

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE MEDICINA  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN**



TÍTULO

**ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES Y NECESIDADES  
DE SALUD NO SATISFECHAS. PRIORIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN  
HOGARES MIGRANTES INDÍGENAS Y NO INDÍGENAS**

POR

**MCP. BRENDA MAYELA ESQUEDA EGUÍA**

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA**

OCTUBRE, 2018

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN  
FACULTAD DE MEDICINA  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**



TÍTULO

**ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES Y NECESIDADES DE  
SALUD NO SATISFECHAS. PRIORIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN  
HOGARES MIGRANTES INDÍGENAS Y NO INDÍGENAS**

POR

**MCP. BRENDA MAYELA ESQUEDA EGUÍA**

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA**

**DIRECTORA DE TESIS**

**DRA. MED. GEORGINA MAYELA NÚÑEZ ROCHA**

OCTUBRE, 2018

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
FACULTAD DE MEDICINA**



**ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES Y NECESIDADES DE  
SALUD NO SATISFECHAS. PRIORIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN  
HOGARES MIGRANTES INDÍGENAS Y NO INDÍGENAS**

**por**

**MCP. BRENDA MAYELA ESQUEDA EGUÍA**

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA**

**CO DIRECTORA**

**PhD. ANA ELISA CASTRO SÁNCHEZ**

**OCTUBRE, 2018**

**ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES Y NECESIDADES DE  
SALUD NO SATISFECHAS. PRIORIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN  
HOGARES MIGRANTES INDÍGENAS Y NO INDÍGENAS**

Aprobación de Tesis

---

Dra. med Georgina Mayela Núñez Rocha

Presidente

---

PhD. Dra. Ana Elisa Castro Sánchez

Secretario

---

Dra. en C. Adriana Zambrano Moreno

Vocal

---

Dra. en C. Blanca Edelia González Martínez

Subdirectora de Investigación, Innovación y Posgrado



## COMITÉ DE EVALUACIÓN DE TESIS

El Comité de Evaluación de Tesis APROBÓ la tesis titulada: **“ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES Y NECESIDADES DE SALUD NO SATISFECHAS. PRIORIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN HOGARES MIGRANTES INDÍGENAS Y NO INDÍGENAS”** presentada por **Brenda Mayela Esqueda Eguía**, con la finalidad de obtener el grado de Maestría en Ciencias en Salud Pública.

Monterrey, Nuevo León a \_\_\_\_\_ del 2018

Dra. med. Georgina Mayela Núñez Rocha

Secretario

PhD Ana Elisa Castro Sánchez

Presidente

Dra. en C. Adriana Zambrano Moreno

Vocal



**Dra. en C BLANCA EDELIA GONZÁLEZ MARTÍNEZ**  
**SUBDIRECTORA DE INVESTIGACIÓN INNOVACIÓN Y POSGRADO**  
**FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN DE LA U.A.N.L.**  
**P R S E N T E:**

Nos permitimos comunicar a usted que hemos concluido la Dirección y Codirección de la tesis titulada: **“ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES Y NECESIDADES DE SALUD NO SATISFECHAS. PRIORIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN HOGARES MIGRANTES INDÍGENAS Y NO INDÍGENAS”** presentada por **Brenda Mayela Esqueda Eguía**. Con la finalidad de obtener su grado de Maestría en Ciencias en Salud Pública.

Sin otro asunto en particular, les envió un cordial saludo.

Atentamente

“Alere Flammam Veritatis”

Monterrey, Nuevo León a \_\_\_\_\_ de 2018

Dra. med. Georgina Mayela Núñez Rocha

Directora

PhD Ana Elisa Castro Sánchez

Co-directora

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), a la Facultad de Salud Pública y Nutrición y al Sindicato de Trabajadores de la UANL por otorgarme la beca para realizar los estudios de Maestría en Ciencias en Salud Pública y lograr mi superación profesional.

A la Dra. Georgina Mayela Núñez Rocha quien además de ser mi tutora, fue mi guía y un ejemplo fiel de que todo se puede lograr con esfuerzo, dedicación y constancia. Por siempre hacernos pasar ratos amenos durante y fuera de clase, preocuparse por nosotros y siempre tener el consejo adecuado.

A todos mis maestros, a la Dra. Ana María, Dra. Ana Elisa, Dra. Naty, Dra. Zambrano, Dra. Liliana, Dr. Esteban, Dr. Rogelio, MHE. Luis Gómez, Dr. Quiroga por siempre dar el máximo en cada clase, compartir sus experiencias y porque de cada uno aprendí académicamente pero también me ayudaron a crecer personalmente.

A la asociación Zihuame-Mochilla, A.C y a toda la gente que amablemente nos abrió las puertas de sus hogares para compartir su forma de vida y confiar en nosotros. Por recordarnos lo afortunados que somos y que por lo mismo es nuestro deber ser la voz de los más necesitados.

A mis compañeros Jasso, Memo, Moni y Karen por recorrer este camino conmigo y hacer que lo disfrutara aún más.

A los administrativos de la Facultad de Salud Pública y Nutrición, en especial a Mayra y Leo por siempre recibirnos con una sonrisa y un trato amable.

## **DEDICATORIA**

Agradezco a Dios y mi familia, a ellos les dedico con mucho amor mi trabajo y toda mi vida. Y en especial a ti, gracias por siempre estar ahí a pesar de mis defectos y de todas las dificultades.



**ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES Y NECESIDADES DE  
SALUD NO SATISFECHAS. PRIORIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN  
HOGARES MIGRANTES INDÍGENAS Y NO INDÍGENAS**

**TABLA DE CONTENIDO**

Contenido	Pág
<b>CAPÍTULO 1</b>	
<b>1. ANTECEDENTES</b>	
1.1 Introducción	1
1.2 Marco teórico / conceptual	5
1.2.1 Determinantes sociales de la salud	5
1.2.1.1 Determinantes estructurales	7
1.2.1.2 Determinantes intermedios	13
1.2.2 Necesidades de salud	17
1.2.2.1 Búsqueda y utilización de los servicios de salud	18
1.2.3 Población indígena	23
1.2.3.1 Problemática actual sobre los determinantes sociales de la salud en indígenas	28
1.2.3.2 Necesidades de salud en población indígena	33
1.2.3.3. Determinantes sociales y necesidades de salud en indígenas	37
1.2.4 Migración indígena	42
1.2.4.1 Migración indígena en el área metropolitana de monterrey	45
1.3 Estudios relacionados	46
<b>2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>63</b>
<b>3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA</b>	<b>65</b>

CAPÍTULO 2	
4. HIPÓTESIS	67
CAPÍTULO 3	
5. OBJETIVOS	
5.1 Objetivo general	68
5.2 Objetivos específicos	68
CAPÍTULO 4	
8. MATERIAL Y MÉTODOS	
8.1 Diseño del estudio	69
8.2 Universo del estudio	69
8.3 Población de estudio	69
8.4 Criterios de selección	69
8.4.1 Criterios de inclusión	69
8.4.2 Criterios de exclusión	69
8.4.3 Criterios de eliminación	69
8.5 Variables	70
8.6 Instrumentos de medición	78
8.7 Procedimientos	80
8.8 Plan de análisis	81
8.9 Consideraciones éticas	82
CAPÍTULO 5	
9. RESULTADOS	
9.1 Perfil sociodemográfico	83
9.2 Determinantes estructurales	85
9.3 Determinantes intermedios	86
9.4 Cohesión social	90
9.5 Servicios de salud	91
9.6 Probabilidad de riesgo	94
9.7 Priorización	100

CAPÍTULO 6	
10. DISCUSIÓN	101
CAPÍTULO 7	
11. CONCLUSIONES	112
CAPÍTULO 8	
12. REFERENCIAS	114
13. ANEXOS	
Anexo A. Cuestionario sobre DSS	121
Anexo B. Índice de malestar psicológico de Kessler	127
Anexo C. Índice de cohesión social vecinal	132
Anexo D. Carta de consentimiento informado	134
Anexo E. Flujograma de procedimientos	135

## LISTA DE FIGURAS

Figuras	Pág
<b>Figura 1.</b> Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud	6
<b>Figura 2.</b> Etapas y actores de la búsqueda y utilización de los servicios de salud	19
<b>Figura 3.</b> Apoyo federal con el que cuentan los hogares IM y NINM	86
<b>Figura 4.</b> Estado nutricio en los hogares IM y NINM	89
<b>Figura 5.</b> Afiliación de servicios de salud en hogares IM y NINM	91
<b>Figura 6.</b> Utilización de servicios de salud en hogares IM y NINM	92
<b>Figura 7.</b> Principales motivos de búsqueda de atención médica en los hogares IM y NINM	94

## LISTA DE TABLAS

Tablas	Pág
<b>Tabla 1.</b> Características sociodemográficas de los hogares IM y NINM	84
<b>Tabla 2.</b> Determinantes estructurales de los hogares IM y NINM	85
<b>Tabla 3.</b> Circunstancias materiales de los hogares IM y NINM	87
<b>Tabla 4.</b> Consumo de sustancias dañinas y conductas sexuales de riesgo en hogares IM y NINM	88
<b>Tabla 5.</b> Daños a la salud en hogares IM y NINM	88
<b>Tabla 6.</b> Índice de malestar psicológico de Kessler en hogares IM y NINM	90
<b>Tabla 7.</b> Índice de cohesión social vecinal en hogares IM y NINM	90
<b>Tabla 8.</b> Subíndices (dimensiones) de cohesión social vecinal en hogares IM y NINM	91
<b>Tabla 9.</b> Acceso a los servicios de salud en hogares IM y NINM	93
<b>Tabla 10.</b> Probabilidad de riesgo de los DSS estructurales en hogares IM y NINM	95
<b>Tabla 11.</b> Probabilidad de riesgo de los DSS intermedios (conductas de riesgo y consumo de sustancias dañinas) en hogares IM y NINM	96
<b>Tabla 12.</b> Probabilidad de riesgo de los DSS intermedios (factores psicológicos y cohesión social) en hogares IM y NINM	97
<b>Tabla 13.</b> Probabilidad de riesgo de DSS intermedios (daños a la salud) en hogares IM y NINM	98
<b>Tabla 14.</b> Probabilidad de riesgo en relación a los servicios de salud en los hogares IM y NINM	99
<b>Tabla 15.</b> Priorización de los DSS en hogares IM y NINM	100

## LISTA DE ACRÓNIMOS

DSS	Determinantes Sociales de la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
NS	Necesidades de Salud
CDSS	Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PROSESA	Programa Sectorial de Salud 2013-2018
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
ICSV	Índice de Cohesión Social Vecinal
HLI	Hablante de Lengua Indígena
INEGI	Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México
CONACYT	Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
SEDESOL	Secretaría de Desarrollo Social
IFM	Ingreso Familiar Mensual
IM	Hogares Indígenas Migrantes
NINM	Hogares No Indígenas No Migrantes
SMGM	Salario Mínimo General Mensual
CESOP	Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública
CONAPO	Consejo Nacional de Población
SE	Secretaría de Educación
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

## RESUMEN

MCP. Brenda Mayela Esqueda Eguía  
Universidad Autónoma de Nuevo León  
Maestría en Ciencias en Salud Pública  
Programa Interfacultades

Fecha de graduación: Junio de 2018

Título del Estudio

ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES Y NECESIDADES DE SALUD NO SATISFECHAS. PRIORIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN HOGARES MIGRANTES INDÍGENAS Y NO INDÍGENAS

Candidata para obtener el grado de Maestría en Ciencias en Salud Pública

Número de páginas: 152

**Objetivos:** Analizar la asociación entre determinantes sociales y necesidades de salud no satisfechas y priorizar la atención en indígenas migrantes (IM) y no indígenas no migrantes (NINM).

**Diseño:** Se realizó un estudio transversal comparativo. Mediante un censo, se entrevistó al jefe (a) de familia de la totalidad de hogares IM (n=235) y NINM (n=168) de 2 comunidades del noreste de México. Mediante una encuesta, se abordaron los DSS estructurales e intermedios, así como cohesión social y acceso a servicios de salud. Se utilizó Chi cuadrada y t de Student para determinar diferencias de medias, razón de momios (RM) e intervalos de confianza al 95%. Además, puntajes Z de los indicadores, para establecer prioridad entre grupos.

**Resultados:** El 12.0% de los jefes de familia IM era analfabetas, mientras que en NINM el 5.4% ( $p<0.05$ ). Más del 60% en ambos grupos se dedicaba al hogar. El ingreso familiar mensual (IFM) fue menor en los IM ( $p<0.05$ ). Un 19.3% de los IM cuenta con apoyo federal y 15.5% de NINM ( $p>0.05$ ). Más del 80% de todos los hogares está afiliado a algún servicio de salud.

El ser IM incrementa la probabilidad de riesgo en DSS estructurales como: falta de acceso a la educación 55.4% frente 43.5%, RM 1.6 (IC 95% 1.08-2.40  $p<0.05$ );

tener un ingreso menor a 2 SMGM, 53.9% frente 44.1%, RM 1.4 (IC 95% 1.0-2.25  $p<0.05$ ). En DSS intermedios: El ser indígena migrante incrementa la probabilidad de riesgo de presentar hacinamiento: 17.6% frente 6.0%, RM 3.37 (IC 95% 1.65-6.85  $p<0.05$ ); iniciar vida sexual antes de 18 años con 61.9% frente 41.9%, RM 2.2 (IC 95% 1.48-3.41  $p<0.05$ ); no utilizar método anticonceptivo durante la primera relación sexual con 82.1% frente 68.8%, RM 2.0 (IC 95% 1.29-3.36  $p<0.05$ ); presentar tabaquismo con 45.3% frente 31.0%, RM 1.8 (IC 95% 1.21-2.79  $p<0.05$ ); padecer diabetes mellitus: 36.9% frente 25.1%, RM 1.7 (IC 95% 1.12-2.69  $p<0.05$ ) y cohesión social baja: 81.7% frente 72.8%, RM 1.6 (IC 95% 1.02-2.68  $p<0.05$ ). Hubo mayor probabilidad de buscar atención médica en los hogares IM 39.5% frente a 29.3% en NINM, RM 1.57 (IC 95% 1.02-2.39  $p<0.05$ ). El grupo con mayor prioridad fueron IM y el determinante con mayor prioridad fue el de acceso a servicios de salud.

**Conclusiones:** Los resultados de este estudio permitieron identificar los principales determinantes y las necesidades de salud no satisfechas, con el fin de tener bases para formular políticas públicas y reducir las brechas existentes en este grupo vulnerable

FIRMA DE LA DIRECTORA DE TESIS \_\_\_\_\_



## **CAPÍTULO 1**

### **ANTECEDENTES**

#### **INTRODUCCIÓN**

Los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) son definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como las “circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas” (1). Así mismo, el concepto de necesidades de salud (NS) se define como el grado de salud-enfermedad que los usuarios potenciales de los servicios de salud experimentan, y está dado por la estrecha relación entre las necesidades básicas del individuo (salud física, autonomía) y las necesidades intermedias (buena nutrición, vivienda, ambiente, seguridad física, económica y en el trabajo, cuidado de la salud y educación), que a su vez están medidas y definidas por las condiciones sociopolíticas y culturales de cada población (2). Mencionado lo anterior, resalta cómo la interacción entre los determinantes sociales de la salud y las necesidades de la salud es dinámica y estrecha.

La posición de una persona en la sociedad tiene su origen en diversas circunstancias que la afectan, como los sistemas socioeconómicos, políticos y culturales. Las inequidades en la salud pueden aparecer cuando estos sistemas dan lugar a “una distribución sistemáticamente desigual del poder, el prestigio y los recursos entre los distintos grupos que conforman la sociedad”. Los componentes básicos del marco conceptual de los determinantes sociales de la salud según Irwin y Solar incluyen: a) la situación socioeconómica y política, b) los determinantes estructurales y c) los determinantes intermedios, todos relacionados y generando vías de inequidades en salud (3).

La reducción de la desigualdad no ha mejorado la equidad en salud, dado que esta última necesita que se considere, además, la posibilidad de conseguir acuerdos diferentes para la asignación de recursos, las instituciones y las políticas sociales (4). La OMS lanzó en 2005 la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), su meta es reforzar la equidad en la salud mediante la catalización de un cambio institucional y de política para hacer frente a los determinantes sociales de la salud entre países e instituciones (5).

El fortalecimiento de la capacidad de los programas de salud pública para abordar los determinantes sociales es un paso clave para la prestación equitativa de los servicios de salud y consecuente satisfacción de las necesidades (6). En México, el tema específico de los DSS ha adquirido una relevancia especial pues está íntimamente relacionado con la equidad y la lucha contra las desigualdades en el ámbito nacional. Éste fue uno de los ejes de la política pública expresado en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) emitido por el poder ejecutivo durante el sexenio pasado (2006-2012) y al que se deben alinear todos los programas sectoriales. Actualmente, en el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018 se especifica lo siguiente: “Impulsar la participación de los sectores público, social y privado para incidir en los determinantes sociales de la salud”, lo cual puede significar un área de oportunidad para la investigación sobre DSS en México (7) y poder traducir el resultado de ésta en metas y objetivos concretos que ayuden a disminuir la brecha de las inequidades.

Por otro lado, una de las poblaciones que se aborda en esta investigación son las comunidades indígenas migrantes, ya que, debido a la marginación social, esta población está más susceptible a la pobreza, a tener menos años de formación educativa y menos acceso a los servicios de salud (8). Publicaciones de las Naciones Unidas en años recientes, han documentado factores subyacentes en común, que conducen hacia las inequidades sociales y de salud que experimenta la población indígena por todo el mundo, incluyendo una

pérdida sistemática de su cultura y lenguaje, despojo de sus territorios y marginación económica y social (9).

En términos de sus condiciones de salud, enfrentan rezagos entre los que destacan la desnutrición, la mortalidad y morbilidad materna e infantil además de inequidad de género y migración (10).

La discriminación en el plano de la salud se opera a través de diferentes formas en la comunidad indígena como lo son: dificultades de acceso a los servicios, baja calidad de los servicios disponibles, desconocimiento de la singularidad cultural de la población indígena, falta de información adecuada en la toma de decisiones o a través de mecanismos indirectos (estilos de vida, lugar de residencia, tipo de ocupación, nivel de ingresos o status de los individuos) (10). Los datos sobre el estilo de vida de las comunidades indígenas, sus factores de riesgo, daños a la salud que presentan y los recursos para el acceso a la salud reflejan aspectos importantes que influyen en el patrón de comportamiento en relación con la demanda de los servicios y, por lo tanto, la satisfacción de las necesidades.

La investigación de esta problemática se decidió realizarla debido a que se ha visto que existe un vacío en el conocimiento en estos temas a nivel nacional y local en población indígena migrante. Se tiene información a nivel general sobre los principales problemas de salud mediante encuestas nacionales y estatales, pero se desconocen de manera específica y prioritaria las necesidades de salud en el tipo de población mencionada. En el presente trabajo se busca identificar las necesidades de salud y determinantes sociales de la salud de este grupo ya que la población indígena en México es una población vulnerable (8).

La investigación en comunidades indígenas migrantes es un gran desafío debido a las barreras del lenguaje, largas horas de trabajo que desempeñan, miedo y falta de confianza hacia otras personas que no sean de su comunidad (11), sin embargo, para mejorar la salud y el acceso a los servicios de salud es

necesario identificar y analizar los DSS y NS que influyen en dicha problemática. Esta investigación aporta información relevante acerca de este tema, ya que, en México, no se cuenta con un reporte nacional y local sobre los DSS y NS, que permita conocer su magnitud y evolución tanto en población general como en población indígena migrante en particular.

## MARCO TEÓRICO / CONCEPTUAL

### Determinantes sociales de la salud

El Global Forum for Health Research define a la investigación para la salud como aquella llevada a cabo por cualquier disciplina o combinación de disciplinas que pretende: a) entender el impacto en la salud de las políticas, los programas, las acciones o los eventos originados en cualquier sector y abarcando los determinantes de la salud; b) dar apoyo al desarrollo de intervenciones que ayuden a prevenir o mitigar este impacto, y c) contribuir al objetivo de la equidad en salud y la mejor salud para todas las personas (12). Dentro de cada país hay grandes diferencias sanitarias estrechamente ligadas al grado de desfavorecimiento social. Esas desigualdades y esa inequidad sanitaria, que podría evitarse, son el resultado de la situación en que la población crece, vive, trabaja y envejece, y del tipo de sistemas que se utilizan para combatir la enfermedad (13), es decir, resultado de los DSS.

Para intervenir sobre las desigualdades es necesario contar con la evidencia necesaria sobre los determinantes sociales y su evolución en el tiempo, junto con el conocimiento de los mecanismos que producen y reproducen las desigualdades en salud y sobre las intervenciones para reducirlas (12). El desarrollo de una sociedad, ya sea rica o pobre, puede juzgarse por la calidad del estado de salud de la población, por cómo se distribuyen los problemas de salud a lo largo del espectro social y por el grado de protección de que gozan las personas afectadas por la enfermedad (13).

### Modelo conceptual de los DSS

Para poder investigar sobre desigualdades en salud es necesario partir de un modelo conceptual que muestre los mecanismos y los procesos causales que

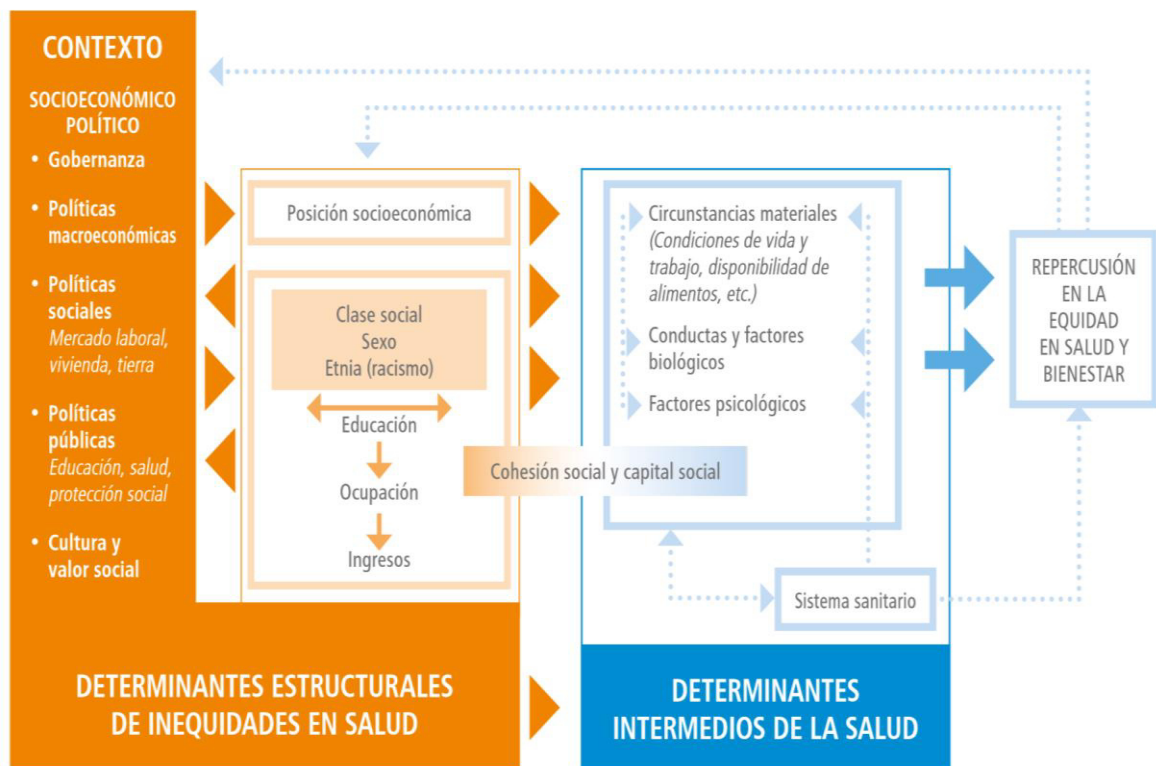
intervienen. El modelo representado por Solar e Irwin se compone de los siguientes elementos:

1) El contexto socioeconómico y político: se refiere a los factores que afectan de forma importante a la estructura social y la distribución de poder y recursos dentro de ella.

2) La estructura social: incluye los distintos ejes de desigualdad que determinan jerarquías de poder en la sociedad, como son la clase social, el sexo, la edad, la etnia o raza y el territorio.

3) Los determinantes intermedios: la estructura social determina desigualdades en los recursos materiales, que a su vez influyen en procesos psicosociales y conductas, los cuales determinan las desigualdades en salud (14). La figura 1 muestra las relaciones e interacciones entre los principales tipos de determinantes (estructurales e intermedios) y las vías que generan inequidades en salud.

Figura 1. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud



Fuente: Solar e Irwin, 2010. Comisión de Determinantes Sociales de la OMS.

## Determinantes Estructurales

El concepto de determinantes estructurales se refiere específicamente a aquellos atributos que generan o fortalecen la estratificación de una sociedad y definen la posición socioeconómica de la gente. Estos mecanismos configuran la salud de un grupo social en función de su ubicación dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos (3).

## Contexto socioeconómico y político

Incluye los mecanismos sociales y políticos que generan, configuran y mantienen las jerarquías sociales, entre ellos, el mercado de trabajo, el sistema educativo y las instituciones políticas. Es necesario considerar los mecanismos por los cuales las políticas redistributivas, o la falta de ellas, pueden configurar los propios determinantes sociales de la salud. Así, los mecanismos de estratificación social, junto con los elementos del contexto socioeconómico y político, constituyen lo que se denomina como determinantes sociales de las inequidades en salud. Los elementos básicos que deben considerarse incluyen la gobernanza y sus procesos, las políticas macroeconómicas, las políticas sociales, las políticas públicas, los valores culturales y sociales, y los resultados epidemiológicos (3), explicándose como sigue:

- Gobernanza en su aspecto amplio, es decir, considerando la tradición política, la transparencia y la corrupción.
- Políticas macroeconómicas, por ejemplo, las políticas fiscales o las políticas que regulan el mercado de trabajo.
- Políticas sociales que afectan al mercado de trabajo, al estado del bienestar y a la distribución de la tierra y la vivienda.

- Políticas públicas que inciden en el acceso de la población a distintos servicios, como son las políticas de educación, salud, vivienda, etc.
- Valores sociales y culturales, como el valor que la salud y los servicios de salud tienen para la sociedad (15).

### Posición Socioeconómica

Se ha demostrado que las mejoras en los ingresos y la educación guardan una relación cada vez más favorable con la salud. La ocupación también es pertinente para la salud, no solo por la exposición a riesgos específicos en el lugar de trabajo, sino también porque sitúa a las personas en la jerarquía social. Los datos estadísticos de salud revelan la influencia de este tipo de variable en las desigualdades de salud en los distintos niveles de agrupación (3).

### Sexo

El sexo puede funcionar, junto con la posición social y el grupo étnico, como determinante estructural debido a la influencia fundamental que tiene en el establecimiento de jerarquías en la división del trabajo, la asignación de recursos y la distribución de beneficios. La división de las funciones según el sexo y el valor diferencial asignado a esas funciones se traducen en asimetrías sistemáticas en el acceso y control de recursos de protección social fundamentales como la educación, el empleo, los servicios de salud y la seguridad social. Por otro lado, la matrícula escolar, un determinante fundamental de la salud, se ve afectada también por el sexo y la posición social.

En América Latina, la participación de las mujeres en el mercado de trabajo es considerablemente inferior que la de los hombres. En los países donde las mujeres forman parte de la fuerza laboral, tienden a estar sobrerrepresentadas en el sector del trabajo informal, donde los trabajadores tienen en general menos acceso a prestaciones de seguridad social. Con respecto a la autonomía



económica, en América Latina 31,8% de las mujeres carecían de ingresos propios, en comparación con 12,6% de los hombres (3).

### Raza y Grupo Étnico

La discriminación y la exclusión racial y étnica afectan todas las esferas de oportunidades a lo largo de la vida, incluidas las relacionadas con la salud. Por ejemplo, la población activa de Bolivia indica que el grupo étnico influye en la distribución de los ingresos en ese país: los indígenas bolivianos constituyen 37% de la población activa, pero solo ganan 9% del total de los ingresos nacionales derivados del trabajo. Otro ejemplo, es que, a lo largo de casi 30 años de seguimiento de la tasa de mortalidad materna ajustada por edad en los Estados Unidos, se observa que mejoró en forma sostenida entre las mujeres blancas, pero fue de dos a tres veces más alta entre las mujeres afroestadounidenses, con un aumento notable en los últimos años. Además, los datos publicados por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) indican que en nueve países latinoamericanos hay un retraso generalizado en la escolaridad entre los niños indígenas y afrodescendientes, en comparación con la población en general (3).

En los Estados Unidos, la esperanza de vida de los afroestadounidenses, en lo referente a los indicadores de salud, es considerablemente menor a la de la población blanca. Un examen de los determinantes sociales de la mortalidad por cáncer de mama entre las mujeres de razas blanca y negra indica que las desigualdades son evidentes a lo largo de todo el proceso de atención de este tipo de cáncer, desde la prevención y la detección hasta el tratamiento y la supervivencia (3).

Las desigualdades y las inequidades están relacionadas con obstáculos derivados de la pobreza, vinculados a la falta de médico de atención primaria, factores geográficos, prioridades de supervivencia que compiten entre sí,

comorbilidades, seguro de enfermedad inadecuado, falta de información y conocimiento, modos de vida riesgosos, factores a nivel de los proveedores y del sistema, susceptibilidad percibida al cáncer de mama y creencias y actitudes culturales (16). Los datos de Guatemala indican, por un lado, que el nivel educativo previsto (y las oportunidades en la vida) para los niños mestizos, está firmemente correlacionado con la educación del padre, es decir, los padres que han recibido más educación pueden esperar que su progenie también la reciba; sin embargo, esto no es válido para los niños indígenas. El número de niños indígenas matriculados en la escuela disminuye conforme aumenta el número promedio de años de escolaridad, lo que indica que abandonan los estudios antes. A este fenómeno se le denomina transmisión intergeneracional de la desigualdad educativa, reproduce la desigualdad educativa entre dos generaciones y se ve complicado por las inequidades en razón del grupo étnico y el sexo (3).

## Educación

La educación determina las oportunidades de empleo, los ingresos familiares y la participación en los programas de protección social. Además, estos factores influyen mucho en la accesibilidad a los servicios de salud, de manera que no es sorprendente que las familias con menos educación tengan peores resultados de salud. En Bolivia, la tasa de mortalidad de los menores de 5 años fue 3.1 veces mayor entre los niños de mujeres sin educación que entre los niños de mujeres con al menos escolaridad secundaria en el periodo de 1999 a 2008. En América Latina, se ha visto diferencias pronunciadas en acceso a la Educación entre las zonas urbanas y rurales (3).

La tasa de alfabetización media en la región es de 93% y la media de la perseverancia en la escuela hasta el quinto grado es aproximadamente 90%. Las tasas netas de asistencia a la escuela primaria, secundaria y terciaria son 94%, 70% y 25%, respectivamente, lo que destaca la falta de continuidad en la

escolaridad a medida que las personas alcanzan su edad productiva. En lo referente a los ingresos, por ejemplo, en el quintil más pobre la tasa de finalización de la escolaridad fue de 23% entre los hombres y de 26% entre las mujeres, y en el quintil más adinerado fue de 81% y 86% para los hombres y las mujeres, respectivamente. El desequilibrio se revierte en las comunidades rurales indígenas, donde la tasa de finalización es de 22% entre los hombres y 20% entre las mujeres. Las desigualdades más graves observadas en los niveles de educación por ingresos y por residencia urbana frente a residencia rural dan lugar a un ciclo de pobreza que se perpetúa a sí mismo, ya que las familias con menos educación presentan un mayor riesgo de desnutrición infantil y de embarazos entre adolescentes (3).

### Empleo u Ocupación

El aumento de la población en edad de trabajar (personas de 15 a 64 años de edad) durante los últimos decenios y el aumento de la urbanización han repercutido sobre la economía y el mercado de trabajo en el continente Americano, al igual que lo han hecho la globalización y la crisis económica. Los sectores que siempre habían sido fuertes, como el agrícola y el manufacturero, han empezado a decaer en la región y la creación de trabajos se ha concentrado en el sector de servicios. Los datos más recientes indican un aumento de las tasas de subempleo y desempleo, consecuencia de que la proporción de la población en edad de trabajar ha aumentado en medio de la crisis económica mundial (3).

En estas circunstancias, el sector informal ha prosperado y tenido consecuencias importantes para los trabajadores que emplea. Se calcula que el sector informal emplea 70% de la fuerza laboral en un país latinoamericano característico. La naturaleza del sector informal varía de un país a otro, pero los datos probatorios indican que, independientemente del país, tiende a emplear al

sector más necesitado de la población, incluida una gran proporción de mujeres (3).

Dado que el empleo en el sector informal suele limitar el acceso a beneficios como la protección social o los planes de salud y jubilación, los trabajadores de este sector son más vulnerables a la pobreza y no tienen acceso a la atención de salud. Por otro lado, el empleo en el sector informal puede predisponer a la mala salud, ya que se ha demostrado que la inseguridad laboral tiene efectos negativos sobre la salud. En un estudio en México, se demostró que los trabajadores con salarios bajos que experimentan más inseguridad en el empleo presentan más síntomas relacionados con la salud mental, entre ellos, insomnio y ansiedad (3).

En la economía actual, determinados grupos están más desfavorecidos que otros. Un análisis que compara el trabajo remunerado con el no remunerado indica que la jornada laboral de las mujeres es más larga que la de los hombres. Por otra parte, las mujeres siguen predominando, en comparación con los hombres, en los empleos de los sectores de baja productividad como el agrícola, el industrial, de transporte y comercio, lo que limita su acceso a trabajos de ingresos más elevados y aumenta la diferencia de ingresos que ya existe entre los sexos (3).

En toda América, el nivel educativo desempeña una función importante en la determinación de los ingresos laborales y la seguridad del empleo. Las personas con más de 12 años de escolaridad, a menudo procedentes de los hogares en los quintiles superiores, siguen teniendo sueldos considerablemente mayores que otros trabajadores, así como mayor seguridad del empleo. Además, los datos indican que la disparidad entre los trabajadores con un nivel intermedio de educación (9 a 12 años de escolaridad) y aquellos con un nivel mínimo (menos de 8 años de escolaridad) es cada vez menor. Pero si bien, la brecha entre estos grupos se está cerrando, el análisis indica que esto no se debe a un aumento del

salario de los trabajadores menos calificados, sino a una reducción del salario de aquellos con niveles intermedios de educación (3).

### Determinantes Intermedios

Los determinantes estructurales operan mediante los determinantes intermedios de la salud para producir resultados de salud. Los determinantes intermedios se distribuyen según la estratificación social y determinan las diferencias en cuanto a la exposición y la vulnerabilidad a las condiciones perjudiciales para la salud. Las principales categorías de determinantes intermedios de la salud son las circunstancias materiales, las circunstancias psicosociales, los factores conductuales y biológicos, la cohesión social y el propio sistema de salud (3).

### Circunstancias materiales

Las circunstancias materiales se refieren a las condiciones materiales en las cuales las personas nacen y se desarrollan durante su ciclo vital, determinando sus condiciones de subsistencia y sus posibilidades de satisfacer sus necesidades. Entre estas circunstancias materiales se consideran las condiciones medioambientales existentes en la región (en cuanto a la calidad del aire, el control de residuos, la zoonosis y otras situaciones específicas de cada realidad local), el acceso de la población a servicios a nivel comunitario (sala cuna, servicios de emergencia, infraestructura, servicios públicos, tecnología, eventos culturales, percepciones de acceso, entre otros.), y las condiciones del hábitat, enfocándose principalmente en las viviendas (cantidad, tipo de construcción, propiedad, y otros) y en el acceso a servicios básicos (como agua potable, alcantarillado y luz eléctrica), por otra parte, abarca también las condiciones de trabajo, es decir, las circunstancias en las que las personas se desempeñan laboralmente y los sistemas de protección social a los que acceden (15).

## Factores psicosociales, conductuales y biológicos

Los factores biológicos son inherentes a la fisiología del organismo y menos susceptibles de modificación que los demás factores. En el caso de los diagnósticos regionales, se consideran factores vinculados a la composición de la población, que pueden ser relevantes para el diseño de estrategias a nivel local, como es el caso del sexo y la edad (15).

Los factores psicosociales y conductuales aluden a elementos del entorno de las personas y de su estilo de vida, que pueden incidir en el estado de salud, generalmente se distingue entre factores protectores y de riesgo. Entre los factores de este tipo, pueden mencionarse aquellos vinculados a las redes sociales de las personas y su nivel de participación (redes de apoyo, participación política y social y otros), los hábitos de vida en materia de alimentación (calidad de la alimentación, desnutrición infantil, sobrepeso y obesidad), práctica de actividad física (nivel de sedentarismo de la población regional), consumo de sustancias lícitas e ilícitas, comportamientos sexuales (iniciación sexual, prevención de embarazos no deseados, prevención de virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) e infecciones de transmisión sexual (ITS), entre otros y situaciones de estrés (por ejemplo, asociadas al ámbito ocupacional). Además, se deben incluir antecedentes regionales sobre violencia en sus diversas manifestaciones (maltrato infantil, violencia familiar, abuso, homicidios, suicidios, entre otras.) (15).

## Cohesión social

La cohesión social es entendida como un atributo de la sociedad, emanada de los vínculos sociales duraderos que establecen los individuos entre sí y con las instituciones sociales vigentes. Una sociedad cohesionada trabaja por el bienestar de todos sus miembros, combate la exclusión, crea un sentido de

pertenencia, promueve confianza y ofrece a sus miembros la oportunidad de movilidad social ascendente (17). El debilitamiento del también llamado “tejido social” y se traducen en un deterioro de la calidad de vida de las personas y las políticas diseñadas para fortalecer la cohesión social han adquirido creciente relevancia en México (18). La existencia de confianza mutua y respeto entre los diversos grupos y sectores de la sociedad; contribuye a la manera en que las personas valoran su salud (3).

Los principales componentes de la cohesión social son siete:

Confianza interpersonal entre vecinos: Expectativa positiva y certera respecto al comportamiento de la otra persona.

Sentido de pertenencia e identidad compartida: Emociones, creencias y expectativas positivas respecto a su colonia, barrio o conjunto habitacional, que pueden manifestarse como disposición a hacer ciertos sacrificios personales por seguir perteneciendo a la comunidad. Influye en ésta la percepción que tienen los habitantes de una comunidad determinada con respecto a la existencia, o no, de divisiones identitarias en la comunidad, relacionadas con factores como el nivel socioeconómico, cultural o educativo.

Comportamiento participativo: En actividades de mejora de la comunidad, actividades sociales, deportivas, religiosas, entre otras. Frecuencia con la que las personas que forman parte la comunidad toman parte en actividades colectivas que se desarrollan en el ámbito social, como pueden ser los eventos deportivos o festividades, o aquellas que tienen que ver con la vida en conjunto como la mejora de áreas comunes.

Redes personales de apoyo: Conjunto de relaciones de intercambio mutuo de bienes y servicios en un espacio social determinado.

Trabajo voluntario y donaciones: Frecuencia con la que los miembros de una comunidad están dispuestos a hacer aportaciones unilaterales gratuitas de su tiempo, su trabajo o sus recursos.

Confianza en liderazgos, autoridades e instituciones sociales o vecinales: Expectativa positiva y certera que tienen la comunidad con respecto al comportamiento de sus liderazgos, autoridades o instituciones sociales y vecinales.

Participación política: Frecuencia con la que la comunidad forma parte de organizaciones políticas u organizaciones de la sociedad civil, cuyo objetivo es incidir en la toma de decisiones con respecto a asuntos de la colectividad.

Los componentes previamente mencionados pueden medirse a través de una herramienta, Índice de Cohesión Social Vecinal (ICSV), que permite cuantificar el grado de cohesión social existente en una comunidad vecinal determinada, y que es útil tanto para comprender mejor esta dinámica aglutinadora, como para diseñar mejores políticas dirigidas a robustecerla y medir su impacto, permite de esta forma, hacer una aportación conceptual y metodológica con la cual es posible medir de forma simple y replicable los vínculos existentes entre los miembros de una comunidad.

Actualmente, uno de los retos más importantes que enfrentan las intervenciones orientadas a robustecer el tejido social es la falta de referentes empíricos que permitan evaluar su impacto para comprender mejor el fenómeno, construir teorías de cambio y elaborar diagnósticos que sirvan de base para diseñar mejores intervenciones (18).



## Sistema de salud

El sistema de salud también constituye un determinante social de la salud, en tanto las desigualdades de acceso y de calidad del mismo, inciden en las desigualdades en la promoción de la salud y el bienestar, la prevención de enfermedades, y las posibilidades de restablecimiento y supervivencia tras una enfermedad. En este sentido, se debe considerar la estructura del sistema de salud y los recursos que dispone la región, las redes asistenciales y la dotación de personal en las regiones (que determinan la oferta existente y las posibilidades de derivación de las personas), la cobertura y el acceso a los servicios de salud, así como la situación de la población en materia de previsión de salud (15).

## Necesidades de Salud

Las necesidades de salud de la población se entienden como cualquier alteración en la salud y el bienestar que requiere servicios y recursos para su atención. De esta manera, los daños a la salud (morbilidad, mortalidad, discapacidad) constituyen necesidades que motivan o inducen a la población a utilizar los servicios una vez que son expresadas en el proceso de búsqueda y obtención de la atención (19).

Las necesidades de salud varían de un país a otro, inclusive al interior de un mismo país o de una misma región, por las características demográficas, socioculturales, económicas y políticas propias de cada una de sus comunidades, lo cual favorece la desigualdad de salud. Este hecho pone de manifiesto lo fundamental del estudio de las necesidades de salud para la planeación e implantación de los servicios correspondientes (20).

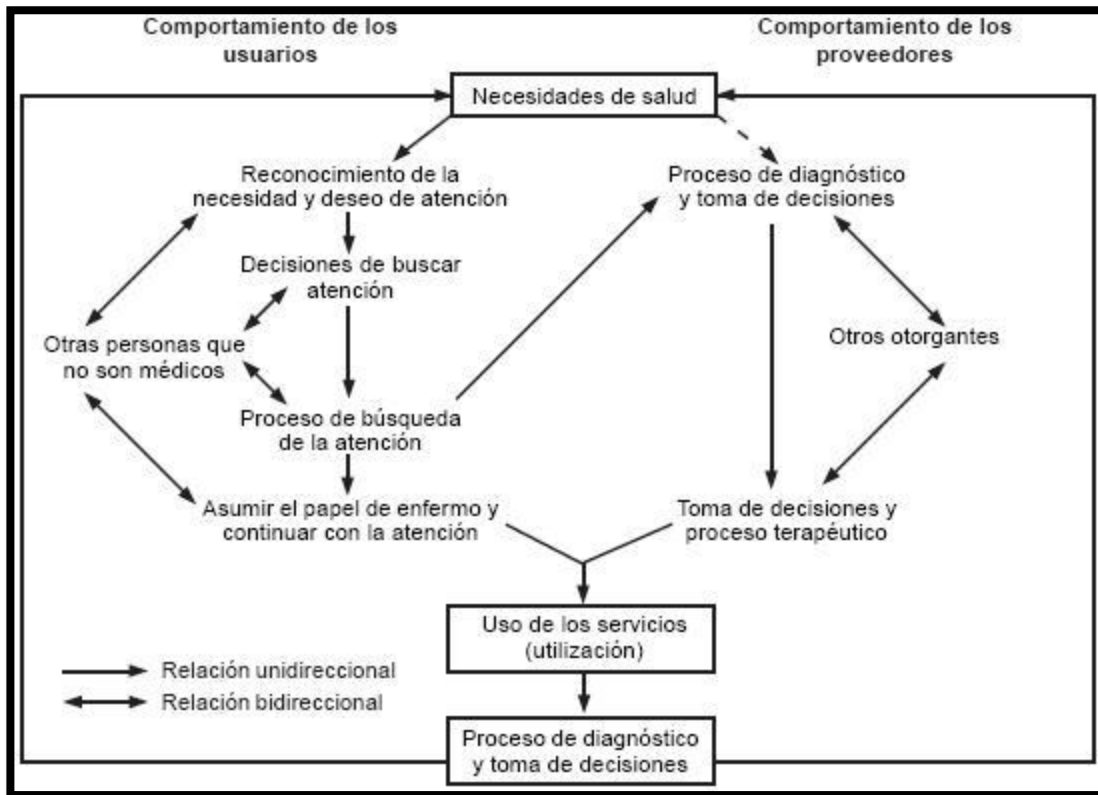
Las condiciones de vida de una familia (vivienda, ambiente físico, acceso a la educación, disponibilidad de servicios) y sus factores de riesgo reflejan aspectos importantes que influyen en el patrón de comportamiento en relación

con la demanda de los servicios y, por lo tanto, la satisfacción de las necesidades (2). La oferta de servicios en salud en los países debería ser el producto de un análisis en el que confluyan el conocimiento y la opinión del nivel técnico, las características demográficas y epidemiológicas de la población y las necesidades percibidas por ésta. El análisis de percepción de las necesidades de salud desde la perspectiva del usuario es una dimensión no siempre considerada. Bradshaw, propone para el estudio de necesidades sociales distinguir: las necesidades no sentidas pero latentes, las percibidas por el individuo, las normativas (aquellas percibidas por el profesional de la salud) y las relativas (distancia entre las necesidades individuales y las de la población) (21). Un individuo puede tener necesidades de salud reales y aun así no utilizar servicios de salud, o bien, existen individuos que utilizan los servicios de salud, a pesar de no tener necesidades claramente identificadas (20).

#### Búsqueda y utilización de los servicios de salud

La utilización de los servicios de salud también dependerá de la exposición de la población a los factores de riesgo, a los cambios en dichos factores y a los cambios en el significado social de la enfermedad. Estos tres determinantes se asocian con la probabilidad de que un individuo desarrolle una enfermedad en ciertas condiciones, determine un daño a la salud y decida la búsqueda de atención médica (19). El proceso de atención médica, se concibe primordialmente como dos cadenas de actividades y sucesos en los que participan en forma paralela el otorgante de la atención médica (toda institución que provee servicios de salud a la población), por una parte, y el cliente (población que demanda servicios de salud), por la otra. El camino de ambos actores sociales converge en lo que representa el proceso de atención médica, determinado por una serie de variables y condicionantes como lo muestra la Figura 2 (22).

Figura 2. Etapas y actores de la búsqueda y utilización de los servicios de salud.



Fuente: Arredondo, 2010.

La población expuesta en alto grado a la utilización de los servicios de salud gozará de un efecto protector mayor de su salud. Dicha utilización de servicios puede verse afectada desde cualquier nivel de demanda, o de daños a la salud, tanto a nivel poblacional como a nivel individual. Con respecto a la población que no se expone a la utilización de los servicios de salud o que lo hace de manera muy ocasional, su grado de utilización es muy bajo (19). Las variaciones en la utilización son causadas por diferencias en las características del consumidor, tales como edad, sexo, ingreso y movilidad personal, y por la influencia de los atributos facilitadores, como tamaño, costo, calidad y ubicación. Un individuo usará un servicio cuando ha percibido una necesidad y reconoce que debe ser satisfecha, que los medios con que cuenta proveen los servicios requeridos y deseados, y que éstos son convenientes. Se podría decir que el uso de los servicios de salud viene a ser consecuencia combinada de tres características

principales: el estado de salud y de enfermedad de la población, las decisiones del usuario y las decisiones del proveedor (23).

El estudio de los factores asociados a la utilización de servicios de salud constituye uno de los problemas sustantivos para el avance en la organización de sistemas de salud cada vez más efectivos, equitativos, eficientes y accesibles a las necesidades de salud de la población. A lo largo del proceso de necesidad de salud-utilización de servicio se identifican como determinantes del deseo de atención aspectos que incluyen creencias relativas a la salud, la confianza en el sistema de atención médica, y la tolerancia al dolor y a la incapacidad. Esta sucesión esquemática de acontecimientos es precisamente lo que ha permitido el estudio de la utilización de servicios de salud desde diferentes enfoques, lo que, a su vez, ha dado lugar al diseño de diversos modelos que han intentado explicar el motivo por el cual la población hace uso o no de los servicios. De esta manera, en el proceso de interacción de los usuarios de la atención médica y los proveedores de servicios de salud (22), encontramos varios modelos con factores predictores, determinantes o condicionantes del uso de servicios de salud entre los que destacan:

#### Modelo psicosocial

Se basa en el concepto que se refiere a la actividad que realiza una persona que cree estar sana con el propósito de prevenir la enfermedad y mantenerse sano e intenta la especificación de algunas variables que parecen contribuir significativamente a entender el comportamiento de los actores en el ámbito de la salud. Este modelo sugiere que una decisión para obtener una prueba de prevención o detección en ausencia de síntomas no deberá tomarse a menos que el individuo esté psicológicamente atento a realizar una acción con respecto a una condición particular de salud, que el individuo crea que la prevención es factible o apropiada para que él la use, reduciendo tanto su susceptibilidad percibida como la gravedad percibida de la condición de salud, y que no existan barreras psicológicas a la acción propuesta y que exista la presencia de un

detonante para iniciar un proceso de búsqueda y obtención de servicios de salud limitados a acciones de promoción, prevención y mantenimiento o mejoramiento del estado de salud individual o colectivo (19).

### Modelo epidemiológico

La utilización de los servicios de salud dependerá de la exposición de la población a los factores de riesgo, a los cambios en dichos factores y a los cambios en el significado social de la enfermedad. Estos tres determinantes se asocian con la probabilidad de que un individuo desarrolle una enfermedad en ciertas condiciones, determine un daño a la salud y decida la búsqueda de atención médica (19). Los principales factores del modelo epidemiológico se ubican en tres categorías: iniciadores, promotores y pronósticos.

Los riesgos iniciadores o predisponentes ocurren antes que la enfermedad se torne irreversible. Los riesgos promotores o precipitantes ocurren cuando la enfermedad ya es irreversible. Los riesgos pronósticos actúan en el punto de irreversibilidad y de alguna manera permiten afirmar si un individuo avanzará hacia la mejoría o la muerte, dependiendo de la historia natural de la enfermedad (22). Desde la perspectiva del modelo epidemiológico, la búsqueda y utilización de servicios de salud estará determinada en mayor o menor grado por el tipo de riesgo al cual se exponga la población, por lo que se requiere de un tipo de servicio específico según el daño a la salud. Por lo tanto, los riesgos iniciadores motivarán a la población a utilizar en primera instancia los servicios de prevención, en segunda instancia los servicios de diagnóstico y tratamiento (diagnóstico personal) y, en última instancia, los servicios de mantenimiento y rehabilitación (19).

### Modelo sociológico

El modelo de Suchman, desarrollado entre 1964 y 1966, enfatiza los aspectos socioculturales y ambientales sobre los determinantes de la utilización

de los servicios de salud. En este modelo se trabaja con lo que se ha dado en llamar "red de relaciones sociales". Cada quien tiene una red central social para resolver su vida, entrando en contacto con individuos; de esta forma las características de las redes sociales de cada individuo determinan el hecho de utilizar o no utilizar (automedicación) los servicios de salud ante la percepción de la enfermedad. Por lo tanto, los niveles de conocimiento que tenga el individuo, su red de relaciones sociales sobre el proceso Salud-enfermedad y la disponibilidad de servicios, determinarán las actitudes a tomar sobre la enfermedad y su tratamiento, así como la red de relación social que se activará dependiendo del daño a la salud.

En 1968, Anderson revisó los modelos teóricos de utilización de los servicios de atención médica: conductuales, sociopsicológicos y económicos; posteriormente desarrolló un modelo conductual que ha guiado su investigación y que subsecuentemente ha sido usado por muchos otros. Su modelo considera que la utilización de los servicios de salud es una función de la necesidad de atención, de los factores predisponentes y de los factores capacitantes. En 1976, Mechanic desarrolló un modelo basado sobre la premisa de que la conducta del enfermo es una respuesta aprendida cultural y socialmente. Este autor, sugiere que la búsqueda de atención médica está basada en 10 determinantes que van desde el reconocimiento de un problema de salud hasta la disponibilidad de recursos necesarios para atenderse. Estos autores consideran que para que se utilice un servicio de salud se debe producir en el sujeto un proceso escalonado de transformaciones que lo llevarían: a) la sensopercepción de un problema; b) el registro racional de la existencia del problema; c) el planteamiento racional de la necesidad de solucionar el problema; d) la selección de los medios de solución, y e) la ejecución de las actividades para la solución (demanda efectiva) (22).

#### Modelo socioeconómico

Existen dos perspectivas de análisis como propuestas de modelos económicos:

Modelos basados en el análisis de la demanda. En la teoría económica, los primeros modelos para analizar los servicios de salud se basaban en ecuaciones de demanda derivados de la maximización de una función de utilidad sujeta a restricción presupuestal simple, donde se supone que el ingreso monetario se gasta en dos grupos de bienes que se usan y el de los servicios médicos y el otro formado por todos los demás bienes. La hipótesis que trata de probar estos modelos es que el incremento en el precio de los servicios de salud genera una baja demanda de los mismos, que el incremento en el precio de otro bien genera un incremento en la demanda de servicios de salud y que el incremento del ingreso familiar genera un incremento en la demanda de servicios de salud (22).

Modelos basados en la teoría del capital humano. Estos modelos plantean una visión racionalista del ser humano. Proponen que la utilización de los servicios está en relación a la demanda de salud, considerándola como una forma de mantener, invertir e incrementar el capital humano. Desde esta perspectiva, las personas pueden aumentar sus capacidades como productores y como consumidores, invirtiendo en ellos mismos y en sus dependientes económicos (22).

### Población indígena

En México, la población indígena conforma el grupo de los pueblos originarios que dada su cultura, historia y lengua dan sentido de pertenencia e identidad al país. Es importante disponer de cifras sobre ella, su ubicación y características sociodemográficas y, con la finalidad de que este grupo de población no quede al margen de las políticas públicas que implementa México, el criterio para identificarlo es la condición de ser hablantes de alguna lengua indígena (24).

La población que habla y se considera indígena en México representa 14.9% de la población total del país. De acuerdo a los datos del Censo de Población y Vivienda en 2010 entre los hablantes de lengua indígena y autoadscritos se alcanza un registro de 16,102,646 personas consideradas indígenas (25). De acuerdo a la Encuesta Intercensal 2015, en México hay 7 382 785 personas de 3 años y más de edad que hablan alguna lengua indígena, cifra que representa 6.5% del total nacional; de las cuales 51.3% son mujeres y 48.7% hombres. La distribución por grupos de edad y sexo de este grupo de población para 2015, muestra que 45.3% de la población que habla lengua indígena tiene menos de 30 años, mientras que poco más de la mitad (50.9%) de la población total del país se encuentra en ese rango de edad. La proporción de niños y jóvenes hablantes de lengua indígena es inferior respecto a la población nacional; para el caso de los hablantes de lengua indígena de entre 3 a 14 años, representa 20.4% y para los jóvenes de 15 a 29 años, 24.9 por ciento; en tanto para el total de la población en el país, 23.6% es población infantil y 27.3% jóvenes (24).

El estado de Nuevo León ya no cuenta con población indígena nativa a raíz de que los indígenas del noreste fueron exterminados en la segunda mitad del siglo XIX. Desde 1990, el número de hablantes de lengua indígena (HLI) censados por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) ha aumentado muy significativamente en la entidad debido a la migración interna. En 1990, la población de HLI mayores de cinco años era de 5783 individuos, cifra que ascendió a 15 446 en el año 2000, y a 29538 en 2005, es decir, en 15 años, el número de HLI censados fue multiplicado por seis, de los cuales el 90.28% se concentra en el área metropolitana de Monterrey (AMM). Entre las urbes mexicanas, Monterrey es la ciudad que presenta el mayor crecimiento de la población indígena, pues aumentó a un ritmo de 12% anual entre 2000 y 2005 (26).

De la población que habla lengua indígena, sólo 13.0 %, se expresan en su lengua materna. Esta situación es más evidente entre las mujeres que entre los



varones; 15 de cada 100 mujeres indígenas son monolingües, contra 9 de cada 100 hombres. El monolingüismo según algunos organismos, indica que se trata de indígenas que conservan un mayor apego a la cosmovisión y cultura tradicional y es población que está próxima a condiciones desfavorables de marginación en términos de acceso a recursos, educación, salud y justicia (24).

Las lenguas indígenas que más se hablan en México son: Náhuatl (23.4%), Maya (11.6%), Tzeltal (7.5%), Mixteco (7.0%), Tzotzil (6.6%), Zapoteco (6.5%), Otomí (4.2%), Totonaco (3.6%), Chol (3.4%), Mazateco (3.2%), Huasteco (2.4%) y Mazahua (2.0%) (24). Por otro lado, las lenguas indígenas más habladas entre los indígenas residentes de Nuevo León son el náhuatl, con 12 900 individuos (44%), el huasteco (tenek), con 3 553 individuos (12%), y el otomí (ñhañhu), con 1126 individuos (26).

La Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de México 2015, considera como municipios indígenas aquellos que además de sus usos y costumbres, el 40% o más de su población habla alguna lengua indígena. De acuerdo con los datos de la Encuesta Intercensal 2015, las entidades con mayor porcentaje de hablantes de lengua indígena con respecto al total de su población son: Oaxaca (32.2%), Yucatán (28.9%), Chiapas (27.9%), Quintana Roo (16.6%) y Guerrero (15.3 por ciento) (24).

Los indígenas en nuestro país habitan mayoritariamente en los estados del sur. Alrededor de la mitad vive en ciudades y localidades pequeñas de menos de 15 mil habitantes. Los hablantes de lengua indígena habitan en mayor proporción las localidades más pequeñas. A medida que la población en los centros urbanos va aumentando, la proporción de personas que habla alguna lengua disminuye. A diferencia de ésta población que tiende a vivir en localidades más pequeñas, alrededor de 30% de la población que se autoadscribe como indígena vive en ciudades de más de 100,000 habitantes (25).

En 2015, los diez municipios en donde casi la totalidad de sus habitantes habla alguna lengua indígena eran: San Juan Cancuc, Santiago el Pinar, Chalchihuitlán, Aldama, Mitontic, Chamula y Larráinzar en Chiapas; además de Cochoapa el Grande en el estado de Guerrero. En ellos, más del 99% de sus habitantes son hablantes de lengua indígena, y en ocho, más de la mitad son monolingües (24).

En Nuevo León, la mayoría de la población indígena se concentra en los municipios del Área Metropolitana de Monterrey (AMM), mas no en zona rural. De los 29,538 hablantes de lengua indígena, 10, 063 residen en el municipio de Monterrey, 2,480 en el municipio de San Pedro, 3,058 en el municipio de Guadalupe, 2,481 en el municipio de General Escobedo, 2,134 en Apodaca, 2,325 en San Nicolás de los Garza, 2,222 en el municipio de Santa Catarina, 1,381 en Benito Juárez y en García 523 (27).

Procede principalmente de la región huasteca y se encuentra asentada según tres modalidades residenciales (congregada, aislada y dispersa). Los otomíes radican principalmente en las colonias Genaro Vázquez y Ampliación Unidad Lomas Modelo, en Monterrey; los nahuas viven en las cercanías del río la Silla, en Guadalupe y actualmente radicados principalmente en el municipio de Juárez, y los mixtecos en la colonia Héctor Caballero, también en Juárez (26).

En las localidades rurales existe 1 millón 405 mil viviendas indígenas, de las cuales 21.1% tienen jefatura femenina, lo que representa 296 mil hogares. En estas viviendas 21.1% tiene piso de tierra y 75% de cemento o piso firme; en el caso de las viviendas cuyo jefe de familia es hombre estos porcentajes son 20.5% y 75.4%, respectivamente (28).

Problemática actual sobre los Determinantes sociales de la salud en la población indígena

## Salud

De acuerdo a la Ley General de Salud, el derecho constitucional referente al indicador “Carencia por acceso a los servicios de salud”, se refiere al derecho de todos los mexicanos a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud (artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos). El Seguro Popular tiene por objetivo lograr la cobertura en salud a las familias más pobres. Según la Encuesta Intercensal 2015, en el país quince de cada cien personas hablantes de lengua indígenas no están afiliadas a servicios de salud (24).

La poca cobertura de los sistemas de salud a la población indígena relacionados con el sector formal de la economía, nos indica la poca penetración de este grupo de población en trabajos con seguridad social. Cuando se presenta una enfermedad, la población indígena acude principalmente a instituciones públicas como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Seguro Popular o la red de centros de salud operados por los sistemas estatales de salud (25).

Los más desprotegidos en términos de no afiliación son los varones: 57.7% no cuentan con ella, contra 45.3% en las mujeres. Del total de afiliados a una institución que presta servicios de salud casi la totalidad (98.8%) están afiliados a una institución del sector público, principalmente al Seguro Popular: 72.6% de la población hablante de lengua indígena está afiliada a esa institución y menos de uno por ciento (0.5%) a alguna institución privada (24).

## Educación

Se reconoce que la educación es un derecho humano, un factor que reduce las desigualdades sociales e impulsa el desarrollo individual y colectivo. Los bajos niveles de escolaridad se traducen en bajos niveles de ingreso y se

relacionan con precarias condiciones de salud y en general con disminución de oportunidades para una calidad de vida (24).

Según el Banco Interamericano de Desarrollo, en el país persiste una brecha significativa entre la población indígena y la no indígena en cuanto al acceso al derecho de la educación. Especialmente las mujeres indígenas son quienes presentan los niveles más altos de analfabetismo y baja escolaridad (24), ya que casi una de cada cuatro se encuentra sin escolaridad alguna y una de cada cinco cuenta con secundaria completa. Mientras que en los hombres hablantes de lengua indígena, uno de cada seis se encuentra sin escolaridad y, casi uno de cada cuatro cuenta con primaria o secundaria completa (29).

El porcentaje de niños que habla lengua indígena y no asiste a la escuela, en edad preescolar (de 3 a 5 años) es más bajo que los no hablantes de lengua indígena : 64.4 y 63.7% respectivamente. En el caso de la población entre los 6 y 14 años, que cursan primaria y secundaria, el porcentaje de niños y niñas hablantes de lengua indígena y que asiste a la escuela es de 92.7% en comparación con los niños y niñas no hablantes que es de 96.7%. El 23.0% de los hablantes de lengua indígena son analfabetas, en comparación con el 4.2% de no hablantes, que se encuentran en esta situación (24). La población que habla lengua indígena, tiene tasas de analfabetismo más altas que la población que se reconoce indígena (25).

También, la escolaridad acumulada de la población mayor de 15 años de edad hablante de lengua indígena es inferior respecto a los no hablantes de alguna lengua. En promedio, el primer grupo estudia 5.7 años; esto representa 3.7 años menos que la población que no habla lengua indígena, la cual en promedio alcanza 9.4 años de estudio (24). Casi la mitad de la población indígena reporta como último año de estudios la primaria (25).

En la población rural el porcentaje de población analfabeta de 15 años y más casi triplica el indicador nacional, es decir, a nivel nacional 5% de la población es analfabeta y en el medio rural un 12.9% de la población presenta esta condición. Entre las mujeres indígenas rurales el porcentaje de analfabetismo alcanza el valor de 29.8%, que implica a una total de 618 mil 486 mujeres indígenas (28).

### Condición laboral e ingreso

En México, de acuerdo a la Encuesta Intercensal 2015, 46.9% de la población de 15 años y más hablante de lengua indígena es económicamente activa, es decir, desempeña alguna actividad laboral o busca trabajo, cifra que es 7.8 puntos porcentuales menor a la participación económica de los no hablantes de lengua indígena (54.7%) (24). Aunque casi la mitad de la población indígena trabaja en el sector terciario, es pertinente hacer notar que una tercera parte lo hace en el primario, lo que vincula a la población indígena a localidades y poblaciones en el medio rural (25).

Los indígenas trabajan principalmente como empleados u obreros (37.7%), trabajadores por su cuenta (28.7%) y desempeñando labores del campo y como jornaleros o peones (11.5%). Es de destacar la mayor participación de mujeres indígenas que trabajan por su cuenta (32.2%), en comparación con las mujeres no hablantes de lengua indígena (19.0%). Mientras que 15 de cada cien hablantes de lengua indígena son trabajadores sin pago, en comparación con dos de cada cien de no hablantes de lengua indígena (24). En viviendas donde alguno de sus integrantes recibe apoyo de alguien que vive en otro país es 1.4 puntos porcentuales mayor en donde el jefe o jefa no es hablante de lengua indígena (29).

De los datos del Censo de Población y Vivienda 2010 se desprende que los indígenas acceden en menor porcentaje que los no indígenas a prestaciones que

están ligadas al empleo formal como servicio médico, aguinaldo, vacaciones, ahorro para el retiro o reparto de utilidades. Así mismo, en México, las mujeres indígenas migrantes se emplean en un 90% en el sector informal, entre ellos en el empleo doméstico, destacando la falta de oportunidades en otros rubros por no contar con la preparación requerida (27). El porcentaje de población indígena hablante de lengua que recibe algún tipo de pensión es menos de la mitad de la población no indígena en la misma condición (25). El porcentaje de viviendas donde el jefe o jefa habla lengua indígena en las cuales alguno de sus integrantes recibe pensión o está jubilado es menor en 7.1 puntos porcentuales respecto al porcentaje de viviendas en donde el jefe o jefa no habla lengua indígena (29).

Por otro lado, una proporción mayor de población que habla lengua indígena recibe ayuda de los programas de gobierno que distribuyen efectivo como Oportunidades, Adultos mayores, PROCAMPO, entre otros. Esto es consistente con el patrón de desventajas que muestran los indígenas que hablan alguna lengua y que los convierten en la población objetivo de los programas contra la pobreza extrema (29).

De acuerdo con los ingresos, del total de población indígena ocupada 11.9% no percibe ingresos, 16.8% tiene un ingreso menor a un salario mínimo, 30.4% de 1 a 2 salarios mínimos y sólo 30% tiene un ingreso superior a 2 salarios mínimos. Entre la población rural, 23% no percibe ingresos, 22% percibe ingresos menores a un salario mínimo, 25% de 1 a 2 salarios mínimos y sólo 15% percibe más de 2 salarios mínimos. En las mujeres indígenas estos valores son 11.6% sin ingresos, 32% con un ingreso menor a un salario mínimo, 28% de 1 a 2 salarios mínimos y 16% percibe más de 2 salarios mínimos (28).

En Nuevo León, la visibilidad de las poblaciones indígenas ante las instituciones públicas se debe, en buena medida a su tipo de residencia congregada (numerosas familias procedentes de una misma localidad viviendo

en un mismo barrio), así como a su actividad laboral: la venta ambulante. Las más visibles en el estado de Nuevo León son familias mixtecas y nahuas residentes en Juárez, además de otomíes y mazahuas, asentadas en Monterrey. Es interesante notar que la mayor parte de la población indígena es poco perceptible o hasta imperceptible: se trata de Nahuas y Tenek de la huasteca, quienes tienen una inserción laboral distinta. Las jóvenes trabajan en casas de los sectores medio y medio alto como empleadas domésticas puertas adentro: se quedan a vivir en casa de sus patrones (residencia aislada). También numerosas familias se encuentran inmersas en colonias populares sin compartir vecindad con sus paisanos (residencia dispersa) y laborando en actividades comerciales y fabriles (26).

## Vivienda

El desarrollo de la población no es viable ni sostenible a largo plazo si las personas no pueden acceder y disponer de una vivienda digna, con servicios básicos como el acceso al agua potable y disponibilidad de servicio de drenaje, entre otros. La falta de agua entubada y el piso de tierra en la vivienda son variables que se asocian con una alta morbilidad por enfermedades gastrointestinales, dermatológicas y respiratorias (24).

En 2015, en 9.1% de las viviendas del país habita al menos una persona que habla lengua indígena. Destaca que, de estas viviendas, 13.4% tienen piso de tierra, en comparación con 2.6% de las viviendas donde no hay hablantes de alguna lengua indígena. Existen 40.2% de viviendas con población que habla alguna lengua indígena que cuentan con agua dentro de la vivienda; en contraste, en viviendas donde no hay población hablante de alguna lengua indígena el porcentaje casi se duplica (77.5%) (24). Aproximadamente una de cada dos viviendas donde el jefe o jefa es hablante de lengua indígena cuenta con agua en el patio o terreno, mientras que en viviendas en donde la jefa o el jefe no habla

lengua indígena ocurre en una de cada cinco (29). Es de subrayar que 14.3% de las viviendas con hablantes de lengua indígena no disponen de agua entubada, esto representa más del triple del porcentaje de viviendas donde no hay hablantes de lengua indígena en la misma condición (4.2 %) (24).

Aunque en la mayoría de las viviendas donde el jefe o la jefa hablan lengua indígena cuentan con luz eléctrica, todavía existe una brecha de 3.8 puntos porcentuales respecto al porcentaje de viviendas donde el jefe o jefa no habla lengua indígena (29).

Respecto al drenaje existe una diferencia importante al acceso de este servicio: 25.5% de las viviendas con residentes hablantes de lengua indígena no dispone de drenaje, en contraste con el 4.1% de las viviendas sin población indígena en la misma condición (24).

La insuficiencia de servicios básicos en la vivienda como el agua entubada y el servicio de drenaje, así como las viviendas con piso de tierra indican que la inversión de recursos públicos en asentamientos con población hablante de lengua indígena sigue teniendo notables diferencias en comparación con el resto del país (24).

El 70.7% de viviendas en donde el jefe o jefa es hablante de lengua indígena cuenta con televisor en contraste con 95.2% de las viviendas de las personas no hablantes. 53.9% de las viviendas en donde el jefe o jefa es hablante de lengua indígena cuenta con teléfono o celular, en tanto las viviendas de las personas no hablantes tiene un 87.6%. 37.4 puntos porcentuales son los que separan a las viviendas que cuentan con refrigerador en donde el jefe o jefa es hablante de lengua indígena de las viviendas donde no es hablante de lengua indígena (29).

Por otro lado, del total de viviendas de hablantes de lengua indígena: 75.6% son de jefatura masculina y 24.4% son de jefatura femenina mientras que Del



total de viviendas de no hablantes de lengua indígena: 70.6% son de jefatura masculina y 29.4% son de jefatura femenina (29).

El número promedio de habitantes en una vivienda donde el jefe o jefa es hablante de lengua indígena es de 4.3 habitantes por vivienda mientras que el número promedio de habitantes en una vivienda donde el jefe o jefa es no hablante de lengua indígena es de 3.8 individuos por vivienda (29).

### Necesidades de salud en la población indígena

Para los pueblos indígenas, la salud equivale a la coexistencia armoniosa de los seres humanos, la naturaleza, y entre ellos y con otros seres en la búsqueda del bien vivir. La concepción indígena de salud articula elementos físicos, mentales, espirituales y emocionales, tanto desde la perspectiva de las personas, como de las comunidades, e involucra componentes políticos, económicos, sociales y culturales (30).

En consecuencia, el derecho a la salud de los pueblos indígenas debe entenderse tanto en su dimensión individual como colectiva y claramente resulta interdependiente de la realización de otros derechos humanos. En la actualidad, el estándar mínimo sintetizado en la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas establece: a) que las personas indígenas tienen derecho al acceso y la atención de salud sin discriminación; b) que tienen derecho al más alto nivel de salud física y mental mediante un acceso adecuado y de calidad; c) que los pueblos indígenas tienen el derecho a promover, desarrollar y mantener sus propias instituciones, lo que implica que los Estados no sólo deben tomar medidas para asegurar la salud a las personas indígenas, sino también el derecho colectivo de dichos pueblos para promover y fortalecer sus sistemas de medicina tradicional; d) especifica el derecho de los pueblos indígenas a sus medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud,

incluyendo la conservación de sus plantas, animales y minerales medicinales, así como los espacios territoriales de interés vital en la salud, enfermedad y sanación, lo que genera un vínculo indisoluble con los derechos territoriales; y e) el derecho a la participación política remite a la participación efectiva en el diseño y control social (recursos) de las políticas y programas de salud que les afectan (30).

Diferentes órganos de tratados de derechos humanos de las Naciones Unidas han formulado numerosas observaciones sobre la situación de salud de los pueblos indígenas en la región, expresando su preocupación por los niveles de morbimortalidad más desfavorables, que evidencia su daño acumulativo y más intenso. En particular, se han señalado la mortalidad materna e infantil, el embarazo no deseado y los abusos sexuales derivados de la violencia estructural; la incidencia de enfermedades crónicas producto de la contaminación ambiental y las industrias extractivas; los problemas de salud mental que afectan sobre todo a jóvenes, como así también la falta de acceso y de adecuación cultural de los servicios de salud. A pesar que la información aún es insuficiente y fragmentaria, permite constatar que el perfil epidemiológico de los pueblos indígenas se destaca por su carácter polarizado y prolongado, donde se superponen distintas etapas de la transición epidemiológica con la persistencia de altas tasas de incidencia y mortalidad debido a enfermedades transmisibles, como la tuberculosis, junto a enfermedades no transmisibles, como la diabetes asociada a la malnutrición y obesidad (30).

En relación con las enfermedades no transmisibles, la diabetes ha alcanzado proporciones epidémicas en ciertas comunidades indígenas, poniendo en peligro su propia existencia. También se ha observado que las personas con diabetes corren mayor riesgo de contraer tuberculosis porque tienen una respuesta inmunológica disminuida. La salud mental es otro de los ámbitos que ameritan particular atención. Muchos pueblos siguen enfrentando problemas de violencia por la imposición de proyectos de desarrollo, desplazamiento forzado y

expropiación de sus territorios, conflictos armados y explotación económica generando consecuencias psicológicas en las personas y comunidades.

En el AMM, los medios impresos locales de comunicación en los últimos tiempos han centrado sus artículos a casos de empleadas domésticas indígenas relacionados con violaciones, infanticidios y situaciones de inseguridad (27).

A tales problemas, agudizados por el empobrecimiento y la marginalización, se suman otras situaciones de descomposición social como el alcoholismo, abuso de drogas, depresión y suicidio, en especial entre los jóvenes. En 2003, el Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas llamaba la atención sobre la elevada tasa de enfermedades mentales y la elevada incidencia de suicidios en las comunidades indígenas, sobre todo en adolescentes y jóvenes. Desde hace varios años se observan en la región cifras alarmantes en el número de suicidios de niños, adolescentes y jóvenes indígenas en la Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Nicaragua, Paraguay y Venezuela (30).

Poner en vigor los derechos sexuales y reproductivos constituye otro de los grandes desafíos que requiere enfrentar la región, cuyas brechas de aplicación afectan en particular más a mujeres indígenas, incluidas niñas y niños, adolescentes y jóvenes. En los apartados siguientes se ahondan algunos aspectos en relación a este ámbito, destacando aquí que el VIH es motivo de gran preocupación puesto que algunos datos locales, por ejemplo, en el Brasil y Panamá, reflejan que afecta a pueblos indígenas de manera desproporcionada. El cáncer cervicouterino es otra de las preocupaciones crecientes en la agenda de salud de las mujeres indígenas. Algunos estudios muestran que la morbilidad por cáncer cervicouterino es alta y se considera que no se le ha prestado la debida atención por parte de los diversos sectores, puesto que la “maternalización” de la salud de las mujeres ha invisibilizado este problema, que es totalmente prevenible si se detecta a tiempo (30).

Sólo 20% de los indígenas está afiliado al Seguro Popular de Salud y sólo 9% cuenta con acceso a servicios del IMSS-Oportunidades. Las niñas y niños indígenas por lo general nacen fuera de las unidades de salud, con ayuda de una partera. Son producto de embarazos que no cuentan con atención prenatal. Es muy frecuente que las madres tengan menos de 20 años de edad. Su riesgo de morir antes de cumplir 1 año de vida es 1.7 veces más alto que el del resto de las niñas y niños del país. Este riesgo aumenta a 2.5 veces en población preescolar. Aunque las coberturas de vacunación son adecuadas en estas poblaciones, los problemas carenciales y relacionados con las malas condiciones de vida siguen cobrando víctimas desde temprana edad. El riesgo de morir por diarrea, desnutrición o anemia, por ejemplo, es tres veces mayor que el de una niña o niño de la población general. En las adolescentes indígenas el riesgo de morir por una causa materna es tres veces más alto que el que presentan las adolescentes del resto del país. Las principales causas de muerte de los jóvenes adolescentes indígenas son las lesiones intencionales y los homicidios (31).

Aunque existe un importante rezago en las condiciones de salud. La demanda de atención va más dirigida a la patología dominante en el país, los padecimientos no transmisibles. Dos de cada tres defunciones se concentran en este tipo de causas, destacando la diabetes mellitus en el caso de las mujeres y la cirrosis hepática en el caso de los hombres, causa ésta última asociada al consumo excesivo de alcohol. El riesgo de morir por esta última causa en las áreas indígenas es 1.3 veces más alto que en el resto del país, lo mismo sucede con la tuberculosis. El riesgo de morir por esta enfermedad es 1.8 veces más alto en las mujeres y 2.3 veces más alto en los hombres indígenas que en el resto de la población (31).

Estos pueblos están conformados por personas de todas las edades, con sus especificidades culturales, viviendo marginados en muchas localidades rurales y urbanas de todo México. La situación de los más de 62 pueblos originarios en cuanto al ejercicio de sus derechos es grave en términos de sus

condiciones de salud; enfrentan rezagos entre los que destacan la desnutrición, la mortalidad y morbilidad materna e infantil además de rezago educativo, inequidad de género y migración. Dada la dispersión y aislamiento geográfico, en muchos estados del país ha prevalecido su exclusión respecto al acceso a los servicios de salud. Además de lo anterior, un rasgo permanente respecto al trato hacia la población indígena es la discriminación, la insatisfacción de sus demandas o la invisibilidad respecto a sus necesidades; situación doblemente violenta cuando se realiza por parte las instituciones.

Por lo anterior, queda claro que la discriminación étnico-racial constituye una barrera en el acceso a los servicios, la información y al tratamiento igualitario, lo cual ha generado disparidades en la situación de la salud de individuos pertenecientes a grupos minoritarios, en este caso los pueblos indígenas (31).

#### Determinantes Sociales y Necesidades de Salud en Población Indígena

La vulnerabilidad en salud se refiere a la falta de protección de grupos poblacionales específicos que presentan problemas de salud particulares, así como a las desventajas que enfrentan para resolverlos, en comparación con otros grupos de población. La vulnerabilidad no es un estado único o permanente que caracterice a ciertos grupos en particular, sino que es resultado de un conjunto de determinantes sociales que interactúan de forma específica, dando lugar a una condición dinámica y contextual. Los bajos ingresos, el desempleo, la discriminación de género y los bajos niveles de escolaridad son todos ejemplos de estos determinantes que, actuando en forma conjunta, ponen a una persona (o grupo poblacional) en situación de desprotección (32). Cano (27), en su tesis sobre las percepciones y expectativas de los padres de familias indígenas huastecas en un municipio de Nuevo León sobre la educación escolar de sus hijos, plantea que la educación es percibida de manera positiva por los padres de familia y como algo necesario en el contexto urbano; es decir, consideran que la educación es un medio para la inserción laboral y la movilidad social.

Arenal y colaboradores, plantean la problemática de niñas indígenas que laboran en el empleo doméstico en el AMM cuya baja escolaridad es un factor para optar por el trabajo doméstico. La desvaloración social de la escuela como institución comunitaria favorece la deserción por parte de las niñas a la vez que el trabajo doméstico infantil impide visualizar un futuro mejor (27).

Las disparidades socioeconómicas de los distintos grupos han ido generando brechas, tanto culturales como en materia de acceso a la salud cada vez más amplias, las que se traducen en mayores obstáculos para el bienestar de los sectores menos favorecidos. Es por esto, que es de vital importancia describir la situación de uno de los grupos con mayor vulnerabilidad en México, los indígenas migrantes (32).

La salud es una de las condiciones más importantes de la vida humana y un componente fundamental de las posibilidades humanas que tenemos motivos para valorar. Ninguna concepción de la justicia social que acepte la necesidad de una distribución equitativa y de una formación eficiente de las posibilidades humanas puede ignorar el papel de la salud en la vida humana y en las oportunidades de las personas para alcanzar una vida sana, sin enfermedades y sufrimientos evitables ni mortalidad prematura. La equidad en la realización y distribución de la salud queda así incorporada y formando parte integral de un concepto más amplio de la justicia. Lo que es particularmente grave como injusticia es que algunos pueden no tener la oportunidad de alcanzar una buena salud debido a acuerdos sociales y no, digamos, a una decisión personal de no preocuparse particularmente por su salud. En este sentido, una enfermedad que no es prevenida ni tratada por motivos sociales (digamos por la pobreza o por la fuerza aplastante de una epidemia), y no por una elección personal (como el tabaquismo y otros comportamientos de riesgo de los adultos), tiene una repercusión particularmente negativa en la justicia social (4).

Nuestro país debe su riqueza cultural y su carácter distintivo como pueblo único en el mundo a la herencia formidable de sus pueblos originarios. Los pueblos y comunidades indígenas aún no disfrutan de una situación social y económica propicia para el mejor desarrollo humano; se caracterizan por vivir en altos niveles de pobreza y en una situación de significativa desventaja (31).

Mejorar las condiciones de salud de los pueblos indígenas ha sido una recomendación de la OMS desde muy diversos foros, reiteradas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a partir de los resolutivos emanados desde que se celebró la reunión sobre Pueblos Indígenas y Salud en Winnipeg, Canadá en 1993. Por ello, el combate al rezago social de los pueblos y las comunidades indígenas representa una de las áreas de política pública de mayor relevancia para el desarrollo armónico de México (31). La salud de las personas depende de la compleja relación y de las interconexiones de una serie de determinantes sociales y económicos, dentro de los cuales cobran un papel protagónico y de gran trascendencia la pobreza, el analfabetismo, la desnutrición, el desempleo, condiciones de género y etnia. Elementos señalados a ser intervenidos de forma perentoria por los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), precisamente para poder reducirlos al considerar que los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias (33).

Las condiciones de vida de la familia (vivienda, ambiente físico, acceso a la educación, disponibilidad de servicios) y sus factores de riesgo reflejan aspectos importantes que influyen en el patrón de comportamiento en relación con la demanda de los servicios y, por lo tanto, la satisfacción de las necesidades. Así mismo, son de suma importancia y juegan un rol preponderante las redes sociales en los procesos migratorios, su adaptación al medio urbano, la inserción al empleo doméstico y, sobre todo, como parte de los mecanismos, recursos y estrategias que consciente o inconscientemente establecen para contrarrestar o disminuir la posible violencia en el contexto urbano (27).

El diagnóstico de salud familiar puede ser útil para identificar las necesidades de salud en la población de manera más específica (2). El crecimiento poblacional se ha convertido en un fenómeno urbano ligado a las regiones menos desarrolladas. Uno de los mayores retos de estos cambios demográficos sin precedentes es el de la atención a la salud de los grupos más vulnerables asentados en los centros urbanos. Además de los riesgos y las condiciones de salud, que son específicos debido al ambiente físico de los grandes conglomerados, los aspectos sociales son fundamentales para determinar las necesidades de salud de la población (34).

La situación de salud de los pueblos indígenas se deteriora cuando sus oportunidades son restringidas, situación que empeora en la medida en que el analfabetismo y la pobreza aumentan (33). Las áreas de extrema pobreza en las ciudades han surgido como un derivado de la inequidad social; en estas áreas se concentran tanto la población marginada de las propias ciudades como la que migra de las áreas rurales por falta de empleo y posibilidades de desarrollo. Estas poblaciones viven en condiciones de estrés social, manifestado por la deprivación económica, el hacinamiento, la inestabilidad familiar, la insalubridad de la vivienda, el ambiente y la inseguridad, condiciones que de manera aislada y en conjunto influyen en una mortalidad prematura. Por otro lado, las condiciones de marginalidad y pobreza exponen a estos grupos vulnerables a un amplio riesgo para su salud, que no son identificados ni atendidos debido a su falta de acceso a los servicios de salud (34).

La medición de las necesidades de salud permite la evaluación del impacto de intervenciones vigentes, así como el monitoreo de tendencias del estado de salud y la determinación de equidad en el acceso a la atención médica entre subgrupos de población. El conocimiento de las desigualdades asiste a los actores relevantes de las organizaciones de salud para brindar servicios que equiparen las necesidades de salud de su población (20). Estudiosos del tema afirman que existe una profunda desigualdad de oportunidades que ha



caracterizado a los grupos étnicos y continúan siendo vulnerables en diversos aspectos: sociales, económicos y políticos, hasta tal punto que sus condiciones de salud, pobreza, analfabetismo, generación de ingresos, protección social y acceso a servicios son más precarias en ellos que en otros grupos poblacionales (33).

Los determinantes sociales de la salud y los ODM se sustentan en la Declaración Universal de los Derechos Humanos proclamados por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948, además, la reafirman y desarrollan. En su artículo 25, la Declaración deja claro el derecho a estándares de vida adecuados para la salud y el bienestar de las personas y de sus familias, al afirmar que: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene así mismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad” (33).

Los determinantes sociales de la salud, como se ha visto, hacen referencia al contexto social en que se desarrolla la cotidianidad humana y a los procesos que conducen a preservar o afectar negativamente la salud. En las comunidades indígenas, es clara la falta de acceso a bienes y servicios de salud, así como la ausencia de esquemas de protección social diferentes a salud (33). El presente trabajo ofrece identificar los determinantes sociales y las necesidades de salud para generar una correcta toma de decisiones subsecuentes en dicho ámbito e ir paso a paso, cerrando las brechas de las desigualdades sociales y de salud en población indígena.

## Migración Indígena

Las corrientes migratorias en el país, al igual que en América Latina, han estado relacionados con la urbanización, el mercado de trabajo y la infraestructura de las comunicaciones. Factores que propiciaron en los años setenta y ochenta importantes movimientos de poblaciones rurales a las zonas urbanas, estableciéndose de manera preferencial en las grandes ciudades como México, Monterrey y Guadalajara.

En diversos estudios se han analizado la problemática migratoria mexicana y con ella, las causas y multifactores que impulsan a la población a salir de sus comunidades de origen. Entre éstos figuran la baja producción agrícola, la falta de recursos económicos y de tierras, la presión demográfica, la carencia tecnológica, el deterioro ecológico y el crecimiento y desarrollo de algunas ciudades.

En las últimas décadas, uno de los temas sobresalientes en las ciencias sociales ha sido el de la migración y en años recientes la migración indígena. Un tema implícito en la mayoría de los trabajos sobre migración indígena es la perspectiva de género, en cuanto se relaciona con las problemáticas presentes en el proceso migratorio sobre todo femenino en las comunidades de origen como en las ciudades de arribo.

En el medio rural se estima un total de 3 millones 141 mujeres indígenas, es decir que por cada 100 mujeres hay 95.8 hombres, esta relación se le conoce como índice de masculinidad. El valor de este indicador en el medio rural indígena resulta menor al que se obtiene en las localidades rurales a nivel nacional, que es de 97.2 hombres por cada 100 mujeres, por lo que se puede afirmar que entre la población indígena es más acentuada la tendencia a la feminización. Diversos estudios señalan como origen de esta situación a la necesidad de los indígenas hombres por migrar de sus lugares de origen en busca de trabajo e ingresos, y

por tanto propicia un mayor involucramiento de las mujeres en la producción rural. La emigración de la población indígena rural hacia otras localidades también se refleja en la composición de la población por grupos de edad. En las localidades rurales se observa un porcentaje mayor de niñas y mujeres de edad avanzada, mientras que el porcentaje de mujeres en edades “económicamente productivas”, entre 15 y 64 años, es menor. Al incrementar el tamaño de la localidad aumenta el porcentaje de mujeres en edad productiva y disminuye el de niñas y adultas mayores. En ciudades con más de 100 mil habitantes, 25.8% son menores de 15 años, 5.7%, mayor de 64 años y 68.4% entre los 15 y 64 años (28).

Las decisiones de migrar a la ciudad corresponden esencialmente a los hombres; de esta manera la migración masculina es apoyada por las redes en la comunidad y en la ciudad, mientras que la migración femenina es considerada como una “anomalía, fracaso o transgresión social”, sobre todo cuando la mujer emigra sola a la ciudad, por ello la migración es una experiencia en la que la mujer se ve devaluada y en consecuencia invisible. En la nueva dinámica a la que se integran en la ciudad, las mujeres cambian en sus prácticas y representaciones productivas, generan sus propias redes femeninas, por lo que “la decisión de migrar es en sí transformadora”. La adaptación de las mujeres al medio urbano es más larga y difícil que en el caso de los hombres, debido a la falta de preparación para la vida urbana. Además, en la ciudad más que en el campo, se pone a prueba la capacidad de las mujeres madres para convertirse en el sostén de la familia cuando falta el esposo aún cuando éste no es proveedor (27).

De manera coincidente, las categorías genéricas inciden en la constitución de los movimientos migratorios de hombres y mujeres y también en las prácticas que realizan en la ciudad. Advierte que para el caso de los mazahuas en la ciudad de México “las mujeres se integran como sujetos activos en la constitución cultural de su comunidad en los lugares destino”, construyendo redes sociales de

apoyo y estrategias de sobrevivencia. Aunado a ello, los varones han dejado de ser reconocidos como los principales proveedores del sustento familiar (27).

La migración está relacionada en especial con el matrimonio, la maternidad y con el ciclo de vida (soltería y la reproducción), de tal suerte que las malas experiencias en el matrimonio constituyen un factor en la decisión de migrar. Las jóvenes indígenas que decidieron irse a zonas urbanas después de una mala experiencia matrimonial, marcó una nueva tendencia en los patrones de matrimonio y residencia. Algunas de ellas se casan en ciudades y regresan a su comunidad de origen sólo de visita, mientras que otras regresan al pueblo y se convierten en jefas de familia. Por lo anterior, los procesos de reproducción étnica se ven marcados por la experiencia migratoria. Implica para las indígenas, aspectos de lucha simbólica en el contexto urbano al reconstituir a la comunidad étnica en la ciudad y experimentar etnicidad frente a procesos de violencia y discriminación (27).

En estudios sobre migrantes Náhuas a la ciudad de Guadalajara, consideran que dentro del proceso migratorio la identidad étnica se puede fortalecer y resimbolizar al adaptar nuevos elementos urbanos y en ocasiones al negar su origen étnico para no ser presa de la discriminación urbana. Se insiste en la discriminación del que son objeto las mujeres migrantes indígenas que laboran en la ciudad, por ejemplo, entre las mujeres migrantes que laboran en el empleo doméstico, actividad sin prestaciones sociales. En su trabajo destaca que las mujeres migrantes indígenas construyen estrategias de resistencia étnica que les permite permanecer, cambiar y adaptarse al medio urbano (27).

#### Migración indígena en el área metropolitana de Monterrey

Aunque el fenómeno de la migración indígena al área metropolitana de Monterrey se ha intensificado desde hace al menos dos décadas, la atención de académicos y algunas instituciones gubernamentales se ha manifestado hasta

bien entrados los años noventa. Actualmente la migración indígena es un tema de interés e importancia para ambas áreas.

Las características comunitarias de los migrantes con residencia de tipo congregada han vuelto visibles principalmente a los mixtecos y otomíes; los mixtecos ubicados en el municipio de Juárez son los principales protagonistas de los escritos sobre indígenas en el AMM. Le siguen otros grupos como los otomíes ubicados en Monterrey y finalmente los nahuas asentados hasta hace poco en las orillas del río la Silla y actualmente radicados en el municipio de Juárez. En la mayoría de los trabajos sobre los mixtecos se discute en torno a la identidad. Otros plantean que los mixtecos reconstruyen o reelaboran la identidad en la ciudad, en parte a consecuencia de la discriminación (27).

En el proceso migratorio se da un paulatino “desprendimiento” de la cultura de origen, en tanto los migrantes requieren una nueva retórica para legitimar ante sí mismos y ante los demás la necesidad del distanciamiento sociocultural. La identificación de “mejores niveles de vida” no se centra en un mayor estándar material, sino refiere al aspecto simbólico, a las “oportunidades de vida” que la ciudad ofrece en comparación con las del campo. Por lo anterior, al considerar que los migrantes se encuentran en un contexto social diferente al de origen en el que asumen nuevas formas de reconocer su propia identidad al ser representada por el “otro”, como una identidad etiquetada que tiende a estereotiparlos (27).

La problemática de las migrantes indígenas que laboran en el empleo doméstico en el AMM es la baja escolaridad, siendo esta un factor para optar por el trabajo doméstico. La desvaloración social de la escuela como institución comunitaria favorece la deserción por parte de las niñas a la vez que el trabajo doméstico impide visualizar un futuro mejor. En los últimos años, las migrantes empleadas domésticas han tenido la oportunidad de cursar la secundaria y en ciertos casos la preparatoria. Desde la perspectiva de género, los

desplazamientos de las migrantes obedecen a una determinación laboral en forma individual, o en la mayoría de los casos, son acompañadas por otras mujeres, siempre aprovechando la red social (27).

Existe una gran importancia de las redes sociales en los procesos migratorios, su adaptación al medio urbano, la inserción al empleo doméstico y, sobre todo, como parte de los mecanismos, recursos y estrategias que consciente o inconscientemente establecen para contrarrestar o disminuir la (posible) violencia en el contexto urbano (27).

## **ESTUDIOS RELACIONADOS**

En 2014, Mitrou y colaboradores utilizaron datos de los censos de los países de Australia, Canadá y Nueva Zelanda para comparar resultados de las cohortes de individuos indígenas y no indígenas entre 25 y 29 años de los años de 1981 a 2006 en los dominios de educación, empleo e ingreso. Se encontró que en el indicador de proporción entre aquellos que tenían la preparatoria o más años de estudio en personas indígenas y no indígenas, las brechas en todos los países fueron amplias, por ejemplo, en Australia la brecha se elevó de 8% a 25% entre 1981 y 2006. Australia tiene la peor actuación de los tres países en términos del incremento en la brecha ya que, por ejemplo, Canadá mostró una brecha de 17.6% en el 2006. Estos resultados no significan que no haya habido mejoría, de hecho, la hubo, los tres países indicaron ganancias en la proporción de indígenas graduados de preparatoria, sin embargo, la gente indígena estuvo cada vez más atrasada en comparación con la gente no indígena (9).

Aunque, las personas indígenas tienen consistentemente una tasa más alta de desempleo, existe una fluctuación en la brecha de la tasa entre el periodo de 1981-2006. En 2006, Australia y Canadá mostraron una brecha de desempleo más estrecha que la que se observó en 1981, mientras que la brecha para Nueva Zelanda se ha ampliado ligeramente. Sin embargo, Australia mantiene la tasa de

desempleo más alta entre los tres países en todo el periodo, a pesar de que se redujo la brecha de 16.9% a 11%. Canadá terminó el periodo con la brecha más estrecha con un porcentaje de 6.6%. La mediana del ingreso de los indígenas como una proporción del ingreso de los no indígenas fue de 77.2% en Nueva Zelanda y de 45.2% en Australia en 1981, mejorando levemente en 2006 siendo de 80.9% en Canadá y de 54.4% en Australia (9).

En general, la brecha permaneció igual para Australia, mientras que para Canadá y Nueva Zelanda tuvieron fluctuaciones durante todo el periodo. Australia fue el peor país, con un ingreso anual medio en los indígenas apenas por encima de la mitad de los no indígenas durante todo el periodo, mientras que Canadá y Nueva Zelanda tuvieron mejoría durante el 2006. Estos resultados traducen que a pesar de que Australia, Canadá y Nueva Zelanda son naciones con uno de los más elevados niveles de desarrollo social en el mundo, la investigación muestra que la población indígena está tan desfavorecida en 2006 como lo estaba en 1981 en comparación con la población no indígena en lo relativo a los tres determinantes sociales claves de la salud. Estas disparidades representan una preocupación de las políticas públicas y la necesidad de que las organizaciones de derechos humanos se enfoquen en este asunto. El hecho de que haya habido muy poco avance en tanto tiempo es alarmante porque sugiere que lograr la equidad tomará varias décadas más (9).

En 2014, Markwick y colaboradores identificaron los determinantes sociales de la salud de las personas aborígenes que vivían en el Estado de Victoria, Canadá, comparados con las personas no aborígenes. Encontraron que los aborígenes tenían menos ingreso (18.9% vs 12.4%), más desempleo (8.7% vs 3.6%) y eran incapaces de laborar (7.3% vs 2.9%) en comparación con sus contrapartes no aborígenes (estatus socioeconómico). Así mismo, los aborígenes también tenían una prevalencia más alta de factores de riesgo psicosociales como estrés psicológico (22.6% vs 11.6%), inseguridad alimentaria (17.7 vs 5.4%) y estrés financiero (19.4% vs 11.8%) que las personas no aborígenes

(factores de riesgo psicosociales). Por otro lado, se observó que los aborígenes eran más propensos a vivir en su vecindario por menos de un año (14.8% vs 8.3%), ser incapaces de obtener ayuda por parte de su familia (15.2% vs 7.2%), tener menos niveles de confianza social y civil (27.3%/18.9% vs 20.9%/13.2%) y de no ser un miembro de la comunidad (47.6% vs 38.9%) que sus contrapartes no aborígenes (35).

En contraste, no se encontraron diferencias entre ambos grupos a la hora de ser incapaces de obtener ayuda de amigos/vecinos, acudir a un grupo de apoyo y de ser incapaces de acceder a recursos y servicios de la comunidad (capital social). Se encontró que los aborígenes tienen una mayor prevalencia de obesidad (24.7% vs 17.6%), tabaquismo (30.4% vs 19.1%) y una ingesta inadecuada de frutas (63.5% vs 51.5%). En contraste, no hubo diferencias entre ambos grupos en la cuestión de ingesta de alcohol, actividad física inadecuada, ingesta de vegetales e hipertensión (factores de riesgo en el estilo de vida). No hubo diferencias significativas en el uso de servicios de salud entre ambos grupos, con la excepción de que los aborígenes acudían más a la revisión de su presión arterial (83.0% vs 79.6%), así como también acudían más a buscar ayuda de un profesional de la salud en relación a un problema mental (19.2% vs 11.3%) (cuidado de la salud) (35).

Los aborígenes reportaron percibir tener una salud más pobre (28.0% vs 18.1%), así como también de tener más diagnósticos hechos por un doctor de cáncer (11.8% vs 6.4%), asma (29.3% vs 21.2%), depresión y ansiedad (34.9% y 35.7% vs 14.8% y 24.4% en hombres y mujeres respectivamente) que sus contrapartes no aborígenes. Hubo una prevalencia más alta de depresión y ansiedad en hombres aborígenes (35%) comparado con los hombres no aborígenes (14.8%) (Resultados en salud). Con los resultados anteriores, se demuestra la importancia que son los determinantes sociales de la salud para entender las brechas tan grandes que existen entre la población aborígen y no aborígen que habita un mismo lugar. Refuerza la idea de que los aborígenes son



una población muy diversa en su forma cultural como lingüística por lo que este estudio sirve para informar basándose en evidencia y poder llegar a desarrollar políticas e intervenciones que incidan en los determinantes sociales de la salud más que en un modelo biomédico de salud (35).

En 2015, Maxwell y colaboradores realizaron en Estados Unidos de América un estudio con el fin de evaluar las necesidades básicas que son conocidas por ser determinantes sociales de la salud en la comunidad Mixteca y Zapoteca en el Condado Ventura en California, enfocándose en las necesidades básicas como empleo, seguridad alimentaria, vivienda, acceso a servicios de salud, transportación, seguridad y discriminación. Siguiéndose los principios de la investigación participativa, las promotoras de la comunidad evaluaron a través de encuestas los aspectos mencionados previamente, agregándose características como edad, sexo, estado civil, hablantes de español en la vivienda, número de personas habitando la vivienda y si habían vivido en algún otro lugar. Se encontró una moderada ( $Q=.50$  a  $.74$ ) a fuerte ( $Q\leq .75$ ) relación entre oportunidades de empleo, seguridad alimentaria, suficiencia en las condiciones del hogar, acceso a servicios de salud y acceso a transportación. 26% respondió que eran capaces de trabajar lo suficiente al año para mantener a su familia, 41% que su familia tenía suficiente comida, 50% que el vecindario era seguro, 57% que tenía acceso a servicios de salud, 41% que tenía acceso a la transportación, 58% reportó oportunidad para la educación, 86% que su jefe le mostraba respeto, 34% había experimentado discriminación o bullying y 27% que otro miembro del hogar lo había experimentado, 90% reportó acceso a servicios de salud para los niños (11).

El 25% sólo tuvo 3 necesidades satisfechas de las 10 que se evaluaron y 22% tuvo 8 o más necesidades satisfechas. En los hombres, las personas casadas y los encuestados <30 años reportaron tener las necesidades básicas más satisfechas. Los hombres tendieron a reportar más oportunidades de empleo y educación, seguridad alimentaria, acceso a la transportación. Las casas con

menos miembros (<5 miembros) reportaron tener sus necesidades más satisfechas, entre ellas seguridad alimentaria, suficiencia de casa, acceso a la salud y transportación. Los que pasaban tiempo en otra ciudad reportaron mejor acceso a los servicios de salud. Los hispanoparlantes reportaron un menor acceso a los servicios de salud, pero mejores oportunidades de educación y respeto de su jefe. Se puede concluir que las necesidades básicas como lo son los determinantes sociales de la salud son derechos humanos a los que todas las personas deben tener acceso, sin embargo, estas comunidades de indígenas migrantes presentan una gran problemática si de equidad e igualdad de oportunidades se trata. Gran cantidad de necesidades básicas no están satisfechas por lo que se requieren recursos y servicios para vencer las dificultades que experimentan. Se pretende que los resultados de esta investigación sirvan como línea de base para el desarrollo de futuros programas de salud y para evaluar el impacto de los servicios, para de esta manera, poder mejorar de las condiciones de salud en esta comunidad (11).

En 2015, Noreña-Herrera y colaboradores, analizaron la utilización de servicios de salud reproductiva (atención prenatal, parto y posparto), según la etnia de las mujeres, a partir de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010 de Colombia. Se encontró que, de las 14,514 mujeres incluidas en el estudio, 13.5% se autoreconoció como indígenas y 11.9% como afrodescendientes; el porcentaje restante no se reconoció en ningún grupo étnico colombiano (74.6%). Las mujeres indígenas presentaron los menores niveles de escolaridad (6 años de estudio en promedio), la menor proporción de hogares con jefatura femenina (24%), y el mayor porcentaje sin trabajo (19.9%). Con respecto a la afiliación al sistema general de seguridad social en salud, alrededor el 9.6% no se encontró afiliado (36).

Por último, 78% de los hogares de las mujeres indígenas se encontró en los menores niveles socioeconómicos (bajo y más bajo). El 97% de las mujeres incluidas en el estudio se realizó al menos un control prenatal. Al comparar entre

los grupos el porcentaje fue menor en las mujeres indígenas (90.8%). El índice de atención prenatal se expresó en escala Likert (inadecuado, intermedio, adecuado/plus) encontrándose que en los tres grupos el porcentaje de atención “inadecuado” fue superior al 20%, llegando a 39.9% en las indígenas. El control prenatal calificado como intermedio fue mayor en las mujeres sin pertenencia étnica (77.9%). Sólo 2.1% de las mujeres tuvo un número adecuado de controles prenatales, siendo mayor en las afrodescendientes (2.6%) que en los otros dos grupos. La atención del parto por profesionales de la salud se presentó en el 97.4%, pero fue menor en la población indígena (86.9%), la atención por partera fue mayor en la población indígena (12.2%) y ocurrió en 5.4% de las afrodescendientes. El 1% de las indígenas reportó que nadie atendió su parto. Referente a la utilización de los servicios de salud para la atención del parto, fue de 95.5%, con un menor porcentaje en las indígenas (75.7%). Referente al control posparto, fue realizado en 74.9% de las mujeres. Las indígenas y afrodescendientes presentaron los menores porcentajes (54% y 66% respectivamente) (36).

En las mujeres que no pertenecen a ninguna etnia, el porcentaje de utilización fue superior al promedio general (77.3%). Se mostró una asociación inversa entre la etnia y la atención prenatal. Se encontró una asociación directa entre estar afiliado a la seguridad social y tener mayores controles prenatales. Se encontró una asociación directa entre el control prenatal y la atención institucional del parto, así como este último con el control posparto. Las mujeres que se encontraban en el área urbana, y, afiliadas al sistema de salud también presentaron mayores posibilidades de atención del parto en los servicios de salud (36).

El panorama encontrado mostró la existencia de inequidades sociales y de salud reproductiva en las mujeres de las minorías étnicas. La información obtenida del análisis contribuye a visibilizar la situación de acceso a servicios de salud de grupos étnicos que han vivido históricamente en condiciones de

vulneración de sus derechos, lo que constituye un aporte a la generación de evidencia científica de las inequidades en salud de las mujeres pertenecientes a las etnias de Colombia. Los autores recomiendan cerrar las brechas existentes con estrategias gubernamentales que garanticen el derecho a la salud reconociendo la diversidad, y respetando la autonomía de los pueblos indígenas plasmadas en la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas de 2007 (36).

En 2014, Acuña y colaboradores, examinaron los determinantes sociales que afectan la conducta de la población en relación con la búsqueda y obtención de medicamentos, y su relación con la exclusión de los servicios de salud de tres países de América Central: Guatemala, Honduras y Nicaragua. Mediante la aplicación de una encuesta de hogares basada en instrumentos y métodos desarrollados por la Organización Mundial de la Salud, y adaptados para estudiar la falta de acceso a los servicios de salud y a los medicamentos, de acuerdo al marco conceptual de la exclusión en salud desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud se obtuvo información dividida en 8 módulos principales, entre ellos: información individual y acceso a los servicios de salud; Enfermedades agudas o de corta duración; Enfermedad crónica o de larga duración; Embarazo; Persona con estado de salud malo o regular; Información sobre medicamentos en el hogar; Percepciones sobre los servicios de salud y los medicamentos, e Información del hogar. Alrededor de 18% de los jefes de hogar declaró pertenecer a un grupo étnico originario y 80% de los jefes sabía leer y escribir. En 45% el nivel educacional del jefe del hogar era educación primaria incompleta. Un 72.2% de los hogares reportó al menos un problema de salud agudo leve. De los 1308 hogares que reportaron algún problema de salud, 82.8% expresó su demanda de atención buscando un servicio de salud y 17.2% se autoexcluyó, es decir, no buscó atención en el servicio (37).

La falta de acceso a medicamentos afectó a cerca del 21% de los hogares con al menos un problema de salud. El 70.6% de los hogares no sufrió exclusión

de la atención de salud ni de medicamentos, mientras que 9% sufrió exclusión de la atención de salud y de medicamentos. Del total de hogares encuestados, 46.2% reportó algún gasto en salud. Se destaca que 24.4% de los hogares tuvo que vender algún bien y/o usar préstamos. Los principales determinantes de la exclusión de la atención de salud fueron educación primaria incompleta del jefe de hogar; tener una mala percepción sobre la oportunidad del uso del servicio y pertenecer a clase económica B o C. Por el contrario, mejores condiciones de la vivienda y el empleo formal del jefe de hogar mostraron un efecto protector contra la exclusión de los servicios de salud. Para los hogares que sufrieron exclusión de la atención de salud, la probabilidad de sufrir exclusión del acceso a medicamentos fue 5.19 veces mayor respecto de aquellos hogares que no sufrieron exclusión de la atención de salud. La informalidad del empleo del jefe de hogar constituye un factor de riesgo de exclusión del acceso a medicamentos, por cuanto en estos hogares la probabilidad de no lograr acceso a medicamentos. Los hogares pertenecientes a la Clase C tenían una probabilidad 2.61 veces mayor de ser excluidos del acceso a los medicamentos que aquellos pertenecientes a la Clase A. A medida que mejoraban las condiciones socioeconómicas del hogar, se reducían las probabilidades de sufrir exclusión del acceso a medicamentos (37).

Al analizar el efecto de las condiciones de la vivienda sobre el acceso a medicamentos, se encontró que cuando los hogares sufrían hacinamiento, la probabilidad de ser excluidos del acceso a medicamentos aumentaba 1.45 veces y que, a medida que mejoraban las características de la vivienda, se reducía la probabilidad de este tipo de exclusión. En conclusión, se identificaron factores determinantes de exclusión que deben ser enfrentados a fin de reducir las inequidades en el acceso a servicios de salud y a medicamentos entre grupos poblacionales. A diferencia de lo que tradicionalmente se argumenta, los fenómenos de la falta de acceso a los servicios de salud y a los medicamentos no son independientes entre sí. El autor recomienda que las políticas públicas se orienten a alcanzar la cobertura universal de servicios de salud y a incluir

estrategias para promover el acceso equitativo y de calidad a los medicamentos, así mismo, invita a desarrollar estrategias que permitan avanzar en la lucha contra la pobreza y el mejoramiento de las condiciones de vida de la población (37).

En 2015, Díaz y colaboradores, decidieron evaluar el estado nutricional de los menores de 5 años, indígenas y no indígenas, de dos provincias de la Amazonia peruana. Realizaron un estudio descriptivo y transversal representativo de familias con niños menores de cinco años residentes en las provincias de Bagua y Condorcanqui en Perú. El estudio incluyó entrevista a la madre o cuidador de los niños, evaluación antropométrica, hemoglobina en sangre capilar, búsqueda de parásitos intestinales en los niños menores de cinco años, acceso a los servicios de salud, antecedentes de infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas, condición socioeconómica y consumo de sal inadecuadamente yodada. Se identificaron los determinantes de la desnutrición crónica y anemia infantil en cada población de estudio. Se evaluaron 986 familias y 1,372 niños y los niños indígenas se encontraron en desventaja con respecto a los indicadores de pobreza, pobreza extrema, alfabetización de la madre o cuidadora, acceso a servicios de agua, saneamiento básico y electrificación, cuando se les comparó con sus pares no indígenas (38).

Solo 1% de las familias de niños indígenas contó con conexión a la red pública de agua potable en sus hogares, versus 27.1% de los niños no indígenas. Lo mismo sucedió con el acceso a servicios higiénicos, que alcanza a 2.6% de los niños indígenas, en comparación con 42.0% de los niños no indígenas. Con respecto a los servicios de salud, se observó que los niños indígenas tuvieron menor acceso al control de crecimiento y desarrollo, inmunizaciones y que, durante el embarazo, sus madres tuvieron menor acceso al control prenatal y parto institucional que sus pares no indígenas. Se observó que, en ambas poblaciones, más de 80% contó con el Carnet de Salud Integral, aunque en los

niños indígenas este valor fue menor que en los no indígenas (81.9% y 87.3%, respectivamente) (38).

La cobertura básica de vacunas para la edad fue menor en los niños indígenas respecto de los no indígenas en los diferentes grupos etarios analizados. El parto institucional se produjo en 13.8% en las madres de niños indígenas y 61.0% en las madres de niños no indígenas. Por otro lado, el uso de sal adecuadamente yodada es minoritario entre los hogares indígenas, así como la práctica de lavado de manos. Tanto las enfermedades diarreicas como las enteroparasitosis fueron más frecuentes en niños pertenecientes a hogares donde el agua de consumo provenía de una fuente natural o tuberías improvisadas y no se contaba con un adecuado sistema de eliminación de excretas. La prevalencia de desnutrición crónica fue mayor en la población indígena respecto de la no indígena (56.2% versus 21.9%), igual que la anemia (51.3% versus 40.9%). Se pudo concluir que existen marcadas brechas entre la población indígena y la población no indígena respecto de las condiciones de vida, acceso a servicios de salud y estado nutricional de menores de 5 años requiriendo asignar particular atención a la población indígena a fin de adecuar los servicios que ofrece Perú en dichos contextos (38).

En el 2013, Leyva-Flores y colaboradores, publicaron un artículo donde analizaron la situación socioeconómica, de salud y acceso a servicios y programas sociales en población indígena de México en 2006 y 2012. Realizaron un análisis comparativo y secundario de los datos que consistió en una comparación descriptiva de medias y proporciones de las condiciones de vida, nivel socioeconómico, condición de salud y acceso a servicios de salud y programas sociales entre la población indígena y no indígena a partir de la información de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006 y 2012 como indicadores de la vulnerabilidad y la condición de inequidad. Se encontró que el promedio de escolaridad del jefe de hogar indígena es menor que los no indígenas, aumentándose esta brecha (.4-2.8 años) entre ambos

grupos entre 2006 y 2012. Respecto al nivel socioeconómico, 60% de la población indígena se mantuvo en el quintil I en el periodo 2006-2012 mientras que la permanencia de la no indígena en el quintil I disminuyó de 39.4% a 24.4% en dicho periodo. La cobertura de los Programas de Apoyo Alimentario aumentó en ambos grupos, sin embargo, el programa Oportunidades presentó una reducción de cobertura en ambos grupos. En 2006, 64.9% de indígenas estaba sin cobertura de servicio de salud, y para 2012, 22.1% se encontraba en esta situación, mientras que en la población no indígena pasó de estar sin protección el 51.2% en 2006 a 21.09% en 2012. Aparentemente se debe al incremento de 47.9% en cobertura de Seguro Popular en indígenas y 25.7 en no indígenas (39).

La población indígena tuvo una mayor proporción de talla baja y menor proporción de talla normal que los no indígenas tanto en 2006 como en 2012. Los no indígenas reportan con menor frecuencia problemas de salud respecto a los no indígenas en ambos años (10% frente a 12% en 2006 y 11% frente a 15% en 2012). La utilización de servicios ambulatorios de salud fue menor en los indígenas, en ambos años, respecto a los no indígenas (7.1% frente a 8.8% en 2006 y 6.4% frente a 9.2%). La atención del parto en hospitales se incrementó un 12.6% en mujeres indígenas de 2006 a 2012. Este número es menor que en no indígenas, donde 9 de cada 10 partos es atendido en hospitales. La vacunación contra influenza muestra un incremento de la cobertura en indígenas de 22.9% y de 3% en diagnóstico de diabetes, entre 2006 y 2012 (39).

El acceso al Papanicolaou no se modificó en indígenas entre 2006 y 2012, mientras que entre los no indígenas se incrementó un 7.8%. Se concluyó que se ha logrado disminuir la brecha en relación a la protección en salud, con la ampliación del Seguro Popular; sin embargo, aún persisten condiciones de inequidad social entre indígenas. Este trabajo mostró que por sí solos, Oportunidades y el Seguro Popular no parecen incidir en la reducción de la inequidad en salud ni incrementan la utilización de servicios de salud. En base a estos resultados, se realizan una serie de recomendaciones entre las que



destacan el formular e implementar políticas para incidir sobre los determinantes socioeconómicos que definen las condiciones de vida de los indígenas, dar prioridad a programas sociales adaptados culturalmente, llevar a cabo estudios de tipo cualitativo que por un lado ayuden a explicar los resultados de la ENSANUT y por otro, a “dar voz” a los grupos indígenas, sobre todo respecto a los factores que pudiesen incrementar la utilización de servicios de salud, desarrollar estrategias apropiadas de información en salud (39).

En 2009, Reyes-Morales y colaboradores , evaluaron las necesidades de salud de la población residente en áreas urbanas marginadas de México mediante la aplicación de encuestas y mediciones antropométricas en los domicilios a todos los integrantes de las familias seleccionadas analizándose las características de salud positiva, nutrición, salud reproductiva, daños a la salud y salud mental. De los entrevistados, 53.2% refirió no contar con seguro de salud pública o privado. La mayor proporción de adolescentes y hombres adultos consideraron su salud como buena (66.8% y 60.3% respectivamente). Cerca de la mitad de mujeres adultas consideró su salud como regular (43.7%) o mala (8.4%), mientras que los adultos mayores percibieron su salud como regular (50.8%) y mala (24.0%) (34).

Con respecto a la cobertura de vacunas, los esquemas correspondientes a los niños menores de 10 años de edad tuvieron una cobertura del 99% mientras que la vacuna antiinfluenza y antineumocócica mostró cobertura de 13.8% en adultos mayores. En los niños, la frecuencia de desmedro (talla baja para la edad) fue de 19.8%. La prevalencia de desnutrición en los niños fue de 8%, mientras que la prevalencia conjunta de sobrepeso y obesidad fue de 18.9%. En los adolescentes, los adultos y adultos mayores, la presencia de desnutrición fue baja, aunque la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue muy elevada (24.7%, 63.5% y 66.6% respectivamente) e iba aumentando con la edad. 20.5% de las adolescentes encuestadas se encontraban embarazadas al momento de la encuesta (34).

El uso de anticonceptivos en la primera relación sexual en adolescentes fue de 45.2% en hombres y sólo 20.3% en mujeres. La proporción de infecciones de transmisión sexual en adolescentes fue de 16.3%. 3.2% de los hombres adultos informaron haber sido víctimas de actos violentos, principalmente asaltos (63.5%), mientras que la frecuencia de violencia en las mujeres adultas fue de 1.8%, y las agresiones sin motivo aparente ocurrió en el 30.7% de los casos. 5.3% de los adultos mayores tenía alguna discapacidad. 20.2% de toda la población manifestó tener depresión en al menos 1 de las 4 dimensiones analizadas (humor depresivo, anergia, trastornos de la comunicación y ritmopatía) siendo las mujeres adultas y los adultos mayores los más afectados (25.5% y 37.8% respectivamente). 21.2% de los entrevistados fumaba al momento de la encuesta. 25.7% de los hombres adultos comenzó a fumar antes de los 16 años (34).

El consumo de bebidas alcohólicas en el momento de la encuesta lo refirieron 21.6% de los adolescentes, 25.9% de las mujeres adultas, 64.8% de los hombres adultos y 25.6% de los adultos mayores. 9.5% de la población mayor de 10 años de edad había consumido drogas (2.7% de los adolescentes, 10.1% de las mujeres adultas, 15.0% de los hombres adultos y 11.2% de los adultos mayores) (34).

Concluyeron que la vulnerabilidad sanitaria de las personas que viven en las áreas urbanas marginadas de México se manifiesta en la existencia de una población predominantemente joven con pocas redes de apoyo familiar y de servicios de salud, que sufre trastornos y enfermedades producto del rezago en el desarrollo social, como la desnutrición infantil, el alto riesgo reproductivo y la adicción en adolescentes y adultos. Recomiendan que los programas de protección social en salud incluyan problemas poco atendidos con alta prevalencia, con la finalidad de focalizar sus contenidos de acuerdo con estas realidades (34).

En 2014, Bautista-Arredondo y colaboradores realizaron un estudio con el objetivo de entender y cuantificar la relación entre los perfiles socioeconómico y de aseguramiento en salud y el uso de servicios médicos ambulatorios en el contexto de la universalización de la salud en México. A partir de la información recolectada por la ENSANUT 2012, se realizó un estudio transversal. La ENSANUT 2012 midió la utilización y el acceso a los servicios de salud y cuenta con información detallada sobre la cobertura de protección en salud de las familias mexicanas (40).

En particular, el cuestionario de hogar incluye preguntas sobre características sociodemográficas, estado de salud de las personas y utilización de servicios de salud, así como información sobre transferencias institucionales y gasto del hogar. Se estimaron modelos de regresión multinomial para analizar el uso de servicios ambulatorios y sus factores asociados. Un resultado interesante es que la condición indígena no tiene ninguna influencia en la probabilidad de recibir atención ambulatoria, independientemente del proveedor que se elija. Simultáneamente, como se esperaría, ser beneficiario de Oportunidades sí incrementa la probabilidad de usar servicios de la Secretaría de Salud (40).

La probabilidad de uso de servicios de salud es significativamente mayor entre quienes percibieron su problema de salud como grave o muy grave, comparados con los que lo percibieron como leve o muy leve. En términos de los factores demográficos, contrariamente a lo que se podría esperar, las mujeres en general no usan más servicios de salud comparadas con los hombres una vez que han detectado una necesidad de salud. Pero cuando se analizan los grupos de edad, sí es muy claro que los niños de 0 a 4 años de edad usan significativamente más servicios ambulatorios que los otros grupos de edad, independientemente del proveedor seleccionado (40).

Por otro lado, las características de la localidad tienen un papel relevante en la probabilidad de uso de servicios de atención ambulatoria, incluso una vez que se controla por características a nivel individual y del hogar. En general, es más probable acceder a servicios de la seguridad social o de la Secretaría de Salud en localidades urbanas o rurales, en comparación con localidades metropolitanas; y simétricamente es más probable acceder a servicios privados en zonas metropolitanas, comparadas con las otras dos. El nivel de pobreza a nivel de localidad también es muy importante, independientemente del tipo de zona: las personas que viven en localidades más pobres (marginación alta/muy alta) tienen una menor probabilidad de usar servicios de atención ambulatoria. La probabilidad de no recibir atención ambulatoria cuando se identificó un problema de salud disminuye significativamente conforme aumenta el nivel de gasto. En claro contraste, entre los individuos que acceden a servicios de atención ambulatoria, la probabilidad de atenderse en el sector privado aumenta significativa y pronunciadamente conforme aumenta el nivel económico de los hogares (40).

Pudieron concluir que la cobertura universal de protección social en salud es una condición necesaria, pero no suficiente para abatir la inequidad en el acceso a servicios de atención ambulatoria primaria. Así mismo, las brechas en el acceso a servicios médicos, históricamente ligadas a estas dos características (condición indígena y ruralidad), han disminuido. Al comparar los datos de utilización del 2000 con los del presente trabajo se pudo concluir que en general la probabilidad de recibir atención ambulatoria dada una necesidad de salud se incrementó en los últimos 12 años en aproximadamente 15%. Sin embargo, se encontró también que al menos parcialmente, una parte del aumento en la utilización de servicios ambulatorios entre 2000 y 2012 está ligado con el aumento en la probabilidad de utilización de servicios ambulatorios privados. Finalmente, se concluyó que persisten barreras en el acceso a la salud asociadas con la condición de pobreza y de protección social. Sin embargo, existe espacio

para disminuir el efecto de estas barreras, abordando las restricciones en la oferta de los servicios y en la calidad percibida de los mismos (40).

En 2014, Salgado de Snyder y Guerra y Guerra, realizaron un análisis para examinar la investigación hecha en México sobre los DSS durante el periodo 2005-2012 con base en la caracterización del sistema nacional de investigación en salud y la producción científica sobre este tema. Se encontró que a pesar de que los DSS fueron uno de los ejes de la política pública expresado en el PND de 2007-2012 y del PROSESA 2013-2018, al definir sus estrategias en metas y objetivos específicos, los DSS se pierden de vista como prioridades en investigación y acción, enfatizándose en su lugar, los aspectos financieros y de infraestructura, y administrativos del sector salud. El Programa de Acción Específico de Investigación para la Salud (PAEIPS) 2007-2012 reconoce a los DSS prioritarios para el país y se describen los grupos vulnerables que ven más afectada su salud como consecuencia de las desigualdades exacerbadas por la globalización. La búsqueda sistemática de literatura que llevaron a cabo sobre los DSS arrojó 145 artículos de enero 2005 a mayo 2012. La mayoría de los artículos identificados fueron publicados en revistas científicas internacionales en inglés (70%); el total restante se distribuyó en revistas científicas nacionales (15%) y revistas internacionales en español (15%). Los temas más recurrentes en las publicaciones internacionales fueron condiciones de salud / atención a la salud, nutrición y obesidad, y sistemas de salud, mientras que las nacionales se concentraron en sistemas de salud, pobreza y exclusión social (7).

En cuanto a los DSS que abordan estas investigaciones, los más frecuentemente estudiados fueron ingreso, sexo, nivel socioeconómico (como variable compuesta por ingreso, educación y ocupación), grupo étnico y acceso a servicios de salud. Otros artículos incluyeron DSS como violencia, corrupción, diferencias culturales, contaminación ambiental, vivienda inadecuada, características de la zona de residencia, migración, condiciones laborales, percepción de discriminación, posesión de bienes, estrés y factores

psicosociales. Cerca de la mitad de los artículos publicados en el periodo se centran en tres grupos: mujeres, adultos mayores y niños. Este ejercicio también permitió identificar a 122 autores que han publicado trabajos sobre DSS. De ellos, 77 pertenecían a alguna institución de investigación mexicana al momento de la publicación del artículo; 43% tenía como afiliación institucional al Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (22 autores) y a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) (11 autores). El número de instituciones mexicanas que concentraron la producción y publicación de investigaciones sobre DSS en México se limitó a 25 instituciones. Del total de las instituciones identificadas, 14 corresponden a universidades estatales públicas (7).

El financiamiento nacional apoyó 29% del total de las investigaciones reportadas en estos artículos. Este financiamiento se otorgó por instancias nacionales, principalmente por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) y por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL). La mayor proporción de las investigaciones publicadas (30%) fue financiada por instituciones extranjeras exclusivamente. Con esta información se pudo concluir que tanto el limitado financiamiento como la preferencia de los investigadores por publicar en revistas extranjeras de alto factor de impacto inhiben el fortalecimiento de la investigación nacional sobre DSS (7).

Aunque se ha publicado que los resultados de investigaciones dirigidas a este grupo social no se llegan en muchas ocasiones a utilizar o la información no llega a los tomadores de decisiones, se ha hecho lo posible por crear vínculos con instituciones no gubernamentales como asociaciones civiles e instituciones gubernamentales como la Secretaría de Salud que tiene programas dirigidos al grupo indígena. Sin embargo, aún falta mucho camino por recorrer para que se reconozcan las necesidades en esta población (7).

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Es evidente que en Latinoamérica y de manera particular en México, el tema de la desigualdad e inequidad en salud y los determinantes que en ella influyen son puntos críticos de gran relevancia que afectan a los grupos más desprotegidos. En ese sentido, actualmente no se ha considerado como prioridad la atención a los grupos indígenas migrantes, a pesar de considerarse grupos vulnerables.

Un alto porcentaje de la población indígena que migra, vive por debajo de la línea de pobreza, ya que la gran mayoría se encuentra desempleada o bien realiza trabajo de manera informal. Un 30% de sus viviendas no cuenta con agua potable y la mitad no cuenta con drenaje; el acceso a la educación de los niños indígenas que migran, está por debajo de la media nacional y su índice de deserción es alto. Sólo 20% de los indígenas está afiliado al Seguro Popular de Salud y sólo 9% cuenta con acceso a servicios del IMSS-Oportunidades. Además, un alto porcentaje de la atención prenatal en esta población, no es atendido por profesionales de la salud.

Así mismo, uno de los principales obstáculos para la formulación de políticas en salud dirigidas a la población que migra, es la carencia de información específica que describa sus necesidades de salud y los factores que las determinan. Otra razón puede ser, que se ha enfocado la atención a los factores de riesgo y no a aquellos elementos de la estructura social, que condicionan la posición de estas personas en la sociedad y que tienen un efecto directo en la distribución de los problemas de salud. Para la mayoría de los pueblos indígenas migrantes, la esperanza de vida al nacer, es inferior al resto de la población, y las tasas de morbilidad, mortalidad y discapacidad son superiores a la población general.

Al contar con información es posible establecer prioridades en los grupos vulnerables y de esa manera apoyar la acción y la toma de decisiones en intervenciones efectivas y focalizadas sobre la base de necesidades reales de salud en esta población en riesgo.

Por tanto, se estableció la siguiente pregunta: ¿Cual es la intensidad de asociación entre determinantes sociales y necesidades de salud no satisfechas en hogares indígenas migrantes y no indígenas no migrantes?



## JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Uno de los mayores desafíos que enfrentan los países de América Latina, entre ellos México, es la búsqueda de la equidad e inclusión de los derechos de la población indígena. Actualmente, existe una preocupación por los niveles de daños a la salud de estos grupos, así como la falta de acceso y de adecuación cultural de los servicios de salud.

Otra de las principales limitantes al estudiar a estas comunidades, ha sido que la información sobre el presente tema es insuficiente y fragmentada, por lo que identificar los determinantes sociales tanto estructurales como intermedios y las necesidades de salud no satisfechas, como morbilidad y discapacidad en la población indígena migrante, es esencial para poder establecer las prioridades en salud de dichos grupos.

Al igual que en la mayoría de las naciones de América Latina y el Caribe, los esfuerzos realizados desde los años sesenta del siglo pasado para contar con indicadores sociodemográficos confiables y actualizados han logrado resultados importantes. Sin embargo, han sido muchos los obstáculos para contar con datos precisos sobre las características étnicas, lingüísticas y culturales de los diferentes pueblos indígenas, en tanto representan una minoría numérica a nivel local, regional, estatal y nacional. Hasta la década de los noventa del siglo pasado, el único indicador con el que se contaba para identificar a la población indígena de México era la cifra global de aquellos que habían declarado hablar alguna lengua indígena, con edad mayor a los cinco años (10).

Por otra parte, a diferencia de los grupos mixtecos y otomíes, los nahuas de Veracruz, que actualmente radican en Juárez Nuevo León desde Agosto del 2003, han sido poco estudiados (27).

Esta investigación, proporciona conocimiento sobre la magnitud de la problemática para elaborar propuestas que tengan como fin último actuar sobre

los determinantes sociales y atender las necesidades de salud, para reducir las brechas e inequidades presentes en estas comunidades y posteriormente proponer medidas de acción, como la promoción de mejores condiciones de educación y por tanto ocupación, ingreso, vivienda, cohesión social y acceso a los servicios de salud para lograr el bienestar social con enfoque de riesgo .

## **CAPÍTULO 2**

### **HIPÓTESIS**

Ha1: Ser indígena migrante incrementa 2 veces o más la posibilidad de falta de acceso a educación secundaria en comparación con los no indígenas no migrantes.

Ha2: Ser indígena migrante incrementa 2 veces o más la posibilidad de tener empleo informal en comparación con los no indígenas no migrantes.

Ha3: Ser indígena migrante indígena incrementa 2 veces o más la posibilidad de tener un ingreso menor a 2 salarios mínimos en comparación con los no indígenas no migrantes.

## **CAPÍTULO 3**

### **OBJETIVO GENERAL**

Analizar la intensidad de asociación entre determinantes sociales y necesidades de salud no satisfechas y priorizar la atención en indígenas migrantes y no indígenas no migrantes.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar educación, ocupación, ingreso y apoyo federal (Determinantes estructurales).
2. Identificar circunstancias materiales, conductas de riesgo, factores biológicos, factores psicológicos y cohesión social (Determinantes intermedios).
3. Determinar las necesidades de salud no satisfechas (daños a la salud: morbilidad y discapacidad) y acceso a los servicios de salud.
4. Establecer la intensidad de la asociación entre determinantes sociales y necesidades de salud no satisfechas entre indígenas migrantes y no indígenas no migrantes.
5. Definir al grupo y determinante con mayor prioridad de atención.

## **CAPÍTULO 4**

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

#### **Diseño de Estudio**

Transversal comparativo.

#### **Temporalidad**

Agosto del 2016 a Junio del 2018.

#### **Ubicación Espacial**

Colonias Arboledas de los Naranjos y Ampliación Rancho Viejo, Ciudad Benito Juárez, Nuevo León, México.

#### **Universo de Estudio**

Hogares indígenas migrantes de la colonia Arboledas de los Naranjos y hogares no indígenas no migrantes de la Colonia Ampliación Rancho Viejo en el municipio de Ciudad Benito Juárez, Nuevo León, México.

#### **Población de Estudio**

Jefe (a) de familia (Dirigente del hogar) de la totalidad de hogares de la Colonia Arboledas de los Naranjos y Ampliación Rancho Viejo en el municipio de Ciudad Benito Juárez, Nuevo León.

- Criterios de inclusión:  
Personas mayores de 18 años, con el conocimiento de la información solicitada y que firmó la carta de consentimiento informado
- Criterios de exclusión:  
Jefe (a) de familia que no aceptó participar en el estudio  
Personas que al momento del estudio se encontraron bajo la influencia del alcohol, drogas o presentaron conducta violenta e inapropiada
- Criterios de eliminación:  
Personas que decidieron no participar ya iniciada la encuesta.

## Operacionalización de las variables

Variable	Indicador	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Fuente de información
Sociodemográficas	Edad	Control	Tiempo que ha vivido una persona	Años cumplidos al momento de la encuesta	No categórica/ Continua	Encuesta
	Sexo	Control	Conjunto de características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos, que los definen como hombre o mujer y es determinado por la naturaleza.	1.- Masculino 2.- Femenino	Categórica/ Nominal	Encuesta
	Lengua	Control	Sistema de comunicación verbal y casi siempre escrito, propio de una comunidad humana.	¿Cuál lengua indígena habla? 1.- Náhuatl 2.- Maya 3.- Zapoteco 4.- Mixteco 5.- Otro	Categórica/ Nominal	Encuesta
	Estado Civil	Control	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo	¿Actualmente vive con su pareja? 1.- Unión libre 2.- Casado 3.- Separado 4.- Divorciado 5.- Viudo 6.- Soltero	Categórica/ Nominal	Encuesta
Determinantes estructurales	Educación	Independiente	Es un proceso sociocultural e histórico mediante el cual se transmiten conocimientos, valores, principios, costumbres y hábitos. Es el proceso que posibilita la socialización de los sujetos y permite la continuación y el devenir cultural en toda sociedad	Primaria o < Secundaria o >  Años de estudio _____	Categórica/ Nominal	Encuesta
	Ocupación	Independiente	Es el tipo de trabajo, oficio, puesto o cargo específico que desarrolla la persona ocupada en su trabajo principal y/o secundario	Actualmente, ¿trabaja? 1.- Si 2.- No  Ocupación 1.- Hogar 2.- Profesionista 3.- Comerciante 4.- Empleado 5.- Empleada (o) doméstica (o) 6.- Obrero/operario 7.- Desempleado 8.- Estudiante 9.- Otros _____  ¿Qué tipo de empleos es? 1.- Formal (remuneración y seguridad social) 2.- Informal	Categórica/ Nominal	Encuesta

	Ingreso	Independiente	Es la percepción total monetaria mensual de los individuos por concepto de sueldo, salario, comisión, propina y cualquier otro ingreso devengado por el desempeño de una actividad económica	En total, de todos los que viven en este hogar, ¿cuánto dinero se juntó en el último mes?  <2 SMGM 2 SMGM o >	Categoría/ Nominal	Encuesta
	Apoyo Federal	Independiente	Programas y acciones de desarrollo social del gobierno federal	¿Cuenta con alguna ayuda por parte del gobierno? 1.- Si 2.- No  ¿Cuál ayuda tiene? 1.- PROSPERA 2.- Adulto mayor 3.- Discapacidad 4.- Alimentario 5.- Jefas de familia 6.- Desayunos escolares 7.- Otro programa 8.- No recibe 9.- No sabe	Categoría/ Nominal	Encuesta
Determinantes intermedios	Condiciones de vivienda	Dependiente	Espacio delimitado normalmente por paredes y cubierto por techos con acceso independiente, que se utiliza para la residencia de personas, donde generalmente duermen, preparan alimentos, comen y se protegen del medio ambiente.	La casa que habita es (PROPIEDAD) 1.- Propia y totalmente pagada 2.- Propia y la están pagando 3.- Rentada o alquilada 4.- Recibida como prestación 5.- Regalada o donada 6.- Prestada  Índice de hacinamiento= Num residentes/Num de cuartos Índice de hacinamiento <2.5= Si hay hacinamiento Índice de hacinamiento <0= 2.5= No hay hacinamiento  ¿De qué material es la mayor parte del piso de esta vivienda? 1.- Tierra 2.- Material  ¿De qué material es la mayor parte del techo y paredes de esta vivienda? 1.- Concreto 2.- Lámina 3.- Madera 4.- Cartón 5. Mixto (concreto y lámina) 6.- Otros materiales _____  ¿Cuál es la fuente principal de agua para los miembros de la familia? 1.- Agua entubada con una conexión a la casa 2.- Caño vertical público	Categoría/ Nominal	Encuesta

				<p>3.- Pozo protegido o agujero perforado en el suelo</p> <p>4.- Pozo subterráneo sin protección o fuente sin protección</p> <p>5.- Agua recogida directamente de una charca o arroyo</p> <p>6.- Agua de pipa</p> <p>¿Esta vivienda tiene drenaje?</p> <p>1.- Si, está conectado a la calle</p> <p>2.- Si, está conectado a una fosa séptica</p> <p>3.- Si, está conectado a un río, lago o barranca</p> <p>4.- No</p> <p>¿Cuenta su vivienda con luz?</p> <p>1.- Si</p> <p>2.- No</p> <p>¿Qué tipo de combustible suelen utilizar para cocinar?</p> <p>1.- Gas</p> <p>2.- Electricidad</p> <p>3.- Queroseno</p> <p>4.- Carbón</p> <p>5.- Madera</p> <p>6.- Residuos agrícolas o de cultivos</p> <p>7.- Mixto (gas y otro comb)</p> <p>8.- Otros_____</p>		
Tabaquismo	Dependiente	Conducta repetitiva de consumir tabaco, que crea adicción y obedece a diversos condicionamientos sociales	¿De un año a la fecha alguien en esta casa ha fumado?	1.- Si 2.- No 3.- Nunca he fumado	Categórica/ Nominal	Encuesta
Edad en que se inició tabaquismo	Dependiente	Edad cronológica en que consumió su primer cigarrillo	¿A qué edad consumió su primer cigarrillo?		No categórica discreta	Encuesta
Gasto en tabaco	Dependiente	Cantidad en pesos que se gasta en adquirir tabaco en un mes	En el último mes, ¿cuánto se gastó en el hogar en tabaco?		No categórica continua	Encuesta
Alcoholismo	Dependiente	Enfermedad que se caracteriza por el consumo excesivo de bebidas alcohólicas, conducta que interfiere con la salud del (la) bebedor(a), con sus relaciones interpersonales y con su capacidad para el trabajo	¿De un año a la fecha alguien en esta casa ha tomado bebidas alcohólicas alguna vez?	1.- Si 2.- No 3.- Nunca nadie ha tomado bebidas alcohólicas	Categórica/ Nominal	Encuesta
			¿Con qué frecuencia las consume?	1.- Diario 2.- Semanal 3.- Mensual 4.- Ocasional		
Edad en que se inició a beber	Dependiente	Edad cronológica en que consumió	¿A qué edad consumió su primera bebida alcohólica?		No categórica discreta	Encuesta



		su primera bebida alcohólica			
Gasto en alcohol	Dependiente	Cantidad en pesos que se gasta en adquirir bebidas alcohólicas	En el último mes, ¿cuánto se gastó en el hogar en bebidas alcohólicas?	No categórica continua	Encuesta
Drogadicción	Dependiente	Estado de intoxicación periódica o crónica originada por el consumo repetido de una droga con las siguientes características: deseo o compulsión a seguir consumiendo la droga, tendencia a aumentar la dosis, dependencia física y efectos perjudiciales para el organismo del individuo y la sociedad	¿De un año a la fecha alguien en esta casa ha consumido alguna droga? 1.- Si 2.- No  ¿Qué tipo de drogas consume? 1.- Marihuana 2.- Cocaína 3.- Inhalantes 4.- Tranquilizantes 5.- Anfetaminas 6.- Otras  ¿A qué edad consumió por primera vez una droga?	Categórica/ Nominal	Encuesta
Índice de masa corporal	Dependiente	El índice de masa corporal (IMC) es un indicador de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos	Fórmula: Peso/(Talla*Talla)  1.Bajo peso: <18.5 2.Normopeso: 18.5-24.99 3.Sobrepeso: 25-29.99 4.Obesidad: 30 o >	Categórica/ Ordinal	Báscula y estadímetro
Conducta sexual	Dependiente	Capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, que no incluye como elemento indispensable la procreación	¿A qué edad comenzó a tener relaciones sexuales?  En su primera relación sexual ¿Qué método anticonceptivo utilizó para no embarazarse? 1.- Pastillas o píldoras / Inyecciones 2.- Norplant (implante subdérmico)-parche 3.- Dispositivo (DIU) 4.- Preservativo o Condón 5.- Se pone algo en su parte para cuidarse (Óvulos, jalea o espuma) 6.- Dejo de tener relaciones voluntariamente por algún tiempo, se toma la temperatura 7.- Su esposo la cuida o coito interrumpido 8.- Se tomó pastilla después de las relaciones (Pastilla de emergencia)	Categórica/ Nominal	Encuesta
Depresión/Ansiedad	Dependiente	La depresión es un trastorno mental, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima,	Escala de malestar psicológico de Kessler (K-10)  Evalúa el riesgo de presentar malestar psicológico inespecífico (síntomas de ansiedad o depresión) en el último mes.	Categórica/ Ordinal	Escala de malestar psicológico o de Kessler

			<p>trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración</p> <p>Ansiedad es una vivencia, un estado subjetivo que se califica como una emoción. Se caracteriza por sentimientos de malestar, preocupación, hipervigilancia, tensión, temor, sensación de pérdida de control y percepción de fuertes cambios fisiológicos.</p>	Bajo (10–15), moderado (16–21), alto (22–29), y muy alto (30–50).		
Suicidio	Dependiente	Es la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada. El intento de suicidio, junto al suicidio, son las dos formas más representativas de la conducta suicida	<p>¿Alguna vez a propósito se ha herido, cortado, intoxicado o hecho daño con el fin de quitarse la vida?</p> <p>1.- Si, una vez 2.- Si, 2 o más veces 3.- Nunca</p> <p>¿En el hogar, ha habido alguien que se haya intentado o se haya quitado la vida en los últimos 5 años?</p> <p>1.- Si, alguien lo intentó 2.- Si, alguien se quitó la vida 3.- No</p>	Categórica/ Nominal	Encuesta	
Morbilidad	Dependiente	Se refiere a las enfermedades presentadas en un tiempo y sitio determinado	<p>Algún médico alguna vez le ha dicho que tiene usted Diabetes o el azúcar alta en la sangre?</p> <p>1.- Si 2.- No</p> <p>¿Algún médico le ha dicho que tiene la presión alta?</p> <p>1.- Si 2.- No</p> <p>¿Le ha dicho el médico que usted tiene (o tuvo)..</p> <p>1.- Infarto 2.- Angina de pecho 3.- Insuficiencia cardíaca 4.- Otra enfermedad del corazón</p> <p>¿Algún médico le ha dicho que tiene el colesterol alto?</p> <p>1.- Si 2.- No</p> <p>¿Alguna vez le ha dicho un profesional de la salud que tiene (tuvo) cáncer o un tumor maligno de cualquier tipo?</p> <p>1.- Si</p>	Categórica/ Nominal	Encuesta / Baumanó metro (Presión arterial)	

				<p>2.- No</p> <p>Presión arterial sistólica y diastólica Normal &lt;120/80 Prehipertensión 120-139/80-89 Hipertensión grado 1 140-159/90-99 Hipertensión grado 2 &gt;=160 ó &gt;=100</p>		
	Discapacidad	Dependiente	Toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano; las discapacidades representan, por tanto, trastornos en el nivel de la persona (dimensión individual)	<p>¿En el hogar habita alguna persona con alguna discapacidad?</p> <p>1.- Si 2.- No</p>	Catagórica/ Nominal	Encuesta
	Violencia	Dependiente	Fuerza intensa, impetuosa, o el abuso de la fuerza que se emplea contra el derecho o la ley. Se identifica como la manifestación más evidente del abuso del poder, el cual acarrea consecuencias palpables como problemas personales y sociales, pues se atenta contra la salud, integridad física y/o emocional y en casos muy extremos contra la propia vida, esto sin importar sexo, edad o nivel socioeconómico	<p>¿Sufrió algún daño a su salud por robo, agresión o violencia en los últimos 12 meses?</p> <p>1.- Si 2.- No</p>	Catagórica/ Nominal	Encuesta
	Cohesión social	Dependiente	Sentido de pertenencia a un espacio común o el grado de consenso de los integrantes de una comunidad.	Índice de cohesión social vecinal (ICSV): bajo (1 a 1.9), medio bajo (2 a 2.9), medio (3 a 3.9), medio alto (4 a 4.9), alto (5).	Catagórica/ Nominal	Cuestionario Índice de cohesión social vecinal
	Servicios de salud	Dependiente	Derechohabiente: Es el derecho que tienen las personas para recibir servicios médicos u otras prestaciones, como resultado de una prestación laboral al trabajador o titular, por ser pensionado o jubilado, por ser familiar designado como beneficiario o por haber adquirido un	<p>¿Está afiliado o inscrito a algún servicio de salud?</p> <p>1.- Si 2.- No</p> <p>¿A cuál institución o programa?</p> <p>1.- IMSS 2.- Seguro Popular 3.- ISSTELEON 4.- Marina/Defensa 5.- PEMEX 6.- Particular/Farmacia 7.- Otra Institución 8.- No sabe</p>	Catagórica/ Nominal	Encuesta

			<p>seguro, de manera voluntaria, en alguna institución de seguridad social. Acceso: Se dice que una persona se encuentra en situación de carencia por acceso a los servicios de salud cuando: No cuenta con adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución que los presta, incluyendo el Seguro Popular, las instituciones públicas de seguridad social (IMSS, ISSSTE federal o estatal, Pemex, Ejército o Marina) o los servicios médicos privados. Uso: El acceso y uso efectivo a la salud se refiere a la posibilidad de obtener atención en salud cuando se requiere y que ésta sea independiente de características como el ingreso, el lugar de residencia, la condición laboral o la pertenencia a un grupo étnico o minoría.</p>	<p>En un mes en el que se presenta alguna enfermedad en las personas que viven en la casa, ¿cuánto se gasta en el hogar en atenderla en médico, enfermeras o partera?</p> <p>En un mes en el que se presenta alguna enfermedad entre las personas que viven en la casa, ¿cuánto se gastó en curanderos o en las medicinas alternativas?</p> <p>¿En los últimos tres meses, buscó o recibió atención, ya sea por una enfermedad, lesión, accidente u hospitalización? 1.- Si 2.- No</p> <p>¿Desde cuándo comenzó a estar enfermo? 1.- Menos de 15 días 2.- De 15 días a 1 mes 3.- Más de 1 mes</p> <p>¿En dónde se atendió? 1.- En su casa 2.- Casa de partera/curandero 3.- Centro de salud 4.- Particular/farmacia 5.- Hospital 6.- Otro</p> <p>¿En qué se fueron al lugar donde lo atendieron? 1.- Caminando 2.- Auto particular 3.- Taxi 4.- Autobús 5.- Ambulancia 6.- Otro</p> <p>¿Aproximadamente cuánto tiempo tardó en llegar al lugar donde lo atendieron? _____ minutos</p> <p>¿Considera usted que al momento que llegó al lugar donde lo atendieron, había personal de salud disponible? 1.- Si 2.- No</p> <p>¿Aproximadamente cuánto tiempo tuvo que esperar para que lo atendieran? _____ minutos</p> <p>¿Cuánto le cobraron por la atención? 1.- No me cobraron 2.- No sabe 3.- Cobraron _____ pesos</p>		
--	--	--	--	---	--	--

				<p>¿Consiguió los medicamentos que le recetaron?</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1.- Si en el mismo lugar de la consulta</li><li>2.- Si en otra unidad de la misma institución</li><li>3.- Si en una farmacia particular</li><li>4.- Si en otro lugar _____</li><li>5.- No los conseguí</li><li>6.- No tuve dinero para comprarlos</li></ol>		
--	--	--	--	--	--	--

## **Instrumentos de medición**

En cuanto a los DSS, se realizó una encuesta de 79 ítems (ANEXO A) donde se consideró el perfil sociodemográfico como escolaridad, estado civil, lugar de nacimiento, pertenencia a una etnia, habla de alguna lengua indígena, migración. Se abordaron los aspectos de educación, ocupación, ingreso y apoyo federal donde se consideraron los años de estudio, tipo empleo, ingreso familiar mensual (IFM) por hogar y si se contaba con algún apoyo de tipo gubernamental. Así mismo, se investigaron las circunstancias materiales de vivienda, hacinamiento, servicios básicos, conductas y factores biológicos como consumo de sustancias dañinas para la salud, violencia y conductas sexuales, así como también factores psicosociales como riesgo de depresión y suicidio y cohesión social. Por otro lado, se consideraron los daños a la salud como morbilidad y discapacidad. Por último, se abordó también la utilización de los servicios de salud, abarcando la utilización de servicios ambulatorios, patrones de utilización, accesibilidad, calidad de la atención y satisfacción de la misma.

La escala de malestar psicológico K-10 de Kessler (ANEXO B) es un instrumento que consta de 10 preguntas específicas que evalúa el riesgo de presentar malestar psicológico inespecífico (síntomas de ansiedad o depresión) en el último mes. La K-10 se ha utilizado en varios estudios epidemiológicos coordinados por el profesor Kessler y sus colegas, gracias a los auspicios de la OMS. La escala se encuentra traducida al español y se ha aplicado en España, Colombia, México y Perú, además de otros países de América y de Europa, así como también ha sido utilizada en las Encuestas Nacionales de Salud en comunidades indígenas de Canadá (41).

Las opciones de respuesta de las preguntas son tipo Likert, categorizadas en una escala ordinal de cinco niveles: siempre, casi siempre, a veces, casi nunca y nunca. A la respuesta “nunca” se le asigna el valor escalar de 1 y a la respuesta “siempre”, de 5 puntos. La suma de las puntuaciones tuvo un mínimo de 10 y un

máximo de 50. Los rangos del instrumento presentaron cuatro niveles: malestar bajo de 10–15, moderado de 16–21, alto de 22–29, y muy alto de 30–50.

De acuerdo con las evidencias, Baillie señala que este instrumento puede ser apropiado para estimar las necesidades de la población en los servicios de salud mental comunitarios (42). Así mismo, las investigaciones demuestran que hay una fuerte asociación entre las puntuaciones altas de la K-10 con la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI) para los diagnósticos de ansiedad y de trastornos afectivos. Por otro lado, la sensibilidad y la especificidad indican que la K-10 es un instrumento de tamizaje para identificar adecuadamente los casos de ansiedad y depresión en la comunidad (43). La K-10 resultó con un alfa de Cronbach muy buena de .83.

La encuesta para obtener el índice de cohesión social vecinal (ICSV) (ANEXO C) se divide en dos categorías: subjetiva (actitudes, normas, percepciones) y objetiva (comportamiento observable o auto-reportado). Originalmente está compuesta por siete dimensiones: confianza interpersonal entre vecinos, sentido de pertenencia e identidad compartida, comportamiento participativo, redes personales de apoyo, trabajo voluntario y donaciones, confianza en liderazgos, autoridades e instituciones sociales o vecinales y, por último, participación política. Aunque, en un estudio con un entorno microsocioal y tras un análisis factorial sólo se identificaron cuatro dimensiones: confianza interpersonal y solidaridad, sentido de pertenencia, identidad compartida y comportamiento participativo (18). Cuestionario que se aplicó en la población del presente proyecto.

Los subíndices se obtuvieron sumando los valores de las respuestas a las preguntas clasificadas en cada dimensión y dividiéndolos entre el número de preguntas (medias). Las respuestas se encontraron en escala de Likert del 1 al 5, siendo el 5 el más favorable para la cohesión y el 1, el menos favorable. Para la obtención del ICSV se calculó el valor promedio de los subíndices individuales,

asumiendo que cada uno de los 3 tiene pesos iguales. Los resultados de los subíndices y del ICSV para cada individuo se estandarizaron a una unidad común entre 1 y 5 para obtener una calificación. El resultado se interpreta de la siguiente manera: ICSV bajo (1 a 1.9), medio bajo (igual a 2 y menor o igual a 2.9), medio (igual a 3 y menor o igual a 3.9), medio alto (igual a 4 y menor o igual a 4.9), alto (igual a 5). El ICSV en la dimensión de confianza interpersonal obtuvo un alfa de .75; en la dimensión de sentido de pertenencia de .55; en la dimensión de comportamiento participativo .52; y por último en la dimensión de identidad se obtuvo un alfa de .75.

## **Procedimientos**

Se concertó una cita con la representante de Zihuame Mochilla A.C y se acudió al centro comunitario de dicha asociación en la colonia Arboledas de los Naranjos en Ciudad Benito Juárez, Nuevo León para la realización de la prueba piloto con los participantes de algún programa que se llevara a cabo en ese lugar.

Posteriormente, para la realización del estudio formal, se repartieron volantes casa por casa explicando la naturaleza de nuestro estudio y así mismo, se avisó en el centro comunitario para que las personas se enteraran de la presencia del equipo y no presentáramos dificultades en el acceso.

Los encuestadores fueron médicas, nutriólogas y trabajadoras sociales, los cuales recibieron capacitación en el llenado de la encuesta y correcta utilización de instrumentos de medición. Se calibraron los instrumentos de medición (baumanómetro, báscula y estadímetro) y se imprimieron las categorías de las escalas de Likert para su mejor comprensión por parte de los encuestados, así como también se otorgó un libro de códigos y mapa de la localidad a los encuestadores.

Previa división y asignación de manzanas a cada uno de los encuestadores y gracias a la ayuda de las promotoras de salud se identificaron los elementos de



la población de estudio que reunía los criterios de inclusión para su posterior encuesta. Previa a la aplicación del cuestionario, se solicitó el consentimiento informado verbal y escrito a cada participante (ANEXO D); se aplicó el cuestionario donde se incluyeron las preguntas necesarias para lograr el objetivo de la investigación. Al finalizar la encuesta se midió la tensión arterial, peso y talla.

### **Plan de Análisis**

Frecuencias y proporciones de las variables categóricas. Medias, rangos y desviación estándar de las variables numéricas. Razón de momios e intervalos de confianza al 95% para medir la intensidad de la asociación entre DSS y NS no satisfechas. Chi cuadrada para la diferencia de proporciones y t de Student para determinar diferencias de medias entre grupos.

Además, Puntajes Z de los indicadores de los DSS y NS para establecer prioridades en grupos vulnerables. Los PZ indican cuántas desviaciones estándar a partir de la media se encuentran cada valor de X, y se calculan con base en la fórmula  $Z = (X_i - X) / S$ , en donde  $X_i$  corresponde a la proporción observada en cada indicador, o bien, al promedio de las proporciones observadas en el caso de más de un indicador bajo análisis, X corresponde a la media de los valores de X y S a la desviación estándar de los valores de  $X_i$ . Un puntaje Z alto y negativo indica mayor necesidad.

Finalmente, se estructuró una base de datos y se procedió al análisis estadístico en los softwares SPSS 22.0 y EPIDAT 3.1 para la presentación de resultados (ANEXO E).

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio se apegó a las disposiciones generales del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación; se consideró lo establecido en el Título Segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación para la Salud en Seres Humanos. Respecto al Capítulo I, Artículo 13, se consideró el respeto en todo momento y siempre se tuvo en cuenta la dignidad como persona, protegiendo sus derechos y su bienestar.

De acuerdo al artículo 14, fracciones V, VII y VIII la investigación se ajustó a principios científicos y éticos, para lo que se solicitó el consentimiento informado verbal y firmado de todos los participantes, para esto fue indispensable brindar información amplia y completa sobre cómo se llevaría a cabo la investigación y cuál sería su participación.

Según el artículo 17 fracción I, en éste estudio se consideró investigación con riesgo mínimo donde se empleó una encuesta en forma de entrevista.

Con fundamento en el artículo 18 se suspendió la participación en la investigación de inmediato cuando la persona así lo hubiera solicitado.

Por último, se consideró el artículo 57, en donde el consentimiento informado de ninguna manera fue influenciado por alguna autoridad o algún grupo subordinado.

Al momento de recabar los datos se leyó y explicó la carta de consentimiento informado (ANEXO D) a los participantes, así como también se les explicó los beneficios para su comunidad y cuál sería nuestro aporte al finalizar el análisis de los datos, comprometiéndonos a entregar los resultados del mismo.

## **CAPÍTULO 5**

### **RESULTADOS**

En el presente capítulo se describen los resultados del estudio, en donde se presenta la estadística descriptiva, intensidad de asociación entre determinantes y grupos, así como la priorización referente a los determinantes sociales estructurales e intermedios de la salud, con el fin de analizarlos para dar respuesta a los objetivos planteados.

#### **Perfil sociodemográfico**

La población de estudio estuvo conformada por el total de hogares indígenas migrantes (IM) de la colonia Arboledas de los Naranjos (N=235) y de los hogares no indígenas no migrantes (NINM) de la colonia Ampliación Rancho Viejo (N=168), ambas del municipio de Ciudad Benito Juárez, Nuevo León.

La edad promedio de los entrevistados en los hogares IM fue de  $40.9 \pm 14.2$ , mientras que de los NINM fue de  $42.4 \pm 14.5$  años ( $p > 0.05$ ) con un rango de 18 a 84 años en IM y en NINM de 18 a 87 años. En ambos grupos, más del 90% de las personas entrevistadas era mujeres, el tipo de familia que predominó en los hogares fue la nuclear y en más del 50% de los hogares el jefe del hogar era la madre. El 45.9% de los IM estaba casado frente a 58.3% de la NINM ( $p < 0.05$ ). El 88.2% de los IM hablaba lengua náhuatl y el 42% del grupo era originarios del estado de Veracruz.

El 12% de los jefes de familia IM, eran analfabetas, mientras que en los NINM el 5.4% ( $p < 0.05$ ). El promedio de escolaridad de los IM fue de  $7.25 \pm 3.8$  años, mientras que para los NINM fue de  $8.54 \pm 3.4$  años ( $p < 0.05$ ).

En ambos grupos, más del 60% de los entrevistados se dedicaba al hogar. Otros datos sociodemográficos pueden observarse en la Tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los hogares IM y NINM

<b>Característica</b>	<b>Indígena Migrante N=235 F (%)</b>	<b>No indígena No migrante N=168 F (%)</b>	<b>p*</b>	<b>X<sup>2</sup></b>
<b>Sexo del entrevistado</b>				
Femenino	222 (94.5)	160 (95.2)	.823	.11
Masculino	13 (5.5)	8 (4.8)		
<b>Estado civil</b>				
Unión libre	82 (35.5)	36 (21.4)	.017	10.22
Casado	106 (45.9)	98 (58.3)		
Separado/Divorciado	15 (6.5)	9 (5.4)		
Otro	28 (12.1)	25 (14.9)		
<b>Tipo de familia</b>				
Nuclear	137 (58.3)	128 (76.2)	.0001	24.78
Ampliada	87 (37.0)	25 (14.9)		
Otro	11 (4.7)	15 (8.9)		
<b>Jefe del hogar</b>				
Padre	78 (33.5)	71 (42.5)	.065	8.84
Madre	138 (59.2)	93 (55.7)		
Hijo	3 (1.3)	-		
Abuelo (a)	12 (5.2)	3 (1.8)		
Otro	2 (0.9)	-		
<b>Trabajo</b>				
Si	83 (35.6)	59 (35.1)	.989	.01
No	150 (64.4)	109 (64.9)		
<b>Ocupación</b>				
Hogar	150 (64.4)	105 (64.0)	.534	2.18
Comerciante	38 (16.3)	28 (17.1)		
Empleado	42 (18.0)	31 (18.9)		
Otro	3 (1.3)	----		

Fuente: Encuesta Directa

\*X<sup>2</sup>

## DETERMINANTES ESTRUCTURALES

### Educación, ocupación, ingreso y apoyo federal

En hogares IM sólo el 44.6% contaba con educación secundaria terminada o más, mientras que en los hogares NINM fue el 56.6% ( $p < 0.05$ ). Más del 80% en ambos grupos contó con un empleo informal. Más del 50% de los hogares IM percibió un ingreso menor a 2 SMGM (Salario mínimo general mensual) (Tabla 2).

Se observó que, en promedio, en los hogares IM una familia está integrada por  $5.0 \pm 2.2$  miembros, con un ingreso familiar mensual (IFM) promedio de  $5,346.89 \pm 3,094.70$  pesos mexicanos, mientras que en los hogares NINM una familia está integrada por  $4.3 \pm 1.5$  miembros, con un IFM promedio de  $6,094.7 \pm 3,883.1$  pesos mexicanos ( $p < 0.05$ ) (Tabla 2).

En los hogares IM el promedio porcentual del IFM gastado en alimentación fue  $54.8 \pm 26.4$ , gastado en salud  $12.5 \pm 12.2$  y gastado en educación  $15.5 \pm 15.0$ . En los hogares NINM el promedio porcentual del IFM gastado en alimentación fue  $56.7 \pm 24.6$  ( $p < 0.05$ ), gastado en salud  $11.8 \pm 9.5$  ( $p > 0.05$ ) y gastado en educación  $20.9 \pm 18.8$  ( $p < 0.05$ ). Ver tabla 2.

Tabla 2. Determinantes estructurales de los hogares IM y NINM

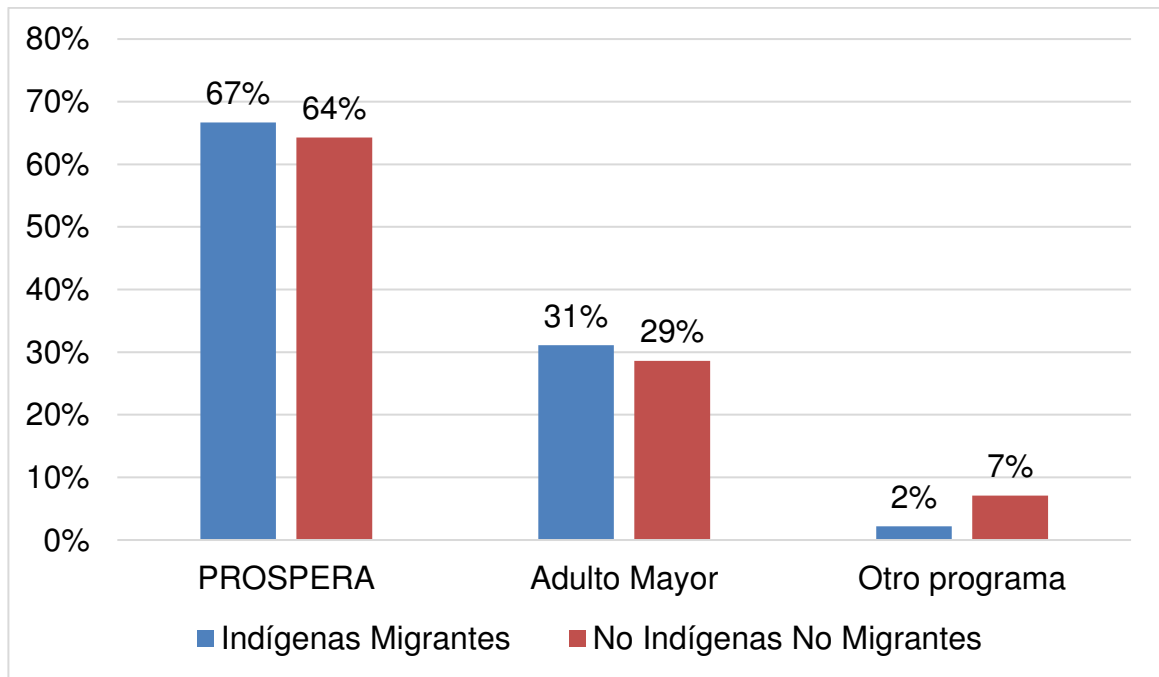
Determinante	Indígenas Migrantes N=235 %	No indígenas No Migrantes N=168 %	p*	X <sup>2</sup>
Educación básica o menos	55.4	43.4	.020	5.54
Trabajo informal	84.3	83.1	.978	.042
No cuentan con apoyo federal	80.7	84.5	.355	.986
Ingreso menor a 2 SMGM	53.9	46.1	.070	3.36
	Media $\pm$ DE	Media $\pm$ DE	p**	t Student
Ingreso familiar mensual	5346.8 $\pm$ 3094.7	6094.7 $\pm$ 3883.1	.043	-2.02
Gasto en alimentación	2750.0 $\pm$ 1666.6	3185.0 $\pm$ 1834.3	.017	-2-40
Gasto en educación	717.3 $\pm$ 676.5	1329.0 $\pm$ 1282.6	.0001	-4.54
Gasto en salud	494.3 $\pm$ 392.9	563.3 $\pm$ 424.8	.173	-1.36

Fuente: Encuesta Directa

\*X<sup>2</sup> \*\*t Student

De los que cuentan con apoyo federal, en ambos grupos más del 60% lo reciben del programa PROSPERA  $p>0.05$ ,  $X^2 1.06$  (Figura 3).

Figura 3. Apoyo Federal con el que cuentan los Hogares IM y NINM (n=73)



Fuente: Encuesta Directa

\* $X^2$

## DETERMINANTES INTERMEDIOS

### Circunstancias materiales, conductas de riesgo, factores biológicos y factores psicológicos

En lo relacionado con las circunstancias materiales, se observaron diferencias entre IM y NINM en lo referente a la propiedad de la vivienda 43.3% vs 52.4%, en el tipo de techo, muros y hacinamiento ( $p<0.05$ ) otros resultados se observan en la tabla 3.

Tabla 3. Circunstancias materiales de los hogares IM y NINM

Determinante	Indígenas	No Indígenas	p*	X <sup>2</sup>
	Migrantes	No Migrantes		
	N=235	N=168		
	%	%		
Piso de tierra	2.6	0.6	.247	2.23
Techo de lámina / mixto	37.3	9.5	.000	39.87
Muros lámina / mixto	12.4	3.0	.002	12.36
Cocción de alimentos con carbón, madera o mixto	10.8	5.4	.269	5.18
Hacinamiento	17.6	6.0	.0001	11.92

Fuente: Encuesta Directa

\*X<sup>2</sup>

En el 23.2% de los hogares IM algún miembro fue víctima de robo, agresión o violencia en los últimos 12 meses, mientras que en NINM el 29.9% ( $p > 0.05$ ). Más del 80% en ambos grupos no tuvo acceso a la alimentación. En el último año, en el 45.3% de los hogares IM, algún miembro de la familia consumió tabaco y en algunos casos inició la adicción a los 10 años, mientras que en los hogares NINM esta situación se presentó en el 31.0% ( $p < 0.05$ ) y el inicio fue a los 12 años ( $p > 0.05$ ). En cuanto al consumo de alguna droga, en ambos grupos fue antes de cumplir la mayoría de edad. En ambos grupos, el 6% de los encuestados refirió que algún miembro del hogar intentó el suicidio y se consumió en 1.3% de los hogares IM, mientras que en los NINM ocurrió en un 0.6% ( $p > 0.05$ ). (Tabla 4).

Tabla 4. Consumo de sustancias dañinas y conductas sexuales de riesgo en hogares IM y NINM

Determinante	Indígenas Migrantes	No Indígenas No Migrantes	p*	X <sup>2</sup>
	N=235 %	N=168 %		
Tabaquismo	45.3	31.0	.005	8.36
Alcoholismo	58.2	48.5	.067	3.67
Drogadicción	8.6	2.4	.010	6.60
No utilizó método de planificación familiar en primera relación sexual	82.1	68.8	.003	9.32
Inicio de vida sexual <18 años	61.9	41.9	.000	14.63
Intento de suicidio	6.0	6.0	.096	.120
	<b>Media ± DE</b>	<b>Media ± DE</b>	<b>p**</b>	<b>t Student</b>
Edad en que se inició a fumar	16.8 ± 4.8	18.3 ± 10.4	.311	-1.01
Gasto en tabaco	204.9 ± 199.9	345.9 ± 341.8	.018	-2.41
Edad en que se inició a ingerir alcohol	17.9 ± 5.1	17.9 ± 4.2	.971	.036
Gasto en alcohol	587.4 ± 539.7	414.1 ± 386.0	.076	1.79
Edad en que se inició el consumo de drogas	16.2 ± 2.4	16.7 ± 2.9	.707	-.382
Edad de inicio de vida sexual	17.2 ± 3.1	18.2 ± 2.8	.001	-3.28

Fuente: Encuesta Directa \*X<sup>2</sup> \*\*t Student

La prevalencia de Diabetes Mellitus tipo 2 de algún miembro del hogar fue mayor en los hogares IM y de Hipertensión Arterial fue igual en ambos grupos. Otras morbilidades pueden observarse en la Tabla 5.

Tabla 5. Daños a la Salud en Hogares IM y NINM

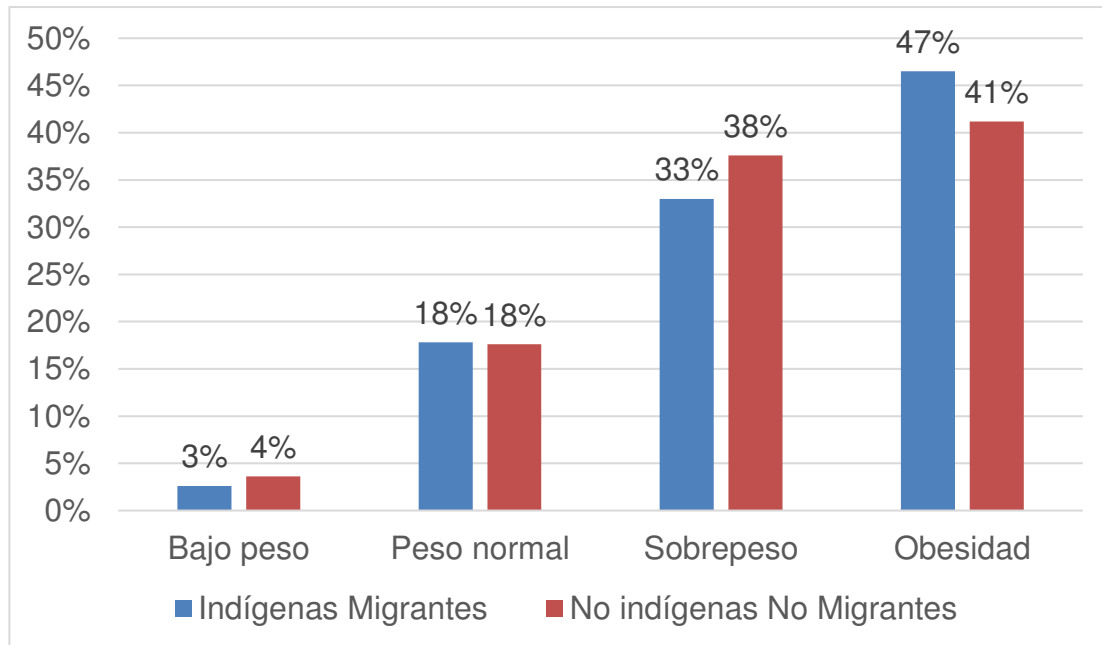
Morbilidades	Indígenas migrantes	No indígenas No migrantes	p*	X <sup>2</sup>
	n=235 %	n=168 %		
Diabetes mellitus 2	36.9	25.1	.017	6.18
Hipertensión arterial	30.9	33.5	.588	.310
Enfermedad cardíaca	7.3	5.4	.539	.582
Dislipidemia	17.2	18.0	.894	.043
Cáncer	.9	2.4	.241	1.55
Discapacidad	9.9	8.4	.727	.257

Fuente: Encuesta Directa \*X<sup>2</sup>



En el grupo de IM se observó una prevalencia de sobrepeso y obesidad semejante en ambos grupos ( $p > 0.05$ ,  $X^2$  1.51). En la Figura 4 se observa el estado nutricional.

Figura 4. Estado Nutricio en los Hogares IM y NINM (n=395)



Fuente: Medición del IMC

\* $\chi^2$

En relación al malestar psicológico, en la tabla 6 se puede observar el Índice de Kessler-10 desglosado por nivel de riesgo de presentar ansiedad y depresión.

Tabla 6. Índice de Malestar Psicológico de Kessler en Hogares IM y NINM

<b>Clasificación</b>	<b>Indígenas Migrantes n=232 %</b>	<b>No Indígenas No Migrantes n=167 %</b>	<b>p*</b>	<b>X<sup>2</sup></b>
Bajo	37.9	43.1	.403	2.92
Moderado	31.0	32.3		
Alto	25.0	18.0		
Muy alto	6.0	6.0		
Fuente: Cuestionario Kessler-10			*X <sup>2</sup>	

## COHESIÓN SOCIAL

Más del 80% de los hogares IM y más del 70% en NINM tuvieron una cohesión social baja aunque se observó diferencia entre grupos ( $p < 0.05$ ). En la Tabla 7 se muestran los resultados desglosados del ICSV.

Tabla 7. Índice de cohesión social vecinal en hogares IM y NINM

<b>Clasificación</b>	<b>Indígenas Migrantes n=217 F (%)</b>	<b>No Indígenas No Migrantes n=153 F (%)</b>	<b>p*</b>	<b>X<sup>2</sup></b>
Bajo	30 (13.8)	17 (11.1)	.009	11.64
Medio bajo	103 (47.5)	62 (40.5)		
Medio	75 (34.6)	53 (34.6)		
Medio alto	9 (4.1)	21 (13.7)		
Alto	-	-		
Fuente: Cuestionario ICSV			*X <sup>2</sup>	

Se observaron diferencias entre ambos grupos en tres de las cuatro dimensiones (confianza interpersonal, sentido de pertenencia e identidad compartida). Ver tabla 8.

Tabla 8. Subíndices (dimensiones) de cohesión social vecinal en hogares IM y NINM

Dimensiones	Bajo		Medio bajo		Medio		Medio alto		Alto		*p	X <sup>2</sup>
	IM N=235 (%)	NINM N=168 (%)	IM N=235 (%)	NINM N=168 (%)	IM N=235 (%)	NINM N=168 (%)	IM N=235 (%)	NINM N=168 (%)	IM N=235 (%)	NINM N=168 (%)		
<b>Confianza Interpersonal</b>	17.6	15.5	30.9	19.0	30.5	26.2	18.0	31.0	3.0	8.3	.001	18.42
<b>Comportamiento Participativo</b>	46.8	50.6	34.3	37.5	14.6	10.1	3.4	1.2	0.9	0.6	.384	4.16
<b>Sentido de Pertenencia</b>	1.7	2.4	19.8	10.2	38.4	26.9	29.7	35.9	10.3	24.6	.001	22.89
<b>Identidad Compartida</b>	48.3	43.1	12.1	6.0	16.8	18.6	8.2	6.6	14.7	25.7	.026	11.02

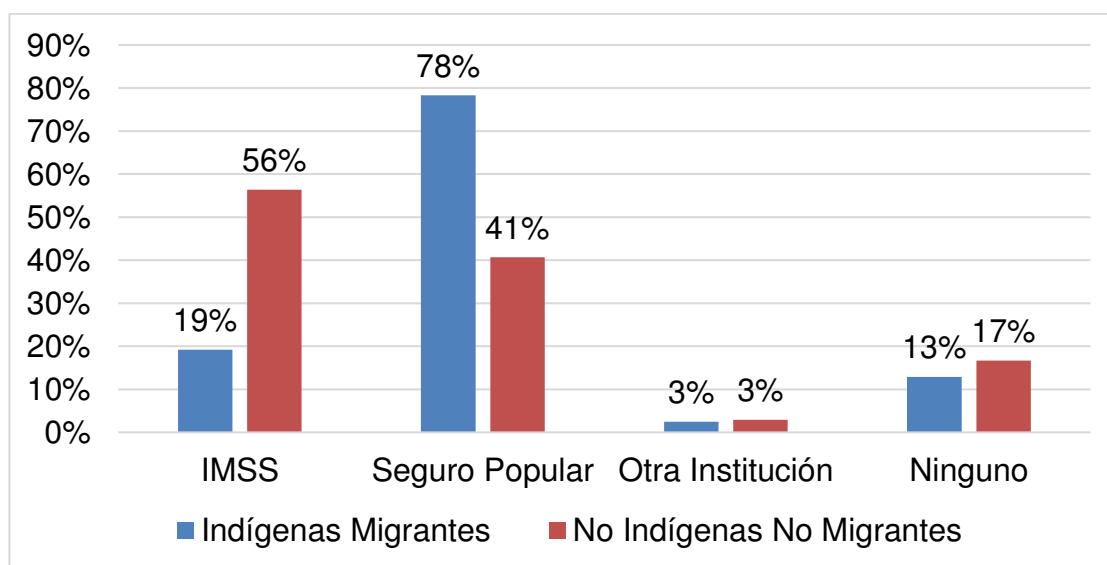
Fuente: Cuestionario índice de cohesión social vecinal

\*X<sup>2</sup>

## SERVICIOS DE SALUD

Más del 80% de los hogares en ambos grupos cuenta con servicios de salud. Los IM se encuentran afiliados en mayor proporción al Seguro Popular, mientras que los NINM están afiliados en mayor proporción al IMSS ( $p < 0.05$ ,  $X^2 = 52.94$ ) (Figura 5).

Figura 5. Afiliación de Servicios de Salud en Hogares IM y NINM (n=401)

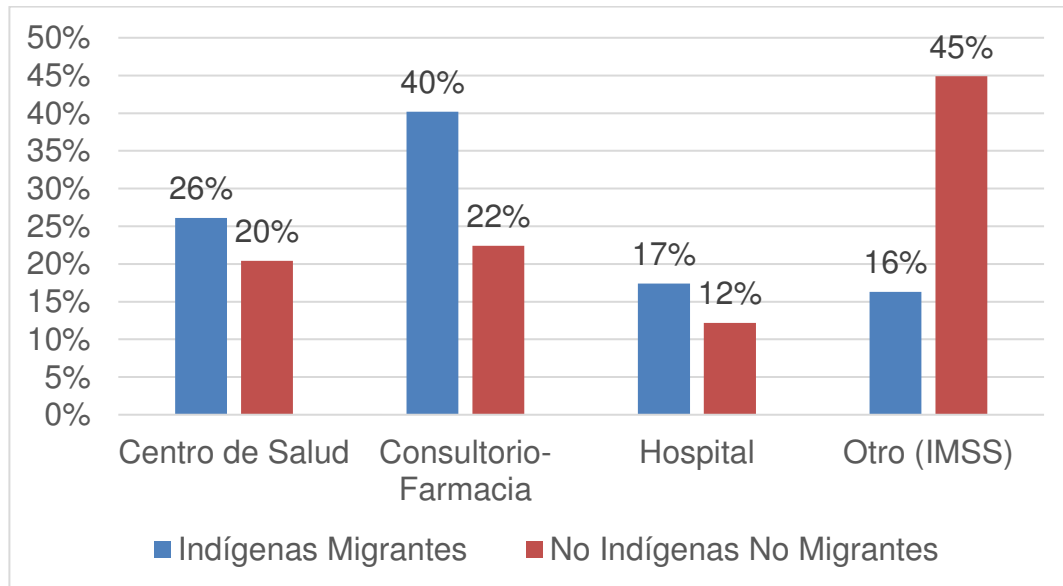


Fuente: Encuesta Directa

\*X<sup>2</sup>

En los hogares IM, el 40% de los que buscó atención médica en los últimos 12 meses acudió a un servicio médico privado, mientras que en los hogares NINM sólo el 22% utilizó dicho servicio ( $p < 0.05$ ). El 45% de los hogares NINM buscó atención médica en los últimos 12 meses en el IMSS ( $p < 0.05$ ,  $X^2$  13.89). Otros lugares de atención pueden observarse en la Figura 6.

Figura 6. Utilización de Servicios de Salud en Hogares IM y NINM (n=141)



Fuente: Encuesta Directa

\* $X^2$

En ambos grupos, más del 50% percibió como “mucho” el tiempo de traslado a un servicio médico y el 45% percibió de igual forma, el tiempo de espera antes de ser atendido ( $p > 0.05$ ).

El 37.0% de los encuestados de los hogares IM refirió no acudir a algún servicio médico por cuestiones laborales, mientras que en los hogares NINM lo anterior ocurrió en el 42.1% ( $p > 0.05$ ). Otras percepciones del servicio, acceso y satisfacción del mismo pueden observarse en la Tabla 9.

Tabla 9. Acceso a los Servicios de Salud

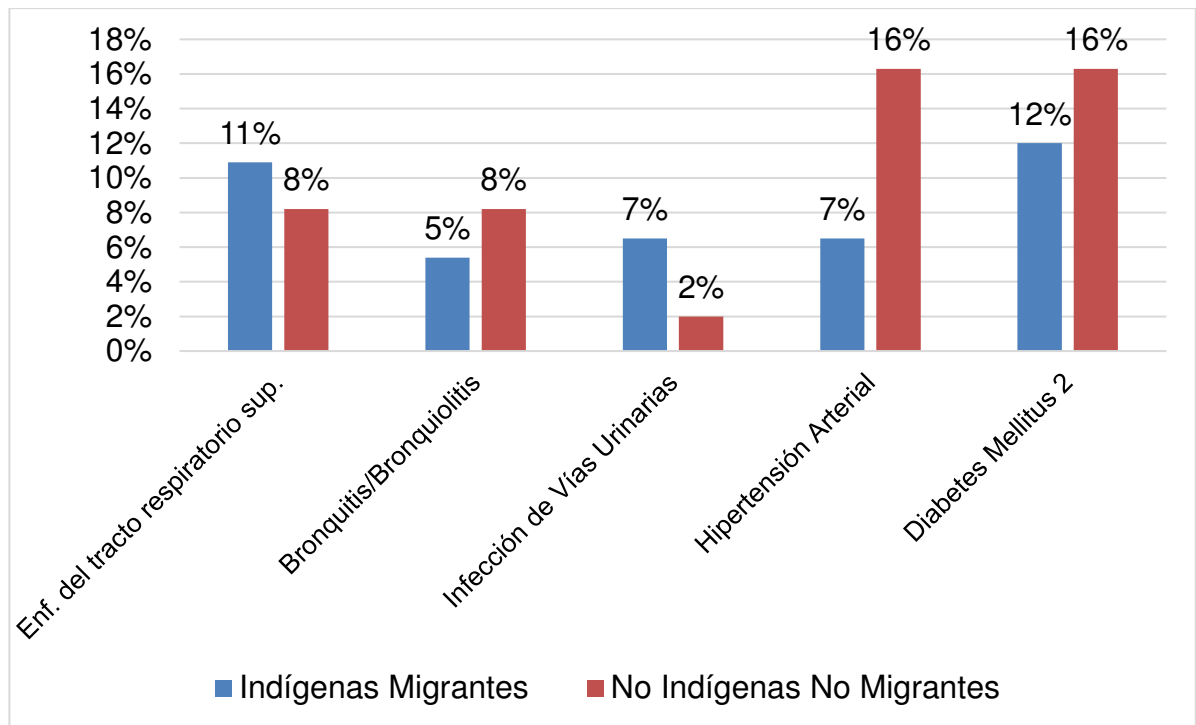
Variable	Indígenas Migrantes N=235 %	No Indígenas No Migrantes N=168 %	p*	X <sup>2</sup>
No cuentan con afiliación a servicio de salud	12.9	16.7	.315	1.13
Tiene más de 12 meses sin buscar atención médica	60.5	70.7	.044	4.38
Tenía 15 días o más de estar enfermo antes de buscar atención médica	27.5	26.5	.989	.014
No había personal de salud disponible para la atención médica	7.6	10.2	.752	.277
No consiguió medicamentos prescritos	3.3	0.0	.555	1.61
No acude a atenderse por cuestiones laborales	37.0	42.1	.597	.361
Mala percepción del servicio	17.4	16.3	.989	.026
Percepción de mucho tiempo de traslado	53.3	65.3	.211	1.89
Percepción de mucho tiempo de espera	47.8	59.2	.219	1.65
Percepción de mucho costo en la atención	87.2	90.9	.989	.113
	<b>Media ± DE</b>	<b>Media ± DE</b>	<b>p**</b>	<b>t Student</b>
Tiempo de traslado (min)	27.4 ± 25.9	28.8 ± 22.7	.749	-.320
Tiempo de espera para la consulta médica (min)	53.0 ± 47.3	44.3 ± 35.8	.288	1.06
Gasto en la consulta (pesos)	642.3 ± 526.3	285.7 ± 217.3	.080	1.78

Fuente: Encuesta Directa

\*X<sup>2</sup> \*\*t Student

Las principales causas de búsqueda de atención médica en los hogares IM fueron las enfermedades del tracto respiratorio superior y Diabetes Mellitus tipo 2, mientras que para los hogares NINM fue la Diabetes Mellitus tipo 2 y la hipertensión arterial. En la figura 7 se muestran otros motivos de búsqueda de atención médica.

Figura 7. Principales Motivos de Búsqueda de Atención Médica en los Hogares IM y NINM (n=141)



Fuente: Encuesta Directa

\* $\chi^2$

## PROBABILIDAD DE RIESGO

Para cumplir con el objetivo número 4, el cual fue establecer la intensidad de la asociación entre determinantes sociales y necesidades de salud no satisfechas entre IM y NINM, se realizaron razones de momios con intervalos de confianza al 95% y nivel de significancia 5%.

Se observó mayor probabilidad de contar sólo con primaria terminada o menos en los hogares IM que en los NINM: RM 1.60 (IC 95% 1.08-2.40). Los resultados de otros DSS estructurales pueden observarse en la tabla 10.

Tabla 10. Probabilidad de riesgo de los DSS estructurales en hogares IM y NINM

<b>Determinantes estructurales</b>	<b>IM F (%)</b>	<b>NINM F (%)</b>	<b>RM</b>	<b>IC</b>	<b>p*</b>	<b>X<sup>2</sup></b>
<b>Educación</b>						
Primaria o <	129 (55.4)	73 (43.5)	1.60	1.08 – 2.40	.020	5.54
Secundaria o >	104 (44.6)	95 (56.5)				
<b>Ocupación</b>						
Informal	70 (84.3)	49 (83.1)	1.09	.45 – 2.66	.822	.042
Formal	13 (15.7)	10 (16.9)				
<b>Ingreso</b>						
< 2 SMGM	111 (53.9)	67 (44.1)	1.48	.97 – 2.25	.070	3.36
2 SMGM o >	95 (46.1)	85 (55.9)				
<b>Apoyo Federal</b>						
No	188 (80.7)	142 (84.5)	.76	.45 – 1.29	.354	.986
Si	45 (19.3)	26 (15.5)				

Fuente: Encuesta Directa

\*X<sup>2</sup>

En el grupo de IM se observó mayor probabilidad de presentar hacinamiento que en los NINM: RM 3.37 (IC 95% 1.65-6.85) y en probabilidad de ser víctima de violencia ambos grupos se observaron iguales.

En cuanto a conductas sexuales y consumo de sustancias dañinas, la probabilidad de no utilizar algún método anticonceptivo durante la primera relación sexual, iniciar vida sexual antes de los 18 años de edad, así como de presentar tabaquismo y drogadicción es mayor en los hogares IM que en los NINM ( $p < 0.05$ ). Se desglosa lo anterior en la tabla 11.

Tabla 11. Probabilidad de riesgo de los DSS intermedios (conductas de riesgo y consumo de sustancias dañinas) en hogares IM y NINM

<b>Determinantes intermedios</b>	<b>IM F (%)</b>	<b>NINM F (%)</b>	<b>RM</b>	<b>IC</b>	<b>p*</b>	<b>X<sup>2</sup></b>
<b>Inicio de vida sexual activa</b>						
< 18 años	138 (61.9)	65 (41.9)	2.24	1.48 – 3.41	.0001	14.63
18 años o >	85 (38.1)	90 (58.1)				
<b>MAC en la primera relación sexual</b>						
No utilizó	184 (82.1)	110 (68.8)	2.09	1.29 – 3.36	.003	9.32
Si utilizó	40 (17.9)	50 (31.3)				
<b>Tabaquismo</b>						
Si	105 (45.3)	52 (31.0)	1.80	1.21 – 2.79	.005	8.36
No	127 (54.7)	116 (69.0)				
<b>Alcoholismo</b>						
Si	135 (58.2)	81 (48.5)	1.47	.99 – 2.20	.066	3.67
No	97 (41.8)	86 (51.5)				
<b>Drogadicción</b>						
Si	20 (8.6)	4 (2.4)	3.82	1.34 – 10.88	.010	6.60
No	213 (91.4)	163 (97.6)				

Fuente: Encuesta Directa

\*X<sup>2</sup>

MAC: método anticonceptivo

Existe mayor probabilidad de que la cohesión social sea baja en los hogares IM que en los hogares NINM: RM 1.6 (IC 95% 1.02-2.68). Otros resultados de factores psicosociales pueden observarse en la tabla 12.



Al hablar de daños a la salud, en los hogares IM existe mayor probabilidad de presentar Diabetes Mellitus tipo 2 que en los hogares NINM: RM 1.74 (IC 95% 1.12-2.69). Otros resultados de morbilidad y violencia pueden observarse en la tabla 13.

Tabla 12. Probabilidad de riesgo de los DSS intermedios (factores psicológicos y cohesión social) en hogares IM y NINM

<b>Determinantes intermedios</b>	<b>IM F (%)</b>	<b>NINM F (%)</b>	<b>RM</b>	<b>IC</b>	<b>p*</b>	<b>X<sup>2</sup></b>
<b>Intento de suicidio</b>						
Si	14 (6.0)	10 (6.0)	1.01	.44 – 2.28	1.000	.001
No	219 (94.0)	158 (94.0)				
<b>Índice de malestar psicológico de Kessler</b>						
Alto	72 (31.0)	41 (24.6)	1.38	.88 – 2.16	.176	2.01
Bajo	160 (69.0)	126 (75.4)				
<b>Índice de Cohesión Social Vecinal</b>						
Bajo	187 (81.7)	118 (72.8)	1.6	1.02 – 2.68	.047	4.30
Alto	42 (18.3)	44 (27.2)				

Fuente: Encuesta Directa, y Kessler-10 y Cuestionario ICSV \*X<sup>2</sup>

Tabla 13. Probabilidad de riesgo de DSS intermedios (daños a la salud) en hogares IM y NINM

<b>Determinantes intermedios</b>	<b>IM F (%)</b>	<b>NINM F (%)</b>	<b>RM</b>	<b>IC</b>	<b>p*</b>	<b>X<sup>2</sup></b>
<b>Diabetes Mellitus 2</b>						
Si	86 (36.9)	42 (25.1)	1.74	1.12 – 2.69	.018	6.18
No	147 (63.1)	125 (74.9)				
<b>Hipertensión arterial</b>						
Si	72 (30.9)	56 (33.5)	.88	.58 – 1.35	.588	.310
No	161 (69.1)	111 (66.5)				
<b>Enfermedad cardíaca</b>						
Si	17 (7.3)	9 (5.4)	1.38	.61 – 3.11	.539	.582
No	216 (92.7)	158 (94.6)				
<b>Dislipidemia</b>						
Si	40 (17.2)	30 (18.0)	.94	.56 – 1.58	.894	.043
No	193 (82.8)	137 (82.0)				
<b>Discapacidad</b>						
Si	23 (9.9)	14 (8.4)	1.19	.60 – 2.37	.727	.257
No	210 (90.1)	153 (91.6)				

Fuente: Encuesta Directa

\*X<sup>2</sup>

Existe mayor probabilidad de buscar atención médica en los hogares IM que en los NINM: RM 1.57 (IC 95% 1.02-2.39). En el resto de las características no se observó diferencias en los hogares IM en cuanto al acceso del servicio de salud en comparación con los hogares NINM. Ver tabla 14.

Tabla 14. Probabilidad de riesgo en relación a los servicios de salud en los hogares IM y NINM

<b>Determinantes intermedios</b>	<b>IM</b>	<b>NINM</b>	<b>RM</b>	<b>IC</b>	<b>p*</b>	<b>X<sup>2</sup></b>
<b>Afiliación servicio de salud</b>						
No	32 (13.7)	28 (16.7)	.79	.46 – 1.37	.478	.660
Si	201 (86.3)	140 (83.3)				
<b>Búsqueda de atención médica últimos 12 meses</b>						
Si	92 (39.5)	49 (29.3)	1.57	1.02 – 2.39	.043	4.38
No	141 (60.5)	118 (70.7)				
<b>Tiempo de traslado</b>						
30 min o >	34 (37.0)	20 (40.8)	.85	.41 – 1.71	.717	.202
< 30 min	58 (63.0)	29 (59.2)				
<b>Percepción del tiempo de traslado</b>						
Mucho	49 (53.3)	32 (65.3)	.60	.29 – 1.23	.211	1.89
Poco	43 (46.7)	17 (34.7)				
<b>Tiempo de espera</b>						
15 min o >	53 (57.6)	34 (69.4)	.59	.28 – 1.24	.204	1.87
< 15 min	39 (42.4)	15 (30.6)				
<b>Percepción de tiempo de espera</b>						
Mucho	44 (47.8)	29 (59.2)	.63	.31 – 1.26	.219	1.65
Poco	48 (52.2)	20 (40.8)				
<b>Disponibilidad de personal de salud</b>						
No	7 (7.6)	5 (10.2)	.72	.22 – 2.29	.752	.277
Si	85 (92.4)	44 (89.8)				
<b>Percepción del servicio</b>						
Malo	16 (17.4)	8 (16.3)	1.07	.43 – 2.67	.989	.026
Bueno	76 (82.6)	41 (83.7)				
<b>Percepción del cobro</b>						
Caro	41 (87.2)	10 (90.9)	.68	-.86 – 5.01	.989	.113
Barato	6 (12.8)	1 (9.1)				
<b>Trabajo impide ir a consulta</b>						
Si	30 (37.0)	24 (42.1)	.80	.40 – 1.61	.597	.361
No	51 (63.0)	33 (57.9)				

Fuente: Encuesta Directa

\*X<sup>2</sup>

## PRIORIZACIÓN

Tabla 15 Priorización de los DSS en hogares IM y NINM

<b>Determinante</b>	<b>Puntaje Z IM</b>	<b>Puntaje Z NINM</b>	<b>Jerarquización de Determinantes</b>
Utilización, acceso y satisfacción de los servicios de salud	-3.5	3.5	1
Circunstancias materiales	-2.8	2.8	2
Consumo de sustancias dañinas para la salud	-2.1	2.1	3
Factores psicosociales	-2.1	2.1	3
Educación, ocupación, ingreso y apoyo federal	-1.4	1.4	4
Conductas sexuales	-1.4	1.4	4
Daños a la salud	-.7	.7	5

Fuente: Encuesta Directa

Para cumplir con el objetivo 5, el cual fue definir al grupo con mayor prioridad de atención se obtuvieron puntajes Z para posteriormente jerarquizar cada determinante según el grupo.

En lo referente a la priorización, donde se consideran el total de los determinantes, tanto estructurales como intermedios, se estableció como determinante prioritario en IM la utilización, acceso y satisfacción de los servicios de salud (-3.5) , seguido por las circunstancias materiales (-2.8) y consumo de sustancias dañinas y factores psicosociales (-2.1) .Tabla 15.

## **CAPÍTULO 6**

### **DISCUSIÓN**

#### **Determinantes estructurales**

Mejorar las condiciones de salud de los pueblos indígenas ha sido una recomendación de la OMS desde muy diversos foros, reiteradas por la OPS (31). Así, el objetivo del presente estudio fue identificar y comparar los DSS y las necesidades de salud entre IM y NINM. La construcción social de las diferencias raciales o étnicas, es la base de divisiones sociales y prácticas discriminatorias en muchos y variados contextos geográficos y culturales. La división de la sociedad que genera las brechas socioeconómicas en los individuos, es el determinante central más importante que conduce a la desigualdad en la distribución de la salud en la población.

Por otro lado, la migración también puede exacerbar el impacto de otros DSS, porque la población se enfrenta a retos específicos adicionales, en relación con los que se tenían en su lugar de origen, tales como el viaje migratorio, redes sociales débiles, discriminación y barreras culturales y lenguaje (44). Asimismo, desde hace décadas en la población indígena se observa bajos niveles de logro escolar, altos niveles de deserción escolar y bajo rendimiento académico (10). Sólo la cuarta parte tiene secundaria completa, en contraste con la población en general, en la que poco más de la mitad ha cursado dichos niveles de escolaridad (45). En ese sentido, en el presente trabajo, el grupo de IM mostró rezago educativo, ya que más de la mitad reportó como último año de estudios la primaria, mientras que en el grupo de los NINM más de la mitad habían tenido acceso a la educación secundaria, lo anterior coincidiendo con lo reportado por el Censo de Población y Vivienda 2010 (25). En este estudio, tal y como lo reporta el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública (CESOP) (25), la proporción de la población indígena que reportó no tener ningún estudio resultó ser mayor a la de la población no indígena. En 2015, el Consejo Nacional de Población (CONAPO) reportó una brecha de 19.0 puntos porcentuales entre analfabetas indígenas y no indígenas. Si se compara lo anterior con Ecuador, en donde el

analfabetismo afecta a 20.4% de los que son indígenas frente a 8.8% de los que se consideran mestizos y blancos (46), México presenta peores condiciones.

Así mismo, el promedio de escolaridad de los IM fue menor que en los NINM, aunque al comparar lo reportado por el CESOP (25) el resultado es mayor que en su lugar de origen, con una diferencia de hasta 3 años. Lo anterior pudiera ser resultado del área a donde migran, en donde la escuela resulta ser más accesible en cuanto a número y cercanía a diferencia de su lugar de origen. Como ejemplo de lo anterior, se obtuvieron datos de una comunidad indígena en Colombia no urbanizada, en donde se presentó una prevalencia de 41% de analfabetismo (33), es decir, casi tres veces más que en una comunidad indígena urbanizada. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2010 de Colombia, el promedio de años de escolaridad de los indígenas fue menor que en el presente estudio (36). Por otro lado, existen países en América Latina como Bolivia, Perú, Argentina, Chile que cuentan con una prevalencia de menos de 10% de analfabetismo en esa población, siendo el sexo femenino en todos los casos el más afectado. La mayor disparidad entre indígenas y no indígenas se encuentra en Paraguay, que cuenta con el menor promedio de años de escolaridad de toda América Latina (4.1 años de diferencia) (47). Según Markwick (35), en Australia, los indígenas, son quienes presentan los menores niveles de escolaridad, empleo, economía, vivienda y salud.

A pesar de lo anterior, el incremento de la migración del campo a las ciudades agrava el panorama y muestra la insuficiencia del sistema de educación indígena para atender las demandas educativas de las poblaciones étnicamente distintivas. Un gran número de indígenas vive en ciudades donde no funciona el subsistema, participando en las escuelas urbanas y del currículum estándar y pese a las iniciativas tomadas en la capital por el Instituto Nacional Indigenista (INI) y la Secretaría de Educación (SE), las acciones son aún insuficientes (48). Las brechas de desigualdad entre grupos, no han logrado ser superadas, revelando discriminación por parte de la sociedad, pero también del estado. Aunque, existen programas especiales orientados para la educación de los

adultos indígenas migrantes con los cuales la comunidad se ha visto beneficiada (49).

En cuanto a la ocupación, fue notorio el alto porcentaje en donde los entrevistados en ambos grupos se dedicaban al hogar. Una posible explicación sería que los niveles de ocupación masculino son mayores que los niveles de ocupación femenino (29) ya que, en el presente estudio, más del 90% de los entrevistados fue del sexo femenino. A pesar de lo anterior, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) (29) reportó un perfil de ocupación distinto cuando los indígenas residen en zonas urbanas, es decir, el nivel de ocupación en el sexo femenino comienza a ascender, lo que puede relacionarse con el perfil migratorio de esta población, tentativamente con fines laborales, lo que explicaría sus altos niveles de ocupación. Este fenómeno no se observó en el presente estudio, porque las mujeres se quedan en casa mientras los hombres van a trabajar, siguiendo el patrón rural o de sus lugares de origen.

De acuerdo al CONAPO (29), al migrar a entornos urbanos, la población indígena se emplea sobre todo en el sector de la construcción y, en forma reciente, en el sector terciario informal (en labores domésticas de manera preponderante), las cuales son actividades de baja remuneración. Lo anterior coincide con lo observado, en donde la principal ocupación fue la de empleada doméstica y obrero, seguido de comerciante ambulante. Gran porcentaje de los entrevistados contaron con empleo informal; sin embargo, se encontró que los indígenas acceden en menor porcentaje que los NINM a prestaciones que están ligadas al empleo formal como servicio de salud, vacaciones, ahorro para el retiro o reparto de utilidades. Según Borrell y Malmusi (12), la desigualdad en las oportunidades para adquirir determinado tipo de empleo se encuentra íntimamente vinculada con el concepto de discriminación o racismo, lo cual sabemos que se encuentra presente en este tipo de comunidades.

Los datos de la medición multidimensional de la pobreza muestran que 53.3% de la población de México es pobre, es decir, no percibe ingresos

suficientes para satisfacer sus necesidades básicas alimentarias y no alimentarias. Las acciones para el combate de la precariedad entre la población indígena no pueden centrarse sólo en la generación de ingresos, sino que deben tener un impacto mayor en el espacio de los derechos sociales (50).

Según lo reportado por el CESOP (25), un porcentaje importante de indígenas (69%) recibe menos de 2 SMGM o no recibe salario por su trabajo, coincidiendo con lo encontrado en el presente estudio, donde los indígenas perciben un IFM menor y los NINM se encuentran en una situación diferente ya que percibe una cantidad mayor. Lo anterior se explica por el tipo de ocupación en relación con el promedio de escolaridad con el que cuentan ambos grupos. Los bajos niveles de escolaridad se traducen en bajos niveles de ingreso y se relacionan con precarias condiciones de salud (10). Según Noreña y colaboradores (36), en su estudio realizado en Colombia, fueron mujeres indígenas y afrodescendientes las que presentan menores niveles educativos, mayor desempleo y menor acceso a trabajos calificados y hogares con los niveles socioeconómicos más bajos. En Australia, Markwick (35), encontró que los indígenas tenían más riesgo de contar con un ingreso menor y ser desempleados que sus contrapartes no indígenas.

En el presente trabajo, sólo el 19.3% de los IM contó con apoyo federal y de los NINM el 15.5%. Lo anterior difiere de lo reportado en 2010 por el CESOP donde el 60.3% de la población indígena reportó contar con apoyo de algún programa federal y un 12.7% de la población urbana. Así mismo, el CONAPO, en la encuesta intercensal 2015 reportó que el 59.9% de la población indígena recibía apoyo de algún programa federal y los NINM el 24.4%. Se observa entonces, que hubo un decremento en el apoyo a indígenas. El resultado obtenido en este estudio, en lo concerniente a este rubro, deberá tomarse con cautela, ya que existe la posibilidad de que no se obtenga una información fidedigna, porque se depende también de otros apoyos que les ofrecen asociaciones no gubernamentales y por tanto muestran mayor necesidad con el fin de ser receptores de otros beneficios



## **Determinantes intermedios**

De acuerdo con la CONAPO, en 2015, los niveles de carencias sociales que denotan condiciones de mayor vulnerabilidad, como la precariedad de la vivienda y la falta de acceso a la alimentación, son notoriamente mayores entre la población IM que los NINM. Una mejor condición de vida y vivienda, acceso a agua potable y servicios básicos, son DSS posibles de abordar a través de una buena gobernanza (1).

Todos los hogares de ambos grupos contaron con agua potable, drenaje y electricidad, muy probablemente porque la localidad forma parte de un área conurbada. En el presente trabajo, se encontró que a pesar de localizarse en un área urbanizada persisten hogares indígenas con techo de lámina, hacinamiento y que cocinan con carbón o madera. Según el CONAPO, en la encuesta intercensal 2015, los hogares en donde el jefe era indígena, el porcentaje de viviendas sin agua era casi cuatro veces mayor, que el porcentaje registrado cuando no era indígena. En un estudio en Guatemala, Honduras y Nicaragua se encontró que, en una muestra de población indígena urbanizada, más del 20% de los hogares entrevistados no contaba con agua potable ni electricidad. En ese sentido, la población estudiada vivía en mejores condiciones que en esos países (37).

La carencia por acceso a la alimentación es otro componente que forma parte de las carencias sociales (25). A pesar de que la mayoría de los hogares del presente estudio percibe un ingreso superior a la línea de bienestar mínimo (50), un gran porcentaje no tiene acceso a la alimentación, probablemente a que deben distribuir sus recursos en un amplio conjunto de satisfactores adicionales como en educación y salud (45). Más del 80% en ambos grupos no tuvieron acceso a la alimentación (más del 30% del IFM gastado en alimentación), esto es casi el triple de lo reportado a nivel nacional donde 34.5% de los hogares indígenas y de un 23.3% en la población en general no tiene acceso. Lo anterior,

se encuentra íntimamente ligado al ingreso insuficiente que perciben los hogares y que les impide cubrir sus necesidades alimentarias (45).

En una comunidad marginada de la ciudad de México el 20.3% de las entrevistadas habían utilizado método anticonceptivo durante la primera relación sexual e iniciaron su vida sexual a los 18 años (34), mientras que en el presente estudio menos del 20% de los IM los utilizó y un 31.3% de los NINM. La probabilidad de no utilizar algún método y tener inicio de vida sexual activa antes de la mayoría de edad, fue de 2 veces más si su condición era IM.

En cuanto al riesgo reproductivo, la baja proporción de uso de métodos anticonceptivos expone a los miembros de las comunidades a enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados y de alto riesgo. En el presente estudio, las encuestadas fueron en su mayoría mujeres. En ese sentido, se deben tomar en cuenta las consecuencias sociales para la mujer, como desigualdad de género, embarazo precoz que conlleva la deserción escolar y las dificultades para su desarrollo personal, debido a su condición en el aspecto reproductivo (34). Al truncar la educación y dedicarse al cuidado de sus hijos, es menos probable el acceso a la fuerza laboral y participar activamente en el IFM. Se ha confirmado, que las mujeres de estratos socioeconómicos desprotegidos, tienen más dificultades para acceder a los servicios de salud (34).

La vida del migrante conduce a una magnificación de su condición de vulnerabilidad y termina por vivir con una identidad propia estigmatizada y que se acompaña de prostitución, vandalismo, alcoholismo, depresión y drogadicción (51). En el presente estudio, se encontró una prevalencia de alcoholismo de más del 50% en los IM. Tasas similares o incluso superiores han sido reportadas en grupos indígenas de otros países de América como aquellos realizados con indígenas Navajos y Apaches donde se encontró un patrón de consumo de bebidas alcohólicas en el 69% de todos los suicidios indígenas (51). Otro estudio en Zenú, Colombia observó que los indígenas consumían alcohol por diversión, como actividad recreativa en un 89% (33). Lo anterior, difiere de un estudio realizado en Australia (35) donde no hubo diferencia en el consumo de alcohol

entre indígenas y no indígenas, pero sí de consumo de tabaco (fue mayor en indígenas), esto descartó el estereotipo de que los indígenas son más propensos al consumo excesivo de alcohol, lo cual ha generado discriminación y estigma social hacia ellos. En el mismo estudio de Lopera y Rojas (51), se encontró que fueron los menores de 20 años quienes presentaban dependencia al alcohol. En el presente estudio, se encontró que los consumidores aún no alcanzaban la mayoría de edad (18 años) y ya habían empezado a fumar, beber alcohol o consumir alguna sustancia psicotrópica, incluso iniciando a los 12 años. Además, existen varias entidades relacionadas con el consumo de alcohol en indígenas, como los homicidios, accidentes, violencia en la comunidad y en el ámbito doméstico (51). En la presente investigación, más del 20% de los IM habían sido víctimas de agresión, robo o violencia en los últimos 12 meses, mientras que en los NINM más del 25%.

La pobreza y lo que esta lleva consigo: insalubridad, desnutrición, ignorancia, desorganización familiar y marginación social, incide negativamente en la salud mental. Además, la marginación y exclusión social, son las condiciones que caracterizan a dicho sector; gran parte de la población indígena migra, lo que conlleva a la fragmentación de grupos familiares, sociales y culturales (51). A pesar de que, en el estudio, la mayor probabilidad de riesgo de presentar ansiedad y depresión fue en los IM, no hubo diferencia entre grupos a diferencia del estudio de Markwick et al (35), donde al aplicar el Kessler-10 en un grupo de indígenas australianos, 1 de cada 3 sufría riesgo de ansiedad o depresión frente a 1 de cada 5 no indígenas y, que el ser indígena incrementaba 2 veces más dicho riesgo. La ruptura de sus redes socioculturales favorece la aparición de trastornos físicos, orgánicos, psicológicos y emocionales (51). Existe evidencia, donde se demuestra que si se reduce el nivel de malestar psicológico (ansiedad y depresión), se reduce la prevalencia de otros factores relacionados con la salud mental (35). Sin embargo, aunque se observa alta prevalencia en esta morbilidad, se tienen que vencer las barreras que influyen en la escasa inversión en salud mental en estos grupos sociales, ya que, en muchas ocasiones, esta situación se subestima, porque la baja tasa de mortalidad a

causa de este problema de salud es baja, a pesar de que provoca años de vida saludable y laboral potencialmente perdidos (52,53).

Por otro lado, en el presente estudio, se encontró mayor riesgo de presentar Diabetes Mellitus tipo 2 en IM y una mayor prevalencia de hipertensión arterial y dislipidemia en los NINM. Aunque en un estudio en Australia, no se observaron diferencias en el riesgo de presentar hipertensión arterial entre indígenas y no indígenas (35). En los IM del presente estudio, esto puede ser a causa de la calidad de alimentación y el estilo de vida que tiene cada grupo, lo que representa un área para explorar en investigaciones futuras.

### **Cohesión Social**

El concepto de cohesión social incluye una dimensión de desigualdad que se ocupa de identificar inequidades en el acceso a diversas oportunidades. En este sentido, un grado elevado de cohesión social estaría asociado con la reducción de las disparidades dentro de una sociedad (54). El ICSV permite medir de forma simple y replicable los vínculos existentes entre los miembros de una comunidad específica (18).

En el presente estudio, tanto el grupo IM y de NINM tuvieron una cohesión social baja. Una posible causa de esta situación social, puede ser porque residen dentro de una misma área geográfica; la cercanía física derivada de vivir en un mismo espacio, lleva a que las actividades habituales de los vecinos afecten y sean afectadas directa o indirectamente por otros, con sus respectivas consecuencias positivas o negativas en la calidad de vida y el patrimonio de los vecinos (18). Se sabe que la desintegración social, genera conflictos entre los habitantes y comportamientos negativos y violentos (17), sin embargo, las comunidades socialmente integradas, aseguran que sus habitantes compartan todos los beneficios y responsabilidades y por tanto se disfrute de manera igual la prosperidad, lo que no se observó en estos grupos sociales. En el estudio de Markwick (35), la población indígena tenía pocas probabilidades de no tener ayuda familiar, tener menos niveles de confianza civil y social y no sentirse parte

de la comunidad. Por el contrario, en un estudio realizado en la comunidad Amerindia colombiana en Zenú (33), las redes de apoyo comunitario eran fuertes y permanentes, las familias se respaldaban mutuamente mediante el intercambio de alimentos producidos en las huertas familiares, las mujeres afirmaron que entre ellas resolvían las situaciones que se presentaban en las familias en casos urgentes, enfermedad y muerte. Es por eso, que la asociación Zihuame Mochilla, A.C, la cual apoya a la comunidad donde se realizó el presente estudio, ha estado apostando al empoderamiento de las mujeres, al establecimiento de actividades en común para que se fortalezcan los lazos comunitarios como clases de costura, repostería y la creación de huertos familiares, entre otras. Por lo tanto, la cohesión social dependerá de los mecanismos con que cuente una sociedad para producir y distribuir recursos materiales y simbólicos, así como la articulación entre el Estado, mercado, familia, sociedad civil y relaciones comunitarias y la percepción que tengan los miembros de una sociedad sobre ello (17).

### **Servicios de Salud**

El acceso a un servicio de salud y un buen auto cuidado, es uno de los factores más importantes para el bienestar de un individuo; por esto, las políticas destinadas a aumentar el acceso y el uso de los servicios de salud desde la infancia son esenciales en las estrategias para aliviar la pobreza en México (55). En ese sentido, el principal determinante que afecta el acceso y uso de servicios de salud, es el nivel socioeconómico y los facilitadores más frecuentes son las redes de apoyo social (56).

En el presente estudio, se observó mayor proporción de IM que buscaron atención médica en los últimos doce meses, aunque se ha visto que las mujeres indígenas por razones culturales tienen menor empoderamiento para la toma de decisiones sobre su salud y la de su familia, por lo que dicha situación pudiera influir a la hora de reconocer la necesidad de acudir en busca de atención médica (36). En la población IM del presente estudio, además, se tenía mayor acceso

geográfico a los servicios de primer nivel de atención ya que desde 2006 se ha buscado aumentar la cobertura del “seguro popular” para mejorar el acceso y atención a la salud en toda la población mexicana (55), lo mismo ha sucedido en Colombia, donde hace 20 años, se inició el proceso de cobertura universal pero no se ha logrado obtener los resultados esperados (56). A pesar de que en ambos grupos existió una alta proporción de afiliación a algún servicio público de salud, cuando la atención debía ser en segundo nivel de atención, el acceso disminuía por el tiempo de traslado, el tiempo de espera y al corto horario de atención con el que cuentan los establecimientos, motivos por los cuales se decidía acudir a un servicio privado, donde el gasto de bolsillo, superaba en más del 10% del IFM (642.3 MXN en promedio para los IM y 285.7 MXN para los NINM). Esta misma situación se observó en Guatemala, Honduras y Nicaragua, donde presentaban un alto gasto de bolsillo y exclusión de medicamentos, pero estas poblaciones no contaban con afiliación a un servicio de salud en su mayoría (37). En Colombia, sí estaba afiliada tanto la población indígena como la urbana en más del 80% a algún servicio de salud, aunque se observaron las mismas barreras de acceso que en la población de estudio (36).

#### Limitaciones y Fortalezas

Es de importancia considerar que los resultados expuestos fueron mediante autoreporte lo que en un momento dado pudiera implicar subregistro en variables tales como ingreso, apoyo federal, tabaquismo, alcoholismo y consumo de sustancias psicotrópicas. Las disparidades encontradas en las variables sociales y de salud entre grupos, no se deben atribuir únicamente a la etnia de las mujeres, ni ser consideradas del contexto donde emergen, puesto que envuelven aspectos históricos, políticos y socioculturales.

El estudio es transversal, por lo que la causalidad no puede ser inferida con este tipo de estudio. Sin embargo, su originalidad radica en ser uno de los primeros estudios en México en investigar determinantes sociales y cohesión social en población indígena migrante y en evaluar el riesgo de presentar

ansiedad y depresión en la misma población, con un instrumento específico para un estudio con base poblacional.

## **CAPÍTULO 7**

### **CONCLUSIONES**

De acuerdo a los DSS estructurales, los IM mostraron menor prevalencia en secundaria terminada, menor IFM que los NINM. Por otra parte, los NINM mostraron mayor gasto en alimentación y educación.

En cuanto a los DSS intermedios, las circunstancias materiales fueron más desfavorables para los IM en lo que respecta a tenencia y material de la vivienda, así como de hacinamiento. Los eventos de violencia o agresión contra algún miembro del hogar fueron frecuentes. Ningún grupo contó con acceso a la alimentación de acuerdo al porcentaje gastado del IFM en alimentos.

Los IM presentaron mayor problema de tabaquismo y drogadicción, así como en la no protección durante la primera relación sexual y el inicio de vida sexual a una edad más temprana que los NINM. En ambos grupos, la mayoría de los hogares presentaron un riesgo bajo de presentar ansiedad o depresión y la cohesión social fue baja.

La mayoría de los hogares contaron con afiliación a un servicio de salud, en su mayoría afiliados a un servicio público; sin embargo, al buscar atención médica acuden a un servicio privado. Así mismo, una gran proporción de hogares en ambos grupos tenía más de 12 meses sin buscar atención médica. Se observó que, debido a cuestiones laborales, una gran proporción de los entrevistados no acudía a buscar atención médica. Los que buscaban atención, más de una cuarta parte de los entrevistados, esperaba 15 días o más para solicitarla. En general, ambos grupos tienen percepción de mucho tiempo de traslado, mucho tiempo de espera para ser atendidos y mucho costo de la atención. Por otro lado, la proporción de hogares que no consiguieron adquirir el medicamento prescrito fue muy baja en ambos grupos.



Las principales causas de búsqueda de atención en los hogares IM fueron las enfermedades crónico degenerativas e infecciosas, mientras que en los NINM fueron principalmente las crónico degenerativas. En ambos grupos se encontró una prevalencia alta de sobrepeso y obesidad.

Por lo tanto, se puede concluir que el ser indígena migrante aumenta la probabilidad de no acceder a la educación secundaria, hacinamiento, inicio de vida sexual activa antes de cumplir la mayoría de edad, no utilizar método anticonceptivo durante la primera relación sexual, tabaquismo, drogadicción, padecer diabetes mellitus tipo 2 y de presentar una cohesión social baja.

En general, el grupo de IM tuvo mayor prioridad de atención específicamente en el determinante de acceso a los servicios de salud.

Los resultados de este estudio permitieron identificar las necesidades de salud no satisfechas, respecto a las condiciones sociales en las que viven estas dos comunidades, para tener elementos de evidencia y apoyar la acción y la toma de decisiones en intervenciones efectivas, sobre la base de necesidades reales en salud.

## CAPÍTULO 8

### REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud. 2012. Publicación en línea. Acceso 9 Septiembre 2016. Disponible en el portal de la Organización Mundial de la Salud: [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/)
2. Torres-Arreola L, Doubova S, Reyes-Morales H, Villa-Barragán J, Constantino-Casas P, y Pérez- Cuevas R. Estudio de las necesidades de salud en atención primaria mediante el diagnóstico de salud de la familia. *Aten Primaria*. 2006; 38(7): 381-386.
3. Organización Panamericana de la Salud. Salud de las Américas. OPS; 2012. Capítulo 2. Determinantes e inequidades en Salud. Acceso 6 de Octubre 2016. Disponible en: [http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com\\_content&view=article&id=58&Itemid=165&lang=es](http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=58&Itemid=165&lang=es)
4. Sen A. ¿Por qué la equidad en Salud?. *Rev Panam Salud Pública*. 2002; 11(5/6): 302-309.
5. Irwin A, Valentine N, Brown C, Loewenson R, Solar O, Brown H, et al. The Commission on Social Determinants of Health: Tackling the Social Roots of Health Inequities. *Plos Med*. 2006; 3(6): 749-751.
6. Organización Mundial de la Salud. Cerrando la Brecha: La política de acción sobre los determinantes sociales de la salud. Río de Janeiro, Brasil. OMS; 2011. Acceso 10 Octubre 2016. Disponible en [www.who.int/sdhconference/discussion\\_paper/Discussion-Paper SP.pdf](http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper SP.pdf)
7. Salgado-Snyder VN, Guerra-y Guerra G. Un primer análisis de la investigación en México sobre los determinantes sociales de la salud: 2005-2012. *Salud Publica Mex*. 2014; 56(4): 393-401.
8. Pelcastre-Villafuerte B, Ruiz M, Meneses S, Amaya C, Márquez M, Taboada A, et al. Community-bases health care for indigenous women in México: a qualitative evaluation. *Int J Equity Health*. 2014; 13(2): 1-9.
9. Mitrou F, Cooke M, Lawrence D, Povah D, Mobilia E, Guimond E, et al. Gaps in Indigenous disadvantages not closing: a census cohort study of social

- determinants of health in Australia, Canada, and New Zealand from 1981-2006. BMC Public Health. 2014; 14(201): 1-9.
10. Programa Especial de los Pueblos Indígenas 2014-2018. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Gobierno de la República. México; 2014. Acceso 12 Septiembre 2016. Disponible en <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/32305/cdi-programa-especial-pueblos-indigenas-2014-2018.pdf>
  11. Maxwell A, Young S, Crespi C, Rabelo R, Cayetano R, Bastani R. Social determinants of health in the Mixtec and Zapotec community in Ventura County, California. Int J Equity Health. 2014; 14(16): 1-9.
  12. Borrell C, Malmusi D. Research on social determinants of health and health inequalities: Evidence for health in all policies. Gac Sanit. 2010; 24(1):101-108.
  13. Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Resumen analítico del informe final. Ginebra: OMS; 2009. Acceso 25 Septiembre 2016. Disponible en: [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/es/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/)
  14. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. WHO. Commission on social determinants of health. Social determinants of health, Discussion paper 2. Ginebra: OMS; 2010. Acceso 25 Septiembre 2016. Disponible en: [http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH\\_eng.pdf](http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf)
  15. López A, Zúñiga B, Ospina G, Ocampo, S. Determinantes sociales en salud en mortalidad materna. [Tesis de Posgrado]. Colombia: Universidad Católica de Manizales. Facultad de Ciencias de la Salud; 2015.
  16. Gerend MA, Pai M. Social determinants of black-white disparities in breast cancer mortality: a review. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2008; 17 (11) :2913.
  17. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). Cohesión Social: balance conceptual y propuesta teórico metodológica. México; 2015. Acceso 10 de Septiembre 2016. Disponible en:

[http://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/InformesPublicaciones/Documents/COHESION\\_SOCIAL\\_BALANCE\\_CONCEPTUAL.pdf](http://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/InformesPublicaciones/Documents/COHESION_SOCIAL_BALANCE_CONCEPTUAL.pdf)

18. México Evalúa y Fundación Hogares. Bases para la construcción de índice de cohesión social vecinal. Centro de Análisis de Políticas Públicas. México; 2015. Acceso 15 de Noviembre 2016. Disponible en: <http://mexicoevalua.org/2015/09/25/bases-para-la-construccion-de-un-indice-de-cohesion-social-vecinal/>
19. Arredondo A. Factores asociados a la búsqueda y uso de servicios de salud: del modelo psicosocial al socioeconómico. *Salud Mental*. 2010; 33(5): 397-408.
20. Salinas-Martínez A, Muñoz-Moreno F, Barraza de León AR, Villarreal-Ríos E, Núñez-Rocha GM, Garza-Elizondo ME. Necesidades en salud del diabético usuario del primer nivel de atención. *Salud Publica Mex*. 2001; 43(4): 324-335.
21. Bedregal P, Quezada M, Torres M, Scharager J, García J. Necesidades de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Rev Med Chile*. 2002; 130 (11): 1287-1294.
22. Arredondo A, Meléndez V. Búsqueda de la atención médica y determinantes de la utilización de los servicios de salud. *Rev Med Chile*. 2003; 131(1): 445-453.
23. Arredondo A, Meléndez V. Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. *Salud Publica Mex*. 1992; 34(1): 36-49.
24. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del Día Internacional de los Pueblos Indígenas (9 de Agosto). México: INEGI; 2016. Acceso 27 de Septiembre 2016. Disponible [www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/indigenas2016\\_0.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/indigenas2016_0.pdf)
25. Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública (CESOP). Descripción sociodemográfica de la población hablante de lengua, autoadscrita como indígena y el resto de la población, a partir de los datos del Censo de Población y Vivienda 2010. México: LXI Legislatura Cámara de Diputados; 2011. Acceso 29 de Septiembre 2016. Disponible [www3.diputados.gob.mx/camara/content/.../file/Carpeta16\\_Situacion\\_indigenas.pdf](http://www3.diputados.gob.mx/camara/content/.../file/Carpeta16_Situacion_indigenas.pdf)
26. Durin, S. ¿Una educación indígena intercultural para la ciudad?. *Frontera Norte*. 2007; 19(38): 63-91.

27. Díaz, A. El caso de la Alameda. Migración indígena y apropiación del espacio público en Monterrey. Primera edición. México: Universidad de Monterrey; 2009.
28. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Indicadores sobre la mujer rural indígena en México. Acceso 6 de Diciembre 2017. Disponible en <https://www.gob.mx/cdi/articulos/indicadores-sobre-la-mujer-rural-indigena-en-mexico?idiom=es>
29. Consejo Nacional de Población (CONAPO). Infografía Población Indígena. Encuesta Intercensal 2015. México: Gobierno de la República; 2015. Acceso 27 de Septiembre 2016. Disponible en <https://www.gob.mx/conapo/documentos/infografia-de-la-poblacion-indigena-2015>
30. Organización de las Naciones Unidas. Los pueblos indígenas en América Latina. Avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos. Comisión Económica para América Latina (CEPAL). Chile; 2014. Acceso 20 Octubre 2016. Disponible en [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37222/S1420521\\_es.pdf?sequence=1](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37222/S1420521_es.pdf?sequence=1)
31. Secretaría de Salud. Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas de México. Elementos generales para la construcción del programa de acción. México; 2010. Acceso 11 de Septiembre 2016. Disponible en [http://salud.chiapas.gob.mx/doc/biblioteca\\_virtual/programas/Atencion\\_Salud\\_Pueblos\\_Indigenas\\_Mexico.pdf](http://salud.chiapas.gob.mx/doc/biblioteca_virtual/programas/Atencion_Salud_Pueblos_Indigenas_Mexico.pdf)
32. Juárez-Ramírez C, Márquez-Serrano M, Salgado de Snyder N, Pelcastre-Villafuerte BE, Ruelas-González MG, Reyes-Morales H. La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes. Rev Panam Salud Publica. 2014; 35(4): 284–90.
33. Puello EC, Amador CE, Luna JM. Determinantes sociales de salud en los agricultores del resguardo indígena Zenú. Rev Univ Ind Santander Salud. 2016; 48(1): 17-26.
34. Reyes-Morales H, Gómez-Dantes H, Torres-Arreola L, Tomé-Sandoval P, Galván-Flores G, González-Unzaga MA, et al. Necesidades de Salud en áreas

- urbanas marginadas en México. *Rev Panam Salud Publica*. 2009; 25(4): 328-336.
35. Markwick A, Ansari Z, Sullivan M, Parsons L and McNeil J. Inequalities of the social determinants of health of aboriginal and Torres strait islander people: a cross-sectional population-based study in the Australian state of Victoria. *Int J Equity Health*. 2014; 13(91): 1-12.
36. Noreña-Herrera C, Leyva R, Palacio-Mejía L, Duarte M. Inequidad en la utilización de servicios de salud reproductiva en Colombia en mujeres indígenas y afrodescendientes. *Cad. Saúde Pública*. 2015; 31(12): 2635-2648.
37. Acuña C, Marin N, Mendoza A, Emmerick ICM, Luiza VL, Azeredo TB. Determinantes sociales de la exclusión a los servicios de salud y a medicamentos en tres países de América Central. *Rev Panam Salud Publica*. 2014; 35(2): 128–135.
38. Díaz A, Arana A, Vargas-Machuca R, Antiporta D. Situación de salud y nutrición de niños indígenas y niños no indígenas de la Amazonia peruana. *Rev Panam Salud Publica*. 2015; 38(1): 49–56.
39. Leyva-Flores R, Infante-Xibille C, Gutiérrez-Reyes JP, Quintino-Pérez F. Inequidad persistente en salud y acceso a los servicios para los pueblos indígenas de México, 2006-2012. *Salud Publica Mex*. 2013; 55(2): 123-128.
40. Bautista-Arredondo S, Serván-Mori E, Colchero MA, Ramírez-Rodríguez B, Sosa-Rubí SG. Análisis del uso de servicios ambulatorios curativos en el contexto de la reforma para la protección universal en salud en México. *Salud Publica Mex*. 2014; 56 (1): 18-31.
41. Bougie E, Arim R, Kohen D, Findlay L. Validation of the 10-item Kessler Psychological Distress Scale (K10) in the 2012 Aboriginal Peoples Survey Statistics Canada. *Health Reports*. Health Reports. Statistics Canada. 2016; 27(1): 3-10.
42. Baillie A. Predictive gender and education bias in Kessler's psychological distress Scale (K10). *Soc Psychiatr Epidemiol*. 2005; 40 (9): 743-748.

43. Vargas B, Villamil V, Rodríguez C, Pérez J, Cortés J. Validación de la Escala Kessler 10 (K-10) en la detección de depresión y ansiedad en el primer nivel de atención. Propiedades psicométricas. Salud Mental. 2011; 34 (4):323-331.
44. Otero A, Zunzunegui M. Determinantes sociales de la salud y su influencia en la atención sanitaria. 2011. Acceso 20 de mayo 2018. Disponible en: <http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2013/12/biblio-basica-1.2.2-1.pdf>
45. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). La pobreza en la población indígena de México. México; 2012. Acceso 15 de Diciembre 2017. Disponible en [https://www.coneval.org.mx/Informes/Coordinacion/INFORMES Y PUBLICACIONES PDF/POBREZA POBLACION INDIGENA 2012.pdf](https://www.coneval.org.mx/Informes/Coordinacion/INFORMES_Y_PUBLICACIONES_PDF/POBREZA_POBLACION_INDIGENA_2012.pdf)
46. Reyes F. Participación Política Indígena y Políticas Públicas para Pueblos Indígenas en América Latina. Konrad Adenauer Stiftung (Ed). México; 2011. Acceso 16 de Diciembre 2017. Disponible en: <https://centroderecursos.cultura.pe/sites/default/files/rb/pdf/partndigena.pdf>
47. Organización Panamericana de la Salud (OPS). “Promoción de la Salud para la Población Joven Indígena de Países Seleccionados de América Latina”, Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID). 2012. Acceso el 17 de mayo del 2018. Disponible en: <http://www.celaju.net/wp-content/publicaciones/2012/11/Jovenes-Indigenas.pdf>
48. Bernal D. Educación indígena en Nuevo León. 2017. Acceso 24 de Enero 2018. <http://blog.circuitocultural.org/2017/04/03/educacion-indigena-en-nuevo-leon/>
49. Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA). ¿Quiénes somos? 2015. Acceso 16 de Diciembre 2017. Disponible en: <http://www.inea.gob.mx/index.php/inicio-portal-inea/nquienesbc.html>
50. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). Evolución de las líneas de bienestar y de la canasta alimentaria. México; 2018. Acceso 9 de Mayo 2018. Disponible en: <https://coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Lineas-de-bienestar-y-canasta-basica.aspx>

51. Lopera JS, Rojas S. Salud mental en poblaciones indígenas. Una aproximación a la problemática de salud pública. *Medicina U.P.B.* 2012; 3(1): 42-52.
52. Organización Mundial de la Salud. Investing in Mental Health: Evidence for action. Ginebra: 2013. Acceso 11 de mayo 2018. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87232/9789241564618\\_eng.pdf;jsessionid=F27CA68F465E2890D8C211791A71C760?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87232/9789241564618_eng.pdf;jsessionid=F27CA68F465E2890D8C211791A71C760?sequence=1)
53. Lozano R, Gómez-Dantés H, Garrido-Latorre F, Jiménez-Corona A, Campuzano-Rincón JC, Franco-Marina F, Medina-Mora ME, Borges G, Nagavi M, Wang H, Vos T, López AD, Murray CJL. La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México. *Salud Publica Mex.* 2013; 55 (6) :580-594. Acceso el 6 de junio 2018.
54. Berger-Schmitt R. Considering Social Cohesion in Quality of Life Assessments: Concepts and Measurement. *Social Indicators Research.* 2002; 58 (3): 403-428.
55. Aguilera N, Marrufo G, Montesinos A. Desigualdad en salud en México: los factores determinantes. *Comercio exterior.* 2006; 56(2): 106-113.
56. Restrepo-Zea JH, Silva-Maya C, Andrade-Rivas F, VH-Dover, R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Rev. Gerenc. Polít. Salud.* 2014; 13(27): 242-265.



## ANEXOS

### ANEXO A. Cuestionario sobre DSS



Nombre entrevistada: \_\_\_\_\_ / Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

Dirección: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Calle \_\_\_\_\_ No. Folio: \_\_\_\_\_ /

Colonia: \_\_\_\_\_ / C.P. \_\_\_\_\_ /

Tiempo de residir en la colonia : \_\_\_\_\_ / Entrevisto: \_\_\_\_\_ /

#### I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

- ¿Cuántas personas normalmente viven en esta casa, contando a los niños pequeños y a los mayores?  
<18 años \_\_\_\_\_ >18 años \_\_\_\_\_  
Total \_\_\_\_\_
- ¿Cuántas familias viven en este hogar? ó ¿Cuántas familias o grupos de personas tienen gasto separado para la comida, contando el de usted?  
 1. Nuclear  2. Ampliada  3. Compuesta  4. Unipersonal  
 5. Corresidente
- ¿Cuántos años cumplidos tiene actualmente? ¿Cuál es su fecha de nacimiento?  
\_\_\_\_\_
- ¿Quién es el Jefe del Hogar?  
 1. Padre  2. Madre  3. Hijo (a)  4. Abuelo (a)  5. Otro \_\_\_\_\_
- Sexo del Jefe del Hogar  
 1. Femenino  2. Masculino

6. ¿La (el) entrevistada (o) se considera indígena?

1. Si     2. No

7. ¿La (el) entrevistada (o) o alguien de la familia habla alguna lengua indígena?

1. Si     2. No

SI LA RESPUESTA ES **NO**, PASAR A LA PREGUNTA 9

8. ¿Cuál lengua indígena habla?

1. Náhuatl    2. Maya    3. Zapoteco    4. Mixteco    5. Otro\_\_\_\_\_

9. Lugar de origen de la (el) entrevistada (o)

1. Nuevo León    2. Coahuila    3. Tamaulipas    4. San Luis Potosí    5. Durango    6. Zacatecas    7. Veracruz    8. Oaxaca    9. Otro

10. Migración

1. Si     2. No

11. ¿Actualmente vive con su pareja?

1. Unión libre    2. Casado    3. Separado    4. Divorciado    5. Viudo    6. Soltero

## II. EDUCACIÓN

12. ¿Cuál es el último año y grado que pasó (aprobó) en la escuela?

1. Ninguno     2. Lee y escribe    3. Preescolar o kínder  
 4. Primaria    5. Secundaria    6. Preparatoria o Carrera técnica o comercial  
 7. Licenciatura o más

13. Años de estudio\_\_\_\_\_

## III. OCUPACIÓN

14. Actualmente, ¿Trabaja?

1. Si     2. No

15. Ocupación

1. Hogar  2. Profesionista  3. Comerciante  4. Empleado  
 5. Empleada (o) doméstica  6. Obrero/Operario  7. Desempleado  
 8. Estudiante  9. Otros \_\_\_\_\_

16. ¿Qué tipo de empleo es?

1. Formal (Remuneración y Seguridad Social)  2. Informal  3. No trabaja

**IV. INGRESOS/ECONOMÍA**

17. ¿Cuenta con alguna ayuda por parte del gobierno?

1. Si  2. No

SI CONTESTA **NO**, PASAR A LA PREGUNTA 19

18. ¿Cuál ayuda tiene?

1. Programa PROSPERA  2. Adulto mayor  3. Discapacidad  4. Alimentaria  
 5. Jefas de familia  6. Desayunos escolares  7. Otro programa \_\_\_\_\_  
 8. No sabe

19. En total, de todos los que viven en este hogar, ¿Cuánto dinero se juntó en el último mes?

\_\_\_\_\_ por mes  No sabe

20. En el último mes ¿Cuánto se gastó en el hogar en alimentos sin considerar las bebidas alcohólicas ni cigarros? (No incluir comidas en restaurantes).

\_\_\_\_\_ por mes  No sabe

21. En el último mes ¿Cuánto se gastó en el hogar en bebidas alcohólicas?

\_\_\_\_\_ por mes  No sabe

22. En el último mes ¿Cuánto se gastó en el hogar en tabaco?

\_\_\_\_\_ por mes  No sabe

23. En el último mes ¿Cuánto se gastó en el hogar en educación, como cuotas escolares y útiles escolares?

\_\_\_\_\_ por mes  No sabe

24. En un mes en el que se presenta alguna enfermedad en las personas que viven en la casa ¿Cuánto se gasta en el hogar en atenderla en médico, enfermeras o partera?

\_\_\_\_\_ por mes  No sabe

25. En un mes en el que se presenta enfermedad entre las personas que viven en la casa ¿Cuánto se gastó en curanderos incluyendo los gastos de las medicinas alternativas?  
\_\_\_\_\_ por mes  No sabe

## V. CIRCUNSTANCIAS MATERIALES VIVIENDA

26. La casa que habita es (PROPIEDAD)

1. Propia y totalmente pagada  2. Propia y la están pagando  3. Rentada o alquilada  
 4. Recibida como prestación  5. Regalada o donada  6. Prestada

27. Número de cuartos sin contar el baño y pasillos  
\_\_\_\_\_

28. Hacinamiento (Índice de hacinamiento=residentes/cuartos=hacinamiento >2.5) **(NO CALCULAR)**

1. Si  2. No

29. ¿De qué material es la mayor parte del piso de esta vivienda?

1. Tierra  2. Material

30. ¿De qué material es la mayor parte del techo de esta vivienda?

1. Concreto  2. Lámina  3. Madera  4. Cartón  5. Mixto (concreto y lámina)  6. Otros materiales\_\_\_\_\_

31. ¿De qué material es la mayor parte de las paredes o muros de esta vivienda?

1. Concreto  2. Lámina  3. Madera  4. Cartón  5. Mixto (concreto y lámina)  6. Otros materiales\_\_\_\_\_

32. ¿De dónde viene el agua que utilizan en la casa?

1. Agua entubada con una conexión a la casa  
 2. Caño vertical público  
 3. Pozo protegido o agujero perforado en el suelo  
 4. Pozo subterráneo sin protección o fuente sin protección  
 5. Agua recogida directamente de una charca o arroyo  
 6. Agua de pipa

33. ¿Esta vivienda tiene drenaje?

1. Si, está conectado a la calle  2. Si, está conectado a una fosa séptica  
 3. Si, está conectado a un río, lago o barranca  4. No

34. ¿Cuenta su vivienda con luz?

1. Si     2. No

35. ¿Con qué cocina sus alimentos?

1. Gas     2. Electricidad     3. Queroseno     4. Carbón     5. Madera  
 6. Residuos agrícolas o de cultivos     7. Mixto (gas y otro comb.)  
 8. Otros \_\_\_\_\_

**VI. CONDUCTAS Y FACTORES BIOLÓGICOS  
CONSUMO DE SUSTANCIAS DAÑINAS PARA LA SALUD**

36. ¿De un año a la fecha alguien en esta casa ha fumado?

1. Si     2. No     3. Nunca nadie ha fumado

**SI NADIE DE LA CASA HA FUMADO PASAR A LA PREGUNTA 40**

37. ¿Cuántos cigarrillos se fuma?

- \_\_\_\_\_  No sabe

38. ¿Con qué frecuencia?

1. Diario     2. Semanal     3. Mensual     4. Ocasional

39. ¿A qué edad consumió su primer cigarrillo?

- \_\_\_\_\_  No sabe

40. ¿De un año a la fecha alguien en esta casa ha tomado bebidas alcohólicas alguna vez?

1. Si     2. No     3. Nunca nadie ha tomado bebidas alcohólicas

**SI NADIE DE LA CASA HA TOMADO BEBIDA ALCOHÓLICA PASAR A LA PREGUNTA 43**

41. ¿Con qué frecuencia?

1. Diario     2. Semanal     3. Mensual     4. Ocasional

42. ¿A qué edad consumió su primera bebida alcohólica?

- \_\_\_\_\_  No sabe

43. ¿De un año a la fecha, alguien en la casa ha consumido alguna droga?

1. Si     2. No

**SI NADIE DE LA CASA HA CONSUMIDO ALGUNA DROGA PASAR A LA PREGUNTA 46**

44. ¿A qué edad consumió por primera vez una droga?  
\_\_\_\_\_  No sabe

45. ¿Qué tipo de drogas consume?

	Si	No
Marihuana		
Cocaína		
Inhalantes		
Tranquilizantes		
Anfetaminas		
Otras		

**CONDUCTAS SEXUALES**

46. ¿A qué edad comenzó a tener relaciones sexuales?  
\_\_\_\_\_

47. En su primera relación sexual ¿Con qué se cuidó para no embarazarse usted o su pareja?

- 1. Patillas o píldoras / Inyecciones
- 2. Norplant (implante subdérmico)- parche
- 3. Dispositivo (DIU)-aparato
- 4. Preservativo o Condón
- 5. Se pone algo en su parte para cuidarse (Óvulos, jalea o espuma)
- 6. Dejó de tener relaciones voluntariamente por algún tiempo, se toma la temperatura
- 7. Su esposo la cuida (Coito interrumpido)
- 8. Se tomó una pastilla después de las relaciones (Pastilla de emergencia)
- 9. Otro \_\_\_\_\_
- 10.No se cuidó

48. ¿Ha tenido alguna vez alguna infección en su parte íntima?

- 1. Si
- 2. No

PREGUNTA 49 SE ENCUENTRA AL FINAL DEL CUESTIONARIO (PESAR, MEDIR Y TOMAR TENSIÓN ARTERIAL)

**VII. FACTORES PSICOLÓGICOS**

## SUICIDIO

50. ¿Alguna vez se ha herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito, con el fin de quitarse la vida?

1. Si, una vez     2. Si, 2 o más veces     3. Nunca

51. ¿En el hogar, ha habido alguien que haya intentado o se haya quitado la vida en los últimos 5 años?

1. Si, alguien lo intentó     2. Si, alguien se quitó la vida     3. No

## DEPRESIÓN

### ANEXO B.

#### Índice de Malestar Psicológico de Kessler (K-10)

ITEM		1.Nunca	2.Pocas veces	3.A veces	4.La mayoría de las veces	5.Siempre
1	En el último mes, ¿Con qué frecuencia se ha sentido cansado, sin alguna buena razón?					
2	En el último mes, ¿Con qué frecuencia se ha sentido nervioso?					
3	En el último mes, ¿Con qué frecuencia se ha sentido tan nervioso que nada le podía calmar?					
4	En el último mes, ¿Con qué frecuencia se ha sentido desesperado?					
5	En el último mes, ¿Con que frecuencia se ha sentido inquieto o intranquilo?					
6	En el último mes, ¿Con qué frecuencia se ha sentido tan impaciente que no ha podido mantenerse quieto?					
7	En el último mes, ¿Con qué frecuencia se ha sentido deprimido?					
8	En el último mes, ¿Con qué frecuencia ha sentido que todo lo que hace representa un gran esfuerzo?					

9	En el último mes, ¿Con qué frecuencia se ha sentido tan triste que nada podía animarle?					
10	En el último mes, ¿Con qué frecuencia se ha sentido inútil?					

**UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (UTILIZACIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS, PATRONES DE UTILIZACIÓN, ACCESIBILIDAD Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN, SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN)**

52. ¿Está afiliado o inscrito a algún servicio de salud?

1. Si     2. No     3. No sabe

SI RESPONDE **NO O NO SABE**, PASAR A PREGUNTA 54

53. ¿A cuál institución o programa?

	Si	No
IMSS		
Seguro Popular		
ISSSTELEÓN		
ISSSTE		
Marina/Defensa		
PEMEX		
Particular, farmacia		
Otra institución		
No sabe		

54. ¿En los últimos tres meses, buscó o recibió atención, ya sea por una enfermedad, lesión, accidente u hospitalización?

1. Si     2. No

SI CONTESTA **NO**, PASAR A LA PREGUNTA 70

55. ¿Cuál fue el **principal** motivo por el que recibió atención, la última ocasión durante los últimos tres meses?

1. Enfermedad respiratoria (Gripa, catarro)  
 2. Infección intestinal (Diarrea, vómito)  
 3. Infección de vías urinarias (Dolor al orinar)  
 4. Gastritis, duodenitis, úlcera gástrica (aislamiento)  
 5. Hipertensión arterial (Presión alta)  
 6. Dermatitis/micosis superficiales (Hongos)  
 7. Otitis (Infección de oídos)



- 8. Enfermedades exantemáticas (varicela, rubéola, escarlatina, ronchas)
- 9. Diabetes Mellitus (azúcar en la sangre)
- 10. Bronquitis/Bronquiolitis (Bronquios, asma, "hoguío")
- 11. Otro \_\_\_\_\_

56. ¿Desde cuándo comenzó a estar enfermo? (Si en la preg. 55 hay más de 1, elegir el principal motivo)

- 1. Menos de 15 días
- 2. De 15 días a 1 mes
- 3. Más de 1 mes

57. ¿En dónde se atendió?

- 1. En su casa
- 2. Casa de partera/curandero/Yerberero
- 3. Casa de salud/Centro de salud

- 4. Particular, farmacia
- 5. Hospital
- 6. Otro \_\_\_\_\_

58. ¿Qué persona lo atendió?

- 1. Familiar/Amigo/Vecino
- 2. Farmacéutico
- 3. Curandero/Homeópata
- 4. Encargado de la comunidad/Promotor
- 5. Doctor
- 6. Enfermera
- 7. Otro \_\_\_\_\_

59. ¿A qué institución pertenece la persona que lo atendió?

- 1. IMSS Oportunidades
- 2. Farmacia o consultorio particular
- 3. IMSS
- 4. Centro de Salud (SSA)
- 5. Hospital del Seguro Popular
- 6. DIF
- 7. ISSSTE Estatal
- 8. Marina/Defensa
- 9. PEMEX
- 10. Cruz Roja o cruz verde
- 11. Hospital Civil
- 12. Otra Institución \_\_\_\_\_
- 13. Ninguna Institución

60. ¿En qué se fueron al lugar donde lo atendieron?

- 1. Caminando
- 2. Auto particular
- 3. Taxi
- 4. Autobús
- 5. Ambulancia
- 6. Otros \_\_\_\_\_

61. ¿Aproximadamente cuánto tiempo tardó en llegar al lugar donde lo atendieron?  
\_\_\_\_\_ minutos

62. Cómo percibió usted el tiempo que tardó en llegar al lugar donde lo atendieron?

1. Muy poco     2. Poco     3. Regular     4. Mucho     5. Muchísimo

63. ¿Considera usted que al momento que llegó al lugar donde lo atendieron, había personal de salud disponible?

1. Si                       2. No

64. ¿Aproximadamente cuánto tiempo tuvo que esperar para que lo atendieran?  
\_\_\_\_\_ minutos

65. ¿Cómo percibe usted el tiempo que esperó para ser atendido?

1. Muy poco     2. Poco     3. Regular     4. Mucho     5. Muchísimo

66. ¿El servicio que le dio la persona que lo atendió, le pareció?

1. Muy bueno     2. Bueno     3. Regular     4. Malo     5. Muy malo

67. ¿Cuánto le cobraron por la atención?

1. No me cobraron     2. No sabe     3. Me cobraron \_\_\_\_\_ pesos

68. ¿Cómo le pareció lo que le cobraron?

1. Muy caro     2. Caro     3. Regular     4. Barato     5. Muy barato

69. ¿Consiguió los medicamentos que le recetaron?

- 1. Si en el mismo lugar de la consulta
- 2. Si en otra unidad de la misma institución
- 3. Si en una farmacia particular
- 4. Si en otro lugar \_\_\_\_\_
- 5. No los conseguí
- 6. No tuve dinero para comprarlos

70. Si trabaja, ¿Ha dejado de ir al doctor por estar trabajando?

1. Si                       2. No

## VIII. DAÑOS A LA SALUD

### VIOLENCIA

71. ¿Alguien en su casa ha sufrido algún robo, agresión o violencia en los últimos 12 meses?

1. Si       2. No

### **ENFERMEDADES**

72. ¿Algún profesional de la salud, le ha dicho que USTED tiene diabetes o azúcar en la sangre?

1. Si       2. No

73. ¿A alguien en su casa, algún profesional de la salud alguna vez le ha dicho que tiene Diabetes o el azúcar alta en la sangre?

1. Si       2. No

74. ¿A alguien en su casa algún profesional de la salud le ha dicho que tiene la presión alta?

1. Si       2. No

75. ¿A alguien en su casa le ha dicho algún profesional de la salud que tiene o tuvo problema del corazón como...

1. Infarto     2. Angina de pecho     3. Insuficiencia cardíaca  
 4. Otra enfermedad del corazón     5. No

76. ¿A alguien en su casa algún doctor le ha dicho que tiene el colesterol alto?

1. Si       2. No

77. ¿A alguien en su casa alguna vez le ha dicho un profesional de la salud que tiene (tuvo) cáncer o un tumor maligno de cualquier tipo?

1. Si       2. No

### **DISCAPACIDAD**

78. ¿En el hogar habita alguna persona con alguna discapacidad?

1. Si       2. No

79. ¿Cuántas personas con discapacidad viven en su hogar? \_\_\_\_\_

### **ESTADO NUTRICIONAL (CONTINUACIÓN DE LA PREGUNTA 49)**

49a. Peso \_\_\_\_\_ 49b. Talla \_\_\_\_\_ 49c. IMC \_\_\_\_\_ 49d. TA sistólica \_\_\_\_\_ 49e. TA diastólica \_\_\_\_\_

## ANEXO C

### Índice de Cohesión Social Vecinal (ICSV)

ITEM		1. No	2. A veces no	3. A veces	4. A veces si	5. Si
1	Confío en las personas que viven en esta colonia					
2	En caso de riesgo, como robo, asalto o problemas familiares, mis vecinos me auxiliarían					
3	Los vecinos de esta colonia se respetan entre sí					
4	Cuando salgo, le encargo mi casa a mis vecinos					
5	Si lo necesito, le confío el cuidado de mis hijos a mis vecinos					
6	Estoy satisfecho con la relación con mis vecinos					
7	Las personas de esta colonia ayudan a sus vecinos					
8	Las personas de esta colonia se llevan bien con sus vecinos					
9	Las personas de esta colonia compartimos valores como el cuidado de las áreas comunes, hablar sin malas palabras, respeto por los acuerdos					
10	La mayoría de las personas de esta colonia sabemos resolver nuestros conflictos de manera pacífica					
		<b>1. Nunca</b>	<b>2. Pocas veces</b>	<b>3. A veces</b>	<b>4. La mayoría de las veces</b>	<b>5. Siempre</b>
11	Usted o algún miembro participa en actividades o reuniones comunitarias y/o juntas vecinales					
12	Usted o algún miembro participa en actividades comunitarias para mejorar espacios públicos					

13	Usted o algún miembro participa en actividades organizadas por las escuelas (juntas de padres de familia, alumnos)					
14	Usted o algún miembro participa en actividades o celebraciones festivas con la comunidad					
15	Usted o algún miembro participa en actividades o eventos políticos o de organizaciones					
16	Usted o algún miembro participa en actividades o eventos religiosos					
17	Usted o algún miembro participa en actividades o eventos deportivos					
		<b>1. No</b>	<b>2. A veces no</b>	<b>3. A veces</b>	<b>4. A veces si</b>	<b>5. Si</b>
18	Me siento que formo parte de la comunidad de esta colonia					
19	Esta colonia es un buen lugar para vivir					
20	Aunque pudiera, no me iría a vivir de esta colonia					
21	Estoy dispuesto a trabajar en beneficio de la comunidad					
22	Casi todos en esta colonia tenemos el mismo nivel socioeconómico					
23	Las familias que habitan esta colonia son similares entre sí en cuanto a educación y valores					

## **ANEXO D.**

### **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Fecha: \_\_\_\_\_

Se me ha solicitado participar en un estudio que lleva por título “Análisis de la entre determinantes sociales y necesidades de salud no satisfechas. Priorización de la atención en hogares migrantes indígenas y no indígenas”, el cual tiene como objetivo, evaluar los determinantes sociales y necesidades de salud no satisfechas y priorizar la atención social y a la salud.

Se me informó que participarán todos los habitantes de la colonia Los Naranjos y mi participación consistirá en contestar una encuesta. Se me explicó detalladamente el llenado de la encuesta, me van a pesar y a medir, también me tomarán la presión arterial, estos procedimientos no implican riesgo para su salud y tendrá una duración aproximada de 50 minutos. Mi participación en el estudio es voluntaria y no recibiré pago alguno por mi apoyo. Puedo decidir en cualquier momento no seguir contestando, aunque mi colaboración es importante ya que, los resultados de este trabajo servirán para planear acciones con el fin de mejorar mi salud y la de mi familia. La información que proporcione se usará exclusivamente para estos fines. Los resultados del estudio serán integrados en un informe general que se dará a conocer a los directivos de la Asociación Zihuame Mochilla A.C. y a Directivos de la Secretaría de Desarrollo Social e Instituciones de Salud gubernamentales. Asimismo, a la propia Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL) con el fin de utilizar estos resultados para mejorar la situación general de esta comunidad, sin que se pueda identificar mi participación personal.

Para mayores informes referentes al tema o alguna aclaración al respecto me puedo comunicar con la Lic. Carmen Farías Campero, representante de la Asociación Zihuame Mochilla A.C. al teléfono 83444300 o a la Coordinación de investigación de la Facultad de Salud Pública y Nutrición de la UANL con la Dra. Georgina Máyela Núñez Rocha, al teléfono 13 40 48 90 extensión 3039, o al correo electrónico: [mayela6591@hotmail.com](mailto:mayela6591@hotmail.com), así como también con la MC. Brenda Mayela Esqueda Eguía, al teléfono 8110412413 o al correo electrónico: [bm\\_esqueda@hotmail.com](mailto:bm_esqueda@hotmail.com)

Firma del participante

Nombre y firma de la investigadora

## ANEXO E. Flujoograma de Procedimientos



## RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Brenda Mayela Esqueda Eguía

Candidata para el Grado de Maestro en Ciencias en Salud Pública

Tesis: **ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES Y NECESIDADES DE SALUD NO SATISFECHAS. PRIORIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN HOGARES INDÍGENAS MIGRANTES Y NO INDÍGENAS NO MIGRANTES**

Campo de Estudio: Ciencias de la Salud Pública

Datos Personales: Nacida en Monterrey, Nuevo León el 29 de noviembre de 1985, hija del Sr. Rogelio Esqueda Hernández y Sra. Brizeida Eguía Perales.

Educación: Egresado de la Universidad Autónoma de Nuevo León, grado obtenido Médico Cirujano y Partero en el año 2012. Socio activo de la Sociedad Nuevoleonesa de Salud Pública desde 2017. Asistencia a cursos de actualización continua y congresos en Medicina y Salud Pública.

Experiencia Profesional: Salud ocupacional en Ferrocarriles Mexicanos desde 2013. Médico dictaminador en Seguros Banorte desde 2018.