

Condiciones de salud y uso de servicios en pueblos indígenas de México

Blanca Estela Pelcastre-Villafuerte, D en Psic Soc,⁽¹⁾ Sergio Meneses-Navarro, D en C,⁽¹⁾
 Mario Sánchez-Domínguez, D en C,⁽¹⁾ David Meléndez-Navarro, M en Epidemiol,⁽²⁾
 Graciela Freyermuth-Enciso, D en Antrop Soc.⁽³⁾

Pelcastre-Villafuerte BE, Meneses-Navarro S, Sánchez-Domínguez M, Meléndez-Navarro D, Freyermuth-Enciso G.
Condiciones de salud y uso de servicios en pueblos indígenas de México.
Salud Publica Mex. 2020;62:810-819.
<https://doi.org/10.21149/11861>

Pelcastre-Villafuerte BE, Meneses-Navarro S, Sánchez-Domínguez M, Meléndez-Navarro D, Freyermuth-Enciso G.
Health conditions and use of services among indigenous peoples of Mexico.
Salud Publica Mex. 2020;62:810-819.
<https://doi.org/10.21149/11861>

Resumen

Objetivo. Identificar diferencias en indicadores socioeconómicos, de condiciones de salud y uso de servicios entre la población indígena (PI) y no indígena (PNI) del país. **Material y métodos.** Estudio transversal descriptivo con información de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19. **Resultados.** La mayoría de la PI se encuentra en el quintil socioeconómico más bajo y usa menos los servicios de salud. Las mujeres indígenas reportaron un mayor número de hijos, así como atención del parto con parteras. La PI acude por atención médica a las instituciones para población sin seguridad social como primera opción, pero manifiesta menor deseo de regresar a atenderse al mismo lugar. **Conclusiones.** La PI utiliza menos los servicios de salud. Se configura un panorama epidemiológico de doble carga e inequidad en indicadores de acceso que afecta a la PI. La salud reproductiva es el ámbito donde se observan las mayores desigualdades.

Palabras clave: uso de servicios de salud; servicios de salud; pueblos indígenas; disparidades en el estado de salud

Abstract

Objective. To identify differences in socioeconomic indicators, health conditions and use of services between the indigenous (IP) and non-indigenous population (NIP) of the country. **Materials and methods.** Descriptive cross-sectional study carried out with information obtained by the 2018-19 National Health and Nutrition Survey. **Results.** Most IP are in the lowest socioeconomic quintile and they use less health services. Indigenous women reported a higher number of children, as well as childbirth care with midwives. IP go for medical care to institutions for the population without social security as the first option but expressed less desire to return to the same place. **Conclusions.** IPs use less health services. An epidemiological panorama of double burden and inequity in access indicators that affect IP is configured. Reproductive health is the area where the greatest inequalities are observed.

Keywords: health services use; health services; indigenous peoples; health status disparities

(1) Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

(2) Comité Promotor por una Maternidad Segura. San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México.

(3) Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Sureste. San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México.

Fecha de recibido: 15 de julio de 2020 • **Fecha de aceptado:** 2 de octubre de 2020 • **Publicado en línea:** 24 de noviembre de 2020
 Autor de correspondencia: Dr. Sergio Meneses-Navarro. Conacyt, Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública.
 Av. Universidad 655, col. Santa María Ahuacatitlán. 62100 Cuernavaca, Morelos, México.
 Correo electrónico: smenesesnavarro@gmail.com

Licencia: CC BY-NC-SA 4.0

A lcanzar el mayor nivel posible de salud es un derecho humano. Su logro es desigual entre las personas y grupos sociales en virtud de las condiciones socioeconómicas en que nacen y viven. Históricamente, los pueblos indígenas de México y América Latina se han encontrado en condiciones socioeconómicas que determinan un menor ejercicio de sus derechos.

En América Latina, los indicadores en salud de las poblaciones indígenas (PI) muestran la persistencia de brechas y rezagos.¹ En México, 50% de las PI reside en localidades rurales y, de este porcentaje, 79% son pobres y 39% son pobres en extremo.² Algunos autores sugieren que estos rezagos se deben a factores culturales.³⁻⁵ Sin embargo, las cosmovisiones, idiomas o tradiciones indígenas no explican las desigualdades en salud. Las desigualdades son producto de formas de organización social que han subordinado a las PI. La estructura social estratificada se sustenta en sistemas de creencias e ideas racistas, y se manifiesta en prácticas de discriminación que se reproducen en todos los ámbitos de la vida, incluyendo el sistema de salud.⁶⁻⁸ El análisis de las condiciones de salud de estas poblaciones debe incluir el de estas estructuras de desigualdad y la manera de contrarrestarlas. Pero el estudio de sus condiciones de salud y las intervenciones para su atención han privilegiado un enfoque culturalista.^{1,9} En 1990, la Conferencia Sanitaria Panamericana (CSP) impulsó la participación de los pueblos indígenas en la planeación de los servicios de salud y la inclusión de la medicina tradicional;¹⁰ en 2017, promovió una política sanitaria con un enfoque intercultural para eliminar las barreras de acceso a los servicios para las poblaciones indígenas.¹¹

En la última década, las bases de información administrativa de México han incorporado el criterio de etnicidad, pero su registro tiene un alcance limitado. La inclusión de esta variable en las encuestas nacionales de salud (Ensanut) permite tener una visión más comprensiva y confiable sobre los determinantes sociales, las condiciones de salud y el acceso a los servicios, toda vez que integran registros nominales de personas con esta información vinculada. A partir de la Ensanut 2018-19, para este estudio se recuperó información socioeconómica e indicadores que permitieron describir de manera general las condiciones de salud de las PI en México, así como su uso de servicios de salud. Con esta información se pretende documentar los rezagos y las brechas en salud respecto a la población no indígena (PNI), e identificar las ventanas de oportunidad para encaminar la política pública hacia la equidad en salud.

Material y métodos

Este es un estudio transversal descriptivo formulado a partir del análisis de la Ensanut 2018-19, encuesta probabilística con representatividad nacional.¹² Para la aplicación de la encuesta se obtuvo el consentimiento informado de los participantes y los procedimientos para recolección de la información fueron aprobados por los comités de ética e investigación del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).¹²

El objetivo de este análisis es comparar indicadores socioeconómicos, de salud y de uso de servicios de salud entre PI y PNI de México. Se analizó la información al emplear los grupos etarios definidos en el diseño de la Ensanut 2018-19: población infantil (0-9 años), adolescentes (10-19 años) y adultos (20 o más años); estos grupos se diferenciaron en población indígena (hablante de lengua indígena) y no indígena. Las características analizadas fueron nivel socioeconómico, características sociodemográficas, factores de riesgo como consumo de alcohol y tabaco, prevalencia reportada de enfermedades crónicas (hipertensión y diabetes), medicina preventiva (inmunizaciones), antecedentes obstétricos (embarazo, atención del parto y muertes perinatales) en el grupo de mujeres en edad reproductiva y que habían iniciado vida sexual en el caso de adolescentes, frecuencia de enfermedad en las últimas dos semanas y uso de servicios de salud (8 184 personas quienes solicitaron atención a un profesional de la salud).

El nivel socioeconómico es una medida resumen presentada en quintiles (de menor a mayor), la cual fue generada a partir del índice de componentes principales. En este índice se consideran las condiciones de las viviendas (tipo de pared, techo, piso, número de habitaciones y disponibilidad de agua) y las posesiones del hogar (auto, tv, tv de paga, radio, refrigerador, estufa, lavadora, computadora, horno de microondas y teléfono).

Se analizó la información de 9 562 PI y 141 398 PNI con muestras ponderadas de 7 002 052 y 113 963 830, respectivamente, con las cuales se obtuvieron frecuencias absolutas, relativas e intervalos de confianza al 95% (IC95%) para cuantificar el nivel de la incertidumbre de los estimadores. Asumiendo que los datos provienen de muestras aleatorias representativas de la población, se realizaron pruebas de diferencia ji cuadradas y *t de student* en las proporciones y medias aritméticas obtenidas entre ambas poblaciones (PI y PNI). Se consideraron los ponderadores muestrales para cada grupo de población y se verificó que se cumpliera con la normalidad de la distribución de cada variable. En los casos en que las

variables no tuvieron una distribución normal se realizó una transformación a la función de logaritmo natural para su normalización y realización de pruebas de diferencia. Para el análisis estadístico se utilizó el programa Stata versión 14.*

* StataCorp. Stata Statistical Software 14. College Station, TX: StataCorp LP, 2015.

Resultados

Características sociodemográficas

La población estudiada está conformada por 158 044 personas residentes de 44 612 hogares encuestados en los 32 estados de México. La muestra se compone de 48% hombres y 52% mujeres, la proporción de población que declaró ser hablante de lengua indígena (PI) es de 6%, sin diferencias por sexo. Las entidades que concentran una

Cuadro I
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS POR TIPO DE POBLACIÓN (INDÍGENA Y NO INDÍGENA).
México, ENSANUT 2018-19

Variable	Categorías	Indígena (n= 9 562) (N= 7 002 052)				No indígena (n=141 398) (N= 113 963 830)			
		n (muestra)	n (expandida)	%	IC95%*	n (muestra)	n (expandida)	%	IC95%*
Hogar	Urbano	1 416	1 085 670	48.5	(43.0-53.9)	29 950	25 843 827	80.3	(79.7-80.8)
	Rural	1 642	1 154 415	51.5	(46.1-57.0)	10 062	6 351 491	19.7	(19.2-20.3)
Sexo	Hombre	4 612	3 343 258	47.7	(46.8-48.7)	68 334	54 817 382	48.1	(47.8-48.4)
	Mujer	4 950	3 658 794	52.3	(51.3-53.2)	73 064	59 146 448	51.9	(51.6-52.2)
	Sin instrucción	1 545	1 162 542	16.6	(15.4-17.9)	9 300	7 012 126	6.2	(6.0-6.4)
Escolaridad	Prescolar	320	255 246	3.6	(3.1-4.3)	6 511	5 103 712	4.5	(4.3-4.6)
	Primaria	4 220	3 116 529	44.5	(42.7-46.3)	42 098	33 113 478	29.1	(28.7-29.4)
	Secundaria	2 250	1 573 311	22.5	(21.2-23.8)	39 326	31 386 748	27.5	(27.2-27.9)
	Bachiller	856	618 964	8.8	(7.9-9.8)	24 866	20 565 104	18.0	(17.7-18.4)
	Licenciatura	358	266 521	3.8	(3.2-4.6)	17 808	15 444 500	13.6	(13.2-13.9)
	Posgrado	13	8 939	0.1	(0.1-0.3)	1 489	1 338 162	1.2	(1.1-1.3)
Edad en años	0-9	862	658 016	9.4	(8.2-10.8)	18 743	14 654 798	12.9	(12.6-13.1)
	10-19	1 439	1 106 827	15.8	(14.5-17.2)	27 471	21 778 636	19.1	(18.8-19.4)
	20-24	659	478 295	6.8	(6.2-7.5)	12 008	9 840 010	8.6	(8.4-8.9)
	25-44	3 058	2 248 280	32.1	(30.9-33.4)	42 801	34 696 156	30.4	(30.2-30.7)
	45-59	1 689	1 222 477	17.5	(16.3-18.7)	22 160	18 257 852	16.0	(15.7-16.3)
	60 o más	1 855	1 288 157	18.4	(16.8-20.1)	18 215	14 736 378	12.9	(12.6-13.3)
Nivel socio-económico (quintiles, el nivel I corresponde al más bajo)	1	5 530	4 222 514	60.3	(56.4-64.1)	23 720	17 776 947	15.6	(15.0-16.3)
	2	2 115	1 472 396	21.0	(18.5-23.8)	27 635	21 315 226	18.7	(18.1-19.3)
	3	1 088	754 979	10.8	(9.3-12.5)	29 281	22 804 230	20.0	(19.4-20.7)
	4	590	373 269	5.3	(4.4-6.4)	29 719	23 593 290	20.7	(20.1-21.4)
	5	239	178 894	2.6	(2.0-3.3)	31 043	28 474 137	25.0	(24.3-25.7)
Afilación a servicios médicos‡	IMSS	91	63 267	20.7	(15.9-26.4)	3 377	3 263 238	44.5	(42.7-46.3)
	ISSSTE	25	16 482	5.4	(3.4-8.5)	746	669 129	9.1	(8.1-10.2)
	SPS	253	183 842	60.1	(52.9-66.9)	2 863	2 383 492	32.5	(31.0-34.1)
	Ninguna	30	37 204	12.2	(7.7-18.7)	755	909 024	12.4	(11.1-13.8)

* IC95%: se compara la población indígena y no indígena

‡ IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; ISSSTE: Instituto de Seguridad y de Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado; SPS: Seguro Popular de Salud Ensanut: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición; IC95%: intervalo de confianza al 95%

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Ensanut 2018-19¹²

mayor proporción de PI son Oaxaca, Yucatán y Chiapas con 16, 14 y 11%, respectivamente.

La mayoría de las PI se encuentra en el quintil socioeconómico más bajo (60 vs. 16% de las PNI, $p<0.01$). Poco más de la mitad (52%) de las PI tiene residencia rural, mientras que 80% de las PNI vive en el contexto urbano. Más PI carecen de instrucción escolar que las PNI (17 vs. 6%, $p<0.001$) y la diferencia en el acceso a estudios superiores es 20 puntos porcentuales mayor entre las PNI respecto de las PI (33 vs. 13%, $p<0.001$) (cuadro I). El 70% de las PI vs. 79% de las PNI pueden leer o escribir un mensaje, mientras que para el subgrupo de jefes de hogar las proporciones fueron de 58 y 80%, respectivamente ($p<0.001$).

Condiciones de salud en adultos

El cuestionario de salud para población adulta se aplicó a 43 070 personas, 3 058 (7%) fueron PI y 40 012 (93%) PNI. Las PI reportaron, en menor proporción, consumo de tabaco y alcohol, así como diagnóstico previo de obesidad, en comparación con las PNI. Al explorar la atención que recibieron las personas para su seguimiento de control de diabetes mellitus, se encontró que a las PI se les realizó en menor proporción análisis clínicos de orina (29 vs. 41%) y hemoglobina glucosilada (11 vs. 21%) en comparación con las PNI ($p<0.01$). No hubo diferencias en la prescripción de estudios de glucosa sanguínea, medición de peso, revisión de pies y ojos, asesoría nutricional o estudios de laboratorio. Sí hubo diferencias en el reporte de medición de presión arterial, siendo mayor en las PNI (90 vs. 94%, $p=0.03$).

La población de mujeres en edad reproductiva (20-49 años) estuvo conformada por 14 936 mujeres; las mujeres indígenas reportaron en mayor proporción haber estado embarazadas (87 vs. 77%, $p<0.001$) y en promedio un mayor número de embarazos (3.4 vs. 2.7, $p<0.001$). La atención prenatal se lleva a cabo principalmente por personal médico, aunque con una diferencia de 14 puntos porcentuales menos entre las mujeres indígenas ($p<0.001$). En la atención del parto también predomina el personal médico, aunque la diferencia entre las mujeres indígenas es de 17 puntos porcentuales menos respecto a las no indígenas ($p<0.001$). En cambio, la atención del parto con parteras es 16 puntos porcentuales mayor entre las mujeres indígenas que las no indígenas ($p<0.001$). El lugar de atención del parto es principalmente las instituciones de salud para población sin seguridad social (68% para PI y 48% para PNI, $p<0.001$), aunque la atención del parto en casa es 16 puntos porcentuales mayor entre las PI ($p<0.001$). El parto vaginal es más frecuente en

las mujeres indígenas con una diferencia de 15 puntos porcentuales ($p<0.001$), y la cesárea programada es 10 puntos porcentuales mayor en las mujeres no indígenas ($p<0.001$) (cuadro II).

Condiciones de salud en adolescentes

La población de adolescentes (10-19 años) encuestada fue de 17 925 personas, de las cuales 50% fueron mujeres, y el porcentaje de PI en esta población fue de 4%. Se reportó un alto consumo de alcohol entre adolescentes, sin diferencias significativas entre indígenas y no indígenas. Las ideaciones suicidas fueron más frecuentes entre las PNI ($p=0.003$). La cobertura de inmunizaciones para tétanos (47 vs. 59%, $p<0.001$) y VPH (29 vs. 37% $p<0.05$) es menor entre las PI.

El reporte de antecedente de embarazo fue mayor en las adolescentes indígenas (68 vs. 44%, $p<0.05$) y, aunque la atención del parto fue principalmente realizada por personal médico en ambas poblaciones, la diferencia al comparar entre grupos fue de 19 puntos porcentuales menor entre las indígenas ($p<0.001$).

Asimismo, en las revisiones de control de embarazo de las mujeres de ambos grupos se encontró que a las PI se les realizó en menor proporción medición de presión arterial y se les indicó con menor frecuencia examen general de orina (87 vs. 96%, $p=0.002$), análisis de sangre (90 vs. 95%, $p=0.00$), prueba de VIH (41 vs. 72%, $p=0.001$) y prescripción de ácido fólico (89 vs. 97%, $p=0.040$). No se encontraron diferencias en los reportes de medición de peso y talla, ni en las prescripciones de detección de sífilis o indicación de vitaminas y minerales. Las adolescentes indígenas recibieron menos anticoncepción posparto que las no indígenas (52 vs. 70%, $p<0.005$) (cuadro III).

Condiciones de salud en niños

La población infantil está compuesta por un total de 21 495 personas, de las cuales se pudo clasificar como hablantes o no de lengua indígena a 15 763; de esta población, 4% reportó ser hablante de lengua indígena. La población infantil indígena cuenta, en menor proporción, con cartilla de inmunizaciones en comparación con la población infantil no indígena (49 vs. 59%, $p=0.005$). Asimismo, los infantes indígenas tuvieron una menor cobertura de inmunizaciones, con una diferencia de 32 y 30 puntos porcentuales para la vacunación de BCG y de hepatitis B, en comparación con los no indígenas ($p<0.001$). No se encontró diferencia en la administración de vitamina A ni en el reporte de enfermedades diarreicas o respiratorias (cuadro IV).

Cuadro II
FACTORES DE RIESGO Y CONDICIONES DE SALUD EN ADULTOS MAYORES DE 20 AÑOS, POR TIPO DE POBLACIÓN
(INDÍGENA Y NO INDÍGENA). MÉXICO, ENSANUT 2018-19

Factores de riesgo Variable	Categorías	Indígena (n=3 058)		No indígena (n=40 012)		p
		%	IC95%*	%	IC95%*	
Obesidad	Sí	11.2	(9.7-13.0)	23.7	(23.0-24.4)	0.0000
Diabetes	Sí	11.3	(9.7-13.1)	10.3	(9.8-10.7)	0.3659
Hipertensión	Sí	17.1	(14.9-19.6)	18.5	(17.9-19.1)	0.2751
Tabaco	Sí	8.9	(7.5-10.5)	18.5	(17.9-19.1)	0.0000
Alcohol	Sí	28.9	(26.4-31.5)	37.1	(36.4-37.8)	0.0000
Atención a personas con DM2 (análisis clínicos)	Orina	29.3	(22.6-36.9)	40.5	(38.3-42.8)	0.0062
	Sangre	35.3	(28.1-43.2)	41.0	(38.8-43.2)	0.1653
	Hb glucosilada	11.3	(7.4-16.9)	20.5	(18.7-22.3)	0.0038
Medicina preventiva	Pneumococo	27.4	(22.1-33.4)	24.2	(22.7-25.8)	0.0224
Vacunación	Influenza	38.7	(32.6-45.1)	40.3	(38.5-42.1)	0.0134
Antecedentes obstétricos, mujeres en edad reproductiva		Indígena (n=948)		No indígena (n=13 275)		p
		%	IC95%*	%	IC95%*	
Ha estado embarazada	Sí	86.6	(83.5-89.2)	77.2	(76.0-78.4)	0.0000
Personal que le proporciona atención prenatal	Médico	82.5	(76.4-87.3)	96.4	(95.5-97.1)	0.0000
	Otro personal de salud	10.2	(6.7-15.4)	2.8	(2.2-3.6)	
	Partera	7.3	(4.1-12.7)	0.8	(0.5-1.2)	
Personal que le atendió último parto	Médico	79	(72.7-84.2)	96.2	(95.2-97.0)	0.0000
	Partera	7.8	(12.7-24.4)	2.2	(1.5-3.0)	
Lugar donde se atendió su último parto	Instituciones de seguridad social	10.5	(7.2-15.1)	27.4	(25.6-29.3)	0.0000
	Instituciones que brindan atención a la población sin seguridad social‡	67.6	(60.8-73.7)	48	(45.9-50.2)	
	Privado	3.3	(1.8-6.1)	21.6	(19.8-23.6)	
	Domicilio	18.6	(13.5-25.0)	2.9	(2.2-3.7)	
Vía de nacimiento de su último hijo	Vaginal	67.8	(63.4-71.9)	52.7	(51.3-54.1)	0.0000
	Cesárea urgencia	19.3	(16.0-23.1)	24	(22.9-25.3)	
	Cesárea programada	12.9	(9.7-16.9)	23.3	(22.1-24.5)	
Recibió anticoncepción posparto		49.1	(44.6-53.5)	62.5	(61.0-63.9)	0.0000
Número promedio de embarazos		$\bar{x}$ (3.38)	(3.2-3.5)	$\bar{x}$ (2.66)	(2.6-2.7)	0.000

Adultos: incluye la información de la población de adultos (n=43 070) y de 14 223 mujeres en la sección de antecedentes obstétricos

* IC95%: se compara la población indígena y no indígena

‡ Secretaría de Salud federal, servicios estatales de salud, servicios del Seguro Popular e IMSS-Prospera

p<0.05

$\bar{x}$: media aritmética

Ensanut: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición; IC95%: intervalo de confianza al 95%; DM2: diabetes mellitus tipo 2; IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Ensanut 2018-19¹²

Cuadro III
FACTORES DE RIESGO Y CONDICIONES DE SALUD EN ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS POR TIPO DE POBLACIÓN
(INDÍGENA Y NO INDÍGENA). MÉXICO, ENSANUT 2018-19

Variable	Categorías	Indígena (n=775)		No indígena (n=17 150)		p
		%	IC95%*	%	IC95%*	
Sexo	Hombre	51.3	(47.4-55.1)	50.6	(49.5-51.7)	0.7302
	Mujer	48.7	(44.9-52.6)	49.4	(48.3-50.5)	
Factores de riesgo	Tabaquismo	2.6	(1.6-4.2)	5.3	(4.7-5.8)	0.0050
	Alcohol	79.0	(68.2-86.8)	76.6	(74.7-78.5)	0.6447
	Accidentes	4.4	(2.8-6.8)	5.4	(4.9-5.9)	0.3549
	Violencia	2.8	(1.4-5.3)	4.0	(3.6-4.5)	0.2955
	Suicidio (ideación)	2.2	(1.4-3.6)	5.2	(4.8-5.7)	0.0032
	Uso condón última relación, VSA‡	40.7	(29.9-52.4)	65.9	(63.3-68.4)	0.0000
Inmunizaciones	Tétanos	46.6	(40.1-53.2)	58.9	(57.4-60.3)	0.0008
	Sarampión/Rubeola	38.7	(33.4-44.3)	41.7	(40.4-43.1)	0.3683
	Papiloma humano	28.6	(23.3-34.7)	37.4	(36.2-38.7)	0.0026
<i>Antecedentes obstétricos de mujeres adolescentes que iniciaron vida sexual</i>		<i>Indígena (n=61)</i>		<i>No indígena (n=1 410)</i>		p
		%	IC95%*	%	IC95%*	
Ha estado embarazada	Sí	67.6	(51.2-80.5)	44.2	(40.5-47.9)	0.0212
Embarazo actual	Sí	16.3	(4.9-42.3)	22.3	(18.0-27.3)	0.7001
Personal que le atendió último parto	Médico	76.4	(58.0-88.3)	95.8	(92.9-97.6)	0.0000
	Otro personal de salud	3.2	(0.4-20.1)	2.0	(1.0-4.0)	
	Partera	20.3	(9.5-38.3)	1.1	(0.4-2.9)	
Lugar donde se atendió su último parto	Instituciones de seguridad social	1.4	(0.2-9.6)	17.9	(13.2-23.8)	0.0000
	Instituciones que brindan atención a la población sin seguridad social§	78.3	(61.4-89.1)	65.2	(58.4-71.4)	
	Particular	-	-	14.9	(11.1-19.7)	
	Domicilio	20.3	(9.9-37.2)	2.1	(0.9-4.7)	
Vía de nacimiento de su último hijo	Vaginal	69.3	(42.9-87.1)	60.3	(53.0-67.1)	0.6945
	Cesárea urgencia	17.3	(6.7-37.9)	27.1	(21.6-33.4)	
	Cesárea programada	13.4	(2.2-51.9)	12.7	(9.2-17.3)	
Recibió anticoncepción posparto		51.9	(31.3-71.8)	70.1	(63.2-76.1)	0.0014

Adolescentes: incluye la información de la población adolescente de entre 10 y 19 años de edad (n= 17 925)

* IC95%: se compara la población indígena y no indígena

p<0.05

‡ VSA: adolescentes que tienen vida sexual activa (n=3 409)

§ Secretaría de Salud federal, servicios estatales de salud, servicios del Seguro Popular e IMSS-Prospera

Ensanut: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición; IC95%: intervalo de confianza al 95%; IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Ensanut 2018-19¹²

Cuadro IV
VACUNACIÓN Y CONDICIONES DE SALUD EN NIÑOS DE 0 A 9 AÑOS DE EDAD, POR TIPO DE POBLACIÓN
(INDÍGENA Y NO INDÍGENA). MÉXICO, ENSANUT 2018-19

Variable	Categorías	Indígena			No indígena			p
		n	%	IC95%*	n	%	IC95%*	
Edad (años)	0-3	82	12.9	(9.9-16.7)	2 189	14.3	(13.6-15.0)	0.6038
	4-6	256	40.7	(35.7-45.8)	6 302	41.6	(40.5-42.8)	
	7-9	301	46.4	(41.4-51.5)	6 633	44.1	(43.0-45.2)	
Medicina preventiva	Cuenta con CV	238	48.8	(41.8-55.8)	9 135	58.9	(57.6-60.2)	0.0050
	BCG	282	37.1	(30.0-44.7)	10 910	69	(67.7-70.3)	0.0000
	Hepatitis B	264	34.7	(27.9-42.1)	10 411	65.1	(63.7-66.5)	0.0000
	Vitamina A	395	64.2	(58.7-69.4)	8 311	61.0	(59.8-62.2)	0.2649
Enfermedad y accidentes Últimas dos semanas	Diarreica	11	8.8	(4.4-16.8)	293	6.8	(5.8-7.9)	0.7348
	Respiratoria	47	28.9	(21.3-37.8)	1 461	32	(30.0-34.1)	0.7620
	Accidentes	19	2.9	(1.6-5.0)	555	3.7	(3.3-4.2)	0.2619

* IC95%: se compara la población indígena y no indígena
 $p < 0.05$

Niños: incluye la información de la población infantil de entre 0-9 años de edad ($n = 21\ 495$)

Ensanut: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición; IC95%: intervalo de confianza al 95%; CV: cartilla de vacunación; BCG: *Bacillus Calmette-Guerin*

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Ensanut 2018-19¹²

Uso de servicios de salud

La mayor parte de la población usuaria son mujeres (62%) sin presentarse diferencias significativas por tipo de población. La proporción de personas usuarias entre PNI es mayor en las edades tempranas de la vida; mientras que en PI las mayores proporciones de personas usuarias se concentran en edades adultas. No se encontró diferencia en el uso por tipo de población.

Las PI que acudieron a consulta médica recibieron menos explicaciones claras sobre su enfermedad (80 vs. 87%, $p < 0.05$), manifestaron menor deseo de regresar a atenderse al mismo lugar (81 vs. 86%, $p < 0.05$) y experimentaron un mayor tiempo de espera para recibir atención (30 vs. 25 minutos, $p < 0.05$). Las PI acuden por atención médica principalmente a las instituciones para personas sin seguridad social y como segunda opción a los servicios médicos particulares (cuadro V). El 42% de los usuarios reportó haber realizado un pago al momento de recibir atención médica, sin diferencia entre poblaciones. Respecto al surtimiento de las recetas médicas, más de 91% de las personas refirió haber recibido todos los medicamentos indicados en la receta, sin encontrar diferencias por tipo de población.

Discusión

Estos resultados brindan un panorama general de las condiciones de salud y de uso de servicios entre las PI y las PNI, e identifican los principales retos para la equi-

dad. Primero: las condiciones socioeconómicas ponen en desventaja a las PI. Segundo: las condiciones de salud de las PI se caracterizan por un perfil epidemiológico de doble carga de enfermedades. Tercero: sistemáticamente hay un menor uso de servicios de salud entre las PI. Esto configura una forma de discriminación sistémica.

Las circunstancias materiales en que una persona nace, crece, trabaja, se reproduce y envejece determinan su salud y la de las poblaciones.^{13,14} El mayor porcentaje de PI en condiciones de pobreza y sin instrucción, confirma que esta población enfrenta mayores obstáculos para el acceso a la educación escolar. El analfabetismo fue tres veces mayor entre las PI y sólo un mínimo porcentaje tuvo acceso a la educación superior.¹⁵⁻¹⁷ Esto determina una mayor posibilidad de que las PI se empleen en el sector de la economía sin seguridad social y continúen dependiendo de paquetes limitados de servicios de salud, pues las mayores coberturas continúan vinculadas al empleo asalariado.

Los problemas relacionados con la reproducción –mayor prevalencia de embarazos en las adolescentes y su menor cobertura de anticoncepción posevento obstétrico, la mayor paridad y menor atención del parto por personal calificado– fueron más frecuentes entre las PI y no se encontraron diferencias significativas en el reporte de enfermedades crónico-degenerativas. Esto podría vislumbrar la configuración de un panorama epidemiológico de doble carga de enfermedades¹⁸ en el ámbito indígena, en donde, al tiempo que persisten problemas asociados con la reproducción, emergen las

Cuadro V
UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD POR TIPO DE POBLACIÓN (INDÍGENA Y NO INDÍGENA).
MÉXICO, ENSANUT 2018-19

Variable		Indígena (n=400)			No indígena (n=7 784)			p
		%	IC95%*		%	IC95%*		
Sexo	Hombre	42.7	(36.9-48.8)		37.8	(36.3-39.3)		0.1091
	Mujer	57.3	(51.2-63.1)		62.2	(60.7-63.7)		
Edad (años)	0-9	4.2	(2.6-6.5)		11.0	(10.1-11.9)		0.0000
	10-19	5.9	(3.7-9.2)		11.4	(10.4-12.4)		
	20-24	1.7	(0.7-4.0)		5.6	(4.8-6.4)		
	25-44	30.4	(24.8-36.7)		25.2	(23.8-26.7)		
	45-59	21.3	(16.7-26.7)		21.0	(19.8-22.4)		
	60 o más	36.5	(30.6-43.0)		25.8	(24.3-27.4)		
	Utilización de servicios de salud							
Solicitó servicios de salud en las últimas dos semanas		88.7	(82.9-92.8)		91.2	(90.3-92.1)		0.2695
Recibió atención médica		99.1	(96.3-99.8)		99	(98.6-99.3)		0.8969
Pagó por la atención que recibió		40.0	(33.4-47.0)		41.9	(40.1-43.7)		0.7321
Variable	Categorías	n	%	IC95%*	n	%	IC95%*	p
Lugar de atención	Hospital	69	18.7	(14.0-24.4)	2 090	28.9	(27.4-30.6)	0.0000
	Centro de salud	172	43.5	(36.2-51.1)	2 001	25.3	(23.8-26.8)	
	Consultorio farmacia	28	10.4	(6.6-16.0)	1 041	16.6	(15.2-18.1)	
	Consultorio privado	85	24.8	(19.6-30.8)	1 756	26.1	(24.6-27.7)	
Institución que le atendió	De seguridad social	71	18.4	(13.7-24.3)	2 474	34.8	(33.2-36.5)	0.0000
	Instituciones que brindan atención a la población sin seguridad social [‡]	172	43.6	(36.8-50.7)	1 687	20.6	(19.3-22.0)	
	Particular	118	36.8	(30.6-43.6)	2 768	42.2	(40.5-44.0)	
	Otro	2	1.1	(0.2-6.1)	135	2.3	(1.8-2.9)	
Características de la atención								
Le surtieron toda su receta		93.3	(89.6-95.7)		90.7	(89.6-91.7)		0.1557
La persona que le atendió le explicó claramente su enfermedad		80.4	(75.1-84.8)		86.7	(85.5-87.8)		0.0045
Regresaría a atenderse al mismo lugar si tuviera opción de elegir		80.8	(75.2-85.5)		86.1	(84.9-87.2)		0.0477
Tiempo de traslado al lugar de atención en minutos ($\bar{x}$)		20	(13.6-26.3)		20	(19.1-20.8)		1.0000
Tiempo de espera en el lugar de atención en minutos ($\bar{x}$)		30	(28.6-32.5)		25	(23.2-26.7)		0.0002

Usuarios: incluye la información de la población que enfermó y solicitó atención en las últimas dos semanas (n= 8 184)

* IC95%: se compara la población indígena y no indígena

[‡] Secretaría de Salud federal, servicios estatales de salud, servicios del Seguro Popular e IMSS-Prospera

Ensanut: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición; IC95%: intervalo de confianza al 95%; IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

$\bar{x}$: media aritmética

p<0.05

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Ensanut 2018-19¹²

enfermedades crónico-degenerativas las cuales a principios del siglo XXI no figuraban entre las PI.¹⁹

Como otros estudios, este análisis evidencia diferencias constantes en indicadores de uso entre las PI.^{20,21} Por ejemplo, la menor cobertura de inmunizaciones, la atención prenatal y del parto por personal médico y la práctica de análisis de orina y sanguíneos como seguimiento a las personas con diabetes –como indicador proxy de calidad de la atención. También se observó que la PI tuvo menor proporción de cartillas de vacunación; si bien la cartilla por sí sola no asegura la aplicación de las vacunas, es un derecho que debe garantizarse.

Algunos resultados, aunque no fueron significativos, apoyan la idea de que las PI reciben un trato diferente en los servicios: se les tomó menos la presión arterial, se les invitó menos a grupos de ayuda mutua o a que acudieran a revisión de la vista y al dentista. Otros estudios han documentado menor disponibilidad de recursos de salud en el ámbito indígena y rural.²²

Los resultados de esta encuesta señalan un importante porcentaje de PI en zonas urbanas, por lo que estas evidencias no descartan la posible existencia de formas de discriminación sistémicas hacia ellas, que se reflejan en la menor satisfacción por los servicios; por ejemplo, recibir explicaciones poco claras sobre su enfermedad y menor deseo de regresar a atenderse al mismo lugar. Los estudios de los procesos de salud-enfermedad-atención entre las PI se han centrado en ámbitos rurales, pero futuros estudios deberán enfocar su atención al ámbito urbano, tanto desde perspectivas culturalistas como del análisis de la discriminación y el racismo.

La salud materna es un indicador de desarrollo que da cuenta de inequidades sociales y de género.²³ En este estudio los indicadores de salud reproductiva presentan las mayores diferencias entre las PI y las PNI: las mujeres indígenas tienen mayor fecundidad, menor atención médica prenatal y de menor calidad. Las adolescentes indígenas han estado embarazadas en mayor proporción y, paradójicamente, reciben menos anticoncepción posterior al evento obstétrico.

Por otro lado, las parteras tradicionales siguen participando en la atención del parto y gozan de aceptación por parte de las mujeres indígenas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve distintas opciones para la atención prenatal, entre ellas las parteras u otro personal capacitado.²⁴ Sin embargo, con los datos de la Ensanut no fue posible identificar si la atención fue otorgada por una partera profesional.

Las cesáreas programadas casi se duplican entre las mujeres no indígenas, lo que configura un problema de salud pública en esta población.²⁵ Esta situación no ha cambiado mucho en los últimos años²⁶ y es en este ámbito, en donde las políticas públicas deben garantizar

los derechos reproductivos, ampliar el acceso a métodos anticonceptivos, a la atención del embarazo y parto, así como la prevención del embarazo en la adolescencia.

En materia de seguridad social, las PI siguen estando más desprotegidas que las PNI; ejemplo de ello es el hecho de que los partos mayoritariamente son atendidos en instituciones para población abierta. El menor acceso de las PI a la seguridad social es un reflejo de las condiciones estructurales de desigualdad que determinan menores oportunidades educativas y laborales en la economía formal con seguridad social.⁶ Por otro lado, las PI viajan más tiempo para llegar al lugar donde reciben atención en salud y reportan mayores tiempos de espera. La falta de dinero para cubrir los costos que supone la atención (traslados o compra de medicamentos) es un factor adicional que se constituye en barreras de acceso para esta población.²⁷⁻²⁹

Este análisis sugiere los efectos de las estructuras de desigualdad en las condiciones de salud y uso de servicios entre las PI. Algunos datos parecen sugerir un trato diferencial para la PI en los servicios de salud y un menor acceso que no se explican por las diferencias culturales.

La Ensanut ha mostrado ser un instrumento que permite conocer de manera más comprensiva los determinantes y las condiciones de salud de las PI, así como el uso de servicios para identificar las brechas que persisten con la PNI. La principal limitación de este estudio es la fragmentación de la información en salud sobre PI y la reducción de la representatividad de esta población en algunos grupos etarios como la población infantil, condición que reduce el poder de la muestra para identificar diferencias entre poblaciones. Otra limitación inherente al diseño transversal del estudio es el sesgo de memoria, relevante sobre todo para las variables de utilización.

Finalmente, se considera que persiste la necesidad de incluir a la población afromexicana en los sistemas de información y las encuestas que se realizan en México.³⁰ Lo cual permitiría contar con información integrada sobre las condiciones de salud de estas poblaciones, a fin de poder dar seguimiento a las brechas y proponer decisiones sustentadas en evidencia para su reducción.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Anderson I, Robson B, Connolly M, Al-Yaman F, Bjertness E, King A, et al. Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet–Lowitja Institute Global Collaboration): a population study. *Lancet*. 2016;388(10040):131-57. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00345-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00345-7)

2. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. La pobreza en la población indígena de México, 2008-2018. México: Coneval, 2019 [citado mayo 6, 2020]. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/Pobreza_Poblacion_indigena_2008-2018.pdf
3. Mokuau N. Culturally based solutions to preserve the health of Native Hawaiians. *J Ethn Cult Divers Soc Work*. 2011;20(2):98-113. <https://doi.org/10.1080/15313204.2011.570119>
4. Nureña CR. Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;26(4):368-76 [citado mayo 6, 2020]. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/v26n4/v26n4a13.pdf>
5. Mignone J, Bartlett J, O'Neil J, Orchard T. Best practices in intercultural health: five case studies in Latin America. *J Ethnobiol Ethnomed*. 2007;3(31):1-11. <https://doi.org/10.1186/1746-4269-3-31>
6. Pelcastre-Villafuerte BE, Meneses-Navarro S, Rivera-Dommarco J. Programa Institucional Salud de los Pueblos Indígenas: agenda para la investigación, la docencia y la vinculación. *Salud Publica Mex*. 2020;62(2):228-30. <https://doi.org/10.21149/10992>
7. Cerón A, Ruano AL, Sánchez S, Chew AS, Díaz D, Hernández A, Flores W. Abuse and discrimination towards indigenous people in public health care facilities: experiences from rural Guatemala. *Int J Equity Health*. 2016;15(77):1-7. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0367-z>
8. Castro A, Savage V, Kaufman H. Assessing equitable care for indigenous and afrodescendant women in Latin America. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;38(2):96-109 [citado mayo 6, 2020]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/10044>
9. Russell NK, Nazar K, del Pino S, Alonso-Gonzalez M, Díaz-Bermúdez XP, Ravasi G. HIV, syphilis, and viral hepatitis among Latin American indigenous peoples and Afro-descendants: a systematic review. *Rev Panam Salud Publica*. 2019;43:e17. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.17>
10. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Salud de los pueblos indígenas. Washington: OPS/OMS, 1993 [citado mayo 6, 2020]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/1582/CD37.R5sp.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
11. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Política sobre etnicidad y salud. 29ª Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington: OPS/OMS, 2017 [citado mayo 6, 2020]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34425/CSP29.R3-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
12. Romero-Martínez M, Shamah-Levy T, Vielma-Orozco E, Heredia-Hernández O, Mojica-Cuevas J, Cuevas-Nasu L, Rivera-Dommarco J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: metodología y perspectivas. *Salud Publica Mex*. 2019;61(6):917-23. <https://doi.org/10.21149/11095>
13. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling T, Taylor S, Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. 2008;372(9650):1661-9. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6)
14. Dunn JR. Housing and health inequalities: review and prospects for research. *Hous Stud*. 2000;15(3):341-66. <https://doi.org/10.1080/02673030050009221>
15. Rodríguez-Garcés CR, Padilla-Fuentes G, Suazo-Ruiz C. Etnia mapuche y vulnerabilidad: una mirada desde los indicadores de carencialidad socio-educativa. *Encuentros*. 2020;18(1):84-92. <https://doi.org/10.15665/encuent.18101.2232>
16. Padilla-Medina ME. Educación, evaluación y pueblos indígenas [internet]. México: Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación, 2017 [citado mayo 6, 2020]. Disponible en: <https://www.inee.edu.mx/educacion-evaluacion-y-pueblos-indigenas/>
17. Schmelkes S. Educación y pueblos indígenas: problemas de medición. *Rev Int Estad Geogr*. 2013;4(1):5-13 [citado mayo 6, 2020]. Disponible en: http://poblacion-indigena.iniciativa2025alc.org/wp-content/uploads/2017/04/112RDE_08_Art1.pdf
18. Bygbjerg IC. Double burden of noncommunicable and infectious diseases in developing countries. *Science*. 2012;337(6101):1499-501. <https://doi.org/10.1126/science.1223466>
19. Torres JL, Villoro R, Ramírez T, Zurita B, Hernández P, Lozano R, Franco F. La salud de la población indígena en México. *Caleidoscopio Salud*. 2003;41-54 [citado mayo 6, 2020]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Beatriz_Zurita_Garza/publication/267856093_La_salud_de_la_poblacion_indigena_en_Mexico/links/546cfc60cf2a7492c55affa/La-salud-de-la-poblacion-indigena-en-Mexico.pdf
20. Leyva-Flores R, Infante-Xibille C, Gutiérrez 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(supl 2):S123-8. <https://doi.org/10.21149/spm.v55s2.5107>
21. Flores-Hernández S, Mendoza-Alvarado LR, Vieyra-Romero WI, Moreno-Zegbe E, Bautista-Morales AC, Reyes-Morales H. La condición indígena en los servicios de salud: comparación de la calidad en la atención 2012-2018 para la población en pobreza. *Salud Publica Mex*. 2019;61(6):716-25. <https://doi.org/10.21149/10562>
22. Meneses-Navarro S, Pelcastre-Villafuerte B, Vega-Macedo M. Maternal mortality and the coverage, availability of resources, and access to women's health services in three indigenous regions of Mexico: Guerrero mountains, Tarahumara sierra, and Nayar. En: Schwartz D (editor). *Maternal death and pregnancy-related morbidity among indigenous women of Mexico and Central America*. United States: Springer, 2018: 169-88 [citado mayo 6, 2020]. Disponible en: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-71538-4_9
23. Langer A, Meleis A, Knaul FM, Atun R, Aran M, Arreola-Ornelas H, et al. Women and health: the key for sustainable development. *Lancet*. 2015;386(9999):1165-1210. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60497-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60497-4)
24. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Ginebra: OMS, 2018 [citado mayo 6, 2020]. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/es/
25. Bernal-García C, Escobedo-Campos NC. Cesárea: situación actual y factores asociados en México. *Rev Salud Quintana Roo*. 2018;11(40):28-33.
26. Instituto Nacional de las Mujeres. Fecundidad y preferencias reproductivas en las mujeres indígenas mexicanas. México: INMUJERES, 2006 [citado mayo 6, 2020]. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101103.pdf
27. Shepherd SM, Willis-Esqueda C, Paradies Y, Sivasubramaniam D, Sherwood J, Brockie T. Racial and cultural minority experiences and perceptions of health care provision in a mid-western region. *Int J Equity Health*. 2018;17(33):1-10. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0744-x>
28. Greenwood N, Habibi R, Smith R, Manthorpe J. Barriers to access and minority ethnic carers' satisfaction with social care services in the community: a systematic review of qualitative and quantitative literature. *Health Soc Care Community*. 2015;23(1):64-78. <https://doi.org/10.1111/hsc.12116>
29. Montenegro RA, Stephens C. Indigenous health in Latin America and the Caribbean. *Lancet*. 2006;367(9525):1859-69. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68808-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68808-9)
30. Gregorius A. Los negros de México que han sido "borrados de la historia". México: British Broadcasting Corporation, 2016 [citado mayo 6, 2020]. Disponible en: https://www.bbc.com/mundo/noticias/2016/04/160410_cultura_mexico_comunidad_negra_discriminacion_wbm