papanicolaou, (la población que mencionó no haber realizado la prueba comentó que no desea realizarla y que la desconoce).

Gráfica XLVIII. Distribución porcentual de los motivos por los cuales no se realizan la prueba del Papanicolaou por tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

Las campañas de educación sobre enfermedades de transmisión sexual, personal capacitado en interculturalidad, así como el equipamiento de las unidades móviles y centro de salud, son factores fundamentales para la prevención y control de dichas enfermedades en localidades de alta y muy alta marginación, donde las mujeres se encuentran mucho más expuestas al contagio por la elevada migración.

3.1.4 Condiciones de salud de adultos mayores de 40 años

Para caracterizar a la población adulta mayor a 40 años de edad, el levantamiento cuenta con una sección enfocada a las enfermedades crónicas y padecimientos considerados de mayor importancia en el ámbito de las políticas de salud. A fin de conocer la evolución de dichas enfermedades, en las siguientes secciones se presenta información desagregada por sexo y tipo de población sobre los resultados más relevantes en las localidades de alta y muy alta marginación.

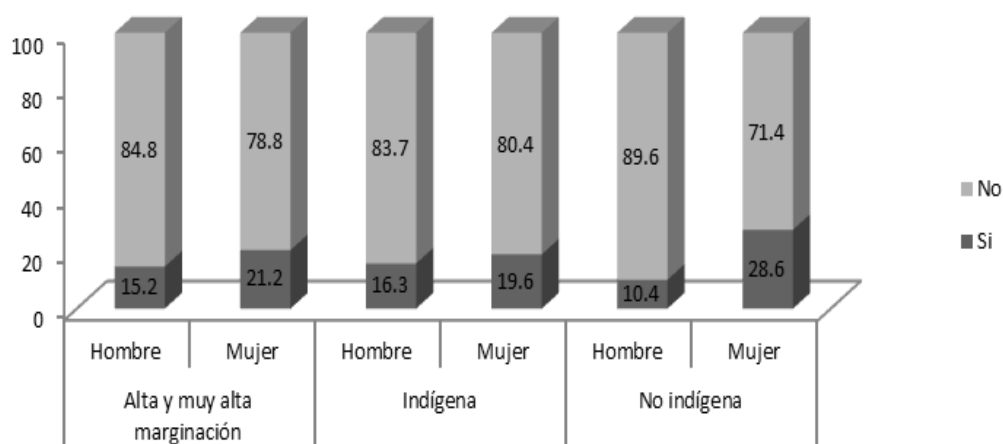
Diabetes mellitus

La diabetes es un reto de salud global. De acuerdo a la oms, hasta septiembre de 2012 había más de 347,000,000 de personas con diabetes.³⁶ Aunado a esto, la oms muestra que más del 80% de estas personas se encuentran en países en vías de desarrollo, como lo es México. Esto presenta un reto porque los recursos para combatir esta enfermedad son limitados en dichos países, y por otro lado, el costo económico de padecer esta enfermedad es muy alto.

Las actividades de prevención para esta enfermedad como lo son los cambios en la alimentación, planes de ejercicio y el evitar fumar, son costo-efectivas, ya que reducen las probabilidades de adquirir esta enfermedad y, si ya se tiene, retrasar su progresión. Sin embargo, a pesar de ser costo-efectivas, depende mucho de la constancia de las personas y la adaptación de las mismas a estas actividades. Combatir la diabetes mellitus desde sus principios es de suma importancia, ya que es una enfermedad crónica que pone en riesgo la viabilidad del sistema de salud.

De acuerdo a los datos recabados, en las localidades de alta y muy alta marginación 15.2% de los hombres y 21.2% de las mujeres han sido diagnosticadas con diabetes. Para el caso de la población indígena notamos que la prevalencia de la enfermedad es ligeramente mayor en los hombres (16.3%) que en las mujeres (19.6%). Los hombres no indígenas presentan menor proporción de diabéticos –10.4%– a diferencia de las mujeres quienes registran mayor proporción (28.6%).

Gráfica XLIX. Prevalencia de diagnóstico de diabetes por sexo y tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

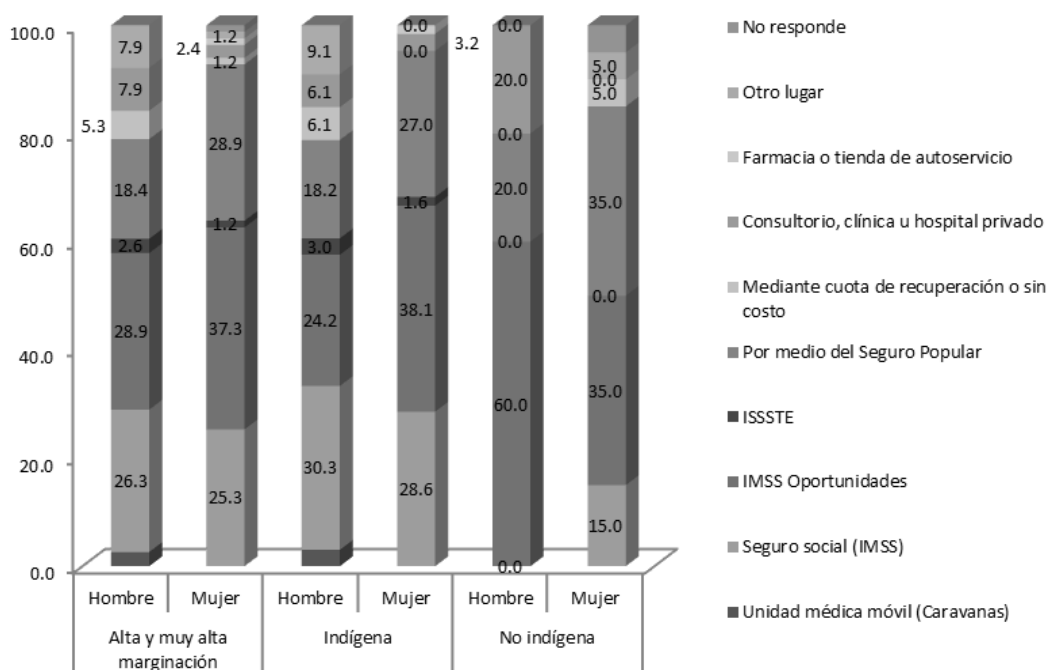
³⁶ Organización Mundial de la Salud (2012). Centro de prensa, nota descriptiva N° 312, Diabetes.

Atención de diabetes por institución

Los datos recabados nos señalan que en las localidades de alta y muy alta marginación la mayor parte de la atención es brindada por el IMSS, el IMSS Oportunidades y por medio del Seguro Popular; la primera institución, al igual que el Seguro Popular, presta servicios a más de la cuarta parte de la población tanto de hombres como mujeres. Por su parte el IMSS Oportunidades es la institución que atiende a la mayor parte de las personas con este padecimiento, 28.9% de los hombres y 37.3% de las mujeres.

Al segmentar la información por tipo de hogar, observamos que los varones indígenas acuden con mayor frecuencia al IMSS (30.3%) para atención, mientras que las mujeres acuden al IMSS Oportunidades (38.1%). Los no indígenas, sobre todo en el caso de los hombres, el 60% se atienden en el IMSS Oportunidades, mientras que las mujeres acuden a esta misma institución y al Seguro Popular en 35% de los casos. Destaca que los diabéticos de localidades de alta y muy alta marginación dependen en gran medida de los servicios otorgados por la ss, ya que tanto IMSS Oportunidades como Seguro Popular brindan en la mayor parte de los casos más de la mitad de la atención.

Gráfica L. Distribución porcentual de la institución de atención para los diabéticos por tipo de población



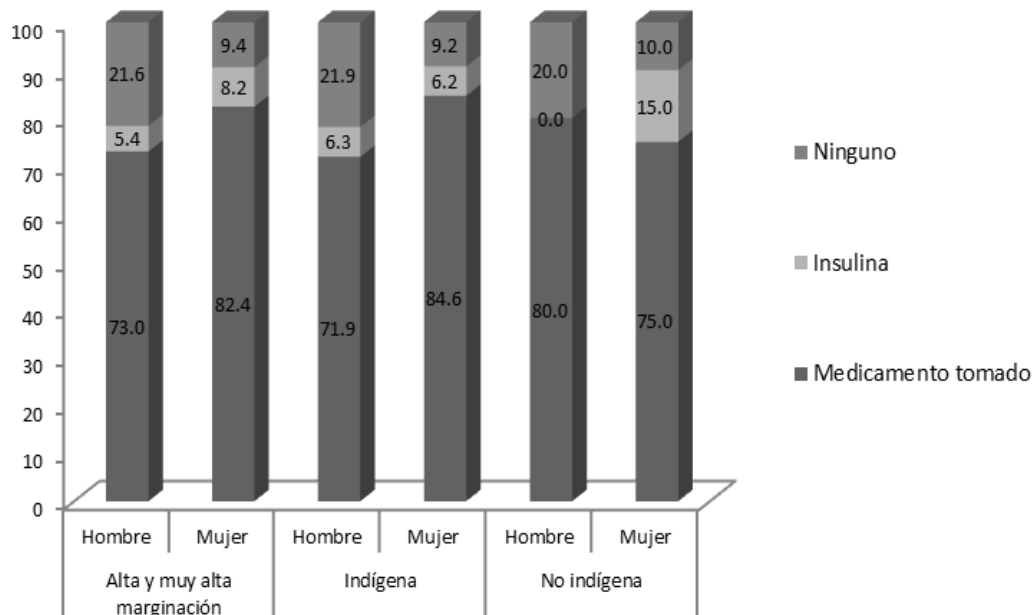
Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

Tratamientos médicos

En cuanto a los tratamientos para controlar la diabetes, tanto hombres como mujeres reportaron tomar pastillas en casi tres cuartas partes de la población, sin embargo los varones son más proclives a no tomar pastillas ni aplicarse insulina (21.6%) en comparación con las mujeres (9.4%), lo mismo ocurre en indígenas y no indígenas.

La población indígena consume pastillas para controlar la glucosa en la sangre en cifra similar a la observada al total de la población, mientras que los hombres no indígenas lo hace en mayor proporción (80%) en comparación con las mujeres (75%).

Gráfica LI. Porcentaje del tratamiento para controlar la diabetes por tipo de población



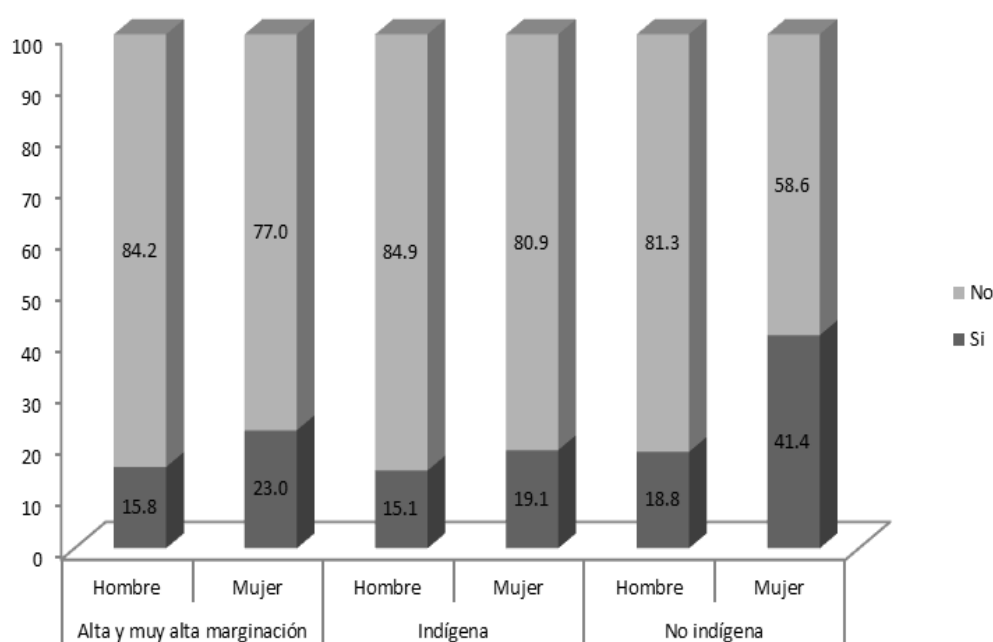
Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

Dado que es relevante el dato de personas que no controlan su diabetes por medio de insulina y/o pastillas, es necesario continuar con los programas de información acerca de la importancia de esto, sin dejar de lado la consideración del factor económico como posible razón de no seguir alguna de las medidas de control, ya que al menos 50% del gasto invertido en el control de la enfermedad corresponde al gasto de bolsillo de las familias con cambios en las diferentes instituciones que se atienden. Esta situación, debe considerarse alarmante si consideramos que tanto la población indígena como la no indígena mantiene promedios iguales e incluso por encima de la nacional en este padecimiento.

Hipertensión arterial

Como se comentó, las complicaciones de la hipertensión arterial están directamente relacionadas con el aumento en la tensión arterial y el tiempo de la misma. De acuerdo a los datos recabados, se halló que 15.8% de los hombres y 23% de las mujeres encuestadas han sido diagnosticados con hipertensión arterial. Al revisar por tipo de hogar, la prevalencia en las personas indígenas es todavía mayor en las mujeres (19.1%) que en los hombres (15.1%), mientras que 18.8 y 41.4%, de los hombres y mujeres no indígenas, respectivamente, han sido diagnosticados como hipertensos.

Gráfica LII. Prevalencia de diagnóstico de hipertensión arterial por tipo de población

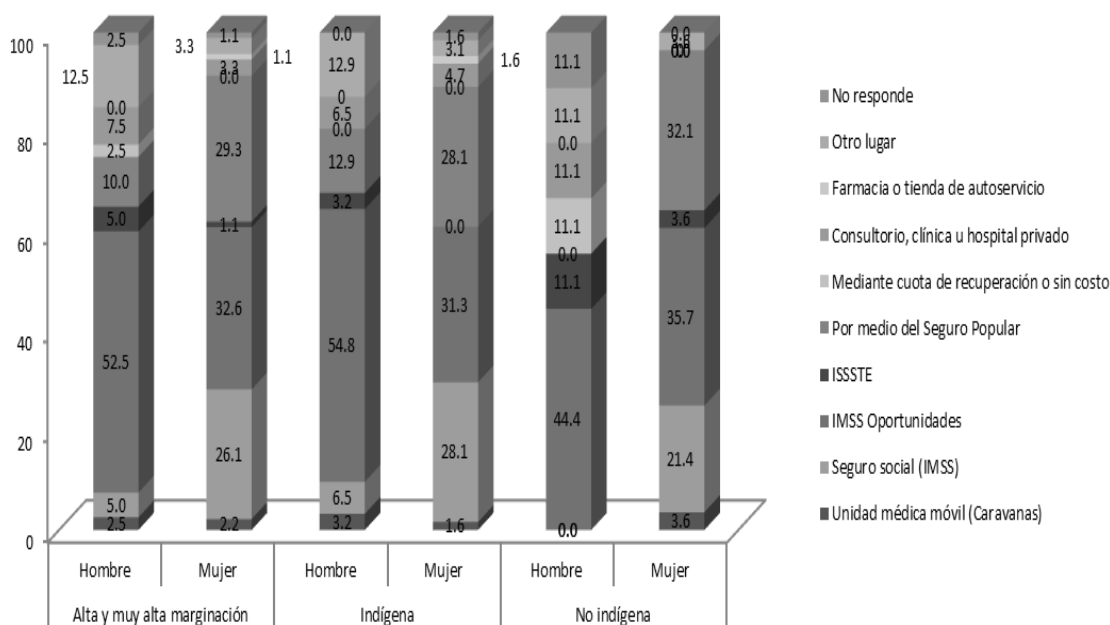


Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

Atención de hipertensión por institución

En cuanto a la atención por institución, nuevamente es notoria la dependencia que tienen los estratos de alta y muy alta marginación respecto a los servicios procurados por la SSA. Tanto IMSS Oportunidades como Seguro Popular brindan más de la mitad de la atención a la población hipertensa en estas poblaciones. Asimismo, es relevante para la atención de esta enfermedad la participación del IMSS en el caso de las mujeres pues otorga poco más de la cuarta parte de los servicios, al desagregarse, se observa que 28.1% de las mujeres indígenas y 21.4% de las no indígenas reciben la atención en este tipo de aseguramiento.

Grafica LIII. Distribución porcentual del lugar de atención para la población con hipertensión por tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo.

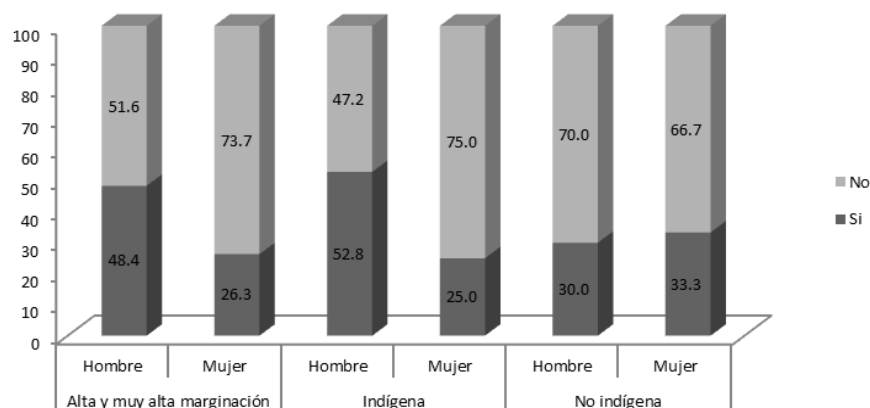
En general, se puede afirmar que la hipertensión en las localidades de alta y muy alta marginación muestra un crecimiento porcentual importante, lo cual explica que sea recientemente una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad del adulto entre 20 y 69 años. El hecho de que no se implementen estrategias para prevenir y controlar este padecimiento, en combinación con la indiferencia del enfermo generará, principalmente en estas localidades que su falta de atención reduzca la calidad de vida en los hogares que cuentan con personas que padecen este problema porque al ser un padecimiento requiere atención médica y tratamiento farmacológico de por vida, lo cual impactará en el ingreso que los hogares.

Tabaquismo

De acuerdo a los datos recabados, en las localidades de alta y muy alta marginación, la mayor proporción de fumadores corresponde a los hombres (48.4%) mientras que las mujeres fuman poco más de la cuarta parte de la población. Al revisar por tipo de hogar, los hombres indígena registraron la mayor proporción de fumadores (52.8%) a diferencia

de las mujeres (25%). En contraste, las mujeres no indígenas que son fumadoras están por encima de la proporción revisada en este tipo de poblaciones (33.3%).

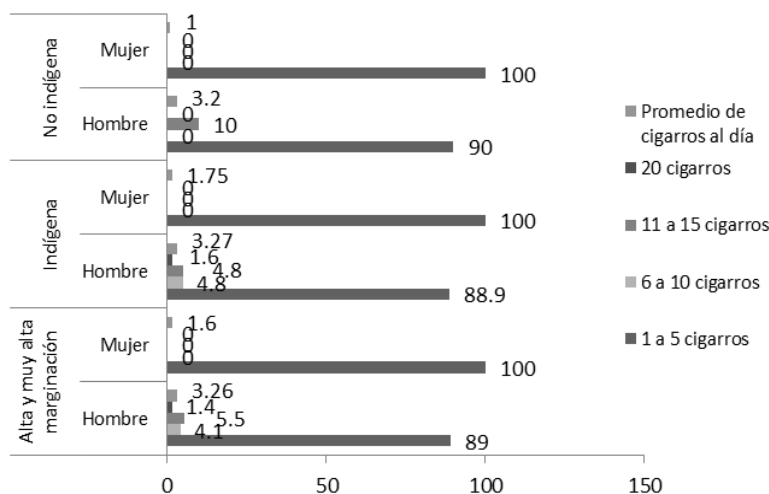
Gráfica LIV. Distribución porcentual de población fumadora por tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo.

Respecto a los niveles de dependencia, en los datos recolectados se considera este rubro como el promedio de cigarros que fuman al día. Al respecto se encontró que la media de cigarros al día en el caso de los hombres es de 3.26, observándose una menor dependencia en el caso de las mujeres, quienes en promedio fuman 1.6 cigarros al día. Al dividir por tipo de hogar, se nota que son los hombres tanto indígenas como no indígenas los que tienen también mayor dependencia con un promedio de cigarrillos similar al del estrato. Las mujeres no indígenas son quienes tienen un menor problema con este tipo de hábito pues de quienes fuman consumen diariamente un cigarro en promedio.

Gráfica LV. Promedio y cantidad de cigarros al día por sexo y tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

Los resultados obtenidos muestran si bien el promedio de cigarros consumidos al día puede considerarse bajo, lo cierto es que este hábito genera mundialmente cerca de 60,000 muertes al año en México (Kuri, 2006).

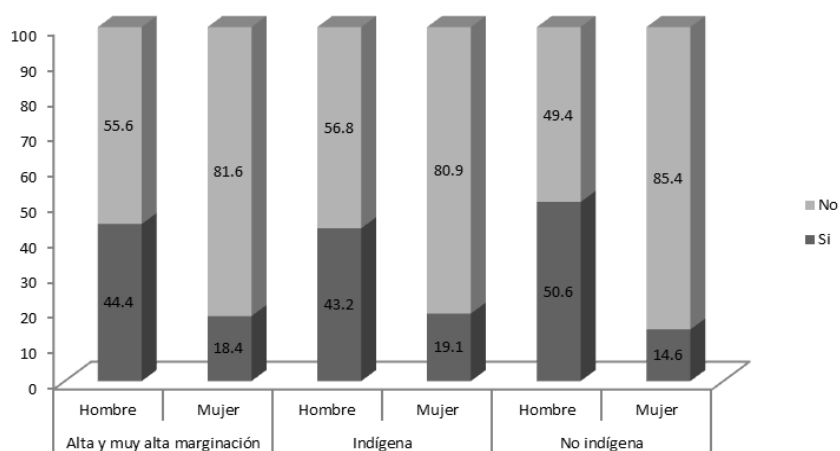
Cualquier campaña que se emprenda con el fin de reducir los niveles de consumo de tabaco debe tomar en cuenta medidas preventivas y correctivas, así como la variación porcentual que existe al distinguir por género, ya que son los hombres en quienes se observa mayor proporción de fumadores, sin dejar de lado, que la incidencia en mujeres también representa cifras importantes.

Alcoholismo

Para efectos del análisis realizado en el levantamiento se definió el consumo de alcohol entre los adultos como el consumo de una bebida alcohólica de forma diaria, semanal, mensual u ocasional en el último año. Por otra parte, el abuso del alcohol se definió como el consumo de cinco copas o más por ocasión.

De acuerdo con la información recabada en la encuesta, actualmente 44.4% de los hombres y 18.4% de las mujeres habitantes de localidades de alta y muy alta marginación consumen alcohol. Al desagregar por tipo población, se observa que son los hombres no indígenas quienes presentan mayor consumo (50.6%). Por su parte, tanto las mujeres no indígenas como las indígenas son quienes tienen una menor proporción de consumo, 14.6 y 19.1%, respectivamente.

Gráfica LVI. Prevalencia de consumo de alcohol por tipo de población

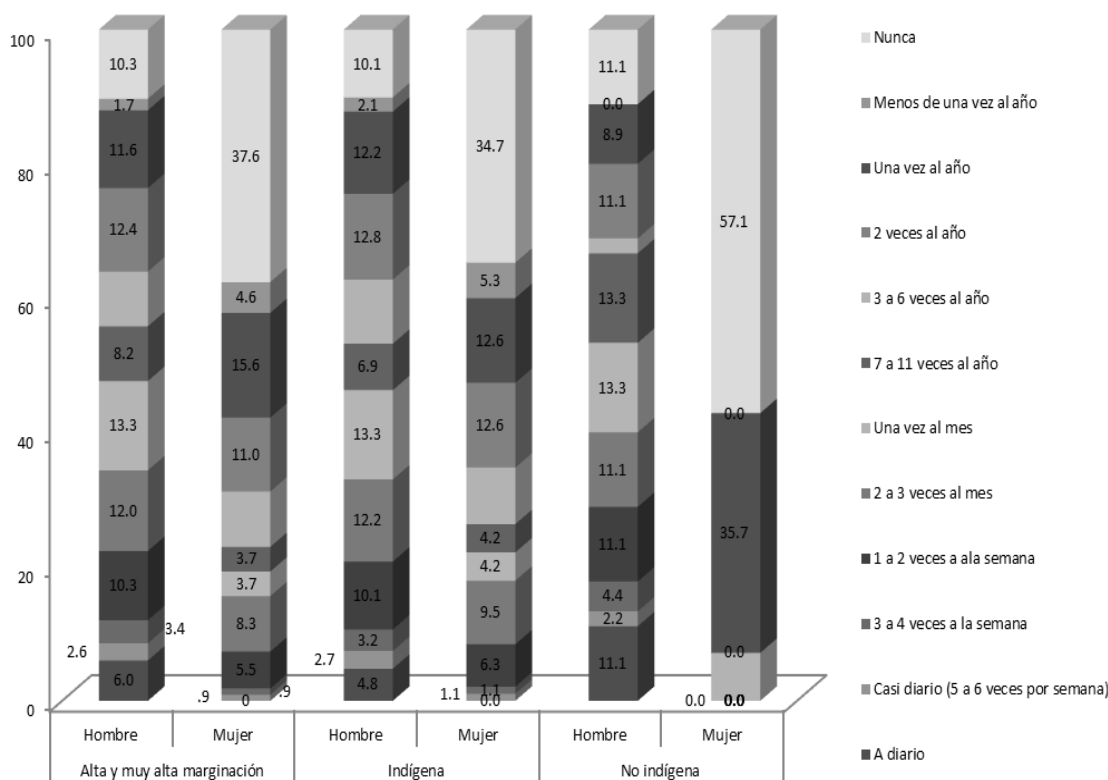


Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

En cuanto al abuso de alcohol, las mujeres registraron menor abuso de bebidas alcohólicas, pues la proporción de mujeres que nunca consumen más allá de lo

considerado como abuso representa 34.7 y 57.1% para mujeres indígenas y no indígenas respectivamente. Por su parte, los hombres presentan los menores niveles de no bebedores, y quienes consumen alcohol ya sea diario o hasta una o dos veces por semana supera el 20%, los no indígenas registraron la proporción más alta (28.9%).

Gráfica LVII. Distribución de abuso de alcohol por tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

Los resultados arrojados muestran prevalencias diferenciadas en los niveles de consumo de los estratos poblacionales, al ser los hombres quienes mantienen proporciones mayores tanto en el agregado de los estratos de alta y muy alta marginación, como al distinguir entre indígenas y no indígenas. Lo anterior bien puede sugerir la implementación de estrategias de prevención principalmente en este grupo, a fin de evitar efectos secundarios tanto de quienes padecen esta enfermedad, como de los hogares o las personas que conviven con ellos, ya que el abuso de alcohol no sólo causa detrimento de la salud sino consecuencias sociales para el bebedor, su familia y la sociedad. Dar solución a un problema de esta índole exige la participación coordinada de todos los sectores, grupos de interés, la sociedad civil organizada y en general, la colectividad en su conjunto.

3.1.5 Identificación, acceso y utilización de servicios de caravanas de la salud

El Programa caravanas de la salud surge con la intención de atender a poblaciones dispersas de comunidades caracterizadas por su tamaño y pocos habitantes, que residen en zonas de difícil acceso a la Red de servicios de salud debido a esta ubicación geográfica. Bajo este problema, la Administración Pública Federal a través de la Secretaría de Salud, diseñó el Programa para acercar a la población la oferta de servicios de salud, mediante equipos de salud itinerantes, además de coadyuvar en el fortalecimiento de la cobertura de servicios en localidades dispersas, marginadas y con un número reducido de habitantes en todas las entidades federativas.

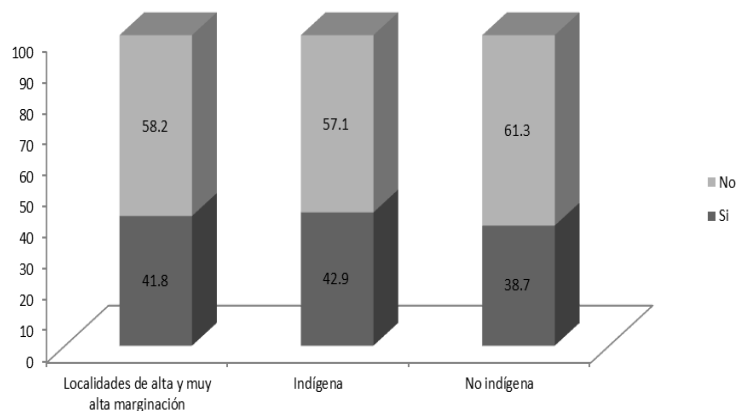
El Programa articula a todas las instituciones prestadoras de servicios de salud con el fin de acercar la Red de servicios de salud a la población que, por sus condiciones sociales, no tiene una cobertura regular o permanente de estos servicios. Por ello, este Programa constituye uno de los principales esfuerzos de la política de salud del gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, para resolver las actuales limitaciones de cobertura de servicios que aún prevalecen en diversas zonas del territorio nacional.

Para medir el avance del Programa en estos rubros, en el cuestionario aplicado en las localidades de alta y muy alta marginación aparece una sección dirigida a conocer los efectos que las UMM tienen en términos de acceso, utilización y calidad que suministran cuando ofrecen algún servicio. Para tal efecto, se aplicó una batería de preguntas relacionadas al Programa a cuando menos, una persona del hogar donde fue realizado el levantamiento. A continuación se presentan los principales resultados.

Identificación del Programa caravanas de la salud en localidades de alta y muy alta marginación

De acuerdo con la información recabada durante el levantamiento, se observa que menos de la mitad de la población que habita en localidades de alta y muy alta marginación tiene conocimiento sobre el Programa. Al estratificar los resultados por tipo de población, encontramos que las personas que habitan hogares no indígenas son quienes más desconocen al Programa (61.3% contra 57.1% para los hogares indígenas).

Gráfica LVIII. Porcentaje de personas que conocen el Programa caravanas de la salud por tipo de población

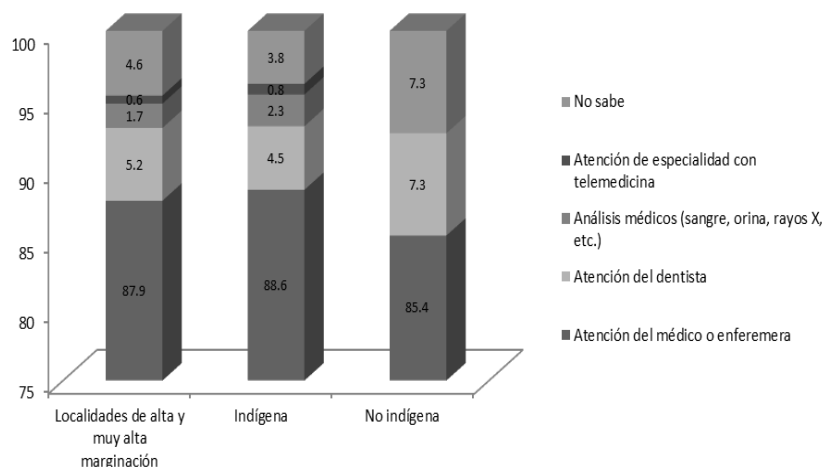


Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

Si bien entre los principales determinantes que inciden en la utilización de los servicios se refieren al estado de salud, así como a variables económicas y demográficas, también lo es el conocimiento sobre el tipo de enfermedades y servicios que son atendidos en las instancias a las que acuden.

Al analizar los resultados, se encuentra que de las personas que han utilizado al menos una vez este tipo de servicios, la mayoría reporta conocer solamente la atención médica, la cual representa 88% de las menciones, mientras que el resto de servicios tales como los de telemedicina, atención con el dentista o de realización de análisis médicos, representa 13%. Al desagregar la información por tipo de población, se observa la misma tendencia tanto para quienes viven o no en hogares indígenas (88.6 y 85.4% respectivamente).

Gráfica LIX. Distribución porcentual del conocimiento de las atenciones brindadas por el Programa por tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

La información recabada muestra que aún existe un fuerte desconocimiento del Programa en las localidades que éste atiende. Lo anterior podría considerarse como un área de oportunidad importante en la que se podrían mejorar los mecanismos de promoción y difusión de los servicios que se ofrecen, a fin de incrementar la atención no sólo en general, sino también de los diferentes servicios que se ofrecen.

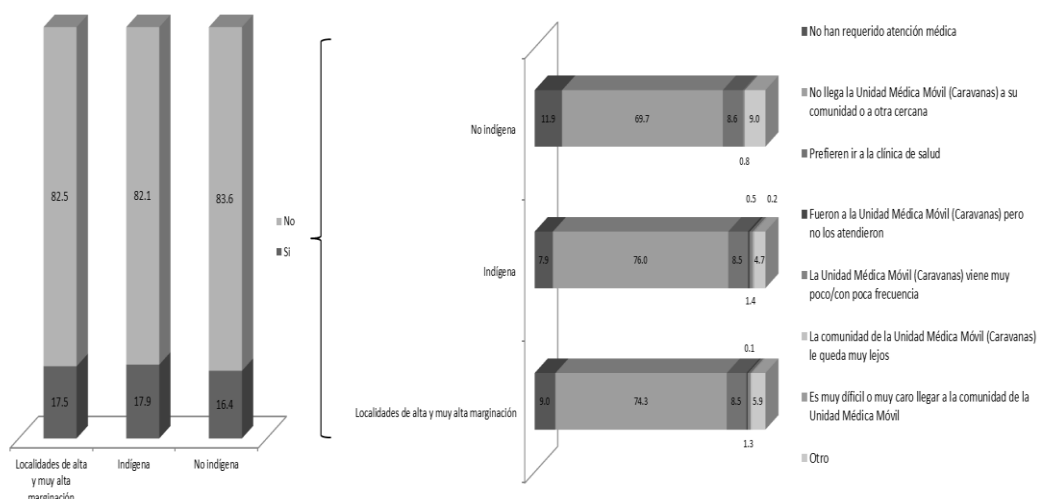
Utilización de servicios otorgados por el Programa caravanas de la salud

Para conocer la utilización de servicios suministrados por el Programa, se indagó preguntando al informante clave del hogar si éste o alguno de quienes habitan en el mismo, se han atendido en una unidad médica móvil (UMM).

De acuerdo con la información recabada, la tasa de utilización de servicios del Programa en las localidades de alta y muy alta marginación fue de 17%, cifra similar tanto para los hogares indígenas como no indígenas (17.9 y 16.4% respectivamente).

Del porcentaje que no se atendió resalta que la principal razón que se menciona tiene que ver con que las unidades médicas no llegan a su comunidad o a otra cercana. Este porcentaje equivale al 75% para el total de las poblaciones que habitan en alta y muy alta marginación, mientras que el 76 y 69.7% es para personas de hogares indígenas y no indígenas respectivamente pero que habitan dentro de las mismas localidades.

Gráfica LX. Utilización y motivos de no atención por el Programa caravanas de la salud por tipo de población



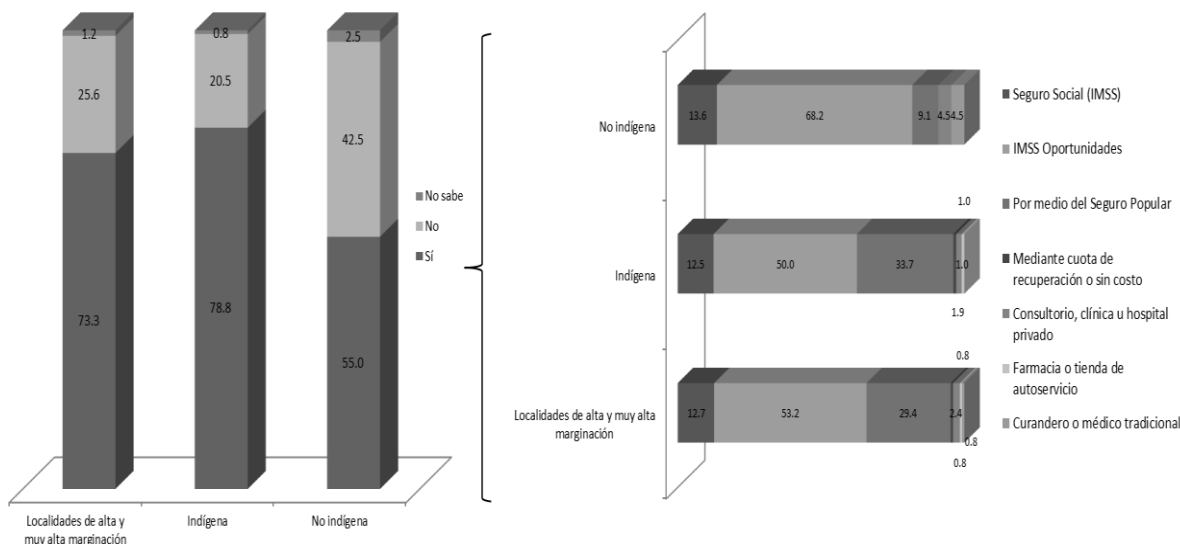
Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

Los resultados obtenidos arrojan información importante en términos de acceso y disponibilidad de servicios que suministra el Programa. El hecho de que casi tres cuartas partes reporte que las UMM no lleguen a la propia comunidad o a comunidades cercanas donde se requiere de atención, refleja que no sólo el desconocimiento del Programa, sino también la inaccesibilidad reduce la posibilidad de que quienes requieren de atención médica curativa, preventiva o para control de alguna enfermedad, no puedan acudir a este tipo de atención. Este hecho es de vital importancia ya que el Programa fue creado con el principal objetivo de dotar de acceso a localidades y grupos que cuentan con problemas de acceso a servicios para la salud, dada su localización geográfica.

Utilización de servicios para la salud por tipo de institución

Con respecto a la utilización de otros servicios, las personas encuestadas reportan que poco más del 70% acude a otro tipo de lugares para recibir atención médica o prevención. Al desagregar la información por tipo de institución donde solicitan atención, la información muestra que para todos los estratos, prevalece la atención de los servicios suministrados por el IMSS Oportunidades con más de la mitad del total (53.2, 50 y 68.2% en localidades de alta y muy alta marginación, personas que viven en hogares indígenas y no indígenas respectivamente), seguidos del Seguro Popular (29.4, 33.7 y 9.1%) y el IMSS (1.7, 12.5 y 13.6%).

Gráfica LXI. Distribución porcentual de utilización de servicios para la salud por tipo de institución y población



Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

Indicadores de acceso

Tal y como se mencionó en secciones anteriores, entre los principales determinantes que influyen en la demanda y la utilización de servicios para la salud se refiere al acceso que tienen las personas cuando tienen necesidad de recibir atención médica.

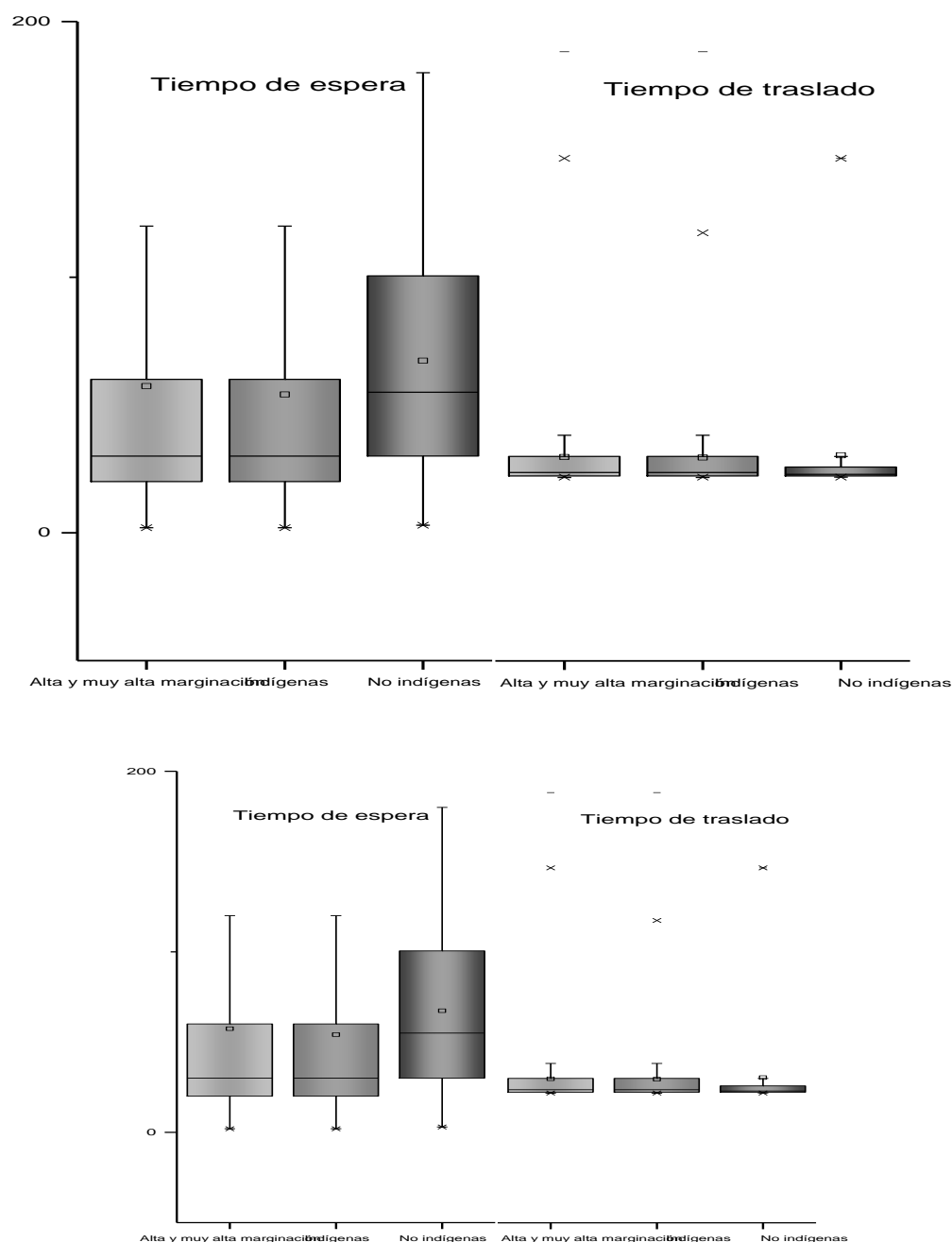
A fin de evaluar la accesibilidad de los servicios de salud que suministra el Programa de caravanas de la salud, en la sección del Programa incluida en la encuesta fueron aplicadas preguntas relacionadas con 3 indicadores acceso, tiempos de traslado, tiempos de espera y calidad de la atención. A continuación se presentan los principales resultados.

Tiempos de traslado y de espera

Con respecto al tiempo de traslado para recibir servicios de atención médica en las UMM los resultados del levantamiento muestran que la media para las personas que habitan localidades de alta y muy alta marginación es de 55 minutos. Este valor es ligeramente superior para las personas que viven en hogares indígenas, los cuales reportan que en promedio, realizan un tiempo de traslado de 46 minutos; no así para los hogares de personas no indígenas donde el mismo estadístico equivale a poco más de 80 minutos.

Por otra parte, el promedio de los tiempos de espera para las mismas localidades corresponde a 60 minutos, mientras que para las poblaciones indígenas y no indígena, el estadístico corresponde a 58 y 67 minutos, respectivamente.

Gráfica LXII. Minutos promedio en tiempos de traslado y espera por tipo de población



Fuente: Elaboración propia con datos del levantamiento en campo

Los datos obtenidos muestran que los valores promedio tanto de espera como de traslado son superiores a los recomendados por los estándares nacionales e internacionales respecto a la accesibilidad y suministro de servicios oportunos de atención primaria. Tanto los resultados reportados en la ENSANUT como en el levantamiento realizado muestran que las localidades de alta y muy alta marginación presentan valores superiores en dos de los principales indicadores de acceso cuando se solicita algún tipo de atención, lo cual refleja la fuerte inequidad que aún prevalece en este rubro para los grupos que habitan dichas localidades.

Conclusiones generales del levantamiento en campo

Condición de aseguramiento

De acuerdo con la información recabada en el levantamiento, la mayor parte de la población que habita en las localidades de alta marginación se encuentra afiliada principalmente en el Seguro Popular o Para una nueva generación o Seguro Médico Siglo XXI. Si bien este hecho puede considerarse un logro importante en términos de cobertura universal, resalta que aún existe cerca de una quinta parte de la población tanto de indígenas como no indígenas que no cuentan con ningún tipo de afiliación, lo cual puede incidir en gastos indirectos asociados a la utilización de servicios de salud privados que podrían generar en estos hogares gasto catastrófico y empobrecedor.

Utilización de servicios

Con respecto a la utilización de servicios para atención de enfermedades y padecimientos, se observa una tasa de utilización ligeramente superior en la demanda de atención en estas localidades con respecto al agregado nacional analizado con la ENSANUT. Al igual que en ésta, la información obtenida muestra que los servicios de salud públicos (incluido IMSS Oportunidades) y el IMSS son las principales instituciones a las que acuden los grupos de esta población; el Programa caravanas de la salud atiende a cerca de una décima parte de la misma. Además, y en concordancia con la información recabada para el agregado nacional, la principal causa de consulta de servicios ambulatorios curativos lo constituyen las enfermedades y síntomas respiratorios agudos lo cual es consistente con la información obtenida en la ENSANUT. También, se encontró que la población indígena reporta un porcentaje importante de utilización para tratamiento o atención de problemas relacionados con diabetes.

Indicadores de acceso

Con respecto al acceso a los servicios de salud, el levantamiento realizado reporta que al menos una quinta parte de la población que habita en localidades de alta marginación, sufraga algún tipo de gasto para pagar el costo por la atención recibida.

Además, se reporta un tiempo de hasta 30 minutos para acudir a este tipo de servicios, mientras que los tiempos de espera, la población para ambos grupos (que habitan y no en hogares indígenas) muestran una percepción de tiempo regular en términos de distancia. Llama la atención que son los no indígenas quienes manifiestan un tiempo de espera largo (11.7%).

Uno de los aspectos de mayor atención, tiene que ver con el gasto que se sufraga para obtener medicamentos. Al respecto se encuentra que quienes más realizan este tipo de pagos son las personas no indígenas con una cuarta parte del total. De éstas, cerca de la mitad hace un desembolso en el rango de 1 a 200 pesos, contra 23.8% de indígenas. Debe considerarse de vital importancia que poco más del 10% de las personas en estos estratos de marginalidad pagó entre \$901.00 y \$ 1000.00 por los medicamentos que les recetaron, lo cual incide negativamente en términos económicos para los grupos que viven en estas poblaciones.

Finalmente, la información muestra que poco más de una tercera parte de la población tuvo que realizar un tipo de gasto para la realización de exámenes de laboratorio o gabinete al ser los grupos indígenas quienes lo hicieron en mayor medida. De estos grupos, la mayor proporción de gastos sufragados oscilan entre los \$1.00 y \$500.00 para los indígenas, mientras que los no indígenas, el valor observado estuvo entre los \$ 1.00 y \$ 400.00.

De modo que existen múltiples barreras de acceso directas e indirectas que merman el nivel de bienestar de los grupos más desfavorecidos. Entre las principales áreas de oportunidad que podrían reducir los problemas de acceso se puede destacar un mayor surtimiento de medicamentos (que eviten gasto de bolsillo) y mayor infraestructura para la realización de pruebas clínicas. De no mejorar estos aspectos, la probabilidad de que en estas localidades se opte por la no atención, automedicación o gasto catastrófico y/o empobrecedor aumentará de manera considerable.

Calidad

Con respecto a la calidad de los servicios, los resultados muestran que existe una evaluación positiva tanto en el trato suministrado durante la atención, como en las mejoras en la salud reportada.

Si bien los resultados presentan porcentajes aceptables en estos rubros, los resultados deben ser analizados con cautela, ya que no existe información de quienes no acudieron a estos servicios y que bien podrían no haberlo hecho por alguno de estos aspectos, tal y como se encontró en la ENSANUT donde se analizaron los motivos por los cuales las personas no regresarían al mismo lugar de atención.

Menores de 5 años

Cobertura de vacunación y complementos

Al comparar los resultados obtenidos con la ENSANUT se observa que la población indígena y no indígena que habita localidades de alta y muy alta marginación mantienen las mismas tendencias porcentuales en términos de cobertura en vacunación para los menores de 5 años. A pesar de que la encuesta no está diseñada para obtener información representativa para los grupos que habitan en localidades de alta y muy alta marginación que cuentan con al menos un 40% de la población indígena, los resultados obtenidos tanto con el levantamiento como con la ENSANUT muestran la misma tendencia con respecto a las inequidades existentes para estos grupos, particularmente, en términos de desnutrición infantil.

Si bien la información del levantamiento muestra que existe una cobertura de vacunación elevada y similar a la nacional, resulta importante mejorar el acceso a servicios de salud (preventivos y curativos) en combinación con el suministro de suplementos alimenticios ya que al comparar los resultados con el agregado nacional, se encuentran diferenciales importantes en términos de nutrición para las localidades de alta y muy alta marginación. De no implementar estrategias de mayor alcance en este rubro en el corto plazo, el riesgo de que la salud de éstos no sólo no mejore, sino que incluso llegue a empeorar aumentará de manera considerable, aumentando consecuentemente las disparidades que existen a nivel nacional en términos de nutrición.

Mujeres en edad reproductiva

Acceso y utilización de servicios para la salud

Las mujeres que viven en áreas marginadas cuando se enferman o necesitan ir a un médico acuden predominantemente a los Centros de salud u hospitales de la SSA y al programa de IMSS Oportunidades. Además de las instituciones oficiales de salud, la población indígena utiliza otros servicios como las caravanas de salud y las casas de salud, las cuales atienden principalmente a este sector (52.5%), mientras que la población no indígena acude al programa IMSS Oportunidades y a los servicios que brinda el ayuntamiento.

Los resultados observados muestran que el Programa caravanas de la salud (PCS) ha logrado atender a las mujeres ubicadas en las localidades de alta y muy alta marginación, principalmente a la población indígena. Sin embargo, su utilización puede considerarse de carácter residual antes que complementario ya que los servicios más utilizados por dicha población son las clínicas u hospitales de la Secretaría de Salud, seguidos por el programa IMSS Oportunidades, mientras que los servicios de salud menos utilizados fueron las farmacias o tiendas de autoservicio, el ISSSTE y los curanderos o médicos tradicionales.

Salud reproductiva de las mujeres en edad fértil

Planificación familiar

Con respecto a la información y conocimiento sobre métodos de planificación familiar, la información recabada muestra que un gran número de mujeres entrevistadas indígenas y no indígenas en comunidades de alto y muy alto grado de marginación no utilizan métodos de planificación familiar debido a factores culturales (querer embarazarse) pero también, a la falta de conocimiento sobre métodos anticonceptivos.

Con respecto a la segunda, resalta que menos de la mitad de la población de mujeres indígenas y no indígenas han recibido información a través algún médico, enfermera o trabajadora comunitaria, pertenecientes a los centros de salud y a otras instituciones.

En el caso del tipo de métodos anticonceptivos es importante analizar cuáles son las cuestiones culturales que se asocian a la falta de uso de métodos tales como el condón masculino, el cual disminuye la tasa de embarazos no deseados, además del contagio de enfermedades de transmisión sexual. Para ello, el papel que juegan los servicios de salud como las unidades móviles o caravanas que atienden a la población indígena debe ser fundamental en la implementación de programas sobre salud sexual y reproductiva, tanto para las mujeres y los hombres que se encuentran en este tipo de localidades.

En lo que se refiere a la atención institucional de partos, se observó que las mujeres no indígenas dieron a luz principalmente en Centros de salud, así como hospitales del IMSS o ISSSTE, mientras que las mujeres indígenas lo hicieron en el Centro de salud, el programa IMSS Oportunidades, en su domicilio particular y en la casa de la partera. De igual manera, se observó que la mayoría de mujeres que fue atendida por médicos en los servicios oficiales de salud tuvo que salir de su comunidad ya que estos servicios se encuentran fuera de su comunidad.

La información obtenida pone en evidencia la importancia que tiene la utilización de servicios no institucionalizados en los grupos indígenas no sólo en los embarazos, sino

también en la atención curativa. La adecuada articulación e integración entre organismos institucionalizados y no institucionalizados para la promoción, prevención y tratamiento tanto de enfermedades como de embarazos en este tipo de localidades, podría ser una opción adecuada en las mejoras del estado de salud de los hogares indígenas, así como en la reducción de mortalidad infantil y materna provocada por complicaciones durante el parto.

Adultos de 40 o más años

Diabetes e hipertensión arterial

De acuerdo a lo recabado en el levantamiento se observa que en las comunidades de alta y muy alta marginalidad existen ciertas condiciones que merecen atención e intensificación de los programas ya establecidos. Enfermedades como diabetes o hipertensión arterial muestran números similares a los observados en la encuesta nacional pero dadas las condiciones económicas y geográficas de las comunidades estudiadas pudieran representar un mayor problema e incluso impedir reducir este tipo de problemáticas en dichos grupos. Las dos enfermedades implican costos continuos debido a su condición de ser sólo tratables, y hasta el momento la ingesta de medicamentos es prioritaria para mantener la calidad de vida de los enfermos aunado a la información que contribuya a crear conciencia acerca de los cuidados que el enfermo debe procurarse.

Bajo esta óptica, la difusión de información sobre las implicaciones que este tipo de padecimientos tienen en términos de calidad de vida, pueden ser una alternativa que incentive a la población que radica en estas localidades, a recibir un tratamiento adecuado, particularmente, por el alto porcentaje de personas que no se atienden o, bien, que no complementan su tratamiento con mecanismos alternativos de control tales como el ejercicio, la dieta entre otros.

Alcoholismo y tabaquismo

Con respecto al consumo de alcohol y tabaco, la información recabada es consistente con la obtenida en el análisis de la ENSANUT ya que los resultados muestran que los hombres que son quienes más representan el porcentaje total en términos de consumo. Este hecho pone en evidencia que resulta indispensable implementar medidas correctivas y preventivas focalizadas a este grupo ya que ambos son factores de riesgo para desarrollar otras enfermedades que degradan la calidad de vida de la población y que hacen más lejana la posibilidad de superación de su situación de pobreza y marginalidad al reducir sus niveles de productividad laboral e incluso escolar.

Con la implementación de nuevas estrategias para el control de ambos padecimientos, resultará posible evitar efectos secundarios tanto de quienes padecen esta enfermedad, como de los hogares o las personas que conviven con ellos, ya que, en el caso de alcohol, su abuso no sólo causa detrimento de la salud sino consecuencias sociales para el bebedor, su familia en términos de violencia y maltrato, y la sociedad en términos de accidentes. Dar solución a un problema de esta índole exige la participación coordinada de todos los sectores, grupos de interés, la sociedad civil organizada y de la sociedad en general.

Identificación del Programa caravanas de la salud en localidades de alta y muy alta marginación

La información del levantamiento realizado en las localidades de alta y muy alta marginación muestra que menos de la mitad de la población que habita en localidades de este tipo tiene conocimiento sobre el Programa caravanas de la salud, al ser los hogares no indígenas quienes más lo desconocen. De las personas que lo conocen, la mayoría de ellos reporta solamente identificar los servicios asociados a la atención médica.

Con respecto a la utilización de servicios suministrados por el Programa, se observa que éste representa casi una quinta parte del total de personas que habitan las localidades de alta y muy alta marginación. Un elemento que llama la atención se refiere a que de las personas que no se atendieron por este Programa, manifiestan como principal razón el que las UMM no llegan a su comunidad o a otra cercana.

Con respecto a los tiempos de traslado y de espera, se observa que en ambos casos las personas que utilizan este tipo de servicios reportan valores promedio superiores a los estándares establecidos por organismos nacionales. Este resultado debe ser considerado como un área de oportunidad de vital importancia, particularmente por el hecho de que el Programa caravanas de la salud justifica su naturaleza al ser un mecanismo que pretende reducir las inequidades en grupos vulnerables que tienen difícil acceso para acudir a servicios de salud.

En suma, los resultados obtenidos muestran grandes similitudes con las obtenidas en la ENSANUT. De manera general, ambas fuentes de información muestran las grandes inequidades existentes en los grupos poblacionales que habitan localidades de alta y muy alta marginación. Tanto los resultados reportados en la ENSANUT como en el levantamiento realizado muestran que estos grupos presentan valores superiores en dos de los principales indicadores de acceso cuando se solicita algún tipo de atención, lo cual refleja las fuertes diferencias que aún prevalece en este rubro para las personas indígenas y no indígenas que habitan dichas localidades.

Recomendaciones generales

- Definir, en coordinación con los estados, prioridades de atención que respondan a los perfiles epidemiológicos y de riesgo particulares de la población indígena, para establecer intervenciones adecuadas, ajustadas a la realidad local y pertinentes culturalmente.
- En localidades indígenas de alta marginación, dar prioridad a las intervenciones asociadas con las siguientes condiciones específicas:
 - Desnutrición en niños menores de cinco años y en mujeres en edad fértil.
 - Embarazo adolescente.
 - Atención del parto en casa y trabajo con las parteras.
 - Planificación familiar.
 - Diabetes e hipertensión en mujeres mayores de 40 años.
 - Adicciones (tabaquismo y alcoholismo) en hombres mayores de 40 años.
- Diseñar mapas epidemiológicos y de riesgo en las zonas donde opera el Programa para identificar focos de atención prioritaria, con base en las características específicas de la demanda de atención y en las condiciones de la oferta de servicios.
- Identificar en conjunto con los gobiernos estatales, las zonas de rezago en accesibilidad de los servicios y analizar el establecimiento de nuevas unidades de salud fijas o nuevas rutas del Programa, dependiendo de los modelos de atención y de las necesidades de la población.

Bibliografía

1. Allen L. Biological Mechanisms that Might Underlie Iron's Effects on Fetal Growth and Preterm Birth. *J Nutr.*, 2001: 131:2.
2. Allen-Leigh B, Villalobos-Hernández A, Hernández-Serrato MI, Suárez L, De la Vara E, De Castro, F, Schiavon-Ermani R. Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México, *Salud Pública de México*, 2013 55(2): S235-S240
3. Anderson BA. "Pathway of Decision Making among Yucatan mayan traditional Birth attendants", en *Journal Midwifery Women's Health* 49: 319-9, *American College of Nurse-Midwives*. 2004
4. Anemia en mujeres en edad reproductiva: ir al problema en el origen. <http://ensanut.insp.mx> (Consultada 20 de octubre del 2013).
5. Bocos R J. Situación de las mujeres en los pueblos indígenas de américa latina. obstáculos y retos. Proyecto kalú-centro de estudios de ayuda humanitaria. 2011: 36.
6. Camilleri AP. The Obstetric Significance of Short Stature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1981;12(6):347-356.
7. CDI: Catálogo de Localidades Indígenas, Comisión Nacional Para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, México, 2010. Disponible en http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com_content&view=category&id=38&Itemid=54.
8. CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). Pueblos indígenas de América Latina: antiguas inequidades, realidades heterogéneas y nuevas obligaciones para las democracias del siglo XXI, en CEPAL. *Panorama Social de América Latina* 2006 (pp.143-218). http://www.eclac.org/publicaciones/xml/0/27480/PSE_2007.pdf
9. CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: una relectura desde el enfoque de derechos 2010.
10. Chaparro C., Lutter C., A. V. Camacho. Essential Delivery Care Practices for Maternal and Newborn Health and Nutrition. *Pan American Health Organization*. 2007
11. Delgado- Becerra A *et al*. Prevalencia y causas del abandono de la lactancia materna en el en el alojamiento conjunto de una institución de tercer nivel de atención. *Bol. Med. Hosp. Infan. Mex*. 2006. (63):31-39.
12. Delor F, Hubert M. Revisiting the Concept of Vulnerability. *Soc Sci Med*. 2000;50(11):1557-70.
13. Distribución de la inseguridad alimentaria: evidencia para intervenciones diferenciadas. <http://ensanut.insp.mx> (Consultada 20 de Octubre del 2013).

14. Division of Nutrition and Physical Activity: Research to Practice Series No. 4: Does Breastfeeding Reduce the Risk of Pediatric Overweight? *Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention*, 2007.
15. ENSADEMI. Encuesta de Salud Pública y Derechos de las Mujeres indígenas. *Instituto Nacional de Salud Pública. México*. 2008: 122.
16. González-Montes S. "Los aportes de las ONG a la salud reproductiva en México", en González-Montes S, comp. Las organizaciones no gubernamentales mexicanas y la salud reproductiva. México: El Colegio de México, 1999:15-51.
17. Heredia-Pi I, Serván-Mori E, Reyes-Morales H, Lozano R. Brechas en la cobertura de atención continua del embarazo y el parto en México. *Salud Pública de México*, 2013 55(2): S249-S258.
18. Hernández-Rosetel D., Maya G O., Bernall E., Castañeda X., G Lemp. Migración y ruralización del sida: relatos de vulnerabilidad en comunidades indígenas de México. 2008. *Rev. Saúde Pública*, vol. 42 (1):131-138.
19. INEGI (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática). Resultados definitivos del Censo General de Población y Vivienda, Chihuahua 1995. México, D.F.
20. Instituto Nacional de Salud Pública, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.
21. Knaul, F, Frenk J. Health Insurance In Mexico: Achieving Universal. Coverage Through Structural Reform. *Health Aff* 2005;24(6): 1467-1476.
22. Knaul FM et al. La búsqueda de la cobertura universal en salud: el logro de protección social para todos en México. *Salud Pública Mex*. 2013.
23. Kuri-Morales PA, González- RoldánJF, Jesús-Hoy MJ, Cortés-Ramírez M. Epidemiología del tabaquismo en México. *Salud Pública Mex* 2006;48 (Supl. I): 91-98
24. Martorell R. Long-term Consequences of Growth Retardation During Early Childhood, en Hernández M, Argente J, eds. *Human growth: Basic and clinical aspects*. Amsterdam: Elsevier, 1992:143-149.
25. Méndez , R y M Cervera. "Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y tradicional", *Salud Pública* (2002) 44:129-136, México.
26. Nichter M. *Global Health: Why Cultural Perceptions, Social Representations, andBiopolitics Matter*, University Arizona Press. 2008.
27. Nichter M y M Nichter. "Acute Respiratory Illness: Popular Health Culture and Mothers Knowledge in the Philippines", *Medical Anthropology* 1996. 15(4):353-374.
28. Langer A. "Planificación familiar y salud reproductiva o planificación familiar vs. Salud reproductiva", en Bronfman M, Castro R, eds. *Salud, cambio social y política*. México: EDAMEX, 1999.
29. Oliveira F. "Políticas públicas, salud de la mujer negra y la agenda feminista", *Mujeres negras e indígenas alzan su voz*, Cuaderno Mujer Salud N° 8, RSMLAC, Adriana Gómez. Ed. 2003.

30. Olsen, O. "Meta-analysis of the Safety of Home Birth" (Metaanálisis de la seguridad del parto en casa), *Birth* 1997;24:1, pp. 4-16.
31. OMS. Organización Mundial de la Salud. Beneficios de la planificación familiar en salud, WHO/FHE/95.11. 1995
32. ONU (Organización de las Naciones Unidas). Departamento de Información Pública, Plataforma de acción y declaración de Beijing. 1995. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, China, septiembre 4-15 de 1995. Nueva York: ONU.
- 33.
34. Palomo Nelly. "La muerte materna en zonas indígenas. La otra mirada a la salud", Mujeres negras e indígenas alzan su voz, Cuaderno Mujer Salud N° 8, RSMLAC, Adriana Gómez. Ed .2003.
35. Pelcastre, B. "Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí, México", *Revista Escuela de Enfermería USP* 2005. 39: 375-82.
36. Ponce P y Núñez N G. Pueblos indígenas y VIH-sida. *Desacatos* 2011;35: 7-10.
37. Rangel G, Martínez-Donate A, Hovell M, Santibáñez J *et al*. Prevalence Risk Factors for HIV Infection among Mexican Migrants and Immigrants: Probability Survey in the North Border of Mexico. *Salud Publica Mex*. 2006;48(1):3-12.
38. Sánchez MA, Lemp GF, Magis-Rodríguez C, Bravo-García E, Carter S, Ruiz JD. The Epidemiology of HIV Among Mexican migrants and Recent Immigrants in California and Mexico. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2004(4):S204-14.
39. Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, García-Guerra A *et al*. 2009. Anemia in Mexican Women: Results of Two National Probabilistic Surveys. *Salud Publica Mex*, 51.
40. Torres-Mejía G, Ortega-Olvera C, Ángeles-Llerenas A AL Villalobos-Hernández, Salmerón-Castro J, Lazcano-Ponce E, Hernández-Ávila M. Patrones de Utilización de programas de prevención y diagnóstico temprano de cáncer en la Mujer. *Salud Pública de México*, 2013 55(2): S241-S248.
41. UNICEF, Estado mundial de la infancia. Salud materna y neonatal, UNICEF's Flagship Publication: The State of the World's Children 2009: Child Survival.2009.
42. Villalobos A., Betania A., Hernández SM. *et al*. 2012. Uso de anticonceptivos y planificación familiar entre mujeres adolescentes y adultas: cerrando la brecha entre metas y realidades. <http://ensanut.insp.mx> (Última consulta el día 20 de octubre del 2013).
43. WHO (World Health Organization) Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Geneva: 2003. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562218.pdf> (Última consulta el día 5 de febrero de 2014).
44. Indicadores estadísticos "Descripción sociodemográfica de la población hablante de lengua, autoadsrita como indígena y el resto de la población, a partir de los datos del Censo de Población y Vivienda" INEGI, 2010.)

Anexo

Levantamiento en campo Técnicas de toma de muestras

En apego a las especificaciones del anexo técnico del Convenio, para la medición de la presión arterial en la comunidad se utilizó un Monitor de Presión Arterial (Modelo HEM-705CP), con impresora, marca OMRON y distribuido por M&M Medimedics S.A. de C. V.



En cuanto a la medición de Hemoglobina glicosilada se utilizará un medidor de sangre capilar A1CNow, marca Bayer.



En cuanto al peso de los niños menores de 5 años se utilizó una báscula digital marca Tanita.



Recursos humanos de campo

Cada entidad contó con un equipo de trabajo compuesto por un supervisor, tres entrevistadores y un (a) enfermero (a), quienes hicieron el levantamiento tanto del instrumento de captación como la determinación de mediditas y toma biológica.

Funciones

- Supervisor: fungió como jefe de grupo. Acreditó al equipo con las autoridades de las localidades a su cargo, vigiló la calidad del levantamiento de información del cuestionario; verificó que los encuestadores hagan las entrevistas y levanten la información conforme a los procedimientos establecidos y a la población correspondiente, cuidando siempre el tipo de metodología. Integrará reportes de avance y cobertura de las localidades de su área de responsabilidad, así como, la revisión y envío de los cuestionarios levantados. Realizará las mediciones en los hogares de su área de responsabilidad.
- Encuestador: hizo el levantamiento de información directamente en el instrumento de captación a través de una entrevista cara a cara con el jefe o jefa del hogar seleccionado, conforme a los procedimientos establecidos. Diariamente y al término de la jornada, entregó los instrumentos aplicados al Supervisor para su validación.
- Enfermero (a): realizó las mediciones de presión arterial y peso de los niños menores de 5 años residentes y seleccionados, en su área de responsabilidad.

Capacitación al personal de campo

Se desarrolló una capacitación en cascada, en dos fases la primera de forma directa y centralizada en la ciudad de México, con participación de personal de la ss dirigida a

supervisores de campo y enfermeros (as). La segunda, de forma indirecta a cargo de los supervisores en cada una de las entidades en muestra, dirigida a entrevistadores.

Supervisión

Cada equipo tuvo un Supervisor, quien fue el responsable de la coordinación de las actividades del equipo; vigiló la calidad del levantamiento de información de los instrumentos de captación, a través de supervisión directa de los entrevistadores del equipo; verificó que estuvieran en el lugar indicado realizando las entrevistas, así como la vigilancia de las mediciones en los hogares de su área de responsabilidad.

Revisión de la información recopilada en campo

Para garantizar calidad y consistencia en la información captada se hizo una validación en campo por parte del supervisor, la cual se realizó cada día, al término de la jornada, a fin de detectar posibles inconsistencias de información antes de retirarse de la localidad.

ACRÓNIMOS

Áreas Geoestadísticas Básicas (AGEB)

Cartilla Nacional de Salud (CNS)

Cartilla Nacional de Vacunación (CNV)

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)

Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de México (CDI)

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL)

Consejo Nacional de Población (CONAPO)

Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR)

Dispositivo Intrauterino (DIU)

Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas (ENSADEMI)

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT)

Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS)

Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA)

Índice de Desarrollo Humano (IDH)

Índice de Masa Corporal (IMC)

Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

Instituto de Estadística y Geografía (INEGI)

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Lactancia Materna (LM)

Línea de la Pobreza (LP)

Oclusión Tubaria Bilateral (OTB)

Organización Mundial de la Salud (OMS)

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)

Organización para las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO)

Petróleos Mexicanos (PEMEX)

Plan Nacional de Desarrollo (PND)

Probabilidad Proporcional al Tamaño (PPT)

Programa Caravanas de la Salud (PCS)

Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA)

Secretaría de Marina (SEMAR)

Secretaría de Salud (SS)

Secretaría de Salud (SSA)

Seguro Popular (SP)

Seguro Popular de Salud (SPS)

Servicios Estatales de Salud (SESA)

Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)

Sistema Integral de Calidad (SICALIDAD)

Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS)

Tasa Global de Fecundidad (TGF)

Tensión Arterial (TA)



Unidad Médica Móvil (UMM)

United Nations Children's Fund (UNICEF)

Vacuna Triple Viral (SRP)