



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública
México

Leyva-Flores, René; Infante-Xibille, César; Pablo Gutiérrez, Juan; Quintino-Pérez, Frida
Inequidad persistente en salud y acceso a los servicios para los pueblos indígenas de México, 2006-
2012

Salud Pública de México, vol. 55, núm. 2, 2013, pp. S123-S128
Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10628331008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Inequidad persistente en salud y acceso a los servicios para los pueblos indígenas de México, 2006-2012

René Leyva-Flores, Dr en Soc,⁽¹⁾ César Infante-Xibille, PhD,⁽¹⁾ Juan Pablo Gutiérrez, PhD,⁽²⁾
Frida Quintino-Pérez, Dr en C en Salud Colectiva.^(3,4)

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 suppl 2:S123-S128.

Resumen

Objetivo. Analizar la situación socioeconómica, de salud y acceso a servicios en población indígena de México, en 2006 y 2012. **Material y métodos.** Análisis comparativo entre población indígena y no indígena, a partir de información sociodemográfica y de salud de la ENSANUT 2006 y 2012. Se estimaron diferencias de proporciones o medias al comparar indígenas/no indígenas para cada año y entre 2006 y 2012. **Resultados.** Del total de la población indígena de México, 60% se ubica en el nivel socioeconómico más bajo. El Seguro Popular incrementó su cobertura de 14 a 61.9% en población indígena en comparación con la no indígena (de 10 a 35.7%). Sin embargo, no se observan cambios en utilización de servicios ambulatorios de salud (de 7.1 a 6.4%). La atención hospitalaria del parto en indígenas aumentó (de 63.8 a 76.4%) y persiste diferencia con no indígenas (93.9%). **Conclusiones.** Incrementar la cobertura del Seguro Popular presenta resultados heterogéneos en utilización de servicios de salud, mientras que el Programa Oportunidades no incide en mejoría de condición socioeconómica de población indígena.

Palabras clave: población indígena; desigualdades en la salud; accesibilidad a los servicios de salud; seguro de salud; México

Leyva-Flores R, Infante-Xibille C,
Gutiérrez-Reyes JP, Quintino-Pérez F.
Persisting health and health access inequalities
in Mexican indigenous population, 2006-2012.
Salud Publica Mex 2013;55 suppl 2:S123-S128.

Abstract

Objective. To analyze socioeconomic, health conditions and access to health services of Mexican indigenous population between 2006 and 2012. **Materials and methods.** A comparative analysis was done between indigenous and non indigenous population, using the information from the National Health and Nutrition Survey (2006 and 2012). **Results.** 60% of the indigenous population was allocated at the poorest socioeconomic level in 2012 despite the implementation of social programs. The *Seguro Popular* increased its coverage from 14 to 61.9% in indigenous population. The increase observed in coverage in non indigenous population was from 10 to 35.7%. Nevertheless, no increase was observed in the utilization of healthcare services between indigenous and non indigenous population. The access to hospital services for childbirth delivery increased from 63.8 to 76.4% in indigenous population. However there is an important difference with non indigenous population (93.9%). **Conclusions.** The increase in the coverage of the *Seguro Popular* in Mexico has had heterogeneous results in the utilization of health care services. Other social programs such as *Oportunidades* have not had an impact to alleviate poverty in indigenous groups.

Key words: indigenous population; health inequalities; health services accessibility; health insurance; Mexico

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

(2) Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

(3) Universidad Autónoma de la Ciudad de México. México.

(4) Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

Fecha de recibido: 7 de diciembre de 2012 • Fecha de aceptado: 7 de enero de 2013

Autor de correspondencia: Dr. César Infante Xibille. 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: cesar.infante@insp.mx

La condición de inequidad en la que viven los indígenas se ha documentado globalmente, así como las consecuencias negativas que esto tiene en su vida y en su salud.¹⁻⁴ Se entiende por inequidad en salud a las diferencias en salud innecesarias y evitables, y que además son consideradas injustas.⁵ De esta forma, esta circunstancia que persiste en los grupos indígenas es determinada, al menos en cierta medida, por su lenguaje, cultura y formas de gobierno, que son percibidos como "premodernos, rezagados y atrasados", y al mismo tiempo resultan marginados en el acceso a servicios básicos, incluidos los de salud.^{6,7}

Es importante destacar la variedad de conceptos que se utilizan para identificar a los grupos indígenas, ya que se habla indistintamente de pueblos originarios, grupos étnicos o indígenas. Sin embargo, el uso de estos conceptos puede llevar a importantes exclusiones como las observadas en México, en donde la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de México (CDI) y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) tienen diferentes definiciones. El CDI incluye como indígenas a las personas que forman parte de un hogar donde el jefe(a), cónyuge o alguno de los ascendientes declara ser hablante de lengua indígena. La estimación del CDI (2005) correspondió a 10.1 millones de personas (9.8% de la población en México).^{8,9} Esta definición contrasta con la del INEGI y que se utilizó en el Censo de Población y Vivienda (2010), en donde se define como indígena a la población hablante de lengua indígena de 5 años o más, y representa a 6.6 millones de personas (aproximadamente 5.8% de la población mexicana).^{10,11}

La Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) realizada en 2006 y en 2012 se adhiere a la definición de CDI. Esta manera diferencial de incluir a los indígenas no sólo tiene implicaciones demográficas y culturales sino también sobre la definición, implementación y evaluación de las iniciativas gubernamentales dirigidas a disminuir la vulnerabilidad de los indígenas y las condiciones de inequidad en salud.

Respecto a la situación de salud de los indígenas, diferentes estudios documentan su vulnerabilidad, así como exposición a riesgos en condiciones de inequidad social que reducen su capacidad de respuesta para movilizar recursos sociales ante problemas de salud.¹⁰⁻¹³ En este sentido se entiende por vulnerabilidad a la relativa desprotección en que los indígenas se encuentran cuando enfrentan una amenaza a su salud o a la satisfacción de sus necesidades básicas dada su condición de desventaja social en comparación con otros grupos sociales.¹² Ante esta situación, México ha implementado diferentes iniciativas gubernamentales focalizadas en

grupos con alta marginación, entre ellos los indígenas, cuya finalidad es reducir la vulnerabilidad y mejorar el acceso a los servicios de salud como respuesta a las condiciones de inequidad en salud. Ejemplos de ello son el Programa Oportunidades (*Oportunidades*) y el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), a través del Seguro Popular.^{13,14}

El objetivo de este trabajo es analizar, a partir de la información de las ENSANUT (2006 y 2012), las diferencias en las condiciones de vida, nivel socioeconómico, condición de salud, acceso a servicios de salud y a programas sociales entre la población indígena y no indígena de México, como indicadores de la vulnerabilidad y la condición de inequidad.

Material y métodos

Este trabajo se realizó a partir de información de la ENSANUT 2006 y de la 2012. De esta forma se hizo un análisis 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 entre la población indígena y no indígena.

El detalle metodológico de las dos encuestas se reporta en otros documentos.^{15,16} Ambas son probabilidadísticas, con muestreo polietápico, estratificado, y representatividad nacional, estatal, por estratos rural y urbano.

El marco muestral de la ENSANUT 2012 se integró con información del Conteo de Población y Vivienda 2005 desagregada por Áreas geoestadísticas básicas y el listado de nuevas localidades del Censo 2010. Se obtuvo información de 50 528 hogares, que representaron 29.4 millones de hogares estimados en México. En éstos, se estimaron 10.3 millones de personas indígenas (9.4% de la población nacional).

Para este trabajo se utilizó la información del cuestionario de hogar que incluyó variables sociodemográficas (edad, escolaridad), de salud (morbilidad general reportada), y cobertura de programas de apoyo social como son los Programas de Apoyo Alimentario (PAA) y *Oportunidades*, Seguro Popular y seguros privados.

Se analizó información sobre estado nutricional (talla), así como la utilización de servicios de salud preventivos (Papanicolaou, cobertura de vacunación contra influenza en adultos de 60 años o más, hombres de 60 años o más con antígeno prostático y adultos con diagnóstico de diabetes) y atención hospitalaria del parto.

El nivel socioeconómico estimado para los hogares en la ENSANUT 2006 y en la 2012 se describe en otro documento.¹⁷ Se aplicaron pruebas estadísticas para

diferencias de proporciones o medias, comparando indígenas y no indígenas para cada uno de los años, y se estimó la diferencia entre 2006 y 2012.

Resultados

La población indígena corresponde a una población joven, y aunque la media de edad se incrementó entre 2006 y 2012, es menor a la no indígena. El promedio de años de escolaridad del jefe de hogar indígena es menor que los no indígenas, y se incrementó la brecha (0.4 a 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. Esto indica que persisten las condiciones sociales y económicas que determinan la vulnerabilidad y la inequidad social de este grupo (cuadro I).

Respecto a programas sociales se observó que en ambos años los indígenas presentan mayor cobertura. Sin embargo, el comportamiento de estos programas es diferenciado. Mientras que los PAA aumentaron sig-

nificativamente su cobertura, *Oportunidades* presentó una reducción en población indígena y no indígena (figura 1).

Respecto a la cobertura de salud en indígenas y no indígenas, en 2006, 64.9% de indígenas estaba sin cobertura, y para 2012, 22.1% se encontraba en esta situación. Esta reducción de la población sin protección social en salud apparentemente se debe al incremento de 47.9% en la cobertura del Seguro Popular en población indígena (figura 2). Para 2012 no se observan diferencias en la proporción de población indígena y no indígena sin cobertura en salud.

Respecto al estado nutricional, al analizar a través de la talla, los indígenas presentaron mayor proporción de talla baja y menor proporción de talla normal. Los no indígenas presentan un perfil muy semejante en su estado nutricional en ambos años, donde predomina la talla normal (figura 3).

En relación con la salud, los indígenas reportan con menor frecuencia problemas de salud respecto a los no indígenas en ambos años (10 frente a 12% en 2006

Cuadro I
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y COBERTURA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD. MÉXICO 2006 Y 2012

	2006 Indígena (n= 10 321 280)	2012 Indígena (n= 10 772 579)	2006 No indígena (n= 92 692 705)	2012 No indígena (n= 103 619 167)
Población total (%)	10.0	9.4	90.0	90.6
Media de edad	24.8	28.1 [§]	27 [*]	30.1 [*]
Media de años de escolaridad jefe(a) familia	4.9	4.9	5.3	7.7 [‡]
Nivel socioeconómico				
I	60.8	60.7	39.4 [*]	24.4 ^{‡‡}
II	29.5	16.2 [§]	24.3 [*]	19.4 ^{‡‡}
III	6.8	10.6 [§]	20.6 [*]	19.1 ^{‡‡}
IV	2	7 [§]	10.6 [*]	20.2 ^{‡‡}
V	0.6	4 [§]	4.7 [*]	16.8 ^{‡‡}
Acceso a protección social en salud				
Sin protección	64.9	22.1 [§]	51.2 [*]	21.09 [‡]
IMSS	13.6	10.6	29.4 [*]	34.7 ^{‡‡§}
ISSSTE	2.3	4	5.4	6.3
Pemex	0.08	0.18	0.43	0.43
Sedena o Semar	0.3	0.2	0.34	0.3
Seguro Popular	14	61.9	10 [*]	35.7 ^{‡‡§}
Privado	0.2	0.08	0.99	0.4
Otro	3.8	0.5	1.6	0.6
No sabe/No contesta	0.4	0.09	0.2	0.15

* P<0.05 IC:95%. Se compara la población para cada uno de los años

‡ P<0.05 IC:95%. Se compara la población no indígena entre 2006 y 2012

§ P<0.05 IC:95%. Se compara la población indígena entre 2006 y 2012

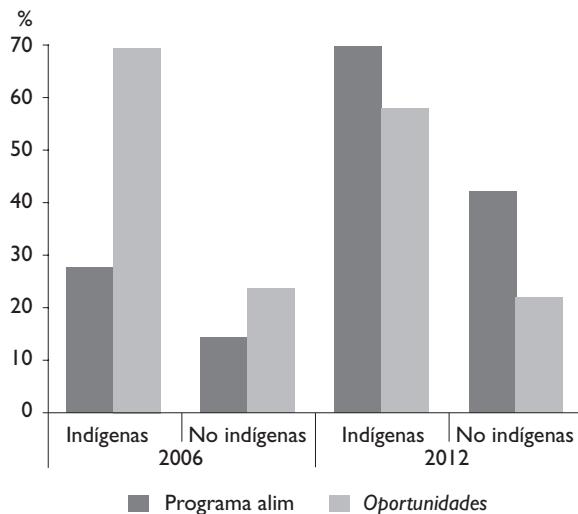


FIGURA 1. COBERTURA DE PROGRAMAS DE APOYO ALIMENTARIO Y DE OPORTUNIDADES EN POBLACIÓN INDÍGENA Y NO INDÍGENA. MÉXICO, 2006-2012

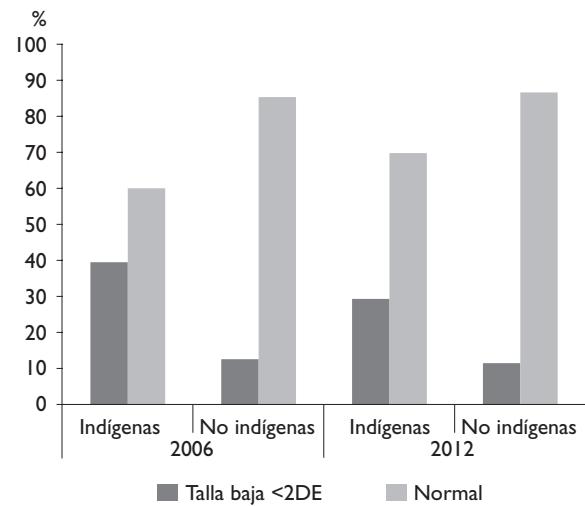


FIGURA 3. SITUACIÓN NUTRICIONAL ENTRE POBLACIÓN INDÍGENA Y NO INDÍGENA, SEGÚN TALLA. MÉXICO, 2006-2012

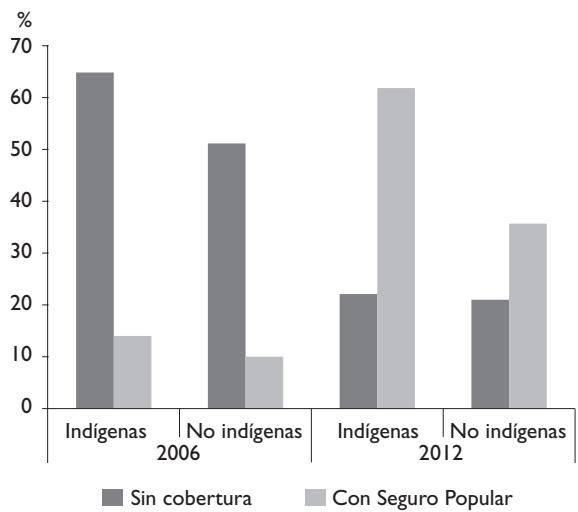


FIGURA 2. POBLACIÓN SIN COBERTURA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD Y CON SEGURO POPULAR ENTRE POBLACIÓN INDÍGENA Y NO INDÍGENA. MÉXICO, 2006-2012

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 (cuadro II).

La atención hospitalaria del parto presenta un patrón de utilización semejante al descrito, no

obstante que se observa un incremento de 12.6% en la atención del parto en hospitales en las mujeres indígenas. Este es menor que en no indígenas, donde 9 de 10 partos son atendidos en hospitales. En la cobertura de vacunación contra influenza y diagnóstico de diabetes en adultos de 60 años o más, se observa un incremento en ambas actividades preventivas. La vacunación contra influenza muestra un incremento de la cobertura en indígenas de 22.9% y de 3% en diabetes, entre 2006 y 2012.

Respecto al Papanicolaou, el acceso no se modificó (4 de cada 10 indígenas se lo realizaron) y se mantuvo esta proporción entre 2006 y 2012. Sin embargo, entre las no indígenas se incrementó 7.8%.

Discusión

En México son escasos los análisis para conocer la situación de salud de los indígenas y la ENSANUT representa una de las pocas fuentes de información para el análisis de salud y del alcance de programas sociales. Este trabajo muestra que existen diferencias en las medias y proporciones de los indicadores seleccionados en los años 2006 y 2012. Esta comparación en el tiempo se hace de manera univariada y descriptiva, reconociendo las limitaciones que se tienen en el establecimiento de relaciones causales, mismas que no son objetivo de este trabajo.

De acuerdo con estas diferencias, se puede argumentar que aparentemente se ha logrado disminuir la brecha en relación con la protección en salud con la ampliación

Cuadro II
UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD POR POBLACIÓN INDÍGENA Y NO INDÍGENA. MÉXICO, 2006-2012

	2006		2012	
	Indígena	No indígena	Indígena	No indígena
Utilización servicios ambulatorios de salud	7.1	8.8*	6.4	9.2*
Mujeres de 20 a 65 años con PAP en el último año	40.0	36.8*	41.4	44.6*‡
Partos atendidos en hospital	63.8	93.3*	76.4§	93.9*
Adultos de 60 años o más vacunados contra influenza	42.6	43.6	65.4§	57.3*‡
Hombres de 60 años o más con antígeno prostático	1.7	4.9*	5.8§	9.8*‡
Adultos con diagnóstico de diabetes	5.1	7.4*	8.0§	9.3‡

* P<0.05 IC:95%. Se compara la población para cada uno de los años

‡ P<0.05 IC:95%. Se compara la población no indígena entre 2006 y 2012

§ P<0.05 IC:95%. Se compara la población indígena entre 2006 y 2012

PAP = Prueba de Papanicolaou

del Seguro Popular. Sin embargo, aún persisten condiciones de inequidad social en salud, en las cuales los indígenas representan uno de los grupos más afectados. El hecho de que 6 de cada 10 indígenas sobrevivan en el nivel socioeconómico más bajo y que la media de escolaridad en los jefes de familia (4.9 años) no haya cambiado (2006-2012) expresa la magnitud de los retos.

El incremento en la cobertura de PAA y Seguro Popular podría interpretarse como indicador de reducción de la inequidad en salud, pero con escasa traducción en un incremento en la utilización de los servicios de salud. En este sentido, analizar el peso de los determinantes socioeconómicos y culturales sobre la efectividad de los servicios de salud podría contribuir a mejorar el diseño de políticas públicas.

Los resultados heterogéneos observados en la utilización de servicios de salud en relación con el incremento en la cobertura de programas sociales y del Seguro Popular constituyen elementos suficientes para evaluar la contribución específica de estos programas en estos contextos socioeconómicos y culturales.

Algunos elementos que pueden contribuir a comprender el resultado heterogéneo observado podrían relacionarse con la estrategia de focalización e intensificación de determinadas actividades, especialmente en aquéllas relacionadas con campañas como la vacunación. No obstante, la utilización de otros servicios regulares o permanentes en la comunidad (atención ambulatoria y programas institucionalizados como la realización del Papanicolaou, diagnóstico de diabetes, entre otros) podrían estar relacionados con la capacidad instalada de los servicios y posiblemente con su adaptación cultural a las necesidades de la población.¹⁸ En este sentido, se requiere contar con mayor información sobre

la organización de los servicios de salud y la perspectiva de la población sobre la capacidad de los servicios para resolver los problemas de salud.

La ENSANUT presenta una importante limitación para obtener información sobre problemas, accidentes o enfermedades debido a que no considera la diferencia cultural de las poblaciones indígenas. Esto posiblemente esté influyendo en la menor frecuencia del autorreporte de problemas de salud por población indígena. En este contexto, se presentan las siguientes recomendaciones:

1. Atención a la inequidad social persistente en salud: formular e implementar políticas para incidir sobre los determinantes socioeconómicos que definen las condiciones de vida de los indígenas.
2. Programas sociales adaptados culturalmente: se observó incremento significativo de la cobertura de programas sociales, focalizados en población indígena. En este sentido será importante fortalecer el trabajo que desde la Secretaría de Salud se hace bajo el enfoque de interculturalidad, lo cual es particularmente significativo si incluye una perspectiva de género.
3. Existe la necesidad de 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.
4. Desarrollo de estrategias apropiadas de información en salud: el subreporte de morbilidad por indígenas requiere diseñar e implementar estrategias con enfoque intercultural para los sistemas de

información que contribuya a mejorar la comunicación entre proveedores y usuarios, y el diseño, implementación y evaluación de programas.

Este trabajo muestra que por sí solos, *Oportunidades*, los PAA y el Seguro Popular no parecen incidir en la reducción de la inequidad en salud ni incrementan la utilización de servicios de salud. De esta forma, aquí se considera que el conjunto de recomendaciones que se hacen en este trabajo pueden ser un apoyo para nuevas acciones o estrategias que definan una política de protección social integral que responda a las necesidades de los pueblos indígenas, basada en la atención a los determinantes socioeconómicos con respecto a su cultura y derechos. De esta forma se podrá entonces avanzar en la reducción de la vulnerabilidad y la inequidad en salud que persiste en los pueblos indígenas.

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

Referencias

1. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Índice de Rezago Social (IRSPI) 2000-2005. Dirección de Información e Indicadores. México: Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, 2009.
2. Torres JL, Villoro R, Ramírez T, Zurita B, Hernández P, Lozano R et al. La salud de la población indígena en México. *Caleidoscopio de la Salud México*. México: FUNSALUD, 2003:41-54.
3. Duarte-Gómez MB, Brachet-Márquez V, Campos-Navarro R, Nigenda G. Políticas nacionales de salud y decisiones locales en México: el caso del Hospital Mixto de Cuetzalan, Puebla. *Salud Pública Mex* 2004;46(5), 388-398.
4. Stephens C, Nettleton Porter -J Willis R, Clark S. Indigenous peoples' health-why are they behind everyone, everywhere? *Lancet* 2005; 366(9479):10-13.
5. Whitehead M, Dahlgren G. What can be done about inequalities in health? *Lancet* 1991;338(8774):1059-1063.
6. Navarrete-Linares F. Los pueblos indígenas de México. *Pueblos indígenas del México contemporáneo*. México: Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, 2008.
7. Hall G, Patrinos HA. Pueblos indígenas, pobreza y desarrollo humano en América Latina: 1994-2004. Washington DC: Banco Mundial, 2005.
8. Castro R, Erviti J, Leyva R. Globalización y enfermedades infecciosas en las poblaciones indígenas de México. *Cad Salud Pública* 2007;23(sup 1):S41-S50.
9. Sistema de información e indicadores sobre la población indígena de México [reporte en internet]. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas [consultado 13 diciembre de 2012]. Disponible en: http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com_content&view=category&id=38&Itemid=54
10. Censo de Población y Vivienda [reporte en internet]. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [consultado 13 diciembre de 2012]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=mle04&c=27640&s=est>
11. Amaya-Castellanos CI, Pelcastre-Villafuerte B, Márquez-Serrano M, Juárez-Ramírez C. Gender and work: the experience of providers of health services to indigenous women from Guerrero y Oaxaca. *Cien Saude Colet* 2012;17(3):731-739.
12. Cáceres FC. Dimensiones sociales y relevantes para la prevención del VIH/Sida en América Latina y el Caribe. En: *El Sida en América Latina y el Caribe: una visión multidisciplinaria*. Izazola JA (ed). México, DF: FUNSALUD, 1999:217-246.
13. Neufeld LM, Steta C, Rivera J, Valle AM, Grados R, Uriegas S et al. Evaluation for program decision making: a case study of the Oportunidades program in Mexico. *J Nutr* 2011;141(11):2076-2083.
14. González ST, Eibenschutz C. El seguro popular de salud en México: pieza clave de la inequidad en salud. *Revista de Salud Pública* 2008;10 sup (1):133-145.
15. Romero-Martínez M, Shamah-Levy T, Franco-Núñez A, Villalpando S, Cuevas-Nasu L, Gutiérrez JP et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012: diseño y cobertura. *Salud Pública Mex* 2013;55 supl 2:S332-S340.
16. Palma O, Shamah T, Franco A, Olaiz G, Mendez I. Metodología. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
17. Gutiérrez JP. Clasificación socioeconómica de los hogares en la ENSANUT 2012. *Salud Pública Mex* 2013;55 supl 2:S341-S346.
18. Sánchez G. Padece la pobreza: un análisis de los procesos de salud, enfermedad y atención en hogares indígenas y rurales bajo la cobertura del Programa Oportunidades. Secretaría de Desarrollo Social. Evaluación externa del Programa Oportunidades 2008. A diez años de intervención en zonas rurales (1997-2007). México: INSP, 2008.